


CONCURSO PÚBLICO PARA PROVIMENTO DO CARGO DE
MÉDICO CLÍNICO GERAL

NOME DO CANDIDATO:	NÚMERO DE INSCRIÇÃO:
--------------------	----------------------

VOCÊ RECEBEU DO FISCAL DE SALA ESTE CADERNO DE QUESTÕES DA PROVA OBJETIVA:	O candidato estará sujeito à ELIMINAÇÃO do concurso nas seguintes situações:
<p>1. Verifique se o mesmo corresponde à sua opção de cargo, caso contrário, comunique tal fato imediatamente ao Fiscal de Sala, pois não serão aceitas reclamações posteriores.</p> <p>2. Para cada questão existe apenas UMA única alternativa adequada.</p> <p>3. O candidato deverá permanecer obrigatoriamente em sala, por questões de segurança, durante o período mínimo de 30 (TRINTA) minutos após o início da prova.</p> <p>4. O tempo disponível para a realização da prova corresponde a 03 (três) horas, intervalo este que compreende não só a resolução das questões objetivas, mas também o preenchimento da Cartão de Resposta.</p> <p>5. Reserve pelo menos os 20 minutos finais para marcar seu Cartão de Resposta.</p> <p>6. Os rascunhos e as marcações assinaladas no presente Caderno de Questões não serão considerados na avaliação.</p> <p>7. Após 2 (duas) horas do início das provas, o candidato poderá levar o caderno de questões.</p> <p>8. A saída do prédio deverá ser em silêncio, pois não será permitida a permanência de nenhum candidato após o término da prova, nem qualquer aglomeração nos corredores ou arredores do prédio da realização das provas.</p>	<p>1. Ausentar-se da sala em que se realiza a prova levando consigo a qualquer horário o Cartão de Resposta ou o Caderno de Questões caso saia antes de 2h de prova.</p> <p>2. Utilizar-se, durante a realização da prova, de máquinas e/ou relógios de calcular, Smartwatch bem como rádios gravadores, "headphones", telefones celulares ou fonte de consulta de qualquer espécie, descritos ou não no edital.</p> <p>3. Comunicar-se com qualquer outro candidato.</p> <p>4. Deixar de assinar o Cartão de Resposta.</p> <p>5. Faltar com o devido respeito ante a autoridade do Fiscal de Sala ou qualquer outro membro da aplicação do concurso.</p> <p>Divulgação das provas e do gabarito preliminar:</p> <p>"Prezado(a) candidato(a), todas as informações essenciais do concurso estarão disponíveis de forma prática e acessível através do QR Code abaixo, que o levará a página relativa ao Concurso em nosso site. Fique atento(a) e utilize o código para obter detalhes sobre o Gabarito, Editais de Convocação para Provas Práticas ou Provas de Títulos (quando for o necessário para o cargo), Homologação, datas para entrega de documentação e demais instruções para o seu sucesso nessa jornada rumo à aprovação. Boa sorte!"</p> <p>www.facetconcursos.com.br</p> 

Ao terminar a prova **em tempo inferior a 02 (duas) horas**, chame o fiscal de sala, verifique se assinou corretamente e preencheu o Cartão de Resposta. **DEVOLVA** todo o material junto com esse Caderno de Questões, sendo permitido apenas destacar nesta 1ª folha do Caderno de Questões esta fita de respostas, onde nela o candidato deverá anotar o rascunho do seu gabarito.

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

LÍNGUA PORTUGUESA

1. Qual das orações abaixo apresenta uma perífrase, também chamada de antonomásia?

- a) Luana me ligou e estava passando mal.
- b) Passe agora para casa!
- c) Quando eu soube da notícia, chorei demasiadamente.
- d) Não aguentava mais o meu irmão conversando muito.
- e) Ontem a Cidade Luz estava bastante movimentada.

2. Indique a alternativa que contém uma palavra que possui o mesmo número de letras e de fonemas:

- a) Pele.
- b) Máquina.
- c) Hélice.
- d) Carro.
- e) Sangue.

3. Observe a tirinha a seguir:

GARFIELD - Jim Davis



Folha de S. Paulo. 31 de julho de 2000.

Folha de S. Paulo. 31 de julho de 2000.

Com base no que foi visto acima, “oxímoro” é uma figura de linguagem. A partir disso, assinale a alternativa que apresenta um exemplo:

- a) O rugido do rei das selvas é ouvido a uma distância de 8 quilômetros.
- b) Ela costumava ler Shakespeare.
- c) Ontem fez um silêncio ensurdecedor.

- d) A vida é uma nuvem que voa.
- e) Seus olhos são como jabuticabas.

4. Assinale a alternativa que contém os principais autores do Modernismo:

- a) Almeida Garret - João de Deus - Júlio Dinis.
- b) José de Alencar - Franz Kafka - Bernardo Guimarães.
- c) Carolina Maria de Jesus - Bruna Beber - Machado de Assis.
- d) Ariano Suassuna - Antonio Candido - Adélia Prado.
- e) Mário de Andrade - Oswald de Andrade - Virginia Woolf.

5. Indique a opção que contém uma oração coordenada sindética:

- a) Seu mau comportamento, no entanto, deixou todos desanimados.
- b) Eu irei ao supermercado amanhã cedo.
- c) É provável que ele venha jantar.
- d) Recordo-me que tu me amavas.
- e) Tenho fé de que os jovens irão ler mais.

6. Indique qual é a alternativa que apresenta uma característica do Trovadorismo:

- a) Há uma desunião entre música e poesia.
- b) Os autores são céticos.
- c) O Trovadorismo não estava presente em Portugal.
- d) Ocorreu entre os séculos XIX e XX.
- e) Os principais temas explorados são: amor, sofrimento, amizade e críticas política e social.

7. Indique a opção que contém uma oração coordenada:

- a) Ora fala, ora não fala.
- b) Espero que vocês consigam chegar a tempo.
- c) À medida que crescem, aumentam as preocupações.
- d) O luto é uma realidade na vida de tantas pessoas.
- e) Os concorrentes que dormem mais têm um desempenho melhor.

8. Leia o texto a seguir e informe qual é o período literário que ele está incluso:

MANIFESTO DA POESIA PAU - BRASIL.

A poesia existe nos fatos. Os casebres de açafião e de ocre nos verdes da Favela, sob o azul cabralino, são fatos estéticos. O Carnaval no Rio é o acontecimento religioso da raça. Pau-Brasil. Wagner submerge ante os cordões de Botafogo. Bárbaro e nosso. A formação étnica rica. Riqueza vegetal. O minério. A cozinha. O vatapá, o ouro e a dança. Toda a história bandeirante e a história comercial do Brasil. O lado doutor, o lado citações, o lado autores conhecidos. Comovente. Rui Barbosa: uma cartola na Senegâmbia. Tudo revertendo em riqueza. A riqueza dos bailes e das frases feitas. Negras de jockey. Odaliscas no Catumbi. Falar difícil. O lado doutor. Fatalidade do primeiro branco aportado e dominando politicamente as selvas selvagens. O bacharel. Não podemos deixar de ser doutos. Doutores. País de dores anônimas, de doutores anônimos. O Império foi assim. Eruditamos tudo. Esquecemos o gavião de penacho. A nunca exportação de poesia. A poesia anda oculta nos cipós maliciosos da sabedoria. Nas lianas da saudade universitária. Mas houve um estouro nos aprendimentos. Os homens que sabiam tudo se deformaram como borrachas sopradas. Rebentaram. A volta à especialização. Filósofos fazendo filosofia, críticos, crítica, donas de casa tratando de cozinha. A Poesia para os poetas. Alegria dos que não sabem e descobrem.

Trecho presente em:
<http://www.ufrgs.br/cdrom/oandrade/oandrade.pdf>

- a) Classicismo.
- b) Trovadorismo.
- c) Modernismo.
- d) Naturalismo.
- e) Realismo.

9. Indique a opção em que não há polissemia:

- a) Ela trabalha no banco.
- b) A letra do Chico Buarque é incrível.
- c) Qual é a pena do réu?
- d) Falta só costurar os enfeites da fantasia.
- e) Ela me pediu para cortar a manga.

10. O poema a seguir faz parte de qual movimento literário:

O todo sem a parte não é todo

“O todo sem a parte não é todo,
A parte sem o todo não é parte,
Mas se a parte o faz todo, sendo parte,
Não se diga, que é parte, sendo todo.
Em todo o sacramento está Deus todo,
E todo assiste inteiro em qualquer parte,
E feito em partes todo em toda a parte,
Em qualquer parte sempre fica o todo.
O braço de Jesus não seja parte,
Pois que feito Jesus em partes todo,
Assiste cada parte em sua parte.

(...)”

Fonte:

https://pt.wikisource.org/wiki/O_todo_sem_a_parte_n%C3%A3o_%C3%A9_todo

- a) Parnasianismo.
- b) Barroco.
- c) Trovadorismo.
- d) Pós-Modernismo.
- e) Classicismo.

11. Assinale a alternativa em que está presente uma palavra que contém um dígrafo.

- a) Morena.
- b) Cajú.
- c) Sertão.
- d) Túnel.
- e) Leque.

12. Veja a imagem a seguir e indique a função da linguagem predominante:



- a) Poética.
- b) Conativa.
- c) Metalinguística.
- d) Expressiva.
- e) Referencial.

13. Indique a alternativa que contém um erro de acordo com o novo acordo ortográfico da língua portuguesa:

- a) Assembléia.
- b) Pêra.
- c) Extrarregulamentação.
- d) Suprassumo.
- e) Anhanguera.

14. Leia o texto a seguir e depois assinale a alternativa correta:

Função da arte/1

Diego não conhecia o mar. O pai, Santiago Kovadloff, levou-o para que descobrisse o mar. Viajaram para o Sul.

Ele, o mar, estava do outro lado das dunas altas, esperando.

Quando o menino e o pai enfim alcançaram aquelas alturas de areia, depois de muito caminhar, o mar estava na frente de seus olhos. E foi tanta a imensidão do mar, e tanto seu fulgor, que o menino ficou mudo de beleza.

E quando finalmente conseguiu falar, tremendo, gaguejando, pediu ao pai:

— Me ajuda a olhar!

(GALEANO, Eduardo. In: O livro dos abraços. 2ª ed. Porto Alegre: L&PM, 2009, p. 15.)

Com base no texto acima, intitulado “Função da arte/1”, de Eduardo Galeano, analise as proposições abaixo e, ao final, assinale a alternativa correta.

I. A expressão “Me ajuda a olhar!” revela mais do que um pedido literal; ela carrega uma carga emocional profunda, sendo um exemplo da função emotiva da linguagem.

II. O texto enfatiza a experiência estética e sensível diante da imensidão do mar, revelando a linguagem como veículo de beleza e sugestão — traços típicos da função poética.

III. O texto tem como objetivo principal transmitir uma informação objetiva sobre a viagem de um pai e seu filho ao litoral, caracterizando-se como função referencial.

IV. O foco nas emoções do menino e na forma como essas emoções são expressas realça também a função conativa, pois o texto procura provocar uma reação direta no leitor.

Assinale a alternativa correta:

- a) Apenas as proposições I e II estão corretas.
- b) Apenas a proposição II está correta.
- c) Apenas as proposições II e III estão corretas.
- d) Todas as proposições estão corretas.
- e) Apenas as proposições I, II e IV estão corretas.

15. Observe a tirinha a seguir:



As palavras “reforma” e “ventilação” são formadas por quais processos sintáticos:

- a) Reforma — Derivação prefixal; Ventilação — Derivação sufixal.
- b) Reforma — Composição por justaposição; Ventilação — Derivação prefixal.
- c) Reforma — Derivação sufixal; Ventilação — Composição por aglutinação.
- d) Reforma — Derivação regressiva; Ventilação — Derivação sufixal.
- e) Reforma — Composição por aglutinação; Ventilação — Derivação regressiva.

CONHECIMENTOS ESPECÍFICOS

16. A Constituição Federal de 1988, ao consagrar a saúde como um direito social fundamental e dever do Estado, instituiu os alicerces do Sistema Único de Saúde (SUS), reafirmados e regulamentados pela Lei nº 8.080/1990. No que se refere ao princípio da integralidade, como componente essencial da atenção à saúde no âmbito da Atenção Primária, qual das alternativas a seguir expressa, com rigor conceitual e normativo, sua compreensão contemporânea e os impasses que desafiam sua efetivação no cotidiano dos serviços?

- a) A integralidade, concebida como diretriz organizativa, deve priorizar a atuação coletiva e preventiva, prescindindo da articulação com os níveis secundário e terciário da rede de atenção.
- b) A operacionalização da integralidade requer a delimitação estanque dos níveis de atenção, assegurando a não sobreposição entre serviços e a autonomia funcional de cada instância.
- c) A integralidade pressupõe práticas clínicas interdisciplinares, centradas no usuário,

articulando ações contínuas e intersetoriais, com escuta qualificada e nos vínculos terapêuticos duradouros.

- d) A integralidade, enquanto princípio doutrinário, se restringe à incorporação de recursos tecnológicos de média e alta complexidade, incompatíveis com a atuação da Estratégia Saúde da Família.
- e) A efetivação da integralidade deve considerar critérios de viabilidade econômica, podendo ser relativizada em contextos de limitação orçamentária e déficit de profissionais especializados.

17. Em ambiente hospitalar, um paciente adulto jovem com diagnóstico recente de hipertireoidismo descompensado evolui com taquiarritmia, sudorese profusa, hipertermia e rebaixamento progressivo do nível de consciência. Os exames laboratoriais revelam acidose metabólica com ânion gap elevado, hiperlactatemia significativa e função renal preservada. Com base nos mecanismos fisiopatológicos envolvidos e na literatura especializada, assinale a alternativa que melhor fundamenta a relação entre a disfunção tireoidiana e o distúrbio ácido-básico observado.

- a) Excesso de hormônios tireoidianos intensifica o metabolismo basal e o consumo de oxigênio, promove hipóxia tecidual relativa e produção exacerbada de lactato, resultando em acidose láctica tipo B.
- b) A crise tireotóxica determina alcalose metabólica associada à perda de potássio e à ativação de receptores beta-adrenérgicos, sendo a hiperlactatemia um achado laboratorial irrelevante.
- c) O hipertireoidismo está fisiologicamente relacionado à redução da produção hepática de lactato e à alcalinização compensatória respiratória, o que exclui o diagnóstico de acidose láctica.
- d) A acidose láctica em pacientes hipertiroideanos decorre exclusivamente de disfunção mitocondrial secundária à insuficiência hepática fulminante, devendo-se investigar necrose hepática aguda.
- e) A produção aumentada de hormônio estimulador da tireoide (TSH) ativa diretamente a glicólise anaeróbica muscular, elevando os níveis séricos de lactato e gerando acidose respiratória mista.

18. A Declaração de Óbito (DO) é um instrumento fundamental para a consolidação de políticas públicas em saúde, sendo seu preenchimento correto essencial para garantir a acurácia dos dados epidemiológicos. De acordo com as normas do Ministério da Saúde e as orientações da Organização Mundial da Saúde, assinale a alternativa que expressa, com maior rigor técnico, a conduta adequada referente à definição e registro da causa básica de morte.

- a) A causa básica deve ser registrada como a condição terminal mais imediata observada, ainda que não esteja clinicamente vinculada ao processo mórbido inicial, pois reflete a manifestação final da falência orgânica.
- b) É admissível indicar como causa básica eventos agudos genéricos, como parada cardiorrespiratória ou falência múltipla de órgãos, sobretudo quando o quadro clínico for inespecífico ou inconclusivo.
- c) A causa básica corresponde à enfermidade ou circunstância que iniciou a cadeia de eventos patológicos que culminaram na morte, devendo ser especificada com precisão nos campos próprios da DO.
- d) Na presença de múltiplas comorbidades concomitantes, deve-se priorizar o preenchimento completo de todas elas como causas básicas, independentemente da existência de relação de causalidade direta com o óbito.
- e) É recomendável utilizar descrições genéricas ou de natureza ampla, como “síndrome metabólica” ou “condição crônica”, a fim de evitar inconsistências interpretativas ou implicações legais para o profissional.

19. A vigilância epidemiológica, conforme delineada na Lei nº 6.259/1975 e regulamentada por portarias do Ministério da Saúde, constitui uma função essencial do Estado na proteção da saúde coletiva. No contexto das doenças de notificação compulsória, cuja comunicação visa à adoção tempestiva de medidas sanitárias, assinale a alternativa que expressa, de modo adequado, o dever ético, técnico e legal do profissional médico diante de um caso clínico suspeito.

- a) A notificação compulsória deve ser efetuada pelo médico assistente ainda na fase de suspeição clínica, com sigilo profissional resguardado e nos moldes estabelecidos pelos formulários oficiais.
- b) A atuação do médico limita-se à comunicação informal ao serviço de vigilância, cabendo exclusivamente aos órgãos oficiais a formalização da notificação nos sistemas pertinentes.
- c) A obrigatoriedade da notificação compulsória está condicionada à confirmação diagnóstica laboratorial, de forma a preservar a privacidade do paciente e evitar notificações indevidas.
- d) O dever de notificar recai apenas sobre os profissionais vinculados à rede pública de saúde, não sendo estendido à prática privada ou ambulatorial.
- e) Situações que envolvam doenças transmissíveis por via sexual exigem, por imperativo ético, consentimento prévio do paciente para que qualquer dado seja comunicado ao sistema de vigilância.

20. No escopo da abordagem clínica ampliada, a anamnese transcende o levantamento de dados objetivos, exigindo do profissional médico uma escuta qualificada e interpretativa que articule a narrativa do paciente aos fundamentos biopsicossociais do processo de adoecimento. Com base nas diretrizes da medicina centrada na pessoa e nos princípios da clínica ampliada, assinale a alternativa que melhor expressa a concepção contemporânea de entrevista clínica.

- a) A estruturação da anamnese deve restringir-se aos elementos técnicos objetivos, evitando a interferência de conteúdos subjetivos que possam obscurecer o raciocínio diagnóstico.
- b) O método clínico exige padronização rígida da coleta de dados, priorizando a fidedignidade estatística das informações colhidas sobre a experiência do paciente.
- c) A elaboração da hipótese clínica deve orientar-se exclusivamente pelos protocolos baseados em evidências, minimizando o tempo dedicado a informações que não se enquadrem nos algoritmos diagnósticos.
- d) A escuta clínica deve considerar a singularidade biográfica do paciente, incorporando suas dimensões subjetivas, sociais e simbólicas na formulação diagnóstica e no plano terapêutico.
- e) O processo anamnésico deve priorizar os critérios classificatórios das nosologias oficiais (DSM, CID), como forma de garantir uniformidade e segurança técnico-jurídica na prática assistencial.

21. A dor, sob a perspectiva da neurociência contemporânea, é reconhecida como uma experiência multidimensional que envolve mecanismos fisiopatológicos complexos e fatores psicológicos e sociais. Modelos teóricos recentes, como o modelo biopsicossocial e os conceitos de sensibilização central, ampliaram a compreensão sobre os fenômenos da dor aguda e crônica. Considerando os avanços na fisiopatologia da dor e os sistemas moduladores envolvidos, assinale a alternativa que expressa corretamente um desses mecanismos.

- a) A sensibilização periférica, ao contrário da central, ocorre exclusivamente em receptores musculares, sendo inibida por mediadores como prostaglandinas e serotonina.
- b) A glia espinal, antes considerada estruturalmente inerte, participa ativamente da manutenção da dor crônica por meio da liberação de citocinas pró-inflamatórias e modulação sináptica.
- c) A dor nociceptiva decorre da ativação direta do sistema límbico, sem a participação de vias espinotalâmicas ou mecanismos descendentes inibitórios.
- d) A ativação dos receptores opioides endógenos é dependente de estímulos nociceptivos

intensos e não está relacionada à plasticidade neural.

- e) Os receptores NMDA exercem papel inibitório nos circuitos da dor aguda, sendo inativados na presença de glutamato ou substância P.

22. A dor torácica representa um desafio clínico multifatorial, exigindo julgamento diagnóstico preciso diante da pluralidade de etiologias que abrangem desde afecções musculoesqueléticas benignas até síndromes coronarianas agudas de risco iminente à vida. A abordagem sindrômica integrada à avaliação semiológica e à análise de preditores clínicos é fundamental para a estratificação de risco. Com base nas evidências clínicas atuais, assinale a alternativa que melhor representa um critério indicativo de dor torácica de provável origem isquêmica.

- a) Dor de início súbito, localizada na parede anterior do tórax, exacerbada por movimentos respiratórios e ausente durante esforço físico.
- b) Desconforto torácico com irradiação para mandíbula ou braço esquerdo, associado à sudorese fria e à ausência de resposta a antiácidos.
- c) Dor precordial em pontada, com duração de segundos, aliviada rapidamente com a mudança de decúbito ou pressão local.
- d) Desconforto retroesternal constante, exacerbado ao deglutir líquidos ou alimentos quentes, associado a pirose.
- e) Sensação de opressão torácica difusa, sem correlação temporal com esforço e aliviada com repouso imediato.

23. As cefaleias, enquanto manifestação clínica comum na prática médica, abrangem um espectro nosológico extenso, cuja classificação exige correlação minuciosa entre sintomas, fatores desencadeantes, resposta terapêutica e exclusão de sinais de alarme. A Classificação Internacional das Cefaleias (ICHD-3), proposta pela International Headache Society, fornece os critérios diagnósticos mais aceitos internacionalmente. Com base nesse arcabouço conceitual e nas características clínicas envolvidas, assinale a alternativa que melhor descreve um quadro compatível com enxaqueca sem aura.

- a) Cefaleia unilateral, de caráter pulsátil, duração inferior a 30 minutos, intensificada com alimentação e associada à diplopia.
- b) Dor hemcraniana de leve intensidade, constante por mais de 15 dias ao mês, sem agravamento por atividade física habitual e sem fotofobia.
- c) Episódios de dor moderada a intensa, unilateral, pulsátil, com duração de 4 a 72 horas, agravada por esforço físico e acompanhada de náuseas e fonofobia.
- d) Cefaleia holocraniana de início súbito, descrita como “em trovoadas”, acompanhada de rigidez

de nuca, vômitos em jato e rebaixamento do nível de consciência.

- e) Dor bilateral compressiva, de início gradual, sem piora com atividades rotineiras, associada à ausência de sintomas autonômicos ou gastrointestinais.

24. A dor abdominal aguda é um dos principais motivos de atendimento emergencial e sua abordagem exige integração entre conhecimentos semiológicos, fisiopatológicos e epidemiológicos. A correta interpretação da topografia da dor, das manifestações associadas e dos sinais de irritação peritoneal é decisiva para o diagnóstico diferencial de afecções cirúrgicas e clínicas. À luz dos critérios atuais de avaliação clínica e condutas terapêuticas baseadas em evidências, assinale a alternativa que melhor representa um quadro compatível com apendicite aguda em evolução.

- a) Dor abdominal epigástrica de caráter difuso, sem progressão topográfica, acompanhada de melena e icterícia progressiva.
b) Dor intermitente na fossa ilíaca esquerda, associada a evacuações diarreicas com sangue, febre baixa e ausência de defesa abdominal.
c) Desconforto abdominal generalizado, sem sinais de irritação peritoneal, associado a distensão progressiva e flatulência ausente.
d) Dor inicialmente periumbilical que migra para a fossa ilíaca direita, acompanhada de náuseas, febre baixa e sinal de Blumberg positivo.
e) Episódios de dor em cólica na região hipogástrica, aliviados após a micção, associados a disúria e hematúria microscópica.

25. O atendimento clínico, compreendido como um processo que ultrapassa a mera coleta de dados biomédicos, pressupõe habilidades relacionais, competência técnica e compreensão ampliada do contexto biopsicossocial do paciente. Autores como Michael Balint e George Engel trouxeram contribuições fundamentais ao propor modelos centrados na pessoa, que valorizam a escuta qualificada e o vínculo terapêutico como recursos diagnósticos e terapêuticos. Com base nessa abordagem integrada, julgue os itens a seguir:

- () A anamnese estruturada, quando conduzida com escuta ativa, representa a principal ferramenta diagnóstica da medicina clínica, sendo capaz de fornecer, isoladamente, a maioria dos elementos para formulação diagnóstica.
() O exame físico é orientado pela hipótese clínica e pode ser adaptado conforme o contexto do paciente e as prioridades clínicas, respeitando princípios de racionalidade diagnóstica.
() A comunicação médico-paciente, para além de sua função informativa, atua diretamente sobre os desfechos clínicos, sendo a empatia considerada elemento terapêutico relevante.

() A orientação terapêutica deve conciliar diretrizes baseadas em evidências com a singularidade do paciente, incluindo aspectos culturais, sociais e emocionais no plano de cuidado.

() O modelo proposto por George Engel propõe a exclusão de abordagens biomédicas em favor de uma escuta subjetiva e psicanalítica, priorizando o discurso do paciente como principal critério clínico.

- a) V – V – V – V – F
b) V – V – F – V – F
c) F – V – V – F – V
d) V – F – V – V – F
e) F – F – F – V – V

26. A febre reumática representa uma manifestação tardia, imunomediada, resultante da infecção faríngea por estreptococos beta-hemolíticos do grupo A. Sua incidência, embora reduzida em regiões com adequado controle sanitário, ainda configura relevante desafio em áreas endêmicas. À luz dos critérios revisados de Jones e dos avanços na compreensão da patogênese, assinale a alternativa que expressa corretamente uma manifestação clínica maior da febre reumática e sua respectiva conduta inicial indicada.

- a) Eritema marginado associado à glomerulonefrite aguda, com prescrição de corticosteroides de ação prolongada e imunoglobulina intravenosa.
b) Cardite com evidência de sopro diastólico novo, sendo indicada antibioticoterapia empírica com vancomicina e anticoagulação profilática.
c) Artrite migratória em grandes articulações, com início de ácido acetilsalicílico em dose anti-inflamatória e erradicação do estreptococo com penicilina benzatina.
d) Nódulos subcutâneos dolorosos associados à púrpura palpável, com indicação de pulsoterapia com metilprednisolona e biópsia cutânea.
e) Coréia de Sydenham isolada, com manejo expectante, suspensão de antibiótico profilático e uso de anticonvulsivantes de primeira linha.

27. Paciente do sexo masculino, 63 anos, ex-tabagista, com histórico de hipertensão arterial sistêmica de longa data e insuficiência cardíaca com fração de ejeção reduzida, apresenta-se ao serviço de emergência com quadro de dispneia progressiva, ortopneia e episódios de paroxismos noturnos há 3 dias. Ao exame físico, encontra-se taquipneico, com estertores crepitantes bibasais, turgência jugular e S3 audível. A pressão arterial está em 160x90 mmHg, frequência cardíaca de 112 bpm, saturação de O₂ em 88% em ar ambiente. O ecocardiograma mostra disfunção sistólica grave do ventrículo esquerdo (fração de ejeção de 28%) e aumento das pressões sistólicas na artéria pulmonar. À luz da literatura especializada e

dos consensos atuais de manejo da insuficiência cardíaca descompensada, qual é a conduta inicial mais adequada?

- a) Administração imediata de betabloqueadores intravenosos e restrição hídrica rigorosa, visando controle da frequência cardíaca e redução da congestão pulmonar.
- b) Prescrição de vasodilatadores venosos e inotrópicos positivos, com oxigenoterapia suplementar e monitorização hemodinâmica intensiva.
- c) Indicação de anticoagulação plena associada à ventilação não invasiva, com introdução de espirolactona e suspensão de diuréticos de alça.
- d) Realização de punção lombar para descartar encefalopatia hipertensiva e prescrição empírica de antibióticos de amplo espectro.
- e) Suspensão de todas as medicações cardiovasculares e início de corticoterapia sistêmica para reversão da resposta inflamatória pulmonar.

28. Analise as proposições abaixo, referentes aos aspectos clínicos, fisiopatológicos e terapêuticos do infarto agudo do miocárdio (IAM), conforme diretrizes contemporâneas da cardiologia baseada em evidências, e assinale V (verdadeiro) ou F (falso):

() A elevação persistente do segmento ST em duas derivações contíguas, associada à dor torácica retroesternal e enzimas cardíacas elevadas, configura critério diagnóstico clássico de IAM com supradesnivelamento do segmento ST (IAMCSST).

() A administração precoce de betabloqueadores está contraindicada nas primeiras 24 horas de um IAMCSST, mesmo na ausência de hipotensão, bradicardia ou sinais de insuficiência cardíaca.

() O uso de dupla antiagregação plaquetária (ácido acetilsalicílico e inibidor do receptor P2Y12) é preconizado na fase aguda do IAM, principalmente quando houver indicação de intervenção coronariana percutânea.

() A dor torácica atípica, em pacientes diabéticos e idosos, é frequentemente acompanhada de sintomas inespecíficos como sudorese fria, náuseas ou dispneia, o que dificulta o diagnóstico precoce do IAM.

() O uso de trombolíticos em até 12 horas do início dos sintomas é reservado exclusivamente para hospitais com serviço de hemodinâmica disponível, conforme diretriz da Sociedade Brasileira de Cardiologia.

- a) V – F – V – V – F
- b) V – F – F – V – V
- c) F – V – F – F – V
- d) V – V – F – V – V
- e) F – F – V – V – F

29. Em relação à fisiopatologia da dispneia aguda associada ao edema agudo de pulmão de origem

cardiogênica, considere os pressupostos contemporâneos sobre insuficiência cardíaca esquerda descompensada. O aumento da pressão hidrostática nos capilares pulmonares promove extravasamento de líquido para o interstício e alvéolos, culminando em hipoxemia e insuficiência ventilatória. À luz desses fundamentos e das diretrizes clínicas atuais, qual das alternativas a seguir descreve de forma mais acurada os mecanismos fisiopatológicos e condutas iniciais recomendadas para essa condição?

- a) A hipoxemia é decorrente de hipoperfusão sistêmica; o tratamento consiste prioritariamente em reposição volêmica com soluções cristaloides e início precoce de corticoides endovenosos.
- b) A congestão pulmonar resulta da disfunção sistólica do ventrículo direito; o manejo deve ser centrado no uso de diuréticos osmóticos e ventilação com pressão positiva invasiva precoce.
- c) O quadro é atribuído à redução da complacência torácica por distúrbios neuromusculares; o suporte ventilatório invasivo e bloqueadores neuromusculares compõem a base do tratamento inicial.
- d) O aumento da permeabilidade da membrana alveolocapilar por causas infecciosas é a principal responsável pela dispneia; a abordagem inclui antibioticoterapia de amplo espectro e betabloqueadores.
- e) A elevação da pressão capilar pulmonar, oriunda da disfunção do ventrículo esquerdo, leva à transudação de líquido; o tratamento envolve diuréticos de alça, vasodilatadores e suporte ventilatório.

30. A síndrome de angústia respiratória aguda (SARA), definida por critérios clínico-radiológicos e gasométricos conforme o consenso de Berlim, caracteriza-se por inflamação pulmonar difusa não cardiogênica com aumento da permeabilidade alveolocapilar e hipoxemia refratária. À luz da literatura especializada e das diretrizes de ventilação protetora, assinale a alternativa que apresenta corretamente a fisiopatologia, diagnóstico e principais estratégias terapêuticas dessa condição:

- a) A SARA decorre da falência de mecanismos compensatórios da ventilação central; seu diagnóstico exige a exclusão de causas infecciosas e seu manejo consiste na ventilação com altos volumes correntes e uso precoce de antibióticos de amplo espectro.
- b) A inflamação alveolar induz edema pulmonar não hidrostático; o diagnóstico requer relação $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2$ inferior a 300 mmHg e a estratégia ventilatória inclui volume corrente de 4–8 mL/kg e pressão platô inferior a 30 cmH₂O.
- c) A etiologia é predominantemente infecciosa e seu diagnóstico é baseado em tomografia de

tórax com padrão em vidro fosco; o tratamento exige ventilação com pressão positiva elevada e sedação profunda contínua.

- d) A SARA resulta de isquemia miocárdica associada à disfunção do ventrículo esquerdo; a terapêutica baseia-se no uso de diuréticos e ventilação com PEEP mínima.
- e) A hipoxemia grave é consequência da hipertensão arterial pulmonar primária; o tratamento é centrado em vasodilatadores inalatórios e suspensão imediata da ventilação mecânica invasiva.

31. Um paciente de 72 anos, previamente hipertenso e diabético, é admitido na unidade de terapia intensiva com quadro de oligúria progressiva, creatinina sérica de 3,6 mg/dL (valores prévios desconhecidos), e ureia de 105 mg/dL. Ao exame físico, apresenta turgência jugular, estertores crepitantes bilaterais e edema de membros inferiores. Considerando os conhecimentos atuais sobre insuficiência renal aguda, analise os itens abaixo:

I. A diferenciação entre IRA pré-renal e necrose tubular aguda pode ser auxiliada pela análise da fração excretada de sódio (FeNa), sendo que valores inferiores a 1% sugerem IRA pré-renal, enquanto valores superiores a 2% indicam lesão tubular.

II. A presença de cilindros granulosos ou epiteliais no sedimento urinário é sugestiva de necrose tubular aguda e reforça a hipótese de injúria renal estrutural.

III. Em pacientes com IRA associada a congestão sistêmica, a administração de diuréticos de alça pode ser indicada com fins terapêuticos e diagnósticos.

IV. A ultrassonografia renal é pouco útil na IRA, sendo recomendada apenas quando houver suspeita clínica evidente de nefrolitíase ou pielonefrite.

V. A IRA é definida pela elevação de creatinina sérica $\geq 0,3$ mg/dL em até 48 horas ou pela redução do volume urinário para menos de 0,5 mL/kg/h por pelo menos 6 horas, segundo os critérios KDIGO.

Assinale a alternativa correta:

- a) Apenas os itens I, II e V são verdadeiros.
- b) Apenas os itens II, III e IV são verdadeiros.
- c) Apenas os itens I, III e IV são verdadeiros.
- d) Apenas os itens I, II, III e V são verdadeiros.
- e) Todos os itens são verdadeiros.

32. Um homem de 65 anos, tabagista há 40 anos, com histórico de hipertensão controlada, procura atendimento com queixa de dispneia progressiva há 2 meses, acompanhada de tosse produtiva matinal com escarro mucopurulento, episódios de ortopneia e sibilância noturna. Refere perda ponderal não intencional de 5 kg nos últimos 3 meses. Ao exame físico, apresenta frequência respiratória de 24 irpm, uso de musculatura acessória e ausculta com roncocalos difusos e sibilos expiratórios bilaterais. A gasometria arterial em ar ambiente revelou pH 7,36; PaCO₂ 52 mmHg; PaO₂ 60 mmHg; HCO₃⁻ 29 mEq/L. A radiografia

de tórax mostrou hipertransparência pulmonar difusa, retificação de arcos costais e aumento do espaço retroesternal. A espirometria demonstrou relação VEF1/CVF de 58% e VEF1 de 41% do previsto, sem resposta significativa ao broncodilatador.

Com base nesse quadro clínico e nos critérios diagnósticos estabelecidos, qual a conduta mais apropriada a ser instituída como parte do manejo inicial?

- a) Introdução de corticosteroides orais de uso contínuo, suplementação de oxigênio a 3 L/min em domicílio e indicação precoce de transplante pulmonar.
- b) Associação de broncodilatadores de longa ação inalados, cessação do tabagismo, reabilitação pulmonar e vacinação contra influenza e pneumococo.
- c) Uso exclusivo de antibióticos de amplo espectro, ventilação mecânica invasiva e infusão de furosemida contínua para evitar congestão.
- d) Prescrição de beta-agonista de curta ação em demanda, com retorno ambulatorial em seis meses, sem necessidade de outras intervenções.
- e) Restrição hídrica rigorosa, dieta hipossódica, uso de mucolíticos e encaminhamento direto à cirurgia torácica para bullectomia.

33. Em relação à fisiopatologia e ao manejo clínico da síndrome de angústia respiratória aguda (SARA), condição que reflete lesão alveolar difusa com comprometimento severo da troca gasosa e que está associada a altas taxas de mortalidade em unidades de terapia intensiva, considere os preceitos atuais de ventilação protetora e conduta baseada em evidências. Assinale a alternativa que apresenta corretamente uma medida terapêutica comprovadamente benéfica para o manejo inicial da SARA moderada a grave, conforme os protocolos internacionais atualizados, como o ARDSNet.

- a) Aplicar ventilação com volumes corrente reduzidos (4–6 mL/kg de peso corporal ideal), associada a pressão de platô <30 cmH₂O e estratégia de PEEP individualizada conforme recrutabilidade pulmonar.
- b) Ventilação com pressão positiva contínua nas vias aéreas (CPAP) de alto fluxo como primeira linha em todos os pacientes com hipoxemia refratária, independentemente do grau de gravidade.
- c) Utilização de altos volumes corrente (>10 mL/kg de peso ideal), com objetivo de manter a complacência pulmonar estática acima de 50 mL/cmH₂O em todas as fases da ventilação.
- d) Instituição de ventilação com volume minuto aumentado por hiperventilação permissiva, buscando PaCO₂ inferior a 30 mmHg como forma de reduzir o shunt intrapulmonar.

- e) Indicação precoce de ventilação de alta frequência oscilatória (HFOV) como modalidade padrão para pacientes com relação $PaO_2/FiO_2 < 200$, sem necessidade de sedação profunda.

34. A avaliação clínica de pacientes com suspeita de endocardite infecciosa exige domínio dos critérios diagnósticos de Duke modificados, conhecimento sobre os principais agentes etiológicos e reconhecimento dos achados clínicos e laboratoriais mais característicos da doença. Considerando as diretrizes da American Heart Association (AHA) e os consensos mais recentes, assinale a alternativa correta.

- a) O diagnóstico definitivo de endocardite infecciosa requer obrigatoriamente a presença de vegetação visível à ecocardiografia transtorácica, associada a pelo menos uma hemocultura positiva, mesmo que apenas uma amostra tenha sido coletada.
- b) A presença de febre, sopro novo e hemocultura positiva para *Staphylococcus aureus* já é suficiente para iniciar antibioticoterapia empírica por via oral, desde que o paciente não apresente sinais de insuficiência cardíaca.
- c) O ecocardiograma transesofágico é indicado apenas em casos de endocardite em válvula protética, sendo desnecessário nos casos de válvula nativa com ecocardiograma transtorácico negativo.
- d) Os principais agentes causadores de endocardite infecciosa incluem estreptococos do grupo viridans, estafilococos e enterococos, sendo a escolha empírica do antibiótico baseada no perfil local de resistência e na forma clínica de apresentação.
- e) Os fenômenos vasculares e imunológicos não são considerados critérios menores no diagnóstico de endocardite, por apresentarem baixa especificidade e não contribuírem para a confirmação clínica da doença.

35. A parada cardiorrespiratória (PCR) em ambiente intra-hospitalar representa uma emergência crítica cuja abordagem requer aplicação imediata dos protocolos atualizados de Suporte Avançado de Vida Cardiovascular (ACLS). Considerando os algoritmos internacionais da American Heart Association (AHA), as peculiaridades fisiopatológicas envolvidas e as decisões terapêuticas baseadas em evidências, assinale a alternativa que apresenta a conduta mais apropriada frente a um ritmo inicial de fibrilação ventricular refratária.

- a) Administrar atropina em bolus, iniciar massagem cardíaca profunda e realizar cardioversão sincronizada a cada 2 minutos, com aumento progressivo da dose de energia.
- b) Interromper a reanimação após três ciclos de RCP se não houver retorno da circulação

espontânea, indicando morte encefálica presumida.

- c) Realizar desfibrilação sincronizada, administrar lidocaína como antiarrítmico de escolha inicial e iniciar infusão contínua de dopamina para suporte circulatório.
- d) Priorizar o acesso endovenoso periférico, infundir nitroglicerina em bolus a cada 2 minutos e realizar o controle da via aérea com ventilação manual intermitente.
- e) Alternar ciclos de compressões torácicas de alta qualidade com desfibrilação não sincronizada, administrar epinefrina a cada 3 a 5 minutos e considerar a amiodarona após o terceiro choque.

36. Considerando os aspectos fisiopatológicos e terapêuticos da hipertensão arterial sistêmica (HAS) em pacientes com comorbidades, analise os itens a seguir e assinale a alternativa que apresenta a sequência correta de verdadeiro (V) ou falso (F):

I. A nefropatia hipertensiva crônica, quando associada à microalbuminúria persistente, configura critério de lesão em órgão-alvo e modifica a estratificação de risco cardiovascular do paciente hipertenso.

II. Em pacientes com insuficiência cardíaca com fração de ejeção reduzida, o uso de betabloqueadores como carvedilol está contraindicado na presença de HAS estágio 2, devido ao risco de bradicardia sintomática.

III. A escolha de antagonistas do receptor de angiotensina II (ARA II) é preferencial em pacientes hipertensos com intolerância a inibidores da ECA e histórico de diabetes mellitus tipo 2 com proteinúria.

IV. A monitorização ambulatorial da pressão arterial (MAPA) e a medida residencial (MRPA) são indicadas tanto para diagnóstico de hipertensão do avental branco quanto para detecção de hipertensão mascarada.

- a) V – F – F – F
b) V – V – F – V
c) F – V – V – F
d) V – F – V – V
e) F – F – V – V

37. A síndrome de angústia respiratória aguda (SARA) representa uma condição clínica grave, caracterizada por hipoxemia refratária, diminuição da complacência pulmonar e infiltrados bilaterais não cardiogênicos. Com base nas diretrizes do Berlin Definition e na fisiopatologia envolvida, assinale a alternativa que melhor expressa a conduta terapêutica inicial recomendada em pacientes com SARA moderada a grave.

- a) Administração empírica de antibióticos de amplo espectro, ventilação com volume corrente elevado e expansão volêmica agressiva para manutenção da perfusão tecidual.

- b) Ventilação mecânica protetora com baixo volume corrente (4 a 8 mL/kg de peso ideal), pressão de platô inferior a 30 cmH₂O e ajuste de PEEP conforme resposta clínica e gasométrica.
- c) Suporte ventilatório com pressão de suporte elevada, manutenção de frações inspiradas de oxigênio acima de 80% e uso rotineiro de corticosteroides em altas doses.
- d) Indicação precoce de ECMO venovenosa em todos os pacientes com relação PaO₂/FiO₂ inferior a 200 mmHg, independentemente da resposta à ventilação convencional.
- e) Estratégia de ventilação com hipercapnia permissiva, associada à ventilação não invasiva e recrutamento pulmonar sistemático com pressões acima de 45 cmH₂O.

38. Um paciente masculino, 64 anos, tabagista há 40 anos (60 maços/ano), com histórico de DPOC em uso de broncodilatadores de longa ação, procura atendimento por dispneia progressiva aos esforços leves, tosse crônica com escarro esbranquiçado e fadiga. Ao exame físico, apresenta-se eupneico em repouso, com uso de musculatura acessória à mínima atividade, hipersonoridade à percussão, murmúrio vesicular globalmente diminuído e presença de sibilos expiratório difusos. A gasometria arterial evidencia PaO₂ de 58 mmHg, PaCO₂ de 52 mmHg, pH 7,36 e HCO₃⁻ de 30 mEq/L. Radiografia de tórax mostra hiperinsuflação pulmonar, com retificação das cúpulas diafragmáticas. Considerando o quadro clínico, os achados laboratoriais e as diretrizes terapêuticas atuais, qual deve ser a conduta mais adequada neste momento?

- a) Manutenção do tratamento com broncodilatadores, ajuste da oxigenoterapia domiciliar com objetivo de saturação entre 88–92%, e avaliação para reabilitação pulmonar supervisionada.
- b) Introdução de corticoterapia sistêmica contínua e imediata, suplementação de oxigênio em fluxo contínuo para manter saturação acima de 96% e internação em unidade intensiva.
- c) Realização de antibioticoterapia empírica para pneumonia por germes típicos, interrupção do broncodilatador de longa ação e solicitação de tomografia computadorizada de tórax.
- d) Indicação de ventilação não invasiva com pressão positiva contínua, suspensão dos broncodilatadores e uso isolado de corticosteroides inalatórios em altas doses.
- e) Prescrição de beta-agonistas de curta duração em uso contínuo, orientação para repouso domiciliar absoluto e início de oxigenoterapia intermitente apenas noturna.

39. À luz das mais recentes revisões sistemáticas e das diretrizes clínicas publicadas por sociedades médicas internacionais, a compreensão da

fisiopatologia da dor neuropática representa um ponto nevrálgico para a elaboração de condutas terapêuticas individualizadas. Nesse contexto, considerando os princípios neurobiológicos envolvidos, qual das proposições a seguir expressa com maior precisão o entendimento contemporâneo acerca da dor neuropática crônica?

- a) Trata-se de uma condição predominantemente periférica, associada à liberação contínua de prostaglandinas nos nociceptores e à falha da via descendente inibitória no corno posterior da medula espinhal.
- b) A dor neuropática é caracterizada pela ativação excessiva de fibras A-delta e C por estímulos inflamatórios, sendo seu tratamento centrado na inibição de canais de cálcio tipo L.
- c) Envolve mecanismos centrais e periféricos, com sensibilização central, disfunção dos sistemas modulatórios descendentes e neuroplasticidade mal adaptativa, exigindo terapêuticas multimodais.
- d) Resulta principalmente da hipofunção dos receptores NMDA e da diminuição da excitabilidade neuronal no tálamo, justificando o uso de agonistas dopaminérgicos.
- e) Consiste na exacerbação da resposta autonômica simpática frente a estímulos nocivos, com predomínio de hiperemia, edema e hipoestesia, sendo manejada unicamente com anti-inflamatórios não esteroidais.

40. No contexto das diretrizes clínicas contemporâneas e da abordagem baseada em evidências, o manejo do paciente com insuficiência renal crônica (IRC) envolve ações coordenadas que vão além da nefroproteção, incorporando medidas de rastreio, estratificação de risco e intervenção precoce. Considerando os aspectos fisiopatológicos, terapêuticos e de saúde pública da IRC, assinale a alternativa que expressa corretamente uma conduta alinhada ao manejo interdisciplinar do paciente com esta condição.

- a) O início da diálise deve ocorrer exclusivamente após o paciente apresentar sintomas urêmicos severos, independentemente da taxa de filtração glomerular.
- b) A introdução de inibidores da ECA está contraindicada nos estágios iniciais da doença devido ao risco aumentado de hipercalemia e hipotensão postural.
- c) O controle rigoroso da pressão arterial, preferencialmente com bloqueadores do sistema renina-angiotensina-aldosterona, é fundamental para retardar a progressão da doença.
- d) O rastreio da albuminúria não apresenta utilidade clínica em pacientes sem comorbidades, sendo reservado para estágios avançados da doença.

- e) O ajuste dietético com restrição proteica severa está indicado em todos os pacientes, independentemente do estágio da insuficiência renal ou da presença de sintomas catabólicos.

FIM