



PREFEITURA MUNICIPAL DA ESTÂNCIA TURÍSTICA DE TREMEMBÉ

ESTADO DE SÃO PAULO

CONCURSO PÚBLICO

040. PROVA OBJETIVA

MÉDICO CONSULTANTE

- ◆ Você recebeu sua folha de respostas e este caderno contendo 40 questões objetivas.
- ◆ Confira seus dados impressos na capa deste caderno e na folha de respostas.
- ◆ Quando for permitido abrir o caderno, verifique se está completo ou se apresenta imperfeições. Caso haja algum problema, informe ao fiscal da sala para a devida substituição deste caderno.
- ◆ Leia cuidadosamente todas as questões e escolha a resposta que você considera correta.
- ◆ Marque, na folha de respostas, com caneta de tinta preta, a letra correspondente à alternativa que você escolheu.
- ◆ A duração da prova é de 3 horas, já incluído o tempo para o preenchimento da folha de respostas.
- ◆ Só será permitida a saída definitiva da sala e do prédio após transcorridas 2 horas do início da prova.
- ◆ Deverão permanecer em cada uma das salas de prova os 3 últimos candidatos, até que o último deles entregue sua prova e assine o termo respectivo.
- ◆ Ao sair, você entregará ao fiscal a folha de respostas e este caderno.
- ◆ Até que você saia do prédio, todas as proibições e orientações continuam válidas.

AGUARDE A ORDEM DO FISCAL PARA ABRIR ESTE CADERNO.

Nome do candidato _____

RG _____

Inscrição _____

Prédio _____

Sala _____

Carteira _____

CONHECIMENTOS GERAIS

LÍNGUA PORTUGUESA

Leia a tira a seguir para responder às questões de 01 a 03:



(André Dahmer. Disponível em: <https://www.instagram.com/p/DOvidimDmDy/?igsh=M2hjNWN0cTgxYzl0%0A>)

01. A fala da personagem no último quadrinho deixa subentendido que

- (A) comunicar-se nem sempre é uma ação desagradável.
- (B) ler cartas é uma tarefa trabalhosa para quem ainda as recebe.
- (C) pessoas costumam incomodar aqueles com quem se comunicam.
- (D) era mais fácil se comunicar por meio do envio de cartas.
- (E) receber cartas era um evento chato, mas hoje tornou-se prazeroso.

02. A respeito do emprego de advérbios na tira, segundo a norma-padrão, é correto afirmar que o advérbio

- (A) “antigamente” (1º quadrinho) expressa circunstância de lugar para o substantivo “carta”.
- (B) “antigamente” (2º quadrinho) expressa circunstância de modo para o verbo “mandavam”.
- (C) “assim” (2º quadrinho) expressa circunstância de tempo para o verbo “mandavam”.
- (D) “bem” (3º quadrinho) expressa circunstância de intensidade para o adjetivo “trabalhoso”.
- (E) “bem” (3º quadrinho) expressa circunstância de meio para o verbo “encher”.

03. Assinale a alternativa que apresenta reescrita de passagem da tira em conformidade com a norma-padrão de concordância.

- (A) Isto são algumas cartas.
- (B) Era necessário a escrita de cartas.
- (C) Envio de mensagens eram fáceis.
- (D) Existia pessoas escrevendo cartas.
- (E) Havia sido enviadas cartas.

Leia o texto a seguir para responder às questões de **04 a 06**:

Quando eu era pequeno, assistia eletrizado àqueles filmes de cadeia em branco e preto. Os prisioneiros vestiam uniforme e planejavam fugas de tirar o fôlego na cadeira do cinema.

Em 1989, vinte anos depois de formado médico cancelologista, fui gravar um vídeo sobre AIDS na enfermaria da Penitenciária do Estado, construção projetada pelo arquiteto Ramos de Azevedo nos anos 20, no complexo do Carandiru, em São Paulo. Quando entrei e a porta pesada bateu atrás de mim, senti um aperto na garganta igual ao das matinês do cine Rialto, no Brás.

Nas semanas que se seguiram, as imagens do presídio não me saíram da cabeça. Os presos na soleira das celas, o carcereiro com a barba por fazer, um PM de metralhadora distraído na muralha, ecos na galeria mal iluminada, o cheiro, a ginga da malandragem, tuberculose, caquexia, solidão e a figura calada do Dr. Getúlio, meu ex-aluno no cursinho, que cuidava dos presos com AIDS.

Duas semanas depois, procurei o dr. Manoel Schechtman, responsável pelo departamento médico do sistema prisional, e me ofereci para fazer um trabalho voluntário de prevenção à AIDS. Na conversa, o Dr. Manoel me explicou que a situação da epidemia na Penitenciária não era das piores se comparada à dos 7.200 presos da Casa de Detenção, o maior presídio do país, situado no mesmo complexo, de frente para a movimentada avenida Cruzeiro do Sul, vizinho do metrô, a dez minutos da praça da Sé, quilômetro zero de São Paulo.

O trabalho começou em 1989 e dura até hoje. Com o apoio da Universidade Paulista (UNIP), uma instituição particular de São Paulo, fizemos pesquisas epidemiológicas sobre a prevalência do HIV, organizamos palestras, gravamos vídeos, editamos a revista em quadrinhos *Vira-Latas*, e atendi doentes. Com os anos, ganhei confiança e pude andar com liberdade pela cadeia. Ouvi histórias, fiz amizades verdadeiras, aprendi medicina e muitas outras coisas. Na convivência, penetrei alguns mistérios da vida no cárcere, inacessíveis se eu não fosse médico.

Neste livro, procuro mostrar que a perda da liberdade e a restrição do espaço físico não conduzem à barbárie, ao contrário do que muitos pensam. Em cativeiro, os homens, como os demais grandes primatas (orangotangos, gorilas, chimpanzés e bonobos), criam novas regras de comportamento com o objetivo de preservar a integridade do grupo. Esse processo adaptativo é regido por um código penal não escrito, como na tradição anglo-saxônica, cujas leis são aplicadas com extremo rigor:

– Entre nós, um crime jamais prescreve, doutor.

Pagar a dívida assumida, nunca delatar o companheiro, respeitar a visita alheia, não cobiçar a mulher do próximo, exercer a solidariedade e o altruísmo recíproco, conferem dignidade ao homem preso, o desrespeito é punido com desprezo social, castigo físico ou pena de morte:

– No mundo do crime, a palavra empenhada tem mais força do que um exército.

Não é objetivo deste livro denunciar um sistema penal antiquado, apontar soluções para a criminalidade brasileira ou defender direitos humanos de quem quer que seja. Como nos velhos filmes, procuro abrir uma trilha entre personagens da cadeia: ladrões, estelionatários, traficantes, estupradores, assassinos e o pequeno grupo de funcionários desarmados que toma conta deles.

A narrativa será interrompida pelos interlocutores, para que o leitor possa apreciar-lhes a fluência da linguagem, as figuras de estilo e as gírias que mais tarde ganham as ruas.

Por razões éticas, os casos descritos nem sempre se passaram com os personagens a que foram atribuídos. Como diz a malandragem:

– Numa cadeia, ninguém conhece a moradia da verdade.

(Drauzio Varella, *Estação Carandiru*. Adaptado)

04. Nos três primeiros parágrafos, o autor compara a realidade da penitenciária com os filmes aos quais assistia enquanto criança.

Segundo o autor,

- (A) as histórias eram mais exageradas nos enredos cinematográficos do que a realidade que experienciou na penitenciária, pois aqueles envolviam mais criatividade.
- (B) trata-se de situações igualmente perigosas, pois tanto os cinemas antigos quanto a rotina de trabalho acarretavam ao autor riscos da mesma natureza.
- (C) há um cotidiano mais turbulento na penitenciária do que os filmes retratavam, já que o cinema suavizava as narrativas visando ao divertimento.
- (D) os presos da ficção e da realidade comportam-se igualmente, o que levou o autor a se sentir mais preparado para atuar na penitenciária.
- (E) a sensação que sentiu quando ingressou na penitenciária para trabalhar como médico era semelhante àquela que sentia ao assistir aos filmes.

05. Considere a seguinte passagem:

“Como nos velhos filmes, procuro abrir uma trilha entre personagens da cadeia: ladrões, estelionatários, traficantes, estupradores, assassinos e o pequeno grupo de funcionários desarmados que toma conta deles.” (10º parágrafo)

O emprego do sinal de dois-pontos, nesse contexto, é responsável por anunciar uma

- (A) citação da fala de outra pessoa.
- (B) enumeração explicativa da ideia anterior.
- (C) síntese que recapitula a ideia anterior.
- (D) consequência lógica da ideia anterior.
- (E) esclarecimento da fala seguinte.

06. Considere a passagem, em que o acento indicativo de crase foi empregado diante de uma palavra feminina (“situação”) subentendida antes da expressão masculina (“dos 7.200 presos”).

“Na conversa, o Dr. Manoel me explicou que a situação da epidemia na Penitenciária não era das piores se comparada à dos 7.200 presos da Casa de Detenção”. (4º parágrafo)

Assinale a alternativa em que a crase está de acordo com a norma-padrão e foi empregada pelo mesmo motivo que na passagem.

- (A) Muitos detentos saíam à francesa para não serem examinados na penitenciária.
- (B) O médico proporcionou escuta ativa à quem lhe procurava para conversar.
- (C) Drauzio Varella recorreu à *Vira-Latas* para conter a disseminação de HIV na cadeia.
- (D) Informações claras importavam à muitos dos interessados na prevenção da AIDS.
- (E) Era difícil ter obediência à protocolos sanitários rígidos sob aquelas condições.

Leia o texto a seguir para responder às questões de 07 a 10:

Dizer que estamos “enxugando o gelo” é uma forma popular de descrever nossa impotência diante das causas de um problema, que nos condena a somente minimizar os danos dele decorrentes. É o caso de quem atua na área da saúde, que convive diariamente com os limites das intervenções ao seu alcance. Também como usuários do sistema de saúde somos confrontados com fatores estruturais que condicionam nossos comportamentos. Essas constatações estão entre os muitos modos de explicar o que chamamos de “determinantes sociais da saúde”.

Ao defini-los, a Organização Mundial da Saúde (OMS) afirma que a esperança de vida é influenciada por fatores como o lugar onde se vive, o nível de escolaridade, a raça, o gênero, entre outros. Em relatório recente analisando os indicadores dos países com maior e menor expectativa de vida, a organização identificou uma diferença média de 33 anos. Ao contrário do que se poderia imaginar, os extremos não correspondem diretamente aos países com maior e menor renda. Tal complexidade vem levando ao uso, por extensão, de expressões como “determinantes geopolíticos da saúde”.

Trata-se de uma provocação no sentido de explorar os impactos da atualidade internacional sobre a saúde pública. É preciso reconhecer que o campo das relações internacionais não dá aos temas de saúde coletiva a atenção que merecem. Entre muitos exemplos, menciono uma emergência de saúde pública atual, que é a poliomielite. Declarada em maio de 2014, a continuidade dessa emergência foi confirmada pela OMS. Como é possível que uma “emergência” dure quase doze anos? A resposta está nos conflitos armados que puseram fim ao sonho de erradicar uma doença cuja persistência é vergonhosa.

Isto significa que, além dos numerosos civis mortos e feridos, há muitas outras dimensões do aniquilamento da saúde a lamentar. Alguém diria: basta fechar as fronteiras

ou fazer exigências rigorosas sobre a saúde de quem viaja. Na prática, restrições formais jamais evitaram que pessoas passassem de um território a outro, eis que as motivações que as levam a mover-se prescindem de um despachante, em muitos casos sendo a simples sobrevivência. O que as restrições encorajam é o ingresso irregular, que depaupera inutilmente quem circula, por vezes famílias inteiras que vão perdendo o que possuem ao longo de deslocamentos. Permitir a entrada regular, prestando assistência a quem chega e acompanhando seu percurso por meio da vigilância em saúde, é a melhor forma de proteger um país. A propósito, o Sistema Único de Saúde é um bastião da segurança nacional ao garantir o acesso à saúde a todas as pessoas que se encontram em nosso território.

(Deisy Ventura, “Determinantes geopolíticos da saúde: uma chamada à reflexão e à ação”, *Jornal da USP*. Disponível em: <https://jornal.usp.br/>. Adaptado)

07. Considere a passagem:

“Ao contrário do que se poderia imaginar, os extremos não correspondem diretamente aos países com maior e menor renda” (2º parágrafo).

Nessa trecho, fica implícita a ideia de que

- (A) os dados da OMS podem ter sido forjados.
- (B) diferenças de expectativa de vida são inexplicáveis.
- (C) países ricos garantem bons indicadores sociais.
- (D) outros fatores interferem na saúde humana.
- (E) pessoas pobres vivem menos que as ricas.

08. Considere a passagem a seguir:

“Tal complexidade vem **levando ao** uso, por extensão, de expressões como ‘determinantes geopolíticos da saúde’”. (2º parágrafo)

A expressão destacada pode ser substituída, em conformidade com a norma-padrão de regência, por:

- (A) ocasionando no
- (B) provocando no
- (C) importando no
- (D) propiciando no
- (E) acarretando no

09. Considere a passagem:

Alguém diria: basta fechar as fronteiras ou fazer exigências rigorosas sobre a saúde de quem viaja. _____, na prática, restrições formais jamais evitaram que pessoas passassem de um território a outro... (4º parágrafo).

Preservando-se a relação de sentido pretendida, assinale a alternativa que apresenta uma expressão coerente para preencher a lacuna inserida na passagem.

- (A) Então.
- (B) Contudo.
- (C) Ademais.
- (D) A fim disso.
- (E) Em razão disso.

10. Considere a passagem a seguir:

“... eis que as motivações que as levam a mover-se **prescindem de** um despachante, em muitos casos sendo a simples sobrevivência. O que as restrições encorajam é o ingresso irregular, que **depaupera** inutilmente quem circula...” (4º parágrafo)

Os termos destacados podem ser substituídos, sem alteração do sentido original, respectivamente, por:

- (A) “exigem” ... “empobrece”
- (B) “preterem” ... “deporta”
- (C) “contrariam” ... “dissipa”
- (D) “rechaçam” ... “deplora”
- (E) “dispensam” ... “esgota”

11. Em uma reunião da Comissão Intergestores Bipartite, a Secretaria Estadual de Saúde apresenta a adesão ao Programa Agora Tem Especialistas, instituído para ampliar o acesso e reduzir o tempo de espera por consultas, exames, tratamentos e cirurgias eletivas no SUS. Durante a discussão, um secretário municipal afirma que o programa deve ser entendido apenas como uma estratégia de expansão da oferta de procedimentos especializados, sem implicações relevantes sobre os princípios e as diretrizes do SUS, já que seu foco central é “andar mais rápido com a fila”.

Considerando a Portaria GM/MS nº 7.266/2025 e os princípios e as diretrizes do SUS, é correto afirmar que a afirmação do secretário está

- (A) correta, porque programas voltados à atenção especializada baseados em mutirões dizem respeito predominantemente à eficiência administrativa, sem relação direta com equidade, integralidade ou participação social.
- (B) parcialmente correta, porque o programa gera equidade ao priorizar usuários de maior risco, mas contraria a integralidade ao concentrar-se apenas em média e alta complexidade, sem articulação formal com a Atenção Primária.
- (C) parcialmente correta, porque o programa reforça a regionalização da atenção especializada, mas se afasta da participação social ao reservar sua governança exclusivamente ao Ministério da Saúde e às Secretarias Estaduais de Saúde.
- (D) incorreta, porque os princípios e as diretrizes do SUS estão presentes ao se prever priorização por risco, oferta regionalizada, pactuada e articulada entre níveis de atenção e controle social sobre o acesso à atenção especializada.
- (E) incorreta, porque o principal princípio materializado pelo programa é a universalidade, entendida como atendimento por ordem cronológica da fila, sem diferenciação por gravidade clínica ou vulnerabilidade territorial.

12. João, de 68 anos, é portador de hipertensão arterial, diabetes *mellitus* tipo 2 e DPOC. Nos últimos oito meses, passou por consultas com clínico da UPA, cardiologista, pneumologista e endocrinologista, recebeu prescrições parcialmente divergentes, realizou exames repetidos em serviços diferentes e teve três atendimentos de urgência por descompensações clínicas. Durante visita domiciliar, a agente comunitária de saúde identifica que o paciente e a esposa não sabem exatamente quais medicamentos estão em uso, e relatam que “cada médico fala uma coisa”. Na reunião de equipe, surgem diferentes propostas para reorganizar o cuidado de João na rede.

Considerando a organização e as ações esperadas da atenção primária no SUS, o que a equipe deve fazer?

- (A) Priorizar novos encaminhamentos para todas as especialidades envolvidas, assegurando que cada condição crônica seja acompanhada adequadamente pelo respectivo especialista, reduzindo a sobrecarga clínica da UBS.
- (B) Manter o acompanhamento principal na UPA, por ser o ponto da rede com maior capacidade de resposta imediata às descompensações, utilizando a UBS apenas para renovação de receitas e solicitação de exames de rotina.
- (C) Concentrar a resposta do sistema em ampliar a oferta de exames complementares e consultas de retorno com especialistas, pois a principal função da atenção primária nesse tipo de caso é acelerar o acesso à média complexidade.
- (D) Transferir o seguimento clínico principal para o ambulatório de especialidades, uma vez que pacientes com multimorbidade e polifarmácia tendem a se beneficiar mais de acompanhamento centrado na atenção especializada.
- (E) Definir a UBS e sua equipe como referência longitudinal do caso, realizando reconciliação medicamentosa, elaboração de plano terapêutico compartilhado e articulação com os pontos especializados da rede para coordenar o cuidado.

13. Em um município de 180.000 habitantes, a Secretaria Municipal de Saúde ampliou o número de consultas médicas nas UBS e passou a divulgar esse dado como principal evidência de fortalecimento da Atenção Primária. No entanto, ao analisar os indicadores dos últimos dois anos, a equipe técnica identificou aumento das internações por complicações do diabetes, crises asmáticas e insuficiência cardíaca descompensada, especialmente em bairros com maior vulnerabilidade social. Também foi observado alto absenteísmo em consultas programadas nas UBS, baixa integração entre APS e atenção especializada e rotatividade frequente de profissionais das equipes de APS.

Qual é a interpretação correta para esse cenário?

- (A) O aumento das internações pode refletir maior capacidade das UBS de identificar precocemente casos mais graves e encaminhá-los oportunamente.
- (B) A discrepância entre maior produção ambulatorial e piora de internações sugere que o volume de consultas, isoladamente, não expressa o desempenho da APS.
- (C) O principal determinante do aumento das internações é a maior vulnerabilidade social dos bairros afetados identificada pela gestão.
- (D) O cenário sugere que a Atenção Primária cumpriu adequadamente sua função, mas falta investimento em ambulatórios especializados.
- (E) A elevação das internações aliada ao alto absenteísmo sugere excesso de consultas programadas em relação à demanda espontânea das UBS.

14. Ao iniciar a elaboração do Plano Municipal de Saúde, a gestão de um município identificou aumento das filas para atenção especializada, piora de indicadores de saúde mental e ampliação das desigualdades entre territórios. A gestora da pasta defendeu a realização de um amplo processo participativo para discutir esses problemas com usuários, trabalhadores e gestores, com o objetivo de definir prioridades e diretrizes gerais para a política de saúde dos próximos anos.

Considerando o escopo das instâncias de participação social no SUS, qual é a estratégia correta nesse caso?

- (A) Realizar uma consulta pública aberta à população.
- (B) Convocar uma reunião do Conselho Municipal de Saúde.
- (C) Convocar uma Conferência Municipal de Saúde.
- (D) Acionar a Comissão Intergestores Bipartite.
- (E) Acionar a Comissão Intergestores Regional.

15. Considerando a disponibilidade no Programa Nacional de Imunizações (PNI) do SUS da vacina contra a dengue (atenuada), produzida pelo laboratório Takeda (Qdenga), em qual das situações a seguir a conduta está correta em relação à sua indicação?
- (A) em duas doses com intervalo de três meses para uma criança de 8 anos, pois a bula autoriza o uso a partir de 4 anos, e o PNI segue a mesma faixa etária.
 - (B) em dose única para adolescentes de 10 a 14 anos que já tiveram dengue previamente confirmada, pois a infecção prévia é requisito para dose única.
 - (C) para um adolescente de 13 anos, sem necessidade de comprovação de infecção prévia por dengue, em esquema de duas doses com intervalo de três meses.
 - (D) em dose única para um adolescente de 12 anos em quimioterapia, pois o maior risco de evolução grave justifica seu uso mesmo em imunossuprimidos.
 - (E) para um adolescente de 14 anos, em esquema de dose única, já que o intervalo entre doses foi abandonado na estratégia nacional mais recente.
16. Sobre a utilidade prática do indicador DALY (*disability-adjusted life year* – ano de vida ajustado por incapacidade) na gestão em saúde, é correto afirmar que esse indicador
- (A) é pouco útil ao planejamento em gestão, pois reúne agravos fatais e não fatais em uma mesma medida.
 - (B) permite combinar morte prematura e incapacidade, ajudando a definir prioridades além da mortalidade isolada.
 - (C) é mais apropriado para estimar impacto financeiro das doenças do que para orientar prioridades assistenciais.
 - (D) é mais útil em doenças infecciosas, pois nas doenças crônicas a prevalência é o melhor indicador para orientar decisões.
 - (E) corresponde, na prática, à mortalidade ajustada por idade e confirma quais doenças mais matam.
17. Em uma UBS localizada em território com alta frequência de consumo abusivo de álcool, a equipe multiprofissional discute diferentes estratégias para reduzir agravos relacionados à dependência alcoólica. Durante a reunião, foram propostas as seguintes ações: articular com a secretaria de desportos e lazer a ampliação de espaços comunitários de convivência no território; realizar atividades educativas na escola com adolescentes sobre fatores de risco para uso nocivo de álcool; aplicar rotineiramente instrumento de rastreamento em adultos com padrão de uso de risco; articular ações de reabilitação junto ao CAPS e reinserção social de usuários diagnosticados com consumo abusivo do álcool e com perda funcional importante.
- Considerando os níveis de prevenção de Leavell e Clark, a ação que melhor exemplifica prevenção secundária é:
- (A) ampliar espaços comunitários de convivência e lazer, fortalecendo fatores protetores no território.
 - (B) desenvolver atividades educativas com adolescentes antes do início do consumo regular de álcool.
 - (C) aplicar rastreamento sistemático para identificar uso de risco e realizar intervenção breve antes de complicações maiores.
 - (D) estruturar acompanhamento multiprofissional para reabilitação de pessoas com sequelas clínicas e sociais da dependência alcoólica.
 - (E) articular ações intersetoriais para reduzir vulnerabilidades sociais associadas ao consumo abusivo de álcool.
18. Em uma UPA, uma criança de 6 anos dá entrada com febre alta há quatro dias, exantema maculopapular de progressão cefalocaudal, tosse, coriza e conjuntivite. A enfermeira comunica o caso ao médico plantonista, que solicita sorologia e orienta a enfermeira a realizar a notificação imediatamente. Em seguida, o gerente da unidade afirma que a vigilância só deveria ser acionada após o resultado do exame e apenas se a família confirmasse que a criança não passou por outro serviço de saúde no mesmo dia.
- Segundo as normas vigentes relacionadas à notificação compulsória, assinale a alternativa correta sobre essa sequência de ações.
- (A) Está correta a orientação do médico para que a enfermeira realize a notificação, não sendo necessário aguardar a confirmação laboratorial.
 - (B) Está incorreta a orientação do médico para que a enfermeira realize a notificação, pois essa atribuição é exclusiva do médico responsável pelo caso.
 - (C) Está correta a solicitação de aguardar o resultado da sorologia antes da notificação, mas está incorreta a exigência de verificar atendimento prévio em outro serviço.
 - (D) Está correta a exigência de confirmar se houve atendimento em outro serviço antes da notificação, mas está incorreto aguardar a confirmação laboratorial.
 - (E) Toda a sequência está incorreta, pois a notificação deveria ser encaminhada diretamente ao Ministério da Saúde pela vigilância epidemiológica local.

19. Em um município com filas prolongadas para atenção especializada, a gestão propõe um novo protocolo de acesso. Pelo desenho apresentado, os casos com maior gravidade clínica continuariam tendo prioridade, mas, entre os pacientes de mesma prioridade assistencial, teriam preferência os trabalhadores com vínculo formal e contribuição regular à previdência, sob a justificativa de que essa medida “preserva a sustentabilidade do sistema sem abandonar critérios técnicos”.

Considerando a Reforma Sanitária Brasileira, que fundamentou o SUS, essa proposta é

- (A) compatível com o SUS, pois preserva a universalidade e utiliza a contribuição previdenciária apenas como critério subsidiário de ordenação da fila.
- (B) compatível com a equidade, pois permite diferenciar o acesso com base na contribuição individual para o financiamento do Estado.
- (C) compatível com o modelo assistencial do SUS, desde que o critério contributivo seja pactuado nas instâncias intergestores e aprovado pelo conselho de saúde.
- (D) parcialmente compatível com o SUS, pois mantém a gravidade clínica como critério maior, mas falha em não garantir duas filas independentes para preservar a equidade.
- (E) incompatível com a lógica da Reforma Sanitária, pois reintroduz a vinculação entre acesso e inserção no mercado formal de trabalho.

20. Um ambulatório de especialidades do SUS, reconhecido por boa produtividade assistencial, passou a registrar ao mesmo tempo aumento do absenteísmo e de retornos precoces, crescimento de demandas encaminhadas à ouvidoria e maior frequência de usuários com problemas clínicos e sociais complexos sendo frequentemente encaminhados entre profissionais do próprio ambulatório. No serviço, os fluxos assistenciais e as mudanças organizacionais costumam ser definidos pela coordenação especializada em gestão de serviços de saúde e posteriormente comunicados às equipes. Em reuniões recentes, surgiram diferentes interpretações sobre as causas desse cenário e propostas distintas de reorganização do trabalho no serviço.

Considerando a Política Nacional de Humanização, assinala a alternativa que apresenta corretamente a proposta mais adequada.

- (A) Reforçar a adesão aos protocolos assistenciais e ampliar o monitoramento de faltosos, pois a principal fragilidade do serviço parece estar na baixa conformidade dos usuários ao tratamento prescrito.
- (B) Reorganizar a agenda para ampliar o tempo das consultas de maior complexidade e redistribuir casos entre profissionais mais experientes, preservando a atual estrutura decisória da coordenação.
- (C) Revisar os protocolos clínicos para incluir variáveis sociais e subjetivas, aumentando a sensibilidade técnica do cuidado e mantendo a definição centralizada e qualificada dos fluxos assistenciais.
- (D) Implantar reuniões regulares de equipe para análise compartilhada de casos e do processo de trabalho, com participação dos profissionais na gestão do serviço e incorporação das necessidades trazidas pelos usuários.
- (E) Criar um fluxo específico para usuários de maior vulnerabilidade, com prioridade de acesso e seguimento intensivo, reduzindo o risco de desfechos desfavoráveis e de uso recorrente da urgência.

CONHECIMENTOS ESPECÍFICOS

21. Homem de 55 anos, obeso (IMC: 32 kg/m²), tabagista e sedentário, apresenta medidas de pressão arterial em consultas médicas variando entre 152 x 96 mmHg e 148 x 94 mmHg em dias distintos. Os exames complementares mostram colesterol LDL de 135 mg/dL e glicemia de jejum de 110 mg/dL. Não há histórico de doença cardiovascular manifesta ou doença renal crônica estabelecida.

Nesse cenário, é correto afirmar que se deve

- (A) estabelecer meta de pressão arterial inferior a 120 x 80 mmHg visando reduzir eventos cardiovasculares maiores.
- (B) estratificar o risco cardiovascular do paciente utilizando o escore PREVENT para guiar o manejo medicamentoso e as metas terapêuticas.
- (C) orientar restrição da ingestão de sódio para o limite máximo de quatro gramas diárias visando à prevenção primária cardiovascular.
- (D) realizar a reavaliação clínica do paciente em intervalos de seis meses, até que a meta pressórica seja alcançada no consultório.
- (E) sugerir a prática de atividade física aeróbica moderada por 30 a 60 minutos semanais para auxiliar na redução do peso e melhora do controle pressórico.

22. Homem de 42 anos procura a unidade de pronto atendimento com história de febre alta (39,8 °C), de início abrupto, há três dias. Ele relata cefaleia intensa, mialgia e dor retro orbitária. Não há sinais de choque, dor abdominal ou vômitos persistentes. O paciente é hipertenso e faz uso regular de losartana e anlodipino. Ao exame físico: consciente, orientado, corado, anictérico; pressão arterial de 130 x 85 mmHg; frequência cardíaca: 82 bpm; nota-se exantema maculopapular no tronco e membros. A prova do laço é realizada, resultando na formação de 25 petéquias em um quadrado de 2,5 cm de lado.

Considerando o estadiamento clínico e as condutas recomendadas pelo Ministério da Saúde, nessa circunstância, deve-se

- (A) classificar o quadro clínico como Grupo A, pois não há dor abdominal contínua ou outros sinais de alarme.
- (B) indicar hidratação oral, prescrever dipirona e alta com orientação de retornar imediatamente, se surgir vômitos ou dor abdominal.
- (C) realizar a reposição volêmica por via intravenosa na dose de 10 mL/kg na primeira hora do atendimento médico.
- (D) suspender as medicações hipertensivas habituais, uma vez que os níveis pressóricos estão dentro da normalidade.
- (E) solicitar um hemograma completo e aguardar o resultado para definir a forma de acompanhamento do paciente.

23. Homem de 54 anos, sem diagnóstico prévio de doença cardiovascular aterosclerótica (ASCVD) ou diabetes, comparece para consulta de rotina. O perfil lipídico atual revela: LDL: 142 mg/dL; HDL: 45 mg/dL; triglicérides: 155 mg/dL. Utilizando as equações PREVENT-ASCVD, seu risco de eventos cardiovasculares em 10 anos é estimado em 7,2%. O paciente pratica atividade física regular e nega tabagismo ou etilismo.

Com base nas recomendações mais recentes, a conduta mais apropriada é

- (A) adiar terapia farmacológica por dez anos, se o seu escore de cálcio for zero.
- (B) categorizar o paciente como baixo risco e seguimento clínico anual.
- (C) indicar meta de colesterol LDL abaixo de 70 mg/dL nessa categoria.
- (D) recomendar estatina de moderada intensidade para atingir redução de 30% a 49%.
- (E) realizar o escore de cálcio por tomografia de coronárias a cada 5 anos.

24. Mulher de 62 anos procura atendimento devido a fadiga. Ela gosta de cuidar do jardim, mas agora precisa de ajuda para atividades mais intensas por cansaço. O histórico é positivo para diabetes *mellitus* tipo 2 e hipertensão, em uso de doses máximas de anlodipino, lisinopril e metformina. Não há tabagismo ou etilismo. Ao exame físico: pressão arterial: 158 x 96 mmHg; IMC: 34 kg/m²; sons cardíacos normais; há sibilos dispersos no exame pulmonar e edema simétrico distal 1+/4 em extremidades inferiores. ECG: ritmo sinusal normal com frequência cardíaca de 70 bpm. Exames séricos: hormônio estimulante da tireoide (TSH): de 5,2 mU/L (normal: 0,5 a 5); creatinina: 1,45 mg/dL; peptídeo natriurético tipo B: 120 pg/mL (normal < 100). O ecocardiograma mostra hipertrofia ventricular esquerda, sem valvopatia.

Assinale a alternativa que apresenta a causa mais provável dos sintomas desta paciente.

- (A) Evolução da nefropatia.
- (B) Hipotireoidismo.
- (C) Insuficiência cardíaca com fração de ejeção preservada.
- (D) Síndrome de hipoventilação da obesidade.
- (E) Tromboembolismo pulmonar crônico.

25. Mulher de 35 anos, não fumante, é diagnosticada com enfisema pulmonar. Ao ser questionada mais detalhadamente, ela informa que seu pai também foi teve a condição quando tinha cerca de 30 anos, apesar de nunca ter sido fumante. Seu pai faleceu aos 50 anos devido a uma cirrose hepática.

O exame complementar mais apropriado para confirmar a principal hipótese diagnóstica é

- (A) alfa1-antitripsina sérica.
- (B) biópsia pumonar transbrônquica.
- (C) enzima conversora de angiotensina sérica.
- (D) teste de cloro no suor.
- (E) tomografia de tórax com cortes finos.

26. Homem de 34 anos, pedreiro, procura a unidade básica de saúde relatando tosse produtiva com expectoração mucoide há cerca de 6 semanas de duração. Ele refere febre vespertina baixa, sudorese noturna e perda ponderal de 5 quilos no período. O paciente é tabagista e reside em uma casa com sua esposa e dois filhos menores de dez anos. Não há uso de drogas ou alcoolismo. Ao exame físico: apresenta-se emagrecido; temperatura: 37,9 °C; ausculta pulmonar com estertores crepitantes no terço superior do hemitórax direito; o restante não é digno de nota.

Uma vez confirmada a principal hipótese diagnóstica, a recomendação mais apropriada é

- (A) indicar a vacinação com BCG para contatos domiciliares adultos que apresentem prova tuberculínica com leitura de dez milímetros na primeira avaliação realizada.
- (B) indicar a realização do teste anti-HIV para o paciente devido à recomendação de rastreamento de coinfeção em casos confirmados de tuberculose.
- (C) orientar a família sobre o risco de transmissão da doença por meio do compartilhamento de talheres, pratos e outros objetos de uso pessoal do paciente.
- (D) realizar a prova tuberculínica para o diagnóstico de tuberculose ativa em pacientes contactantes que apresentam quadro de tosse produtiva crônica.
- (E) utilizar o teste de sensibilidade antimicrobiana para pacientes que apresentam o quadro de falência ao tratamento após o sexto mês de uso do tratamento padrão.

27. Homem de 77 anos comparece ao consultório com queixa de dificuldade de memória para fatos que anteriormente não eram um problema, como nomes e trajetos. Sua esposa notou esses episódios de esquecimentos mais do que o próprio paciente. Nega outras queixas cognitivas e seu déficit de memória não tem interferido em suas atividades de vida diária. Ele é aposentado há 12 anos (ex-professor). Ao exame físico: nota-se que ele recorda 0 de 3 objetos na etapa de evocação do Mini-Exame do Estado Mental (MEEM) após 5 minutos, e sua pontuação total no MEEM é de 27.

Com os dados descritos, a principal hipótese diagnóstica é

- (A) comprometimento cognitivo leve.
- (B) demência frontotemporal.
- (C) demência com corpos de Lewy.
- (D) doença de Alzheimer.
- (E) processo de envelhecimento esperado.

28. Homem de 19 anos, com anemia falciforme, apresenta dor no quadrante superior direito, náuseas, vômitos, febre e escleras amareladas há 1 dia. Ele nega urina escura ou fezes claras. Ao exame físico: temperatura: 38,5 °C; hemodinamicamente estável; sinal de Murphy positivo. Exames séricos revelam leucocitose, fosfatase alcalina elevada e bilirrubina não conjugada elevada. À ultrassonografia: observam-se cálculos biliares, líquido pericolecístico e espessamento da parede da vesícula biliar; o diâmetro do ducto biliar comum é de 4 mm. Após iniciar a expansão com fluidos via intravenosa e a antibioticoterapia parenteral, o próximo passo de escolha é

- (A) colangiopancreatografia retrógrada endoscópica.
- (B) colangiopancreatografia por ressonância magnética.
- (C) colangiografia trans-hepática percutânea.
- (D) colecistectomia laparoscópica.
- (E) tomografia de abdômen com contraste.

29. Mulher de 42 anos, com histórico médico de tireoidite de Hashimoto, é atendida com quadro de fadiga, esquecimento e irritabilidade. A paciente relata, ocasionalmente, sensação de choque com irradiação para o membro inferior à flexão da coluna cervical, desencadeada ao inclinar-se para amarrar os sapatos. Hemograma: hemoglobina: 9,7 g/dL; hematócrito: 31%; volume corpuscular médio: 117 fL.

Qual das opções a seguir reforça, mais provavelmente, que o diagnóstico subjacente é deficiência de vitamina B12?

- (A) Baixa contagem de reticulócitos.
- (B) Hemoglobinúria.
- (C) Neutrófilos hiposegmentados.
- (D) Pancitopenia.
- (E) Perda da sensibilidade vibratória.

30. Homem de 38 anos apresenta quadro de cefaleia intensa com três dias de evolução. Relata que, há um dia, o quadro associou-se à cervicalgia e dor em ombros, fotofobia, fonofobia, náuseas leves, lombalgia e cefaleia de caráter holocraniana. Ele nega viagem recente, picadas de carrapatos, dor torácica ou dispneia. Não há convulsão, alteração do nível de consciência ou do comportamento. Ao exame físico: observa-se uma erupção eritematosa discreta no tórax; temperatura: 38,1 °C; há rigidez na nuca. Uma punção lombar é realizada, e a análise do líquido (LCR) mostra: proteínas: 53 mg/dL (normal: 15 a 45); glicose: 56 mg/dL (normal: 40 a 70); xantocromia: ausente; hemácias: 37/mm³ (normal: zero); células nucleadas: 50/mm³ (normal: até 5), sendo 14% de polimorfonucleares, 52% de linfócitos e 34% de monócitos/macrófagos; coloração pelo Gram: sem organismos visíveis.

O exame do líquido que tem maior probabilidade de confirmar a principal hipótese diagnóstica é

- (A) cultura bacteriana para *Neisseria meningitidis*.
- (B) teste de amplificação de ácido nucleico para o pneumococo.
- (C) teste de amplificação de ácido nucleico para enterovírus.
- (D) teste de reação em cadeia da polimerase para o herpes vírus tipo 1.
- (E) teste de reação em cadeia da polimerase para o *Haemophilus sp.*

31. Mulher de 40 anos procura a unidade de saúde com o histórico de dois meses de poliúria, noctúria e níveis elevados de glicemia. Não há histórico familiar de diabetes *mellitus* e ela não toma nenhum medicamento. Ao exame físico: sinais vitais normais; IMC: 22 kg/m²; o restante do exame é normal. Glicemia aleatória: 297 mg/dL. Gasometria arterial: pH: 7,40; bicarbonato: 25 mEq/L. Exames séricos: sódio: 140 mEq/L; potássio: 3,7 mEq/L. Urina com cetonas negativas.

O exame de maior utilidade para estabelecer o diagnóstico subjacente, considerando seu perfil clínico, é

- (A) anticorpo anti-descarboxilase do ácido glutâmico.
- (B) ferritina sérica e capacidade total de ligação ao ferro.
- (C) mutação no gene mitocondrial (A3243G).
- (D) ressonância magnética do abdome.
- (E) teste oral de tolerância à glicose.

32. Mulher de 35 anos refere episódios de falta de ar e chiado no peito, que iniciaram há cerca de seis meses. Relata que os sintomas ocorrem três vezes por semana, com despertares noturnos ocasionais por tosse, e costumam piorar ao praticar corridas. No momento, não faz uso de medicações regulares. Ao exame físico, a paciente encontra-se estável, com ausculta pulmonar limpa e sem sinais de desconforto respiratório.

Considerando a principal hipótese diagnóstica, é correto afirmar que

- (A) a espirometria normal em paciente com sintomas respiratórios frequentes comprova que a origem do quadro clínico não se relaciona com asma.
- (B) a medida do pico de fluxo expiratório apresenta maior confiabilidade técnica para o diagnóstico clínico de asma em comparação com a espirometria.
- (C) a realização de exames de imagem como a radiografia de tórax é recomendada no momento do diagnóstico inicial de asma em adultos.
- (D) o início precoce do corticoide inalatório em doses baixas está relacionado a uma melhora mais expressiva da função pulmonar em comparação ao tratamento tardio.
- (E) o uso regular de beta2-agonistas de longa ação sem associação com corticoides inalatórios é indicado para pacientes com sintomas persistentes.

33. Homem de 39 anos apresenta quadro de dispneia progressiva de três semanas de evolução. Os sintomas iniciaram-se com falta de ar aos moderados esforços e tosse seca, progredindo para dispneia em repouso. Ao exame físico; consciente, orientado, anictérico, taquipneico e bem emagrecido; pressão arterial: 118 x 68 mmHg; frequência cardíaca: 112 bpm; temperatura: 38,2 °C; frequência respiratória: 34 irpm; SatO₂ de 85% em ar ambiente; o exame oral mostra mucosa com placas esbranquiçadas (aspecto de 'leite coalhado'), removíveis à espátula, revelando base eritematosa; pulmonar: estertores crepitantes finos difusos em ambos os campos pulmonares. Exames complementares: gasometria arterial com PaO₂ de 51 mmHg. A desidrogenase sérica está bastante elevada. A radiografia de tórax evidencia infiltrado intersticial bilateral difuso, sem derrame pleural.

O tratamento antimicrobiano empírico inicial mais apropriado para o quadro respiratório é

- (A) anfotericina lipossomal.
- (B) ceftriaxona e claritromicina.
- (C) esquema antituberculoso com 4 drogas.
- (D) fluconazol.
- (E) trimetoprima-sulfametoxazol.

34. Homem de 28 anos é atendido com queixa principal de um humor deprimido nos últimos 3 – 4 meses. Ele também observa que está dormindo mais do que o habitual, até 14 horas por noite, mas não se sente descansado, ao contrário, sente-se cansado e exausto o tempo todo. Ele engordou 6,3 kg no último mês, algo que o deixa muito insatisfeito, mas afirma que parece ter um desejo tão intenso por doces que o ganho de peso parecia inevitável. Os exames séricos, incluindo a função tireoidiana, estão dentro dos limites normais. Ele não quer tomar medicamentos que possam reduzir sua libido e não quer ganhar mais peso, ao contrário.

Admitindo-se a principal hipótese diagnóstica, o medicamento inicial mais apropriado a esse paciente é

- (A) amoxapina.
- (B) bupropiona.
- (C) desvenlafaxina.
- (D) escitalopram.
- (E) mirtazapina.

35. Homem de 44 anos é atendido em consulta ambulatorial de rotina queixando-se de perda auditiva unilateral, zumbido, vertigem, desequilíbrio e instabilidade, que se desenvolveram gradualmente nos últimos meses. A audiometria constata uma perda auditiva neurosensorial unilateral com baixa discriminação da fala.

A principal hipótese diagnóstica é

- (A) colesteatoma.
- (B) doença de Meniere.
- (C) labirintite.
- (D) schwannoma vestibular.
- (E) vertigem paroxística posicional benigna.

36. Homem de 41 anos retorna de uma viagem a localidades de baixo nível sanitário. Cerca de 8 semanas após seu retorno, ele apresenta dor profunda na parte superior do abdômen e febre alta. Essa dor é intensa e irradia para o ombro direito, associada a calafrios, sudorese profusa, perda de peso e tosse seca. Não há diarreia. Ao exame físico: temperatura: 38,9 °C; há dor à palpação do quadrante superior direito e do epigástrico, com fígado palpável três dedos abaixo da margem costal. Exames séricos: leucócitos: 15.100/mm³; neutrófilos: 13.500/mm³; eosinófilos: 200/mm³; TGP (ALT): 346 U/L; PCR: 217 mg/L (normal < 10). Radiografia de tórax: hemidiafragma direito elevado com pequeno derrame pleural ipsilateral. Ultrassonografia hepática: massa hipoeoica redonda e bem definida no lobo direito do fígado; diâmetro de 8 cm; ao drenar, produz secreção espessa semelhante a “pasta de anchova”. Culturas e exames sorológicos são coletados.

Considerando a principal hipótese diagnóstica, o tratamento inicial de escolha é

- (A) albendazol.
- (B) metronidazol.
- (C) ampicilina e gentamicina.
- (D) ceftriaxona e clindamicina.
- (E) praziquantel e nitazoxanida.

37. Homem de 22 anos procura atendimento com febre, dor abdominal, náuseas, vômitos, cefaleia e fraqueza generalizada intensa. Ele não apresenta antecedentes médicos significativos. Nega consumo de álcool ou uso de drogas. Refere que retornou de uma viagem de duas semanas ao interior de uma localidade carente e de baixo nível sanitário. Relata que houve muitas inundações na vila local onde se hospedou. Também sofreu muitas picadas de mosquito e consumiu diversas iguarias locais compradas nas ruas. Dois de seus colegas de quarto adoeceram, apresentando febre e vômitos antes de seu retorno. Ao exame físico: temperatura: 39,1 °C; pressão arterial: 110 x 60 mmHg; frequência cardíaca: 115 bpm; frequência respiratória: 24 irpm; nota-se escleras ictéricas; há dor muscular na região lombar e nas panturrilhas bilaterais. Exames séricos: hemoglobina: 10,1 g/dL; leucócitos: 14.500/mm³; plaquetas: 65.000/mm³; AST (TGO): 180 U/L; ALT (TGP): 190 U/L; bilirrubina total: 15 mg/dL (direta: 10,9 mg/dL). A ultrassonografia do abdômen mostra vesícula biliar e fígado normais.

Considerando a principal hipótese diagnóstica, a via mais provável de contágio da doença é

- (A) contato com pessoa doente.
- (B) consumo de alimentos.
- (C) exposição às águas da enchente.
- (D) picada de mosquito.
- (E) transmissão sexual.

38. Com relação às mais recentes evidências clínicas e diretrizes para o tratamento da dor crônica em adultos, é correto afirmar que

- (A) a duloxetina possui a maior base de evidências para eficácia analgésica no tratamento da fibromialgia e neuropatia diabética dolorosa, sendo que as doses-padrão costumam ser eficazes para a maioria.
- (B) a terapia cognitivo-comportamental para o manejo da dor crônica foca na eliminação completa dos sintomas físicos por meio do uso de técnicas de relaxamento passivo e retorno imediato às atividades laborais.
- (C) a venlafaxina mantém um perfil de ação similar aos inibidores de recaptção de serotonina em variadas faixas de dose prescrita, o que garante segurança em pacientes com distúrbios de condução cardíaca.
- (D) o uso de anti-inflamatórios não esteroides é o pilar para dor lombar crônica porque esses pacientes frequentemente apresentam evidências de inflamação contínua, que justifica a manutenção dessa classe de fármacos analgésicos.
- (E) relaxantes musculares como o carisoprodol são eficazes para dor crônica porque agem diretamente nas fibras musculares para inibir contrações tônicas e espasmos, sem que haja dependência de efeitos de sedação.

39. Mulher de 27 anos de idade procura atendimento médico com quadro de congestão nasal, rinorreia clara e sensação de plenitude em ambos os seios maxilares há 3 dias. Não há comorbidades, tabagismo ou alergias conhecidas. Ao exame físico: pressão arterial: 112 x 71 mmHg; frequência cardíaca: 88 bpm; temperatura: 37,1 °C; há desconforto à palpação de ambos os seios maxilares; orofaringe: discretamente eritematosa, sem exsudatos; membranas timpânicas normais; não há linfadenopatia cervical; cardiopulmonar: sem alteração.

Nesse momento, a conduta inicial correta é

- (A) prescrever corticoide nasal e azitromicina por 5 dias.
- (B) prescrever corticoide nasal e amoxicilina-clavulanato por 7 dias.
- (C) prescrever analgésico oral e lavagem nasal com soro fisiológico.
- (D) solicitar radiografia de seios da face.
- (E) solicitar tomografia de seios da face.

40. Mulher de 34 anos apresenta-se com diarreia e dor abdominal intensa há 3 dias. Relata viagem de férias a uma fazenda antes do quadro atual e diz que consumiu leite cru, além de alimentos locais como frutas, peixes e carnes. O exame de reação em cadeia da polimerase (PCR) com painel gastrointestinal multiplex é positivo para toxina Shiga 2.

Nessa circunstância, é o manejo mais adequado é

- (A) solicitar cultura de fezes para *Escherichia coli* O157.
- (B) tratar com azitromicina oral.
- (C) tratar com ciprofloxacino oral.
- (D) tranquilizar a paciente e seguir de forma expectante ambulatorialmente.
- (E) monitorar o desenvolvimento de síndrome hemolítico-urêmica.

RASCUNHO

