



SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL

ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

EDITAL NORMATIVO Nº 1 – RM/SES-DF/2019, DE 27 DE AGOSTO DE 2018.

PROGRAMAS – GRUPO 013

Medicina Paliativa (617).

Data e horário da prova:

Domingo,
21/10/2018, às 14 h.

INSTRUÇÕES

- Você receberá do fiscal:
 - um caderno da prova objetiva contendo 120 (cento e vinte) itens; cada um deve ser julgado como CERTO ou ERRADO, de acordo com o(s) comando(s) a que se refere; e
 - uma folha de respostas personalizada.
- Verifique se a numeração dos itens, a paginação do caderno da prova objetiva e a codificação da folha de respostas estão corretas.
- Verifique se o programa selecionado por você está explicitamente indicado nesta capa.
- Quando autorizado pelo fiscal do IADES, no momento da identificação, escreva, no espaço apropriado da folha de respostas, com a sua caligrafia usual, a seguinte frase:

O segredo do sucesso é saber o que ninguém mais sabe.

- Você dispõe de 3 (três) horas e 30 (trinta) minutos para fazer a prova objetiva, devendo controlar o tempo, pois não haverá prorrogação desse prazo. Esse tempo inclui a marcação da folha de respostas.
- Somente 1 (uma) hora após o início da prova, você poderá entregar sua folha de respostas e o caderno da prova e retirar-se da sala.
- Somente será permitido levar o caderno da prova objetiva 3 (três) horas após o início da prova.
- Deixe sobre a carteira apenas o documento de identidade e a caneta esferográfica de tinta preta, fabricada com material transparente.
- Não é permitida a utilização de qualquer tipo de aparelho eletrônico ou de comunicação.
- Não é permitida a consulta a livros, dicionários, apontamentos e (ou) apostilas.
- Você somente poderá sair e retornar à sala de aplicação da prova na companhia de um fiscal do IADES.
- Não será permitida a utilização de lápis em nenhuma etapa da prova.

INSTRUÇÕES PARA A PROVA OBJETIVA

- Verifique se os seus dados estão corretos na folha de respostas da prova objetiva. Caso haja algum dado incorreto, comunique ao fiscal.
- Leia atentamente cada item e assinale sua resposta na folha de respostas.
- A folha de respostas não pode ser dobrada, amassada, rasurada ou manchada e nem podem conter registro fora dos locais destinados às respostas.
- O candidato deverá transcrever, com caneta esferográfica de tinta preta, fabricada com material transparente, as respostas da prova objetiva para a folha de respostas.
- A maneira correta de assinalar a alternativa na folha de respostas é cobrir, fortemente, com caneta esferográfica de tinta preta, fabricada com material transparente, o espaço a ela correspondente.
- Marque as respostas assim: ●

Tipo “U”

CANCEROLOGIA CLÍNICA

Itens de 1 a 24

Paciente com 70 anos de idade, tabagista, sem outras comorbidades, comparece a uma consulta em razão de hematúria. Realizou tomografia computadorizada (TC) de abdome e cistoscopia, que mostraram lesão de 3 cm na bexiga e resultado anatomopatológico que evidenciou carcinoma urotelial infiltrante grau 2, com ausência de músculo liso na amostra.

Com base nesse caso clínico e nos conhecimentos médicos correlatos, julgue os itens a seguir.

1. Fatores associados ao aumento do risco de desenvolvimento de câncer de bexiga são tabagismo, uso crônico de ciclofosfamida via oral e esquistossomose, por exemplo.
2. O câncer de bexiga acomete mais mulheres que homens.
3. A conduta mais indicada para o caso apresentado é repetir a cistoscopia com biópsia.
4. O paciente deve iniciar tratamento com BCG intravesical.
5. O tipo histológico mais frequente de câncer urotelial é o carcinoma de células transicionais.

Mulher de 41 anos de idade é diagnosticada com carcinoma de células escamosas de orofaringe, estágio III. Ela nunca fumou e bebe somente um ou dois drinques em ocasiões especiais.

A respeito desse caso clínico e dos conhecimentos médicos correlatos, julgue os itens a seguir.

6. O fator de risco mais associado ao câncer de orofaringe é o Vírus Epstein-Barr.
7. O HPV tem papel na carcinogênese em todos os tumores de cabeça e pescoço além da orofaringe.
8. A sobrevida é pior em pacientes com câncer de orofaringe relacionado ao HPV do que naqueles com esse câncer relacionado ao tabaco.
9. Cetuximab tem atividade em câncer de cabeça e pescoço recorrente ou metastático.
10. Tabaco, álcool e anemia de Fanconi são considerados fatores de risco para câncer de cabeça e pescoço.

Mulher de 65 anos de idade, não tabagista, com diagnóstico de adenocarcinoma de pulmão metastático para fígado, confirmado com biópsia hepática, comparece a um consultório para iniciar tratamento.

Acerca desse caso clínico e dos conhecimentos médicos correlatos, julgue os itens a seguir.

11. Como conduta inicial, deve-se pesquisar mutação EGFR, ALK, ROS, KRAS e PD-L1.
12. O tratamento com imunoterapia deve ser realizado somente em segunda linha da doença metastática.
13. Se o EGFR for mutado, deve-se iniciar tratamento com inibidor de EGFR.
14. Deve-se iniciar tratamento imediatamente com quimioterapia à base de platina.

15. Supondo que essa paciente seja EGFR mutada e que após um ano tenha falhado ao tratamento, a mutação de resistência do tumor à medicação usada mais comum é T790M.

Mulher de 65 anos de idade, previamente hígida, apresenta-se com massa em mama direita de 5 cm e adenopatia axilar direita. A biópsia da massa mamária e do linfonodo axilar mostra carcinoma ductal invasivo grau 1, com receptores de estrogênio e progesterona fortemente positivos, Cerb-B2 negativo e Ki67 de 4%. Exames de estadiamento sistêmico não demonstraram doença metastática. A paciente quer evitar mastectomia.

Com relação a esse caso clínico e nos conhecimentos médicos correlatos, julgue os itens a seguir.

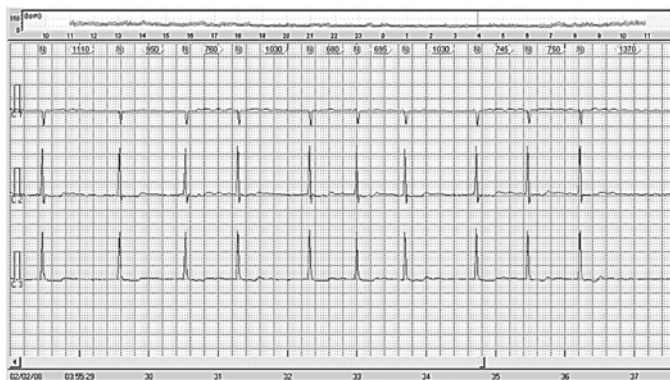
16. Deve-se indicar, como tratamento inicial, radioterapia na mama e na axila.
17. O câncer de mama do caso apresentado é classificado como luminal B.
18. Essa paciente pode ser tratada com inibidor da aromatase neoadjuvante por dois a três meses.
19. O câncer de mama associado ao BRCA-1 usualmente ocorre em mulheres jovens e tem comportamento mais agressivo.
20. O subtipo luminal A de câncer de mama frequentemente apresenta mutação do TP53.

Homem de 56 anos de idade, com diabetes *mellitus* bem controlado, recentemente foi submetido a hemicolectomia para câncer de cólon. O paciente encontra-se bem. O exame anatomopatológico da hemicolectomia revela tumor T3N1, EC III. Realizou tomografias de tórax e abdome total, que não mostraram evidência de doença metastática. A análise molecular mostrou ausência de mutação KRAS e de BRAF V600E.

Com base nesse caso clínico e nos conhecimentos médicos correlatos, julgue os itens a seguir.

21. A mutação genética KRAS está relacionada ao tratamento com Cetuximab.
22. A conduta inicial para esse paciente é observação e seguimento.
23. Tumores colorretais com mutação BRAF V600E comumente se caracterizam clinicamente por tumores do lado direito e instabilidade de microssatélites.
24. O gene associado ao câncer colorretal não polipoide hereditário (HNPCC) é o gene APC.

Área livre



(Figura ampliada na página 9)

No pronto-socorro, é admitido paciente com queixa de “batedeira” há dois dias. Ele nega outras queixas e, ao realizar-se um eletrocardiograma (ECG), obtém-se a imagem apresentada na tira de ritmo (derivações C1/C2/C3, velocidade do papel = 25mm/s, calibração 1 cm = 1mv).

Acerca desse caso clínico e dos conhecimentos médicos correlatos, julgue os itens a seguir.

25. Trata-se de uma arritmia supraventricular não dependente do nó atrioventricular, caracterizada por uma ativação atrial caótica não coordenada.
26. Os intervalos RR são absolutamente irregulares, com ausência de bloqueio atrioventricular (BAV).
27. No ECG, há ausência de ondas P.
28. Para auxílio da prática clínica, podem-se usar escores de estratificação de risco para fenômenos tromboembólicos, como CHADS₂, definindo ou não o uso de aspirina.
29. Nessa arritmia cardíaca há benefício do uso de antiagregantes plaquetários na prevenção de fenômenos tromboembólicos.
30. O uso de AAS e clopidogrel pode ser uma opção para pacientes que não podem tomar qualquer anticoagulante com CHA₂DS₂-VASc maior que 2, o que não se justifica naqueles com escore menor que 1 pelo risco de sangramento.
31. A presença de lesão valvar nesse paciente justificaria o uso de novos anticoagulantes orais (NOACS) com os inibidores do fator Xa.

Um paciente negro de 46 anos de idade com acantose *nigricans*, hipertenso, sedentário e com obesidade grau 3, com história familiar de doença cardiovascular e diabetes, comparece a consulta pois, em exame de laboratório para *check up*, apresentou glicemia de jejum = 286 mg/dL (VR < 100 mg/dL) e triglicérides = 320 mg/dL (VR < 150 mg/dL).

Com base nesse caso clínico e nos conhecimentos médicos correlatos, julgue os itens a seguir.

32. O paciente apresenta indícios clínicos e laboratoriais que falam a favor de diabetes tipo 2.
33. Indicadores antropométricos de resistência insulínica são circunferência da cintura, diâmetro abdominal sagital, relação cintura-altura e circunferência do pescoço.

34. Há boas evidências da indicação de teste ergométrico antes de um programa de exercícios físicos para esse paciente.
35. É correto prescrever para o paciente antidiabéticos, como sulfoníureias e glinidas, pois eles não interferem na secreção pancreática de insulina.
36. É correto prescrever a esse paciente metformina, que tem efeito anti-hiperglicemiante, reduzindo a produção hepática de glicose, além de ação sensibilizadora periférica, com bom benefício no caso descrito.
37. É indicada a esse paciente uma mudança de hábitos de vida, com controle de dislipidemia, e atenção à hipertrigliceridemia, que pode estar associada à etiologia de pancreatite aguda, nesses valores observados.

Um paciente de 54 anos de idade vai ao pronto-socorro com história de obesidade; é pós-bariátrico há 10 anos, além de ser hipertenso, diabético e dislipidêmico e gostar muito de uísque e charuto. Apresenta quadro de cianose central e dispnéia intensa, mesmo com suporte de O₂ úmido e ventilação mecânica não invasiva: SatO₂ = 84%; FC = 124 bpm; PA = 164 mmHg x 92 mmHg. Realiza-se angiogramografia de tórax, cujos principais achados são: extensa falha de enchimento, comprometendo a artéria principal esquerda, com extensão para todos os respectivos ramos lobares segmentares e subsegmentares, bem como nos ramos segmentares do lobo médio e subsegmentares do lobo inferior direito, compatíveis com tromboembolismo pulmonar agudo bilateral. Há opacidade triangular na base pulmonar esquerda, sugestiva de infarto pulmonar.

A respeito desse caso clínico e dos conhecimentos médicos correlatos, julgue os itens a seguir.

38. Trata-se de um TEP maciço e agudo com extensa área pulmonar acometida, e nesse caso podem ocorrer síncope e colapso cardiovascular, em razão de súbita redução do débito cardíaco e do fluxo sanguíneo cerebral.
39. A clínica de dispnéia associada a cianose está relacionada à hipoxemia, que ocorre em razão da presença de espaço morto alveolar, vaso e broncoconstrição reflexa e deficiência de produção de surfactante, com colapso alveolar.
40. É correto inferir, como diagnóstico diferencial do caso clínico, os quadros de infarto agudo do miocárdio, pneumonia, insuficiência cardíaca, asma brônquica e neoplasia torácica.
41. O ecocardiograma desse paciente pode mostrar efeito Berheim reverso ou presença de trombos nos ramos arteriais pulmonares principais ou intracavitários, permitindo a quantificação da gravidade da hipertensão pulmonar.
42. Se, nesse caso, a cintilografia pulmonar ventilação/perfusão for anormal, é bem específica para determinar TEP, mesmo que esse paciente apresente doença pulmonar obstrutiva crônica ou asma brônquica.
43. Deve-se realizar arteriografia pulmonar nesse paciente. Caso haja achado de trombo intraluminal, confirma-se diagnóstico de certeza de TEP.

Uma paciente de 27 anos de idade, hipertensa sob controle ambulatorial, chega ao pronto atendimento após discussão no trabalho, muito agitada, chorosa e com pressão na cabeça. Não apresenta qualquer outra queixa a não ser problemas familiares que a deixam ansiosa. Um colega havia prescrito atenolol à noite para a paciente, o que vinha controlando bem a pressão arterial até ocorrerem esses problemas. Apresenta FC = 89 bpm; satO₂ = 98%; PA = 188 mmHg x 102mmHg; FR = 24 irpm. Está bastante verborreica e agitada.

Considerando esse caso clínico e os conhecimentos médicos correlatos, julgue os itens a seguir.

44. Nesse caso, pode-se utilizar captopril para o controle pressórico.
45. A observação clínica em ambiente calmo, além de analgésicos e tranquilizantes, ajudariam a encaminhar o caso.
46. Ser houver pedido da família, essa paciente deve ser internada para que se avaliem lesões orgânicas e comprometimento de órgãos.
47. Trata-se de um quadro de pseudocrise hipertensiva, sem risco de morte iminente.
48. É muito comum o uso de nifedipino de ação rápida nesses casos, em razão da respectiva segurança, reduzindo rapidamente a pressão arterial, sem risco de isquemia tecidual.

GERIATRIA **Itens de 49 a 72**

Um professor universitário de 75 anos de idade compareceu para avaliação queixando-se de lapsos de memória recente. A esposa dele relatou que esses lapsos tinham se iniciado há cerca de um ano e cursado com piora lenta e gradual. Ele também apresentava episódios de síncope e alucinações visuais com conteúdo detalhado, além de sintomas parkinsonianos. Após testagem neuropsicológica e exames laboratoriais e de imagem, o geriatra firmou o diagnóstico de demência por corpos de Lewy (DCL), em fase inicial.

Acerca do quadro clínico apresentado e dos conhecimentos médicos correlatos, julgue os itens a seguir.

49. A avaliação neuropsicológica da DCL em fase inicial costuma evidenciar um prejuízo de memória mais acentuado do que de funções executivas.
50. A ocorrência de sintomas depressivos é mais comum na DCL do que na doença de Alzheimer, em suas fases iniciais.
51. A ocorrência de transtorno comportamental do sono REM é comum na DCL.
52. A hipersensibilidade a antipsicóticos típicos é critério central para se diagnosticar DCL.
53. O diagnóstico de DCL requer que os sintomas parkinsonianos tenham surgido concomitantes à demência ou precedam-na em, no máximo, um ano.
54. A apresentação mais comum da síndrome parkinsoniana na DCL é a forma com predomínio de tremor.
55. A redução do olfato e a hipotensão postural podem ser sintomas prodrômicos da DCL, observados vários anos antes das manifestações cognitivas.
56. As proteínas neurofilamentares ubiquitina e sinucleína estão relacionadas com a etiopatogenia da DCL.

Uma senhora de 87 anos de idade, copeira aposentada do serviço público federal, comparece a um consultório para uma primeira consulta, acompanhada da filha. Como rol de queixas, relatou dor rotineira nos joelhos, falta de apetite, nervosismo e tontura, além de perda de 5 kg em quatro meses. Narrou ser acometida por: hipertensão arterial sistêmica compensada; dislipidemia; insuficiência cardíaca com fração de ejeção preservada classe NYHA I; doença arterial periférica (com claudicação intermitente para 10 metros); enfisema pulmonar; hipotireoidismo; osteoartrose de joelhos (com indicação de prótese bilateral); insuficiência renal crônica em tratamento não dialítico; e sobrepeso. Nos interrogatórios complementar e sobre diversos aparelhos, foram verificadas: hiporexia; ortopneia leve; tontura ao levantar da cama; tristeza; insônia no final da noite e angústia. Fazia uso diário de: candesartan 16 mg; hidroclorotiazida 50mg; aspirina 100 mg; atorvastatina 60 mg; levotiroxina 25 mcg e dipirona até 2.000 mg/dia. Apresentava como antecedentes: cessação de tabagismo há 15 anos (após 40 anos-maço); sedentarismo; episódio depressivo aos 52 anos; colecistectomia; obesidade por mais de 30 anos; e “labirintite” (sem investigação). Seu exame físico evidenciava: frequência cardíaca (FC) 90 bpm; frequência respiratória (FR) 18 irpm; SpO₂ 92%; pressão arterial (PA) deitada 140 mmHg x 86 mmHg e em pé (após dois minutos) 100 mmHg x 50 mmHg; circunferência de panturrilha de 28 cm; e força de preensão palmar, aferida com dinamômetro Jamar de 15 Kgf.

A respeito do quadro clínico apresentado e dos conhecimentos médicos correlatos, julgue os itens a seguir.

57. Em relação ao tratamento, a conduta médica que priorize o ajuste de medicações e recomendações de dieta e exercícios físicos representa o conjunto de ações mais importantes, e suficientes, para o início de um tratamento geriátrico.
58. A terapêutica vigente está adequada, à luz dos princípios de polifarmácia no idoso.
59. Entre as condutas medicamentosas possíveis, a diminuição de dose ou a suspensão da hidroclorotiazida se impõe.
60. A avaliação da capacidade funcional e dos fatores sociais apenas deve ser realizada na próxima consulta da paciente (retorno).
61. É recomendável a imediata introdução de antidepressivo, com o perfil terapêutico da duloxetine, da mirtazapina ou da paroxetina, pelo perfil da paciente em tela.
62. Considerando ser alta a probabilidade de sarcopenia estar presente, a prescrição de um suplemento proteico deverá ser realizada imediatamente.
63. Para o manejo da insônia é recomendável a prescrição imediata de zolpidem ou zopiclona, visando serem evitados os benzodiazepínicos.
64. A prescrição de codeína ou tramadol está indicada para promover analgesia adequada.

Área livre

Um idoso de 92 anos de idade, funcionalmente independente e com cognição preservada, foi admitido numa unidade de terapia intensiva em decorrência de queda do estado geral e piora do padrão respiratório, tendo sido firmado o diagnóstico de broncopneumonia. Instituído o tratamento com antimicrobiano, cursou com significativa melhora clínica. Entretanto, no terceiro dia de internação, apresentou mudança súbita de seu estado de consciência, com flutuação entre a vigília e pronunciado rebaixamento. Além disso, verificou-se desatenção persistente.

Com base no quadro clínico apresentado a partir do terceiro dia de internação e nos conhecimentos médicos correlatos, julgue os itens a seguir.

65. Constitui ocorrência comum entre idosos internados em hospitais, podendo ter incidência superior a 70% em unidades de terapia intensiva.
66. A principal hipótese diagnóstica a ser investigada é de evento cerebrovascular isquêmico.
67. Pode ser caracterizado como um distúrbio da atenção associado a mudança na cognição, que se desenvolve por curto período de tempo.
68. Sua etiologia pode ser em razão de qualquer afecção médica, uso ou abstinência de medicamento.
69. Trata-se da primeira manifestação de doença demencial, ainda não diagnosticada.
70. Sua ocorrência não guarda relação com a qualidade do atendimento prestado.
71. O uso de corticosteroides pode desencadear o quadro clínico descrito.
72. As intervenções não farmacológicas pouco auxiliam na prevenção de sua ocorrência.

MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE

Itens de 73 a 96

O paciente M.R.S., 22 anos de idade, retorna a uma unidade básica de saúde para acompanhamento após internação hospitalar por pneumonia por *Pneumocystis jirovecii*, na qual foi diagnosticada infecção por HIV. A internação durou 30 dias, sendo realizado o tratamento adequado da infecção pulmonar e iniciado tratamento antirretroviral (TARV). Atualmente, o paciente namora outro morador da comunidade, B.A.B., de 20 anos de idade, mas refere que todas as relações sexuais foram realizadas com camisinha. Apesar disso, manifesta grande insegurança e confessa que planeja terminar o relacionamento por medo de transmitir o HIV para o rapaz em uma eventual rotura de preservativo.

Com base nesse caso clínico e nos conhecimentos médicos correlatos, julgue os itens a seguir.

73. A pneumonia por *P. jirovecii* torna-se uma doença de prevalência e relevância consideráveis apenas na faixa de CD4 < 100 células/mm³.
74. A profilaxia com sulfametoxazol-trimetoprima está indicada por um mínimo de três meses, independentemente do resultado do CD4 desse paciente.
75. Caso a radiografia de tórax do início do quadro seja avaliada, provavelmente observar-se-á a presença de adenomegalia intratorácica bilateral.
76. Caso B.A.B. tenha história de sexo oral receptivo com M.R.S., sem o uso de preservativo, está indicada a profilaxia pós-exposição por 28 dias.

77. Baseando-se nos resultados do estudo Partner (*Sexual Activity Without Condoms and Risk of HIV Transmission in Serodifferent Couples When the HIV-Positive Partner Is Using Suppressive Antiretroviral Therapy*), pode-se tranquilizar o paciente orientando-o que, caso mantenha carga viral do HIV indetectável com uso regular de TARV, não existem evidências de que ela continue capaz de transmitir a doença.
78. Conforme indicação do *Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para profilaxia pré-exposição (PrEP) de Risco à infecção pelo HIV*, do Ministério da Saúde, a profilaxia com tenofovir/emtricitabina deve ser indicada para B.A.B. como ferramenta auxiliar na prevenção da infecção por HIV.
79. A prática de exercício físico intenso deve ser formalmente contraindicada para M.R.S., durante todo o período de TARV.

Parte integrante da rotina do médico de família e comunidade é a avaliação da necessidade de encaminhamentos de pacientes para serviços secundários/terciários conforme necessidade de maiores investigações, tratamentos não disponíveis na rede básica e (ou) seguimento especializado. Com base no exposto, considerando as situações representadas a seguir e as recomendações dos *Protocolos de Encaminhamento da Atenção Básica para a Atenção Especializada* e dos *Protocolos de Atenção Básica*, do Ministério da Saúde, bem como avaliando se o encaminhamento para serviço referenciado faz-se necessário em cada um deles, julgue os itens.

80. Idosa de 87 anos de idade com TSH aumentado, T4 livre diminuído, queixas de cansaço, constipação, falta de energia para as atividades domésticas e ganho de cerca de 1 kg nos últimos dois meses, deve ser encaminhada para avaliação de endocrinologista.
81. Uma paciente de 34 anos de idade, diarista, comparece a uma consulta com dor lombar recorrente há cerca de seis meses, com média de um episódio com duração de uma semana a cada 30 dias, relacionada às atividades laborais. As manobras de Lasègue e *slump test* são negativas. Apresenta índice de massa corporal de 32 Kg/m². Sedentária. Nega febre, perda ponderal, disfunção esfíncteriana e trauma na região. Ao exame físico, é detectada presença de pontos miofasciais em musculatura perivertebral lombar. Diante desse quadro, a paciente deve ser encaminhada ao ortopedista.
82. Um paciente de um ano e seis meses de idade, com presença de hérnia umbilical de cerca de 1 cm, sem complicações, deve ser encaminhado para cirurgião.
83. Um paciente de um ano e dois meses de idade, cuja mãe refere aumento do volume do saco escrotal esquerdo e que apresenta sinais de hérnia inguinal indireta ao exame físico deve ser encaminhado ao cirurgião.
84. Uma paciente de 22 anos de idade, G1P0, gestante com idade gestacional de quatro semanas e dois dias, previamente hígida, com sorologia treponêmica de primeiro trimestre positiva deve ser encaminhada para pré-natal de alto risco para tratamento.
85. Uma paciente de 27 anos de idade, G3P2, gestante com idade gestacional de oito semanas, traz sorologias de primeiro trimestre com toxoplasmose IgG positivo e IgM negativo. Diante disso, deve ser encaminhada ao pré-natal de alto risco.

86. Uma paciente de 72 anos de idade, com queixa de dor bilateral nos joelhos há cinco anos, que piora no fim do dia, rigidez articular com duração de 15 minutos ao acordar, edema eventual e crepitação ao exame físico, com piora durante as atividades do dia a dia, deve ser encaminhada ao reumatologista para investigação de artropatia inflamatória.
87. Uma paciente de 18 anos de idade, com queixa de episódios de síncope durante períodos de posição ortostática prolongada ou estresse emocional, acompanhada por sintomas prodrômicos de sudorese, calor e escurecimento da visão, deve ser encaminhada para cardiologia.

O cuidado longitudinal não só dos indivíduos, mas das famílias, é parte integrante da rotina do médico de família e comunidade. Nesse contexto, é comum realizar atendimento ao longo de várias gerações da mesma família, incluindo o acompanhamento clínico dos adultos, as rotinas de pré-natal e puericultura. Considere uma família formada por dois adultos casados e o respectivo filho, sendo R.A.S. (masculino, 22 anos de idade), B.A.T. (feminina, 20 anos de idade) e A.T.S. (masculino, 2 anos de idade). B.A.T. atualmente encontra-se grávida.

A partir desse quadro familiar hipotético, com base nos *Protocolos de Atenção Básica*, do Ministério da Saúde, julgue os itens a seguir.

88. Considere que R.A.S. realizou viagem recente para São Paulo, na qual admite ter mantido relações sexuais sem preservativo com diversas parceiras. Após essa viagem, começou a apresentar sintomas de secreção e prurido uretral, recebendo diagnóstico sintomático de síndrome da secreção uretral. R.A.S. deve ser tratado com azitromicina e ciprofloxacino.
89. Caso R.A.S. apresente diagnóstico de síndrome da secreção uretral e tenha mantido relações sexuais desprotegidas com B.A.T., esta pode ser tratada com azitromicina e ceftriaxona.
90. Caso B.A.T. seja encaminhada para o pré-natal de alto risco, deve ser liberada do acompanhamento pré-natal da atenção básica para evitar a ocorrência de condutas conflitantes entre as equipes e otimizar a alocação de recursos do sistema de saúde.
91. B.A.T., assim como todas as gestantes, deve ser encaminhada para avaliação odontológica, ao menos uma vez, durante a gestação.
92. Durante a gestação de B.A.T., o uso de escova endocervical para coleta de citopatológico de colo do útero está contraindicado.
93. Caso B.A.T. seja diagnosticada com traço falciforme durante a gestação, deve ser encaminhada para pré-natal de alto risco.

Parte da função do médico de família e comunidade, sobretudo quando envolvido em posições de gestão de recursos em saúde, é a avaliação acerca do custo-efetividade da implantação de novas tecnologias em saúde, sejam métodos diagnósticos, terapêuticos, exames de seguimento ou estratégias preventivas. Considere que R.A.C., médico de família e secretário estadual de Saúde, está avaliando as

solicitações acerca das incorporações de novas tecnologias para o orçamento do próximo ano e, como parte de seu protocolo de avaliação, realiza ampla revisão da literatura científica disponível sobre essas tecnologias.

Acerca dos critérios que R.A.C. deve utilizar na análise crítica das evidências, julgue os itens a seguir.

94. A presença de uma significância estatística com p de valor muito reduzido, como $p < 0,0001$, traduz-se na presença de relevância clínica importante.
95. Ao avaliar a taxa de mortalidade em cinco anos de determinado medicamento em comparação ao placebo, caso encontre-se um erro alfa maior que 5%, pode-se concluir que as taxas de mortalidades são iguais.
96. Uma das formas de expressar a relação entre a sensibilidade e a especificidade de determinado teste diagnóstico que avalia uma variável numérica contínua é a curva ROC (*receiver operator characteristic*). Nesse tipo de representação gráfica, os pontos de corte com melhor poder discriminatório estarão localizados no canto superior esquerdo.

Área livre

PEDIATRIA
Itens de 97 a 120

Um recém-nascido com 39 semanas de idade gestacional nasce de parto vaginal. Visualiza-se líquido amniótico tinto de mecônio espesso. O paciente nasce com tônus em flexão e chorando. Em avaliação contínua da vitalidade, manteve-se com frequência cardíaca acima de 100 bpm e respiração regular. Apgar 8 no primeiro minuto e 9 no quinto minuto. Frequência respiratória = 55 irpm; e saturação de oxigênio = 75% ao fim do quinto minuto.

Com base nesse caso clínico e nos conhecimentos médicos correlatos, julgue os itens a seguir.

97. Se a gestação é a termo, se o paciente respirou ou chorou, se este possui tônus em flexão e se o mecônio é ausente, procede-se com o clampeamento tardio de cordão umbilical.
98. Como o líquido amniótico está tinto de mecônio espesso, indica-se aspiração de via aérea sob visualização direta de pregas vocais, a fim de diminuir o risco de aspiração meconial.
99. No caso descrito, os cuidados de rotina do paciente e a avaliação contínua da vitalidade podem ser feitos com o recém-nascido junto à mãe.
100. A reanimação neonatal em sala de parto depende da avaliação simultânea do índice de Apgar e da frequência cardíaca.
101. A saturação pré-ductal em torno de 70% a 80% é considerada baixa para o recém-nascido até o quinto minuto de vida.
102. A ventilação com pressão positiva (VPP) é o procedimento mais efetivo da reanimação neonatal em sala de parto e, quando indicada, deve iniciar-se no *golden minute*.

Um menino de 4 anos de idade, previamente hígido, apresentou coriza hialina e diarreia, sem sangue ou pus, e sem associação com vômitos. Cerca de dois dias depois, evoluiu com dor em joelhos, com limitação da deambulação. Ao exame clínico, notaram-se petéquias em pescoço, abdome e membros inferiores. À coleta de exames: hemoglobina = 13,5 g/dL; leucócitos = 8.700/mm³, sem desvio à esquerda, sem formas jovens; e plaquetas = 10.000/mm³. Frequência cardíaca = 98 bpm; frequência respiratória = 28 irpm; e saturação de oxigênio = 99%.

A respeito desse caso clínico e dos conhecimentos médicos correlatos, julgue os itens a seguir.

103. Trata-se, na maioria das vezes, de um caso agudo, autolimitado e imunomediado, caracterizado por plaquetopenia periférica isolada.
104. A doença em questão geralmente ocorre depois de uma doença viral aguda, em criança previamente hígida.
105. Tal doença pode ter associação com a vacinação contra sarampo, rubéola e caxumba, ainda que raramente ocorra.
106. No exame físico abdominal do paciente citado, espera-se palpar hepatoesplenomegalia a montante.
107. Hemorragias intracranianas são comuns, podendo ocorrer em qualquer período do curso da doença.

Uma adolescente de 14 anos de idade procura atendimento por inchaço em face, rouquidão e tosse. Apresenta perda de peso progressivo há cerca de 40 dias. Ao exame físico, encontra-se em estado geral regular, pálida, afebril, com sinais evidentes de emagrecimento, com edema e cianose facial, apresentando a fala entrecortada. A ausculta pulmonar apresenta murmúrios reduzidos difusamente, frequência respiratória em torno de 40 irpm, com retração de fúrcula. A ausculta cardíaca é normal, com frequência cardíaca em torno de 95 bpm; e a saturação de oxigênio é 90% em ar ambiente. Sem outros achados dignos de nota ao exame clínico.

Com relação a esse caso clínico e aos conhecimentos médicos correlatos, julgue os itens a seguir.

108. O diagnóstico definitivo deve ser realizado, preferencialmente, sob anestesia geral, para controle da dor.
109. Nessa paciente, a infusão endovenosa é contraindicada em membros superiores.
110. Essa síndrome deve ser considerada também em pacientes portadores de cateter venoso central, suspeitando-se de tromboembolismo venoso extenso.
111. A radiografia torácica é útil no manejo inicial dessa paciente.
112. Anemia, trombocitopenia e neutropenia podem estar presentes no hemograma.
113. O posicionamento ideal dessa paciente é em posição de Trendelenburg.

Área livre

Um paciente de 6 anos de idade é vítima de queimadura por incêndio em domicílio. Encontra-se desacordado, com extensa queimadura em face, apresentando estridor laríngeo e chamuscamento de sobrancelhas. Apresenta 40% de superfície corporal queimada. Frequência cardíaca = 150 bpm; frequência respiratória = 24 irpm; e saturação de oxigênio = 100%.

Com relação a esse caso clínico e aos conhecimentos médicos correlatos, julgue os itens a seguir.

114. Deve-se prontamente assegurar a via aérea da criança, com intubação precoce, ofertando oxigênio a 100%.
115. Para avaliar extensão corporal queimada, incluem-se lesões de quaisquer profundidades.
116. Com base na saturação de oxigênio obtida em oximetria de pulso, descarta-se a intoxicação por monóxido de carbono no paciente.
117. Com base na cinemática do trauma, a criança apresenta evidências de lesão por inalação.
118. Em ambiente pré-hospitalar, é indicada, no caso descrito, a irrigação das lesões com compressas embebidas em água.
119. Sedação e analgesia com opioides são fundamentais no manejo desse paciente.
120. É consenso iniciar antibioticoterapia precoce, profilática, a fim de diminuir a probabilidade de infecções, uma vez que a principal causa de morte é sepse.

Área livre

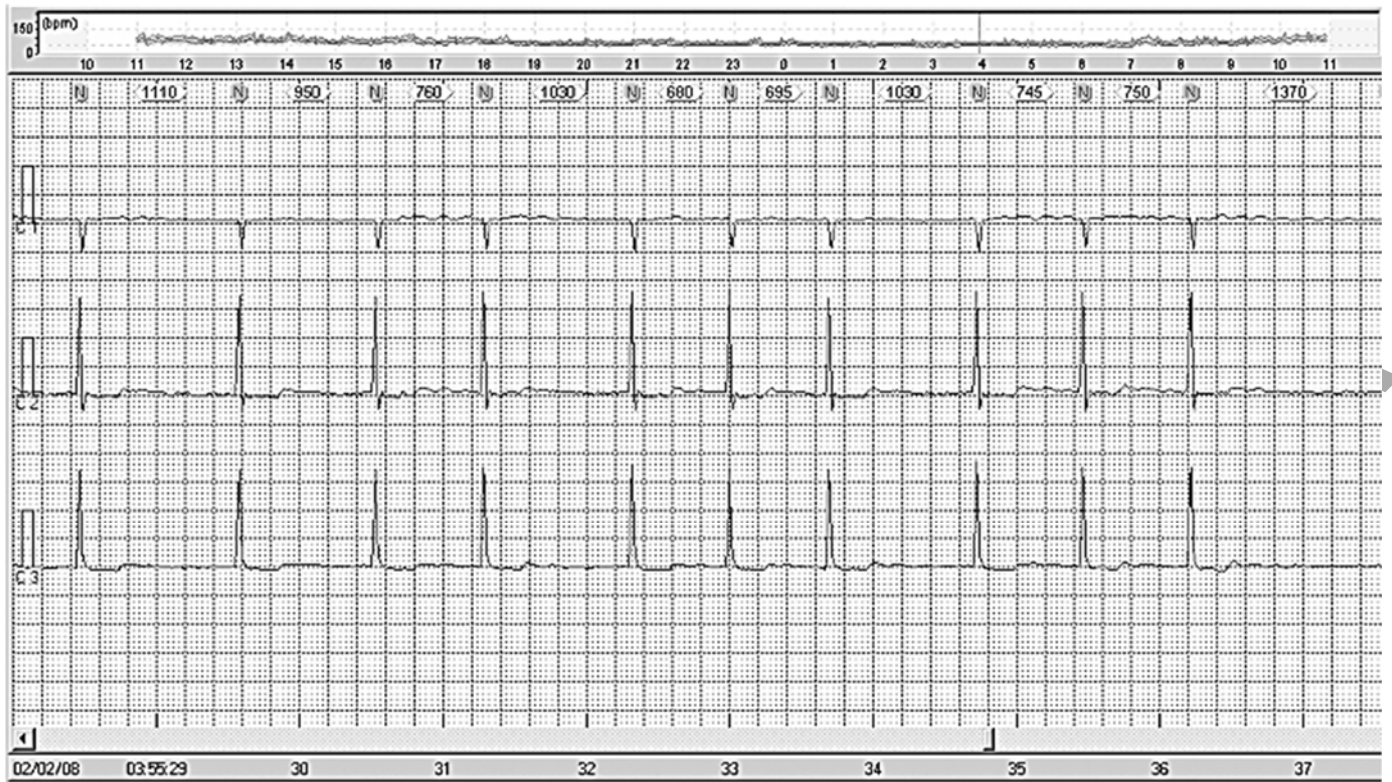


Figura ampliada dos itens de 25 a 31.

PROVA APLI