

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL
ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
EDITAL NORMATIVO Nº 1 – RM/SES-DF/2017, DE 17 DE OUTUBRO DE 2016.

PROCESSO SELETIVO PARA INGRESSO NOS PROGRAMAS DE RESIDÊNCIA MÉDICA
DESENVOLVIDOS EM HOSPITAIS, ATENÇÃO PRIMÁRIA E DEMAIS CENÁRIOS DE PRÁTICA DA
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL

PROGRAMA – GRUPO 013

Medicina Paliativa (617)

Data e horário da prova: Domingo, 27/11/2016, às 14h

INSTRUÇÕES

- Você receberá do fiscal:
 - um caderno da prova objetiva contendo 120 (cento e vinte) itens; e,
 - um cartão de respostas ótico personalizado.
- Verifique se a numeração dos itens, a paginação do caderno da prova objetiva e a codificação do cartão de respostas ótico 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 do cartão de respostas, com a sua caligrafia usual, a seguinte frase:

Amigos distantes, abrace-os.

- 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 do cartão de respostas ótico.
- Somente após decorrida 1 (uma) hora do início da prova, você poderá entregar seu cartão de respostas ótico e o caderno de provas e retirar-se da sala.
- Somente será permitido levar o caderno de questões da prova objetiva após 3 (três) horas do início da prova.
- Deixe sobre a carteira apenas o documento de identidade e a caneta esferográfica de tinta preta, fabricada de material transparente.
- Não é permitida a utilização de qualquer aparelho eletrônico de comunicação.
- Não é permitida a consulta a livros, dicionários, apontamentos e apostilas.
- Você somente poderá sair e retornar à sala de aplicação de provas 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 no cartão de respostas da prova objetiva. Caso haja algum dado incorreto, escreva apenas no(s) campo(s) a ser(em) corrigido(s), conforme instruções no cartão de respostas.
- Leia atentamente cada item e assinale, no cartão de respostas ótico.
- O cartão de respostas ótico não pode ser dobrado, amassado, rasurado ou manchado e nem pode conter nenhum registro fora dos locais destinados às respostas.
- O candidato deverá transcrever, com caneta esferográfica de tinta preta, as respostas da prova objetiva para o cartão de respostas, para a respectiva folha de resposta.
- A maneira correta de assinalar a alternativa no cartão de respostas é cobrir, fortemente, com caneta esferográfica de tinta preta, o espaço a ela correspondente.
- Marque as respostas assim: ●

Tipo “U”

Realização

iades
Instituto Americano de Desenvolvimento

CANCEROLOGIA CLÍNICA

Itens de 1 a 24

Paciente, 20 anos de idade, com histórico de emagrecimento, febre vespertina há três semanas, refere que perdeu 5 kg nesse tempo. Informa o surgimento de linfonodomegalias em região cervical. Ao exame físico, encontram-se linfonodos em região cervical anterior, não dolorosos, aderidos a planos profundos com cerca de 5 cm.

Com base nessa situação hipotética, e considerando os conhecimentos médicos a ele relacionados, julgue os itens a seguir.

1. No paciente, encontram-se sintomas B, que são característicos de linfoma Hodkin.
2. Deve ser realizado biópsia de linfonodos por PAAF.
3. O CD45RO, muito sensível, permite estabelecer o diagnóstico em 95% dos casos de linfomas B.
4. Se, na tomografia de tórax, houver acometimento do baço, considera-se linfoma estágio IIIE.
5. As recaídas tardias de linfoma B ocorrem em cerca de 20% dos pacientes, e esses são assintomáticos.
6. No tratamento de linfoma, o tempo de resposta inferior a 12 meses e a exposição prévia ao rituximabe são demonstrativos de menor sobrevida livre da doença.

Paciente, sexo feminino, 55 anos de idade, chega à sala de emergência do hospital por apresentar, nas últimas 24 horas, perda total da força nos membros inferiores, com parestesia desde o nível distal até o abdômen e incontinência urinária. Na semana anterior, tinha começado com instabilidade na marcha e perda progressiva da força no membro inferior esquerdo. É acompanhado por omalgia esquerda muito intensa, o que interfere no sono e provoca limitação funcional em atividade diária, em razão da astenia generalizada, assim como a perda de 10 kg nos últimos três meses. O exame neurológico revelou perda de força no membro inferior direito 0/5 e membro inferior esquerdo 1/5. ROT bicipital e rotulianos presentes. Diante de suspeita neurológica aguda, pratica-se RMN urgente, com evidência de numerosas lesões ocupando espaço na maioria dos corpos vertebrais compatíveis com metástases ósseas (C2, C5, C7, D1, D3, D4, D5, D7, D8, D9, D10, D11, D12, L4, L5 e arco posterior S1 e S2), a maioria delas de pequeno tamanho e nodulares, e outras ocupando a maior parte dos corpos vertebrais. Marcado aplastamento tumoral de vértebra D3 com morfologia plana, que apresenta uma grande massa de partes moles tanto anterior como epidural, estende-se em direção ao arco lateral esquerdo e arco posterior, afetando também a terceira costela esquerda, com compressão do cordão medular e obliteração dos buracos de junção D2-D3 e D4-D3 esquerdos. A medula apresenta uma pequena área hiperintensa em T2 sugestiva de mielopatia compressiva.

De acordo com esse caso hipotético, e considerando os conhecimentos clínicos a ele relacionados, julgue os itens a seguir.

7. A perda de controle dos esfíncteres acontece tardiamente, e geralmente é associada a um mau prognóstico.

8. A compressão medular é a principal complicação neurológica em oncologia.
9. Tumores de pulmão, próstata e mama são os mais comuns de metástase óssea.
10. As vértebras lombares são as mais acometidas por metástases, na maioria das vezes.
11. Em 20% dos casos de compressão medular, encontram-se metástases no espaço epidural que chegaram através do liquor.
12. A dose *standard* de radiação é de 30 Gy em frações diárias de 5 Gy, na compressão medular maligna.

Considere hipoteticamente que paciente do sexo feminino, 35 anos de idade, vai a consulta por apresentar um nódulo duro no pescoço. Refere leve emagrecimento, rouquidão e diarreia. O médico então solicita uma ultrassonografia de pescoço, que demonstra aumento de volume do lobo direito, com contornos normais e ecotextura heterogênea, sem calcificações, apresentando cistos e um nódulo hipocogênico próximo ao istmo, medindo 0,8 cm. O lobo esquerdo estava aumentado de volume, com contorno normal e ecotextura heterogênea, sem cistos, com microcalcificações esparsas no tecido tireoidiano e presença de nódulos calcificados no terço médio do lobo, medindo 1,6 cm x 1,0 cm. Na PAAF, foi encontrado quadro compatível com lesão folicular. Foi submetida à tireoidectomia e ao esvaziamento profilático cervical de linfonodos. No anatomopatológico, confirmou-se carcinoma medular de tireoide (CMT).

No que se refere ao caso clínico apresentado, e considerando os conhecimentos médicos a ele relacionados, julgue os itens a seguir.

13. Devem ser pesquisadas mutações RET, pois esse tipo de mutação pode estar envolvida na gênese do tumor.
14. CMT pode ser dividido em familiar e adquirido. Na forma familiar, a associação mais comum, na neoplasia endócrina múltipla tipo IIa, é o hiperparatireoidismo.
15. O CMT tem rápida disseminação hematogênica.
16. Níveis de calcitonina abaixo de 50 pg/mL correlacionaram-se com normalização pós-operatória na maioria dos casos estudados.
17. Análogos da somatostatina podem ser benéficos na diarreia.
18. Idade acima de 40 anos e metástases mediastinais são considerados fatores de mau prognóstico.

Paciente de 50 anos de idade procurou atendimento médico por quadro persistente de febre baixa, emagrecimento, dor lombar. Refere que iniciou com hematuria. Ao exame físico, tinha punho percussão lombar e dor no flanco direito. Seu médico solicitou um ultrassom que demonstrou nódulo no rim direito. Em seguida, foi realizada uma tomografia computadorizada de abdome e pelve, evidenciando um processo expansivo no rim direito, de contornos irregulares, com calcificação no interior, medindo 6,0 cm x 4,0 cm x 5,0 cm, com importante realce à injeção do contraste. Além disso, havia linfonodomegalia retroabdominal. Foi realizado nefrectomia total à direita, que demonstrou, no anatomopatológico, histologia compatível com carcinoma de células claras.

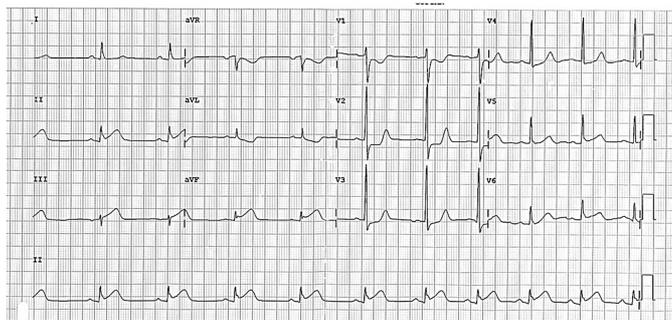
Considerando essa hipótese clínica e os conhecimentos a ela relacionados, julgue os itens a seguir.

19. Hipercalcemia e amiloidose são consideradas síndromes paraneoplásicas nessa patologia, entretanto raras.
20. Pulmões, ossos e pele são os sítios mais comuns de metástases.
21. Metástases em pele são mais comuns em abdome e depois em couro cabeludo.
22. Na suspeita de invasão em veia cava pelo tumor, o melhor exame de imagem não invasivo é a tomografia computadorizada.
23. O antígeno epitelial de membrana (EMA), a vimentina, a queratina e o antígeno carcinoembrionário (CEA) positivos seriam indicadores de alta probabilidade de carcinoma renal.
24. O carcinoma renal não responde bem a radioterapia, a drogas antineoplásicas tradicionais (quimioterapia) e nem aos hormônios.

CLÍNICA MÉDICA

Itens de 25 a 48

Considere hipoteticamente que um paciente do sexo masculino, 74 anos de idade, chega ao hospital com dor torácica, em aperto, irradiada para membro superior direito há três horas, náuseas e vômitos. Na emergência, é solicitado o eletrocardiograma representado.



No que se refere a esse caso clínico, julgue os itens a seguir.

25. Devem-se iniciar medidas contra infarto agudo do miocárdio.
26. É preciso seriar a troponina sérica ultrasensível.
27. Se o paciente evoluir com bloqueio de ramo direito, indica bom prognóstico.
28. Se optar por fibrinólise, pelo tempo de dor, o paciente não tem indicação de agente fibrinolítico.

Paciente do sexo masculino, 13 anos de idade, teve entorse no tornozelo direito há uma semana. Foi medicado com cetoprofeno 100 mg de 12/12 horas. Apresenta-se na emergência com confusão mental, oligúria (300 ml de urina em 24 horas), dispneia, dor torácica e hálito urêmico. No exame físico, apresenta atrito pericárdico. Exames de sangue demonstram uréia de 400 mg/dL, creatinina de 16,85 mg/dL, sódio de 130 Meq/L, potássio de 7,8 Meq/L.

Com base nesse caso hipotético, julgue os itens a seguir.

29. Deve ser realizado hemodiálise de emergência.
30. Cetoprofeno foi a provável causa da insuficiência renal aguda pré-renal.
31. Provavelmente, o paciente apresenta pericardite devido à uremia.

32. Gluconato de cálcio, se houver alteração eletrocardiográfica, deve ser realizado.

Considere hipoteticamente mulher de 38 anos de idade, com dispneia progressiva aos esforços há um ano e meio, aos pequenos esforços no momento da consulta, correspondendo à classe funcional III da classificação NYHA. Ao exame físico, apresentou cianose de extremidades, taquicardia (102 bpm), PA de 90 mmHg x 65 mmHg, hiperfoneses e desdobramento da 2ª bulha em foco pulmonar, proeminência de pulso jugular e leve aumento da área hepática. Não havia edema periférico. Radiograma de tórax sem evidência de pneumopatias. O ecocardiograma transtorácico demonstrou cavidades cardíacas esquerdas normais, com fração de ejeção de 68%. No exame, há ainda insuficiência tricúspide importante e hipertensão arterial pulmonar sistólica estimada em 65 mmHg.

Com base nesse caso clínico, julgue os itens a seguir.

33. A maior causa de hipertensão arterial pulmonar é a forma idiopática.
34. Deve-se iniciar imediatamente inibidor da fosfodiesterase V por se tratar de uma hipertensão arterial pulmonar de classificação moderada.
35. Provavelmente, trata-se de hipertensão arterial pulmonar pós-capilar.
36. Deve-se realizar investigação ampla, incluindo cateterismo cardíaco direito.

Homem branco de 74 anos de idade, hipertenso, tabagista durante 54 anos (uma carteira de cigarros por dia), há dois meses, iniciou quadro de dor em hemitórax direito, ventilatório-dependente, tipo pontada, associada à tosse produtiva e dispneia aos grandes esforços. Ao exame físico, na internação, mostrava apenas redução global do murmúrio vesicular. Não apresentava alterações no hemograma, nos testes bioquímicos do sangue e no exame urinário. Exames de imagem do tórax evidenciavam massa de limites regulares no sulco superior direito do tórax, com acometimento de vértebras e costelas adjacentes. Foi submetido a uma biópsia transtorácica, cujo estudo histopatológico indicou um carcinoma de pequenas células de pulmão.

Considerando essa situação hipotética, julgue os itens a seguir.

37. O tumor de pequenas células tem crescimento rápido, tendo como 60 dias o tempo médio de duplicação tumoral.
38. Deve-se realizar TC de crânio sem contraste, cintilografia óssea e tomografia computadorizada com contraste de abdome para estadiamento.
39. Trata-se de um tumor de Pancoast, em que os sintomas podem representar dor em ombro importante, além de causar síndrome de Horner. Frequentemente, tumores de pequenas células são achados como de sulco superior.
40. O prognóstico desse tipo de tumor é muito ruim, meses após seu diagnóstico, e derivados da platina são agentes quimioterápicos bem empregados. Como o paciente tem invasão óssea, a radioterapia poderia ajudar a diminuir os sintomas.

Paciente de 70 anos de idade, sexo feminino, previamente hígida, vai com o próprio filho ao hospital, pois encontra-se chorosa, anedônica. Na anamnese, refere que vem apresentando episódios de insônia terminal. O médico geriatra então aplica a escala de depressão geriátrica (GDS), que se encontra em 10. São solicitados exames laboratoriais, que se apresentam todos normais. Inicia-se então citalopram 20 mg e clonazepam 2 mg associado até o retorno. Após dois meses, a paciente retorna sonolenta, porém mais disposta. Realizado nova escala GDS = 6.

Acerca desse caso clínico, julgue os itens a seguir.

41. A depressão em idosos é uma das maiores causas de deficits de memória.
42. A paciente teve, após dois meses, uma resposta parcial ao antidepressivo, logo, orienta-se aumentar a dose para se obter resposta plena.
43. Clonazepam deverá ser substituído por lorazepam, pois o mesmo tem uma meia vida mais curta, logo tem menos toxicidade.
44. Venlafaxina é uma boa opção terapêutica para o tratamento de depressão associado a insônia terminal.

Paciente do sexo feminino, 30 anos de idade, foi ao dermatologista por apresentar lesões em couro cabeludo, regiões extensoras de mãos e joelhos, com pele ressecada, em aspecto de escamas secas e esbranquiçadas. Além disso, apresenta coceira, queimação e dor nas lesões.



Considerando essa situação hipotética e os conhecimentos médicos a ela relacionados, julgue os itens a seguir.

45. Trata-se de psoríase, uma doença contagiosa e cíclica.
46. Não se deve usar corticoide sistêmico para o tratamento da psoríase.
47. Estresse agudo parece piorar atividade da doença.
48. Metotrexate pode ser usado como terapêutica farmacológica.

GERIATRIA
Itens de 49 a 72

Paciente, sexo feminino, 73 anos de idade, acordou pela manhã com alteração da marcha e dificuldade de mobilizar a perna direita. A filha levou-a à emergência, mas ela

apresentou melhora do sintoma espontaneamente, sem necessitar de tratamento.

Considerando esse caso clínico e a patologia causadora desse evento, julgue os itens a seguir.

49. O maior fator de risco não modificável para evento cerebrovascular é a idade. Entre os modificáveis, o principal é a hipertensão arterial, mesmo se o paciente apresentar hipertensão arterial sistólica isolada.
50. Os valores alvo de pressão arterial em idosos são diferentes dos adultos em geral, tendo como alvo pressão arterial sistólica até 150 mmHg e diastólica até 90 mmHg, a fim de evitar episódios de baixo débito sanguíneo cerebral, que também podem se manifestar com quadro clínico semelhante.
51. A presença de infartos cerebrais assintomáticos e lesões hiperintensas da substância branca em exames de imagem aumentam fortemente o risco de AVC isquêmico subsequente, de forma independente a outros fatores.
52. A fibrilação atrial, doença que tem aumento de prevalência em idosos, eleva o risco de embolização, sendo indicado o uso de anticoagulantes orais para a prevenção da doença cerebrovascular de origem embólica. Nos pacientes acima de 75 anos de idade, com maior risco de complicações hemorrágicas, deve-se manter RNI alvo entre 1,6 - 2,5.

Paciente, sexo masculino, 74 anos de idade, vem apresentando episódios de confusão mental nos últimos dois meses. Eventualmente se esquece de tomar os remédios dele. Repete muitas vezes as mesmas histórias e não lembra os nomes dos netos mais distantes. Anda apático, desanimado e com períodos de irritabilidade. O filho resolve levar o paciente a consulta com o geriatra.

Com base nesse caso clínico e considerando os conhecimentos médicos a ele relacionados, julgue os itens a seguir.

53. O envelhecimento normal pode cursar com alterações cognitivas leves, como lentidão do processamento das informações, sem ser progressiva ou incapacitante, e as alterações podem estar relacionadas a situações que não fecham diagnóstico de demência.
54. O declínio de memória, apresentado pelo paciente, e o declínio das outras capacidades cognitivas, caracterizado pela deterioração no julgamento e no pensamento, bem como no planejamento, na organização e no processamento geral de informações, devem estar presentes a pelo menos seis meses para um diagnóstico clínico confiável de demência.
55. O miniexame do estado mental (MEEM) é um dos métodos de triagem para demência mais utilizado em todo o mundo, por apresentar adequada sensibilidade e especificidade. Como vantagens, incluem-se a facilidade e o tempo curto para aplicação, a concisão e a baixa variabilidade entre examinadores. Há ainda alta sensibilidade para detecção do comprometimento cognitivo leve.

- 56.** O tratamento farmacológico disponível no presente para a demência de Alzheimer é capaz de retardar a progressão da doença. O seu uso produz uma melhora importante na cognição dos pacientes diagnosticados com doença de Alzheimer, e a classe medicamentosa escolhida é a dos inibidores da colinesterase rivastigmina, donepezila, galatamina.
- 57.** Os antipsicóticos são o único tratamento farmacológico bem-documentado capaz de promover melhora modesta na psicose da doença de Alzheimer e, por vezes, na agitação da enfermidade, mas seu uso está relacionado a uma série de eventos adversos, como ocorrência de acidente vascular cerebral, quedas, parkinsonismo e aceleração do declínio cognitivo.

Paciente do sexo masculino, 72 anos de idade, independente, faz controle adequado de suas múltiplas comorbidades com acompanhamento médico frequente. Tem acompanhamento cardiológico, urológico e psiquiátrico. Faz uso diário de captopril, atenolol, hidroclorotiazida, AAS, sinvastatina, doxazosina, fluoxetina, amitriptilina e diazepam.

Com base no caso clínico e na prescrição farmacoterápica do paciente, julgue os itens a seguir.

- 58.** A utilização de pelo menos cinco medicamentos de uso contínuo é considerada polifarmácia. Ela proporciona um aumento expressivo da possibilidade de interações medicamentosas, levando desde a potencialização de efeitos adversos à diminuição da ação dos fármacos, em razão do sinergismo e (ou) antagonismo de múltiplos fármacos com interferência no metabolismo hepático e no mecanismo de excreção.
- 59.** Um em cada cinco idosos faz uso de pelo menos um medicamento considerado inapropriado para essa faixa etária. Esses medicamentos podem ser divididos em dois grupos: os que deveriam ser evitados em idosos, em decorrência de sua baixa eficácia, risco aumentado de reações adversas ou devido à possibilidade de opções mais seguras, e os que não deveriam ser utilizados em idosos por causa dos possíveis agravos clínicos.
- 60.** Os betabloqueadores, corticosteroides, anti-histamínicos e antiparkinsonianos são medicamentos conhecidos por precipitar sintomas depressivos, independentemente da presença de sintomas prévios de depressão.
- 61.** Os distúrbios hidroeletrólíticos estão comumente associados ao uso de medicamentos. Os mais frequentes são hipernatremia, decorrente do uso de carbamazepina, antidepressivos, laxativos, diuréticos e inibidores da ECA.
- 62.** O esquema medicamentoso em uso do paciente deve ser revisto em todas as consultas, priorizando a utilização de medicamentos para garantir a melhor resposta terapêutica com o mínimo de efeitos colaterais. A retirada racional de alguns medicamentos pode contribuir para a diminuição dos eventos adversos e do custo da terapêutica, sem, no entanto, causar comprometimento da condição de saúde de alguns pacientes.

Paciente, 88 anos de idade, ex-tabagista, portador de doença pulmonar obstrutiva crônica avançada, em uso de oxigenioterapia domiciliar, foi internada por nova infecção respiratória e, apesar do tratamento administrado, não vem apresentando resposta clínica satisfatória, evoluindo com piora do quadro clínico, desconforto respiratório, anorexia e confusão mental.

Considerando esse caso clínico e os cuidados instituídos em fim de vida, julgue os itens a seguir.

- 63.** A medicina paliativa é a especialidade médica cuja atuação consiste em propiciar a melhor qualidade de vida possível àqueles pacientes com doença muito avançada, sem qualquer possibilidade de cura ou reversão da sua condição de saúde. O objetivo da especialidade não é a mudança do curso natural dos problemas, e sim das complicações consequentes, das intercorrências e de qualquer sintoma que cause sofrimento durante a evolução da doença.
- 64.** Os cuidados de alta qualidade ao final da vida têm sido prestados a pacientes oncológicos internados em unidades de cuidados paliativos e, atualmente, esse tipo de assistência se estende aos pacientes com outras doenças crônicas terminais em quase todos os serviços de saúde, envolvendo equipe multiprofissional e oferecendo maior conforto e redução do sofrimento em pacientes no fim de vida.
- 65.** A via de alimentação artificial deve ser indicada a esse paciente diante de um quadro de dificuldade de alimentação, garantindo que receba o aporte calórico adequado.
- 66.** A confusão mental é frequente nos idosos em fase final e incomoda a família. As etiologias mais comuns são iatrogenia, hipóxia, distúrbio metabólico, infecção e doença primária do sistema nervoso central. Sempre se deve intervir farmacologicamente nas situações de confusão mental, a fim de reduzir a ansiedade da família do paciente.
- 67.** As opções terapêuticas para manejo da confusão mental são os benzodiazepínicos de meia-vida curta (lorazepam) ou os antipsicóticos incisivos (haloperidol). Deve-se optar por uma dose noturna quando o paciente tem um sono agitado ou alucinação noturna.

Paciente do sexo feminino, 76 anos de idade, reside com a filha e foi avaliada no consultório médico após sofrer queda em casa, mas sem fratura. Nos últimos meses, a filha tem percebido que a mãe tem deixado de ir à igreja, fazer compras perto de casa e tem apresentado alteração do equilíbrio e medo de cair, além de sinais de desânimo e tristeza.

Com base nesse caso clínico e no assunto relacionado a quedas, julgue os itens a seguir.

- 68.** Os acidentes são a quinta causa de morte em pacientes mais velhos, e as quedas constituem dois terços dessas mortes acidentais. A maior parte das mortes decorrentes de quedas ocorre naqueles com mais de 65 anos de idade, e as complicações de quedas são a causa principal de morte por trauma em indivíduos com mais de 65 anos de idade.

69. As pessoas que caíram passam a experienciar o medo de novas quedas. A perda de confiança decorrente pode resultar em restrição de atividades e representar um fator significativo para a transferência da vítima para um ambiente mais limitado e supervisionado, como uma casa de repouso, aumentando sentimentos de inutilidade e isolamento social.
70. Os vasodilatadores estão associados ao aumento do risco de quedas. Em metanálise, envolvendo múltiplas classes de drogas, existe associação entre o uso de drogas anti-hipertensivas e quedas, mas a associação não foi significativa em relação aos betabloqueadores.
71. O consumo de baixas doses de álcool diariamente está associado ao aumento no risco de quedas.
72. A revisão dos medicamentos em uso é a conduta mais efetiva na modificação dos riscos de queda. Particularmente, o uso de drogas psicotrópicas está mais associada ao aumento de quedas. A dose do benzodiazepínico em uso está mais fortemente correlacionada ao risco do que a sua classificação como sendo de longa ou curta ação.

MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE

Itens de 73 a 96

M. T. S, sexo masculino, 75 anos de idade, hipertenso e diabético, comparece à Unidade de Pronto Atendimento (UPA) acompanhado por familiares. É acolhido pela equipe e encaminhado à sala de estabilização por apresentar rebaixamento do nível de consciência. A família informa que se trata de paciente em uso irregular das medicações anti-hipertensivas e hipoglicemiantes orais, com consultas eventuais na Unidade Básica de Atenção à Saúde da Família (UBASF). Clinicamente, apresentava-se em grave estado geral, levemente hipocorado e desidratado de forma importante, PA = 160 mmHg x 90 mmHg e HGT 574 mg %. Apresenta achados laboratoriais relevantes: ureia = 240 mg/dL, creatinina = 10 mg/dL, potássio = 7,5 mEq/L. Realizaram-se cuidados para a estabilização, terapia intensiva com necessidade de procedimento dialítico e alta para cuidados na enfermaria.

Considerando a Política Nacional de Redes de Atenção à Saúde, a regulamentação do Sistema Único de Saúde (SUS) e a conduta do médico assistente para esse caso, julgue os itens a seguir.

73. Os sistemas de atenção à saúde são respostas sociais deliberadas às necessidades de saúde dos cidadãos, portanto devem operar em total coerência com a situação de saúde das pessoas usuárias. A situação de saúde no Brasil é marcada por uma transição demográfica rápida e tripla carga de doenças, predominando situações crônicas. A organização da resposta ao problema do paciente desse caso clínico aponta para um sistema fragmentado, reativo, episódico e voltado para o atendimento das causas agudas e agudizações das condições crônicas.
74. O panorama de distribuição de doenças no Brasil possui um processo de transição epidemiológica lento, com tripla carga de doenças, como agenda não concluída para as infecções, desnutrição e saúde reprodutiva; crescimento das causas externas, predomínio de condições crônicas e de seus fatores de risco. Todos esses fatores impactam negativamente no sistema de saúde público, tanto do ponto de vista econômico quanto do ponto de vista assistencial.

75. A mudança no modelo assistencial é necessária para a reestruturação do sistema de saúde, pois, assim, a gestão passa a coerente e colimada com as necessidades de saúde da população e com o sistema propriamente dito. A principal mudança dos sistemas fragmentados para as redes de atenção à saúde reside na mudança para gestão de oferta dos serviços, na qual se deve estabelecer as necessidades de saúde de uma população específica, conforme a estratificação dos riscos, implementar e avaliar as intervenções sanitárias relativas e prover o cuidado para as pessoas no contexto de seus valores e de suas preferências.
76. A hierarquização tem por objetivo nortear a organização dos diversos níveis de complexidade do sistema. A estrutura do SUS é baseada em atenção primária, média e alta complexidade, permitindo integração completa da rede, contrapondo-se ao modelo hegemônico e fragmentado de atenção à saúde.

Boletim Epidemiológico

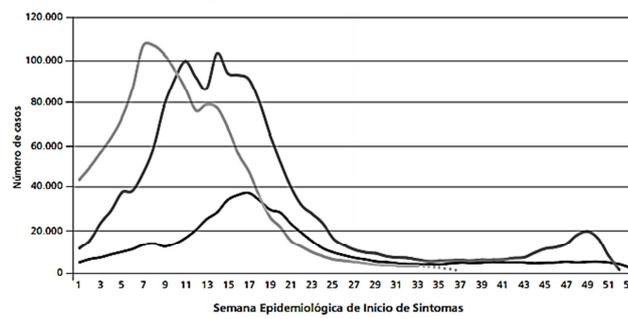
Volume 47

Nº 34 - 2016

Secretaria de Vigilância em Saúde – Ministério da Saúde

ISSN 2358-9450

Monitoramento dos casos de dengue, febre de chikungunya e febre pelo vírus Zika até a Semana Epidemiológica 37, 2016



Fonte: Sivan Online (atualizado em 13/07/2015; 04/01/2016; 20/09/2016).
Dados sujeitos a alteração.

Figura 1 – Casos prováveis, por semana epidemiológica de início de sintomas, Brasil, 2014*, 2015* e 2016*

As curvas epidemiológicas para dengue demonstram, na figura 1, a grave situação vivenciada pelo Brasil nos últimos três anos. Essas curvas são produtos da consolidação dos dados encaminhados pelas Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde. No ano de 2015, em Brasília, 606 pessoas compareceram a uma unidade de saúde com quadro de síndrome febril associada a dor retro-orbitária, mialgia e artralgia, obedecendo a curva epidemiológica descrita. Até a 29ª semana epidemiológica, realizaram-se sorologias apenas para dengue, e grande parte dos testes foram negativos para o agravo. Na 30ª semana epidemiológica, passaram a realizar testagem para dengue e *chikungunya*. Daqueles pacientes testados, 180 apresentaram exames reagentes para dengue, e 316 reagentes para *chikungunya*. Adicionalmente, 20 pacientes tinham exames reagentes para ambas – dengue e *chikungunya* –, enquanto 30 pacientes tiveram resultados negativos para ambos os agravos. Salienta-se que foram à unidade de saúde entre a 30ª e 38ª semanas epidemiológicas, respectivamente, 48, 52, 64, 128, 170, 76, 0, 6 e 2.

Considerando os aspectos epidemiológicos, os guias clínicos do Ministério da Saúde para diagnóstico e a conduta para dengue, *chikungunya* e zika, julgue os itens a seguir.

77. A incidência de dengue e *chikungunya* para os casos que compareceram à unidade de saúde entre as semanas epidemiológicas 30^a e 38^a é, respectivamente, 33,6% e 52,1%.
78. A notificação compulsória trata-se da comunicação obrigatória à autoridade de saúde, realizada pelos médicos, profissionais de saúde ou responsáveis pelos estabelecimentos de saúde, públicos ou privados, a respeito da ocorrência de suspeita ou confirmação de doença, agravo ou evento de saúde pública. Os agravos de notificação, como febre de *chikungunya* em áreas sem transmissão, são classificados como de notificação compulsória imediata, devendo ser realizada em até seis horas, a partir do conhecimento da ocorrência da doença.
79. A incidência de dengue e *chikungunya* para os casos que compareceram à unidade de saúde entre as semanas epidemiológicas 30^a e 38^a é, respectivamente, 36,6% e 61,5%.
80. Pode-se concluir que os picos de incidência para o agravo dengue, na unidade de saúde citada do caso problema, coincidem com os picos das curvas de incidência dos dados contidos no gráfico do Ministério da Saúde, em suas respectivas semanas epidemiológicas.
81. Entre os anos de 2014 e 2016, observa-se a ocorrência crescente de casos notificados para o agravo dengue, inclusive de forma mais precoce a cada ano respectivamente analisado. Os números reforçam, mais uma vez, que os resultados das ações de enfrentamento ao mosquito *Aedes aegypti*, intensificadas pelo Governo Federal, desde o final do ano de 2015, contribuíram para antecipação da curva de sazonalidade da doença.

P. H. D, sexo masculino, 5 anos de idade, é portador de doença de Nieman Pick Tipo C (NPC), uma síndrome rara relacionada ao transporte intralisossomal de colesterol, que leva ao acúmulo de glicosíngolipídios que tem, por via final, a ativação da apoptose pela via do cálcio e leva à neurodegeneração e a outras a degenerações orgânicas. Há três anos, vem piorando a funcionalidade, a paralisia supranuclear, a ataxia, a distonia e os sinais de liberação extrapiramidais. Recentemente, foi aprovado um novo tratamento modificador do curso da doença na Europa, Canadá e Brasil, o ZAVESCA® (Miglustat). Para conseguir a medicação, integrante do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF), mas indisponível no momento, o advogado da família impetrou ação em desfavor do Estado, sob a arguição da solidariedade que emerge do art. 196 da Constituição Federal (CF), sendo atendido liminarmente. Considerando o caso apresentado, a regulamentação do Sistema Único de Saúde (SUS) e o direito à saúde garantido pela Constituição, julgue os itens a seguir.

82. O poder que emana do dispositivo constitucional e regulamentações complementares do SUS obriga ao Estado o cumprimento dos princípios da universalidade, equidade e integralidade às necessidades dos cidadãos. O inadimplemento por parte do Estado gera o processo de judicialização da saúde.
83. A previsão legal ao acesso universal e igualitário do direito à saúde deve ser concebida de forma ilimitada e irrestrita pelo indivíduo contra o Estado, considerando a finitude dos investimentos e das necessidades da comunidade como um todo.

84. A questão da finitude dos recursos para suprir o atendimento em saúde questiona a essencialidade e a importância dos direitos sociais, sobretudo em saúde, para a coletividade.
85. A Emenda Constitucional 29/2000 define, por meio de Lei Complementar nº 141/2012, os percentuais que devem ser aportados minimamente nos investimentos em saúde pública. Depreende-se que os recursos para suprir os usuários são finitos, devendo ser aplicados segundo a priorização por políticas públicas equânimes.
86. O CEAF consolida como importante a estratégia de acesso a medicamentos no âmbito do SUS, isto é, tanto por considerar os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) na inserção de linhas de cuidado quanto por representar investimentos pouco significativos em relação ao montante de investimentos do SUS.

L. F. E, sexo masculino, 23 anos de idade, é admitido no pronto-socorro de um hospital. O transporte foi realizado pelo SAMU, que relatou histórico de assalto e ferimentos por arma branca. O médico emergencista recebe o doente e percebe múltiplas lesões, sendo uma delas no precórdio. Clinicamente, apresenta-se instável hemodinamicamente com pressão arterial de 70 mmHg x 50 mmHg, turgência jugular e abafamento de bulhas, sendo prontamente procedidos os cuidados para estabilização e correção do quadro.

Acerca desse caso clínico, da legislação sobre a Rede de Urgências e Emergências (RUE) e da regulamentação legal do Sistema Único de Saúde, julgue os itens a seguir.

87. A RUE é uma das redes prioritárias e tem a finalidade de articular e integrar todos os equipamentos de saúde com o objetivo de ampliar e qualificar o acesso humanizado e integral aos usuários em situação de urgência/emergência nos serviços de saúde. Tudo isso corrobora com a necessidade de atenção à saúde em um ambiente com tripla carga de doenças.
88. A UPA, o SAMU e as outras unidades 24 horas, as Enfermarias de Retaguarda e a Atenção Domiciliar – Melhor em Casa são componentes e interfaces da RUE.
89. O provável quadro clínico apresentado pelo doente é a tríade de Beck, decorrente de ferimento na área de Ziedler, sendo necessário exame complementar de imagem, previamente à conduta no caso, como orienta o ATLS.
90. A ação da Atenção Primária na Linha de Cuidado ao Trauma responde apenas pelo cuidado e pela reabilitação do paciente após a alta hospitalar.

Área livre

F. P. M, sexo feminino, 27 anos de idade, portadora de neoplasia metastática, com fratura patológica de úmero esquerdo, comparece à Unidade de Saúde da Família. Na recepção, relata que está em tratamento desde o ano de 2008 e, pelas fortes dores, tem feito o uso de dolantina e oxicodona. A paciente é encaminhada ao médico que observa, durante o exame, tremores finos de extremidades, agitação psicomotora, inquietação psíquica, choro fácil, pensamentos recorrentes sobre morte e pensamento suicida sem um plano evidente. O médico assistente realiza encaminhamento ao pronto-socorro psiquiátrico para avaliação e conduta, no qual a própria paciente solicita que façam a sua internação para que possa receber a medicação no hospital. Ao observar o risco e a pedido, o psiquiatra da unidade realiza a internação consentida para estabilização e tratamento.

Considerando o caso problema, a legislação psiquiátrica e o arcabouço legal do Sistema Único de Saúde, julgue os itens a seguir.

91. A modalidade de internação desse caso corresponde à internação voluntária, devendo ser justificada por laudo psiquiátrico consubstanciado pelo risco de autoextermínio. Outrossim, o término da internação voluntária pode ocorrer por solicitação do paciente, mesmo sem a conduta de alta médica pelo psiquiatra.
92. A internação compulsória corresponde àquela prescrita pelo psiquiatra assistente quando há risco eminente à integridade física ou risco de suicídio. A internação na unidade psiquiátrica poderá ocorrer somente quando todos os recursos extra-hospitalares se esgotarem.
93. Frequentemente, os pacientes com doenças psiquiátricas graves permanecem por longo tempo privados da liberdade, implicando grave dependência da instituição. A política de saúde mental prevê que eles deverão receber alta planejada, ficando a cargo do Estado a oferta das residências terapêuticas e do programa de Volta Para Casa.

O Sistema Único de Saúde (SUS) surge nos anos de 1980, no contexto da reforma sanitária. A Constituição Federal passa a incluir dispositivos de amparo social por parte do Estado. O primeiro instrumento legal que verdadeiramente modifica a orientação do sistema público de saúde é a Lei nº 8.080/1990, que dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde. O Decreto-Lei nº 7.508/2011, mesmo que tardiamente, veio para regulamentar a própria Lei nº 8.080/1990. Nesse contexto, a respeito da reforma sanitária e da regulamentação do SUS, julgue os itens a seguir.

94. São atribuições comuns à União, aos estados e aos municípios elaboração de normas para regular as atividades de serviços privados de saúde, tendo em vista a sua relevância pública.
95. O Decreto nº 7.508/2011 estabelece que o acesso universal, igualitário e ordenado se inicia pela única porta do sistema: a atenção primária. Dessa maneira, completa-se na rede regionalizada e hierarquizada por meio dos fluxos de referência e contrarreferência, de acordo com a complexidade do serviço.

96. O Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (COAPS) corresponde a um acordo de colaboração firmado entre os entes federativos. O detalhamento da disponibilidade dos serviços públicos e recursos humanos do SUS é considerado disposição essencial, enquanto os serviços e recursos da iniciativa privada não são considerados como disposição essencial no contrato.

PEDIATRIA Itens de 97 a 120

Paciente do sexo feminino, 6 anos de idade, previamente hígida, está há dois dias com febre alta (39 °C – 40 °C), prostração, vômitos, dor abdominal e dor de garganta com recusa alimentar, sem sintomas de rinorreia ou obstrução nasal. Há 12 horas, surgiu *rash* eritematoso de textura áspera no tórax, disseminando-se para o pescoço. No momento do exame físico, a paciente apresenta-se febril, com *rash* no tronco, no pescoço e nos membros, hiperemia e edema de amígdalas, com presença de exsudato purulento, edema, petéquias na úvula e no palato mole, e hiperemia intensa de face com palidez perioral, sem alterações de conjuntivas.

Considerando esse caso clínico, julgue os itens a seguir.

97. Trata-se provavelmente de escarlatina, e tem como agente causador o *Streptococcus pyogenes*, embora a paciente não pertença à faixa etária de maior incidência da doença, mais comum em lactentes.
98. O diagnóstico dessa patologia é essencialmente clínico, e não há necessidade de testes específicos.
99. Com base na descrição do caso, espera-se encontrar rash mais intenso em áreas de flexuras (prega poplíteia, axilas e prega cubital).
100. É indicado o uso de antibiótico para reduzir o tempo da doença, as chances de transmissão e as chances de complicações supurativas e não supurativas, como febre reumática e a glomerulonefrite difusa aguda.

Um lactente de 3 meses de idade, previamente hígido, nascido a termo, com peso adequado, sem intercorrências no período neonatal, chega à emergência trazido pela mãe, que relata que, há dois dias, o filho apresentava quadro de rinorreia, espirros, tosse, febre, com temperatura axilar máxima de 38,5 °C. Com o passar das horas, a tosse intensificou-se, e o paciente tornou-se irritado, com dificuldade de mamar em razão da taquidispneia. A mãe relata que, há algumas horas, o filho apresenta “chiado no peito”. Ao exame físico, observa-se agitação, FR > 70, tiragem subcostal e batimento de asas do nariz, além de sibilos à ausculta. A mãe nega episódios prévios de sibilância e história familiar de asma ou de alergias de pele.

A respeito desse caso clínico, julgue os itens a seguir.

101. Não há evidências do benefício da administração de corticoide sistêmico em pacientes como o do caso clínico apresentado.
102. É provável que a radiografia de tórax evidencie sinais de hiperinsuflação pulmonar, como aumento da transparência pulmonar e retificação dos arcos costais e do diafragma.

- 103.** A frequência respiratória aumentada contraindica a nutrição por via oral e, em casos de taquidispneia grave, mesmo a alimentação por sonda deve ser descontinuada.
- 104.** Os broncodilatadores são muito usados na prática clínica, mas o real benefício deles nessa faixa etária ainda carece de comprovação científica.

Considere que um paciente de 9 anos de idade, do sexo masculino, há cinco dias, apresentou um quadro de rinorreia, espirros, cefaleia, tosse e dor de garganta de leve intensidade. Há dois dias, evoluiu com febre alta, temperatura axilar > 39 °C, calafrios e queixas de “cansaço”. No momento da consulta, apresenta-se taquipneico, com retração subcostal leve. A ausculta revelou murmúrio vesicular reduzido à direita, e a radiografia de tórax evidenciou opacificação no lobo inferior direito com velamento do seio costofrênico. Não está em uso de nenhum esquema de antibioticoterapia.

Com base no caso clínico apresentado, julgue os itens a seguir.

- 105.** O derrame pleural é a principal complicação das pneumonias bacterianas e deve sempre ser pesquisado, quando não houver melhora clínica, após 72 horas de antibioticoterapia.
- 106.** A penicilina é a droga apropriada para tratamento do paciente em questão.
- 107.** É indicado, nesse caso, fazer nova radiografia de tórax após três dias de tratamento, para avaliar evolução.
- 108.** Se o paciente fosse um lactente menor de dois meses, com diagnóstico de pneumonia, porém em bom estado geral, apresentando apenas taquipneia leve, sem hipoxemia, ele poderia ser tratado ambulatorialmente com antibioticoterapia oral, desde que pudesse ser reavaliado em 48 horas.

Paciente de 4 anos de idade, sexo masculino, foi levado à consulta pelos pais, os quais relatam que, há cerca de um mês, observaram mudança no comportamento do filho, que vem apresentando quedas frequentes, tremores e mudanças progressivas no jeito de andar e de falar, deambulando como se estivesse embriagado, optando por brincadeiras que pode realizar sentado, e apresentando dificuldade ao levantar-se do chão. Ao exame clínico, apresentou marcha de base alargada, disdiadococinesia, incapacidade de realizar prova dedo-nariz e disartria. Foi solicitada ressonância magnética de encéfalo, que evidenciou massa heterogênea captante de contraste em linha média do cerebelo, invadindo o quarto ventrículo, compatível com meduloblastoma.

Acerca desse caso clínico, e considerando os conhecimentos médicos a respeito dos tumores de sistema nervoso central na infância, julgue os itens a seguir.

- 109.** Estaria claro o envolvimento do cerebelo entre as estruturas comprimidas pelo tumor, mesmo na ausência do exame de imagem.
- 110.** Esse caso é exceção, já que a grande maioria dos tumores de sistema nervoso em crianças é de localização extraencefálica, sendo de localização medular em mais de 50% dos casos.

- 111.** O meduloblastoma é o tumor cerebral mais associado à neurofibromatose tipo 1, de forma que se deve pesquisar, nesse paciente, manchas café com leite e efélides axilares, entre outros achados típicos dessa facomatose.
- 112.** O meduloblastoma é o tumor de fossa posterior mais frequente na infância.

Considere hipoteticamente que um paciente de 11 anos de idade, hígido, é levado à consulta pela mãe por queixar-se de apresentar estatura menor que a da irmã gêmea, além de ginecomastia com broto mamário de 2,5 cm de diâmetro e ausência de pelos axilares e de pubarca, embora apresente aumento testicular.

A respeito desse caso clínico, e considerando os conhecimentos médicos relacionados à puberdade masculina, julgue os itens a seguir.

- 113.** Após o desenvolvimento dos túbulos seminíferos, ocorre a maturação das células de Leydig e a produção de andrógenos testiculares. Por essa razão, os pelos pubianos aparecerão posteriormente ao crescimento testicular.
- 114.** O atraso do crescimento em relação ao da irmã é motivo para o início de investigação de causas secundárias de baixa estatura.
- 115.** A massa magra, que geralmente corresponde a 80% no período pré-puberal, aumenta para até 90% nos meninos e diminui para cerca de 70%-75% nas meninas.
- 116.** A ginecomastia é fenômeno normal e comum na puberdade, chegando a acometer 60% dos meninos, mais frequentemente de apresentação unilateral.

Um recém-nascido prematuro, com 36 semanas de idade, pequeno para a idade gestacional, Apgar 5, 7 e 9, apresenta-se com icterícia, hepatoesplenomegalia e plaquetopenia logo nas primeiras 24 horas de vida. A ultrassonografia transfontanelar evidencia dilatação ventricular e calcificações intracranianas difusas.

Com base na hipótese clínica apresentada, julgue os itens a seguir.

- 117.** É provável que a fundoscopia revele coriorretinite; no entanto, se normal ao nascimento, não se faz necessário repeti-la.
- 118.** O padrão de calcificações intracranianas fala a favor de infecção congênita por citomegalovírus.
- 119.** Trata-se provavelmente de um quadro sintomático de toxoplasmose congênita, de forma que o tratamento com sulfadiazina e pirimetamina associadas ao ácido fólico deve ser instituído assim que possível e continuado até o sexto mês de vida.
- 120.** Está indicada a coleta de líquido, e os achados esperados na análise do LCR são pleocitose às custas de linfócitos e hiperproteínoorraquia.

Área livre