UNIVERSIDADE DO ESTADO DO PARÁ

PROCESSO DE REVALIDAÇÃO DE DIPLOMA DE GRADUAÇÃO DO CURSO DE MEDICINA EXPEDIDO POR INSTITUIÇÕES DE ENSINO SUPERIOR ESTRANGEIRAS

BOLETIM DE QUESTÕES

NOME COMPLETO

Nº DE INSCRIÇÃO

LEIA, COM ATENÇÃO, AS SEGUINTES INSTRUÇÕES

1. Este boletim de questões é constituído de:
   - **100 questões objetivas**.
2. Confira se, além desse boletim de questões, você recebeu o cartão-resposta destinado à marcação das respostas das 100 questões objetivas.
3. No **CARTÃO-RESPOSTA**
   a) Confira seu nome e número de inscrição e especialidade que você se inscreveu na parte superior do **CARTÃO-RESPOSTA** que você recebeu.
   b) No caso de não coincidir seu nome e número de inscrição, devolva-o ao fiscal e peça-lhe o seu. Se o seu cartão não for encontrado, solicite um cartão virgem, o que não prejudicará a correção de sua prova.
   c) Verifique se o Boletim de Questões, está legível e com o número de páginas correto. Em caso de divergência, comunique ao fiscal de sua sala para que este providencie a troca do Boletim de Questões.
   d) Após a conferência, assine seu nome no espaço correspondente do **CARTÃO-RESPOSTA**, do mesmo modo como foi assinado no seu documento de identidade, utilizando caneta esferográfica de tinta preta ou azul.
   e) Para cada uma das questões existem 5 (cinco) alternativas, classificadas com as letras **a, b, c, d**, **e.** Só uma responde corretamente ao quesito proposto. Você deve marcar no Cartão-Resposta apenas uma letra. **Marcando mais de uma, você anulará a questão**, mesmo que uma das marcadas corresponda à alternativa correta.
   f) O CARTÃO-RESPOSTA não pode ser dobrado, nem amassado, nem rasgado.

LEMBRE-SE

4. A duração desta prova é de **5 (CINCO) horas**, iniciando às **8 (OITO) horas** e terminando às **13 (TREZE) horas**.
5. É terminantemente proibida a comunicação entre candidatos.

ATENÇÃO

6. Quando for marcar o Cartão-Resposta, proceda da seguinte maneira:
   a) Faça uma revisão das alternativas marcadas no Boletim de Questões.
   b) Assinale, inicialmente, no Boletim de Questões, a alternativa que julgar correta, para depois marcá-la no Cartão-Resposta definitivamente.
   c) Marque o Cartão-Resposta, usando caneta esferográfica com tinta azul ou preta não porosa, preenchendo completamente o círculo correspondente à alternativa escolhida para cada questão.
   d) Ao marcar a alternativa do Cartão-Resposta, faça-o com cuidado, evitando rasgá-lo ou furá-lo, tendo atenção para não ultrapassar os limites do círculo.
   Marque certo o seu cartão como indicado: **CERTO** ●
   e) Além de sua resposta e assinatura, nos locais indicados, não marque nem escreva mais nada no Cartão-Resposta.
   f) **O gabarito poderá ser copiado, SOMENTE, no espelho constante no final do boletim de questões disponibilizado para este fim que somente será destacado no final de sua prova, pelo fiscal de sua sala.**
7. Releia estas instruções antes de entregar a prova.
8. Assine na lista de presença, na linha correspondente, o seu nome, do mesmo modo como foi assinado no seu documento de identidade.

BOA PROVA

DAA – Diretoria de Acesso e Avaliação / PROGRAD – Pró-Reitoria de Graduação
Dezembro de 2020, Belém – Pará.

1. O Pacto pela saúde é considerado como ordenador do processo de gestão do SUS, fez parte da agenda prioritária da Comissão Intergestores Tripartite (CIT) e foi uma ferramenta importante fortalecendo a atenção à saúde, o financiamento e a participação popular. A portaria nº 399/2006 do Ministério da Saúde, que instituiu o Pacto pela saúde, estabeleceu 6 prioridades no Pacto pela vida que são impactantes na saúde da população, dentre elas cita-se:

ⓐ a atenção à saúde do idoso, redução da mortalidade infantil e materna e o fortalecimento da atenção básica.

ⓑ a elaboração e publicação da carta dos direitos dos usuários do SUS e a atenção integral às pessoas em situação ou risco de violência.

ⓒ as diretrizes para a gestão do SUS e o controle do câncer de colo do útero e de mama.

ⓓ aprovação do orçamento do SUS, composto pelos orçamentos das 3 esferas de governo e o fortalecimento da capacidade de resposta às doenças emergentes e endemias.

ⓔ a promoção da saúde, a redução da mortalidade do homem e atenção à saúde mental.

2. A lei nº 8.080/1990 regula em todo território nacional as ações e serviços de saúde. Sobre esta lei, marque a alternativa correta.

ⓐ Dispõe sobre a participação popular, planejamento de saúde, assistência à saúde e articulações interfederativas, e dá outras providências.

ⓑ Faz a alocação dos recursos do Fundo Nacional de Saúde e do repasse de forma regular e automática.

ⓒ Atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros.

ⓓ Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, e dá outras providências.

ⓔ Dispõe sobre promoção, recuperação da saúde e sobre a participação popular.

3. Ana Laura, nasceu em casa, no interior do Pará, em uma colônia chamada Valparaíso. Devido a ausência de vacinas onde ela mora, dificuldade de acesso a municípios vizinhos onde há imunobiológicos, a mesma foi levada somente hoje com 42 dias de vida para realizar vacinação. Marque abaixo a alternativa que corresponde as vacinas que Ana Laura deverá fazer hoje.

ⓐ Hepatite B, H1N1 e Pneumocócica.

ⓑ BCG e Hepatite B.

ⓒ BCG, poliomielite e tetravalente.

ⓓ H1N1 e poliomielite.

ⓔ Pneumocócica e tetravalente.

4. Fátima, 39 anos, parda, evangélica, do lar, realizou os testes de Mitsuda e o da Histamina, após receber o diagnóstico de hanseníase. Está em tratamento há 6 meses e no sexto mês começou a apresentar um tipo de reação, cursando com mãos e pés inchados, nervos periféricos mais dolorosos, com piora dos sinais neurológicos de perda de sensibilidade, porém sem febre e sem mal estar geral. Marque a alternativa correta correspondente à reação que Fátima começou a apresentar.

ⓐ Reação do Eritema Nodoso Hansenóide.

ⓑ Reação Reversa.

ⓒ Reação ao Teste de Mitsuda.

ⓓ Reação Hansênica Tipo II.

ⓔ Reação ao Teste da Histamina.

5. Cláudio, 7 anos de idade, está em tratamento de Tuberculose Pulmonar há 40 dias, começou a apresentar no 40º dia dores nos olhos, visão embaçada e incapacidade de distinguir certas cores (neurite óptica). Marque a alternativa correta correspondente ao medicamento que Cláudio está fazendo uso e que está causando danos a sua visão, contraindicado para crianças.

ⓐ Rifampicina

ⓑ Streptomicina

ⓒ Pirazinamida

ⓓ Isoniazida

ⓔ Etambutol

6. Simone, 45 anos, branca, sedentária, budista, professora, apresenta quadro clínico com os seguintes sintomas: diarreia aquosa, alternando com fezes gordurosas, dores abdominais tipo cólicas, fadiga, perda de apetite, indigestão, náuseas e vômitos. Marque a alternativa correta que corresponde ao agente etiológico do quadro clínico que Simone apresenta.

ⓐ *Enterobius vermicularis*

ⓑ *Entamoeba histolytica*

ⓒ *Giardia lamblia*

ⓓ *Ascaris lumbricoides*

ⓔ *Ancylostoma duodenale*

7. João, 60 anos, pardo, católico, aposentado, apresenta os seguintes aspectos clínicos e epidemiológicos: é portador de um parasita que invadiu seus tecidos, originando as formas, intestinal e extra intestinal da doença, apresenta sangue e muco em suas dejeções, além de diarreia aguda, febre e calafrios. Como seu diagnóstico demorou a ser feito, seu quadro clínico agravou, apresentando abcesso no fígado e nos pulmões. Marque a alternativa correta que corresponde ao agente etiológico do quadro clínico que João apresenta.

ⓐ *Shigella spp*

ⓑ *Entamoeba histolytica*

ⓒ *Giardia lamblia*

ⓓ *Ascaris lumbricóides*

ⓔ *Salmonella enterica*

8. No Brasil, desde o início do século XIX, as vacinas são utilizadas como medida de controle de doenças. No entanto, somente a partir do ano de 1973 é que se formulou o Programa Nacional de Imunizações (PNI), regulamentado pela Lei Federal nº 6.259, de 30 de outubro de 1975, e pelo Decreto nº 78.321, de 12 de agosto de 1976, que instituiu o Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica (SNVE). De acordo com o Calendário Nacional de Vacinação ano 2020 (MS) é correto afirmar que:

ⓐ a primeira dose da vacina Tríplice Viral deve ser realizada aos 6 meses de vida e a segunda dose aos 2 anos de idade.

ⓑ a primeira dose da vacina Pneumocócica é indicada aos 5 meses de vida, a segunda dose aos 12 meses e a dose de reforço aos 2 anos de idade.

ⓒ a vacina Pentavalente é indicada para as seguintes faixas etárias respectivamente: 1ª dose aos 3 meses de vida, 2ª dose aos 6 meses e a 3ª doses aos 12 meses.

ⓓ crianças que não completaram no primeiro ano de vida o esquema da vacina contra o *Haemophilus influenzae* do tipo B (Hib conjugada), devem receber uma dose aos 18 meses e outra dose aos 24 meses.

ⓔ a vacina contra a Hepatite B (Recombinate) induz a produção de anticorpos anti-HBs os quais são considerados protetores, sendo a primeira dose aplicada preferencialmente nas primeiras 12 horas após o nascimento.

9. O evento central na vida do profissional médico continua sendo o encontro entre pessoas representado pela consulta médica, apesar do progresso e do desenvolvimento que aconteceram na sociedade e na medicina, portanto a consulta é a principal manifestação da relação clínica que se estabelece entre o médico e a pessoa que busca o atendimento. Sobre o Método Clínico Centrado na Pessoa (MCCP), é correto afirmar que:

ⓐ o primeiro componente do MCCP tem como finalidade a elaboração de um projeto terapêutico comum entre o médico e o paciente.

ⓑ O segundo componente do MCCP requer a investigação da doença e a experiência da pessoa com a doença.

ⓒ o terceiro componente do MCCP objetiva entender a pessoa como um todo, caracterizando suas condições pessoais e sociais.

ⓓ o MCCP tem seu foco na doença e nas quatro principais dimensões da experiência da pessoa com a doença.

ⓔ o terceiro componente do MCCP envolve prioritariamente que o médico entenda (manejo) de dois conceitos: Doença e Experiência da doença.

10. Em relação às farmacodermias é correto afirmar que:

ⓐ a lesão "em alvo" é característica do eritema pigmentar fixo.

ⓑ a urticária ocorre por mecanismos do tipo II e IV de Gel e Coombs.

ⓒ a dosagem de ureia é usada no escore de gravidade da Síndrome de Lyell.

ⓓ a síndrome DRESS apresenta erupção bolhosa, afebril com neutrofilia.

ⓔ a síndrome de Stevens Johnson tem pior prognóstico em pacientes HIV positivo.

11. Em relação a sífilis é correto afirmar que:

ⓐ o cancro duro caracteriza-se por múltiplas exulcerações de fundo purulento dolorosas acompanhadas de adenite satélite supurativa e dolorosa.

ⓑ a roséola sifilítica ocorre como erupção polimorfa com vesículas e pápulas de distribuição assimétrica que inicia pela face.

ⓒ a meningite sifilítica que ocorre no terciarismo apresenta paralisia de nervos cranianos, vômitos e rigidez de nuca.

ⓓ a sífilis congênita recente tem como sintomas principais a ceratite intersticial, a hidratorse de Clutton e a surdez labiríntica.

ⓔ o VDRL é o teste sorológico que primeiro positiva o que já ocorre na segunda semana após o surgimento do cancro.

12. Em relação à hanseníase é correto afirmar que:

ⓐ a reação do tipo I se apresenta como eritema nodoso ou eritema polimorfo, ocorre em pacientes de hanseníase virchowiana ou dimorfa.

ⓑ a forma virchowiana apresenta lesões neurais extensas, simétricas sendo o lagoftalmo ocasionado pelo comprometimento do nervo facial.

ⓒ a dapsona utilizada no tratamento tem ação bactericida e pode provocar xerose e pigmentação cinza azulado na pele dos pacientes.

ⓓ a lesão de hanseníase, na prova da histamina, não apresenta o eritema primário por ausência da resposta reflexa da fibra nervosa a essa substância.

ⓔ as drogas que compõem o esquema ROM indicado para tratamento de pacientes multibacilares são: rifampicina 300 mg, ofloxacina 200mg e minociclina 200 mg.

13. Em relação à Malária é correto afirmar que:

ⓐ o período de incubação da doença independe da espécie do plasmódio sendo curto em média de 10 dias.

ⓑ o *Plasmodium falciparum* tem hipnozpítos que ficam latentes no fígado e podem causar a recidiva da doença.

ⓒ o diagnóstico pode ser feito pela microscopia da gota espessa, colhida por punção digital e corada pelo método de Walker.

ⓓ a gestante com infecções pelo *Plasmodium falciparum* deve usar a primaquina por três dias consecutivos.

ⓔ o tratamento para infecções pelo *Plasmodium malariae* deve ser realizado com cloroquina associada a primaquina por 4 dias.

14. Assinale a alternativa correta sobre as parasitoses.

ⓐ Na fase aguda da esquistossomose mansônica o quadro clínico é composto de febre súbita, elevada com anorexia, dor abdominal, cefaleia e eosinofilia.

ⓑ Na síndrome de Loeffler que ocorre a nível hepático na ancilostomíase há hepatomegalia, dor abdominal e leucopenia.

ⓒ Na enterobíase a faixa etária mais comprometida é a de adultos jovens sendo a diarreia o sintoma mais frequente.

ⓓ Na colite amebiana disentérica o quadro clínico é abrupto com dor abdominal intensa, sem tenesmo e diarreia com fezes pastosas sem muco.

ⓔ Na tricuríase as manifestações cutâneas são exantema eritematopapuloso pruriginoso desencadeado pela penetração das larvas na pele.

15. No exame parasitológico direto para diagnóstico de leishmaniose tegumentar a coloração que deve ser usada é:

ⓐ Hematoxilina eosina.
ⓑ Grocott.
ⓒ Giemsa.
ⓓ PAS.
ⓔ Ziehl Nielsen.

16. Um homem de 42 anos, não fumante, compareceu para realizar seu exame periódico. Ele tem um peso saudável (IMC = 23), pressão arterial de 120 x 75 mmHg, e nenhuma história de tabagismo ou hiperglicemia, sendo capaz de se exercitar regularmente sem sintomas. No ano passado, seu colesterol total foi 240mg/dl, com um HDL de 52mg/dl. Assinale a alternativa que representa as etapas adequadas para a prevenção cardiovascular nesse paciente.

ⓐ fazer uma angiotomografia das coronárias com escore de cálcio.
ⓑ iniciar o uso diário de 81mg de aspirina.
ⓒ fazer um eletrocardiograma em busca de evidências de hipertrofia ventricular.
ⓓ calcular seu risco de 10 anos de doença cardiovascular para avaliar a necessidade de outras intervenções.
ⓔ solicitar dosagem de ácido úrico e de todas as lipoproteínas em jejum.

17. Paciente de 81 anos sofreu queda da própria altura, evoluindo com fratura de colles. Esse tipo de fratura se localiza:

ⓐ ulna.
ⓑ rádio.
ⓒ fêmur.
ⓓ úmero.
ⓔ tíbia.

18. O paciente de 81 anos que sofreu fratura de Colles após queda da própria altura, já possuía um resultado de densitometria óssea, que mostrou para seu ortopedista. A densitometria indicava em coluna lombar d.p. -2.6 e colo do fêmur d.p. -1.8 (Z-score). O laudo correto desse exame, neste caso, é:

ⓐ coluna lombar - osteopenia e colo do fêmur – normal.
ⓑ coluna lombar - osteopenia e colo do fêmur – osteopenia.
ⓒ coluna lombar - osteoporose e colo do fêmur – osteopenia.
ⓓ coluna lombar - osteoporose e colo do fêmur – osteoporose.
ⓔ coluna lombar - osteopenia e colo do fêmur – osteoporose.

19. Na rinossinusite aguda em adultos e crianças, o agente etiológico frequentemente relacionado é:
- ⓐ *Streptococcus pneumoniae*
- ⓑ *Staphylococcus aureus*
- ⓒ *Streptococcus beta hemolytic*
- ⓓ *Klebsiela pneumoniae*
- ⓔ *Moraxella catarrhalis*

20. Uma mulher com 50 anos de idade, antecedente de asma brônquica grave e tuberculose em tratamento há 8 meses, chega para atendimento no Pronto-Socorro com queixa de falta de ar de longa data. Ao exame físico, a paciente apresenta bom estado geral, corada, hidratada, frequência cardíaca de 88 bpm, pressão arterial de 130x70mmHg e saturação de O_2 de 90%. Ela apresenta B2 hiperfonética e um sopro diastólico no 3º espaço intercostal esquerdo, que aumenta com a inspiração. O nome dado a este sopro é:
- ⓐ *Carey Coombs*
- ⓑ De Miguel Couto
- ⓒ *Austin Flint*
- ⓓ *Gallavardin*
- ⓔ *Graham Steell*

21. Entre as situações clínicas abaixo, espera-se encontrar o número de reticulócitos elevados na anemia:
- ⓐ hemolítica e doença renal crônica.
- ⓑ aplástica e anemia megaloblástica.
- ⓒ ferropriva e anemia aplástica.
- ⓓ hemolítica e recuperação após sangramento.
- ⓔ ferropriva e anemia de doença crônica.

22. Paciente masculino de 63 anos deu entrada na unidade de emergência com febre e dor em hipocôndrio esquerdo, realizou hemograma que mostrou hemoglobina 11,4g/dl, leucócitos 120.000/mm³ com 87% de linfócitos e plaquetas de 106.000/mm³. O diagnóstico mais provável e o exame a solicitar para confirmação do mesmo são:
- ⓐ Mieloma Múltiplo, solicitar imunoeletroforese de proteínas.
- ⓑ Leucemia Linfoide Crônica, solicitar imunofenotipagem de sangue periférico.
- ⓒ Linfoma de Hodgkin, solicitar PET – CT.
- ⓓ Leucemia Mieloide Crônica, solicitar PCR para BCR/ABL.
- ⓔ Leucemia Linfoide Aguda, solicitar biópsia de medula óssea.

23. Sobre o quadro denominado de tríade de Charcot é correto afirmar que se trata de:
- ⓐ Colangite, com dor em hipocôndrio direito, icterícia e febre com calafrios.
- ⓑ quadro de Pancreatite, com dor epigástrica, cianose e febre com calafrios.
- ⓒ quadro de Úlcera duodenal, com dor em hipocôndrio direito, icterícia e febre.
- ⓓ quadro de Colecistite, dor em hipocôndrio direito, icterícia e febre com calafrios.
- ⓔ Colite, dor epigástrica, cianose e febre.

24. Das manifestações clínicas abaixo é encontrado frequentemente na Síndrome Nefrótica:
- ⓐ edema.
- ⓑ uremia.
- ⓒ hematúria.
- ⓓ febre.
- ⓔ prurido.

25. Um idoso de 74 anos chega à Unidade Básica de Saúde com queixa de falta de ar progressiva há 6 meses. Ao exame físico, o paciente apresenta bom estado geral, turgescência jugular de 7cm, pressão arterial de 122x64mmHg, pulso de 84 bpm, arrítmico e estertores crepitantes de finas bolhas em bases pulmonares. Dos achados abaixo, é um sinal clínico de estenose mitral:
- ⓐ B4
- ⓑ B1 hipofonética
- ⓒ B1 hiperfonética
- ⓓ Desdobramento de B2
- ⓔ B3

26. Uma mulher de 28 anos vem ao ambulatório com queixa de dor precordial caracterizada como atípica, palpitação, insônia e "nervosismo". Nega limitação à atividade física. Ao exame físico, apresenta-se em bom estado geral, pressão arterial de 110/70mmHg, frequência cardíaca de 82bpm. À ausculta, o ritmo é regular, com clique mesossistólico seguido por sopro sistólico+ e irradiação para a axila. Dos dados do exame físico que auxiliam na confirmação do diagnóstico de Prolapso de Valva Mitral são:
- ⓐ ausência de mudança no clique com a manobra postural de cócoras.
- ⓑ a elevação dos membros inferiores faz o sopro ocorrer mais precocemente.
- ⓒ a posição de cócoras faz o sopro ocorrer mais tardiamente.
- ⓓ ausência de mudança no clique com a manobra postural de ficar em pé.
- ⓔ a elevação dos membros inferiores faz o clique ocorrer mais precocemente.

27. Você está de plantão em Pronto Socorro e chega um paciente com a história de ter explodido uma garrafa de cerveja e que um estilhaço atingiu seu olho direito. Dentre as alternativas abaixo, a conduta **INCORRETA** para este caso será:
- ⓐ o olho atingido à inspeção, está com o volume diminuído, por isso é importante, de imediato, remover possível fragmento do vidro que explodiu.
- ⓑ medir a acuidade visual, mesmo que grosseiramente é importante, tendo em vista questões legais do acidente.
- ⓒ colocar uma gaze sobre a pálpebra, fazendo um curativo não compressivo, está indicado, até ser examinado pelo oftalmologista.
- ⓓ a presença de tecido escuro, sangue em olho diminuído de volume, significa perfuração do olho.
- ⓔ a ausência de ferimento no olho esquerdo não exclui trauma mecânico fechado.

28. Paciente 67 anos, sexo masculino, 116 kg, com IMC de 32, internado na UTI por complicações relacionadas à infecção por Covid-19, evolui com insuficiência renal e você decide por terapia renal substitutiva (TRS). A melhor opção para acesso vascular de urgência, neste caso, é:

ⓐ passagem de cateter duplo lúmen de curta permanência em veia jugular interna direita.
ⓑ passagem de cateter duplo lúmen de longa permanência em veia jugular interna esquerda.
ⓒ cateter duplo lúmen de curta permanência em veia femoral.
ⓓ cateter duplo lúmen de longa duração em veia subclávia do lado da mão não dominante.
ⓔ fístula arteriovenosa de urgência no membro superior da mão não dominante.

29. Em relação à síndrome coronariana aguda, é correto afirmar que:

ⓐ quando a obstrução da luz coronária é parcial, mas grave suficiente para levar à morte de cardiomiócitos por isquemia miocárdica e elevação de marcadores de necrose miocárdica a condição é chamada de infarto agudo do miocárdio com supra desnivelamento de segmento ST.
ⓑ o eletrocardiograma (ECG) pode não apresentar qualquer alteração em 50% dos casos de síndrome coronariana aguda sem supra desnivelamento do segmento ST.
ⓒ os marcadores de necrose miocárdica de eleição nos dias de hoje são a CPK, a CK-MB e a Troponina, sendo a CPK a mais específica para o músculo cardíaco, podendo dar o diagnóstico de infarto quando analisada isoladamente.
ⓓ a alteração mais precoce que ocorre no eletrocardiograma de um paciente com síndrome coronariana aguda com elevação do segmento ST é o aparecimento de onda Q patológica.
ⓔ a intervenção coronariana percutânea (ICP) facilitada é aquela realizada em até 180 minutos após o fibrinolítico e constitui-se na melhor opção para obtenção da reperfusão coronariana.

30. Mulher 78 anos internada há 48 hs devido pielonefrite, realizou tomografia computadorizada do abdome que mostra cálculo obstrutivo no ureter proximal direito associado a ureterohidronefrose a montante. Está fazendo antibioticoterapia com ceftriaxone endovenoso e começa a evoluir com rebaixamento do nível de consciência (Glasgow = 12), taquipneia (28 incursões por minuto) e hipotensão (Pa = 80 x 55 mmHg). Dentre as condutas abaixo, a prioritária para esta paciente na primeira hora do atendimento é:

ⓐ iniciar drogas vasoativas, para tratar o choque séptico associado à patologia de base.
ⓑ trocar o antibiótico para ampliar o espectro de ação.
ⓒ acionar a equipe de urologia para desobstrução imediata do trato urinário.
ⓓ solicitar vaga na unidade de terapia intensiva para vigilância neurológica.
ⓔ reposição volêmica na dose de 50 ml/kg nas primeiras 6 h.

31. A obtenção da via aérea é um dos momentos mais críticos da assistência prestada na unidade de emergência e uma habilidade fundamental ao urgencista. Neste aspecto é imprescindível ao médico assistente antecipar uma possível dificuldade de acesso à via aérea. Quanto aos preditores de dificuldade de intubação é correto afirmar que:

ⓐ o teste de Mallampati possui alto valor preditivo positivo para identificação de via aérea difícil, particularmente em situações de urgência.
ⓑ a obesidade mórbida, ou seja, paciente com peso > 140 kg é um fator preditor independente para dificuldade de laringoscopia, sendo indicado intubação nasotraqueal.
ⓒ história de dificuldade de intubação prévia geralmente está associada à inexperiência do médico assistente e portanto, não deve ser valorizada.
ⓓ movimentos restritos do pescoço e prognatismo, geralmente são considerados como fatores preditivos para intubação, mas são facilmente revertidos após a aplicação de bloqueadores neuromusculares.
ⓔ a abertura da boca menor que 4 cm e a distância tireomentoniana menor que 6 cm são fatores preditores independentes para uma via aérea difícil.

32. A síndrome do desconforto respiratório agudo (SDRA) apresenta complicações potencialmente fatais no paciente grave. Sobre a ventilação mecânica neste paciente é correto afirmar que:

ⓐ é preferível a utilização de modos ventilatórios com volume controlado, uma vez que diminuem a morbimortalidade destes pacientes.

ⓑ atualmente prefere-se usar volumes correntes altos, variando de 10 a 12 mL/Kg de peso prévio e manter pressão de platô menor ou igual a 40 cmH_2O

ⓒ a hipercapnia pode ser tolerada em pacientes com SDRA, no intuito de diminuir volumes correntes e pressões de platô, com exceção dos pacientes com hipertensão intracraniana.

ⓓ algumas manobras de recrutamento alveolar parecem sustentar melhoras nas trocas gasosas com comprovada melhora da mortalidade destes pacientes, quando mantidos com PaO_2 maior ou igual a 90 mmHg e FiO_2 menor que 40%.

ⓔ a pressão positiva no final da expiração (PEEP), não é recomendada, pois há evidências sólidas de que precipitam lesão induzida por ventilação mecânica, aumentando a mortalidade.

33. Dona Joana, é bancária aposentada, chega ao ambulatório de saúde do idoso da UEPA queixando-se de tontura rotatória, que se intensifica ao deitar-se, ao levantar-se e ao fechar os olhos enquanto está deitada. Em virtude disso, teve dois episódios de queda da própria altura no intervalo de dois meses. O quadro de tontura já possui um ano de evolução, porém nos últimos seis meses apresentou acentuação dos sintomas. É hipertensa há cinco anos, possui resistência insulínica, história de tireoidectomia há 10 anos, devido a um câncer de tireoide. Faz uso de Losartana 50mg – 1 comprimido às 9h:00 e Levoid 50 mcg em jejum. Nega outras comorbidades, nega alergia medicamentosa. Possui constipação intestinal crônica, diurese sem alterações. Vem perdendo peso nos últimos seis meses (emagreceu 3 quilos). Realiza pilates duas vezes na semana e musculação três vezes. Nega déficits sensoriais. Nega etilismo e tabagismo. Nega disfagia e a dentição está completa. Possui bom suporte social e familiar. Sobre o manejo dessa paciente, assinale a alternativa em que se identifica itens cruciais da anamnese e do exame físico dela, capazes de avaliar o grau de sarcopenia e o risco de quedas da mesma.

ⓐ Na anamnese são importantes: perda ponderal, alteração no equilíbrio, déficit visual e auditivo; no exame físico: exame físico do abdome, teste time get up and go (TUGT) acima de 20 segundos, circunferência da panturrilha direita aumentada.

ⓑ Na anamnese são importantes: a perda ponderal, alteração no equilíbrio, déficit visual e auditivo, história prévia de quedas; no exame físico: hand greep acima de 20, teste do desenho do relógio, escala de Katz e de Lawton.

ⓒ Na anamnese são importantes: história de emagrecimento, tontura, alteração no equilíbrio, história de quedas recentes; no exame físico: circunferência da panturrilha direita acima de 31 cm, teste time get up and go superior a 10 segundos, teste romberg alterado, hand greep menor que 20; teste de força de membros inferiores maior que 20 segundos.

ⓓ Na anamnese são importantes: perda ponderal, tontura, alteração no equilíbrio, história de quedas recentes; no exame físico: circunferência da panturrilha direita menor que 31 cm, teste time get up and go superior a 20 segundos, hand greep menor que 20, teste de força de membros inferiores maior que 10 segundos.

ⓔ Na anamnese são importantes: perda ponderal, tontura, alteração no equilíbrio, história recente de quedas, hipotireoidismo descompensado; ao exame físico: circunferência da panturrilha maior que 31 cm; teste time get up and go superior a 30 segundos, hand greep menor que 20, teste de força de membros inferiores maior que 10 segundos.

34. Homem de 30 anos procurou atendimento médico no serviço de urgência apresentando manchas vermelhas em todo o corpo, olho vermelho, febre baixa, dores musculares e articulares. Após exames clínico e laboratoriais de sorologia, foi detectada infecção por Zika vírus. O quadro do paciente agravou, apresentando como complicação a síndrome de Guillain-Barré. Uma condição de origem autoimune que acomete nervos, levando a quadros de fraqueza muscular progressiva seguida de paralisia. Sobre esta condição neurológica, assinale a alternativa correta.

- ⓐ Esta condição clínica resulta da progressiva destruição das bainhas de mielina das fibras nervosas presentes no interior da medula, assim, há progressiva diminuição até extinção dos impulsos nervosos centrais.
- ⓑ O quadro de fraqueza muscular progressiva seguida de paralisia é explicado pelo distúrbio do corpo celular dos neurônios que ficam nos gânglios localizados na raiz dorsal dos nervos espinhais.
- ⓒ A fraqueza muscular é decorrente da desmielinização de fibras dos nervos periféricos acometidos, resultando na redução ou ausência de condução do impulso nervoso que levariam à contração das fibras musculares.
- ⓓ Esta condição de origem autoimune está relacionada com a morte das células denominadas de oligodendrócitos, que realizam a produção da mielina presente nas fibras nervosas periféricas.
- ⓔ Não há indícios na literatura que possam considerar a infecção por Zika vírus como um gatilho para a síndrome de Guillain-Barré.

35. Jovem de 18 anos, boa condição sistêmica, praticante de esqui aquático, ao realizar hiperflexão do quadril com o joelho em extensão apresentou quadro doloroso súbito e hematoma na região posterior da coxa. No atendimento médico, relatou um estalido audível no momento do movimento, dor durante a palpação e fraqueza muscular. Quarenta e oito horas depois da lesão foi realizado exame de imagem e diagnosticado fratura por avulsão proximal da origem dos músculos isquiotibiais. Sobre os tecidos envolvidos na lesão e suas relações anatômicas, assinale a alternativa correta.

- ⓐ Os músculos isquiotibiais possuem origem proximal na região posterolateral do fêmur, na linha áspera e na crista supracondilar.
- ⓑ O tecido ósseo é ágil em realizar reparo tecidual e o primeiro osso a ser formado em casos de fraturas ósseas é o lamelar, constituído de sistemas de Havers.
- ⓒ A miogênese está restrita ao desenvolvimento pré-natal, no qual as células satélites apresentam capacidade extraordinária de se diferenciarem em fibras musculares.
- ⓓ Os músculos acometidos na lesão do jovem praticante de esqui aquático foram a cabeça curta do bíceps femoral, semintedíneo e semimembranáceo.
- ⓔ A reinserção cirúrgica da avulsão proximal dos músculos isquiotibiais acontece no ísquio, na região de tuberosidade isquiática.

36. Paciente feminina, 55 anos, apresentando quadro de fadiga, anemia leve de doença crônica e artrite bilateral simétrica, principalmente em mãos e punhos, há mais ou menos 8 semanas. Refere, ainda, rigidez matinal de cerca de 1 hora e meia de duração. É corredora profissional e relata melhora dos sintomas álgicos, quando realiza sua atividade física. O exame físico articular mostrou edema, calor e dor à palpação em punhos, metacarpofalangeanas e interfalangeanas proximais. Em relação à conduta diagnóstica e terapêutica, desta paciente, marque a alternativa correta.

- ⓐ Artrite reumatoide é a principal hipótese diagnóstica. Exames laboratoriais, como VHS, PCR, dosagem do Fator Reumatoide e pesquisa do anti CCP ajudam a diferenciar de artrites soronegativas, além de fazerem parte dos critérios classificatórios da doença. Deve-se iniciar metotrexato.
- ⓑ Doença degenerativa (osteoartrite) é a principal hipótese diagnóstica, pela característica do acometimento articular. Nas radiografias simples espera-se encontrar osteofitose, cistos subcondrais e esclerose óssea nas articulações acometidas e as provas inflamatórias estariam alteradas. Devem-se iniciar antimaláricos.
- ⓒ Artrite reumatoide é a principal hipótese diagnóstica. Não há a necessidade de realizar provas inflamatórias ou dosagem de autoanticorpos, pois a paciente já fecha critérios de classificação da doença. Nas radiografias simples espera-se encontrar cistos e erosões ósseas nas articulações acometidas. Deve-se iniciar anti-inflamatórios não hormonais.
- ⓓ A principal hipótese diagnóstica é espondilite anquilosante sem comprometimento axial. Exames de imagem, VHS, PCR e pesquisa do antígeno HLA-B27 são necessários para fechar o diagnóstico. Deve-se iniciar medicação imunobiológica, assim que possível, preferencialmente anti-TNF associado ao uso de anti-inflamatórios não hormonais.
- ⓔ Artrite psoriásica é a principal hipótese diagnóstica, pelo não acometimento de interfalangeanas distais. O comprometimento simétrico e bilateral é característico da doença. Ao realizar o exame físico, procurar por lesões em placas descamativas em áreas extensoras dos membros e couro cabeludo. Deve-se iniciar corticoide oral.

37. Paciente masculino, 60 anos, etilista, tabagista e hipertenso, chega no pronto atendimento carregado pelo filho, relatando ser portador de gota há 8 anos. Refere ter acordado no meio da noite do dia anterior, com dor de forte intensidade e hiperemia em tornozelo direito, que o impossibilita de deambular. Histórico de crises agudas de gota de repetição por tratamento irregular. No momento, não está em uso de nenhuma medicação. Ao exame físico apresenta tofos em cotovelos bilateralmente. A melhor estratégia de tratamento deste caso é:

ⓐ Colchicina, corticoide injetável e alopurinol.

ⓑ Alopurinol e analgésicos opioides.

ⓒ Colchicina e, se necessário, anti-inflamatório não hormonal.

ⓓ Analgésicos, como paracetamol e orientar dieta.

ⓔ Somente Alopurinol.

38. Paciente masculino, 35 anos, comerciante, relata histórico de lombalgia que melhora ao movimento e piora quando está em repouso. Procurou um clínico há quatro meses, sendo prescrito ibuprofeno de horário, diariamente. Durante o período que estava fazendo uso da medicação, houve melhora da dor. Há cerca de dois meses, voltou a apresentar dor lombar mais intensa, em especial no período da manhã, com as mesmas características, porém com irradiação para as nádegas. Iniciou, também, quadro de artrite em joelho direito. Em relação ao caso clínico descrito, marque a alternativa correta.

ⓐ Nesses casos, a pesquisa do antígeno HLA-B27 é de pouca relevância clínica para o diagnóstico, pois é encontrado em menos de 50% desses pacientes.

ⓑ Seria também esperado esse paciente evoluir com acometimento inflamatório progressivo de pequenas articulações, de forma assimétrica e oligoarticular.

ⓒ O envolvimento discal e degenerativo vertebral justifica o sintoma lombar e a irradiação da dor para as nádegas, podendo simular ciática ou lesão por trauma.

ⓓ A fisioterapia corresponde ao tratamento padrão ouro nos estágios iniciais. Não havendo medicações que alterem seu prognóstico, até o momento.

ⓔ Na investigação diagnóstica, é importante que esse paciente seja questionado sobre o comportamento sexual, sintomas intestinais, oculares e lesões de pele.

39. Homem, 64 anos, com queixa de jato urinário fraco, intermitência, hesitação, urgência e noctúria (6 vezes) há anos porém com piora há 3 meses dos sintomas. IPSS 25 (escore internacional de sintoma prostático). Toque retal: Próstata grau 4, fibro-elástica e sem nódulos. PSA total: 2,1 ng/dl, relação PSA livre/ PSA Total: 25%, Creatinina 0,9, Urocultura negativa, Urina 1 sem alterações. Ultrassonografia de próstata identifica próstata de 140 gramas, sem resíduo pós-miccional. USG de rins e vias urinárias apresenta bexiga de paredes espeçadas. Fluxometria livre 5ml/s. Nega glaucoma ou miastenia gravis. A conduta correta neste caso é:

ⓐ ressecção endoscópica de próstata.

ⓑ prostatectomia transvesical.

ⓒ alfa-bloqueador (tansulosina 0,4mg/dia).

ⓓ alfa-bloqueador (tansulosina 0,4mg/dia) + Inibidor da 5 alfa-redutase (dutasterida 0,5mg/dia).

ⓔ alfa-bloqueador (tansulosina 0,4mg/dia) + Inibidor da 5 alfa-redutase (dutasterida 0,5mg/dia) + anticolinérgico (solifenacina 5mg/dia).

40. Homem, 52 anos, casado, queixa de dificuldade de manter a ereção após algum tempo do início da atividade sexual, com início da queixa há um ano e piora importante há um mês, libido normal. Refere ter diabetes mellitus tipo 2, hipertensão arterial sistêmica, dislipidemia, obesidade e ser tabagista. Há 3 meses teve infarto agudo do miocárdio, sem supra de ST, sendo realizada colocação de dois stents em coronária. No momento faz uso dos seguintes medicamentos AAS, clopidogrel, monocordil, metoprolol, losartana, metformina e sinvastatina. A melhor conduta para tratar a disfunção erétil deste paciente é:

ⓐ utilizar tadalafila 5 mg por dia associado a psicoterapia.

ⓑ utilizar Sildenafil 50 mg sob demanda associado a psicoterapia.

ⓒ realizar a injeção intracavernosa com prostaglandina associado à psicoterapia.

ⓓ colocação de próstese peniana associado a psicoterapia.

ⓔ realizar psicoterapia e não oferecer outra opção de tratamento.

41. A investigação de sangramento em trato digestivo baixo (HDB) deve incluir a localização e a causa do sangramento. Diante de um caso HDB analise as afirmativas abaixo:

I. Anuscopia: deve sempre ser realizada. Pode ser efetuada adequadamente sem preparo.
II. Colonoscopia: representa o procedimento diagnóstico de escolha, desde que o ritmo do sangramento permita a realização de preparo intestinal, devido à sua alta acurácia no diagnóstico do sangramento de origem no cólon, bem como à possibilidade terapêutica.
III. Arteriografia: indicada preferencialmente quando o sangramento é importante o suficiente para contraindicar o preparo intestinal para colonoscopia ou após achado positivo à cintilografia.

A alternativa que contém todas as afirmativas corretas é:

ⓐ I e II
ⓑ I e III
ⓒ II e III
ⓓ III
ⓔ I, II e III

42. A Hemorragia Digestiva Aguda, evidenciada clinicamente pela exteriorização de hematêmese, melena ou enterorragia, é uma causa frequente de hospitalização de urgência. Habitualmente, a hemorragia digestiva alta (HDA) se expressa por hematêmese e/ou melena, enquanto a enterorragia é a principal manifestação da hemorragia digestiva baixa (HDB). Acerca das hemorragias digestivas, assinale a alternativa correta.

ⓐ O exame endoscópico é o método mais sensível e específico no diagnóstico da HDA e deve ser realizado, preferencialmente, nas primeiras 24 horas de internação, já com o paciente hemodinamicamente estável.
ⓑ As HDAs de etiologia não varicosa são causadas, principalmente, por doença do refluxo, esofagite eosinofílica e tumores gastrointestinais (gastrinomas).
ⓒ A doença diverticular, apesar de predominar no cólon direito, tem a maioria dos sangramentos oriundos de divertículos situados no cólon esquerdo. A hemorragia é súbita, discreta e habitualmente autolimitada, raramente é profusa com instabilidade hemodinâmica.
ⓓ A etiologia da HDB é variável segundo a faixa etária. No adulto, a doença de Chron, as angiodisplasias e as doenças proctológicas, sobretudo as fístulas, são mais relevantes.
ⓔ A gastrite tipo erosiva causada por antiinflamatórios não hormonais é a principal causa de HDA em adultos e crianças, com grande repercussão hemodinâmica.

43. Um homem de 24 anos com DRGE de longa duração, atualmente em uso de IBP, está sendo examinado para possível tratamento endoscópico para Esôfago de Barrett. Assinale (V) para as afirmativas verdadeiras e (F) para as falsas.

( ) Impossibilidade de tolerar o IBP é uma indicação de ablação de esôfago de Barrett por endoscopia.
( ) A falta de condições financeiras para comprar o IBP pode justificar a realização da ablação endoscópica que é um procedimento muito mais caro que o medicamentoso.
( ) Os tratamentos endoscópicos para doença do refluxo grave ainda são de caráter experimental em nosso país.
( ) A fundoplicatura endoscópica é realizada de rotina para pacientes com obesidade associada a DRGE grave.

A alternativa que apresenta a sequência correta de cima para baixo é:

ⓐ V, V, F, V
ⓑ F, V, F, F
ⓒ V, F, V, V
ⓓ V, F, V, F
ⓔ F, F, V, F

44. A Doença do Refluxo Gastroesofágico (DRGE) é uma das mais prevalentes doenças gastrointestinais. Quanto ao seu diagnóstico é correto afirmar que:

ⓐ os sintomas clássicos de pirose retroesternal e regurgitação são suficientes para fundamentar o diagnóstico clínico.
ⓑ a endoscopia digestiva alta é o teste padrão ouro para diagnosticar o refluxo gastroesofágico noturno.
ⓒ a pHmetria de 24 horas é o melhor teste para o diagnóstico de esofagite erosiva severa.
ⓓ é indispensável aliar a presença de sintomas clássicos de regurgitação e pirose retroesternal a exames complementares como a endoscopia digestiva alta e/ou a manometria.
ⓔ a manometria esofágica é o padrão-ouro para o diagnóstico de hérnia hiatal volumosa.

45. Paciente apresenta dor epigástrica há 3 meses. Foi submetido a endoscopia digestiva alta que demonstrou gastrite crônica intensa com pesquisa de *H. pylori* ++/+++. A melhor conduta em relação a esse caso é:

ⓐ inibidor da bomba de prótons em dose plena 2 vezes ao dia durante 2 semanas pois o *H. pylori* está em pouca concentração.

ⓑ tratamento com Inibidor H2(famotidina) 3 vezes ao dia durante 8 semanas.

ⓒ tratamento com esquema tríplice (amoxicilina, claritromicina e lanzoprazol) por 14 dias e continuar com IBP em dose plena diária por mais 8 semanas.

ⓓ gastrectomia parcial preventiva devido à cronicidade da gastrite e relação da estreita do *H. pylori* com o Câncer gástrico.

ⓔ tratamento conservador com tetraciclina e bismuto.

46. Das lesões colorretais abaixo descritas, a que apresenta maior potencial de malignização é:

ⓐ Doença diverticular dos cólons.

ⓑ Pólipo prévio com adenoma tubular.

ⓒ Colite eosinofílica.

ⓓ Doença de Crohn.

ⓔ Fístulas anais.

47. A esteatose hepática e a esteato-hepatite não alcoólica (NASH) fazem parte do quadro chamado doença gordurosa não alcoólica, com a sigla em inglês NAFLD. Essa situação é altamente prevalente na sociedade atual. A respeito de tal doença, identifique as afirmativas a seguir como verdadeiras (V) ou falsas (F):

( ) Como a prevalência de sobrepeso/obesidade cresce em todos os países, é possível que NASH se torne uma das maiores causas de doença hepática terminal e de hepatocarcinoma no mundo.

( ) Cirrose hepática devido a NASH pode ocorrer na população obesa com maior frequência do que na população não-obesa.

( ) A esteatose macrogoticular encontrada na NAFLD também é vista em outras doenças, como por exemplo na doença hepática alcóolica.

( ) NAFLD é a manifestação hepática da síndrome metabólica.

A alternativa que apresenta a sequência correta de cima para baixo, é:

ⓐ V, V, V, V

ⓑ F, V, F, F

ⓒ F, V, F, V

ⓓ V, F, V, F

ⓔ F, F, F, F

48. Sobre doença aterosclerótica, é correto afirmar que:

ⓐ os aneurismas que ocorrem como consequência da aterosclerose formam-se mais frequentemente na aorta torácica e nas artérias ilíacas comuns.

ⓑ as placas ateroscleróticas estáveis tendem a ter cápsulas fibrosas densas, acúmulo mínimo de lipídios e pouca inflamação podendo produzir sintomas relacionados com a isquemia crônica pelo estreitamento da luz vascular.

ⓒ as alterações agudas das placas ateroscleróticas são ruptura / fissura, erosão/ ulceração e hemorragia podendo causar complicações isquêmicas crônicas como a angina estável.

ⓓ em ordem decrescente os vasos mais amplamente envolvidos pela aterosclerose são as artérias coronárias, as artérias carótidas internas, os vasos do polígono de Willis, a aorta abdominal inferior e as artérias poplíteas.

ⓔ a isquemia miocárdica leva a perda de função dentro de 10 minutos, mas causa necrose somente após 2 horas.

49. Em relação à nefropatia diabética, assinale a alternativa correta.

ⓐ A nefropatia diabética é usualmente a principal etiologia da Doença Renal Crônica entre os pacientes que precisam de tratamento de substituição da função renal.

ⓑ Pacientes com Diabetes Mellitus (DM) que recebem transplante renal de indivíduos normais não mais apresentam, no rim transplantado, lesões típicas da nefropatia diabética.

ⓒ A presença de glomeruloesclerose nodular intercapilar (Kimmestiel-Wilson) é achado frequente do DM do tipo 1 e não observado no DM do tipo 2.

ⓓ Na nefropatia diabética a insuficiência renal avançada está associada a alterações melhor observadas na microscopia por imunofluorescência.

ⓔ É um termo histopatológico para definir a presença de proteinúria de 24h acima de 1.000 mg, em pacientes com DM do tipo 1 ou DM do tipo 2, na maioria das vezes de longa duração (+ 10 anos), frequentemente acompanhada de retinopatia diabética e hipertensão arterial sistêmica.

50. Homem de 58 anos, com diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 há 15 anos, vem a consulta ambulatorial para mostrar resultados de exames solicitados. Apresenta ainda diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica e obesidade e relata ter realizado angioplastia coronariana há 6 meses após quadro de dor torácica. Está em uso regular de Metformina 2g ao dia, Glibenclamida 10 mg ao dia, Atenolol 50 mg ao dia, Sinvastatina 40mg ao dia e AAS 100 mg ao dia. Nega queixas ao ser questionado. Ao exame físico, apresenta PA: 150 x 90 mmHg, FC 80 bpm, Peso 102 kg (ganho ponderal de 3 kg em 6 meses) e IMC 35,2 kg/m². Restante do exame físico sem alterações significativas. Os exames laboratoriais apresentados pelo paciente evidenciam glicemia em jejum 174 mg/dl, glicemia pós-prandial 195 mg/dl, hemoglobina glicada 8,4%, colesterol total 204 mg/dl, HDL colesterol 38 mg/dl, triglicerídeos 180 mg/dl, creatinina 1,2 mg/dl e microalbuminúria em amostra isolada 86 mg/g de creatinina. Assinale a alternativa que apresenta a melhor conduta farmacológica para o caso.

- ⓐ Metformina 2 g/dia + Glibenclamida 10 mg/dia + Atenolol 50 mg/dia + Sinvastatina 40 mg/dia + AAS 100 mg/dia
- ⓑ Metformina 2 g/dia + Glibenclamida 20 mg/dia + Atenolol 50 mg/dia + Sinvastatina 40 mg/dia + AAS 100 mg/dia
- ⓒ Metformina 2 g/dia + Liraglutida 1,8 mg/dia + Atenolol 50 mg/dia + Losartana 100 mg/dia + Sinvastatina 40 mg/dia + AAS 100 mg/dia
- ⓓ Insulina NPH 60 UI/dia + Losartana 100 mg/dia + Sinvastatina 40 mg/dia + AAS 100 mg/dia
- ⓔ Glibenclamida 20 mg/dia + Pioglitazona 30 mg/dia + Atenolol 50 mg/dia + Enalapril 20 mg/dia + Sinvastatina 40 mg/dia + AAS 100 mg/dia

51. Paciente de 41 anos, sexo masculino, chega à Unidade de Pronto Atendimento com queixa de dor abdominal, náuseas e vômitos há 1 dia. Refere que após ter participado de uma festa com churrasco e ingerido bebida alcóolica na noite anterior, a dor abdominal iniciou pela manhã. Relata diagnóstico de diabetes mellitus e hipertensão arterial há 2 anos em uso regular de Metformina 2g ao dia, Empaglifozina 25 mg ao dia, Losartana 100mg ao dia e Hidroclorotiazida 25 mg ao dia. Ao exame, o paciente apresenta-se em regular estado geral, consciente e orientado, desidratado ++/4+, normocorado, anictérico, afebril, taquipneico (FR: 32 ipm), PA: 90 x 60mmHg e FC: 120 bpm, presença de dor à palpação abdominal profunda, sem sinal localizatório e descompressão brusca negativa. Os exames laboratoriais evidenciaram hemoglobina 14,1g/dl; leucócitos 10.500/mm³, plaquetas 270.000/µl; glicemia 162 mg/dl; sódio 136 mEq/L; potássio 4,0 mEq/L; cloro 100 mEqL; ureia 64 mg/dl; creatinina 1,6 mg/dl; amilase 115 UI/L; urina rotina com presença de glicosúria +++/4 e cetonúria ++++/4; pH 7,24; bicarbonato 16 mEq/L; lactato 1,8 mmol/L. Com base no caso clínico, assinale a alternativa correta.

- ⓐ O diagnóstico mais provável é de gastroenterite aguda, o paciente deve ser hidratado e medicado com sintomáticos (antiespasmódico e anti-emético) e receber alta da unidade.
- ⓑ O diagnóstico mais provável é de pancreatite aguda com a tomografia computadorizada de abdômen devendo ser realizada imediatamente e, havendo confirmação diagnóstica, o paciente deve ser transferido para a clínica cirúrgica de um hospital referenciado.
- ⓒ Neste caso o ânion gap encontra-se normal e, os diagnósticos a serem considerados, incluem a cetoacidose diabética, cetoacidose alcoólica e intoxicação por salicilatos.
- ⓓ O esquema terapêutico mais adequado para o caso inclui hidratação vigorosa com solução fisiológica a 0,9% e insulina de ação rápida.
- ⓔ O paciente apresenta cetoacidose diabética euglicêmica e entre os fatores de risco associados na literatura a esta patologia, encontram-se a ingestão abusiva de álcool e de carboidratos.

52. Paciente de 40 anos de idade, sexo feminino, deu entrada no pronto socorro com quadro de cefaléia de início súbito ao caminhar a 1 hora, holocraniana, latejante, de forte intensidade, com vômitos associados, sonolência, sem fotofobia, sendo atendida com PA 130x80 mmHg, afebril, sem déficit motor, sem rigidez de nuca, nega história de cefaleia anterior, nega hipertensão arterial prévia. Para este caso clínico, a conduta mais adequada quanto ao tipo de cefaleia, conduta terapêutica inicial, exame complementar mais indicado e indicação de tratamento para prosseguir a investigação, respectivamente, é:

- ⓐ cefaleia primária, dipirona EV, TC de crânio, tratamento ambulatorial.
- ⓑ cefaleia secundária, anti-inflamatório VO, RMN de crânio, tratamento ambulatorial.
- ⓒ cefaleia primária, anti-inflamatório EV, hemograma, internação.
- ⓓ cefaleia secundária, dipirona EV, antiemético EV, TC de crânio, internação.
- ⓔ cefaleia secundária, anti-hipertensivo, antiemético, LCR, internação.

53. Paciente do sexo masculino, 55 anos de idade, deu entrada no pronto socorro com história de fraqueza súbita no lado direito do corpo há 2 horas, durante atividade, sem cefaleia, sem perda de consciência, sem antecedentes patológicos anteriores e no exame neurológico apresenta-se consciente, com afasia de expressão, com hemiparesia direita com predomínio braquiofacial, *babinski* à direita, hipotonia à direita, escala NIH:10, PA 150x90mmHg, glicemia 80 mg/dl, TC de crânio sem alterações, ECG com fibrilação atrial. O diagnóstico etiológico e a conduta terapêutica mais indicada, neste caso, são:

- ⓐ AVE isquêmico aterotrombótico, anti-hipertensivo VO.
- ⓑ AVE hemorrágico, anti-hipertensivo EV.
- ⓒ AVE isquêmico embólico, trombolítico EV.
- ⓓ AVE aterotrombótico, AAS 300mg.
- ⓔ AVE isquêmico embólico, clopidrogrel 75mg.

54. O quarto consenso brasileiro para o tratamento do *Helicobacter Pylori* (HP) de 2018 teve como estratégia, otimizar o manejo dessa infecção no Brasil. Vinte e seis delegados, incluindo gastroenterologistas, endoscopistas e patologistas, das cinco regiões do país, bem como um convidado dos Estados Unidos, participaram da reunião do consenso. Sobre as novas diretivas presentes neste consenso, é correto afirmar que:

- ⓐ o teste respiratório com ureia marcada com carbono 13 (13C-UBT) é o padrão-ouro para o diagnóstico não invasivo de infecção por HP.
- ⓑ a pesquisa de HP após a terapia de erradicação deve ser realizada 12 semanas após o término do tratamento.
- ⓒ o uso de IBPs deve ser descontinuado por pelo menos 6 semanas antes da realização de testes diagnósticos para a infecção por HP, exceto a sorologia. O uso de antibióticos e sais de bismuto deve ser descontinuado por 8 semanas antes destes testes diagnósticos.
- ⓓ a duração da terapia de erradicação do HP deve ser de 7 dias, especialmente para a terapia tripla padrão, a fim de alcançar uma alta taxa de erradicação.
- ⓔ tratamento do HP após a primeira falha deve ser restrito a casos especiais e guiado por testes fenotípicos ou genotípicos de susceptibilidade antimicrobiana.

55. O termo doença inflamatória intestinal é utilizado quando nos referimos principalmente a duas patologias: a retocolite ulcerativa e a doença de Crohn. Mesmo que em 15% dos casos seja impossível distinguir patológica e clinicamente uma doença da outra, algumas diferenças são fundamentais. Sobre este assunto, é correto afirmar que:

- ⓐ a doença de Cronh não acomete todas as camadas do intestino, ficando restrita à mucosa e diferente da retocolite, que é transmural.
- ⓑ as fístulas raramente aparecem na doença de Crohn.
- ⓒ o risco de câncer colorretal não aumenta, na presença destas doenças.
- ⓓ A doença de Crohn apresenta padrão em saltos, ou seja, existem áreas de mucosa normal entre as áreas com lesão.
- ⓔ estudos recentes vem demonstrando que a utilização do Vedolizumabe no tratamento da Retocolite ulcerativa não é superior a utilização dos corticosteroides para controle da atividade da doença em pacientes com manifestações moderadas e graves.

56. Paciente JCG 53 anos masculino, assintomático vem fazendo endoscopia digestiva alta (EDA) de rotina a cada 3 anos, tendo a última mostrado gastrite enantematosa antral leve com pesquisa de *H. Pylori* negativa. Há 1 semana, repetiu a endoscopia que evidenciou: Pangastrite enantematosa moderada; lesão ulcerada gástrica de antro ativa (Sakita A1). O exame histopatológico da biópsia dos bordos da lesão mostrou: Adenocarcinoma de padrão tubular bem diferenciado, Grau I, ulcerado. Iniciou investigação, sendo indicado uma ecoendoscopia que mostrou que a lesão estava restrita à submucosa e um PETSCAN que não evidenciou qualquer alteração detectável ao método. O paciente permanece totalmente assintomático do ponto de vista digestivo, nega doenças associadas, exceto hipertensão leve controlada com anti-hipertensivos. Nega perda de peso ou apetite. A melhor conduta para o caso é:

- ⓐ observação e passar a realizar a EDA uma vez ao ano.
- ⓑ inibidor de bomba de prótons (IBPs) em dose dupla por 6 meses e repetir a EDA para confirmar a cicatrização da úlcera.
- ⓒ antrectomia a D2 e reconstrução com "Y" de Roux sem tratamento rádio ou quimioterápico adjuvante.
- ⓓ antrectomia a D3 e reconstrução a Billroht II acompanhada de quimioterapia coadjuvante pós-operatória, direcionada pela imuno-histoquímica.
- ⓔ três sessões de radioterapia pré-operatória, gastrectomia total com esvaziamento ganglionar e quimioterapia coadjuvante pós-operatória, direcionada pela imuno-histoquímica.

57. Durante um plantão no pronto socorro, você recebe um motoboy que teve seu pescoço lacerado por linha com cerol, trazido em cadeira de rodas, por populares. Durante a avaliação na maca, foi retirado o curativo compressivo e identificado grande ferimento lacero-contuso, com sangramento pulsátil que sujou o teto. Considerando tratar-se da carótida direita, você solicita a caixa de instrumentais cirúrgicos, para realizar a hemostasia temporária. O instrumental mais adequado para realizar esta manobra é:

- ⓐ Collin
- ⓑ Allis
- ⓒ Satinsky
- ⓓ Duval
- ⓔ Babcock

58. Dentre as metas de segurança do paciente em ambiente hospitalar, a lavagem das mãos dos profissionais de saúde merece todo destaque, por estar diretamente ligada ao menor risco de infecção hospitalar. Sua execução criteriosa é fundamental para alcançar o benefício protetor desejado. Neste sentido, assinale a recomendação correta da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) quanto à técnica de lavagem correta e sua finalidade.

- ⓐ A higienização simples das mãos tem como finalidade remover os microrganismos que colonizam as camadas superficiais da pele, assim como o suor, a oleosidade e as células mortas, retirando a sujidade propícia à permanência e à proliferação de microrganismos, utilizando-se álcool a 70% em gel.
- ⓑ A higienização antisséptica das mãos tem como finalidade promover a remoção de sujidades e de microrganismos, reduzindo a carga microbiana das mãos, com auxílio de um antisséptico líquido.
- ⓒ Higienizar as mãos com preparação alcoólica (sob a forma gel ou líquida com 1-3% glicerina) quando estas estiverem visivelmente sujas, antes de preparo e manipulação de medicamentos.
- ⓓ Antissepsia cirúrgica das mãos tem como finalidade eliminar a microbiota transitória da pele e reduzir a microbiota residente, sem proporcionar efeito residual na pele do profissional.
- ⓔ Degermação das mãos tem como finalidade retirar toda a sujidade visível com uso de sabonete líquido, após realização de procedimento em que houve contato com fluidos corpóreos.

59. Paciente do sexo masculino, 73 anos, diabético, tabagista, vem evoluindo com uma úlcera em região de tornozelo direito com uma área de necrose seca de cerca de 3 cm de diâmetro, que não cicatriza há 6 meses. Ao exame clínico, apresenta-se em regular estado geral, mantendo sinais vitais estáveis com frequência cardíaca de 60 bpm, PA - 130 x 90 mmHg, mucosas normocorados, índice de massa corpórea (IMC) 20, e pulsos não palpáveis abaixo do pulso poplíteo, bilateralmente. Considerando, os fatores que prejudicam a cicatrização deste caso, assinale a alternativa correta.

ⓐ O uso do tabaco estimula a função das células endoteliais e dos fibroblastos, a atividade da sintase de NO, a produção de VEGF, tendo como consequência a diminuição da síntese de colágeno.

ⓑ A hipóxia moderada estimula a angiogênese, etapa essencial no agrupamento de fibrilas de colágeno, oferecendo oxigenação adequada no centro da ferida, enquanto a periferia permanece hipóxica.

ⓒ A hiperglicemia causa aumento dos produtos finais de glicação avançada, que bloqueiam a produção de moléculas inflamatórias (TNF-α, IL-1), mediadoras positivas na síntese de colágeno.

ⓓ A epiderme envelhecida tem mais células de Langerhans e menos melanócitos, o que promove afastamento da junção derme-epiderme.

ⓔ A desnutrição do paciente promove catabolismo de proteínas, retarda a cicatrização de feridas e promove a deiscência, em particular quando os níveis séricos de albumina são inferiores a 2 g/dl.

60. Paciente vítima de acidente carro x moto, encontrado a 5 metros da moto que pilotava, com o capacete, gemente e com múltiplas fraturas evidentes e escoriações. Trazido pelos bombeiros acordado, porém confuso, em prancha rígida, com colar cervical, com taquipneia e cateter de O_2 nasal. Durante a avaliação inicial do paciente, as vias aéreas estavam pérvias, a ausculta pulmonar adequada e sem ruídos adventícios, com PA – 90 x 50 mmHg, pulso -125 bpm, Glasgow 12, grande hematoma em coxa direita, associado a fratura exposta do fêmur, e deformidade de braço esquerdo. Sobre este caso clínico, assinale a alternativa correta.

ⓐ O primeiro mecanismo de compensação é o aumento da atividade simpática. Tal aumento é mediado por receptores de pressão ou barorreceptores no arco da aorta, átrios e corpúsculos das carótidas.

ⓑ O aparelho justaglomerular no rim, em resposta à vasoconstrição e à diminuição no fluxo sanguíneo, produz a enzima angiotensina II que aumenta a atividade simpática, liberando hormônios a partir da medula adrenal.

ⓒ A medula adrenal afeta o volume intravascular durante o choque por meio da secreção de hormônios catecóis, epinefrina, norepinefrina e dopamina, e como resposta, liberando mais ATP e elevando a temperatura corporal.

ⓓ Na adrenal é produzido aldosterona, em resposta à estimulação por angiotensina II. A aldosterona é um mineralocorticoide que modula a função renal por meio do aumento de excreção de sódio e aumento da absorção de água.

ⓔ A acidose metabólica esperada decorrente da hipóxia tecidual deve ser tratada prioritariamente com infusão de bicarbonato de sódio, para não causar lesão de reperfusão tecidual após a expansão volêmica.

61. Paciente de 65 anos, tabagista, sem outras co-morbidades, durante rastreamento para câncer de próstata, foi identificado tumor localizado que será tratado por Prostatectomia Radical Laparoscópica. Quanto à profilaxia da trombose venosa profunda neste caso, é correto afirmar que:

ⓐ o uso de meias elásticas ou pneumáticas são suficientes para o caso e podem ser utilizadas como medida única de prevenção.

ⓑ a fisioterapia motora e a deambulação precoce não oferecem benefício real no controle de risco para trombose venosa profunda.

ⓒ a profilaxia medicamentosa deve ser iniciada imediatamente após o término da cirurgia, para não incorrer em sangramento intra-operatório.

ⓓ a profilaxia medicamentosa deve ser mantida por período de 7 a 10 dias após a cirurgia, diminuindo desta forma, custos e re-internações.

ⓔ considerando tratar-se de cirurgia prostática, com auto risco de sangramento, o uso de heparina não-fracionada é contraindicado.

62. Paciente do sexo masculino, 52 anos, com história de câncer de esôfago, diagnosticado tardiamente, após disfagia severa para sólidos e pastosos, associado à perda de peso de 20% de seu peso corporal no período de 2 meses, pesando atualmente 66 kg, com IMC de 22, e dosagem sérica de albumina de 2,0 g/dl. Após estadiamento oncológico, o planejamento cirúrgico definido foi realizar esofagectomia com reconstrução do trânsito utilizando técnica de tubularização gástrica. Quanto aos aspectos nutricionais deste paciente, assinale a alternativa correta.

ⓐ A avaliação de risco nutricional desse paciente é baixa, considerando que o mesmo mantém IMC de um paciente trófico e portanto, não deve ser postergado a cirurgia oncológica.

ⓑ A passagem de sonda nasoentérica guiada por endoscopia antes da cirurgia é necessário para melhora do estado nutricional, postergando a cirurgia por período de 24 a 48h.

ⓒ A reposição de albumina deve iniciar 24h antes da cirurgia, e ser mantida até o sétimo dia pós-operatório, diminuindo riscos de infeção e coagulopatias.

ⓓ Com o impedimento da alimentação oral no pós-operatório, paciente deve sair da sala de cirurgia com acesso venoso central e iniciar nutrição parenteral exclusiva.

ⓔ A suplementação nutricional com ácidos graxos ômega-3 derivados do óleo de peixe deve ser realizada, pois diminui a produção de citocinas pró-inflamatórias, como prostaglandina E2 e leucotrienos.

63. Paciente do sexo feminino, 24 anos, 86 quilos, sem comorbidade, procura o pronto-socorro devido celulite em região sacrococcígea, com halo de hiperemia de cerca de 8 cm de diâmetro, associado a sinais de flutuação central, com 4 dias de evolução. Neste caso, para anestesiar o local e assim realizar a drenagem cirúrgica é mais adequado:

ⓐ evitar os anestésicos locais com vasoconstritor devido o risco de bacteremia associado a manipulação do local.

ⓑ diluir um frasco de 20 ml de lidocaína a 2% para 0,5%, acrescentando 40 ml de água destilada nesta solução.

ⓒ sedar a paciente com dose baixa de benzodiazepínico para diminuir a ansiedade, melhorando a ação do anestésico local.

ⓓ aplicar o anestésico local lentamente e em etapas, pode promover a prevenção de intoxicação por este tipo de droga.

ⓔ posicionar a paciente em decúbito dorsal com proclive, principalmente se ela apresentar dormência de lábio e língua.

64. Paciente de 59 anos, do sexo masculino, será submetido a procedimento cirúrgico ambulatorial, com anestesia local, para retirada de grande lipoma dorsal de cerca de 10 cm no seu maior diâmetro. Paciente é portador de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e epilepsia controlados com Atenolol, cápsulas de alho e fenobarbital. A orientação correta mais adequada de preparo pré-operatório para cirurgia que ocorrerá às 8h da manhã é:

ⓐ não tomar o medicamento betabloqueador para HAS no dia da cirurgia.

ⓑ suspender consumo de cápsulas de alho sete dias antes do dia da cirurgia.

ⓒ manter jejum de sólidos e água por no mínimo 8 horas antes da cirurgia.

ⓓ iniciar cefalexina 500mg VO 24h antes da cirurgia e manter por sete dias.

ⓔ suspender o medicamento fenobarbital 48 horas antes do dia da cirurgia.

65. Mulher de 36 anos, trazida com queimadura de face e tórax devido explosão ao acender o forno de sua casa. Durante a avaliação inicial, paciente estava consciente e orientada, taquipneia com estridor, com queimaduras de 3º na face e 2º no tórax anterior. Neste caso, a melhor conduta a ser seguida é:

ⓐ iniciar oferta de O_2 por cateter nasal e intubar se queda no nível de consciência.

ⓑ utilizar como parâmetro de oxigenação tecidual adequada o oxímetro de pulso.

ⓒ solicitar exame de carboxihemoglobina e se maior que 40%, proceder intubação.

ⓓ solicitar gasometria arterial para afastar a intoxicação por monóxido de carbono (C0).

ⓔ proceder medidas de sedação e curarização rápidas para proceder a intubação imediata.

66. Um homem de 25 anos procura atendimento na UPA com queixa de hemoptise há 2 meses. O paciente possui histórico de 8 anos/maço, antecedente de Marfan e pós-operatório de correção de insuficiência aórtica com prótese biológica e enxerto de Dacron há 2 anos. Ao exame físico, o paciente encontra-se em regular estado geral, hipocorado ++, hemodinamicamente estável, com pressão arterial de 152x68mmHg, pulso de 102 bpm, rítmico, dispneico + e afebril. A provável causa da hemoptise deste paciente é:

ⓐ Pneumonia atípica.

ⓑ Aneurisma aórtico.

ⓒ Embolia pulmonar.

ⓓ Adenocarcinoma brônquico.

ⓔ Doença de Von Willebrand.

67. Um paciente de 54 anos, com antecedente de cirurgia de revascularização miocárdica há 1 ano, hipertenso e dislipidêmico, procura atendimento no pronto-socorro em decorrência de cansaço, falta de ar e edema em membros inferiores. Ao exame físico, apresenta pressão arterial de 120/72mmHg, frequência cardíaca de 64bpm, turgescência jugular de 8cm que aumenta com a inspiração seguida por descenso rápido, pulmões limpos, bulhas cardíacas hipofonéticas e sem sopros, edema de tornozelos +/3+ com Sinal de Cacifo positivo. O diagnóstico mais provável do paciente é:

ⓐ Insuficiência cardíaca biventricular.

ⓑ Endocardite de Libman-Sacks.

ⓒ Síndrome da veia cava superior.

ⓓ Estenose dos enxertos coronarianos.

ⓔ Pericardite constritiva.

68. Paciente de 70 anos de idade, agricultor, diagnosticado com doença de Parkinson há 16 anos e em tratamento com levodopa. Relatou em consulta que "estava indo de mal a pior por cambalear ao caminhar", apesar dos ajustes frequentes na dose da medicação. Então, quando pesquisadores da Universidade de Kentucky, EUA, anunciaram o estudo clínico com o Duopa ® (carbidopa + levodopa), ele decidiu participar e emitiu relato durante o estudo de três anos: "eu me senti diferente de imediato". A respeito deste assunto, assinale a alternativa correta.

ⓐ A combinação da carbidopa à levodopa foi eficaz na redução das flutuações dos sintomas clínicos do paciente, no entanto, a razão foi o provável aumento na dose da levodopa no tratamento.

ⓑ A combinação de um inibidor da dopa descarboxilase aumenta os efeitos adversos periféricos agudos da levodopa, aumentando a manifestação de náusea e anorexia.

ⓒ Ao relatar "eu me senti diferente de imediato", o paciente considera a melhora dos sintomas associados aos efeitos psicológicos provocados pela levodopa, principalmente os relacionados à redução da atividade da dopamina no cérebro.

ⓓ A melhora acentuada das flutuações dos sintomas clínicos de hipocinesia e rigidez, assim como redução na discinesia, está relacionada com a combinação do inibidor da dopa descarboxilase e consequente manutenção das concentrações plasmáticas constantes de levodopa no organismo do paciente.

ⓔ Os sintomas da fisiopatologia da doença de Parkinson estão relacionados principalmente com a degeneração dos neurônios dopaminérgicos da via estriadopalidal, aumentando a atividade excitatória dos neurônios do globo pálido.

69. Paciente, com 45 anos de idade, sofreu acidente vascular encefálico isquêmico (AVEi), apresentou sinais e sintomas de vertigem e ataxia ipsilateral, sendo diagnosticado com síndrome de Wallenberg. A respeito deste assunto, assinale a alternativa correta.

- ⓐ O trombo atingiu a artéria cerebelar inferior posterior, ramo da artéria carótida interna, que irriga a parte dorsoventral do bulbo. .
- ⓑ Em casos em que o AVEi provoca lesão do pendúnculo cerebelar inferior, há manifestação clínica de incoordenação dos movimentos da metade do corpo ipsilateral à lesão.
- ⓒ Pacientes com lesões que atingem os tratos sensoriais do nervo trigêmeo unilateral apresentam perda sensorial bilateralmente da face.
- ⓓ Se o AVEi atingir regiões mais ventrais do bulbo alcançando o trato espinotalâmico lateral, o paciente manifestará disfagia e disfonia por paralisia dos músculos da faringe e laringe.
- ⓔ Pacientes com lesões que atingem o núcleo ambíguo unilateralmente, manifestam perda sensorial na metade do corpo situada contralateral à lesão.

70. Mariana de 23 anos, primigesta, estudante, veio para sua primeira consulta pré-natal com 11 semanas de gestação. Estava evoluindo muito bem, sem queixas. Ao exame físico sem alterações. Segundo o Ministério da Saúde, os exames complementares solicitados na primeira consulta pré-natal de baixo risco são:

- ⓐ hemograma, urina EAS, TGP.
- ⓑ VDRL, amilase, tipagem sanguínea ABO.
- ⓒ HbsAg, toxoplasmose IgM-IgG, glicemia de jejum.
- ⓓ parasitológico das fezes, eletrocardiograma, triglicérides.
- ⓔ RX tórax, FTAbs, coombs direto.

71. Julia de 30 anos, tercigesta, do lar, residente em Santarém, casada, data da última menstruação (DUM): 28/06/2020, relatava ciclo menstrual regular. Ela veio para consulta pré-natal no dia 25/11/2020. Apesentava queixa de dores no baixo ventre. Ao exame físico não foram observadas alterações. A Idade Gestacional (IG) e Data Provável de Parto (DPP) desta paciente é:

- ⓐ IG: 21 sem 3 dias DPP: 05/04/2021
- ⓑ IG: 11 sem 2 dias DPP: 01/03/2020
- ⓒ IG: 22 sem 4 dias DPP: 02/02/2020
- ⓓ IG: 23 sem 1 dia DPP: 03/05/2021
- ⓔ IG: 22 sem 5 dias DPP: 04/10/2020

72. Maria de 41 anos, primípara, do lar, casada, residente em Belém, gestação gemelar, hipertensa crônica, 12 semanas de gestação, IMC 35, veio para consulta pré-natal. No momento não referia queixas. Ao Exame: Pressão arterial de 140/90 mmHg, BCF: 140 bpm. Sobre as Síndromes Hipertensivas na Gestação, é correto afirmar que:

- ⓐ dentre as quatro formas de síndrome hipertensiva na gestação, a hipertensão arterial crônica se caracteriza pela presença de hipertensão na gestante, identificada após as 20 semanas de gestação, associada a proteinúria significativa.
- ⓑ as morbidades graves associadas a Doença Hipertensiva Específica da Gestação, que podem levar a paciente a morte são: insuficiência renal, insuficiência cardíaca, insuficiência hepática, acidente vascular cerebral, coagulopatia e edema agudo de pulmão.
- ⓒ na prevenção da pré-eclâmpsia, deve-se orientar a paciente para: repouso, restrição de sal na dieta, antioxidantes (vitaminas C e E) vitamina D, Omega 3 e enoxaparina .
- ⓓ para se considerar o tratamento medicamentoso da Doença Hipertensiva Específica da Gestação, classifica-se a pressão arterial da seguinte forma: hipertensão arterial leve: pressão sistólica > 150 mmHg e < 160 mmHg ou diastólica > 100mmHg e < 110 mmHg.
- ⓔ dentre os anti-hipertensivos recomendados para o tratamento de formas não graves da hipertensão arterial na gestação tem-se os inibidores da enzima conversora da angiotensina (IECA) os bloqueadores dos receptores da angiotensina II (BRA II) e os inibidores diretos da renina (Alisquereno).

73. Lucia de 27 anos, primípara, teve parto normal há dois meses, um recém-nascido de 3,250 g, sexo masculino. Está em amamentação exclusiva, mas veio para consulta pois estava preocupada em engravidar novamente, porque não usava nenhum método contraceptivo. Sobre os métodos contraceptivos no puerpério, é correto afirmar que:

ⓐ a injeção trimestral de acetato de medroxiprogesterona, na primeira semana após o parto, poderá ser indicado, pois a excreção pelo leite materno é pequena, sendo menos de 1 % da dose materna.

ⓑ os anticoncepcionais hormonais combinados, também podem ser utilizados no pós-parto, mesmo nas primeiras semanas, pois neste período temos uma diminuição nos fenômenos tromboembólicos.

ⓒ apesar de ser um método contraceptivo bastante seguro, o dispositivo intrauterino deverá ser evitado no puerpério, pois interfere na lactação e desenvolvimento da criança, além do risco de perfuração uterina.

ⓓ na puérpera que não amamenta ou quando o aleitamento materno é misto, deve-se iniciar um método contraceptivo após oito semanas do parto, devendo sempre afastar a possibilidade de gestação.

ⓔ os progestagênios isolados podem ser indicados durante o aleitamento materno, não alterando o volume do leite produzido e mantendo as concentrações de proteínas lipídeos e lactose.

74. Feminino, tercigesta, 38 anos, idade gestacional: 11 semanas e 1 dia, vem para consulta de pré-natal. Nega doenças prévias. Nega queixas atuais. Traz dois exames de glicemia de jejum de 135mg/dl e 128mg/dl, realizados na 6ª semana e 8ª semana de gestação, respectivamente. Segundo a Sociedade Brasileira de Diabetes, a conduta adequada, neste caso, é:

ⓐ orientação nutricional e controle do perfil glicêmico em 7-10 dias.

ⓑ iniciar insulina regular de acordo com o peso da paciente.

ⓒ realizar teste de tolerância oral a glicose (TOTG 50mg) para confirmar diabetes.

ⓓ acompanhamento pré-natal habitual e nova glicemia de jejum após 30 dias.

ⓔ iniciar insulina NPH e controle do perfil glicêmico em 7-10 dias.

75. Feminino, 37 anos, encontra-se em acompanhamento ginecológico. Foi submetida a esvaziamento uterino por doença trofoblástica gestacional (Mola Completa) há 40 dias. Retorna à consulta ginecológica com queixas de sangramento genital, vermelho vivo, em pequena quantidade, há 5 dias. Nega febre. Apresentava valores de BHCG 70.000mUI/ml (pré-esvaziamento), 8.000mUI/ml (10 dias após o esvaziamento), 2.000mUI/ml (20dias após o esvaziamento), 600mUI/ml (30dias após o esvaziamento). Baseado no caso apresentado, a alternativa correta quanto à conduta médica é:

ⓐ existe indicação de histerectomia imediata, devido ao sangramento genital e a idade avançada da paciente.

ⓑ deve-se afastar restos molares infectados, responsáveis pelo quadro apresentado pela paciente.

ⓒ a quimioterapia profilática com metotrexate deve ser instituída, por suspeita coriocarcinoma.

ⓓ solicitar novo BHCG quantitativo para controle habitual após esvaziamento molar.

ⓔ indicar novo esvaziamento uterino imediato guiado por ultrassonografia transvaginal.

76. O Ministério da Saúde, através do Caderno de atenção Básica Nº 32 orienta que a data provável do parto considera uma gravidez a termo, com duração aproximada de 280 dias (ou 40 semanas) entre a Data da última menstruação (DUM) e o nascimento. Baseado nisso, veja o caso a seguir. Feminino, 22 anos, gestante do seu 1º filho, vem a sua primeira consulta do pré-natal. Está ansiosa e deseja saber o mês mais provável do parto. Refere data da última menstruação (DUM): 28/08/2020. A data provável do parto (DPP) desta paciente é:

ⓐ 05/05/2021

ⓑ 04/06/2021

ⓒ 28/05/2021

ⓓ 30/05/2021

ⓔ 01/06/2021

77. A toxoplasmose causada pelo *toxoplasma gondii* (TG) adquire especial relevância em saúde pública quando infecta gestantes devido ao elevado risco de acometimento fetal. Dessa forma, o Ministério da Saúde recomenda que todas as gestantes devem ser submetidas à triagem laboratorial através da detecção de anticorpos para toxoplasmose (IgG e IgM) na primeira consulta de pré-natal. Sobre os possíveis resultados deste exame e a conduta a ser adotada, é correto afirmar que:

- ⓐ exames IgG reagente e IgM reagente-gestante com infecção recente ou toxoplasmose aguda. Deve-se orientar que a gestante realize a vacina contra toxoplasmose.
- ⓑ exames IgG não reagente e IgM reagente-gestante com infecção recente ou toxoplasmose aguda. Deve-se orientar vacina contra toxoplasmose assim que IgG tornar-se reagente.
- ⓒ exames IgG reagente e IgM não reagente – gestante imune. Nenhuma medida adicional deverá ser realizada. Orientar seguimento do pré-natal habitual.
- ⓓ exames IgG não reagente e IgM não reagente – gestante suscetível. Orientar uso de profilaxia com Espiramicina até 36 semanas e adoção de medidas de prevenção de contágio.
- ⓔ exames IgG reagente e IgM reagente – gestante com infecção. Realizar teste de avidez. Se teste de avidez elevado, indica doença atual. Indicar profilaxia com Espiramicina.

78. Paciente, G2P1c, IG: 38 sem, chega ao Pronto Socorro de Ginecologia e Obstetrícia com dores tipo cólica e perda do tampão mucoso. Ao exame físico: Batimento Cardíaco Fetal (BCF): 135 bpm, dinâmica uterina presente (4 contrações de 40 segundos em 10 minutos). Toque vaginal: colo fino, dilatado 8 cm, bolsa íntegra. Palpa-se fontanela menor fetal voltada para iminência ileopectínea direita materna. Baseado no caso, a variedade de posição é:

- ⓐ ODT
- ⓑ OET
- ⓒ BEP
- ⓓ BDA
- ⓔ ODA

79. Durante o trabalho de parto, a articulação entre a cabeça e a coluna vertebral do feto é bastante móvel. O polo cefálico assume movimentos de flexão antero-posterior e flexão lateral para que todas as etapas do mecanismo de parto ocorram satisfatoriamente, configurando um movimento harmônico de espira, segundo Briquet. Nas apresentações cefálicas, pode-se notar a presença de assinclitismo. Sobre o assinclitismo é correto afirmar que:

- ⓐ é conceituado como o ponto de apoio que o feto utiliza para o seu desprendimento.
- ⓑ é definido pela inclinação lateral da cabeça fetal em direção ao púbis ou sacro materno.
- ⓒ é identificado pela ausência de cavalgamento dos ossos parietais fetais durante a descida.
- ⓓ é designado quando não coincide o diâmetro ântero-posterior do polo cefálico com o maior diâmetro da bacia materna.
- ⓔ é determinado pela palpação dos pontos de referência fetal nas apresentações cefálicas defletidas.

80. Na prevenção do carcinoma do colo uterino utiliza-se o tripé diagnóstico citopatologia-colposcopia-histopatologia. Sobre este assunto, assinale a alternativa correta.

- ⓐ Na colposcopia anormal são observadas lesões acetobrancas (coradas pelo ácido acético) e iodo positivas (teste de Schiller negativo).
- ⓑ Na história natural das lesões precursoras do carcinoma escamoso do colo uterino cerca de 60% das lesões de baixo grau podem regredir espontaneamente.
- ⓒ A maioria das lesões intraepiteliais escamosas de alto grau (cerca de 90%) evolui para carcinoma invasivo.
- ⓓ As lesões planas causadas pelo HPV ("condiloma plano") podem ser observadas pela colposcopia e estão usualmente relacionadas aos HPVs de baixo risco oncogênico.
- ⓔ No estudo histopatológico do espécime obtido por CAF (Cirurgia de Alta Frequência) não é possível a avaliação de margens cirúrgicas, inviabilizando a retirada total da lesão precursora do carcinoma.

81. Atualmente o estudo citopatológico do colo uterino pode ser feito por método convencional e por meio líquido. Sobre este assunto, é correto afirmar que:

- ⓐ uma das vantagens da citologia convencional sobre a citologia em meio líquido é que naquela utiliza-se a coloração de Papanicolaou (menor custo) enquanto no meio líquido utiliza-se a coloração do PAS.
- ⓑ tanto na citologia convencional como na citologia em meio líquido o coletador deve confeccionar um esfregaço delgado para melhor visualização do médico patologista examinador.
- ⓒ recomenda-se que nos dias que antecedem a coleta da citologia do colo uterino a mulher deve usar duchas vaginais.
- ⓓ na citologia convencional utiliza-se uma espátula para coleta ectocervical e uma escovinha para coleta endocervical, em seguida o coletador confecciona o esfregaço e o submete a fixação imediata em formol a 10%.
- ⓔ na citologia em meio líquido utiliza-se uma solução conservante que preserva as estruturas moleculares das células podendo a amostra também ser utilizada para pesquisa de HPV através de estudos de biologia molecular.

82. Senhora de 50 anos, comparece à unidade de saúde levando resultado de exames, dentre eles a mamografia. Esse exame identificou a presença de calcificações vasculares e linfonodo intramamário bilateral. Neste caso a interpretação significa:

- ⓐ BI-RADS 1 – negativo.
- ⓑ BI-RADS 2 – achado benigno.
- ⓒ BI-RADS 3 – achado provavelmente benigno.
- ⓓ BI-RADS 4 – anormalidade suspeita.
- ⓔ BI-RADS 5 – altamente sugestiva de malignidade.

83. Paciente de 56 anos, menopausada há 5 anos, sem tratamento hormonal, queixa-se de dor em baixo ventre e aumento do volume abdominal à esquerda. Relata que apresentou sangramento vaginal de 2 dias, que cessou. O ultrassom transvaginal demonstrou imagem em região anexial esquerda, de textura heterogênea e com septações finas, aparentemente e contorno regular, volume de 350cm^3. Foi operada e o resultado histopatológico foi atípico, sendo o diagnóstico de tumor de Krukenberg. Sobre esse tumor, seu sítio primário mais comum é:

- ⓐ pulmão.
- ⓑ mama.
- ⓒ cólon.
- ⓓ estômago.
- ⓔ apêndice.

84. Gestante de 31 anos, com idade gestacional de 32 semanas, obteve diagnóstico de hipertensão durante o acompanhamento pré-natal. Hoje comparece ao posto de saúde para medir a pressão arterial que foi de 140x95mmhg, mas já apresentou PA: 150x100 mmHg. Está em uso de metildopa há um mês. Neste caso, a alternativa **INCORRETA** sobre o seu diagnóstico é:

- ⓐ ainda não há prevenção primária da pré-eclâmpsia (PE).
- ⓑ a prevenção secundária atua reduzindo riscos, e pode-se prescrever o ácido acetilsalicílico (60 a 100 mg/dia).
- ⓒ a ingesta de cálcio (1 a 2 g/dia) também parece reduzir a reatividade vascular e o risco de PE.
- ⓓ deve-se orientar a paciente sobre o risco de agravamento, ao sentir cefaléia e dor epigástrica.
- ⓔ o uso de hipotensores parece modificar o prognóstico materno e fetal.

85. Paciente de 35 anos vem à consulta referindo nódulo de mama de surgimento recente. Está preocupada devido sua mãe ter apresentado câncer de mama aos 42 anos. Também trouxe uma colpocitologia oncótica indicando lesão intraepitelial de alto grau. A paciente deseja obter informações e conduta sobre essas duas situações clínicas. Analise as afirmativas abaixo.

I. O vírus do papiloma humano está relacionado ao câncer de colo uterino e não possui relação com o câncer de mama.

II. O câncer de mama é o primeiro a afetar a mulher no Brasil, após os tumores não melanomas, porém na região norte está em segundo lugar, vindo após o câncer de colo uterino.

III. Os genes BRCA 1 e BRCA 2 se relacionam ao surgimento do câncer de colo uterino.

IV. O tabagismo é fator de risco para o câncer de colo uterino e mama.

V. O etilismo e a obesidade são fatores de risco para o câncer de mama e não são para o câncer do colo uterino.

A alternativa que contém todas as afirmativas corretas é:

- ⓐ I, II e III
- ⓑ II, III e IV
- ⓒ I, IV e V
- ⓓ II, III e V
- ⓔ I, II e V

86. Em estudos genéticos de cânceres observou-se o comportamento do gene p53, sendo observada a ausência de sua expressão no câncer de:

ⓐ pulmão.

ⓑ cólon.

ⓒ mama.

ⓓ testículo.

ⓔ faringe.

87. De acordo com o atual Programa Nacional de Imunização do Ministério da Saúde, assinale a alternativa que trás a indicação correta para receber a vacina BCG.

ⓐ Recém nascido pré-termo pesando 1,8kg deverá receber a vacina logo após o nascimento, de preferência ainda na maternidade.

ⓑ Criança menor de 1 ano de idade, com comprovação vacinal porém sem cicatriz vacinal em deltoide, deverá receber uma dose da BCG 6 meses após a última dose recebida, caso ela seja contato prolongado de portadores de hanseníase.

ⓒ Escolar de 7 anos de idade sem comprovação vacinal ou cicatriz em deltoide.

ⓓ Lactentes comprovadamente vacinado na faixa etária preconizada que não apresentam cicatriz vacinal, necessitam de uma segunda dose da vacina, 6 meses após a última dose recebida.

ⓔ Recém nascido com mais de 2kg, hospitalizado desde o nascimento, deve receber a dose da vacina logo após o nascimento, independente do seu estado geral.

88. Escolar atendido em Unidade Básica de Saúde apresenta prolapso retal ao exame físico. Na anamnese identificam-se precárias condições de higiene e saneamento básico. Considerando os achados do exame físico e anamnese, o tratamento de parasitose intestinal dessa criança deve incluir:

ⓐ Pamoato de pirvínio, 10mg/kg em dose única.

ⓑ Albendazol, 400mg/dia em dose única.

ⓒ Albendazol, 400mg/dia por 3 dias.

ⓓ Praziquantel, 10 a 30 mg/kg, dose única.

ⓔ Metronidazol, 20 a 35 mg/kg/dia, por 7 a 10 dias.

89. De acordo com as Diretrizes de reanimação do recém-nascido com mais de 34 semanas na sala de parto da Sociedade Brasileira de Pediatria, para que um recém-nascido possa receber os primeiros cuidados junto de sua mãe depois do clampeamento do cordão umbilical, ele deve:

ⓐ estar respirando ou chorando, com tônus muscular em flexão, ter idade gestacional entre 37-41 semanas, independente do aspecto do líquido amniótico.

ⓑ estar respirando ou chorando, com tônus muscular em flexão, ter idade gestacional entre 37-41 semanas, associado a ausência de líquido amniótico meconial.

ⓒ estar respirando ou chorando, com tônus muscular em flexão, ter idade gestacional entre 36-41 semanas, associado a ausência de líquido amniótico meconial.

ⓓ estar respirando ou chorando, com tônus muscular em flexão e ter nascido a termo, com Apgar maior que 7, independente do aspecto do líquido amniótico.

ⓔ estar respirando ou chorando, com tônus muscular em flexão e ter nascido a termo, com Apgar maior que 8, associado a ausência de líquido amniótico meconial.

90. Lactente de 6 meses de idade com história de febre alta de início súbito, que se manteve por 3 dias com surgimento de um exantema após a queda da febre, constituído de lesões maculopapulares rosadas que se iniciaram no tronco e se disseminam para a cabeça e as extremidades, com desaparecimento em torno de 8hs do início. Ao exame físico, a criança apresentava-se com irritabilidade e linfonodomegalia cervical. Nesta situação, o provável agente etiológico da doença é:

ⓐ Parvovirus B 19.

ⓑ Vírus Epstein-Barr.

ⓒ Herpes-vírus humano 6 e 7.

ⓓ Síndrome de Gianotti-Crosti.

ⓔ Vírus da Rubéola.

91. Programa Nacional de Triagem Neonatal fornece triagem em fase pré sintomática, a todos nascidos vivos na rede de atenção do SUS, para as seguintes doenças:

ⓐ fenilcetonúria, hipotireoidismo congênito, doença falciforme e outras hemoglobinopatias e fibrose cística.

ⓑ fenilcetonúria, hipotireoidismo congênito, doença falciforme e outras hemoglobinopatias, fibrose cística, hiperplasia adrenal congênita e deficiência de biotinidase.

ⓒ fenilcetonúria, hipotireoidismo congênito, doença falciforme e outras hemoglobinopatias, fibrose cística, hiperplasia adrenal congênita e deficiência de G6PD.

ⓓ fenilcetonúria, hipotireoidismo congênito, doença falciforme e outras hemoglobinopatias, fibrose cística e hiperplasia adrenal congênita.

ⓔ fenilcetonúria, hipotireoidismo congênito, doença falciforme e outras hemoglobinopatias, fibrose cística, hiperplasia adrenal congênita e Galactosemia.

92. Escolar em tratamento regular de insuficiência cardíaca congestiva evolui com quadro de hipocalemia assintomática secundária ao uso de altas doses de diurético tiazídico. A terapêutica indicada para correção do distúrbio, neste caso, é:

ⓐ Poliestirenossulfonato de cálcio via oral.

ⓑ Bicarbonato de sódio 8,4% endovenoso.

ⓒ Xarope de KCL 6% via oral.

ⓓ Bolos de gluconato de cálcio 10% Endovenoso.

ⓔ 1mg/kg de furosemida endovenoso.

93. Um recém-nascido de 37 semanas é avaliado em alojamento conjunto com 18 horas de vida quando foi notado surgimento de icterícia. Mãe refere dificuldade em amamentar. O Tipo sanguíneo do bebê foi classificado como A positivo e, o da mãe, O positivo. Exames laboratoriais do RN evidenciam anemia com reticulocitose, microesferocitose e Coombs direto positivo. Com base no quadro em questão, a hipótese diagnóstica mais provável como causa da icterícia é:

ⓐ icterícia do leite materno.

ⓑ incompatibilidade ABO.

ⓒ icterícia devido baixo aporte calórico.

ⓓ esferocitose hereditária.

ⓔ deficiência de glicose -6- fosfatodesidro-genase.

94. Recém-nascido é trazido à primeira consulta de puericultura com 7 dias de vida. Criança nascida de termo, pesando 3.480g. Pré-natal adequado, sem intercorrências gestacionais/ neonatais. Pediatra interroga sobre a realização dos testes de triagem, mãe relata que criança não realizou o "teste do olhinho" até o momento. A mesma pergunta sobre o momento adequado e como se dá a realização do exame. A conduta mais adequada neste caso será:

ⓐ informar que o exame deverá ser realizado por oftalmologista, de preferência no segundo mês de vida.

ⓑ encaminhar a criança ao oftalmologista o mais breve possível para exame com oftalmoscópio binocular indireto com visualização global e detalhada da retina.

ⓒ informar que a observação do reflexo vermelho da retina indica que as estruturas oculares internas apresentam opacidade.

ⓓ realizar a avaliação da simetria por comparação dos reflexos vermelhos utilizando o oftalmoscópio direto durante a consulta.

ⓔ esclarecer a mãe de que o Teste do Reflexo Vermelho (TRV) possui alta especificidade para o diagnóstico de retinopatia.

95. Menina de 3 anos é trazida à consulta devido dificuldade para evacuar iniciada há 4 meses, com eliminação de fezes endurecidas e de grande diâmetro, esforço e dor intensa, com intervalo de 4 dias entre cada evacuação. Ao exame físico é detectada massa fecal palpável em hipogástrio. Em relação ao caso, assinale a alternativa correta.

ⓐ O tratamento de manutenção é desnecessário após desimpactação.

ⓑ O uso de laxante por via oral é contraindicado na faixa etária da paciente.

ⓒ O esvaziamento do reto e do colo constitui a primeira e imprescindível etapa.

ⓓ O consumo de fibra é a única opção de tratamento de manutenção no caso.

ⓔ O diagnóstico de constipação intestinal só pode ser estabelecido após exame de imagem.

96. Criança de 2 anos com quadro de infecção aguda de vias aéreas superiores há 1 dia, em uso de sintomáticos. Hoje apresentou episódio de crise convulsiva que coincidiu com a ascensão rápida da temperatura, o qual durou cerca de 5 minutos, sendo levada ao pronto-socorro onde chegou no período pós-ictial. Exame neurológico sem alterações, com ausência de sinais de irritação meníngea ao exame físico. Sobre manejo do caso em questão, é correto afirmar que:

ⓐ o controle rigoroso da febre com o uso de antitérmicos e/ou banhos é o aspecto mais importante do tratamento.

ⓑ o risco de um novo episódio convulsivo durante o mesmo quadro febril é bastante frequente, por isso está sempre indicada internação hospitalar.

ⓒ durante a crise recomenda-se a imobilização da criança para restringir seus movimentos, bem como a introdução de um objeto ou pano no interior da boca.

ⓓ o exame do líquido cefalorraquidiano deve ser realizado com urgência no caso em questão.

ⓔ indica-se a realização de eletroencefalograma (EEG) no pronto-socorro para estabelecimento da terapêutica adequada.

97. Criança de 3 anos é trazida à consulta pediátrica devido quadro de febre, tosse seca, secreção seromucosa nasal, hiperemia e secreção conjuntival intensa com 4 dias de evolução. Mãe refere que os sintomas pioraram há 1 dia, com o surgimento de manchas avermelhadas percebidas inicialmente atrás das orelhas. Ao exame físico nota-se presença de exantema maculopapular em face e tronco. O calendário vacinal do menor encontra-se desatualizado. O agente etiológico mais provável no caso em questão corresponde ao:

ⓐ Herpes-vírus humano 6

ⓑ *Streptococcus Pyogenes*

ⓒ Parvovírus humano B19

ⓓ Togavírus

ⓔ Paramixovírus

98. Menina de 2 anos comparece em Unidade básica de Saúde com história de diarreia há 5 dias, apresentando fezes aquosas, com cerca de 6 episódios por dia. Mãe refere que não houve febre ou presença de sangue nas fezes. Na consulta foi observado peso adequado para idade (11,5 Kg), porém com queda em relação a última consulta de puericultura há 14 dias, quando pesava 12Kg. Criança irritada durante a consulta, sedenta (bebendo água avidamente), lágrimas presentes, olhos fundos, língua úmida, sinal da prega normal, enchimento capilar normal, pulso cheio. Com base no quadro em questão, marque a alternativa correta quanto a classificação da diarreia e a avaliação do estado de hidratação preconizadas pela Organização Mundial de Saúde.

ⓐ diarreia aguda aquosa, com desidratação
ⓑ disenteria, com desidratação grave
ⓒ diarreia persistente, com desidratação
ⓓ diarreia aguda, sem desidratação
ⓔ diarreia persistente, sem desidratação

99. Paciente jovem de 16 anos, do sexo masculino, é trazido do interior do Estado pelos pais à Emergência Psiquiátrica apresentando risos imotivados, pensamento desagregado e empobrecido, delírios não sistematizados, solilóquios, afeto hipomodulado e pueril. Nega alterações da sensopercepção e se apresenta com péssimas condições de higiene pessoal. Seus pais garantem que ele nunca fez uso de substâncias psicoativas e desconhecem comorbidades clínicas não psiquiátricas. Contam que há mais ou menos seis meses, o jovem começou a ficar cada vez mais isolado, a interagir pouco com as pessoas, a catar e a manipular objetos do lixo, a ter insônia, a falar coisas sem sentido e a recusar de cuidar de sua higiene. Relatam que ele sempre foi um menino mais tímido, de poucos amigos e com dificuldades de aprendizado. Dizem ainda que só o trouxeram agora à avaliação médica por suas condições difíceis de acesso ao serviço de saúde e financeiras. Ainda referem que o tio paterno do paciente, tem o mesmo quadro patológico. Dentre as alternativas abaixo, a que expressa melhor o diagnóstico e o tratamento farmacológico inicial correspondente ao caso é:

ⓐ depressão grave com sintomas psicóticos. Amitriptilina 75mg/dia e Risperidona 3mg/dia
ⓑ transtorno de déficit de Atenção e Hiperatividade. Metilfenidato 30mg/dia
ⓒ transtorno Bipolar de Humor – Fase depressiva com sintomas psicóticos. Carbonato de lítio 900mg/dia, Haloperidol 10mg/dia e Lamotrigina 200mg/dia
ⓓ esquizofrenia. Olanzapina 10mg/dia.
ⓔ Transtorno Psicótico Breve e Transitório. Clorpromazina 300mg/dia

100. O impacto da pandemia por COVID-19, no Brasil, agravou a saúde mental da população. Tal fato se deu principalmente em decorrência do isolamento social, necessário como medida de desaceleração de contágio. Os registros dos serviços público e privado indicaram aumento nos índices de crises de ansiedade, depressão e tentativas de suicídio. Quanto mais a doença avançava, mais efeitos de médio e longo prazo poderiam ser observados em diversas áreas da vida. Nesse contexto, as exigências por uma assistência médica na qual o diagnóstico global garantisse maior eficiência no tratamento da pessoa enferma, e funcionasse como medida preventiva de males mentais se tornou essencial. Portanto, é correto afirmar sobre os elementos do diagnóstico global:

ⓐ engloba técnicas e procedimentos para mapeamento da saúde de uma pessoa. Busca a identificação precoce de possíveis doenças ou desequilíbrios. Privilegia o exame do corpo físico, porém não permite diagnósticos de estados mentais e psicológicos de uma pessoa.

ⓑ o diagnóstico global merece destaque, pois se trata da via natural para se chegar às demandas do paciente. Especificamente, ele engloba os diagnósticos: da doença, da personalidade da pessoa enferma e da relação estabelecida entre o médico e o paciente. Assim como se considera as influências do mundo externo e das condições para o tratamento.

ⓒ é um processo amplo, demorado e complexo, ao qual se oferecem resistências, pois envolve mudanças de comportamento, que despertam insegurança. Além disso, as habilidades em diagnóstico já estão prontas em decretos, em livros, não deixando dúvida ao profissional.

ⓓ os médicos se disponibilizam de meios técnicos para diagnosticar "males" que interferem na saúde de seus pacientes, e estes passam a ser considerados objetos de observação e estudo. Enquanto suas características singulares e a complexidade inerente ao processo de adoecimento humano ficam em segundo plano.

ⓔ os avanços tecnológicos nas áreas de saúde vêm contribuindo para o próprio desenvolvimento da medicina, garantindo que o diagnóstico por meio de exames de ponta e tratamentos de última geração sejam suficientes para viabilizar as melhores soluções para o bem-estar dos pacientes.

UNIVERSIDADE DO ESTADO DO PARÁ
PROCESSO DE REVALIDAÇÃO DE DIPLOMA DE GRADUAÇÃO DO CURSO DE MEDICINA EXPEDIDO POR INSTITUIÇÕES DE ENSINO SUPERIOR ESTRANGEIRAS

GABARITO DO CANDIDATO

O gabarito poderá ser copiado, SOMENTE, no espelho constante no final do boletim de questões disponibilizado para este fim que somente será destacado no final de sua prova, pelo fiscal de sua sala.

QUESTÃO	ALTERNATIVA	QUESTÃO	ALTERNATIVA	QUESTÃO	ALTERNATIVA	QUESTÃO	ALTERNATIVA
1		26		51		76	
2		27		52		77	
3		28		53		78	
4		29		54		79	
5		30		55		80	
6		31		56		81	
7		32		57		82	
8		33		58		83	
9		34		59		84	
10		35		60		85	
11		36		61		86	
12		37		62		87	
13		38		63		88	
14		39		64		89	
15		40		65		90	
16		41		66		91	
17		42		67		92	
18		43		68		93	
19		44		69		94	
20		45		70		95	
21		46		71		96	
22		47		72		97	
23		48		73		98	
24		49		74		99	
25		50		75		100	