

**Nome:**

**Sala:**

Documento de identidade:

Inscrição:

Cidade de prova:

Sequência:



**COMISSÃO DE RESIDÊNCIA MÉDICA (COREME)**

**PROCESSO SELETIVO PÚBLICO PARA ADMISSÃO DE MÉDICOS RESIDENTES – 2024**

# ACESSO DIRETO

## Instruções

- Ao receber este caderno de prova, confira inicialmente se os seus dados pessoais, transcritos acima, estão corretos e coincidem com o que está registrado na sua folha de respostas.
- Verifique atentamente se este caderno de prova corresponde ao código de sua inscrição e se contém 100 (cem) itens, correspondentes à prova objetiva. Caso o caderno esteja incompleto ou tenha qualquer defeito, solicite ao chefe de sala que tome as medidas cabíveis, pois não serão aceitas reclamações posteriores nesse sentido.

Quando autorizado pelo chefe de sala, no momento da identificação, escreva, no espaço apropriado da sua folha de respostas, com sua caligrafia usual, a seguinte frase:

**“O coração com saúde é a vida da carne”**

- Você dispõe de **3 (três)** horas para realização da prova. Na duração da prova, está incluído o tempo destinado à entrega do material, à identificação – que será feita no decorrer da prova – e ao preenchimento da folha de respostas.
- Deixe sobre a carteira apenas o documento de identidade e a caneta esferográfica de tinta **preta**.
- É proibido fazer anotações de informações relativas às suas respostas no comprovante de inscrição e(ou) em qualquer outro meio, que não os permitidos.
- Somente após decorrida **1 (uma)** hora do início da prova, você poderá entregar sua folha de respostas e este caderno de prova e retirar-se da sala.
- Você só poderá levar este caderno de prova no decurso dos últimos **30 (trinta)** minutos do tempo destinado à realização da prova.
- Não se comunique com outros candidatos nem se levante sem a autorização do chefe de sala.
- Ao terminar a prova, chame o chefe de sala, devolva-lhe sua folha de respostas devidamente assinada e deixe o local de prova.
- A desobediência a qualquer uma das determinações constantes em edital, no presente caderno e na folha de respostas poderá implicar a anulação da sua prova.

## Informações

- Não serão conhecidos os recursos em desacordo com o estabelecido em edital normativo.
- É permitida a reprodução deste material apenas para fins didáticos, desde que citada a fonte.



Cada um dos itens da prova objetiva está vinculado ao comando que imediatamente o antecede. De acordo com o comando a que cada um deles esteja vinculado, marque, na Folha de Respostas, para cada item: o campo designado com o **código C**, caso julgue o item **CERTO**; ou o campo designado com o **código E**, caso julgue o item **ERRADO**. A ausência de marcação ou a marcação de ambos os campos não serão apenadas, ou seja, não receberão pontuação negativa. Para as devidas marcações, use a Folha de Respostas, único documento válido para a correção da sua prova objetiva.

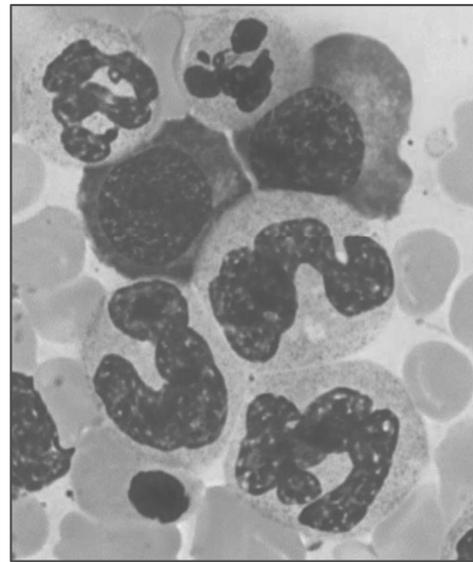
## CLÍNICA MÉDICA



Uma mulher de 42 anos de idade apresenta queixa de "anemia de longa data". À revisão de sistemas, relata episódios recorrentes de epistaxe espontâneas desde a infância, com múltiplas idas ao Pronto Atendimento, especialmente em dias de clima seco. A paciente informa ter tratado a anemia anteriormente com diferentes reposições de sulfato ferroso, mas sem alcançar a cura. Destaca que considera isso normal, pois seu pai, irmãos e sobrinha enfrentam quadros semelhantes. Quanto aos antecedentes, não apresenta comorbidades prévias. No exame físico, observa-se palidez cutaneomucosa e a presença de várias telangiectasias cutâneas, algumas localizadas nas palmas das mãos e plantas dos pés, além de afetar a mucosa oral conforme imagem acima.

Considerando o quadro clínico apresentado, bem como os assuntos correlatos, julgue os itens a seguir.

- 1 Infere-se do texto que o quadro possa ser decorrente de uma doença autossômica dominante.
- 2 Conclui-se do quadro exposto que o paciente em questão tem 3 de 4 critérios os quais são utilizados para diagnóstico clínico da condição apresentada.
- 3 A principal hipótese a ser aventada para quadro clínico exposto é Síndrome de Osler-Weber-Rendu.
- 4 Embora seja rara Actinomicose do sistema nervoso central, abscessos cerebrais únicos ou múltiplos são os mais comuns e a condição clínica do paciente aumenta o risco de abscessos cerebrais por *Actinomyces* como potencial agente etiológico.
- 5 A suspeita diagnóstica pode ser reduzida, principalmente em áreas de clima seco, onde a umidade do ar frequentemente atinge níveis muito baixos, favorecendo a ocorrência de epistaxes, especialmente em crianças.



Uma mulher de 54 anos de idade relata fadiga, dispneia em esforços intensos, lipotímia, palpitações e perda de peso não quantificada nos últimos seis meses. Não menciona restrições alimentares, porém, refere síncope há um mês. Informa que foi hospitalizada recentemente, recebendo transfusão sanguínea devido a uma "importante alteração no sangue". Antecedentes médicos incluem hipertensão arterial sistêmica, obesidade, hipotireoidismo, esteatose hepática e dislipidemia, negando tabagismo e etilismo. Na história familiar, destaca-se a presença de artrite reumatoide na mãe, que está em tratamento com anti-hipertensivos e hipolipemiantes. No exame físico, observa-se palidez cutaneomucosa, sem outras alterações evidentes. Os exames laboratoriais revelam hemoglobina de 9,8 g/dL, hematócrito de 37,4%, VCM de 114 fL, HCM de 41 e leucograma com quantitativo sem alterações notáveis, exceto por uma anomalia visualizada no esfregaço de sangue periférico, conforme imagem apresentada acima.

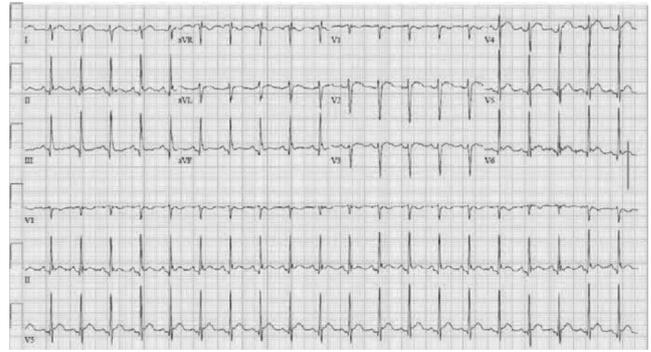
Considerando o quadro clínico, exames laboratoriais e achado de série branca e assunto correlatos que o caso clínico suscita, julgue os itens que subsecutivos.

- 6 A principal hipótese diagnóstica etiológica é deficiência de vitamina B12.
- 7 É frequente a coexistência de Hipotireoidismo de Hashimoto com a deficiência de vitamina B12 como etiologia do quadro.
- 8 Confirmada a principal hipótese diagnóstica para o caso, há risco aumentado para adenocarcinoma gástrico.

Paciente de 54 anos de idade, trabalhador na construção civil, previamente etilista (consumo diário de 1 litro de cachaça por 30 anos), apresenta história de hematemese de grande monta há aproximadamente uma hora e meia. Sabidamente hepatopata devido à cirrose de origem alcoólica, porém, com adesão irregular ao tratamento. O filho relata que nos últimos dias o paciente demonstrava confusão mental e episódios de "esquecimento", ocasionalmente apático. Logo depois, foi encaminhado à Sala de Emergência. No exame físico, o paciente encontra-se desorientado, sonolento, com confusão mental evidente, icterícia ++/4+, extremidades frias e úmidas; mioclonias; *flapping*; reflexos hipoativos; abdome distendido com sinais de ascite moderada; exame de toque retal com sangue em dedo de luva; frequência cardíaca de 140 bpm; frequência respiratória de 30 irpm; pressão arterial 82x50 mm Hg; temperatura axilar de 36,6° C; glicemia capilar de 92 mg/dl; SpO<sub>2</sub>: 90% (com curva irregular no monitor). Na cateterização vesical de demora, a diurese é quantificada em 6 mL/kg/hora. Os exames laboratoriais mostram hemoglobina de 12 g/dL; hematócrito de 36%; leucograma sem alterações notáveis; TGO 90 U/L; TGP 45 U/L; 130 U/L; creatinina: 1,0 mg/dL; ureia 44 mg/dL; albumina: 3,5 g/dL; bilirrubina total 3,2 mg/dL; INR 2,1.

Considerando o quadro clínico e assuntos correlatos, julgue os itens que se seguem.

- 9 Infere-se do quadro clínico encefalopatia West Haven classificação IV.
- 10 Depreende-se do texto classificação de Child-Pugh classe C, pois paciente pontua >10 pontos.
- 11 O MELD (*Model for End-stage Liver Disease*), utilizado para deixar mais objetiva a urgência de transplante hepático, é um valor numérico determinado por critérios clínicos.
- 12 O paciente apresenta choque hipovolêmico hemorrágico classe IV.
- 13 Está indicada paracentese diagnóstica para todos os pacientes com ascite admitidos em Pronto Atendimento.
- 14 Se indicada paracentese para o paciente em questão espera-se um gradiente albumina soro-ascite é esperado como maior ou igual a 1,1 g/dL.
- 15 Está indicada de imediato endoscopia digestiva alta com sendo preferível terapia com ligadura elástica para interromper sangramento.
- 16 Em pacientes cirróticos com ascite neutrofílica está indicada cefotaxima mesmo na ausência teste de Gram negativo.



Uma mulher de 68 anos de idade foi encontrada solitária em sua residência e conduzida ao pronto-socorro pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU). A equipe do SAMU foi acionada por vizinhos que a encontraram em estado de confusão. Informações adicionais sobre seu histórico não foram fornecidas. Após a realização dos cuidados iniciais, a paciente foi transferida. No exame físico, observa-se confusão, sonolência e diminuição do nível de atenção, com níveis de saturação de oxigênio em torno de 92% em ar ambiente, frequência respiratória dentro dos parâmetros normais e glicemia capilar de 99 mg/dL.

De acordo com o caso clínico hipotético apresentado, julgue os próximos itens.

- 17 A conduta imediata para a paciente em questão é furosemida endovenosa após estabelecer acesso venoso.
- 18 Trata-se de principal causa de distúrbio hidroeletrólítico em pacientes internados.

Uma mulher de 64 anos apresenta lombalgia persistente há 7 meses, sem histórico de trauma local. Seu quadro clínico é marcado por comorbidades em tratamento regular, incluindo hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus, dislipidemia e menopausa há 10 anos. No exame físico, a paciente manifesta dor à palpação dos processos espinhosos vertebrais e leve desconforto durante a mobilização passiva. Os resultados dos exames laboratoriais indicam hemoglobina de 11,5 g/dL; hematócrito de 34,5%; creatinina de 1,0 mg/dL; cálcio total de 11,8 mg/dL; fosfatase alcalina de 126 UI/L; fósforo de 2,3 mg/dL; vitamina D de 15 ng/mL; PTH de 50 pg/mL; e CPK de 302 UI/L.

A respeito do caso clínico apresentado, julgue os itens a seguir.

- 19 A principal hipótese diagnóstica para a paciente é Hiperparatireodismo Primário.
- 20 Mieloma Múltiplo é hipótese mais provável que hiperparatireoidismo primário para o quadro em tela.

## CIRURGIA GERAL

A avaliação clínica perioperatória é descrita como análise clínica que objetiva quantificar o risco de complicações clínicas perioperatórias. Essa avaliação deve ser baseada em variáveis clínicas e em resultados de exames subsidiários (quando indicados) e deve considerar os riscos de complicações cardíacas e não cardíacas.

**Manual do residente de clínica médica.** Maria Helena Sampaio Favarato et al. 3.ª ed. - Santana de Parnaíba/SP: Manole, 2023.

Considerando o texto acima apenas de caráter informativo sobre avaliação clínica perioperatória bem como sua importância e seus assuntos correlatos, julguem os itens subsequentes.

- 21 É papel do médico cirurgião avaliação pré-operatória com vistas à indicação de procedimento bem como do intraoperatório, uma vez que a avaliação clínica e manejo pré-operatória fica realizada em conjunto pelo cardiologista e liberação final após avaliação junto ao anesthesiologista.
- 22 Figuram entre a avaliação geral de risco índice de atividade de Duke, atividade básicas e instrumentais de vida diária, mas não o índice de Karnofsky, por não conter preditores laboratoriais específicos.
- 23 Para um paciente com idade menor que 40 anos de idade, classificado de acordo com a *American Society of Anesthesiologists* (ASA) como ASA I, está indicado como exames complementares apenas hemoglobina, hematócrito e coagulograma.
- 24 São consideradas cirurgias de baixo risco de acordo com a *European Society of Cardiology and European Society of Anesthesiology*: mama, tireoide e ressecção transuretral prostática.
- 25 As complicações cardíacas são a principal causa de mortalidade no pós-operatório sendo imprescindível a avaliação perioperatória principalmente em cirurgias cardíacas de emergência.
- 26 Pacientes com Taxa de Equivalência Metabólica <7 são capazes de praticar esportes como futebol, tênis e natação.
- 27 Pacientes com diabetes com uso de insulina e creatinina pré-operatória de 2,1 mg/dL tem Índice Revisado de Lee III.
- 28 Em pacientes de baixo risco, deambulação precoce é estimulada para minimizar risco de complicações pulmonares.
- 29 Em paciente que passará por cirurgia de médio e alto porte com bloqueio neuroaxial, de 60 anos de idade, tem risco para tromboembolismo venoso (TEV) de risco intermediário e deverá ser realizada profilaxia farmacológica pelo menos 6 horas após o bloqueio.
- 30 Paciente com *stent* farmacológico há 9 meses em dupla anti-agregação plaquetária, que necessita de cirurgia de urgência, deverá ter os medicamentos suspensos 7 dias antes do procedimento.

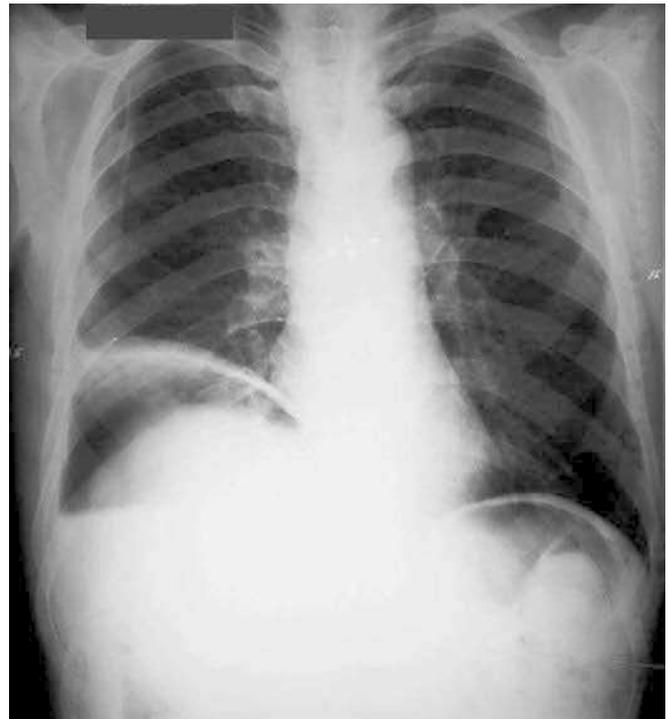


Figura I

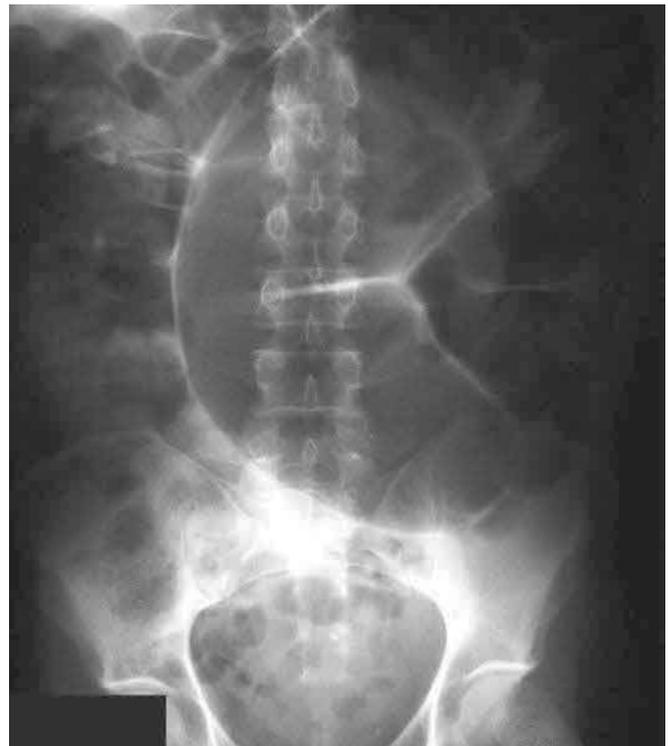
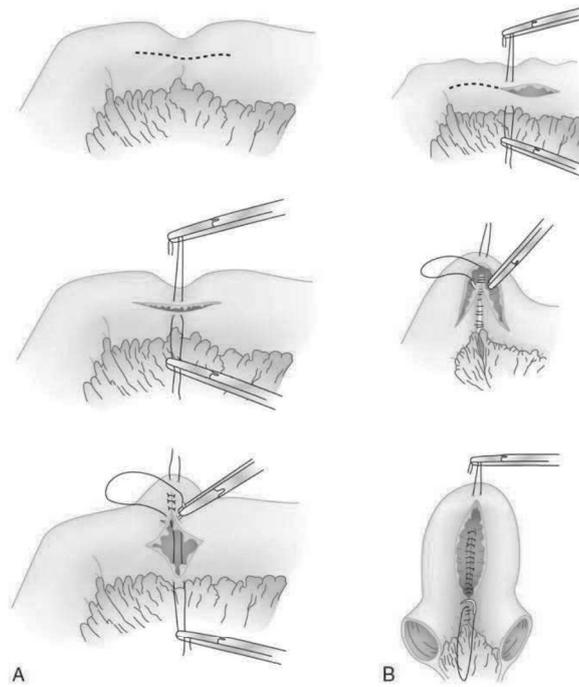


Figura II

Considerando o contexto de abdome agudo e as imagens apresentadas e julgue os itens seguintes.

- 31 A conduta imediata para o quadro clínico da Figura I é cirúrgica.
- 32 A imagem da Figura II é compatível com abdome agudo obstrutivo na qual se vê "o sinal do grão de café".

Considerando a imagem abaixo e os conhecimentos que ela suscita, julgue os itens que seguem.



- 33** As imagens "A" e "B" ilustram diferentes técnicas de estenoplastia, sendo a imagem "A" referente à técnica clássica de Heineke-Mikulicz, adaptada para tratar pequenos segmentos afetados por doenças que podem comprometer o intestino delgado, como Crohn.
- 34** A técnica à direita, com o mesmo propósito, é reservada para segmentos intestinais com comprimento superior a 10 cm. Ambas as abordagens buscam preservar o intestino delgado a taxas de recorrência de ressecções e reanastomoses.

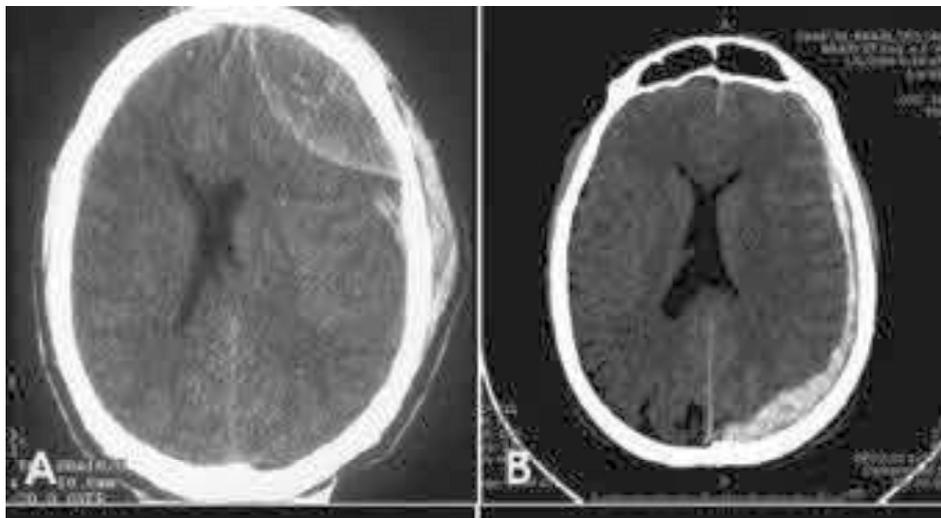


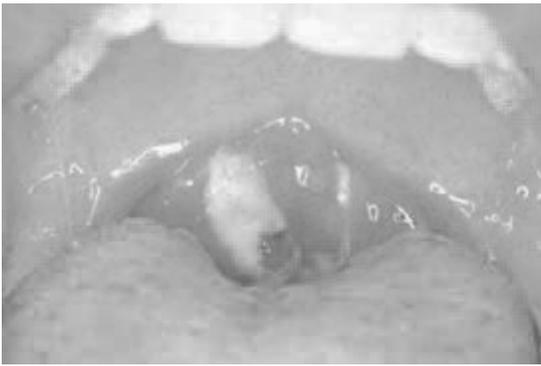
Figura I

Figura II

Acerca de suporte avançando de vida em trauma e considerando as imagens A e B acima, julgue os itens subsequentes.

- 35** Paciente vítima de traumatismo cranioencefálico (TCE) leve que ao exame físico tem abertura ocular ao chamado por voz, que se encontra confuso e que localiza dor tem Escala de Coma de Glasgow (GCS) de 11.
- 36** São indicações de tomografia de crânio pelo alto risco de intervenção cirúrgica pacientes com TCE leve que apresentem: CGS <15 até 2 horas após o trauma, vômitos (>2 episódios), idade superior à 65 anos e uso de anticoagulantes.
- 37** As Figuras I e II apresentam um hematoma subdural e um hematoma epidural, respectivamente.
- 38** Em pacientes com hematomas subdurais é preciso estar atento ao intervalo lúcido que se dá entre o momento do trauma e a deterioração neurológica, apresentação clássica.
- 39** O tratamento do TC pode incluir hidratação intravenosa, correção de coagulopatias, hiperventilação transitória bem como solução salina hipertônica ou manitol.
- 40** Embora a normocapnia seja preferida, a hipercapnia permissiva através da hiperventilação lava reduz a PaCO<sub>2</sub> o que causa vasodilatação cerebral.

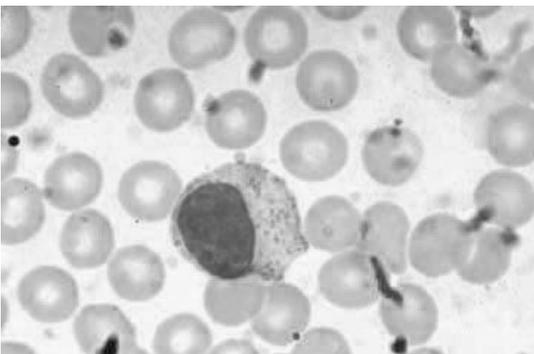
## PEDIATRIA



**Figura I**



**Figura II**



**Figura III**

Uma criança de 8 anos foi conduzida pelo pai ao pronto-socorro devido a histórico de febre súbita, registrando até 38,8 °C nas últimas duas semanas, que parcialmente cede ao uso de antipiréticos, mas retorna. Inicialmente, apresentou tosse, odinofagia, rinorreia e faringite (Figura I). Após atendimento inicial com prescrição de antitérmicos e observação, a criança desenvolveu fadiga intensa, prostração, aumento do volume abdominal e notou-se "caroços no pescoço" (Figura II). Diante desses novos sintomas, foi trazida para reavaliação. O hemograma solicitado revelou uma anemia leve normocítica e normocrômica, enquanto o leucograma quantitativo estava dentro dos parâmetros normais, sem achados relevantes, exceto pela observação em lâmina periférica de um linfócito (Figura III).

A partir do quadro clínico exposto, bem como achado de exame complementar e os assuntos correlatos que ele suscita, julgue os itens que se seguem.

- 41** A principal hipótese diagnóstica é de Leucemia Linfocita Aguda pelo achado de linfócito com alta relação núcleo-citoplasma.
- 42** O aumento do volume abdominal provavelmente é devido à esplenomegalia que acontece em quantidade razoável do quadro principalmente em crianças pequenas.
- 43** O diagnóstico em questão tem tropismo por células B do epitélio tonsilar e seu período de incubação dura entre 4 a 6 semanas.
- 44** Trata-se de vírus pertencente à família *Herpesviridae* composto de DNA linear de fita dupla.
- 45** Durante ou logo após a quadro, pode ocorrer uma complicação neurológica, na qual acontece o fenômeno de metamorfopsia que podem durar entre 4 e 6 semanas, também conhecida como "Síndrome de Alice no País das Maravilhas".
- 46** Entre as neoplasias malignas associadas, incluem-se Linfoma de Burkitt Africano, Linfoma de Hodgkin bem como o carcinoma nasofaríngeo.

Acerca de crise febril e seus conceitos correlatos, julgue os próximos itens.

- 47** É definida como convulsão em vigência de febre em crianças entre 3 meses e 5 anos de idade, desde que sem evidência de infecção intracraniana ou causa definida para o episódio, bem como exclusão de convulsões febris anteriores.
- 48** O pico de idade é entre crianças entre 3 e 5 anos.
- 49** Geralmente é quadro espontâneo, sem fator causal, no qual a criança é investigada com exames laboratoriais e de imagem de crânio chegando a realizar líquido para diagnóstico de exclusão de infecção subclínica de sistema nervoso central.
- 50** À medida que a temperatura aumenta, especialmente ultrapassando os 39 °C, e à medida que se prolonga a duração dessa temperatura, aumenta a probabilidade de ocorrência de episódios convulsivos.
- 51** O risco de recorrência é mais elevado em crianças que experimentaram o episódio após completar 1 ano de idade. Algumas delas, ocasionalmente, podem necessitar de anticonvulsivantes por um período, dependendo da frequência das crises ao longo do ano.



Recém-nascido de 3 semanas, nascido a termo, encontra-se hospitalizado para investigação de vômitos não biliosos pós-prandiais desde o nascimento. A mãe observou uma progressão dos sintomas, percebendo que a criança não estava ganhando peso. Notou-se um aumento na frequência dos vômitos ao longo desta semana, resultando em sinais de desidratação. Um exame de imagem, conforme apresentado acima, foi indicado para uma investigação mais aprofundada.

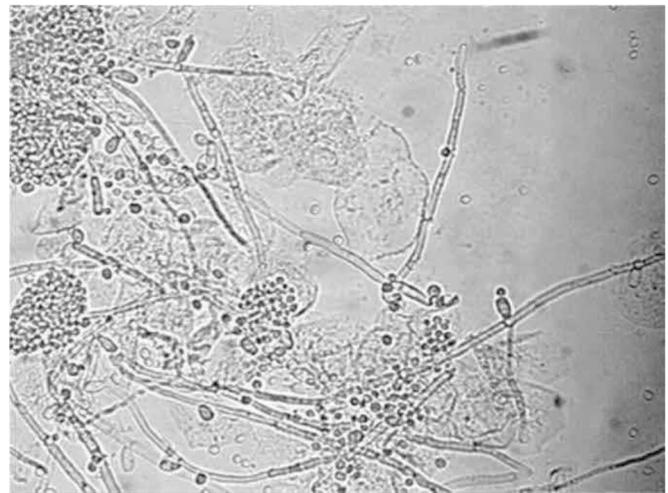
Considerando o quadro clínico exposto bem como assuntos correlatos, julgue os itens a seguir.

- 52** O principal achado na imagem aponta para malformação do estômago proximal com acometimento esofágico, provável disgenesia do esôfago distal com acometimento esfínteriano.
- 53** É esperado para quadro clínico em questão uma alcalose metabólica hipoclorêmica.
- 54** O diagnóstico da patologia em questão muitas vezes pode ser suspeitado clinicamente pelo exame físico do abdome e a imagem mostrada auxilia na principal hipótese diagnóstica, pois mostra o “sinal do trato duplo”.
- 55** O ultrassom de abdome superior é o exame de escolha para confirmação diagnóstica, com alta sensibilidade e especificidade.
- 56** O tratamento é cirúrgico pela clássica técnica de Ramstedt.

A respeito de doenças das vias aéreas respiratórias e assuntos correlatos, julgue os itens que se seguem.

- 57** O Vírus Respiratório Sincicial (VRS) é o principal agente etiológico da Bronquiolite Aguda, afetando geralmente crianças com menos de 2 anos de idade, manifestando-se por episódios de sibilância devido ao comprometimento das vias de médio calibre.
- 58** O tratamento essencial para crianças hospitalizadas com VRS inclui oxigenoterapia, inalação com salina hipertônica e corticosteroides, sendo a metilprednisolona preferida devido à sua melhor penetração pulmonar.
- 59** O palivizumabe é indicado como imunoprofilaxia específica para o VRS desde 2018 para crianças com idade inferior a 1 ano e, também, para aquelas com idade igual ou inferior a 2 anos que apresentam doença pulmonar da prematuridade ou doença cardíaca com repercussão demonstrada.
- 60** Apesar do alto uso e experiência adquirida com o cateter nasal de alto fluxo (CNAF) durante a pandemia de SARS-CoV-2, ele não é utilizado no suporte de oxigenioterapia em crianças com VRS.

## GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA



Considerando os aspectos da atenção integral às pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs), bem como sua importância para a Saúde da mulher e a imagem apresentada que mostra lesão em espelho julgue os seguintes itens.

- 61** Como estratégia de prevenção primária, o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) do Ministério da Saúde recomenda rastreio anual para adolescentes e jovens com idade menor ou igual a 30 anos.
- 62** Observam-se, na imagem, vesículas confluentes nos lábios maiores, algumas delas apresentando características crostosas típicas de uma infecção viral. O quadro clínico é identificado como doloroso.
- 63** A vacinação contra o HPV é recomendada para meninas com idades entre 9 e 14 anos, utilizando a vacina divalente que protege contra os vírus de alto risco – 16 e 18. O esquema compreende duas doses, administradas com um intervalo de 6 meses.
- 64** Lesões genitais como Linfogranuloma Venéreo, Sífilis e Donovanose habitualmente são úlceras indolores.
- 65** A cranca de Ducrey é uma infecção causada pelo *Haemophilus ducreyi* que cursa com úlceras dolorosas, geralmente múltiplas devido à autoinoculação, de bordos irregulares com base suja que, quando removida, mostra-se tecido de granulação de sangramento fácil.
- 66** No que tange à Sífilis, recomenda-se iniciar investigação por teste treponêmico, primeiro a ficar reagente no caso da infecção.
- 67** A maior parte dos casos de DIP é causada por agentes sexualmente transmissíveis ou associada à vaginose bacteriana sendo os dois principais agente etiológicos a *Chlamydia trachomatis* e *Neisseria gonorrhoeae*.

Considerando as imagens apresentadas (exame especular e exame a fresco de material colhido), bem como os assunto correlatos, julgue os itens subsecutivos.

- 68** Espera-se encontrar vaginal pH < 4,5 e *whiff test* positivo.
- 69** É esperado que até três quartos de mulheres em idade reprodutivas apresentem pelo menos um episódio de vulvovaginite durante suas vidas como o mostrado acima.
- 70** Apesar de os sintomas serem extremamente desagradáveis, a condição representada é relativamente comum e benigna e não tem caráter facilitador para aquisição e nem transmissão de outras ISTs.
- 71** O principal agente etiológico do quadro exposto aparenta ter correlação hormônio-dependente, pois raramente acomete mulheres em idade reprodutiva ou em terapia hormonal.
- 72** É mito que uso de antibióticos facilitam proliferação de fungos.

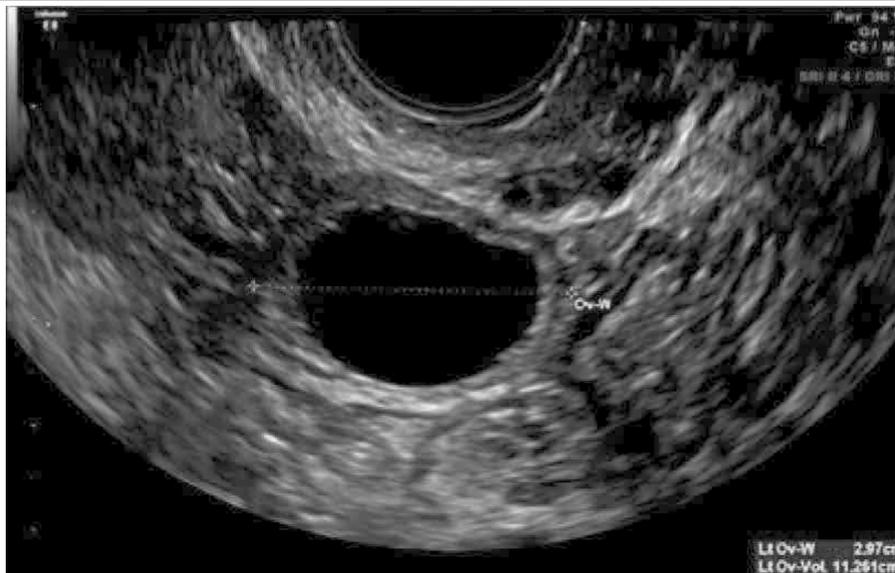


Figura I



Figura II

**Tratado de ginecologia Febrasgo.** Cesar Eduardo Fernandes, Marcos Felipe Silva de Sá; coordenação Agnaldo Lopes da Silva Filho et al. 1.ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2019.

As imagens acima foram obtidas de um ultrassom transvaginal e tratam da fase do desenvolvimento folicular ovariano. Considerando essas informações, julgue os itens a seguir.

- 73** Na Figura I, provavelmente, ocorreu após o décimo dia do desenvolvimento folicular e a mensuração realizada (imagem hipoeocogênica) mostra o folículo dominante e foi feita no período periovulatório.
- 74** A Figura II foi realizada após ovulação e as setas indicam o corpo lúteo.

A respeito de Doença Hipertensiva Específica da Gestação (DHEG), seus conceitos e assuntos correlatos, julgue os itens subsequentes.

- 75** Trombocitopenia, alteração de transaminases, injúria renal aguda, edema pulmonar ou alterações visuais e cerebrais permitem o diagnóstico de pré-eclâmpsia.
- 76** A pré-eclâmpsia pode evoluir de forma grave rapidamente, sem necessariamente apresentar critérios de gravidade.
- 77** A Síndrome HELLP é complicação maior que representa um agravo da eclâmpsia.
- 78** Entre os fatores para DHEG, figuram idade materna avançada, história familiar para DHEG, obesidade, trombofilias, exceto nuliparidade.
- 79** Doença trofoblástica gestacional é uma complicação gestacional com fisiopatologia diferente da DHEG e as duas são entidades distintas e sem correlação.
- 80** Um mito na Obstetrícia é sobre “situações de estresse” ser fator de risco, mesmo que relativo, para DHEG. É semelhante a pacientes hipertensos de longa data que “sentem dor na nuca quando a pressão está alta”.

## MEDICINA PREVENTIVA E SOCIAL

Acerca do Sistema Único de Saúde (SUS), sua estrutura, seus princípios e conceitos correlatos julgue os próximos itens.

- 81** São legislações basilares do SUS a Constituição Federal (CF) e as chamadas leis orgânicas da saúde: Lei n.ºs 8.080 e 8.142, ambas de 1990.
- 82** O artigo 198 da CF estabelece três diretrizes fundamentais para o SUS: descentralização com direção única em cada esfera de governo, integralidade com ênfase em atividades preventivas, e participação ativa da comunidade.
- 83** Uma das grandes novidades da Lei n.º 8.142/1990 foi a institucionalização da participação comunitária, instituindo-se conselhos de saúde e conferências de saúde.
- 84** Embora já ocorressem em várias capitais Brasileiras conferências municipais de saúde, apenas após sua regulamentação em 1990 que houve a oficialização de uma conferência em nível nacional.
- 85** A 8ª conferência Nacional de Saúde, de 1986, assim como as conferências anteriores, foi realizada totalmente por iniciativa de movimentos sociais, não havendo legislação vigente que a tornasse um evento formalizado pelo Estado.
- 86** Desde 1990 vigora no SUS um sistema de controle social exercido por meio de conselhos de saúde em cada esfera de governo e com sua composição paritária entre os usuários e a soma dos demais integrantes.
- 87** Nas leis orgânicas da saúde, o termo igualdade se refere ao princípio de prestar assistência a saúde sem privilégios ou preconceitos, enquanto o termo equidade se refere a prestar a assistência necessária para saúde da pessoa.
- 88** Nas leis orgânicas da saúde não constam como princípios do SUS o direito a autonomia e o direito a informação clara acerca da saúde do usuário, uma vez que esses tópicos não se referem ao sistema, mas a relação médico/paciente e a ética médica.
- 89** A publicidade das ações de saúde, sejam realizadas por instituições públicas ou privadas conveniadas, não apenas se fazem necessárias, como constituem um princípio do SUS de acordo com a Lei n.º 8.080/1990.
- 90** São princípios éticos doutrinários do SUS: Universalidade, Integralidade, Equidade e Participação comunitária.

Acerca da Medicina de Família e Comunidade (MFC) e da Atenção Primária à Saúde (APS) no Brasil e no mundo e suas tecnologias, julgue os itens seguintes.

- 91** O médico de família e comunidade, embora seja um profissional clínico qualificado, está sujeito à influência da comunidade em que atua. Sua prática é moldada pela dinâmica e características específicas dessa população, uma vez que ele se torna um recurso fundamental para um grupo definido. A relação médico-paciente é essencial para o exercício desse profissional.
- 92** A Atenção Primária à Saúde (APS) é definida como a prestação essencial de cuidados de saúde, fundamentada em métodos cientificamente respaldados e socialmente aceitos, disponível universalmente para indivíduos e famílias. Isso é viabilizado por meio da participação plena, a um custo sustentável, promovendo o espírito de autodeterminação. A APS representa o primeiro elemento no cuidado à saúde.
- 93** A coordenação do cuidado é tão essencial para a APS que se pode dizer que a falha nesse atributo tende a prejudicar a integralidade, esvaziar a longitudinalidade e tornar o primeiro contato uma função puramente administrativa.
- 94** A coordenação do cuidado envolve continuidade de informação no sistema, envolvendo o médico de família e os especialistas focais ambulatoriais, mas não se aplica aos prontos atendimentos, uma vez que não se espera longitudinalidade no departamento de emergência.
- 95** Um dos atributos essenciais da APS é a longitudinalidade, definida como a permanência do cuidado pelo mesmo profissional pelo maior tempo possível. Um sinônimo presente na legislação é "continuidade".
- 96** A referência é uma ferramenta essencial para a coordenação do cuidado, contudo, não deve ser usada indiscriminadamente, sendo aceitável uma taxa de 25% em relação ao número de atendimentos realizados, sendo um indicador de resolubilidade.
- 97** A taxa de contrarreferência é uma forma importante de avaliar o funcionamento do sistema, uma vez que demonstra o adequado comprometimento das equipes de maior complexidade na continuidade do cuidado do paciente.
- 98** A forma de pagamento por capitação, recém implantado no Brasil, constitui em o salário do médico de família ser baseado na lista de pacientes cadastrados na unidade básica de saúde, redundando em incentivo para a dispersão do médico no interior do país.
- 99** A forma de pagamento do médico de família por capitação aliado ao monopólio do acesso ao especialista é, em países como o Reino Unido, um ponto importante para o controle do gasto sanitário e obtenção de excelentes resultados do sistema como um todo.
- 100** O financiamento da atenção primária por capitação ponderada vigente no país determina ao Governo Federal repasses de verba conforme o número de pessoas cadastradas, com pesos diferentes para pessoas em vulnerabilidade social, que inclui beneficiários do bolsa família, mas exclui aposentados.