

EXAME NACIONAL DE RESIDÊNCIA

EDIÇÃO 2024/2025

Enare
EXAME NACIONAL DE RESIDÊNCIA

TARDE

ÁREA DE ATUAÇÃO - ADMINISTRAÇÃO EM SAÚDE (ATADM SAUT01)

PROVA OBJETIVA

TIPO 1



SUA PROVA

Além deste caderno de questões contendo oitenta questões objetivas, você receberá do fiscal de sala:

- uma folha de respostas para a marcação das alternativas



TEMPO

- **5 horas** é o período disponível para a realização da prova, **já incluído o tempo para a marcação da folha de respostas**
- **1 hora** após o início da prova, é possível retirar-se da sala, sem levar o caderno de questões nem qualquer tipo de anotação de suas respostas
- **30 minutos** antes do término do período de prova, é possível retirar-se da sala **levando o caderno de questões**



NÃO SERÁ PERMITIDO

- Qualquer tipo de comunicação entre os candidatos durante a aplicação da prova
- Usar o sanitário ao término da prova, após deixar a sala
- Anotar informações relativas às respostas em qualquer outro meio que não seja este caderno de questões



INFORMAÇÕES GERAIS

- As questões objetivas têm cinco alternativas de resposta (A, B, C, D, E) e somente uma delas está correta
- Verifique se este caderno de questões está completo e sem falhas de impressão. Caso contrário, **notifique imediatamente o fiscal da sala**, para que sejam tomadas as devidas providências
- Na folha de respostas, confira seus dados pessoais, especialmente nome, número de inscrição e documento de identidade, e leia atentamente as instruções para preencher a folha de respostas
- **Use somente caneta esferográfica, fabricada em material transparente, com tinta preta ou azul**
- Assine seu nome apenas no espaço reservado na folha de respostas
- Confira o programa, a cor e o tipo do seu caderno de questões. Caso tenha recebido caderno de questões com programa, cor ou tipo diferente do impresso em sua folha de respostas, o fiscal deve ser **obrigatoriamente** informado para o devido registro na ata da sala
- O preenchimento das respostas é de sua responsabilidade e não será permitida a substituição da folha de respostas em caso de erro
- Para fins de avaliação, serão levadas em consideração apenas as marcações realizadas na folha de respostas
- Os candidatos serão submetidos ao sistema de detecção de metais quando do ingresso e da saída de sanitários durante a realização das provas

Boa sorte!

Clínica Médica

1

Um paciente foi internado na enfermaria de clínica médica por estado de sonolência após episódios frequentes e abundantes de diarreia e vômitos por 3 dias. A pressão arterial estava reduzida e os pulsos, finos. Quando despertava, referia sede. Suas mucosas encontravam-se secas. O exame laboratorial revelou sódio de 121 mEq/L. Diante do quadro de hiponatremia, procedeu-se a dosagem de sódio urinário e a terapia.

O sódio urinário mais provável e a terapia mais recomendada no momento são, respectivamente:

- (A) sódio urinário de 10 mEq/L e infusão de 100 ml a 300 ml de solução salina 3% com reavaliação laboratorial em 4 horas;
- (B) sódio urinário de 30 mEq/L e infusão de solução salina 0,9% 3000 ml em 24h;
- (C) sódio urinário de 15 mEq/L e infusão de soro fisiológico 0,9% conforme melhora clínica;
- (D) sódio urinário de 20 mEq/L e administração de cápsula de sal 4 vezes ao dia por via enteral e posteriormente por via oral;
- (E) sódio urinário de 20 mEq/L e administração de 700 ml de salina hipertônica a 3% em 24 horas conforme cálculo do déficit de sódio.

2

Uma mulher de 30 anos internou-se com perda ponderal de 20 kg (peso atual: 56 kg; peso usual: 76 kg), candidíase, diarreia crônica, baixo índice de Karnofsky, anemia e contagem de linfócitos totais iguais a 800 células/dl. O diagnóstico de tuberculose pulmonar cavitária, concomitante a padrão miliar, levou a residente de clínica médica a investigar a infecção pelo HIV. O diagnóstico firmado de infecção pelo HIV, no dia seguinte, foi seguido de orientação e condução clínica.

Considerando R – rifampicina, H – isoniazida, Z – pirazinamina, E – etambutol, a terapia recomendada para a coinfeção HIV - tuberculose, segundo o último PCDT HIV 2024, é:

- (A) iniciar terapia antirretroviral após 8 semanas do início do esquema para tuberculose com 4 comprimidos de RHZE (150/75/400/275);
- (B) aguardar contagem de linfócitos CD4 para iniciar a terapia antirretroviral e o esquema para tuberculose com 4 comprimidos de RHZE (150/75/400/275);
- (C) iniciar a terapia antirretroviral enquanto se investiga se há disseminação da micobactéria tuberculose, pois esse achado mudaria o tempo de tratamento para tuberculose;
- (D) iniciar prontamente o esquema com 4 comprimidos de RHZE (150/75/400/275) e em até uma semana iniciar tratamento antirretroviral, independente da contagem de linfócitos CD4;
- (E) iniciar prontamente o esquema com 3 comprimidos de RHZE (150/75/400/275) e, caso a contagem de linfócitos CD4 esteja menor que 50 células/mm³, prosseguir com a terapia antirretroviral em torno da 6ª semana.

3

Um paciente de 55 anos, portador de doença de Crohn há mais de 10 anos em remissão com adalimumabe (anti-TNFalfa), foi internado na enfermaria de clínica médica para investigar síndrome consumptiva. O grupo de residentes notou linfadenomegalias cervicais sem sinais inflamatórios, presença de hepatoesplenomegalia e estertores crepitantes em ambos os hemitórax. Foi feito diagnóstico de tuberculose a partir de teste rápido molecular do lavado broncoalveolar, cujo material foi positivo para micobactéria tuberculosa (sensível à rifampicina). Mesmo durante o tratamento padrão com rifampicina, isoniazida, pirazinamida e etambutol, o paciente apresentava febre vespertina frequente de aproximadamente 38 graus. Logo no diagnóstico, fora suspenso o adalimumabe. A despeito de a investigação para outros agentes infecciosos ter sido negativa e de não haver resistência da micobactéria, a febre ficou mais frequente e houve piora clínica com derrame pleural e hipoxemia, além de piora laboratorial com aumento de aminotransferases (em torno de 3 vezes o limite superior da normalidade) após 1 mês do início do tratamento contra micobactéria.

O manuseio adequado do quadro é:

- (A) manter o esquema para tuberculose e iniciar corticoide;
- (B) suspender o esquema da tuberculose e realizar biópsia de linfonodo;
- (C) iniciar tratamento para linfoma, pois se trata de uma complicação do adalimumabe;
- (D) trocar esquema contra tuberculose para amicacina, ofloxacina e etambutol;
- (E) suspender a terapia para tuberculose e reintroduzi-la gradualmente após 2 semanas de normalização das aminotransferases, iniciando com a rifampicina e etambutol.

4

Um homem de meia-idade retornou ao ambulatório de clínica médica em cadeira de rodas, trazido pela esposa, relatando estar a maior parte do tempo acamado. O início das dores lombares foi há 4 meses. A dor situa-se principalmente na transição toracolombar, permanece durante a noite e já está refratária a uso de opioides fracos. A constipação piorou (última evacuação há 5 dias) e o paciente não urina com tanta frequência. Quando sente vontade de urinar, não consegue segurar completamente. A esposa relata que o marido perdeu pelo menos uns 8 kg nos 4 meses desde o início do quadro, havendo febre vespertina ocasional não aferida. A esposa também atualiza o quadro dizendo que a dor parece já estar presente há mais tempo (uns 6 meses). Há aproximadamente 1 mês, ele havia sentido uma fraqueza mais proeminente nas pernas, que o levou a cair sentado. Desde então, não conseguiu se levantar.

Exame físico: paraplegia espástica e hiperreflexia de membros inferiores, com redução de sensibilidade para tato, temperatura e pressão e dor com nível sensitivo na altura dos mamilos. Havia redução da sensibilidade profunda caracterizada por perda completa da propriocepção e sensibilidade vibratória. O restante do exame físico revela paciente hipocorado, um pouco desidratado, com distensão abdominal e redução dos ruídos intestinais. Massa palpável em hipogástrio, indolor, sugerindo bexigoma.

Nos exames solicitados, revelaram-se anemia normocítica, normocrômica, VHS 88 mmHg, PCR: 95 (N: até 10 mg/L), creatinina: 1,6 mg/dl; outros exames estavam normais, incluindo hepatograma, Na, K, Ureia, PSA. Na radiografia de coluna lombar, não se evidenciou fratura, mas havia alterações degenerativas comuns para a idade em região sacroilíaca e acetabular. O radiologista sugeriu redução da densidade óssea, mas não havia lesões líticas ou blásticas. Havia achados de fecalitos em região retossigmoideana e provável bexigoma pela análise da radiografia. O médico decidiu interná-lo imediatamente para investigação e tratamento.

Em relação a esse caso, é correto afirmar que:

- (A) a principal hipótese é de mielite transversa, e os exames complementares mais importantes a serem realizados nesse caso são ressonância de coluna lombar e punção lombar;
- (B) dado que a probabilidade de osteomielite e abscesso epidural é baixa, como é possível concluir pela radiografia de coluna, pode-se iniciar corticoide 1 mg/kg para síndrome de compressão medular;
- (C) como a fosfatase alcalina, gama glutamiltransferase (GGT) e transaminases estão normais, não é necessário investigar os níveis séricos de cálcio e fósforo;
- (D) as alterações degenerativas e provável osteopenia na radiografia de coluna lombar, somadas ao quadro de claudicação neurogênica, sugerem fratura osteoporótica compressiva. Nesse caso, o médico deve optar pela realização de tomografia de coluna lombar para visualização da fratura e rápido encaminhamento ao serviço de neurocirurgia ou ortopedia;
- (E) o paciente possui vários sinais de alarme: febre, perda ponderal inexplicada, dor noturna e refratária e manifestações neurológicas graves. Essas últimas motivam a realização de ressonância de coluna torácica e lombar de urgência para investigação de síndrome de compressão medular.

5

Ao atender uma paciente pós-menopausa com câncer de mama já em estado de disseminação para fígado e osso, a médica residente teve acesso aos exames laboratoriais: hemoglobina: 8,0 mg/dl; hematócrito: 24 mg/dl; ferritina: 200 mg/dl; albumina: 3,5 mg/dl (normal: 3 a 5); globulina: 6,0 mg/dl (normal: 2 a 4 mg/dl); creatinina: 2,0 mg/dl; cálcio: 14,5 mg/dl (normal: 8 a 10 mg/dl); fósforo: 3,5 mg/dl; 25 OH vitamina D: 25 mg/dl (normal: 30 a 50); PTH: 20 pg/ml (normal: 30 a 65); e PCR: 115 mg/L (normal: até 10 mg/L). A queixa da paciente era dor, mas pela confusão mental optou-se por olhar os exames antes de completar a anamnese.

Sobre a investigação do quadro da paciente, é correto afirmar que:

- (A) nas hipercalcemias moderadas a graves, não precisamos confirmar ou corrigir pela albumina, pois o valor é muito alto para haver um erro analítico;
- (B) o nível de cálcio sérico não tem correspondência com os sintomas e a velocidade de instalação;
- (C) a equipe médica pensou em hipercalcemia não mediada pelo PTH e solicitou, corretamente, peptídeo relacionado ao PTH (PTHrp) e 1,25 dihidroxivitamina D;
- (D) a paciente, pós-menopausa, ambulatorial, com hipercalcemia moderada a grave, deve ter hiperparatireoidismo primário;
- (E) como a maioria dos casos de hipercalcemia estão relacionados a hiperparatireoidismo e malignidade, não há necessidade de revisão da anamnese em busca de medicações, suplementos e produtos herbários.

6

Um paciente sem doença hepática prévia, e em tratamento para tuberculose pulmonar com rifampicina, isoniazida, pirazinamida e etambutol, inicia quadro de sintomas dispépticos e elevação de transaminases (TGO e TGP).

A conduta acertada em relação a esse caso clínico é:

- (A) suspender imediatamente todas as medicações e reintroduzi-las quando as transaminases estiverem normalizadas;
- (B) manter as medicações para tuberculose tolerando até 5 vezes o limite superior da normalidade;
- (C) trocar imediatamente para capreomicina, etambutol e levofloxacina (esquema para hepatotoxicidade) e prolongar a terapia por 12 meses;
- (D) suspender imediatamente todas as medicações quando as transaminases ultrapassarem 3 vezes o limite superior da normalidade e monitorar a função hepática a cada 3 a 7 dias até a normalização;
- (E) suspender apenas a isoniazida e a pirazinamida, pois deve-se iniciar a recontagem a partir da rifampicina e etambutol, e monitorar a função hepática a cada 3 a 7 dias para reintrodução ordenada dos outros dois medicamentos.

7

Em uma investigação de quadro de osteomielite, surgiram dúvidas no caso concreto. O paciente de 68 anos era paraplégico e já apresentava uma lesão por pressão crônica em região sacral. No entanto, relatou saída de secreção nos últimos meses e aprofundamento da úlcera, com exposição óssea. O local no entorno da úlcera não demonstrava sinais flogísticos ou necrose. Não havia febre ou sinais sistêmicos de gravidade, e exames laboratoriais também não tinham alterações significativas como leucocitose e marcadores inflamatórios em elevação. Diante da estabilidade do quadro, foram feitas algumas considerações.

É correto afirmar que:

- (A) o diagnóstico pode ser sugerido pela ressonância nuclear magnética da região sacral, mas pode considerar também a biópsia óssea aberta para confirmar o diagnóstico de osteomielite;
- (B) está indicada a realização de ressonância nuclear magnética ou cintilografia, bem como coleta da secreção para análise de Gram e cultura guiando a terapia antibiótica empírica até os resultados;
- (C) está indicado o início de terapia antimicrobiana com cobertura para germes aeróbios e anaeróbios por 2 semanas, pela via parenteral; caso se confirme lesão cortical óssea com edema, deve-se prolongar a terapia por 6 semanas;
- (D) o início do antibiótico não atrapalha a cultura de material ósseo retirado por agulha grossa da ferida, desde que tenha sido suspenso 24 horas antes do procedimento;
- (E) apesar de medidas de fisioterapia, nutrição e cuidados para com a cicatrização da ferida, somente a descolonização de tecidos moles e pele com antibióticos locais e sistêmicos pode ajudar o paciente do quadro descrito.

8

Na investigação de ascite, a paracentese diagnóstica foi realizada. O gradiente soro ascite de albumina foi calculado com valor de 1,5 g/dl. No entanto, o paciente apresentou proteína do líquido ascítico em valores baixos (1,8 g/dl), ou seja, menores que 2,5 g/dl.

Uma causa para essa ascite é:

- (A) cirrose hepática;
- (B) insuficiência cardíaca congestiva;
- (C) pancreatite aguda;
- (D) síndrome nefrótica;
- (E) trombose de veia porta.

9

Pacientes com síndrome nefrótica apresentam edema, proteinúria acima de 3,5 g em 24 horas e predisposição a trombose. A forma membranosa, presente em aproximadamente 30% das formas idiopáticas em adultos, pode ser diagnosticada por positividade de um anticorpo.

O anticorpo associado à forma membranosa idiopática de síndrome nefrótica em adultos é:

- (A) anticorpo contra a fosfolipase A2 do tipo M;
- (B) anticorpo anticitosol fígado e rim;
- (C) anticorpo antimúsculo liso;
- (D) fator antinuclear;
- (E) anti-Jo-1.

10

Uma paciente de 70 anos foi internada por sintomas de astenia, hiporexia, náuseas e redução do débito urinário. Estava lúcida, mas um pouco lentificada. O exame clínico demonstrou *flapping* e hiperreflexia difusa. Estava estável hemodinamicamente, com membros aquecidos, porém com cianose bilateral na planta dos pés. O exame laboratorial revelava disfunção renal aguda com leucocitose sem desvio à esquerda. Eosinófilos: 990 células/mm³. A urina apresentava coloração avermelhada, sugerindo hematúria franca justificada pelo uso de anticoagulante profilático devido a alto risco trombótico. A paciente era portadora de câncer de estômago em atividade, ficando acamada a maior parte do tempo, com investigação para carcinomatose peritoneal.

Sobre o quadro descrito, é correto afirmar que:

- (A) o diagnóstico pode ser sugerido com fissuras preenchidas por colesterol em arteríolas da biópsia de pele;
- (B) biópsia renal deve ser feita mesmo sem proteinúria significativa, preferencialmente antes da introdução de terapia substitutiva renal;
- (C) eosinofilia com tumor pode sugerir doença metastática avançada, motivando a pesquisa de trombose de veia renal bilateral (principal hipótese);
- (D) a nefrite intersticial aguda pelo uso do anticoagulante pode ser diagnosticada com a presença de hematúria, proteinúria franca (acima de 1 g/dia) e eosinofília;
- (E) o uso do corticoide é indicado por mitigar os sintomas e dar tempo para a investigação do quadro atual e da carcinomatose peritoneal.

11

Uma paciente de 58 anos foi internada por confusão mental e dor em ombro direito. É portadora de neoplasia de mama em estágio avançado com metástases ósseas. Havia relato, pela anamnese dirigida, de constipação e distensão abdominal. O marido confirmou que, nos últimos dias, ela já não conseguia levantar-se e tomar adequadamente seus medicamentos. Durante a internação confirmou-se a fratura patológica de cabeça do úmero e hipercalcemia da malignidade (PTH suprimido). Houve redução dos níveis séricos de cálcio (Ca: 15 mg/dl para 12 mg/dl em 2 dias), e a creatinina sérica, que na entrada era de 3,8 mg/dl, caiu para 2,0 mg/dl em 48 horas. Os medicamentos reintroduzidos com a melhora clínica da paciente após 3 dias de hidratação e pamidronato foram: metadona, amitriptilina, duloxetina e gabapentina – os últimos por dor radicular. Infelizmente, os sintomas de distensão abdominal, náuseas, vômitos e constipação se evidenciaram, levando à realização de exame tomográfico do abdômen e pelve. Observou-se distensão de ceco (9,0 cm em maior diâmetro), cólon ascendente, transverso e cólon descendente com presença de fecaloma em sigmoide.

Diante da principal hipótese diagnóstica, a melhor conduta imediata é:

- (A) fazer extração manual do fecaloma associada a administração de clister em gravidade com lactulona e óleo mineral por via oral;
- (B) chamar a cirurgia geral para avaliação pelo risco de rotura de cólon e ceco;
- (C) realizar colonoscopia de urgência para retirada de fecaloma e descompressão gasosa;
- (D) prescrever eritromicina, ondansetrona, lactulona, óleo mineral e passar sonda nasogástrica em sifonagem;
- (E) suspender dieta, antidepressivos e opioides; continuar correção de cálcio sérico e avaliar administração de neostigmina.

12

Em segunda quimioterapia para linfoma não Hodgkin (15 dias após a 1ª quimioterapia), uma paciente jovem apresentou cefaleia, rinite, tosse e febre oito horas após a infusão do medicamento, já no domicílio. Foi internada devido ao risco de infecção secundária à imunossupressão. Seu esquema era o R-CHOP, a saber: rituximabe, ciclofosfamida, doxorrobucina, vincristina e prednisona. Apesar de coleta de hemocultura, início de antibiótico empírico e oseltamivir, não houve qualquer outro sintoma na sequência de sua internação em 24 horas. Exames laboratoriais e de imagem foram normais.

O trabalho de investigação levou à possibilidade mais confiável nesse caso por:

- (A) infusão rápida de rituximabe (450 mg/hora) sem a administração de paracetamol e anti-histamínico 30 minutos antes da medicação;
- (B) síndrome de hiperestimulação ovariana por possível tentativa de evitar insuficiência ovariana pela ciclofosfamida;
- (C) pneumocistose, cujo tratamento não fora contemplado no esquema da enfermagem e não realizada profilaxia com bactrim;
- (D) reação de hipersensibilidade aguda à vincristina;
- (E) sepsis por bacilo Gram negativo em nadir de quimioterapia.

13

Uma paciente de 54 anos foi internada por tosse, desconforto respiratório e aumento do volume abdominal. Está em acompanhamento conjunto com a equipe de cuidados paliativos realizando paracentese de alívio devido à ascite. É portadora de câncer de ovário com metástases para peritônio. Após a realização de tomografia de tórax e abdômen com contraste para avaliar trombose de veias abdominais, observou-se trombo em tronco da artéria pulmonar esquerda de aspecto recente. A equipe médica não teve dúvida quanto à melhor condução do caso, após a análise do exame laboratorial: anemia: Hb 8,5 g/dl, leucócitos e coagulograma normais, plaquetas: 85 mil e função renal normal. A paciente estava estável e era eutrófica, não havendo histórico de sangramento recente.

Prontamente, a equipe realizou:

- (A) aplicação de heparina de baixo peso molecular (enoxaparina) 1 mg/kg de 12/12h por 5 dias e, posteriormente, início de warfarina;
- (B) parecer à cirurgia vascular para colocação de filtro de veia cava;
- (C) início de apixabana 10 mg (2 vezes ao dia) durante 7 dias seguido de 5 mg (2 vezes ao dia) enquanto atividade de neoplasia ou até aumento do risco de sangramento;
- (D) dabigatrana 150 mg (2 vezes ao dia) indefinidamente devido à neoplasia metastática em atividade;
- (E) enoxaparina 1 mg/kg de peso (1 vez ao dia) corrigido pela plaquetopenia por 5 dias. O tratamento seguirá ambulatorialmente com rivaroxabana 20 mg por dia nas três primeiras semanas; posteriormente, rivaroxaban 15 mg (1 vez ao dia) por pelo menos 6 meses ou até cessar fator provocador da trombose.

14

Uma jovem de 24 anos apresentou odinofagia associada a fadiga e uma cervicalgia mais pronunciada à esquerda, identificando ser um caroço de aproximadamente 1 cm. O quadro progrediu durante os três dias com piora dos sintomas, além de febrícula – de até 37,8 °C – constante. A seguir, ocorreu dor em hipocôndrio direito. No quinto dia de sintomas, foram prescritos amoxicilina e anti-inflamatório não esteroideal devido a hiperemia de orofaringe com placas brancacentas – a paciente teve diagnóstico de amigdalite bacteriana, apresentando náuseas e anorexia. Com aproximadamente 1 semana de sintomas e 3 dias do uso do antibiótico, a jovem decidiu procurar novo atendimento médico, que revelou: sinais vitais estáveis, porém com taquicardia (FC 110 bpm), eutrófica, sem evidência de emagrecimento, eupneica. *Rash* eritematoso maculopaular difuso estava visível em tronco, abdômen e porção próxima de membros superiores e inferiores. Havia presença de edema periorbitário bilateral. Linfonodos posteriores aos músculos esternocleidomastoideos estavam aumentados e pouco dolorosos (1,5 e 1,2 cm), fibroelásticos, móveis. Havia também micropolíadenopatia em outras cadeias cervicais superficiais. Orofaringe apresentava hipertrofia amigdaliana, petéquias em palato e exsudato membranoso. Ao exame ginecológico com ectopia em colo uterino, foi detectado corrimento fisiológico, sem presença de outras alterações como úlceras. O abdômen era doloroso em andar superior à palpação profunda com hepatimetria de 14 cm e borda romba e dolorosa e espaço de Traube ocupado.

Sobre as hipóteses diagnósticas e complementação da investigação, é correto afirmar que:

- (A) resultado negativo para vírus Epstein-Barr elimina a necessidade de repetição do exame, pois se trata de teste muito sensível e específico. Deve-se prosseguir na investigação de outros quadros com a biópsia excisional de linfonodo cervical;
- (B) anticorpos IgG para antígeno antiviral do capsídeo (VCA) e antígeno nuclear de Epstein-Barr (EBNA) estão presentes por toda a vida em pacientes com exposição prévia ao vírus Epstein-Barr (EBV) e não são marcadores de um processo ativo sugerindo verdadeira infecção;
- (C) a síndrome descrita pode ser decorrente de processos neoplásicos, infecciosos ou autoimunes. A investigação deve começar pela punção aspirativa do linfonodo maior e sorologias para os seguintes vírus: Epstein-Barr, citomegalovírus, herpes vírus, sífilis e HIV;
- (D) a presença de linfocitose com linfócitos atípicos associada a hipogamaglobulinemia reforça os diagnósticos de lúpus eritematoso sistêmico ou linfomas;
- (E) amigdalite resistente a antibiótico associada a petéquias em palato pode sugerir a doença de Lemierre causada pelo *Fusobacterium necrophorum*, motivando a troca do esquema antibiótico para ceftriaxona no caso clínico descrito.

15

Uma mulher de 39 anos foi internada na clínica médica, a pedido da dermatologia, apresentando lesões ulceradas e infectadas em glúteos e região interna das coxas. Há 10 anos, a paciente, previamente hígida, infundira substância oleosa de uso veterinário em glúteos e coxas. Segundo relato, com o passar dos anos, diversas infecções foram acontecendo, motivando internações e uso de antibióticos sistêmicos. Na primeira internação, meses após a infusão do óleo, foi submetida a debridamento do material da coxa, mas isso não evitou a reação com surgimentos de úlceras infectadas e fistulas. Ainda segundo a descrição da paciente, a pele apresentava escurecimento e endurecimento estendendo-se além dos locais de infiltração. Três anos antes da internação, foi feito diagnóstico de doença reumatológica devido a fator reumatoide positivo e artrite de mãos, punhos, tornozelos e pés – artrite reumatoide (sic) – iniciando uso de corticoide oral. Na ocasião descrevem síndrome de fadiga crônica, poliartralgias com rigidez matinal, mialgia, transtornos do sono, depressão, ressecamento de mucosas, febre e linfonodomegalia inguinal. Na investigação hospitalar atual, além de bom estado geral e aparência lenhosa da pele ao redor das úlceras, confirma-se fator reumatoide em altos títulos, velocidade de hemossedimentação de 60 mm, proteína C reativa 43 mg/L (normal: até 10 mg/L), leucocitose com desvio à esquerda e anemia normocítica e normocrômica (Hb 10,2 g/dl). Sobre a investigação e propedêutica do caso descrito, é correto afirmar que:

- (A) a tomografia sugerindo extensão de material oleoso infundido há 10 anos em pele e subcutâneo e linfonodos aumentados em cadeias inguinais e ilíacas com conteúdo hipodenso sugerindo óleo reforça o diagnóstico de síndrome de autoimunidade e inflamação por adjuvantes;
- (B) o uso de antibióticos de amplo espectro com meropeném e vancomicina, por 14 dias, é necessário, pois trata-se de celulite em paciente imunossuprimida;
- (C) a paciente tem síndrome de sobreposição de artrite reumatoide e síndrome de Sjögren, devendo realizar pesquisa de autoanticorpos como FAN, anti-SSa, anti-SSb, bem como, iniciar corticoide sistêmico 1 mg/kg em conjunto com tratamento antimicrobiano das lesões ulceradas;
- (D) a história de fistulas, aspecto endurecido e hipercromia da pele necessita de investigação com biópsia da pele e do tecido subcutâneo. O diagnóstico de microbactéria – pela exposição cirúrgica anos antes – seria confirmado pela descrição de inflamação granulomatosa crônica com histiócitos espumosos na biópsia;
- (E) a tetraciclina com corticoide oral por 14 dias prescinde do uso em longo prazo da colchicina ou outro imunossupressor.

16

O residente de clínica médica foi chamado para responder um pedido de parecer da equipe cirúrgica referente a uma senhora de 70 anos com novo episódio de diarreia há 7 dias. Ela foi internada com diverticulite aguda complicada por abscesso, o qual não respondeu ao primeiro ciclo de antibiótico (ciprofloxacina e metronidazol) e ao segundo ciclo (piperacilina com tazobactam), ambos por 14 dias. Apresentou nova infecção peritoneal com deiscência da anastomose primária, sendo necessária abordagem cirúrgica para drenagem do abscesso. A paciente apresentou o segundo episódio de diarreia na internação (60 dias) intervalado com 7 dias de constipação. A idosa se queixou de cólicas, distensão abdominal e tenesmo há pelo menos 2 semanas. Estava febril (38,0 °C), mas estável hemodinamicamente. As morbidades eram apenas uma doença renal crônica (Cr 1,5 mg/dl). Os episódios eram frequentes (em torno de 5 por dia) e mais aquosos. A calprotectina fecal era de 1500 mg/kg, mas os exames parasitológicos de fezes, colhidos dessa vez e no outro episódio, foram negativos. O residente pensou na possibilidade de infecção por *Clostridioides difficile*. Para confirmação do quadro em ambiente hospitalar e proposição de um tratamento ideal, o residente deve:

- (A) iniciar um novo tratamento com metronidazol oral 500 mg de 8/8h por 14 dias, enquanto se aguarda o resultado da pesquisa nas fezes de toxinas A e B para clostridioides;
- (B) iniciar o tratamento com fidaxomicina 200 mg duas vezes ao dia por 10 dias sem a necessidade de coleta de exames para diagnóstico, uma vez que as fezes são líquidas e reduzem o valor preditivo positivo dos testes;
- (C) prescrever probióticos, rifaximina por 14 dias para *Clostridium*; não há necessidade de colocar a paciente em precaução de contato;
- (D) realizar teste de antígeno glutamato desidrogenase (GDH) em conjunto com a pesquisa das toxinas A e B para *Clostridium*, ambos nas fezes. Devido à gravidade e fatores de risco, pode ser iniciado tratamento com vancomicina oral;
- (E) pesquisar no sangue, conforme disponibilidade, o teste de antígeno glutamato desidrogenase (GDH) ou o teste de amplificação de ácido nucléico (PCR), associado a pesquisa nas fezes das toxinas A e B de *Clostridium*. Devido ao quadro moderado a grave, realizar o tratamento com vancomicina oral 125 mg, 4 vezes por dia, por 10 dias.

17

Após internação prolongada por sepse, um rapaz da enfermaria de clínica médica, tratado para tumor de células germinativas, persistia em neutropenia grave e prolongada. Já havia feito amoxicilina com clavulanato e estava atualmente com piperacilina com tazobactam. Seu quadro iniciou-se com febre, dor torácica tipo pleurítica, dispneia e tosse com hemoptoico. Ele estava piorando clinicamente ao longo dos últimos 3 dias, agravando com hipoxemia. prontamente, foi realizada tomografia de tórax, com os seguintes achados: múltiplos nódulos, alguns com cavitação, consolidação irregular em segmento do lobo inferior esquerdo e infiltrados peribrônquicos com padrões de árvore em brotamento predominantemente em lobo inferior direito. A equipe de clínica médica levantou a possibilidade de aspergilose pulmonar invasiva.

Diante dessa possibilidade, e considerando o agravo do paciente descrito, é correto afirmar que:

- (A) o exame de imunoensaio da galactomanana tem ótimo valor preditivo positivo e negativo nesse caso;
- (B) no caso descrito, a melhor opção para o diagnóstico é a realização de broncoscopia com biópsia pulmonar;
- (C) o fungo *Aspergillus* tem crescimento lento, e a cultura tem sensibilidade alta para os quadros agudos e invasivos;
- (D) uma possibilidade é analisar os níveis séricos de galactomanana dos últimos meses nesse paciente neutropênico, pois isso ajuda na decisão quanto à terapia empírica;
- (E) em exame direto para pesquisa de aspergilose e outros fungos, utilizam-se corantes à base de prata. Sua positividade para *Aspergillus* não autorizaria a terapia, devendo-se aguardar a cultura ou a galactomanana no caso descrito acima.

18

Um paciente idoso atendido em consulta ambulatorial com perda ponderal significativa não intencional poderia ser classificado com síndrome consumptiva na dependência de outros sinais e sintomas.

As principais possibilidades para síndrome consumptiva em idosos ambulatoriais são:

- (A) doença do refluxo gastroesofágico, úlcera péptica e tumores do estômago;
- (B) transtorno depressivo, alterações benignas do trato digestivo e doenças malignas;
- (C) tuberculose pulmonar, insuficiência cardíaca e doença pulmonar obstrutiva crônica;
- (D) anorexia nervosa, doenças degenerativas neurológicas e medicamentos;
- (E) doença de Parkinson, doença de Alzheimer e efeitos medicamentosos adversos.

19

O professor de semiologia pediu ao residente de clínica médica para ajudar o aluno de medicina. Estavam diante de um paciente de 25 anos com síndrome consumptiva associada a síndrome respiratória de início há 1 mês. O quadro completo abarcava perda ponderal de 5% do peso usual em um mês, tosse inicialmente seca e depois com secreção mucoide, dispneia aos médios esforços e febre vespertina ao final do dia. O residente descreveu o exame físico do tórax para o aluno: tórax sem massas, cicatrizes ou retrações à inspeção estática. Na inspeção dinâmica, a frequência respiratória foi de 32 incursões por minuto, com uso de musculatura acessória como intercostais e esternocleidomastóideo. Respiração de predomínio abdominal sem retração intercostal em setor toracolombar à direita. À palpação foi percebida redução da expansibilidade anteroposterior e laterolateral, sobretudo à direita. Percussão com macidez em base de hemitórax direito, terço médio e região axilar do mesmo lado. Restante com som claro atimpânico. Não foi realizado frêmito toracovocal por inexperiência na manobra. A ausculta estava reduzida em terço médio do hemitórax direito e abolida em base e região axilar direita. Murmúrios audíveis com sons traqueais e sons brônquicos sem alterações e murmúrios em vias aéreas distais normais em hemitórax esquerdo. Diante da descrição, o professor pediu para que voltassem ao leito a fim de levantar a síndrome clínica do paciente.

O restante da descrição completa e suas possibilidades, retornadas pelo residente e pelo aluno, são:

- (A) pectoriloquia fônica e egofonia em limites do terço superior com o terço médio do hemitórax direito, associada a ressonância vocal reduzida em axila superior e abolida em base de hemitórax direito, configurando síndrome de derrame pleural à direita;
- (B) pectoriloquia fônica e afônica com ressonância vocal aumentada em base e terço médio do hemitórax direito associada a estertoração crepitante na base direita, configurando síndrome de atelectasia de lobo inferior direito;
- (C) sopro tubário com ressonância vocal aumentada em terço médio do hemitórax direito associado a murmúrio vesicular abolido na base do mesmo lado configurando síndrome de consolidação de lobo médio e inferior;
- (D) estertores bolhosos e subcrepitantes em terço médio do hemitórax direito e estertores crepitantes em base de hemitórax direito, conjugados a murmúrios respectivamente reduzidos e abolidos, no hemitórax direito configuram síndrome de derrame pleural à direita;
- (E) sinal de Pitres em terço médio de hemitórax direito associado a ressonância vocal aumentada na mesma altura estabelece a síndrome de pneumotórax à direita.

20

Um paciente de 35 anos, em estado de imunossupressão grave por não adesão medicamentosa contra o HIV (CD4: 85 células), apresentou quadro de diarreia crônica, síndrome consumptiva e odinofagia. Em avaliação endoscópica, havia a presença de exulcerações e ulcerações longitudinais em esôfago e reto, sugerindo invasão por citomegalovírus (CMV). O paciente estava com pancitopenia em investigação e com neutrófilos totais em 600 células/mm³.

A maneira custo-efetiva de tentar o diagnóstico e iniciar o tratamento é:

- (A) dosagem de sorologias para CMV IgM e IgG, considerando a positividade ao menos da IgM;
- (B) cultura viral convencional pareando os espécimes e unidades no sangue e nas fezes;
- (C) antigenemia (pp65) em sangue total negativa, que excluiria a citomegalovirose;
- (D) PCR qualitativo negativo no plasma, que excluiria doença invasiva por CMV;
- (E) histopatologia com corpos de inclusão intranucleares basofílicos, que sugere doença ativa por CMV.

21

Um paciente foi internado para investigação de quadro diarreico e dispéptico há 2 semanas. Teve que interromper o tratamento para mieloma múltiplo iniciado há 5 meses com bortezomibe, ciclofosfamida e dexametasona. Mantinha uso regular de corticoide, metadona e bisfosfonatos devido a lesões líticas difusas e dores ósseas. Fazia profilaxia com cotrimoxazol (sulfametoxazol e trimetoprima) e aciclovir conforme recomendação do hematologista. Durante a internação, foram evidenciadas lesões urticariformes e estrias elevadas, rosadas, pruriginosas e evanescentes ao longo da parte inferior do tronco, coxas e nádegas. Um dado interessante é que essas lesões desbotavam ao longo de 2 ou 3 dias, desaparecendo. No entanto, o paciente começou a apresentar dispneia, broncoespasmo, dor torácica e febre, sendo confirmado infiltrado difuso e bilateral sugestivo de consolidação pulmonar e atenuação em vidro fosco em tomografia de tórax. Os sintomas diarreicos recrudesceram, apresentando sangramento vivo nas fezes com tenesmo e irritação retal. O laboratório demonstrava leucócitos normais com predomínio de neutrófilos e desvio à esquerda. Eosinófilos: 895/mm³, hiponatremia, PCR: 5 vezes o valor de base do paciente.

Diante do quadro, o planejamento mais acertado em relação à hipótese diagnóstica e gravidade é:

- (A) colher hemoculturas e iniciar cefepima parenteral;
- (B) colocar em dose terapêutica o cotrimoxazol pela possibilidade de pneumocistose disseminada;
- (C) colher culturas e iniciar tratamento para pneumonia comunitária grave com levofloxacina ou piperacilina e tazobactam;
- (D) pesquisar parasitoses intestinais e iniciar nitazoxanida oral por 10 a 14 dias, devido à possibilidade de criptosporídios e microsporídios associando albendazol oral por 5 dias para cobertura contra giardíase e amebíase;
- (E) colher hemocultura para germes aeróbios e anaeróbios, colher sorologia para *Strongyloides* e iniciar, concomitantemente, antibiótico para cobertura de bactérias Gram negativas, sobretudo entéricas, associado a ivermectina oral por 2 semanas.

22

Uma senhora de 65 anos, após anos de acompanhamento na clínica médica por diabetes e hipertensão, retornou com queixa de distensão abdominal e parada de eliminação de gases e fezes há uma semana. Há histórico de constipação crônica por volta dos 30 anos, incluindo atendimentos de emergência para clister glicerinado e extração manual das fezes. Só consegue evacuar com medicações laxativas como polietilenoglicol e laxativos salinos de uso regular. O exame físico e ultrassom à beira leito evidenciaram muita distensão abdominal e dor à palpação profunda. Ao toque retal, há hemorroidas, dor e espasmo da ampola retal – apesar de toque gentil – e sangramento discreto em luva devido ao uso de clister glicerinado nos últimos 3 dias. Optou-se por internação para manuseio do quadro de obstipação intestinal. Com a tomografia de abdômen, pode-se perceber grande impação fecal em reto e extensão para sigmoide baixo, com fezes em todo o cólon.

Sem outras alterações clínicas, laboratoriais e radiológicas, a equipe médica optou corretamente por:

- (A) iniciar neostigmina, pois trata-se de pseudobstrução intestinal crônica;
- (B) manter os laxativos, incluindo lactulose, enemas glicerinos e clister em gravidade, com perspectiva de colectomia distal, caso não haja melhora em 3 dias;
- (C) suspender os laxativos e iniciar terapia com supositórios de glicerina seguidos de extração manual 3 vezes ao dia, pois, sem a retirada do fecaloma, não haverá trânsito intestinal normal;
- (D) extração por retossigmoidoscopia rígida com infusão local de óleo mineral e associação de neostigmina mitigando dores abdominais após a liberação do fecaloma endurecido;
- (E) suspender lactulose pela distensão, manter laxativos estimulantes como bisacodil (incluindo na forma de supositórios), estimular medidas comportamentais e associar prucaloprida, acompanhando o quadro clínico da paciente.

23

Uma paciente de 31 anos foi internada pela terceira vez em hospital de grande porte. Nas duas internações anteriores, suas queixas relacionavam-se a sangramento. Na primeira, aos 20 anos, a internação foi motivada por menorragia e metrorragia. Na época, não foi necessário procedimento, e a investigação não resultou em nenhum diagnóstico. Não havia anemia, plaquetopenia, tampouco distúrbio da coagulação pelo coagulograma. Na segunda internação, aos 25 anos, o sangramento ocorreu após procedimento dentário, com recorrência durante o 2º dia até o 5º dia de extração dentária. Recentemente, retirou o anticoncepcional na tentativa de engravidar, após 11 anos de uso, mas também apresentou um trauma em membro inferior com equimoses pela coxa e perna direita, motivando o uso de anti-inflamatório não esteroidal. Internou-se dessa vez com síndrome anêmica e epigastralgia. A paciente estava pálida, hipocorada, com frequência cardíaca de 110 bpm e pressão arterial em 100 x 50 mmHg. Estava lúcida, orientada, eutrófica e não possuía qualquer sinal de gravidade ou infecção. Não usava qualquer medicação regular e não relatou doença prévia. Seus exames demonstraram piora gradual da anemia entre os 25 anos (hemoglobina 11 g/dl) e o momento atual (8 g/dl). Durante a internação, houve melena, e a investigação de anemia demonstrou morfologia microcítica e hipocrômica, com reticulócitos corrigidos de 1,5%, ferritina 15 ng/ml, índice de saturação de transferrina 12% e TIBC (capacidade total de ligação do ferro) de 400 mcg/dl. O médico responsável prosseguiu a investigação de anemia com endoscopia digestiva alta, que revelou pangastrite aguda grave e algumas angiodisplasias sem sinais de sangramento recente. Ele logo pensou em uma hipótese diagnóstica ao ver plaquetas em 140 mil e coagulograma normal.

A condução mais apropriada no momento é:

- (A) transfusão de crioprecipitado e dosagem do fator VIII;
- (B) transfusão de plaquetas e avaliação do tempo de sangramento;
- (C) realização de colonoscopia e dois concentrados de hemácias para estabilização clínica;
- (D) sorologias para arboviroses, anti-HIV e pesquisa de FAN e ANCA, enquanto se programa fotocoagulação das angiodisplasias;
- (E) pesquisa do antígeno de von Willebrand, dosagem da atividade do fator de von Willebrand dependente de plaquetas e dosagem da atividade do fator VIII.

24

Uma paciente de 45 anos com sobrepeso foi internada na clínica médica por extensão de trombose venosa antiga com sinais de trombo recente em veia ilíaca direita em ultrassonografia com doppler. Ela havia sido submetida a cirurgia videolaparoscópica dois meses antes devido à colecistectomia (colecistite aguda). Na ocasião, retornou 1 semana depois da alta por trombose venosa profunda em femoral direita. Apesar da anticoagulação com warfarina, houve recorrência da trombose. Não houve qualquer sintoma no período, exceto por dor e sensação de peso na perna afetada. Na primeira trombose venosa profunda (TVP), além do procedimento cirúrgico, ficou mais tempo deitada e usava anticoncepcional, suspenso quando foi diagnosticada a TVP. Há história familiar de trombose.

Diante desse quadro, a condução mais acertada é:

- (A) ministrar heparina de baixo peso molecular em dose plena e warfarina, aguardando 3 meses para realizar testes para trombofilia hereditárias;
- (B) pesquisar anomalias vasculares com angiotomografia, realizar anticoagulação com rivaroxabana e aguardar 6 meses para pesquisa de trombofilias hereditárias;
- (C) prescrever rivaroxabana, ministrar heparina de baixo peso molecular em dose plena e suspender warfarina, realizando os testes de trombofilia hereditária imediatamente;
- (D) suspender a warfarina, realizar anticoagulação plena com heparina de baixo peso molecular e pesquisar trombofilias hereditárias após 2 semanas (mutação do fator V de Leiden, mutação do gene da protrombina, dosagem de proteína C, dosagem de proteína S e anticorpos anti-fosfolipídeos);
- (E) suspender warfarina, realizar anticoagulação plena com heparina não fracionada e pesquisar trombofilias hereditárias ao final da primeira semana (mutação do fator V de Leiden, mutação do gene da protrombina, dosagem de proteína C, dosagem de proteína S, pesquisa de deficiência de antitrombina III, anticorpos anti-fosfolipídeos e anticoagulante lúpico).

25

Um homem de 52 anos entrou no consultório de clínica médica relatando dores e edema em articulações de joelhos, tornozelos, cotovelos e punhos. O quadro se iniciou há uma semana com forte dor, edema e eritema em joelho esquerdo, evoluindo para as articulações descritas associado a calafrios (não aferiu febre) e lesões cutâneas, a saber: pápulas e pequenas máculas e pústulas, algumas com componente hemorrágico. Havia um eritema nodoso em perna esquerda e, também, leucocitose com desvio à esquerda com predomínio de neutrófilos, associada a marcadores inflamatórios bem elevados (VHS e PCR), compõe o quadro. Foram coletadas culturas de sangue e urina, sem crescimento de germes até o 5º dia. O exame físico articular demonstra tenossinovite de hálux bilaterais e calcâneos. Não há local para punção articular após um pouco mais de 1 semana do início do quadro. Testes de autoimunidade como FAN, fator reumatoide, antipeptídeo citrulinado cíclico e ANCA foram negativos. Optou-se por um tratamento empírico com melhora importante do quadro cutâneo e articular em 48 horas.

O tratamento instituído foi:

- (A) ceftriaxona 1g intravenoso por dia;
- (B) colchicina 0,5 mg oral 2 vezes por dia;
- (C) prednisona 20 mg oral por dia;
- (D) azitromicina 500 mg oral 2 vezes por dia;
- (E) metotrexato 2,5 mg por dia.

26

Um homem de 43 anos, após ganho de peso e alguns sintomas dispépticos, procurou o ambulatório de clínica médica. Não havia qualquer histórico de doença pregressa e uso regular de medicação. Seu consumo de álcool era ocasional (em torno de 30 gramas por semana). Não havia história familiar de doença hepática, tampouco sinais ou sintomas como icterícia, dor abdominal ou alteração de hábito intestinal. Ao exame, detectaram-se IMC de 29; circunferência abdominal de 102 cm (altura 1,89 m); pressão arterial de 140 x 90 mmHg; e hepatimetria de 16 cm em linha hemiclavicular direita com fígado palpável e borda romba. Exames laboratoriais revelaram: glicemia de jejum 110 mg/dl, HDL colesterol 40 mg/dl, LDL colesterol 130 mg/dl, triglicérides 160 mg/dl, aspartato aminotransferase (AST) de 70 U/L (normal: 15 a 41) e alanina aminotransferase (ALT) 67 U/L (normal: 10 a 35). O restante do hemograma, da bioquímica e do coagulograma foi normal. Na segunda consulta, trouxe a ultrassonografia de abdômen e outros exames solicitados.

Sobre a investigação de doença hepática gordurosa associada a disfunção metabólica, é correto afirmar que:

- (A) não se trata doença hepática gordurosa por disfunção metabólica, pois a carga etílica é alta, devendo-se utilizar a elastografia ou biópsia hepática para a finalizar a investigação;
- (B) o escore FIB-4 acima de 3,0 e o ultrassom de abdômen demonstrando esteatose hepática prescindem de elastografia para análise de fibrose hepática;
- (C) se pode prescindir de marcadores de doença hepática como fator antinuclear, anticorpo-antimitocôndria, níveis de ceruloplasmina e níveis de alfa1 antitripsina, pois o quadro clínico não é compatível com tais condições;
- (D) o ultrassom de abdômen demonstra esteatose hepática, mas só haverá o diagnóstico de doença hepática gordurosa por disfunção metabólica após a exclusão de outras causas de lesão hepática aguda e crônica;
- (E) elastografia e ultrassom de abdômen devem ser solicitados juntos para dar o diagnóstico e estratificação, poupando custos e tempo do médico e paciente.

27

Após a chegada de paciente de 66 anos com pneumonia comunitária, o residente de clínica médica precisou revisar alguns pontos sobre o tema. O paciente estava prostrado e desorientado. Sua frequência respiratória era de 35 irpm e sua pressão arterial, 100 x 60 mmHg. Não havia qualquer comorbidade descompensada ou internação prévia. O paciente era hipertenso leve em bom controle.

Sobre a condução nessa primeira abordagem, é correto afirmar que:

- (A) as coletas de gasometria, hemograma, bioquímica e de material para cultura no sangue e no escarro são recomendadas. Também está recomendado o teste de antígeno para influenza em situações de alta circulação do vírus;
- (B) esse paciente, independentemente do resultado dos primeiros exames, tem pneumonia comunitária grave e deve ser internado, ministrando-se carbapenêmico associado a vancomicina;
- (C) a coleta de escarro para coloração por Gram e cultura e a coleta de hemoculturas são desnecessárias nesse caso;
- (D) a pesquisa de antígeno urinário para *Legionella* e pneumococo é essencial ao desfecho do caso;
- (E) a dosagem procalcitonina pode guiar a terapia antimicrobiana.

28

Uma mulher de 35 anos foi à emergência por febre, calafrios e dor lombar e pélvica iniciados há 2 dias. Estava com náuseas, mas sem sintomas de irritação urinária. Não havia relato de doenças prévias, medicamentos e instrumentação do trato urinário. No ano anterior, teve dois episódios de infecção urinária. A paciente encontrava-se estável hemodinamicamente, sem febre no momento, e o controle da dor foi adequado nos primeiros minutos. A coleta de urina para EAS e cultura foi realizada, bem como a coleta de hemocultura. A dor lombar foi localizada em ângulo costovertebral à direita e ultrassonografia à beira leito não demonstrou dilatação pielocalicial. Apesar da leucocitose com desvio à esquerda e da PCR elevada em 10 vezes em relação à normalidade, a função renal estava preservada.

Sobre a abordagem e o provável diagnóstico desse quadro, é correto afirmar que:

- (A) a urinálise sem piúria é comum;
- (B) o diagnóstico mais provável pode ser firmado com palpação bimanual da pelve e presença de secreção vaginal;
- (C) a tomografia de abdômen com contraste é obrigatória nesse caso;
- (D) será necessária a internação hospitalar com antibiótico parenteral por 14 dias;
- (E) a conduta recomendada consiste em ceftriaxona 1g intravenoso, analgesia e observação por 12h, propondo-se continuidade em tratamento domiciliar com antibiótico por via oral.

29

Uma paciente feminina de 48 anos foi internada por pancreatite aguda apresentando necessidade de hidratação venosa, analgesia parenteral, hemodiálise e reposição de eletrólitos. Durante o sétimo dia de internação com catéter venoso central (CVC), houve febre (38,5 °C) com calafrio e evidência de purulência no óstio do CVC.

Foi proposta a coleta de 2 sets de hemocultura após a retirada do catéter venoso central e início de antibiótico, pois havia taquicardia, taquipneia e mudança comportamental. Houve melhora clínica logo no dia seguinte, após as medidas anteriores, com a retirada do CVC e introdução de esquema antibiótico para sepse por catéter venoso central. No 3º dia da coleta saiu o resultado de crescimento de *Staphylococcus aureus* em 2 frascos de hemocultura. O teste de sensibilidade demonstrou ser sensível à oxacilina.

Sobre o quadro descrito, é correto afirmar que:

- (A) coletas de hemocultura não serão mais necessárias, pois a recomendação é de 14 dias de antibiótico para infecção de corrente sanguínea (ICS) relacionada ao catéter por *Staphylococcus aureus*;
- (B) todos os pacientes com hemocultura por *Staphylococcus aureus* devem ter reavaliações diárias para possíveis focos de disseminação e devem também realizar um ecocardiograma transtorácico;
- (C) a análise dos germes em hemocultura deve mostrar se há ou não contaminação. Crescimento de *Staphylococcus aureus* em hemocultura sempre será indicativo de infecção;
- (D) a remoção do catéter foi feita de forma incorreta, podendo ser feito *lock* de antibiótico pelo catéter para salvar o dispositivo;
- (E) todo paciente com febre (temperatura axilar acima de 38,0 °C) deve ter pelo menos 1 set de hemoculturas colhidas.

30

Um paciente de 65 anos, paraplégico por projétil de arma de fogo, foi internado por febre baixa (até 38 °C) diária nos últimos 4 dias. Não há outras comorbidades. Ocorreu lesão por pressão em região sacra devido a perda sensitiva e quadro depressivo. O paciente permaneceu acamado. A médica percebeu drenagem de secreção serosa por orifício com flutuação na região sacra, associada a calor e eritema local. Exames laboratoriais demonstraram anemia normocítica, normocrômica e leucocitose com predomínio de neutrofilia e desvio até bastonetes, os quais também estavam elevados. A velocidade de hemossedimentação foi de 96 mm e o PCR estava ultrasensível, com 35 mg/dl (normal até 0,3 mg/dl).

O plano diagnóstico mais adequado se resume em:

- (A) evidenciar um quadro clínico compatível, VHS, PCR, leucocitose, hemoculturas e ressonância nuclear magnética (se menos de 2 semanas de evolução) que podem direcionar para a necessidade da realização de biópsia óssea para cultura e histopatologia em osteomielite não hematogênica por contiguidade;
- (B) realizar culturas de *swab* ou material de punção com agulha (por exemplo, aspiração de material no tecido mole em vez de osso) que devem ser usadas para estabelecer um patógeno de osteomielite, uma vez que a correlação entre a cultura de biópsia óssea e essas amostras é alta;
- (C) realizar o teste da sonda pelo orifício (*probe test*) associado a marcadores inflamatórios elevados em paciente com lesão por pressão que reforça o diagnóstico de osteomielite com alto valor preditivo positivo, tornando desnecessários outros exames;
- (D) realizar as culturas do trato sinusal (secreção serosa do paciente) que terão valor apenas se o germe for atípico como micobactérias, fungos e bastonetes Gram negativos;
- (E) realizar ressonância nuclear magnética de região sacra e iniciar antibiótico empírico com cobertura para germes Gram positivos e negativos.

31

Uma mulher de 43 anos procurou atendimento médico com história de episódios recorrentes de vertigem. Esses episódios duravam várias horas e eram acompanhados por náuseas, vômitos e frequentemente associados à sensação de redução da acuidade auditiva unilateral. Além disso, vinha ocorrendo uma sensação de zumbido. Foram solicitados exames complementares, que sugeriram o diagnóstico de síndrome de Ménière.

A médica que acompanha essa paciente, além de solicitar a avaliação de um especialista (otorrinolaringologista), já adiantou, corretamente, a seguinte orientação:

- (A) aumento de alimentos ricos em ômega 3;
- (B) uso de dimenidrinato e piridoxina à noite;
- (C) dieta com alimentos de baixo índice glicêmico;
- (D) dieta com baixo teor de sódio e uso de diurético;
- (E) uso de dose baixa e diária de corticoide sistêmico.

32

Uma estudante universitária de 23 anos marcou avaliação clínica pois vinha apresentando episódios recorrentes de perda de consciência desde a adolescência, geralmente em situações de estresse emocional intenso ou durante prolongada permanência em pé em ambientes quentes. Ela descreveu que, momentos antes de perder a consciência, sentia tontura, visão turva, suor frio e náuseas. Em um dos episódios mais recentes, enquanto estava em pé em uma fila, começou a sentir esses sintomas e desmaiou, recuperando a consciência em menos de 2 minutos. Negou doenças prévias e afirmou que se sentia saudável. Durante a consulta médica, não foram encontradas alterações ao exame físico. A paciente levou Holter de 24 horas, eletrocardiograma e ecocardiograma, que estavam dentro da normalidade. A paciente queria saber o que fazer ao ter a sensação de desmaio.

Nesse contexto de um quadro sugestivo de síncope vasovagal, além de sugerir que ela deite no chão ou outro tipo de superfície quando sentir os prodromos de síncope, o médico deve orientá-la a:

- (A) balançar-se alternando o peso de um pé para o outro;
- (B) ficar o máximo de tempo com os braços cruzados, respirando fundo e soltando o ar;
- (C) ingerir rapidamente uma bebida energética ou um alimento que seja fonte de carboidrato;
- (D) elevar os braços acima da cabeça e mantê-los nessa posição até que os sintomas melhorem;
- (E) fazer manobras de contração isométricas, como apertar as mãos e cruzar as pernas fazendo contração bilateralmente.

33

Um paciente de 34 anos procurou ambulatório para realização de *check up* médico. Negou quaisquer sintomas ou doenças prévias. Ao exame, a pressão arterial era de 132 por 82 mmHg e a frequência cardíaca, de 68 batimentos por minutos. Foi observada uma irregularidade no ritmo cardíaco, sugerindo a presença de aproximadamente 4 extrassístoles por minuto. O restante do exame físico foi sem alterações. Foi solicitado eletrocardiograma, em que foi evidenciada a presença de algumas extrassístoles ventriculares. Essas alterações foram confirmadas em Holter de 24 horas, em que foi observada uma baixa incidência de extrassístoles ventriculares, sem arritmia supraventricular. O paciente realizou, também, um ecocardiograma, que estava dentro da normalidade, mas ficou preocupado ao terem sido detectadas essas alterações no ritmo cardíaco, apesar de estar assintomático.

A orientação mais adequada nesse caso é:

- (A) indicar uma avaliação especializada, visando à realização de um estudo eletrofisiológico;
- (B) tranquilizar o paciente e sugerir que evite um consumo elevado de estimulantes como cafeína;
- (C) solicitar ressonância magnética cardíaca para investigação de causas para arritmia ventricular;
- (D) solicitar cintilografia miocárdica visando a afastar isquemia miocárdica como causadora do quadro do paciente;
- (E) iniciar verapamil em dose plena e solicitar novo Holter de 24 horas após dois meses de tratamento com essa medicação.

34

Um paciente de 59 anos, diabético, tabagista, com diagnóstico de doença arterial periférica em membros inferiores, foi atendido no ambulatório para acompanhamento de rotina. Nos exames laboratoriais realizados dentro do último mês, foram observados colesterol total de 270 mg/dL, HDL de 38 mg/dL, LDL de 198 mg/dL e triglicérides de 170 mg/dL.

Nesse caso, a terapia hipolipemiante mais indicada é:

- (A) pitavastatina de 1 a 2 mg ao dia;
- (B) ezetimiba de 5 a 10 mg ao dia;
- (C) bezafibrato de 200 mg a 400 mg ao dia;
- (D) sinvastatina de 10 mg a 20 mg ao dia;
- (E) atorvastatina de 40 mg a 80 mg ao dia.

35

Uma paciente de 26 anos procurou atendimento médico pois tem apresentado febre baixa há aproximadamente uma semana. Além disso, observou a presença de nódulos dolorosos e avermelhados na região anterior das pernas que surgiram nesse período. Negou outros sintomas ou doenças prévias. Há aproximadamente um mês, iniciou um contraceptivo oral prescrito por sua ginecologista. Em exame clínico, verificaram-se apenas nódulos de aproximadamente 3 cm de diâmetro, eritematosos, dolorosos à palpação e localizados na região anterior das pernas bilateralmente. A médica que atendeu essa paciente suspeitou de que o quadro estivesse relacionado ao uso de contraceptivo oral.

Nesse sentido, a principal hipótese para o caso é:

- (A) eritema nodoso;
- (B) paniculite lupoide;
- (C) ectima gangrenoso;
- (D) vasculite urticariforme;
- (E) granuloma anular subcutâneo.

36

Um paciente em pós-operatório iniciou um quadro de pseudo-obstrução colônica com distensão abdominal, vômitos e dor intensa em todo o abdômen. Após avaliação dos exames complementares e evolução clínica, a equipe médica decidiu iniciar tratamento com neostigmina venosa.

Nesse contexto, está recomendada a seguinte conduta durante a infusão venosa da neostigmina:

- (A) glicemia capilar, pelo risco de hipoglicemia grave e sintomática;
- (B) monitorização invasiva da pressão arterial, pelo risco de hipotensão;
- (C) monitorização cardíaca contínua, pelo risco de bradicardia acentuada;
- (D) dosagem de hemograma após a infusão, pela possibilidade de neutropenia grave;
- (E) monitorização clínica relacionada ao alto risco de síndrome de Stevens-Johnson.

37

Uma paciente de 59 anos procurou atendimento médico pois vinha apresentando insônia há pelo menos 6 meses, além de redução progressiva no apetite e perda de peso. Relatou ansiedade, tristeza, desânimo, fadiga, alteração da concentração, baixa autoestima e episódios de náuseas. Negou pensamentos de morte, mas alegou que o quadro estava causando significativo impacto social e profissional. Negou doenças prévias ou uso de medicações. Dentro do último mês, havia sido realizada uma investigação extensa para afastar doenças que pudessem causar esses sintomas. Como todos os exames vieram dentro da normalidade, a paciente procurou nova avaliação clínica. Não foram encontradas alterações ao exame clínico. O médico explicou para a paciente que ela estava com um quadro compatível com depressão.

Para essa paciente, a medicação que poderia trazer maior benefício, especialmente para os sintomas de insônia, ansiedade, redução do apetite, perda de peso e náuseas, é:

- (A) fluoxetina;
- (B) duloxetina;
- (C) mirtazapina;
- (D) topiramato;
- (E) bupropiona.

38

Um paciente de 34 anos é levado ao pronto-socorro por sua esposa, pois vem apresentando cefaleia intensa e convulsões sugestivas de crises parciais complexas. Há presença de leve parestesia braquiocrural à direita. É realizada uma tomografia computadorizada de urgência. Diante da história epidemiológica, sintomas, exame físico e achados na tomografia computadorizada de crânio, há a suspeita de neurocisticercose.

O próximo exame complementar para avaliação dessa hipótese diagnóstica é:

- (A) exame parasitológico de fezes;
- (B) ressonância nuclear magnética de crânio;
- (C) ultrassonografia com Doppler transcraniano;
- (D) eletroencefalograma com mapeamento cerebral;
- (E) PET SCAN cerebral com radiotraçador 18F-Fluorodeoxiglicose.

39

Uma paciente de 43 anos apresenta-se com um quadro de febre, mal-estar e erupção cutânea de início há 1 semana. Nega alterações na coloração da urina. Há aproximadamente 3 semanas, fez uso de nimesulida e amoxicilina pelo período de 1 semana por uma provável sinusite. Ao exame, a pressão arterial é de 162 por 90 mmHg e há presença de edema periorbital e em membros inferiores. Registra-se a ausência de dor a punho-percussão bilateralmente. Os exames laboratoriais identificam uréia de 62 mg/dL e creatinina de 2,1 mg/dL, além da presença de eosinofilia no hemograma. EAS indica hematúria microscópica, aumento dos leucócitos e cilindros leucocitários. Não há crescimento bacteriano na cultura de urina. A proteinúria em urina de 24 horas registra 1,8 g de proteínas. Ultrassonografia indica rins de tamanho normal, ecogenicidade preservada e ausência de hidronefrose.

A causa mais provável de acometimento renal nessa paciente é:

- (A) nefropatia membranosa;
- (B) pielonefrite aguda;
- (C) nefrite intersticial;
- (D) nefropatia por IgA;
- (E) amiloidose renal.

40

Um paciente de 69 anos foi admitido no hospital com síndrome de insuficiência cardíaca, aumento significativo do volume abdominal e edema de membros inferiores. Vinha em uso irregular de carvedilol e valsartan. Negou história de consumo de bebida alcoólica e hemotransfusão. O exame clínico indicava turgência jugular patológica, discretos estertores crepitantes bibasais e ritmo cardíaco regular. O abdômen se encontrava ascítico, tenso e com presença do sinal de piparote.

Além da abordagem relacionada à insuficiência cardíaca, optou-se pela realização de paracentese.

Diante da hipótese de ascite provocada por hepatopatia congestiva, são esperados os seguintes resultados:

- (A) gradiente de albumina soro-ascite (GASA) de 0,9 g/dL e proteína total do líquido ascítico de 1,8 g/dL;
- (B) gradiente de albumina soro-ascite (GASA) de 1,3 g/dL e proteína total do líquido ascítico de 1,5 g/dL;
- (C) gradiente de albumina soro-ascite (GASA) de 1,5 g/dL e proteína total do líquido ascítico de 2,7 g/dL;
- (D) gradiente de albumina soro-ascite (GASA) de 0,8 g/dL e proteína total do líquido ascítico de 2,8 g/dL;
- (E) gradiente de albumina soro-ascite (GASA) de 1,0 g/dL e proteína total do líquido ascítico de 1,9 g/dL.

Medicina Preventiva

41

Os estudos caso-controlé são relevantes na epidemiologia por possibilitar:

- (A) o estudo de doenças raras;
- (B) a estimativa das prevalências do desfecho;
- (C) a comparação do risco relativo entre os grupos;
- (D) a investigação de uma hipótese etiológica;
- (E) risco menor de viés de seleção.

42

Um grupo de pesquisadores deseja desenvolver um estudo para determinar a incidência e os fatores relacionados à síndrome de *burnout*, em uma amostra representativa de trabalhadores de um hospital de referência em neoplasias.

Nesse caso, o estudo deverá ser:

- (A) ecológico;
- (B) caso-controlé;
- (C) seccional;
- (D) caso-clínico;
- (E) de coorte.

43

Letícia, 32 anos, com diagnóstico de neoplasia de colo uterino, vem à consulta chorosa e preocupada com os próximos passos do tratamento, que acontecerá em um hospital de referência da região. Dentro da perspectiva de coordenação do cuidado, Luís, o médico da equipe, marca a consulta de retorno de Letícia para o último horário da próxima quarta-feira, após as primeiras sessões do tratamento, porque assim imagina poder dedicar mais tempo à paciente, caso ela se sinta fragilizada ou tenha muitas dúvidas sobre possíveis desdobramentos.

Sobre essa conduta, é correto afirmar que:

- (A) sugere uma característica relacionada à gestão da clínica;
- (B) não interfere na agenda da Unidade;
- (C) é conduta padrão no retorno de pacientes;
- (D) não faz diferença ser a primeira ou última consulta, se ela demandar mais tempo;
- (E) é sempre ao final da agenda do dia que pacientes com neoplasia devem ser atendidos.

44

Maura, 45 anos, secretária, sem filhos, se queixa de tonturas, enjoos e suores algumas vezes ao dia. Tem sentido muita sede e urinado com frequência à noite. Dr. Gilson chama a paciente, cumprimenta-a com um sorriso e, após recebê-la, se apresenta e pede que se acomode na cadeira disponível, pergunta como pode ajudá-la e deixa que ela fale sem interrompê-la. A fala livre acontece por cerca de três minutos. Durante a entrevista, na etapa de coleta das informações, o médico observa os seguintes dados: “Dr., estou muito cansada e sem energia. Tenho tido essas crises de tontura, enjoo e suores várias vezes ao dia, mesmo quando como. Antes eu achava que era barriga vazia, mas não é, não. Você entende? Tenho medo de ser doença ruim.”

Gilson acena que sim com a cabeça e resolve perguntar: “E como isso tem interferido na sua rotina?”.

E ela responde: “Me sinto fraca, sem disposição, não consigo trabalhar, não como direito e nem durmo bem”.

Então Gilson diz: “Você está se sentindo fraca, sem disposição, tem sentido tontura, enjoo e suores várias vezes ao dia, mesmo após comer?”.

Ela confirma que é isso mesmo. Após a conversa e o exame físico, o médico explica que, ao que tudo indica, isso pode ser por uma síndrome metabólica, que pode ser resultado da alimentação, sobrepeso e sedentarismo. Nesse caso, ele propõe que sejam realizados alguns exames de sangue, colhidos na própria unidade. Conversam sobre a importância de tentar fazer alguma atividade física; ela propõe caminhar à noite após o trabalho. Ela chora com a possibilidade de ter diabetes. O médico procura tranquilizá-la e explica que, se ela estiver com alguma alteração metabólica, farão um planejamento para que fique tudo bem. Explica que há medicações boas e seguras, que a atividade física regular e que algumas modificações na alimentação vão ajudá-la a ficar bem e que ele sempre estará à disposição para orientar e tirar todas as suas dúvidas.

Considerando o Método Clínico Centrado na Pessoa (MCCP), é correto afirmar que:

- (A) Gilson buscou explorar a saúde, a doença e a experiência da doença;
- (B) ao propor a atividade física que considera viável, Maura não participou do processo de decisão no Plano Terapêutico Singular (PTS);
- (C) a forma como o caso foi conduzido não influenciará a adesão de Maura ao plano escolhido;
- (D) a conduta relatada no trecho “O médico procura tranquilizá-la e explica que, se ela estiver com alguma alteração metabólica, farão um planejamento para que fique tudo bem” é desnecessária no caso em questão;
- (E) o problema de Maura era muito objetivo, e a consulta poderia ter sido mais célere.

45

São características do projeto terapêutico singular expressas no atendimento:

- (A) orientar ao tratamento que pareça mais conveniente sob a ótica do profissional;
- (B) não se preocupar em garantir que pessoa e médico chegaram a uma decisão baseada na mútua compreensão;
- (C) responder apenas às demandas objetivas dos usuários;
- (D) ter como objetivo a produção de autonomia e apropriação do processo de cuidado por parte do usuário;
- (E) não ser um arranjo operador e gestor de cuidado.

46

Giovana, 25 anos, chega à unidade de pronto atendimento com tosse seca, chiado no peito e dispneia aos grandes esforços, com piora à noite. Apresenta-se sem história de febre, sem perda de peso, sem expectoração crônica, sem histórico de tabagismo, sem rinorreia aquosa, obstrução ou prurido nasal, sem dor torácica ventilatório-dependente e sem tosse com expectoração. Relata piora próximo a fumaça de cigarro. Ao exame pulmonar, apresenta tosse, murmúrio vesicular e sibilos difusos, especialmente na expiração forçada. Não tem outras alterações. Peso = 56kg, altura = 1,60 m, IMC = 23,5 kg/m², FC = 78 bpm e FR = 17 irpm. O exame cardiovascular registra ritmo regular em 2 tempos, sem sopro e sem alteração de ictus. O abdômen está normotenso, sem organomegalias. Diante desse quadro, o médico decide solicitar uma espirometria para confirmar o diagnóstico de asma.

O resultado espirométrico que caracteriza o quadro de asma é:

- (A) pré-broncodilatador VEF1/CVF > 0,7 do previsto e pós-broncodilatador VEF1 maior ou igual a 12% do valor previsto e 200 ml;
- (B) pré-broncodilatador VEF1/CVF < 0,7 do previsto e pós-broncodilatador VEF1 maior ou igual a 7 % do valor previsto e 200 ml;
- (C) pré-broncodilatador VEF1/CVF > 0,7 do previsto e pós-broncodilatador VEF1 maior ou igual a 7% do valor previsto e 200 ml;
- (D) pré-broncodilatador VEF1/CVF < 0,7 do previsto e pós-broncodilatador VEF1 maior ou igual a 12% do valor previsto e 200 ml;
- (E) pré-broncodilatador VEF1/CVF < 0,7 do previsto e pós-broncodilatador VEF1 menor ou igual a 12% do valor previsto e 200 ml.

47

Em uma consulta de retorno, Ricardo, 52 anos, desempregado, traz os resultados de exames e o resultado do MRPA (PA média = 135 x 85 mmHg).

Na consulta, PA = 150 X 90 mmHg. O exame de ECG está normal; raio X de tórax normal; colesterol total = 330; HDL = 30; LDL = 167; triglicérides = 290; glicemia em jejum = 109; K = 4; Cr = 0,9; EAS = sem alterações.

A partir dos exames, conclui-se que:

- (A) o paciente apresenta risco cardiovascular alto;
- (B) a meta pressórica para Ricardo é 150 x 90 mmHg;
- (C) não há dados suficientes para avaliar o risco cardiovascular;
- (D) o paciente apresenta diagnóstico de hipertensão do jaleco branco;
- (E) o tratamento para HAS pode ser postergado, e o paciente deve ser orientado a realizar mudanças de estilo de vida.

48

O mesmo paciente Ricardo, em vista dos resultados de seus exames, deve ser submetido ao tratamento da hipertensão arterial.

Em relação a esse tratamento, é correto afirmar que:

- (A) inicialmente qualquer classe de medicamento pode ser utilizada;
- (B) inicialmente recomenda-se o uso de antiadrenérgicos de ação central;
- (C) a hipertensão arterial não deve ser considerada controlada se PA > 140 x 90 mmHg após o início da medicação;
- (D) a troca da medicação em 4 semanas é recomendada caso não seja atingida a meta pressórica;
- (E) a hipertensão arterial deve ser considerada controlada se PA > 140 x 90 mmHg após o início da medicação.

49

Ronaldo vai à unidade básica de saúde e, de acordo com seus exames recentes, é diagnosticado com diabetes *mellitus* tipo 2.

Em relação à retinopatia diabética (RD), a conduta deve ser:

- (A) iniciar o rastreamento para retinopatia diabética 6 meses após o diagnóstico de DM2;
- (B) iniciar o rastreamento para retinopatia diabética no momento do diagnóstico de DM2;
- (C) iniciar o rastreamento para retinopatia diabética 1 ano após o diagnóstico de DM2;
- (D) fazer o acompanhamento a cada 2 anos, caso seja identificada RD leve;
- (E) fazer o acompanhamento a cada 2 anos, caso não seja identificada RD leve.

50

Ronaldo, que está em dose máxima de hipoglicemiante oral e recebeu, há 3 meses, orientação sobre Mudança de Estilo de Vida (MEV), retorna trazendo seus exames com os seguintes resultados: creatina = 2,3; TFG = 21ml/min/1,73m²; glicemia = 320mg/dl; Hb1Ac = 8,3%.

Nesse momento, a conduta deve ser:

- (A) orientar o paciente sobre MEV;
- (B) manter o antidiabético oral;
- (C) manter a MEV e iniciar a insulino terapia;
- (D) associar MEV + metformina;
- (E) monitorar o paciente após 30 dias.

51

Sobre as metas para pacientes com diabetes *mellitus* (DM), é correto afirmar que:

- (A) a meta padrão-ouro é HbA1C entre 6,5 a 7,0%;
- (B) HbA1C < 6,5% é considerada uma meta menos rígida;
- (C) HbA1C < 7,5-8,5% é considerada uma meta mais rígida;
- (D) HbA1C < 7,5-8,5% é considerada uma meta para pessoas com diagnóstico recente, longa expectativa de vida, sem doenças cardiovasculares e pouco risco de hipoglicemia;
- (E) HbA1C < 6,5% é considerada uma meta nas situações que predisõem a hipoglicemia, situações de hipoglicemia frequente/grave, idosos com baixa expectativa de vida, DM de longa duração com inadequado controle, presença de outras doenças (insuficiência renal ou hepática) ou complicações macrovasculares.

52

Geni, 93 anos, acamada, com doença metastática difusa, bolsa de colostomia, sonda de gastrostomia e dor refratária à dose máxima de morfina + dose de ataque, está sob os cuidados de uma cuidadora não familiar, também idosa, com baixa escolaridade e com dificuldade para o manuseio e cuidado com os dispositivos.

Em relação aos pontos de atenção da Rede de Atenção à Saúde, é INCORRETO afirmar que:

- (A) Geni poderá ser acompanhada pela Atenção Primária à Saúde (APS) para cuidados com os dispositivos, quando também será possível o treinamento da cuidadora;
- (B) Geni poderá ser acompanhada pelas áreas de cuidados paliativos e atenção domiciliar;
- (C) a avaliação e os ajustes das medicações para o controle da dor poderão ser feitos na APS;
- (D) Geni não deve ser encaminhada ao hospital para tratamento da dor;
- (E) Geni deve ser encaminhada para um centro de reabilitação, que será capaz de realizar o manejo da dor e a capacitação aos cuidados com dispositivos.

53

Em visita domiciliar da equipe Castelo, os profissionais avaliam Antônio, 85 anos, acamado há 8 anos com doença de Alzheimer avançada. Ele é cuidado pela esposa, Joana, de 72 anos. Joana mostra-se desanimada, com humor deprimido, cansada, sem vontade de nada. Antonio tem ficado agitado, principalmente ao cair da tarde.

Diante do quadro clínico e familiar, a melhor alternativa para as práticas de saúde é propiciar cuidados baseados em evidências científicas:

- (A) centrados no idoso, manejando as patologias de base e a agitação. Em relação à cuidadora, devem ser oferecidos cuidados à saúde, apoio emocional e encaminhá-la ao apoio psicológico;
- (B) com encaminhamento para geriatria sem matriciamento. Em relação à cuidadora, deve ser oferecidos cuidados às suas necessidades de saúde;
- (C) centrados no idoso, manejando as patologias de base. Em relação à cuidadora, deve-se encaminhá-la à psiquiatria para uso de antidepressivo;
- (D) centrados apenas no idoso, manejando as patologias de base;
- (E) com encaminhamento para geriatria, com foco no idoso e suas patologias.

54

De acordo com o Ministério da Saúde, são critérios que definem um caso de hanseníase os elencados a seguir, EXCETO:

- (A) lesão e/ou áreas da pele com alteração de sensibilidade térmica e/ou dolorosa e/ou tátil;
- (B) espessamento de nervo periférico, associado a alterações sensitivas e/ou motoras e/ou autonômicas;
- (C) presença do *M. leprae*, confirmada na baciloscopia de esfregaço intradérmico;
- (D) presença do *M. leprae*, confirmada na biópsia de pele;
- (E) coceira.

55

Em pessoas com diagnóstico de hanseníase, a avaliação neurológica deve ser realizada:

- (A) apenas no início do tratamento;
- (B) a cada quatro meses durante o tratamento, se não houver queixas;
- (C) a cada seis meses durante o tratamento, se não houver queixas;
- (D) apenas se houver queixas (dor em trajeto de nervos, perda de força, dormência início ou piora de queixas que indiquem acometimento de nervo periférico);
- (E) na alta do tratamento.

56

Mirtes, 42 anos, paciente diagnosticada com hanseníase, acompanhada na Unidade de Boas Novas, em poliquimioterapia PQT-U (rifampicina, dapsona e clofazimina) há 6 semanas, chega à UPA apresentando náuseas, vômitos amarelados associados a epigastralgia, inapetência, odinofagia, disfagia, fadiga e Tax = 39 °C, prurido cutâneo, icterícia, edema em membros inferiores, edema de mãos, dermatite maculopapular em pés.

Nesse caso, a conduta deve ser:

- (A) suspender PQT-U e solicitar vaga zero;
- (B) suspender PQT-U, apenas;
- (C) solicitar vaga zero, apenas;
- (D) manter a paciente em observação na UPA;
- (E) medicar a paciente e orientar retorno a unidade em caso de persistência dos sintomas.

57

Julia, 31 anos, vai à Unidade com queixas de febre (Tax = 39 °C), tosse, secreção nasal clara, mialgia. Não apresenta dispneia, congestão nasal ou dor orofacial. Julia trabalha em um escritório com mais 5 pessoas. O diagnóstico é síndrome gripal, sem sinal de agravamento.

A conduta adequada para evitar o aparecimento de casos secundários é:

- (A) vacina no momento da consulta;
- (B) afastamento do trabalho por 24 horas;
- (C) afastamento do trabalho por 5 dias;
- (D) afastamento do trabalho por 15 dias ou até remissão de todos os sintomas;
- (E) prescrever a medicação para os sintomas, não sendo necessária conduta adicional.

58

De acordo com o preconizado pelo Ministério da Saúde, a investigação dos contatos adultos assintomáticos de um caso-índice de tuberculose deve ser iniciada com:

- (A) raio X de tórax;
- (B) baciloscopia de escarro;
- (C) cultura de escarro;
- (D) prova tuberculínica;
- (E) hemograma.

59

Considerando que o município de Vila Alegre possui 300.000 habitantes, o número esperado de resultados positivos para tuberculose em baciloscopia é de:

- (A) 300 habitantes;
- (B) 3.000 habitantes;
- (C) 6.000 habitantes;
- (D) 9.000 habitantes;
- (E) 12.000 habitantes.

60

No dia 12 de novembro de 2020, a Vigilância Epidemiológica (VE) do município Pitanjuba foi notificada pela UPA sobre um quadro gripal em Carolina, 86 anos, que apresentava febre, mal-estar, disgeusia e dispneia há 3 dias. Após a realização do teste de RT-PCR, foi confirmado o quadro de Covid-19. Como Carolina reside em uma instituição de longa permanência para idosos (ILPI), foi necessária a investigação epidemiológica para rastrear contatos e, então, definir as medidas de quarentena preventiva.

Em relação à ILPI de Carolina, é correto afirmar que:

- (A) há um caso suspeito de covid-19;
- (B) há uma epidemia de covid-19;
- (C) há uma suspeita de surto de covid-19;
- (D) não é possível definir se há surto de covid-19;
- (E) há surto de covid-19.

61

De acordo com a Lei nº 13.019, de 31 de julho de 2014, que estabelece o regime jurídico das parcerias entre a Administração Pública e as organizações da sociedade civil, NÃO fazem parte da organização da sociedade civil:

- (A) as sociedades cooperativas integradas por pessoas em situação de risco ou vulnerabilidade pessoal ou social;
- (B) as sociedades cooperativas alcançadas por programas e ações de combate à pobreza e de geração de trabalho e renda;
- (C) as sociedades cooperativas voltadas para fomento, educação e capacitação de trabalhadores rurais ou capacitação de agentes de assistência técnica e extensão rural;
- (D) as organizações religiosas que se dediquem a atividades ou a projetos de interesse público e de cunho social distintas das destinadas a fins exclusivamente religiosos;
- (E) as organizações religiosas que se dediquem a fins exclusivamente religiosos.

62

Considerando que o município X possui 112.000 habitantes, o número esperado de sintomáticos respiratórios para tuberculose é:

- (A) 112 habitantes;
- (B) 120 habitantes;
- (C) 1.120 habitantes;
- (D) 2.240 habitantes;
- (E) 12.000 habitantes.

63

A Lei nº 13.019, de 31 de julho de 2014, que estabelece o regime jurídico das parcerias entre a Administração Pública e as organizações da sociedade civil, define alguns atores no processo das parcerias.

Em relação ao gestor, é correto afirmar que se trata do(a):

- (A) pessoa que detenha poderes de administração, gestão ou controle da organização da sociedade civil, habilitada a assinar termo de colaboração, termo de fomento ou acordo de cooperação com a Administração Pública para a consecução de finalidades de interesse público e recíproco, ainda que delegue essa competência a terceiros;
- (B) agente público revestido de competência para assinar termo de colaboração, termo de fomento ou acordo de cooperação com organização da sociedade civil para a consecução de finalidades de interesse público e recíproco, ainda que delegue essa competência a terceiros;
- (C) agente público responsável pela gestão de parceria celebrada por meio de termo de colaboração ou termo de fomento, designado por ato publicado em meio oficial de comunicação, com poderes de controle e fiscalização;
- (D) agente público, titular do órgão, autarquia, fundação, empresa pública ou sociedade de economia mista competente para assinar instrumento de cooperação com organização da sociedade civil para a consecução de finalidades de interesse público;
- (E) pessoa que detenha poderes de administração, gestão ou controle da organização da sociedade civil.

64

A Lei nº 13.019, de 31 de julho de 2014, que estabelece o regime jurídico das parcerias entre a Administração Pública e as organizações da sociedade civil, preconiza que, sempre que possível, a Administração Pública estabelecerá critérios a serem seguidos, especialmente quanto às seguintes características, EXCETO:

- (A) objetos;
- (B) metas;
- (C) custos;
- (D) indicadores, quantitativos e qualitativos, de avaliação de resultados;
- (E) plano de trabalho.

65

A gestão do SUS exige a elaboração de instrumentos de gestão. Dentre os aspectos que devem ser observados nesse processo, destaca-se:

- (A) a articulação entre os diversos instrumentos, suas etapas de tramitação e seus respectivos níveis de responsabilidade;
- (B) a ausência de vinculação do processo de elaboração da proposta orçamentária em cada nível de governo;
- (C) a definição precisa das instâncias, mas não dos fluxos;
- (D) a ausência de ênfase na abordagem estratégica, compromissos ou acordos com relação a metas;
- (E) a padronização de instrumentos rígidos para inclusão de indicadores e metas.

66

São exemplos de instrumentos de planejamento utilizados pelos gestores de saúde:

- (A) Planos Plurianuais; Lei de Diretrizes Orçamentárias; Central de Regulação;
- (B) Planos Plurianuais; Lei de Diretrizes Orçamentárias; Protocolos Clínicos;
- (C) Planos Plurianuais; Lei de Diretrizes Orçamentárias; Lei Orçamentária Anual;
- (D) Lei de Diretrizes Orçamentárias; Lei Orçamentária Anual; Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde;
- (E) Planos Plurianuais; Lei de Diretrizes Orçamentárias; Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde.

67

Sobre a Central Nacional de Regulação da Alta Complexidade (CNRAC), é correto afirmar que:

- (A) organiza a porta de entrada do sistema de saúde independentemente das características da oferta;
- (B) organiza a porta de entrada do sistema de saúde quando existe a oferta de serviço de forma insuficiente para atender à demanda;
- (C) não tem grupos de procedimentos para inclusão de pacientes sob sua responsabilidade;
- (D) o estado ou o município que admitem pacientes de outros entes da federação não recebem pelo procedimento realizado;
- (E) atua no estabelecimento de mecanismos de ampliação da oferta de serviços e identificação dos problemas de acesso do usuário ao sistema.

68

Segundo a NOAS/SUS 01/02, a compra de serviços de saúde deve ser realizada quando a oferta de serviços de saúde da rede pública for insuficiente ou inexistente. Existem regras e procedimentos para a contratação de serviços no âmbito da administração pública.

Em relação a esse tema, destaca-se a seguinte regra ou procedimento:

- (A) a licitação pode ser exigida mesmo quando houver inviabilidade de competição;
- (B) apenas um tipo de contrato pode ser firmado entre o gestor público e os prestadores de saúde, a saber, o Convênio;
- (C) apenas um tipo de contrato pode ser firmado entre o gestor público e os prestadores de saúde, a saber, o Contrato de Gestão;
- (D) apenas um tipo de contrato pode ser firmado entre o gestor público e os prestadores de saúde, a saber, o Termo de Compromisso entre entes públicos;
- (E) o edital de chamamento público deve ser um procedimento no qual o gestor informa todos os prestadores de serviços de saúde cadastrados, que se disponham a integrar o SUS pelos preços estabelecidos, do seu interesse em contratá-los.

69

Sobre as formas de contratação de serviços no âmbito da Administração Pública, é correto afirmar que:

- (A) o Termo de Compromisso entre entes públicos é um ajuste no qual se pactuam o uso e as metas de uma determinada unidade prestadora de serviço, sob gerência de um nível de governo e gestão de outro;
- (B) o Contrato de Compra de Serviços é a modalidade a ser estabelecida com os prestadores filantrópicos, segundo uma lógica de pagamento por produção;
- (C) o Contrato de Gestão é estabelecido entre gestores do SUS e uma organização social para gerenciar um hospital público, sendo a licitação indispensável;
- (D) o Convênio pode ser firmado entre os próprios gestores dos SUS, e entre estes e entidades filantrópicas, com ou sem fins lucrativos;
- (E) o Contrato de Gestão é estabelecido entre gestores do SUS e um hospital privado.

70

São exemplos dos sistemas de informação em saúde no Brasil, EXCETO:

- (A) SISPRENATAL;
- (B) SISCOLO;
- (C) SIAB;
- (D) SNT;
- (E) CNES.

71

A Rede Interagencial de Informações para a Saúde (RIPSA), formalizada pela Portaria nº 2.390/GM, de 11 de dezembro de 1996, e por acordo de cooperação com a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), coordenada pela Secretaria Executiva do Ministério da Saúde, tem, entre seus objetivos:

- (A) estabelecer conjuntos de dados básicos, mas não de indicadores;
- (B) fiscalizar instituições que contribuem para o fornecimento e crítica de dados e indicadores;
- (C) promover consenso sobre conceitos, métodos e critérios de utilização das bases de dados;
- (D) promover independência em relação a outros subsistemas da administração pública;
- (E) atuar somente no estudo de aspectos pouco explorados do quadro sanitário brasileiro.

72

O Sistema de Informações de Nascidos Vivos (SINASC) foi implantado gradualmente pelo Ministério da Saúde a partir de 1990 e tem, como documento base, a Declaração de Nascido Vivo (DN).

Sobre o SINASC, é INCORRETO afirmar que:

- (A) o documento base é padronizado nacionalmente;
- (B) a DN é preenchida no hospital apenas;
- (C) propicia um aporte significativo sobre as condições da criança ao nascer;
- (D) propicia um aporte significativo sobre as condições do parto;
- (E) propicia um aporte significativo sobre sexo da criança, local onde ocorreu o nascimento, tipo de parto e peso ao nascer.

73

O Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), implantado em 1998 e desenvolvido como instrumento gerencial dos Sistemas Locais de Saúde, representou avanços concretos no campo da informação em saúde.

Dentre elas, destaca-se:

- (A) a macroespacialização de problemas de saúde;
- (B) a macroespacialização de avaliação de intervenções;
- (C) a utilização mais ágil e oportuna da informação;
- (D) a consolidação instantânea da informação;
- (E) a produção de indicadores capazes de cobrir parte do ciclo de organização das ações de saúde a partir da identificação de problemas.

74

A Política Nacional de Medicamentos (PNM), aprovada pela Comissão Intergestores Tripartite e pelo Conselho Nacional de Saúde, foi editada pela Portaria GM/MS nº 3.916, em 30 de outubro de 1998, e estabeleceu a adoção da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME), que embasa a elaboração das relações de medicamentos padronizados pelos estados e municípios.

Sobre a promoção do uso racional de medicamentos, é correto afirmar que a PNM:

- (A) estimula medidas de apoio ao desenvolvimento da produção de fármacos;
- (B) focaliza especialmente os medicamentos essenciais, com participação dos laboratórios do sistema oficial;
- (C) se dedica aos currículos de formação dos profissionais de saúde e orienta uma nova regulamentação da propaganda de produtos farmacêuticos;
- (D) trata do registro de medicamentos, autorização para funcionamento de empresas e estabelecimentos da área farmacêutica, monitoramento permanente da qualidade dos medicamentos e farmacovigilância;
- (E) dá atenção às repercussões sociais e econômicas do receituário médico e ao processo educativo dos usuários e consumidores no uso de medicamentos; ajusta os currículos de formação dos profissionais de saúde e orienta uma nova regulamentação da propaganda de produtos farmacêuticos.

75

O Sistema Único de Saúde (SUS) prevê uma estrutura híbrida de gestão da saúde, baseada no funcionamento simultâneo de uma rede de atendimento pública e gratuita ao cidadão e de uma rede privada, que atua de maneira complementar e conforme as diretrizes do SUS.

Sobre os desafios relacionados a esse aspecto, é correto afirmar que:

- (A) não há limitações quanto aos serviços e recursos investidos pelo Estado para atender às demandas de saúde da população;
- (B) há uma contradição entre a proposta de universalidade do SUS e a atuação da rede privada;
- (C) não são feitas transferências de recursos públicos para os planos e seguros privados;
- (D) não se observa precariedade nos serviços privados;
- (E) se verifica que o crescimento da oferta privada tem sido ordenado.

76

A Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde, determina que:

- (A) finalizado o prazo previsto sem manifestação conclusiva da ANS no processo administrativo de atualização do rol de medicamentos, será realizada a inclusão automática do medicamento, do produto de interesse para a saúde ou do procedimento no rol de procedimentos e eventos em saúde suplementar até que haja decisão da ANS, garantida a continuidade da assistência iniciada mesmo se a decisão for desfavorável à inclusão;
- (B) os processos administrativos de atualização do rol de procedimentos e eventos em saúde suplementar referente aos tratamentos listados deverão ser analisados de forma prioritária e concluídos no prazo de 12 meses, contado da data em que foi protocolado o pedido;
- (C) as tecnologias avaliadas e recomendadas positivamente pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde (Conitec), cuja decisão de incorporação ao SUS já tenha sido publicada, não serão necessariamente incluídas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde Suplementar;
- (D) a atualização do rol de procedimentos e eventos em saúde suplementar pela ANS será realizada por meio da instauração de processo administrativo, a ser concluído no prazo de 12 meses, contado da data em que foi protocolado o pedido;
- (E) em caso de tratamento ou procedimento prescrito por médico ou odontólogo assistente que não estejam previstos no rol, a cobertura não deverá ser autorizada pela operadora de planos de assistência à saúde.

77

A Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde, determina que, para os casos de neoplasia de mama, os seguintes procedimentos são recomendados, EXCETO o que afirma que:

- (A) cabe à operadora, por meio de sua rede de unidades conveniadas, prestar serviço de cirurgia plástica reconstrutiva de mama, utilizando-se de todos os meios e técnicas necessários, para o tratamento de mutilação decorrente de utilização de técnica de tratamento de câncer;
- (B) a reconstrução da mama será efetuada no tempo cirúrgico da mutilação, quando existirem condições técnicas;
- (C) a paciente, no caso de impossibilidade de reconstrução imediata, será encaminhada para acompanhamento e terá garantida a realização da cirurgia imediatamente após alcançar as condições clínicas requeridas;
- (D) os procedimentos de simetrização da mama contralateral e de reconstrução do complexo aréolo-mamilar não integram a cirurgia plástica reconstrutiva;
- (E) a substituição do dispositivo é assegurada sempre que ocorrerem complicações ou efeitos adversos a ele relacionados.

78

A Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde, determina que são facultadas a oferta, a contratação e a vigência dos produtos, respeitadas as respectivas amplitudes de cobertura definidas no plano-referência, segundo a seguinte exigência mínima:

- (A) cobertura de despesas referentes a honorários médicos, serviços gerais de enfermagem, mas não de alimentação;
- (B) cobertura de internações hospitalares em centro de terapia intensiva, ou similar, com limitação de prazo, valor máximo e quantidade, a critério do médico assistente;
- (C) cobertura de internações hospitalares, com limitação de prazo, valor máximo e quantidade, em clínicas básicas e especializadas, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina, admitindo-se a exclusão dos procedimentos obstétricos;
- (D) cobertura parcial de taxas, incluindo materiais utilizados, assim como da remoção do paciente, comprovadamente necessária, para outro estabelecimento hospitalar, em território brasileiro, dentro dos limites de abrangência geográfica previstos no contrato;
- (E) cobertura de exames complementares indispensáveis para o controle da evolução da doença e elucidação diagnóstica, fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões e sessões de quimioterapia e radioterapia, conforme prescrição do médico assistente, realizados ou ministrados durante o período de internação hospitalar.

79

Ana, de 93 anos, em internação domiciliar, recebendo cuidados paliativos em casa, com visitas diárias da equipe multiprofissional, fez exame físico que mostra agitação, Glasgow 4, hipocorada, ictérica, turgor cutâneo diminuído, pele friável, emagrecimento e respiração ruidosa. Na ausculta pulmonar, verificaram-se murmúrios vesiculares diminuídos, roncocal bilaterais e difusos. Na ausculta cardíaca, notaram-se bulhas normofonéticas em 2 tempos. Encontrava-se com bolsa de colostomia não funcionante, sonda vesical com 8 ml de urina colúrica. Apresentava FC = 55 bpm; FR = 16 irpm; Tax = 35,6 °C; e PA = 70 x 40 mmHg. A equipe recomendou sedação paliativa.

Sobre a sedação paliativa, é correto afirmar que:

- (A) não pode ser realizada no domicílio;
- (B) é proibida, pois caracteriza eutanásia;
- (C) exige a transferência para um serviço hospitalar;
- (D) pode ser realizada no domicílio e dispensa monitoramento;
- (E) pode ser realizada no domicílio com monitoramento de uma equipe de saúde.

80

A Equipe da Atenção Domiciliar (AD) é acionada com urgência pela família de Juvenal, paciente com metástase, em cuidados paliativos por internação domiciliar. Ao chegar ao domicílio, Arthur, médico da equipe AD, constata o óbito.

Em relação a essa situação, é correto afirmar que Arthur deve:

- (A) emitir o atestado de óbito;
- (B) dar uma declaração para que o hospital mais próximo emita o atestado;
- (C) acionar o IML para que seja feita uma perícia e constatado o óbito;
- (D) dar uma declaração de óbito provisória para que, em 24 horas, seja emitida a declaração permanente pelo serviço de referência;
- (E) encaminhar o corpo para necropsia.

RASCUNHO

RASCUNHO

Realização

