

**SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL
FUNDAÇÃO DE ENSINO E PESQUISA EM CIÊNCIAS DA SAÚDE
EDITAL NORMATIVO Nº 1 – RM/SES-DF/2021, DE 5 DE OUTUBRO DE 2020.**

PROGRAMAS – GRUPO 003	Data e horário da prova:
Oncologia Clínica (501), Cardiologia (503), Endocrinologia e Metabologia (510), Gastroenterologia (511), Hematologia e Hemoterapia (512), Nefrologia (514), Pneumologia (515) e Reumatologia (516).	<i>Domingo, 29/11/2020, às 8h.</i>

INSTRUÇÕES

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

Para ganhar é preciso gastar.

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

INSTRUÇÕES PARA A PROVA OBJETIVA

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

Tipo “B”

CLÍNICA MÉDICA**Itens de 1 a 120**

Um paciente de 55 anos de idade agenda consulta médica, queixando-se de emagrecimento. Seu peso atual é 90 kg e sua estatura é 1,70 m (IMC = 31,1 kg/m²). Além da perda de peso, nota muita sede. Ao exame físico constata-se PA = 150 mmHg x 95 mmHg, FR = 16 ipm, SatO₂ em torno de 96%. Nos membros inferiores, observam-se pulsos palpáveis, cacifo negativo, e o fundo de olho está normal. Exames laboratoriais apresentam glicemia em jejum = 230 mg/dL; HbA_{1c} = 7,5%; creatinina = 0,7 mg/dL; triglicerídeos = 300 mg/dL; colesterol total = 270 mg/dL; e LDL = 240 mg/dL. O médico que realiza o atendimento opta por um tratamento inicial não medicamentoso e, após 90 dias, o paciente retorna com exame de HbA_{1c} = 8%. O médico assistente decide, então, iniciar o tratamento medicamentoso com metformina, além de manter o tratamento não medicamentoso (dieta e exercício físico). O paciente evolui com melhora do lipidograma, perde peso e alcança a meta terapêutica estipulada. Durante seis anos, usa continuamente a metformina e faz acompanhamento médico regular. Porém, no final do sexto ano de tratamento, retornou com os seguintes resultados: glicemia de jejum = 250 mg/dL e HbA_{1c} = 8,8%. Nesse momento, seu médico assistente teve que aumentar a dose da metformina para a posologia máxima permitida.

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

1. Pode-se afirmar que esse paciente tem diagnóstico de diabetes tipo 2, obesidade e possivelmente hipertensão arterial sistêmica (HAS).
2. Para esse paciente (por não apresentar complicações crônicas e ter risco baixo para hipoglicemias), pode-se estabelecer, como meta terapêutica, uma HbA_{1c} = 7%.
3. Não há embasamento científico para justificar a opção de iniciar o tratamento, nesse caso clínico, de forma não medicamentosa. A melhor opção, portanto, seria iniciar o tratamento de forma medicamentosa, e uma das melhores drogas indicadas naquele momento seria a glibenclamida.
4. A piora clínica apresentada pelo paciente, ao longo dos seis anos de diagnóstico, não era esperada, mas é facilmente explicada por meio da provável dificuldade do paciente em seguir as orientações médicas, principalmente com relação ao tratamento não medicamentoso (dieta e exercícios físicos).
5. Quando o paciente retornou após seis anos do diagnóstico de diabetes e apresentando piora clínica, fez-se necessário iniciar a utilização de um segundo medicamento e, nesse caso, uma excelente opção é o uso de insulina.

Homem de 50 anos de idade, assintomático, comparece à consulta médica para exames de rotina. Nega hipertensão arterial e diabetes. Nega tabagismo e uso de medicamentos de forma contínua. Informa que é etilista e ingere em torno de duas garrafas *long neck* de cerveja por semana. Nega história familiar de relevância. Seu peso é 80 kg e a estatura é 1,60 m, o que leva a um IMC de 31,25 kg/m². Verificam-se PA = 139 mmHg x 96 mmHg; FC = 90 bpm; FR = 18 ipm; e SatO₂ em torno de 97% em ar ambiente. Os exames laboratoriais mostram hemograma normal; glicemia

de jejum = 115 mg/dL; colesterol total = 236 mg/dL; HDL = 30 mg/dL; triglicerídeos = 196 mg/dL; TSH = 3,5; e creatinina = 0,8 mg/dL.

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

6. O paciente é considerado de risco cardiovascular intermediário.
7. Para esse caso, a meta terapêutica é atingir LDL abaixo de 100 mg/dL.
8. O paciente fez uso de sinvastatina em dose plena, buscando alcançar a meta de LDL proposta por seu médico, mas queixou-se de muitas dores musculares. A primeira conduta que seu médico deve ter é a de suspender, temporariamente, a sinvastatina e, depois, tentar reintroduzi-la.
9. O paciente fez uso de sinvastatina em dose plena para tentar alcançar a meta do tratamento proposto por seu médico e retornou com resultado de exame de LDL = 90 mg/dL. Nesse caso, a melhor opção é associar ezetimibe ao tratamento.

Idosa de 74 anos de idade comparece à consulta médica em uma unidade básica de saúde por causa de tremor na cabeça. Faz uso regular de captopril em razão de hipertensão arterial sistêmica e, desde o início desse ano, está em uso de levodopa e biperideno. Quando questionada acerca de hábitos de vida, informa que é evangélica, nunca fumou e nem consumiu bebida alcoólica. Conta que agendou uma consulta na rede privada e foi diagnosticada com doença de Parkinson (DP). Relata que fez uso de levodopa, mas, como não houve melhora com esse tratamento, o médico preferiu acrescentar biperideno. Mesmo assim não obteve melhora. Por esse motivo, procurou atendimento na rede pública. Percebe que o tremor piora quando está nervosa e melhora se estiver tranquila. Ao exame físico, observam-se PA = 135 mmHg x 85 mmHg; FC = 85 bpm; FR = 18 ipm; e SatO₂ em torno de 95% em ar ambiente. Não apresenta rigidez de nuca, nem bradicinesia, nem alteração na postura. Ao exame neurológico, demonstra presença de tremor na cabeça, tipo SIM-SIM, e um discretíssimo tremor em mãos (postural). O restante do exame neurológico está normal. Apresentou exames laboratoriais normais, quais sejam TC de crânio e ecodoppler de carótidas e vertebrais.

Tendo em vista esse caso clínico e os conhecimentos médicos correlatos, julgue os itens a seguir.

10. Para essa paciente, o provável diagnóstico é de tremor essencial.
11. O tratamento, para esse caso, com melhor chance de sucesso, é o uso de propranolol de ação prolongada.
12. A paciente pode manter o uso de biperideno, em baixas doses, associado ao propranolol de ação prolongada até que seja alcançada a melhora clínica.

Área livre

Um paciente de 40 anos de idade apresenta um quadro de edema e intensa dor em perna esquerda. Ao examiná-lo cuidadosamente, o médico percebe palidez cutânea, quando comparado com a perna direita. É hospitalizado e tratado com heparina e anticoagulante oral durante 10 dias. Demonstra melhora do edema e da palidez cutânea, alternada com áreas de livedo reticularis. No início, além da dor constante do tipo compressão da perna, relatava parestesias e alodinia. Teve alta hospitalar e foi prescrito anticoagulante, via oral, por mais um ano, além da utilização de meias elásticas durante o dia e elevação da perna ao dormir. Atualmente, quatro anos após esse evento, sente dor intermitente na perna esquerda e também no pé esquerdo, em queimação, que piora com o repouso noturno e com resfriamento. Essa dor é associada a disestesias e, esporadicamente, a espasmos mioclônicos. O exame físico do paciente indica PA = 120 mmHg x 80 mmHg, FC = 82 bpm, FR = 18 ipm e SatO₂ em torno de 98% em ar ambiente. Na perna esquerda, verificam-se dermatite ocre até o terço superior da perna, associada a edema duro e escleroatrófico e ausência de pulsos pedioso e tibial posterior.

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

13. Os achados no exame físico da perna esquerda são compatíveis com achados de síndrome pós-trombótica.
14. O quadro doloroso atual que o paciente apresenta é compatível com dor psicogênica.
15. Deve-se solicitar ecodoppler venoso de MMII e flebografia para investigar essa queixa atual.
16. Esse paciente apresenta um quadro de dor crônica, e o tratamento que se deve realizar é manter medidas fisioterápicas e prescrever anticonvulsivantes como drogas preferenciais.
17. Durante o exame físico atual do paciente, espera-se que o sinal de Homans esteja presente durante a manobra de Laségue.

Uma mulher de 30 anos de idade procura atendimento médico queixando-se de zumbido no ouvido direito. Relata que não notou nenhuma diferença em sua audição, porém o que a incomoda muito é o barulho quando a casa está em silêncio, pois, no ouvido dela, o zumbido é percebido, e isso a deixa muito angustiada. Ela nega tonteira ou vertigem desde o início do sintoma. Afirma que viveu um período de estresse emocional e questiona se esse estresse pode estar relacionado ao zumbido. Durante o período de pandemia de Covid-19, seu trabalho está sendo realizado em *home office* e, por causa do zumbido, nota dificuldade em memorizar e raciocinar, o que trouxe prejuízos para o desempenho de seu trabalho. Informa que percebeu ter apresentado dores de cabeça e no pescoço desde que o zumbido começou e que, ao usar o computador para trabalhar, o zumbido aumenta. Nega uso de medicamentos de forma contínua. O médico que a atendeu inicialmente solicita audiometria que está normal.

De acordo com esse caso clínico e com base nos conhecimentos médicos correlatos, julgue os itens a seguir.

18. A idade da paciente é compatível com a faixa etária mais prevalente em casos de zumbido. Pode-se então tranquilizá-la, pois, nessa faixa etária, é muito comum o surgimento desse sintoma e não há relação entre ele e o estresse que ela viveu antes do início dessas manifestações.

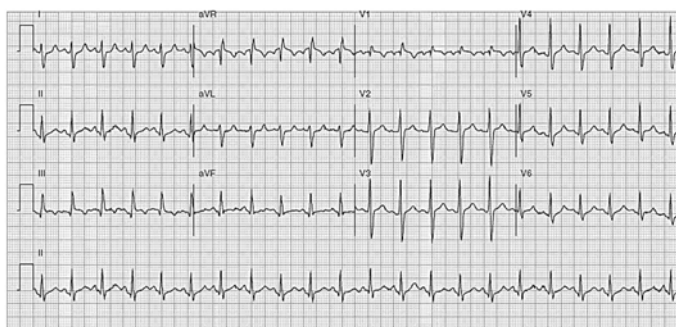
19. Pode-se definir a queixa dessa paciente como a percepção de som na ausência de um estímulo acústico externo.
20. O médico que atende essa paciente pode tranquilizá-la quanto à sua queixa de dificuldade em desempenhar o trabalho dela, pois o zumbido não tem relação com a parte cognitiva. Esse quadro pode estar relacionado apenas com o estresse emocional gerado pela pandemia em função do isolamento social, do medo da doença e da morte e da mudança de rotina de trabalho, por exemplo.
21. Existe um mecanismo que explica a semelhança entre a percepção de zumbido e aquela dor “fantasma” quando um membro é amputado. Explicar esse mecanismo para a paciente será importante para que ela entenda a relação entre esse sintoma e a parte emocional que ela relata durante a consulta.
22. Considerando que a paciente obteve o resultado da audiometria normal, deve-se informá-la de que cerca de 10% dos pacientes com zumbido apresentam audiometria normal e que a suspeita clínica dela é de um tipo de zumbido em que a avaliação auditiva geralmente está normal.
23. Durante o atendimento dessa paciente, é importante realizar a otoscopia, pois o excesso de cerume pode ser excluído como a possível causa de zumbido, de forma simples, por meio do exame físico.
24. É fundamental encaminhar essa paciente para avaliação multiprofissional e interdisciplinar com dentista e fisioterapeuta.
25. A toxina botulínica tipo A pode trazer algum benefício para essa paciente e deve ser levada em consideração como opção terapêutica.

Uma paciente de 27 anos de idade, grávida de 9 semanas, procura atendimento médico e é encaminhada pela obstetra para acompanhamento de lúpus eritematoso sistêmico (LES). Ela informa que foi diagnosticada com LES aos 20 anos de idade e relata manchas no corpo e dores articulares, porém, atualmente usando hidroxiclороquina, está muito bem controlada. Realiza-se exame de fator antinúcleo positivo (FAN) com resultado positivo 1/640 (padrão pontilhado fino) e anti-Ro/SS-A positivo. A profissional solicita que o médico clínico geral aconselhe e oriente a paciente a respeito das melhores condutas durante sua gestação.

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

26. O resultado do anti-Ro é preocupante, porque está relacionado com a ocorrência de lúpus neonatal.
27. A hidroxiclороquina (antimalárico), mesmo em dose baixa, não é segura na gravidez e deve ser suspensa. Poderá ser substituída por ciclosporina, que é um imunossupressor que pode ser usado com segurança na gravidez. Todavia, é bom lembrar que esse medicamento apresenta, como efeito colateral, hipertensão e aumento de creatinina, o que pode causar confusão, com lesão renal, nessa paciente.
28. Na idade gestacional dessa paciente, um exame fundamental é a ecocardiografia fetal para rastrear possível cardiopatia.
29. O padrão do FAN apresentado pela gestante não causa nenhuma preocupação com relação ao feto.
30. A gestante, quando interrogada acerca das gestações anteriores, informa histórico de lúpus neonatal e, por essa razão, é dever do médico contraindicar futuras gestações.

Certa idosa de 70 anos de idade é levada ao consultório médico por familiares, com relato de dor no peito há oito horas. Quanto a comorbidades, ela apresenta hipertensão arterial sistêmica e insuficiência cardíaca. Estava em casa assistindo à televisão quando sentiu uma dor súbita no peito, de moderada intensidade, que piora com a inspiração profunda, irradiando para o dorso, em queimação e associada a palpitações e a falta de ar importante, mesmo em repouso. Nega náuseas e sudorese. Não melhora após tomar dipirona. A dor continua da mesma forma, mas o que levou os familiares a procurarem atendimento foi a piora da falta de ar. Faz uso de losartana, atenolol, espirolactona, AAS e sinvastatina. Nega etilismo e informa que tinha o hábito de tabagismo, mas parou há mais de 10 anos. Tem histórico anterior de cirurgia de artroplastia de quadril há mais de um ano. Tem ficado muito tempo em repouso, assistindo à TV, principalmente depois da pandemia de Covid-19. Ao exame físico, constata-se PA = 89 mmHg x 59 mmHg, FC = 125 bpm, FR = 27 ipm e SatO₂ = 89% em ar ambiente. A paciente está afebril, em estado geral regular, lúcida, orientada e comunicativa. As ausculta pulmonar e cardíaca mostram-se sem alterações. Observam-se abdome inocente, membros inferiores com cacifo + discreto e simétrico, panturrilhas livres e pulsos preservados. A paciente realiza o eletrocardiograma e a tomografia de tórax, conforme representado nas imagens a seguir.



Disponível em: <<https://Blogdoecg.blogspot.com/>>.
Acesso em: 12 nov. 2020.

(Figura ampliada na página 9)



Disponível em: <<https://www.researchgate.net/>>.
Acesso em: 12 nov. 2020.

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

31. Uma hipótese provável para esse caso é a costochondrite que deve ser considerada na investigação inicial dessa paciente.
32. O eletrocardiograma (ECG) apresenta um achado específico para tromboembolismo pulmonar (TEP).
33. O médico assistente calculou o escore de Wells e o resultado foi de 7. Nesse momento, o próximo passo mais indicado é solicitar dímero d, pois a paciente apresenta alta probabilidade de TEP.
34. Sabe-se que a maioria dos êmbolos pulmonares têm origem nos membros inferiores. Ao examinar a paciente, não foi observado empastamento nos membros inferiores. Pode-se, então, concluir que a hipótese diagnóstica de TEP seja pouco provável.
35. A tomografia apresenta uma área compatível com infarto miocárdico transmural, que é compatível com infarto agudo do miocárdio silencioso.
36. O eletrocardiograma apresenta taquicardia sinusal.

Uma paciente, servidora pública, relata que, há 15 dias, teve contato com filhotes de gato no trabalho dela e está apresentando quadro de febre, *rash* e linfadenopatia cervical dolorosa. A paciente procura atendimento médico por causa desses sintomas e, após interrogatório médico, percebeu que estava em amenorreia há dois meses.

Acerca desse caso clínico e tendo em vista os conhecimentos médicos correlatos, julgue os itens a seguir.

37. O exame inicial (rastreamento) que deve ser solicitado é o teste de avidéz para IgG antitoxoplasma.
38. Deve-se pensar em uma específica doença aguda, cujo período de incubação é de 10 dias a 23 dias e coincide com o período no qual a paciente relata que teve contato com os gatos.
39. A principal hipótese diagnóstica para esse caso é uma doença que, em 80% a 90% das vezes, apresenta-se de forma assintomática.
40. Caso a paciente confirme gravidez, a maior probabilidade de transmissão dessa doença para o feto é no início da gestação, por meio da placenta. Então, o médico deve realizar o tratamento precoce para impedir que isso aconteça.
41. A tríade (ou tétrade) de Sabin pode estar presente no recém-nascido ao nascimento.
42. A paciente precisa ser orientada quanto às formas de prevenção dessa doença, que são, além de evitar contato com gatos, usar mosquiteiros, higienizar as mãos e as superfícies onde foram manipuladas carnes cruas e ter cuidado na ingestão de água.
43. Se o médico quiser requisitar o primeiro exame a positivar em casos de infecção aguda por essa doença, deve solicitar os anticorpos da classe IgA.
44. O uso de espiromicina 1 g, três vezes ao dia, está indicado no caso dessa paciente. Esse medicamento deve ser iniciado até que resultados de PCR do líquido amniótico confirme ou não a transmissão vertical.

Uma mulher de 48 anos de idade comparece a consulta médica em unidade básica de saúde para tratamento de hipertensão arterial sistêmica (HAS). Nega outras comorbidades. Sedentária, nega tabagismo e etilismo. Assintomática, faz uso de captopril 25 mg, dois comprimidos de 12 horas em 12 horas, indapamida 1,5 mg ao dia e anlodipina 10 mg à noite. Ao exame físico, constatam-se PA = 150 mmHg x 95 mmHg, FC = 95 bpm, SatO₂ = 96% em ar ambiente, FR = 19 ipm e IMC = 37 kg/m². Apresenta resultado da monitorização ambulatorial da pressão arterial, que mostra média da pressão arterial, (PA) nas 24 horas = 158 mmHg x 102 mmHg; média na vigília = 164 mmHg x 100 mmHg e média no sono = 150 mmHg x 103 mmHg. A médica de família e comunidade, ao ver o resultado do exame, pergunta a respeito da qualidade do sono durante a realização da monitorização ambulatorial de pressão arterial (MAPA 24h), e a paciente reportou boa qualidade de sono. Seu esposo, que a acompanha na consulta, interrompe para dizer que a paciente não tem dormido bem em casa, que ela tem ronco bastante e afirma perceber que ela está mais sonolenta durante o dia.

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

45. Um exame que pode contribuir bastante com o diagnóstico é a polissonografia.
46. O padrão da MAPA 24 horas mostra uma redução da pressão arterial sistólica (PAS) atenuada durante o sono e um padrão reverso da pressão arterial diastólica (PAD). Esse padrão reverso da PAD é um preditor de apneia obstrutiva do sono, independentemente dos sintomas referidos pela paciente.
47. A paciente está com a pressão descontrolada, mesmo usando corretamente três medicamentos em dose otimizada, incluindo um diurético. Esse dado desperta a atenção e sugere que a hipertensão resistente possivelmente tem causas secundárias.
48. Após realizar polissonografia, foi diagnosticada uma apneia obstrutiva do sono importante e com significativa hipoxemia durante o sono. A partir dessa informação, o médico poderá indicar, além de mudanças no estilo de vida, a cirurgia bariátrica.
49. Para esse paciente, o tratamento com CPAP pode reduzir a pressão arterial (PA) apenas durante o sono (período de uso da CPAP). Para que se consiga reduzir a PA durante o período de vigília, serão necessárias outras medidas terapêuticas associadas.
50. O uso de CPAP pode reduzir a pressão arterial em pacientes com AOS e também reduzir recidiva de arritmias, como fibrilação atrial, e diminuir eventos cardiovasculares fatais e não fatais em pacientes com doença cardiovascular estabelecida.

Um paciente com diagnóstico de linfoma não-Hodgkin (LNH) comparece ao hospital, encaminhado por seu oncologista, para que sejam realizados alguns cuidados preventivos. A enfermeira chefe do plantão informa que a primeira sessão de quimioterapia está agendada para o próximo dia. O paciente apresenta exames laboratoriais recentes que mostram normalidade em função renal e hepática.

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

51. O médico que o atende no hospital prescreve hidratação vigorosa. Antes de prescrever a hidratação, o médico avalia se o paciente apresenta alguma contraindicação. A hidratação foi realizada, respeitando-se a capacidade cardiovascular do paciente.
52. O médico prescreve alopurinol por via oral e orienta o paciente a iniciar o uso imediatamente.
53. O tratamento com quimioterapia para esses tumores pode causar uma síndrome. Uma das alterações observadas é a presença de anemia; portanto, o médico que atende o paciente precisa prescrever o uso de sulfato ferroso.
54. Outra medida que deve ser realizada é a alcalinização preventiva da urina com bicarbonato de sódio.
55. As medidas profiláticas que serão iniciadas devem ser mantidas, no mínimo, cinco dias após o início da quimioterapia.
56. As medidas profiláticas aliadas às medidas terapêuticas, instituídas de forma correta, efetiva e no tempo certo, conseguem, na maioria dos casos, evitar a insuficiência renal crônica.
57. O paciente, após a realização da quimioterapia, evoluiu, poucos dias depois, para astenia, náuseas, anorexia e vômitos, procurando novamente o hospital. Pode-se afirmar, com tranquilidade, que esses sintomas recentes são relacionados à toxicidade do tratamento.
58. As possíveis alterações esperadas, em caso de complicação/síndrome relacionada ao tratamento desse paciente, são hiperpotassemia, hipofosfatemia, hiperuricemia, hipercalcemia e elevação de ureia e creatinina.

Um homem de 65 anos de idade, casado, procura atendimento médico com queixa de “impotência”. Relata que a “impotência” sexual começou após o início da pandemia de Covid-19 e que precisou que fazer isolamento social por ser do grupo do risco para a doença. Questionado acerca de comorbidades e hábitos de vida, informa diabetes, depressão e tabagismo. Ele sofreu um infarto há três anos e realizou hernioplastia inguinal há 10 anos. Faz uso contínuo de sertralina e metformina. Ao exame físico, verificaram-se PA = 130 mmHg x 80 mmHg; FC = 90 bpm; FR = 18 ipm; SatO₂ = 95% em ar ambiente; ausculta cardíaca normal; ausculta pulmonar normal; abdome globoso com circunferência abdominal de 118 cm, flácido e indolor; membros inferiores com edema discreto bilateral; pulsos presentes; e panturrilhas sem empastamento. O médico, então, após ouvir o relato do paciente e examiná-lo, conclui tratar-se de um caso de disfunção erétil.

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

59. Observam-se os seguintes fatores de risco para o desenvolvimento de disfunção erétil: diabetes *mellitus*, tabagismo, uso de sertralina, hernioplastia inguinal prévia e obesidade.
60. Solicitar dosagem de vitamina D, glicemia de jejum e hemoglobina glicada pode contribuir com a elucidação de possíveis causas da disfunção erétil.

61. Para o diagnóstico desse paciente com disfunção erétil, deve-se realizar anamnese geral e analisar o histórico sexual, utilizando instrumentos validados, como o Índice Internacional de Função Erétil (IIFE).
62. Pode-se afirmar que existem três formas de tratar o paciente: medicamento oral, medicamento injetável e implante de prótese peniana. Esta deve ser considerada como opção de primeira linha para tratar esse paciente.
63. Entre as opções de tratamento farmacológico, o médico assistente pode optar por sildenafila, avanafila, valdenafila e tadalafina. Antes da prescrição desses medicamentos, deve-se calcular o risco cardiovascular do paciente e, se necessário, encaminhá-lo ao cardiologista.
64. O paciente é considerado de alto risco cardiovascular por causa da sua história de infarto há três anos. Isso indica uma condição cardíaca suficientemente grave ou instável que torna a atividade sexual um risco. Esse paciente, portanto, deve ser encaminhado ao cardiologista.
65. O médico assistente, após uma avaliação cuidadosa, chegou à conclusão de que seria seguro iniciar o tratamento do paciente com opções farmacológicas. Entre o medicamento oral e o injetável, o médico optou pelo oral (tadalafina), porque o medicamento é mais seguro e seu uso é mais confortável para o paciente, se comparado às injeções intracavernosas. Sabe-se que as duas opções de tratamento estariam indicadas.
66. O médico deve solicitar o perfil hormonal desse paciente (dosagem de testosterona total e livre) para auxiliar no diagnóstico desse caso.

Uma parturiente de 10 dias de puerpério procura um pronto-socorro levando o respectivo filho que está com muita secreção nos olhos. Ela relata que a secreção apareceu no sétimo dia de vida da criança. O médico clínico geral atende a criança e observa o quadro representado na imagem a seguir.



Disponível em: <<https://fernandobraganca.com.br/>>. Acesso em 12 nov. 2020.

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

67. Pode-se afirmar que se trata provavelmente de uma conjuntivite neonatal.
68. O quadro clínico é típico de uma conjuntivite alérgica.
69. Entre os possíveis causadores desse quadro, tem-se como o mais provável a *Neisseria gonorrhoeae*, cuja contaminação provavelmente se deu por meio do canal de parto.

70. Pode-se afirmar que certamente o método de Credé não foi utilizado após o parto.
71. O tratamento inicial do quadro pode ser feito com colírio de tobramicina 0,3%.
72. É obrigatória a participação do pediatra no tratamento e no controle após resolução do quadro ocular.
73. O médico deve solicitar exame laboratorial para elucidar a etiologia, pois clinicamente isso não é possível. Esse caso exige necessariamente um diagnóstico laboratorial. Antes disso, não é aconselhável iniciar o tratamento com antibióticos.
74. Os pais desse recém-nascido devem passar por avaliação urogenital e serem tratados com tetraciclina.

Uma paciente de 45 anos de idade, diagnosticada com diabetes tipo 1 desde os 10 anos de idade, há três anos realiza sessões de hemodiálise em intercorrências por causa da insuficiência renal causada pela diabetes. Faz uso regular de insulina. Desde o início da pandemia de Covid-19, tem apresentado episódios de depressão recorrentes e não adere ao tratamento psiquiátrico. Recusa-se a participar das sessões de psicoterapia agendadas pelo nefrologista que faz seu acompanhamento clínico nos últimos três anos.

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

75. A principal modalidade de transplante indicada para a paciente é o transplante de pâncreas.
76. A paciente do caso mencionado possuiu a principal indicação para realizar transplante de pâncreas: diabetes dependente de insulina.
77. A paciente não possui contraindicação para realizar transplante de pâncreas.
78. Ao conversar com a paciente a respeito da possibilidade de colocá-la na lista de transplante de pâncreas, o médico esclarece os critérios para alocação, as possíveis contraindicações e as compatibilidades necessárias entre o doador e o receptor. A paciente, então, questiona se algum familiar poderia ser o doador. O médico relata que, entre os critérios de escolha do doador, estão IMC menor que 30 e ausência de história pessoal de diabetes *mellitus* e de esplenectomia.

Área livre

Uma paciente de 50 anos de idade comparece a consulta médica em razão da queixa de epigastralgia. Refere dor intensa, recorrente nos últimos três meses, em região do estômago e nega vômitos. Relata saciedade precoce, nega perda de peso, sangramentos e uso de anti-inflamatórios (AINES) ou outros medicamentos de forma regular. O médico questiona acerca do uso de ácido acetilsalicílico (AAS), e a paciente então relata que faz uso por conta própria (porque leu, em uma matéria, que era importante prevenir o infarto causado pelo Coronavírus). Iniciou uso de AAS há 60 dias. Relata que teve um quadro parecido (dor no estômago) há pouco mais de um ano, quando terminou um relacionamento. Dessa vez, percebeu que a dor iniciou após a pandemia de Covid-19 e, por causa de todas as inseguranças que a pandemia lhe trouxe, tem se sentido muito angustiada. Na história familiar, informa que uma tia materna faleceu de câncer gástrico. Ao exame físico, a paciente está corada, hidratada, eupneica, afebril, anictérica e acianótica. Verificaram-se PA = 120 mmHg x 80 mmHg, FC = 80 bpm, FR = 18 ipm e SatO₂ em torno de 97% em ar ambiente. O abdome está flácido, discretamente doloroso à palpação profunda em epigástrio. Pode-se concluir que o exame físico da paciente é normal, exceto pela dor à palpação em região do epigástrio.

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

79. A principal hipótese diagnóstica para o caso é de doença do refluxo gastroesofágico.
80. Para esse caso, está indicada a realização de uma esofagogastroduodenoscopia flexível (EDA), por ter mais de 50 anos de idade e histórico familiar de câncer gástrico.
81. Uma das principais medidas terapêuticas para o caso é suspender o uso de AAS.
82. A paciente, durante a consulta, usou palavras como angústia e preocupação. Esses sentimentos podem estar relacionados com um quadro de ansiedade/estresse. Esses relatos têm grande importância, pois podem auxiliar na tomada de decisão terapêutica.
83. Uma excelente decisão terapêutica seria orientar a suspensão do uso de AAS e a prescrição de omeprazol 20 mg/dia durante quatro semanas, com agendamento de retorno após esse período, para avaliar a resposta ao tratamento.
84. Um dos medicamentos em estudo para o tratamento do caso é a buspirona. Um inconveniente para seu uso é o tempo de ação.

Uma paciente de 25 anos de idade procura uma unidade básica de saúde (UBS) queixando-se de dor de cabeça. Relata que, na noite anterior, ficou até tarde assistindo a aulas *on-line* e ingeriu várias xícaras de café. A cefaleia é bilateral, de forte intensidade e pulsátil. Precisou ficar em silêncio e no escuro do quarto para aliviar a dor. O pequeno esforço de se levantar e ir ao banheiro piorava a dor. Associados à dor, teve vômitos. O médico da UBS verifica que a paciente não manifesta nenhuma alteração visual, nem sensitiva, nem motora e nem de linguagem. A nuca estava livre, sem sinais meníngeos. Constatam-se PA = 130 mmHg x 90 mmHg, FC = 95 bpm, FR = 19 ipm e SatO₂ = 96% em ar ambiente. Está afebril, lúcida e orientada em tempo e espaço. O exame físico

está normal. O médico prescreve um medicamento injetável e orienta que a paciente retorne no dia seguinte. Ela retorna no outro dia, relatando estar com dificuldade de concentração e apresenta alodinia. Informa que já teve crises parecidas nos últimos anos, geralmente relacionadas ao cansaço e ao estresse. Tem, em média, cinco crises parecidas mensalmente, e isso prejudica sua vida profissional e pessoal. Como comorbidades, observam-se asma (crises bem raras) e sobrepeso (IMC de 29).

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

85. O principal diagnóstico é migrânea com aura.
86. A alodinia é considerado um pródromo dessa crise de cefaleia.
87. Uma excelente opção medicamentosa que o médico da UBS pode ter utilizado no tratamento da crise dessa paciente é o tramadol (segunda linha de tratamento), pois ele está disponível na forma injetável.
88. A paciente não tem indicação de iniciar uso de medicamento profilático da cefaleia.
89. Caso essa paciente apresente indicação de iniciar a profilaxia, existem algumas boas opções para ela, como propranolol, fluoxetina e topiramato.
90. Se a referida paciente apresentar indicação para início da profilaxia, entre as opções seguras e indicadas para ela, a fluoxetina é um medicamento com bons índices de remissão da doença e prevenção de novas crises.
91. Caso a paciente do caso clínico descrito apresente indicação de iniciar a profilaxia, topiramato é uma excelente escolha para o tratamento profilático da cefaleia dela.
92. Para a crise de cefaleia dessa paciente (dor moderada a forte), os triptanos são a primeira escolha para tratamento da crise.

Área livre

Uma paciente de 30 anos de idade reside em Vassouras (RJ) e queixa-se de febre, úlceras orais (imagem a seguir) e dor na região das mãos e dos pés há sete dias. Relata que teve aftas anteriormente, mas, dessa vez, estão maiores e mais dolorosas. Além das aftas, acha estranhas as manchas e a coceira no corpo. A paciente queixa-se também de emagrecimento, informando ter emagrecido 5 kg em três meses. Por causa do emagrecimento, foi submetida previamente a endoscopia digestiva alta (EDA), que diagnosticou gastrite e refluxo duodenogástrico. Inicialmente, foi tratada como estomatite viral e, atualmente, está em uso de nistatina associado a dexametasona, elixir para bochecho.



Disponível em: <<http://ufn.med.up.pt/>>. Acesso em 12 nov. 2020.

Tendo em vista esse caso clínico, a imagem apresentada e os conhecimentos médicos correlatos, julgue os itens a seguir.

93. Entre os possíveis diagnósticos, deve-se pensar em dengue, doenças reumatológicas e chikungunya.
94. A presença de úlceras orais é uma manifestação clínica que desperta a atenção no caso dessa paciente. Na chikungunya, por exemplo, elas costumam estar mais associadas ao sexo feminino, o que mantém essa doença como um dos possíveis diagnósticos.
95. A presença de úlceras orais associadas à artralgia significa que a doença está em sua fase crônica de evolução.
96. Um dos achados mais comuns, que se espera no hemograma dessa paciente, é leucopenia associada à linfopenia.

O ofidismo foi incluído, pela Organização Mundial da Saúde (OMS), na lista internacional de doenças tropicais negligenciadas. No Brasil, acomete predominantemente populações que vivem em áreas rurais ou em periferias urbanas.

Com base nessas informações e nos conhecimentos médicos correlatos, julgue os itens a seguir.

97. A tendência atual mostra uma diminuição progressiva no número de acidentes, sobretudo por escorpiões, serpentes e aranhas.
98. Loxoscelismo, foneutrismo e latrodectismo são tipos de envenenamento causados por serpentes.
99. De início imediato à inoculação do veneno no organismo, a atividade inflamatória aguda do veneno causa lesões locais, como edema, bolhas e necrose. Os venenos botrópico e laquétrico têm uma atividade inflamatória aguda maior, se comparado ao veneno crotálio.

100. O acidente crotálio representa a grande maioria dos acidentes ofídicos registrados no Brasil.
101. Em geral, o diagnóstico do acidente botrópico baseia-se na história e no exame clínico. Entretanto, alguns exames complementares podem apresentar alterações sugestivas. Os testes de coagulação constituem ferramentas úteis para a tomada de decisão, sendo utilizados também no monitoramento da eficácia terapêutica.
102. A gravidade do acidente botrópico orienta a terapêutica a ser instituída. Essa deve ser feita com o antiveneno específico, qual seja o soro antibotrópico (SAB) ou, na sua ausência, o antibotrópico-laquétrico (SABL) ou o antibotrópico-crotálio (SABC).
103. Na condução clínica de um acidente botrópico, além da administração do antiveneno específico, medidas de suporte são importantes no tratamento. Um cuidado fundamental é manter o paciente em jejum.
104. Os antibióticos devem ser usados para profilaxia antimicrobiana em caso de acidentes botrópicos. As bactérias mais frequentemente isoladas de abscessos botrópicos são bacilos Gram-negativos (especialmente a *Morganella morganii*) e o *Streptococcus sp.*

As hepatites virais são temas reconhecidos na literatura médica desde a antiguidade, quando Hipócrates descrevia surtos epidêmicos de icterícia na Grécia Antiga. Outros quadros de icterícia também foram descritos durante a história da humanidade, contudo, apenas no século 20, os vírus das hepatites virais foram descritos e bem estudados.

Considerando essas informações e os conhecimentos médicos correlatos, julgue os itens a seguir.

105. Não há hepatites crônicas causadas pelo vírus da hepatite D (HDV).
106. O antígeno de superfície da hepatite B (HBsAg) é um marcador sorológico que, se estiver positivo por mais de seis meses, indica infecção crônica.
107. A vacinação contra o vírus da hepatite B e a testagem em bancos de sangue contribuíram para a queda da incidência da hepatite B no Brasil e as relações sexuais não são relevantes como fatores de risco para essa infecção.
108. O vírus da hepatite C (HCV) está associado a sangue contaminado, e o uso de drogas injetáveis é o principal fator de risco para essa infecção. Além disso, a reutilização de equipamentos hospitalares esterilizados inadequadamente ou reutilizados e a transfusão de sangue e derivados não triados rotineiramente também são considerados fatores de risco. Por outro lado, apesar de ser transmitido pela via sexual e de mãe para o filho verticalmente, esses modos são incomuns.
109. Após exposição aguda ao vírus da hepatite B (HBV), até 95% dos adultos imunocompetentes alcançam a cura clínica e produzem imunidade duradoura. O mesmo acontece com os recém-nascidos de mães HBeAg positivos.
110. A chamada fase de imunoclearance do vírus da hepatite B (HBV) ocorre quando o HBeAg está positivo, há diminuição de níveis de HBV DNA e aumento persistente ou oscilação dos níveis de TGO e TGP (aminotransferases). Nessa fase, a atividade necroinflamatória hepática pode ser moderada ou grave, com rápida evolução para fibrose.

111. O consumo de café está associado a menor atividade inflamatória, a fibrose menos avançada e a menor risco de carcinoma hepatocelular em pacientes com hepatite C.
112. O panorama do tratamento da hepatite C vem evoluindo substancialmente nos últimos anos, principalmente após o surgimento dos inibidores de protease, em 2011, e de outros antivirais de ação direta. O objetivo final do tratamento é a cura, com erradicação do HCV.

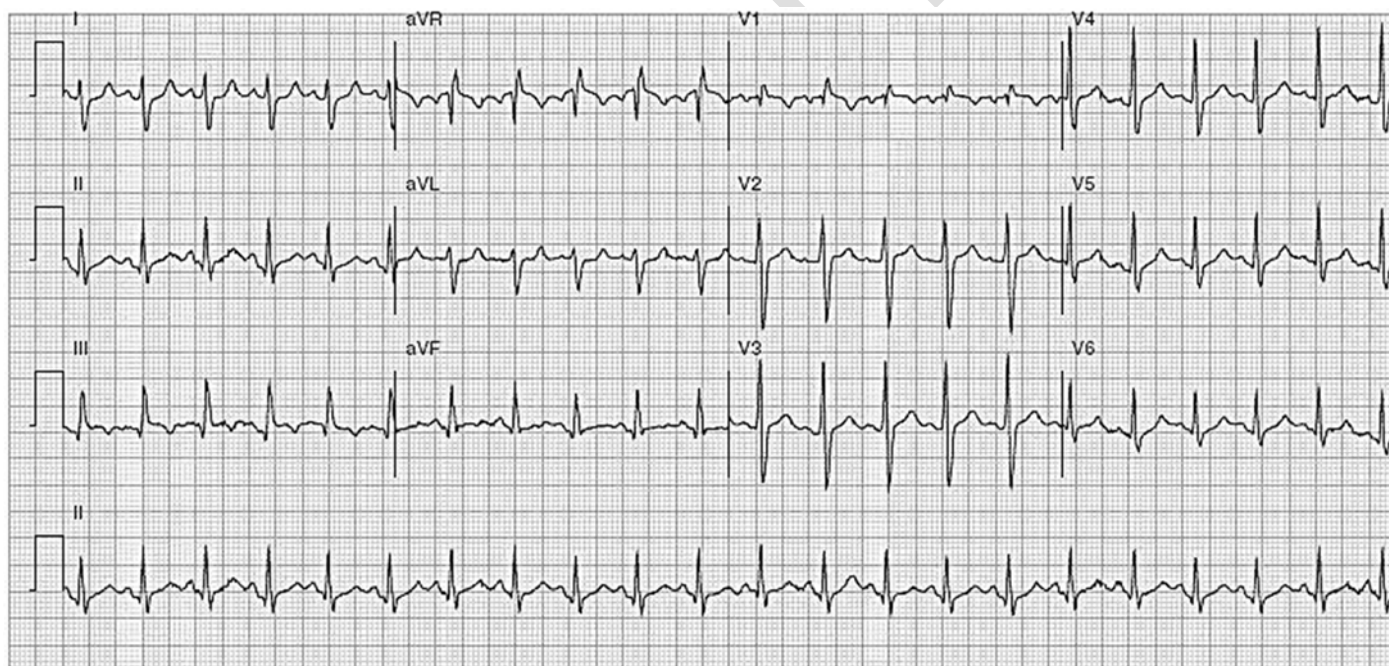
O câncer de colo uterino atualmente causa 300 mil óbitos por ano no mundo. É a terceira neoplasia mais frequente nas mulheres. No Brasil, excluindo-se os tumores de pele não melanoma, é a terceira neoplasia mais comum na população feminina, sendo a mais incidente na região norte do País. É uma doença que tem prevenção, tratamento e cura.

Tendo em vista o câncer de colo uterino e os conhecimentos médicos correlatos, julgue os itens a seguir.

113. Oitenta por cento dos casos são associados ao vírus do HPV.
114. O exame citológico (Papanicolau) é realizado nas unidades básicas de saúde e pode detectar alterações antes mesmo de que o câncer se instale. Porém, sua sensibilidade e especificidade são menores, quando comparadas às da citologia em base líquida.

115. Alguns cofatores podem aumentar o risco de a mulher apresentar uma neoplasia invasiva, como, por exemplo, o tabagismo e o uso prolongado de anticoncepcionais orais (cinco anos ou mais).
116. O câncer de colo do útero está associado à infecção persistente por subtipos oncogênicos do vírus papilomavírus humano (HPV), especialmente o HPV-16 e o HPV-18, responsáveis por cerca de 75% dos casos.
117. A infecção cervical pelo HPV, na grande maioria dos casos, é transitória e regride espontaneamente entre seis meses a dois anos após a exposição.
118. O exame citopatológico deve ser realizado pelas mulheres portadoras de HIV na mesma frequência da recomendada para as mulheres não portadoras.
119. De acordo com as diretrizes brasileiras, o rastreamento deve ser realizado em todas as mulheres até os 69 anos de idade, exceto naquelas que foram submetidas à histerectomia total prévia.
120. O início do rastreamento citológico é a partir dos 25 anos de idade para todas as mulheres.

Área livre



Disponível em: <<https://Blogdoecg.blogspot.com>>. Acesso em: 12 nov. 2020.

Figura ampliada para responder aos itens de 31 a 36.