



**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 018

Medicina Paliativa (617).

Data e horário da prova:

*Domingo,
29/11/2020, às 8h.*

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 “U”

ANESTESIOLOGIA**Itens de 1 a 10**

Um paciente com neoplasia gástrica avançada, emagrecido, que passou por mais de 10 tentativas de punção venosa antes da obtenção do acesso venoso, é recebido para realização de endoscopia digestiva alta. A anestesia foi realizada com propofol, e o paciente apresentou PA = 100 mmHg x 70 mmHg; SpO₂ = 99%; FR = 89 bpm; e FR = 13 irpm. Durante o exame, a equipe percebeu grande quantidade de resíduos gástricos e interrompeu o procedimento. Após debate, decidiu-se pela mudança de sedação para anestesia geral.

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

1. A anestesia geral com intubação traqueal é uma escolha inadequada para esse paciente, pois há menor risco de aspiração, caso ele esteja apenas sedado.
2. Em vez de intubação traqueal, é possível realizar o exame com a alocação de máscara laríngea.
3. Um exame de ecografia de antro gástrico em decúbito semisentado lateral direito poderia ter detectado antecipadamente o problema.
4. As características farmacocinéticas do propofol tornam esse medicamento inadequado para procedimentos ambulatoriais como endoscopias.

O paciente com neoplasia avançada, emagrecido, que passou por mais de 10 tentativas de punção venosa antes da obtenção do acesso venoso foi, então, pré-oxigenado e, durante a infusão em sequência rápida de propofol 150 mg, fentanil 100 mcg e rocurônio 100 mg, ele queixou-se de dor intensa em membro superior, sendo diagnosticadas a perda do acesso venoso e a infusão extravascular das medicações. Um novo acesso venoso foi rapidamente obtido e os mesmos fármacos foram infundidos. O paciente perdeu a consciência e foi intubado em sequência rápida. O exame foi realizado sem dificuldades, e o paciente foi encaminhado à sala de recuperação. Após 40 minutos na sala de recuperação, o paciente sentou e se queixou de uma sensação de morte iminente, seguida de perda gradual do tônus muscular. No momento, apresentou FC = 160 bpm; SpO₂ = 89%; PA = 150 mmHg x 90 mmHg; e não manifestou movimentos respiratórios e nem movimentação à dor. As pupilas estavam dilatadas e simétricas. A cardioscopia mostrou taquicardia sinusal com ST de zero.

Considerando o histórico e o atual quadro clínico do paciente e os conhecimentos médicos correlatos, julgue os itens a seguir.

5. Trata-se de uma provável intoxicação por opioides, e o naloxone é o antídoto para essa situação.
6. Trata-se de um provável infarto do miocárdio e deverá ser iniciada a RCP.
7. Está indicada a infusão imediata de sugammadex.
8. O mais provável é que se trate de uma síndrome conversiva.
9. Suporte ventilatório e dose de benzodiazepínico venoso são boas opções nesse momento.
10. O diagnóstico mais provável é de acidente vascular encefálico com hipertensão intracraniana.

CIRURGIA DE CABEÇA E PESCOÇO**Itens de 11 a 20**

Um paciente de 28 anos de idade, melanoderma, comparece ao serviço médico apresentando aumento de volume indolor, com expansão dos ossos gnáticos, causando assimetria facial à direita. Em radiografia, é detectada uma lesão multilobular em ângulo mandibular, associada à coroa de um terceiro molar inferior incluído, estendendo-se até a região do ramo mandibular homolateral. Ao exame físico, verificaram-se FC = 72 bpm; FR = 21 irpm; e SpO₂ = 97%. Após biópsia incisional, a lesão é diagnosticada como ameloblastoma, intraósseo sólido convencional.

Com base nesse caso clínico, nos tratamentos reconstrutivos das lesões patológicas da boca e da face e nos conhecimentos médicos correlatos, julgue os itens a seguir.

11. Uma das modalidades indicadas para o tratamento dessa patologia é a ressecção parcial, em que o tumor é tratado por meio da remoção de uma porção de espessura total do osso envolvido. Na mandíbula, essa ressecção pode variar de um pequeno defeito de continuidade até uma hemimandibulectomia, em que a continuidade do osso gnático é interrompida.
12. Entre os diversos objetivos primordiais para a reconstrução de defeitos mandibulares, a restauração da continuidade (caso a mesma tenha sido rompida) é a mais alta prioridade, pois sendo a mandíbula um osso com duas articulações em que atuam músculos com forças opostas, a obtenção desse objetivo dará ao paciente melhor movimentação funcional e estética mais favorável pelo realinhamento dos segmentos mandibulares desviados.
13. Em geral, os defeitos originados pela remoção dos tumores benignos dos ossos gnáticos são reconstruídos em dois estágios, enquanto as neoplasias malignas são reconstruídas imediatamente, uma vez que geram defeitos severos e mais extensos, causando mutilações importantes na face do paciente, que são minimizadas pela reconstrução imediata.
14. Caso o cirurgião opte pela reconstrução do defeito resultante da ressecção do tumor com um enxerto ósseo autógeno, no que tange à manutenção do ambiente asséptico, uma importante medida a ser tomada, visando ao aumento do índice de sucesso desse procedimento, é a adoção, sempre que possível, de um acesso cirúrgico extraoral, tendo em vista que a pele é mais limpa e mais fácil de ser desinfetada do que a cavidade oral.
15. Além dos cistos, as lesões dos ossos gnáticos mais comumente encontradas são as inflamatórias e as neoplasias benignas. Contudo, lesões mais agressivas podem ser localizadas, e diversos fatores devem ser usados para determinar o tipo mais apropriado de terapia. Os mais importantes desses fatores são a extensão e o localização anatômica da lesão.

Área livre

Um homem branco de 73 anos de idade procura atendimento de urgência com queixa de dor em hemiface direita, aumento de volume súbito e disfagia. O paciente relata exodontia de dois molares inferiores homolaterais há aproximadamente 30 dias. Ao exame físico, observa-se aumento de volume difuso, eritematoso, quente e endurecido, envolvendo os espaços submandibular, submentoniano e sublingual do lado direito. Nota-se, ainda, trismo mandibular. A oroscopia revela área de exposição óssea no rebordo alveolar inferior edêntulo à direita, com saída de secreção purulenta. O paciente apresenta FC = 72 bpm; FR = 21 irpm; e SpO₂ = 97%.

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

16. O envolvimento dos espaços submandibular, submentoniano e sublingual do lado direito configura o quadro descrito como angina de Ludwig. O tratamento dessa infecção deve ser agressivo e realizado o mais breve possível.
17. Se, na tomografia computadorizada desse paciente, for observada uma imagem hipodensa irregular no corpo mandibular com descontinuidade das corticais e presença de sequestros, o quadro clínico descrito pode corresponder a uma osteomielite supurativa crônica de origem odontogênica. A coleta de material para exame histopatológico, cultura e antibiograma estaria, portanto, bem indicada.
18. Uma complicação potencial de exodontias, quando o paciente fez uso de medicamentos como o zolendronato ou outros membros do mesmo grupo farmacológico, especialmente por mais de 25 meses, é a necrose óssea com formação de sequestros nos maxilares. Podem ocorrer infecção secundária e supuração nesses casos.
19. O espaço faríngeo lateral estende-se da base do crânio até o osso hioide medialmente ao músculo constrictor superior da faringe e lateralmente ao músculo pterigóideo medial. Ele pode ser envolvido por um processo infeccioso oriundo do espaço submandibular, que, por sua vez, tenha se originado em um dente inferior.
20. Os abscessos odontogênicos são, em geral, causados por cocos aeróbios Gram-positivos, cocos anaeróbios Gram-positivos e bastonetes anaeróbios Gram-negativos. As penicilinas são as drogas de primeira escolha e devem ser usadas de forma empírica antes de outras medidas, como a extração do dente e a drenagem, a não ser que o paciente seja alérgico.

Área livre

CIRURGIA ONCOLÓGICA

Itens de 21 a 30

Um paciente de 78 anos de idade, pardo, lavrador aposentado, em bom estado geral, mas algo emagrecido, com história prévia de etilismo e tabagismo, procura auxílio médico com queixa de disfagia progressiva, emagrecimento e astenia. É submetido a uma endoscopia digestiva alta, que demonstra presença de um carcinoma espinocelular de esôfago moderadamente diferenciado, de epicentro entre a borda inferior da veia ázigos e a borda inferior da veia pulmonar inferior, com cerca de 5 cm de extensão. O estadiamento demonstra extensão da doença até a adventícia do órgão e presença de três linfonodos regionais aumentados, sem metástases a distância.

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

21. O tratamento padrão para esse paciente deve ser uma esofagectomia total, com reconstrução com tubo gástrico e quimiorradioterapia adjuvante.
22. A esofagectomia por toracoscopia ou cirurgia robótica, embora tenha resultados oncológicos equivalentes à cirurgia aberta, é preferível, pois apresenta grau de morbidade inferior ao procedimento aberto.
23. A esofagectomia a McKeown é a técnica de esofagectomia que utiliza duas incisões (uma no tórax e outra no abdome) com anastomose intratorácica, enquanto a esofagectomia a Ivor-Lewis é uma esofagectomia em três campos (cervical, torácico e abdominal) com incisão cervical.

Um paciente de 55 anos de idade, branco, lavrador, foi diagnosticado recentemente com melanoma maligno de 1,5 cm em antebraço esquerdo Clark IV, Breslow 0,8 mm sem regressão ou ulceração e longe de quaisquer estruturas nobres. É submetido a tratamento cirúrgico por meio de ressecção ampla com margens e pesquisa de linfonodo sentinela.

Considerando esse caso clínico, o tratamento cirúrgico do melanoma maligno e os conhecimentos médicos correlatos, julgue os itens a seguir.

24. Quando se realiza a biópsia cirúrgica para diagnosticar corretamente o melanoma maligno, deve-se realizar, sempre que possível, a biópsia incisional, uma vez que essa consegue avaliar adequadamente a espessura do melanoma e não provoca maior reação inflamatória no sítio cirúrgico na ocasião do tratamento definitivo.
25. No tratamento cirúrgico do melanoma maligno, a incisão deve ser realizada no sentido longitudinal, pois essa permite uma abordagem extensa da lesão, além de um excelente efeito cosmético no momento do fechamento.
26. O conceito do linfonodo sentinela baseia-se no fato de que a disseminação do melanoma cutâneo ocorre de maneira ordenada e sequencial ao sistema linfático. O linfonodo sentinela seria o primeiro a receber a drenagem da região do tumor e, por conseguinte, seria o primeiro a receber a doença metastática linfonodal.
27. Na linfadenectomia axilar clássica para melanoma, as três estruturas mais importantes a que o cirurgião deve se atentar na ocasião do ato cirúrgico são: nervo torácico longo, veia axilar e pedículo vasculonervoso do músculo grande dorsal.

Pacientes diagnosticadas com neoplasias ginecológicas frequentemente precisam ser submetidas a algum tipo de tratamento cirúrgico para a tentativa da cura dessas doenças.

Com base nessa informação e nos conhecimentos médicos correlatos, julgue os itens a seguir.

28. Na histerectomia tipo II de Ruthledge-Piver para o tratamento de neoplasia de colo uterino, a artéria uterina é ligada em sua emergência junto aos vasos ilíacos internos, e o paramétrio é ligado em sua extensão total.
29. Em pacientes com adenocarcinoma usual de endométrio bem diferenciado com menos de 50% de invasão do miométrio, a cirurgia indicada para essas pacientes é a histerectomia total tipo I, com salpingooforectomia bilateral, linfadenectomia pélvica, ilíaca bilateral e retroperitoneal.
30. Em pacientes submetidas a cirurgias para a citorredução em neoplasias de ovário, após a cirurgia, se ela ficar com doença macroscópica com menos de 1 cm, pode-se afirmar que a citorredução foi completa.

CLÍNICA MÉDICA

Itens de 31 a 40

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.

31. Um exame que pode contribuir bastante com o diagnóstico é a polissonografia.
32. 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 apnéia obstrutiva do sono, independentemente dos sintomas referidos pela paciente.
33. 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.

34. Após realizar polissonografia, foi diagnosticada uma apnéia 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.
35. 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.
36. 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.

37. 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.
38. O médico prescreve alopurinol por via oral e orienta o paciente a iniciar o uso imediatamente.
39. 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.
40. Outra medida que deve ser realizada é a alcalinização preventiva da urina com bicarbonato de sódio.

Área livre

GERIATRIA

Itens de 41 a 50

Um paciente, engenheiro por profissão, aposentou-se aos 65 anos de idade. A época, já apresentava algumas atitudes que fugiam de seu comportamento habitual: jocosidades inapropriadas, hipersexualismo, agressividade frequente, gasto excessivo de dinheiro e alteração da linguagem com perseverações de frases e ideias. Nos últimos dois anos, evoluiu com progressiva dificuldade para falar, com redução da produção verbal e dificuldade para realização de tarefas diárias, tais como: esquecimento de torneiras abertas e chama de fogão acesa, perda da habilidade de lidar com as próprias finanças e dificuldade para fazer compras adequadas. Foi ao geriatra que fez uma série de testes e pediu alguns exames. No minixame do Estado Mental (MEEM), ele obteve 13 de 30 pontos. Os exames laboratoriais foram normais e a imagem cerebral demonstrou atrofia dos lobos frontais e das porções anteriores dos lobos temporais. Foram iniciados tratamentos medicamentoso e não medicamentoso. Passados alguns meses, o paciente apresentou um quadro de confusão mental, inversão do ciclo sono-vigília, agressividade, incontinência urinária, não reconhecimento de familiares e alucinações visuais. Foi levado ao pronto-socorro. Administraram diazepam endovenoso e realizaram uma série de exames. Ele recebeu alta para casa com receita de diazepam e um antibiótico. Por três dias seguidos, ele caiu, com apresentação apenas de equimose e escoriações; entretanto, no quarto dia, caiu à noite e foi encontrado no chão. Ele teve fratura do fêmur esquerdo.

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

41. No início do quadro, o geriatra realizou alguns testes. A avaliação da capacidade de cuidar das finanças faz parte da escala de Katz.
42. O diagnóstico clínico mais provável para a síndrome demencial do paciente é demência por corpos de Lewy.
43. A melhor droga para retardar a progressão do quadro demencial do paciente é um anticolinesterásico.
44. A causa motivadora da busca pelo pronto-socorro foi diagnosticada como piora evolutiva da demência.
45. O diazepam está na lista de medicações inapropriadas para idosos, segundo Beers. Associado à alteração do envelhecimento em que há aumento proporcional da gordura corporal, espera-se alteração na distribuição da droga.
46. A última queda do paciente pode ser classificada como queda prolongada.

Depois de um 1 ano do tratamento cirúrgico da fratura de fêmur, o paciente retorna ao acompanhamento com o geriatra em consulta domiciliar, porque ele não conseguia mais deambular. Faz uso contínuo de fraldas geriátricas em razão da dupla incontinência. Ao exame físico, ele apresenta micose em virilha e axila, uma área de pele intacta com eritema não branqueável à digitopressão em região sacral. Os joelhos e cotovelos estão rígidos, impedindo-o, respectivamente, de esticar as pernas e os braços. O geriatra chama outro profissional da equipe para orientar o cuidador recém-contratado acerca dos cuidados de higiene para o acamado e para auxiliar com o curativo na região sacral. É prescrito tratamento para a micose. O quadro evoluiu com o

tempo. O paciente, com disfagia progressiva, fez um episódio de pneumonia broncoaspirativa e foi a óbito.

Tendo em vista o histórico e a evolução do quadro clínico do paciente e com base nos conhecimentos médicos correlatos, julgue os itens a seguir.

47. A incontinência urinária do paciente, após o tratamento da fratura de fêmur, é melhor classificada em crônica por transbordamento.
48. A lesão na região sacral trata-se de úlcera por pressão categoria/grau II.
49. O melhor tratamento para a lesão sacral é carvão ativado.
50. O paciente evoluiu com síndrome de imobilidade no final de vida.

MASTOLOGIA

Itens de 51 a 60

Um homem de 72 anos de idade, pardo, aposentado da profissão de engenheiro, com história prévia de hipertensão arterial sistêmica, tratada com hidroclorotiazida e espironolactona, faz uso de finasterida para queda de cabelos, apresenta massa endurecida na mama esquerda, com cerca de 2 cm x 1,8 cm, com retração mamilar e sem aderência ao músculo grande peitoral. A palpação da axila não indica linfadenopatias. O médico assistente solicitou mamografia que demonstrou presença de nódulo irregular, com margens espiculadas, de alta densidade associada à retração papilar categoria BIRADS V. O paciente é submetido a uma core biópsia da lesão, sendo diagnosticado carcinoma mamário invasor ductal do tipo habitual grau II.

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

51. Como os homens praticamente não apresentam produção de estrógeno e progesterona, os carcinomas de mama masculinos raramente são positivos para receptor de estrógeno e progesterona, tornando o uso do tamoxifeno de pouquíssima utilidade no tratamento adjuvante desses pacientes.
52. Alguns dos fatores de risco mais importantes para o desenvolvimento do câncer de mama em homens são a síndrome de Klinefelter, cirrose hepática, ginecomastia, mutações no gene BRCA-2 e obesidade.
53. O tipo histológico carcinoma ductal infiltrante é uma variante pouco frequente do câncer de mama masculino, uma vez que não há desenvolvimento ductal em homens em virtude da não possibilidade de lactação.
54. Nesse caso, o tratamento cirúrgico de escolha é uma mastectomia simples com pesquisa de linfonodo sentinela.
55. Entre os três tipos mais comuns de mastectomia radical, têm-se a mastectomia a Halstead, que contempla a ressecção da mama, o conteúdo axilar, o músculo peitoral maior e o músculo peitoral menor; a mastectomia a Madden, que contempla a ressecção da mama, o conteúdo axilar e o músculo peitoral menor; e a mastectomia a Pattey, que contempla a ressecção total da mama e o conteúdo axilar.

MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE**Itens de 61 a 70**

Uma mulher branca de 25 anos de idade, professora, procura auxílio médico com queixa de lesão palpável em mama direita com aproximadamente 5,0 cm de crescimento insidioso. Apresenta como antecedentes patológicos o uso crônico de anticoncepcionais orais para tratamento da síndrome de ovários policísticos. Ao exame clínico, apresenta lesão nodular com 4,8 cm x 3,2 cm, móvel, sem sinais de aderências a planos profundos no quadrante superior externo. As axilas apresentam-se normais. Submetida à ultrassonografia mamária, constata-se presença de lesão sólida hipoeoica no QSE de mama direita, com 4,9 cm x 3,4 cm, com reforço acústico posterior, margens lobuladas, com interface bem delimitada com relação ao tecido mamário adjacente, categoria BIRADS III. Submetida a uma punção aspirativa guiada por ultrassonografia, demonstraram-se, no esfregaço, grupos celulares epiteliais em dedo de luva, formando agrupamentos arborescentes e numerosos núcleos desnudos, muitas células ductais coesas em monocamadas e fragmentos de células estromais.

Quanto ao caso clínico apresentado e tendo em vista os conhecimentos médicos correlatos, julgue os itens a seguir.

56. Trata-se do diagnóstico de um hamartoma mamário típico, doença de baixo grau de malignidade e baixo risco de metastatização.
57. O tratamento cirúrgico dessa doença, embora tenha baixo risco de metastatização, deve contemplar ressecção cirúrgica com margens amplas (2 cm), pois a chance de recidiva local é elevada, sendo comum a necessidade de mastectomia simples com reconstrução imediata.
58. A utilização da punção aspirativa por agulha fina (PAAF), na propedêutica de nódulos mamários, apresenta uma série de vantagens: tem sensibilidade e especificidade elevadas; pode acuradamente prever o grau de invasão em casos de carcinomas infiltrantes de mama; e pode até mesmo facilmente avaliar a presença de receptores hormonais ou HER2/neu na amostra.
59. Durante o período embrionário, a formação das mamas acontece em uma “linha do leite” que se estende desde as axilas até a raiz das coxas. Além do tecido mamário habitual, é possível que se formem tecidos mamários ectópicos em qualquer parte dessa linha do leite.
60. As bandas de Holmes são lâminas fibrosas de tecido conjuntivo que se estendem da camada da fáscia profunda dos músculos da parede anterior do tórax até a derme. Tais estruturas costumam ser mais desenvolvidas na parte superior da mama, o que confere sustentação aos lobos da glândula mamária, mantendo seu formato.

Área livre

Determinada família extensiva é composta por sete membros, que são: a esposa de 73 anos de idade (alfabetizada, hipertensa, obesa e aposentada); o esposo de 75 anos de idade (pedreiro aposentado, alfabetizado, hipertenso e diabético); o filho mais velho de 25 anos de idade (empregado, saudável, responsável pela manutenção da casa e pelos cuidados cotidianos com os pais); o filho do meio de 22 anos de idade (usuário de drogas, desempregado, que possui relação conflituosa com o irmão, é violento com os pais e manipula o avô para conseguir dinheiro para a manutenção do vício); a filha caçula de 19 anos de idade (desempregada, mãe solteira de uma bebê de 6 meses de vida, que está matriculada na creche do bairro, o que possibilita a continuidade dos estudos da mãe que está cursando pedagogia e contribui com a manutenção dos afazeres domésticos e com os cuidados com o avô); e um senhor de 92 anos de idade, pai da esposa de 73 anos, o qual, após amputação de um membro inferior, necessitou morar com os filhos e netos, pois tornou-se dependente para algumas AVDs e totalmente para as AIVDs. A casa possui três quartos, um banheiro, uma sala, uma cozinha e tem água encanada. No bairro, há coleta de lixo e rede de esgoto. Diante desse contexto, o médico de Família e Comunidade analisa, junto com o agente comunitário de saúde, os riscos da família.

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

61. Publicada em 2002, no 10º Congresso Mineiro de Medicina de Família e Comunidade, a Escala de Risco Familiar de Coelho-Savassi tem como objetivo determinar o risco social e de saúde das famílias adscritas a uma equipe de saúde, refletindo o potencial de adoecimento de cada núcleo familiar.
62. Drogadição, analfabetismo, depressão e desnutrição grave são sentinelas de risco a serem observadas para a Escala de Risco Familiar de Coelho-Savassi.
63. Uma das vantagens da Escala de Risco Familiar de Coelho-Savassi é a ampliação do acesso, na medida em que prioriza a atenção no domicílio e favorece a integralidade e a equidade das ações desenvolvidas pela equipe de Saúde da Família.
64. O planejamento do cuidado deve ser centrado nas necessidades da comunidade residente no território, uma vez que as demandas de pessoas e grupos vulneráveis vinculados às equipes de saúde e às suas formas de organização influenciam o acesso aos serviços de saúde e seus modos de organização.
65. As visitas domiciliares proporcionam às equipes de saúde o melhor conhecimento das condições de vida e de saúde da comunidade, bem como dos recursos de sobrevivência disponíveis, minando a corresponsabilidade do indivíduo ou da família.

Área livre

Considere que o médico de Família e Comunidade realize uma visita à família extensiva anteriormente descrita.

Tendo em vista que a abordagem familiar apresenta diversos aspectos a serem contemplados por esse médico, julgue os itens a seguir.

66. Como instrumento de informação a respeito da família e da respectiva dinâmica de relacionamento, a construção do ecomapa deve ser composta por, no mínimo, três gerações de componentes familiares. O desenho provê um resumo de grande quantidade de informações, que pode ser explorado na busca de conflitos e de recursos familiares.
67. Na abordagem familiar e na utilização do método orientado na família pelo médico de Família e Comunidade, é ele quem detecta o problema ou os problemas que podem ser o motivo da disfunção ou da dificuldade para a recuperação.
68. A abordagem familiar realizada pelo médico de Família e Comunidade e a terapia familiar são ações sinônimas entre as quais não há diferenças; existem somente benefícios aos familiares.
69. O médico e a equipe devem ter clareza de que, diante de doenças incapacitantes, graves ou terminais, as pessoas afetadas, como o cuidador e os integrantes da família, por exemplo, reagem de forma individual às fases de aceitação da doença, que não são rígidas e podem sobrepor-se.
70. Para o estabelecimento do plano terapêutico, o médico de Família e Comunidade deve contribuir, quando necessário, com informações médicas e conselhos, enfatizar as questões em comum e realizar combinações. Deve, ainda, lembrar os objetivos propostos, questionar por eventuais dúvidas e, caso seja necessário, remarcar novo encontro.

Área livre

MEDICINA INTENSIVA

Itens de 71 a 80

Um adolescente de 13 anos de idade apresenta febre persistente ($> 38^{\circ}\text{C}$) há três dias, diarreia, vômitos, conjuntivite não purulenta e exantema polimórfico. Verificam-se os seguintes sinais vitais: FC = 120 bpm; FR = 23 irpm; SatO₂ = 90%; e PA = 88 mmHg x 65 mmHg. A avó dele, internada por Covid-19 há uma semana, mora no mesmo domicílio.

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

71. O adolescente apresenta dois critérios diagnósticos para Kawasaki, incluindo o critério obrigatório.
72. O diagnóstico de síndrome inflamatória multissistêmica pediátrica potencialmente relacionada à Covid-19 pode ser confirmado caso os marcadores de inflamação estejam elevados e sejam afastadas outras causas infecciosas e inflamatórias.
73. O adolescente possui quadro benigno e autolimitado, não necessitando do recebimento de fluidos ou de drogas vasoativas nesse momento.
74. O diagnóstico de Kawasaki parcial afastaria a possibilidade de síndrome inflamatória multissistêmica.
75. Caso as sorologias para Sars-CoV2 e para RT-PCR estejam negativas, o diagnóstico de síndrome inflamatória multissistêmica pediátrica potencialmente relacionada à Covid-19 não é afastado.

A respeito do manejo de crianças com doenças ameaçadoras à vida e tendo em vista os conhecimentos médicos correlatos, julgue os itens a seguir.

76. Em caso de desconforto respiratório em menores de 1 ano de idade em cuidados paliativos, sempre há a indicação de uso de CPAP.
77. Opioides não devem ser prescritos para crianças em final de vida, pois podem acelerar o processo em virtude da depressão respiratória induzida em um sistema nervoso imaturo.
78. Cuidados paliativos para anomalias de mau prognóstico, identificadas durante o pré-natal, devem ser iniciados ao nascimento.
79. Condições onco-hematológicas correspondem à maior causa de necessidade de cuidados paliativos na faixa etária pediátrica.
80. Diretivas antecipadas de vontade não podem ser utilizadas por menores de 18 anos de idade.

Área livre

NEUROLOGIA**Itens de 81 a 90**

Um paciente de 45 anos de idade, vítima de TCE grave, há uma semana encontra-se internado na unidade de terapia intensiva, sendo solicitado avaliação neurológica pelo fato de o paciente ter sido extubado há cinco dias e permanecer comatoso. Encontrava-se sem uso de sedação há cinco dias. Tomografia computadorizada do crânio, realizada na admissão, apresentou diversas contusões hemorrágicas frontais e troncoencefálicas, mas sem sinais de herniação. Exame controle realizado há 24 horas mostrou lesões em reabsorção. Ao exame neurológico, verificaram-se ECG = 3 pontos; pupilas puntiformes; padrão respiratório com hiperventilação rápida e sustentada; presença de desvio *skew*; AC = RC2T com BNF; e AP = MVF sem RA.

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

81. O ritmo respiratório apresentado pelo paciente seria de Cheyne-Stokes.
82. O reflexo fotomotor estará abolido nesse paciente.
83. Provavelmente há lesão estrutural na ponte.
84. A presença de desvio *skew* significa desvio horizontal dos olhos e sugere lesão diencefálica.
85. A realização de estímulo doloroso nesse paciente provocará retirada inespecífica como resposta motora.

Determinado paciente de 35 anos de idade esteve internado na unidade de terapia intensiva (UTI) por cerca de um mês em razão de complicações da pneumonia viral, sendo que, nos primeiros 15 dias, esteve entubado em ventilação mecânica e, atualmente, encontra-se na enfermaria e foi solicitado avaliação neurológica por causa de fraqueza global. Nega patologias prévias à internação. O exame neurológico apresentava tetraparesia grave (MRC 2), hiporreflexia tetrassetamentar, atrofia muscular em membros, hipostesia térmica, dolorosa e vibratória distais. Mostrava-se consciente, alerta, eupneico em ar ambiente e afebril. Verificaram-se AC = RC2T com BNF e AP = MVF sem RA.

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

86. O quadro neurológico é compatível com polineuropatia do doente crítico.
87. O paciente é incapaz de realizar movimentos ativos contra a gravidade.
88. Espera-se encontrar níveis elevados de creatinofosfoquinase (CPK) nesse paciente.
89. Mialgia é considerada uma manifestação clínica incomum nesse quadro.
90. A presença de neuropatia compressiva é comum em pacientes com internação prolongada em UTI.

Área livre**NEFROLOGIA****Itens de 91 a 100**

Um paciente de 32 anos de idade, sem comorbidades prévias, chega ao pronto-socorro com quadro de náuseas e vômitos há seis horas e refere estar apresentando borramento visual. Ao exame físico, o paciente encontra-se com fala arrastada, Glasgow 15, corado, hidratado, anictérico, acianótico e afebril (36 °C). Verificam-se AR = sem alterações; FR = 16 irpm; saturando 97% em ar ambiente; ACV = sem alterações; PA = 100 mmHg × 60 mmHg; FC = 105 bpm; e glicemia ocasional de 98 mg/dL. Apresenta-se ainda normosecretivo. Os exames laboratoriais revelam hemograma normal; albumina normal; ureia = 134 mg/dL; creatinina = 3,4 mg/dL; Na⁺ = 140 mmol/L; K⁺ = 5,0 mmol/L; Cl⁻ = 101 mmol/L; pH = 7,21, [HCO₃⁻] = 12 mmol/L; pO₂ = 96 mmHg; pCO₂ = 26 mmHg; e BE = -17. Refere que esteve em uma festa há três dias, ocasião na qual um colega ofertou-lhe um líquido incolor, adoçado.

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

91. Trata-se de um caso de acidose metabólica com *anion gap* normal.
92. Avaliando-se a história clínica do paciente, a maior probabilidade diagnóstica é a de intoxicação por dietilenoglicol (DEG), e o exame padrão-ouro seria a dosagem do DEG.
93. Em casos como o do paciente, a hipercalcemia pode estar presente como ação de toxicidade do metabólito álcool desidrogenase.
94. Em casos como o desse paciente, a maioria dos quadros neuropáticos são precedidos por injúria renal aguda (IRA).
95. O uso de etanol é indicado para o paciente em questão, com o propósito de se evitar a hemodiálise.

Sabe-se que a hipertensão arterial está entre as principais causas de doença renal crônica (DRC) no mundo.

Tendo em vista essa informação e os conhecimentos médicos correlatos, julgue os itens a seguir.

96. Hipertensão mascarada é definida como pressão arterial (PA) normal no consultório, comparada com a elevação da PA nas medidas domiciliares.
97. A manobra de Osler positiva indica que a pressão intra-arterial seja menor que a pressão do manguito, Em razão de ateromatose excessiva ou hipertrofia da camada média das artérias.
98. Síndrome da apneia obstrutiva do sono e obesidade estão entre os principais fatores de risco para hipertensão essencial.
99. A avaliação da eficácia do controle da pressão arterial em pacientes recebendo medicação uma vez ao dia é indicação para a realização da monitorização da pressão arterial ambulatorial (MAPA).
100. O achado histopatológico típico de hipertensão arterial primária é a arteriosclerose com hialinose subintimal.

ONCOLOGIA CLÍNICA**Itens de 101 a 110**

Uma paciente de 43 anos de idade apresenta histórico de nodulação mamária esquerda de crescimento rápido nos últimos quatro meses, associado a vermelhidão da pele mais retração areolar, além de um edema cutâneo com linfadenopatia axilar semifixa ipsilateral. Foi tratada com antibióticos anteriormente, sem nenhuma resposta clínica significativa.

Quanto a esse caso clínico, considerando a hipótese diagnóstica de carcinoma inflamatório da mama e com base nos conhecimentos médicos correlatos, julgue os itens a seguir.

101. Para obtenção do diagnóstico, deve-se tentar uma *core biopsy* da mama afetada, além de uma biópsia excisional de um fragmento da pele acometida pela doença, para tentar obter evidências de invasão linfática da pele pela neoplasia.
102. Assim como a maioria das neoplasias malignas de mama, deve ser testada para receptores hormonais e HER2 para um adequado planejamento do esquema de drogas a serem empregadas.
103. Como o estágio dessas pacientes é pelo menos IIIB e cerca de um terço delas já se apresenta com doença metastática, trata-se de uma doença com um prognóstico bem ruim.
104. Quando não há evidência de doença metastática, o tratamento deve ser iniciado por meio de cirurgia (mastectomia radical), seguido por quimioterapia, radioterapia, hormônio e imunoterapia (essas duas últimas, quando aplicáveis).
105. O trastuzumabe é um anticorpo monoclonal que atinge seletivamente o domínio extracelular da proteína do receptor 2 do fator de crescimento epidérmico humano (HER2) e é utilizado em cerca de 30% das pacientes com neoplasia mamária.

Um paciente de 78 anos de idade, empresário, procurou auxílio médico em virtude de esvaziar completamente a bexiga ao urinar e pela necessidade de acordar à noite diversas vezes para urinar. Refere que procurou urologista e que realizou exame clínico, o qual demonstrava endurecimento da próstata em sua zona central. Em seguida, o profissional solicitou ressonância magnética da pelve e PSA. O PSA veio com valor de 7,8 ng/mL, e a ressonância magnética da pelve demonstrou um aumento da próstata em sua zona central em consonância com o achado clínico PI-RADS IV.

Considerando a suspeita diagnóstica de neoplasia da próstata nesse caso clínico e com base nos conhecimentos médicos correlatos, julgue os itens a seguir.

106. A ressonância com laudo PI-RADS IV indica que a lesão prostática é provavelmente benigna e não sugere a necessidade de biópsia que seria guiada por exame clínico e valor sérico do PSA.
107. O próximo passo, para esse paciente, seria uma biópsia de próstata guiada por exames de imagem.
108. Pacientes com uma biópsia prostática com escore de Gleason 7 têm prognóstico quase idêntico a pacientes com escore de Gleason 6.
109. Para pacientes nessa faixa etária, prefere-se o tratamento radioterápico ao tratamento cirúrgico em razão da elevada morbidade perioperatória acarretada pela prostatectomia radical.

110. Caso não haja redução satisfatória do nível de PSA após tratamento radioterápico, na ausência de doença metastática, uma boa opção terapêutica para os pacientes pode ser a castração farmacológica.

PEDIATRIA**Itens de 110 a 120**

O pediatra está de plantão em uma maternidade da periferia de uma grande cidade. Na madrugada, uma gestante em período expulsivo dá entrada nessa maternidade. A mãe levou seu cartão de pré-natal com preenchimento adequado e com consultas regulares, mas, para sua surpresa, a idade gestacional é compatível com 33 semanas pela DUM.

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

111. A sobrevida de recém-nascidos prematuros (RNPT), definidos como os nascidos vivos com idade gestacional menor que 37 semanas, reflete a estrutura e a qualidade do cuidado antenatal, e o pediatra deve estar preparado para receber esse recém-nascido (RN) na assistência ao parto.
112. É fundamental, em todo parto prematuro, a presença de dois a três profissionais de saúde, com pelo menos um pediatra apto a intubar e indicar massagem cardíaca e medicações.
113. Quando um RNPT não melhora ou não atinge níveis desejáveis de SatO₂, com a ventilação por pressão positiva (VPP) em concentração de O₂ a 30%, a primeira medida é aumentar imediatamente a oferta de oxigênio suplementar.
114. No RN abaixo de 34 semanas, indica-se o clampeamento imediato do cordão umbilical, independentemente de sua vitalidade.
115. No atendimento ao RN saudável de mães com suspeita ou infecção pelo Sars-CoV-2, deve-se adiar a amamentação e o contato pele a pele.
116. A oximetria de pulso detecta, de forma contínua, a frequência de pulso, mas demora para detectá-la e subestima a frequência cardíaca (FC), podendo levar a um aumento desnecessário de intervenções para o neonato, na sala de parto.

Uma criança de 11 anos de idade foi encaminhada à unidade de pronto atendimento no bairro onde mora, em virtude de uma crise de asma. Utiliza formoterol/budesonid diariamente, porém tem crises que a levam à emergência pelo menos quatro vezes ao ano. Há 20 dias, esteve no mesmo pronto atendimento com sintomas de exacerbação da asma e recebeu inalações com fenoterol, apresentando melhora parcial. Manteve tosse noturna produtiva e alguma dificuldade para realizar exercícios físicos e frequentar a escola. Na última noite, evoluiu com piora da dispnéia, precisando despertar para fazer inalação durante a madrugada.

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

117. Seria importante realizar gasometria arterial por causa do retorno ao pronto atendimento em tão curto período de tempo.
118. Uma boa opção é manter o medicamento beta2-agonista de longa duração e suspender o uso associado do corticoide inalatório.
119. A maioria das crianças com asma atinge o controle dos sintomas com doses baixas a médias de corticoide inalatório.
120. Pode-se dizer que os sintomas não estão controlados, pois a criança vem apresentando sintomas noturnos e comprometimento de atividades rotineiras.