

Cada um dos itens da prova objetiva está vinculado ao comando que imediatamente o antecede. De acordo com o comando a que cada um deles esteja vinculado, marque, no cartão-resposta, para cada item: o campo designado com o **código C**, caso julgue o item **CERTO**; ou o campo designado com o **código E**, caso julgue o item **ERRADO**. A ausência de marcação ou a marcação de ambos os campos não serão apenadas, ou seja, não receberão pontuação negativa. Para as devidas marcações, use o cartão-resposta, único documento válido para a correção da sua prova objetiva.

CLÍNICA MÉDICA

Uma paciente de 53 anos de idade, obesa, portadora de diabetes *mellitus* tipo 2, procurou atendimento médico com resultado de exame laboratorial mostrando valor sérico reduzido de 25-hidroxi-vitamina D. A paciente negou sintomas e relatou estar em uso de orlistate 120 mg (três vezes ao dia) há seis meses, além de metformina, 1 g ao dia, há cinco anos.

Com base nesse caso hipotético, considerando o posicionamento da Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia, julgue os itens de **1** a **3**.

- 1 O orlistate utilizado pela paciente pode causar hipovitaminose D pelo aumento da degradação da vitamina D e de seus metabólitos ao ativar as enzimas lisossomais hepáticas.
- 2 A deficiência de vitamina D da paciente pode estar acompanhada de elevação da concentração sérica de paratormônio, o que aumenta o risco de fraturas.
- 3 Em casos de deficiência grave de vitamina D, ocorrem hipercalemia e sintomas relacionados, como náuseas, vômitos, fraqueza, anorexia e desidratação.

Um paciente de 38 anos de idade procurou atendimento médico com queixas de sensação de plenitude, dor epigástrica e hiporexia há quatro meses. Relatou ainda episódios diarreicos e, por vezes, disenteriformes, intercalados com constipação intestinal crônica. Ao exame físico, detectou-se fígado de consistência endurecida e aumentado de volume. Na ultrassonografia, verificou-se, além da hepatomegalia, a presença de fibrose hepática moderada, sem esplenomegalia. O paciente mora em zona endêmica de esquistossomose mansônica. Foram, então, solicitados exames complementares para confirmação do diagnóstico.

Com relação ao caso clínico apresentado e de acordo com as publicações do Ministério da Saúde, julgue os itens de **4** a **7**.

- 4 Cerca de 10% a 15% dos indivíduos com esquistossomose mansônica, com a mesma forma clínica desse paciente, podem apresentar síndrome nefrótica que, geralmente, melhora após o uso de esquistossomicidas.
- 5 Caso haja mais de 25% de positividade da doença na localidade de moradia do paciente descrito, a estratégia será tratar toda a população local.
- 6 O diagnóstico do paciente pode ser confirmado pela técnica de sedimentação espontânea, também conhecida por Hoffman, Pons e Janer, que permite a quantificação da intensidade da infecção pela contagem dos ovos nas fezes.
- 7 Com a confirmação diagnóstica, a droga de primeira escolha, para o tratamento do paciente, é o praziquantel, medicamento que tem menos efeitos adversos, eficácia terapêutica semelhante e menor custo, quando comparado à oxamniquina.

Em pacientes hipertensos com doença renal crônica, existem particularidades que devem ser observadas ao se propor o tratamento adequado. Acerca do tratamento da hipertensão arterial sistêmica para esses indivíduos e conforme as recomendações das Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial - 2020, julgue os itens de **8** a **12**.

- 8 Os betabloqueadores estão indicados para pacientes com insuficiência cardíaca associada à doença renal crônica.
- 9 Bloqueadores do canal de cálcio e bloqueadores do receptor AT1 da angiotensina II devem ser a primeira opção em pacientes transplantados renais por prevenirem a perda do enxerto.
- 10 A associação entre bloqueadores do receptor AT1 da angiotensina II e inibidores da enzima conversora de angiotensina é útil nos casos que cursam com albuminúria importante.
- 11 A meta de tratamento de pacientes desse grupo é a mesma para diabéticos e não diabéticos: pressão arterial < 130 mmHg X 80 mmHg.
- 12 Em pacientes hipertensos sob tratamento dialítico, as médias sistólicas obtidas por medidas domiciliares associam-se linearmente ao aumento do risco cardiovascular.

O acometimento pleuropulmonar em pacientes com doenças autoimunes sistêmicas é comum e pode levar ao aumento da morbidade e mortalidade. O diagnóstico precoce dessas manifestações oferece a melhor chance de intervir e melhorar o prognóstico. A respeito desse assunto, julgue os itens de **13** a **16**.

- 13 A manifestação pleuropulmonar mais comum em pacientes com artrite reumatoide é o derrame pleural, que tem concentração elevada de complemento.
- 14 Em indivíduos com lúpus eritematoso sistêmico, a hemorragia pulmonar é a manifestação pleuropulmonar mais comum, seguida da pneumonite lúpica.
- 15 A esclerose sistêmica, principalmente na forma difusa, é a doença reumática com maior acometimento por doença pulmonar intersticial.
- 16 Em casos de polimiosite, a manifestação mais comum é a pneumonia aspirativa.

Um paciente de 15 anos de idade procurou atendimento médico 24 horas após ter sido picado por formigas "lava-pés" (gênero *Solenopsis*) no dorso e na região lateral do pé direito. Relatou que, inicialmente, teve dor em queimação intensa, a qual posteriormente cedeu, e ele passou a sentir prurido local com surgimento de pápulas. Um dia depois, notou que várias pápulas se tornaram pústulas, com eritema e persistência do prurido. Negou aparecimento de febre. O exame clínico confirmou a presença de algumas vesículas e pústulas íntegras no local informado, além de leve edema e eritema perilesional.

Considerando as recomendações do Ministério da Saúde e com base nesse caso clínico, julgue os itens de **17** a **20**.

- 17 No Centro-Oeste, a espécie de maior importância nos acidentes por formigas é a lava-pés vermelha.
- 18 O paciente deve ser tratado com antibioticoterapia, pois as pústulas indicam infecção secundária.
- 19 O uso de corticoides tópicos não é recomendado em casos semelhantes ao descrito.
- 20 O uso de anti-histamínicos e corticoides orais deve ser reservado para os casos em que há reações alérgicas de moderadas a intensas.

CIRURGIA GERAL

Um paciente de 17 anos de idade chegou ao pronto-socorro com ferimento por arma de fogo no abdome, ocorrido há 30 minutos, na região de hipocôndrio direito. Na admissão, encontrava-se agitado, solicitando ajuda, e seus dados hemodinâmicos eram: PA = 60 mmHg X 40 mmHg, pulso de 134 bpm e frequência respiratória de 32 ipm.

Com base no caso clínico apresentado, julgue os itens de **21 a 25**.

- 21 A reposição volêmica com soro fisiológico 0,9%, 3.000 mL aberto, deve ser iniciada imediatamente, com o objetivo de elevar a pressão arterial, seguida de avaliação da resposta hemodinâmica.
- 22 A intubação orotraqueal é a primeira medida que deve ser realizada para esse paciente.
- 23 O protocolo de transfusão maciça deve ser ativado imediatamente.
- 24 Nesses casos, a utilização de ácido tranexâmico traz vantagens para redução da mortalidade por hemorragia.
- 25 A utilização do FAST (*Focused Assessment with Sonography for Trauma*) abdominal é essencial para definição da conduta nesse caso.

Uma paciente de 37 anos de idade apresenta dor abdominal de forte intensidade em região epigástrica, em hipocôndrio direito e dorso há um dia, acompanhada de náuseas e vômitos. Nega episódios anteriores. Ao exame, encontrava-se desidratada ++/4+, com pulso de 112 bpm e PA = 130 mmHg X 80 mmHg. Verificaram-se abdome globoso, flácido, pouco doloroso à palpação em epigástrico e Murphy negativo, com descompressão brusca negativa. Os exames iniciais mostram Hb = 14,7 g/dL, leucócitos 14.760/mm³, e creatinina = 1,6 mg/dL, amilase = 870 UI e bilirrubinas totais = 2,3 mg/dL.

Considerando esse caso clínico, julgue os itens de **26 a 30**.

- 26 A realização de tomografia computadorizada deve ser a primeira conduta a ser realizada para essa paciente, após os resultados dos exames.
- 27 A hidratação é a medida mais eficaz para essa paciente nas primeiras 48 horas.
- 28 O emprego de antibióticos de amplo espectro está bem indicado nesse caso.
- 29 Nesse caso, a colangiografia retrógrada endoscópica é um exame fundamental para ser realizado nas primeiras 24 horas.
- 30 O ultrassom é um exame obrigatório para essa paciente e que trará informações importantes para a condução do caso.

Um paciente de 63 anos de idade, vítima de atropelamento há cerca de 40 minutos, chegou à sala de emergência queixando-se de dor em hemitórax direito e abdome. Ao exame, encontrava-se com Glasgow 15, pulso de 92 bpm, PA = 140 mmHg X 90 mmHg e presença de escoriação em região toracoabdominal à direita. Apresentava murmúrio vesicular presente bilateralmente e abdome plano, flácido, pouco doloroso em hipocôndrio direito. Realizou tomografia computadorizada de abdome, que mostrou moderada quantidade de líquido na cavidade, com uma lesão hepática grau III em segmentos V e VI, com presença de *blush*, sem outras lesões avaliadas.

A respeito desse caso clínico, julgue os itens de **31 a 35**.

- 31 A laparotomia exploradora é a melhor maneira de tratar esse paciente.
- 32 O líquido livre na cavidade pode ser justificado apenas em razão da presença da lesão hepática.
- 33 A arteriografia com angioembolização é uma maneira muito efetiva para tratar esse paciente.
- 34 A cirurgia de controle de danos promove benefícios em pacientes com lesões hepáticas como essa.
- 35 O controle de hemoglobina e hematócrito é uma maneira efetiva de avaliar o ressangramento de uma lesão hepática como a descrita.

Uma paciente de 44 anos de idade, com diabetes tipo 2, relata dores abdominais há cerca de seis meses, principalmente em hipocôndrio direito e flanco direito. Realizou ultrassom de abdome, o qual mostrou múltiplos cálculos na vesícula biliar, que se encontrava com paredes finas e sem dilatação de vias biliares. Apresentava bilirrubina total de 0,7 mg/dL, AST = 35 UI (normal até 40), ALT = 64 (normal até 40 UI), fosfatase alcalina = 342 UI (normal até 250) e Gama GT = 743 UI (normal até 110).

Com base nesse caso clínico hipotético, julgue os itens de **36 a 40**.

- 36 O acompanhamento clínico e a monitorização dos sintomas representam uma alternativa adequada e segura para conduzir esse caso.
- 37 A realização de colangiografia intra-operatória é uma conduta adequada na pesquisa de coledocolitíase associada.
- 38 A presença de diabetes aumenta a chance de desenvolvimento de complicações, como necrose e perfuração da parede da vesícula biliar, em caso de inflamação aguda.
- 39 A laparoscópica é a via de acesso de eleição, caso seja escolhido pelo tratamento cirúrgico.
- 40 No caso de ser indicada a colecistectomia eletiva, o emprego de antibióticos após a cirurgia deve ser mantido por uma semana, para se evitarem complicações infecciosas pós-operatórias.

PEDIATRIA

Considere um recém-nascido (RN) do sexo masculino, com peso = 2.220 g, 46 cm, perímetro cefálico = 31 cm, Apgar 8/09 e exame físico normal. A mãe dele realizou pré-natal adequado. No teste de triagem materna, a sorologia mostrou-se negativa para toxoplasmose no primeiro trimestre de gestação. Com 23 semanas, a mãe apresentou quadro de adenomegalia, com IgG e IgM anti-*Toxoplasma gondii* positivas e avides de IgG < 20%. Assim sendo, iniciou-se o tratamento com espiramicina e efetuou-se o exame PCR para toxoplasmose no líquido amniótico, cujo resultado foi positivo. Teve início, então, o tratamento dela com sulfadiazina, pirimetamina e ácido fólico. A ultrassonografia obstétrica apresentou-se normal, o tratamento foi modificado para espiramicina com 37 semanas de gestação e fez-se parto cesariano com 39 semanas.

Com base nesse caso clínico, julgue os itens de **41 a 46**.

- 41** A infecção aguda materna foi comprovada pela soroconversão associada a uma avides baixa de IgG. Houve também clínica sugestiva na mãe, facilitando a determinação de que a infecção tenha acontecido no segundo trimestre, com risco de ocorrer transmissão congênita. A infecção fetal foi confirmada pela PCR positiva para toxoplasmose no líquido amniótico e iniciou-se tratamento materno para minimizar o risco de doença clinicamente aparente na criança.
- 42** Considera-se a infecção fetal comprovada quando há a presença de DNA do *Toxoplasma Gondii* em líquido amniótico, sangue ou tecido fetal (PCR) e entende-se como feto não infectado quando a mãe é soronegativa, ou por IgM ou IgA positivas na mãe, sem aparecimento de IgG, ou mediante amostra materna positiva antes da concepção.
- 43** Infecção congênita é considerada comprovada se há aumento nos títulos de IgG durante os primeiros 12 meses de vida, com presença de sinais clínicos clássicos de toxoplasmose (hidrocefalia, calcificações intracranianas, coriorretinite) ou persistência de positividade de IgG após os primeiros 12 meses de vida, com sinais clínicos clássicos de toxoplasmose ou IgM positiva nos primeiros seis meses de vida ou IgA positiva nos primeiros seis meses de vida.
- 44** Com relação à infecção congênita, a criança é considerada não infectada se há soronegativação durante os primeiros quatro meses de vida, sem ter ocorrido tratamento e confirmado soronegativação com duas sorologias consecutivas, colhidas com dois meses de intervalo, sendo que títulos baixos de IgG podem raramente persistir por mais alguns meses. Também se considera criança não infectada quando ela permanece soronegativa dois meses após o término do tratamento.

- 45** Na impossibilidade de se obter o resultado de um teste laboratorial para confirmação da etiologia diante da suspeita clínica de infecção congênita, as manifestações mais sugestivas de toxoplasmose congênita são coriorretinite, calcificações intracranianas e hidrocefalia.
- 46** No caso de crianças assintomáticas e com estado de infecção inconclusivo, a definição do diagnóstico representa uma dificuldade muito frequente na prática do acompanhamento de suspeita de toxoplasmose congênita. Assim sendo, o início, a manutenção e a suspensão do tratamento serão definidos caso a caso, de acordo com os resultados dos exames sorológicos e a evolução clínica. Inicia-se o tratamento com sulfadiazina + espiramicina nos RNs filhos de mães com toxoplasmose aguda comprovada durante a gestação.

Um RN com 18 dias de vida foi levado à emergência pela mãe. Ela relata que seu filho, além de apresentar febre, tem mamado menos e está chorando mais que o habitual. Ao exame físico, afere-se temperatura de 38,5 °C, frequência cardíaca está um pouco aumentada, porém o restante do exame físico encontra-se normal.

Com base no caso clínico apresentado, julgue os itens de **47 a 51**.

- 47** Os exames que devem ser solicitados para esse RN são hemograma, hemocultura, análise de urina com cultura, punção lombar e raio X de tórax.
- 48** O RN deve ser hospitalizado e indica-se início de antibioticoterapia após os resultados dos exames e da cultura, sendo, nesse caso, recomendado o antibiótico com base na sensibilidade da cultura.
- 49** A maioria das bactérias patogênicas cresce nas primeiras 24 horas a 36 horas após a coleta da cultura; por isso, a hospitalização, a observação clínica e a monitorização do RN sem antibioticoterapia é o preconizado atualmente e sem risco de ele desenvolver doença bacteriana grave.
- 50** Caso esse RN apresente-se em estado geral bom, sugando bem, e se os exames revelarem resultados normais, acompanhados de culturas negativas, ele poderá receber alta sem antibióticos. Caso seja feito diagnóstico de infecção do trato urinário (ITU), ele deverá continuar internado com antibioticoterapia parenteral endovenosa.
- 51** Uma grande preocupação dos pediatras é diferenciar se a febre de uma criança trata-se de uma doença benigna autolimitada, daqueles poucos casos em que se pode ter como causa uma infecção bacteriana grave (IBG). Pela dificuldade de avaliação clínica, menor função imunológica, imunização incompleta e maior frequência de IBG em RNs (neonatos com até 28 dias de vida), a maioria dos serviços tem adotado a prática de triar todos os RNs febris para avaliação de sepse, hospitalizar e iniciar antibioticoterapia empírica até a obtenção de resultados de culturas.

Os pais de uma adolescente de 12 anos de idade referem que ela apresenta perda contínua de peso nas últimas duas semanas (não sabem quantificar) e, na última semana, notaram nela aumento do apetite, aumento importante da ingestão hídrica, idas frequentes ao banheiro para urinar (inclusive com enurese noturna), hálito forte, com características de uma fruta passada, cansaço e fraqueza. Relatam odinofagia há quatro dias e febre reentrante de até 38 °C. Antecedentes pessoais e familiares: nada digno de nota, saudável. Ao exame, encontra-se em regular estado geral, corada, com mucosa labial seca, hipoativa, com hálito cetótico, peso = 28 kg, PA = 96 mmHg x 60 mmHg (P50) FC = 130 bpm, FR = 60 ipm, temperatura axillar = 36,7 °C e a amígdala hiperemiada, com petéquias em palato e placas amareladas na amígdala direita. Na ausculta respiratória apresenta incursões e excursões respiratórias profundas e rápidas. Apresenta abdome escavado, sem visceromegalias, mas relata incômodo à palpação.

A respeito do caso clínico apresentado, julgue os itens de **52 a 55**.

- 52** Trata-se de Cetoacidose diabética (CAD). São considerados diagnósticos diferenciais para CAD: a acidose láctica por erro inato do metabolismo, intoxicação por salicilato ou teofilina, coma hiperosmolar e acidose tubular renal.
- 53** Quanto à CAD, é correto afirmar que se trata de um conjunto de alterações clínico-laboratoriais decorrentes da insuficiente ação insulínica e da concomitante diminuição dos hormônios contrarreguladores da insulina em resposta a alguma situação de estresse. Laboratorialmente, caracteriza-se por hiperglicemia (glicemia superior a 200 mg/dL) e acidose metabólica (pH inferior a 7,3 e/ou bicarbonato inferior a 15 mEq/L) com diminuição do ânion *gap*.
- 54** O edema cerebral é a complicação da CAD mais temida em crianças e adolescentes. O edema cerebral ocorre em aproximadamente 1% dos casos de CAD e está associado à elevada morbidade e mortalidade. O edema cerebral, embora seja, em geral, considerado uma complicação do tratamento da CAD, pode estar presente já na admissão do paciente ao serviço de urgência. A acidose hiperclorêmica por perda urinária de ânions cetoadídicos e a administração excessiva de fluidos ricos em cloreto, assim como a hipoglicemia e a hipercalemia, são complicações comuns associadas ao tratamento da CAD. A reposição de bicarbonato também pode causar hipernatremia e hipercalemia, sendo entendida como uma das condições facilitadoras da ocorrência de edema cerebral em crianças e adolescentes
- 55** As principais causas da CAD são infecções, pouca aderência ao tratamento e estresse emocional. Em cerca de 25% a 40% das crianças e dos adolescentes diabéticos, a CAD é responsável pela primodescompensação diabética. Em aproximadamente 25% dos casos de CAD, não é possível identificar um fator causal para a descompensação. A CAD representa a descompensação aguda mais grave em crianças e adolescentes diabéticos.

Considerando o calendário vacinal de crianças e adolescentes, atualmente utilizado no Brasil pelo PNI (SUS), julgue os itens de **56 a 60**.

- 56** Com relação à vacina BCG – Tuberculose, ela deve ser aplicada, em primeira dose, nas crianças nascidas com até 2 kg, imediatamente após o nascimento. Nessas crianças, a segunda dose deve ser aplicada até aos 4 anos, 11 meses e 29 dias de idade.
- 57** Quanto à vacina inativada contra poliomielite (VIP) e à vacina oral contra poliomielite atenuada (VOP), as três primeiras doses, aos 2, 4 e 6 meses de vida, devem ser aplicadas obrigatoriamente com a VOP. A recomendação para as doses subsequentes é que sejam feitas com a VIP. Ambas as vacinas VIP e VOP são também indicadas para as crianças imunocomprometidas e seus contatos domiciliares.
- 58** Acerca da vacina pneumocócica conjugada, ela está indicada para todas as crianças de até 5 anos de idade, aos 2 e 4 meses, um reforço aos 12 meses, podendo ser aplicada até os 4 anos e 11 meses de idade. A Sociedade Brasileira de Pediatria recomenda o uso da vacina conjugada 13-valente, pelo seu maior espectro de proteção, com três doses no primeiro ano (2, 4, e 6 meses) e uma dose de reforço entre 12 e 15 meses de vida. Crianças saudáveis com esquema completo com a vacina 10-valente podem receber dose(s) adicional(is) da vacina 13-valente até os cinco anos de idade, com o intuito de ampliar a proteção para os sorotipos adicionais.
- 59** Com relação à vacina HPV tipos 6, 11, 16 e 18 (HPV4), ela é recomendada em duas doses com intervalo de 6 meses entre elas para indivíduos entre 9 e 14 anos de idade, e em três doses (0, 1 a 2 e 6 meses) para maiores de 15 anos de idade. Imunocomprometidos por doença ou tratamento devem receber o esquema de três doses.
- 60** Quanto às principais causas do ressurgimento do sarampo ao redor do mundo, é correto afirmar que contribuíram para isso fatores como a migração de indivíduos contaminados para áreas com alto índice de suscetíveis e elevada contagiosidade do vírus, cobertura vacinal para as duas doses inferior a 95% da população, bem como o aparecimento de cepas resistentes à vacina sarampo, caxumba e rubéola atenuada (SCR), que é utilizada atualmente.

OBSTETRÍCIA E GINECOLOGIA

Uma paciente de 22 anos de idade, com antecedente de ciclos menstruais regulares, está gestante com idade gestacional de 8 semanas e 5 dias. É primigesta e apresentou quadro de sangramento vaginal de curta duração, associado a cólica moderada há uma semana. Os sintomas cessaram em 24 horas, a ecografia transvaginal atual não evidenciou gestação, os anexos uterinos estão livres e, ao toque vaginal, observou-se colo fechado.

Acerca desse caso clínico, julgue os itens **61** e **62**.

- 61** O diagnóstico é de aborto completo, e o acompanhamento com dosagem seriada de beta-hCG é mandatório.
- 62** Na vigência de dor à mobilização do colo, o esvaziamento uterino é recomendado.

Uma paciente encontra-se em franco trabalho de parto há duas horas; é tercigesta e possui dois partos vaginais anteriores. Apresenta gestação atual a termo e antecedente de miomectomia. Ao exame físico, observam-se colo posterior, grosso e com 3 cm de dilatação ao toque vaginal, batimentos cardíacos fetais de 148 bpm e deformação do abdome gravídico à palpação, lembrando aspecto de “ampulheta”.

Com base no caso clínico e nos conceitos médicos a ele associados, julgue os itens de **63** a **65**.

- 63** O esvaziamento vesical por sonda de alívio poderia causar melhora do quadro.
- 64** Um dos diagnósticos diferenciais para o caso descrito seria a síndrome de Bandl-Frommel.
- 65** Não há risco de rotura uterina, uma vez que a paciente não possui partos cirúrgicos anteriores.

Uma parturiente com idade gestacional de 40 semanas e 4 dias, primigesta, pré-natal de baixo risco sem intercorrências, AFU = 42 cm, encontra-se com colo pérvio para 8 cm ao toque vaginal, bolsa rota com líquido amniótico claro, polo cefálico há quatro horas mantendo-se no plano +1 de De Lee com bossa ++/4+ e assinclitismo de Litzmann. Verifica-se cardiocografia basal com padrão tranquilizador.

Tendo em vista o caso clínico apresentado, julgue os itens **66** e **67**.

- 66** No assinclitismo de Litzmann, a sutura sagital encontra-se mais próxima do púbis.
- 67** Há desproporção cefalopélvica (DCP) e está indicada a aplicação de fórceps.

Acerca da anatomia pélvica feminina e das respectivas eventuais variações, julgue os itens **68** e **69**.

- 68** A drenagem venosa ovariana se dá por meio de um plexo bem desenvolvido, drenando através das veias ovarianas para a veia renal (à direita) e para a veia íliaca comum (à esquerda).
- 69** A fusão parcial dos ductos de Müller origina anomalia que é frequentemente associada a malformações renais.

Uma paciente de 28 anos de idade, G2POA2, procura o ginecologista por ausência de menstruação há sete meses. Após exames laboratoriais básicos dentro da normalidade, foi submetida aos seguintes testes:

- I. estímulo com progestágeno: ausência de sangramento; e
- II. estímulo com estrogênio + progestágeno: ausência de sangramento.

Com base no caso clínico apresentado, julgue os itens **70** e **71**.

- 70** O caso em questão é de amenorreia secundária.
- 71** A hipótese diagnóstica provável para o caso é síndrome de Asherman.

Uma paciente de 58 anos de idade, G5PN4PC1, sem comorbidades, refere perda urinária ao tossir e sensação de “bola na vagina”, que a incomoda durante o ato sexual. Foi hysterectomizada há 10 anos por miomatose uterina. Ao exame físico, identificam-se perda urinária sob valsalva e prolapso de cúpula vaginal. O estudo urodinâmico evidencia pressão de perda de 102 cm H₂O.

Considerando o caso clínico apresentado, julgue os itens de **72 a 75**.

- 72** A paridade é um fator de risco para o prolapso vaginal dos órgãos pélvicos, desde que a via de parto seja vaginal.
- 73** A cirurgia de Le Fort está contraindicada para a paciente em questão.
- 74** A colpofixação sacroespinhosa é uma boa opção terapêutica para o caso em tela.
- 75** O tratamento indicado para a perda urinária é a fisioterapia pélvica associada a medicação anticolinérgica.

Uma paciente de 21 anos de idade procura atendimento na emergência em razão de dor em abdome inferior e dois episódios de febre não aferida nas duas últimas semanas. Apresentou agravamento significativo do quadro há um dia, com piora do estado geral. Antecedentes: união estável, G0P0, faz uso de método contraceptivo hormonal oral e não recorda a DUM. Relata hábitos fisiológicos inalterados. Ao exame físico, destacam-se temperatura axilar = 39,1 °C, PA = 112 mmHg X 59 mmHg, FC = 109 bpm e abdome doloroso à palpação, sem dor à descompressão brusca. O exame especular evidencia secreção vaginal abundante, com aspecto purulento e odor fétido. Ao toque vaginal, nota-se dor à mobilização do colo uterino e anexos. Na ecografia transvaginal, há presença de pequena quantidade de líquido livre e espesso no fundo de saco de Douglas, sem outras alterações.

Acerca desse caso clínico, julgue os itens **76 e 77**.

- 76** A dosagem de beta-hCG está dispensada, uma vez que a paciente é usuária de método contraceptivo.

- 77** O diagnóstico é doença inflamatória pélvica, indicando-se internação para antibioticoterapia e abordagem cirúrgica para drenagem de abscesso tubo-ovariano.

Uma paciente de 49 anos de idade, com nódulo endurecido na mama direita e mamografia BI-RADS® 5, teve diagnóstico de câncer de mama. Antecedentes pessoais e familiares: G3PN3, ciclos menstruais irregulares, DUM há quatro meses e mãe com diagnóstico de câncer de mama unilateral aos 66 anos de idade. Ao exame físico, constata-se mamas de médio volume, retração no quadrante inferior lateral direito com desvio do mamilo ipsilateral, nódulo palpável na região retroareolar direita de 4,5 cm X 3 cm e axila clinicamente negativa. O estudo anatomopatológico da lesão evidenciou carcinoma ductal invasivo, grau histológico 1 de Nottingham e imuno-histoquímica com receptores hormonais (estrogênio e progesterona) negativos, HER-2 positivo e índice de Ki-67 de 12%.

Com base no caso clínico apresentado, julgue os itens de **78 a 80**.

- 78** Considerando que a paciente está no período do climatério, o primeiro hormônio a apresentar queda é a inibina.
- 79** O tratamento cirúrgico recomendado é mastectomia simples à direita, com biópsia de linfonodo sentinela com congelação (em caso de sentinela positivo, realizar a linfadenectomia axilar direita no ato operatório), e reconstrução mamária.
- 80** No tratamento adjuvante, a quimioterapia é dispensável para o caso em tela.

MEDICINA PREVENTIVA E SOCIAL

Quanto aos riscos ocupacionais que podem extrapolar o ambiente de trabalho e atingir a comunidade, julgue os itens de **81 a 85**.

- 81** Na tragédia da boate Kiss, as mortes das pessoas presentes no local foram causadas pela combinação sinérgica de dois gases da combustão de materiais e que atuam ligando-se fortemente à hemoglobina: o monóxido de carbono e o benzeno.
- 82** No acidente radioativo de Goiânia, a radiação ionizante liberada pelo Césio 137 causou efeitos determinísticos nas pessoas que vieram a contrair câncer e efeitos estocásticos naquelas que foram a óbito pouco tempo depois da exposição.
- 83** A presença de uma fábrica de cimento em um território próximo aos locais de moradia das pessoas acarreta outros tipos de riscos à população, além da exposição a aerodispersíveis.
- 84** Para implantação de programas de saúde básica, o levantamento de informações acerca das atividades produtivas desenvolvidas localmente não deve considerar os vínculos informais de trabalho, por causa da instabilidade e das contínuas mudanças de local das atividades laborais dessas pessoas.
- 85** Uma situação de especial importância refere-se a crianças e adolescentes com menos de 16 anos de idade em situação de trabalho, o que é considerado ilegal, ressalvada a condição de aprendiz a partir dos 14 anos de idade, e também quanto a pessoas com menos de 18 anos de idade realizando trabalho noturno, perigoso ou insalubre, também ilegal, ainda que desenvolvido no contexto familiar.

Uma trabalhadora rural de 30 anos de idade, em plantio de tomate há dois meses, refere tonturas, dores de cabeça, cansaço, náuseas, geralmente no final do dia de trabalho, há duas semanas, após a plantação ter sido pulverizada com agrotóxicos, e informa que uma colega de trabalho apresenta quadro semelhante. O médico suspeitou tratar-se de um caso de intoxicação por agrotóxicos e afastou-a do trabalho por uma semana, com nova avaliação, e notificou esse fato ao Sistema de Informação de Agravos e Notificações (SINAN), do Sistema Único de Saúde (SUS). No retorno, a paciente relatou melhora do quadro clínico.

A respeito desse caso clínico, julgue os itens de **86 a 92**.

- 86** Em razão da melhora clínica que a trabalhadora relatou por ocasião do seu retorno para reavaliação, confirma-se o diagnóstico de intoxicação, por critério clínico epidemiológico.
- 87** O médico não deveria ter notificado o SINAN, pois ainda não havia certeza do diagnóstico.
- 88** O Brasil é considerado o maior consumidor de agrotóxicos no mundo, decorrente do modelo de desenvolvimento comprometido com a produção de bens primários para exportação.
- 89** Os trabalhadores rurais são mais expostos aos agrotóxicos e, muitas vezes, a exposição ambiental soma-se à ocupacional.
- 90** O reconhecimento da toxicidade de um produto, considerando os efeitos agudos, baseia-se na Dose Sintomática 50 (DS 50), que é a quantidade suficiente para as manifestações clínicas de um adulto.

- 91** As principais vias de absorção dos agrotóxicos pelo organismo humano são a dérmica (pele) e a respiratória (inalatória), pois a absorção pela via oral e pela digestiva é pouco expressiva na situação de trabalho, exceto quando esses produtos são ingeridos acidental ou intencionalmente.
- 92** No caso apresentado, trata-se de efeitos tóxicos decorrentes da exposição crônica aos agrotóxicos, que são bem conhecidos, como manifestações gastrointestinais e neurológicas.

Em relação à saúde dos homens, julgue os itens de **93 a 96**.

- 93** Tradicionalmente, o sistema de saúde tem dado prioridade à atenção a crianças e a mulheres – e, mais recentemente, também aos idosos – considerando-os como estratos mais frágeis da sociedade, sendo que os homens, de forma geral, habituaram-se a evitar o contato com os espaços da saúde, orgulhando-se da própria invulnerabilidade, avessos à prevenção e ao autocuidado.
- 94** Quanto ao tabagismo, os homens usam cigarros com a mesma frequência que as mulheres, o que acarreta vulnerabilidade a doenças cardiovasculares, cânceres, doenças pulmonares obstrutivas crônicas, doenças bucais, entre outras; entretanto, a prevalência de dependência do álcool é maior entre os homens.
- 95** O homem é mais vulnerável à violência, seja como autor, seja como vítima, e os homens adolescentes e jovens são os que mais sofrem lesões e traumas por agressões, que são mais graves e demandam maior tempo de internação, em relação às sofridas pelas mulheres.
- 96** No contexto geral das 10 neoplasias malignas que mais frequentemente causaram a morte, logo após o câncer de pulmão, traqueia e brônquios, aparece o câncer de próstata, que geralmente é uma neoplasia de rápida evolução, devendo ser diagnosticada e tratada com precocidade.

Acerca do roteiro para a promoção da saúde ocular na infância, julgue os itens de **97 a 100**.

- 97** O teste do reflexo vermelho é uma ferramenta de rastreamento de alterações que possam comprometer a transparência dos meios oculares, tais como catarata, glaucoma, toxoplasmose, retinoblastoma e descolamentos de retina precoce e tardios.
- 98** Na avaliação funcional de uma criança com menos de 1 ano de idade, ela deve começar a piscar os olhos diante de *flash* luminoso a partir de 2 meses de vida; caso contrário, deve-se suspeitar de problemas.
- 99** O rastreamento de retinopatia da prematuridade deve ocorrer durante toda a primeira infância, começando a partir de 1 ano de idade.
- 100** A identificação de situações de risco e a inspeção ocular e anexos devem ocorrer já na fase pré-natal.