



PROVA ①

**CADERNO
DE
QUESTÕES****Instruções**

1- Você está recebendo o seguinte material:

- a) este caderno com o enunciado das questões **objetivas**, das questões **discursivas**, e das questões relativas às suas **impressões sobre a prova**, assim distribuídas:

Partes	Questões	Páginas	Peso de cada parte
Questões objetivas	1 a 40	2 a 10	40%
Questões discursivas e Rascunho	1 a 10	11 a 15	60%
Impressões sobre a prova	41 a 51	16	- - -

- b) 1 Folha de Respostas destinada às respostas das questões objetivas e de impressões sobre a prova. O desenvolvimento e as respostas das questões discursivas deverão ser feitos a caneta esferográfica de tinta preta e dispostos nos espaços especificados.

2- Verifique se este material está em ordem e se o seu nome na Folha de Respostas está correto. Caso contrário, notifique imediatamente a um dos Responsáveis pela sala.

3- Após a conferência do seu nome na Folha de Respostas, você deverá assiná-lo no espaço próprio, utilizando caneta esferográfica de tinta preta, e imediatamente após deverá assinalar, também no espaço próprio, o número correspondente à sua prova

①, ②, ③ ou ④.

Deixar de assinalar o gabarito implica anulação da parte objetiva da prova.

4- Na Folha de Respostas, a marcação das letras correspondentes às respostas assinaladas por você para as questões objetivas (apenas uma resposta por questão), deve ser feita preenchendo todo o alvéolo a lápis preto nº 2 ou a caneta esferográfica de tinta preta, com um traço contínuo e denso.

Exemplo:

A B C D E

5- Tenha cuidado com a Folha de Respostas, para não a dobrar, amassar ou manchar.

6- Esta prova é individual, sendo vedadas qualquer comunicação e troca de material entre os presentes, consultas a material bibliográfico, cadernos ou anotações de qualquer espécie, ou utilização de calculadora.

7- Quando terminar, entregue a um dos Responsáveis pela sala a Folha de Respostas e assine a Lista de Presença. Cabe esclarecer que nenhum graduando deverá retirar-se da sala antes de decorridos 90 (noventa) minutos do início do Exame.

8- Você pode levar este Caderno de Questões.

OBS.: Caso ainda não o tenha feito, entregue ao Responsável pela sala as respostas ao questionário-pesquisa e as eventuais correções dos seus dados cadastrais. Se não tiver trazido as respostas ao questionário-pesquisa, você poderá enviá-las diretamente à DAES/INEP (Esplanada dos Ministérios, Bloco L - Anexo II - Brasília, DF - CEP 70047-900).

9- Você terá 4 (quatro) horas para responder às questões objetivas, discursivas e de impressões sobre a prova.

OBRIGADO PELA PARTICIPAÇÃO!

MEDICINA

1. Mulher de 70 anos está internada numa enfermaria de clínica geral para tratamento de infecção respiratória, recebendo ceftriaxone e clindamicina há 7 dias, quando passa a apresentar cólica abdominal intensa, diarreia, febre, ascite discreta e edema de pernas. Os exames mostram grande quantidade de leucócitos nas fezes e albumina sérica de 2,3 g/dL. O tratamento instituído foi a suspensão do ceftriaxone e da clindamicina e a introdução de metronidazol oral, com ótima evolução clínica. O provável agente etiológico do quadro diarreico foi

- (A) *Salmonella thyphi*.
- (B) *Entamoeba histolytica*.
- (C) *Staphylococcus aureus*.
- (D) *Clostridium difficile*.
- (E) *Campylobacter jejuni*.

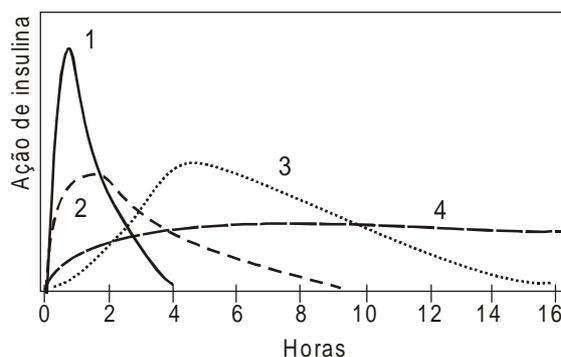
2. Homem de 50 anos procurou um pronto-socorro por apresentar, há dois dias, dor e vermelhidão em olho esquerdo, visão borrada deste lado, além de náusea e um episódio de vômito. Ao exame clínico, o referido olho mostrava hiperemia conjuntival, principalmente em torno da córnea, sem secreção, e a pupila estava média, sem resposta fotomotora. O clínico geral solicitou avaliação do oftalmologista de plantão que concordou com a hipótese de quadro agudo de

- (A) episclerite.
- (B) conjuntivite.
- (C) uveíte anterior.
- (D) ceratite.
- (E) glaucoma.

3. Homem de 70 anos está internado numa enfermaria de clínica geral há 15 dias, para investigação de quadro demencial. Recebe hidratação parenteral através de cateter venoso central, instalado em veia subclávia esquerda. Há 6 dias vem apresentando febre diária de 39 °C e apareceu sopro cardíaco. Há 2 dias está com tosse e, na radiografia de tórax, surgiram vários pequenos velamentos na periferia de ambos os pulmões. Das abaixo citadas, a melhor opção terapêutica, enquanto se aguardam os exames de investigação diagnóstica, é a introdução de

- (A) vancomicina.
- (B) ceftriaxone.
- (C) ampicilina e gentamicina.
- (D) penicilina cristalina.
- (E) anfotericina B.

4. Homem de 21 anos procura o ambulatório didático de um hospital escola referindo ser diabético há dois anos, em tratamento com uma dose diária matinal de 30 unidades de insulina humana por via subcutânea, além de dieta sem açúcar livre. Mesmo assim, queixa-se de polidipsia e perda de peso. Apresenta glicemia de jejum de 200 mg/dL e hemoglobina glicosilada de 9,5% (normal de 4,5 a 6,5%). O médico preceptor discutiu o caso com os estudantes de medicina, afirmando que este paciente mereceria receber múltiplas aplicações de insulina por dia e, para programar um esquema apropriado, seria necessário conhecer as características dos diversos tipos de insulina e seus análogos. Abriu um livro de clínica médica e mostrou aos alunos a figura abaixo:



As insulinas NPH, regular, glargina e lispro são representadas, respectivamente, por

- (A) 3, 1, 2 e 4.
- (B) 3, 2, 1 e 4.
- (C) 3, 2, 4 e 1.
- (D) 4, 1, 3 e 2.
- (E) 4, 2, 3 e 1.

5. Uma mulher de 32 anos, negra, filha de pais hipertensos e previamente hígida, procurou algumas vezes uma Unidade Básica de Saúde de uma pequena comunidade rural por apresentar, nos últimos 7 meses, fraqueza muscular e dispnéia aos esforços. O único dado relevante do exame físico foi a pressão arterial variando de 160 × 100 a 170 × 110 mmHg. Os exames mostraram hemoglobina de 13 g/dL, glicemia de 85 mg/dL, creatinina de 0,9 mg/dL, sódio de 137 mEq/L, potássio de 2,3 mEq/L, colesterol de 190 mg/dL, triglicérides de 200 mg/dL e sedimento urinário normal. A repetição da dosagem dos eletrólitos confirmou os resultados. A conduta mais adequada neste momento é

- (A) encaminhar a paciente para um centro mais aparelhado para realizar arteriografia renal.
- (B) encaminhar uma amostra de sangue da paciente para um laboratório mais aparelhado, para dosagem de renina e aldosterona.
- (C) considerar hipertensão essencial como mais provável e iniciar tratamento com hidroclorotiazida.
- (D) encaminhar uma amostra de urina da paciente para um laboratório mais aparelhado, para dosagem de ácido vanilmandélico e catecolaminas.
- (E) considerar o fator hereditário como a causa provável da hipertensão arterial e iniciar tratamento com inibidor de ECA (enzima conversora de angiotensina).

6. Um casal procura assistência médica num posto de saúde. O homem de 50 anos, marceneiro, apresenta há 3 anos sensação de tristeza quase todos os dias, além de falta de apetite, insônia e incapacidade de concentrar-se no trabalho, o que gerou a perda de muitos fregueses. A mulher, de 47 anos, vendedora, relata como únicas queixas não sentir interesse ou prazer, nos últimos 6 meses, em realizar nenhuma de suas atividades profissionais, sociais ou domésticas, além de comer demais, já tendo engordado 8 kg, e sentir fadiga intensa quase diariamente. O exame físico dos 2 pacientes não mostra alterações relevantes. O médico que os atendeu deve levantar a hipótese de que este homem e esta mulher apresentam, respectivamente,

- (A) distímia e depressão menor.
- (B) depressão menor e distímia.
- (C) depressão menor e depressão maior.
- (D) depressão maior e depressão menor.
- (E) distímia e depressão maior.

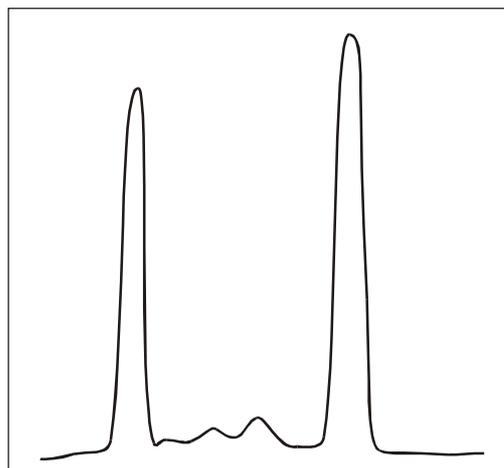
7. Mulher de 30 anos relata, em consulta num posto de saúde, que apresenta há 1 ano episódios freqüentes de cefaléia hemcraniana esquerda de forte intensidade, com duração de até 24 horas. As crises ocorrem 4 a 5 vezes por mês, são acompanhadas de náusea, pioram em ambientes barulhentos e não respondem ao uso de aspirina ou acetaminofeno. O médico que a examinou prescreveu dois medicamentos: o primeiro, de uso diário, para prevenir as crises de cefaléia e o segundo, para ser usado somente quando houver dor. Dentre os abaixo, os medicamentos adequados são, respectivamente,

- (A) rizatriptano e verapamil.
- (B) amitriptilina e fluoxetina.
- (C) propranolol e sumatriptano.
- (D) sertralina e atenolol.
- (E) prednisona e ergotamina.

8. Mulher de 30 anos procura ambulatório de clínica geral com queixa de dor em punhos e joelhos há 5 meses, cansaço aos esforços há 4 meses, dor em hemitórax esquerdo que piora com a respiração há 1 mês e inchaço de rosto e pernas nos últimos dias. Encontra-se descorada, icterícia, com eritema em região malar, pressão arterial de 150 x 90 mmHg, pulso de 100 bpm, atrito pleural esquerdo, artrite de joelhos e edema de pálpebras e pernas. Os exames mostram hemoglobina de 8,5 g/dL, VCM de 85 fL, creatinina de 2,1 mg/dL, aumento marcante de bilirrubina indireta e de desidrogenase láctica, além de hematúria e proteinúria de 2,3 gramas em 24 horas. Espera-se encontrar nesta paciente as seguintes alterações laboratoriais, EXCETO

- (A) hipergamaglobulinemia policlonal.
- (B) anticorpo antiácido desoxirribonucleico.
- (C) redução do nível sérico de complemento.
- (D) anticorpo anti-mitocôndria.
- (E) teste de Coombs direto positivo.

9. Mulher de 50 anos é internada numa enfermaria de clínica médica de um hospital escola por estar, nos últimos 3 dias, com poliúria, polidipsia, dificuldade para evacuar, dor abdominal e confusão mental. Os parentes relatam que há 9 meses a paciente apresenta fraqueza e dispnéia e há 15 dias teve lombalgia súbita e intensa. Os dados relevantes do exame físico são desidratação, dor lombar e confusão mental. Não tem déficit motor. Radiografias da coluna mostram achatamento da quarta vértebra lombar e lesões líticas em diversas vértebras dorsais. Os exames de sangue e a curva da eletroforese de proteínas são mostrados abaixo.



albumina gamaglobulinas

Exame	Paciente	Valores de Referência
Sódio (mEq/L)	128	135 a 145
Uréia (mg/dL)	95	10 a 40
Creatinina (mg/dL)	1,9	0,5 a 1,3
Cálcio (mg/dL)	13	8,5 a 10
Glicemia (mg/dL)	152	70 a 110
Hemoglobina (g/dL)	10,5	12 a 16

A provável causa dos sintomas apresentados pela paciente nos últimos 3 dias é

- (A) hipergamaglobulinemia.
- (B) hiponatremia.
- (C) hiperglicemia.
- (D) uremia.
- (E) hipercalcemia.

10. Um homem de 44 anos, não fumante, procura o ambulatório médico com queixa de tosse seca e episódios de rouquidão há 4 meses. Nega febre, emagrecimento, dispnéia aos esforços ou dor torácica. Refere uso freqüente de antiácidos em pastilhas para alívio de queimação epigástrica e retroesternal, que relaciona à ingestão de alimentos condimentados, café e bebidas alcoólicas. No último mês, procurou de madrugada 2 vezes um serviço de urgência por exacerbação da tosse e dispnéia leve. Nas 2 ocasiões foi constatada a presença de broncoespasmo, realizou radiografias de tórax, consideradas normais, e obteve melhora após inalação com salbutamol. O exame físico é normal e seu índice de massa corpórea é de 31,6 kg/m².

O procedimento com maior probabilidade de confirmar o diagnóstico deste paciente é

- (A) tomografia computadorizada de tórax.
- (B) monitorização ambulatorial do pH esofágico.
- (C) tomografia computadorizada de seios da face.
- (D) broncoscopia.
- (E) endoscopia digestiva alta.

11. Um homem de 55 anos, portador de insuficiência renal crônica não dialítica, em controle ambulatorial, com níveis prévios de uréia de 120 mg/dL e creatinina de 8 mg/dL, procura o pronto-socorro com queixa de febre, diarreia intensa, com presença de sangue, dor abdominal e vômitos, há 2 dias. Está torporoso, descorado, desidratado, febril, com pulso de 116 batimentos por minuto e pressão arterial de 116 × 60 mmHg. O abdome é flácido e difusamente doloroso. Os exames mostram hemoglobina de 7,9 g/dL, leucócitos de 14 300/mm³ com 22% de bastonetes e 61% de segmentados, uréia de 215 mg/dL, creatinina de 10 mg/dL, sódio de 139 mEq/L e potássio de 6,1 mEq/L. A gasometria arterial mostra pH de 7,2, pCO₂ de 40 mmHg e bicarbonato de 16 mEq/L.

A conduta inicial PRIORITÁRIA deve ser: medicar com sintomáticos e

- (A) transfundir concentrado de hemácias.
- (B) administrar bicarbonato de sódio e resina troca-íons.
- (C) repor a volemia com solução fisiológica.
- (D) hidratar com solução glicosada.
- (E) solicitar diálise de urgência.

12. Uma mulher de 70 anos, viúva há 1 ano, hipertensa, tomando regularmente amlodipina, 10 mg/dia, há 8 anos, procura o ambulatório médico com queixa de fadiga e dispnéia aos esforços, de caráter progressivo, há 3 meses. Não tem hábitos nem antecedentes mórbidos dignos de nota, mas conta que tem acordado algumas vezes durante a noite com "aflição e sensação de falta de ar". Seu índice de massa corpórea é de 24 kg/m². Em 3 consultas apresentou pulso de 94 batimentos/min, pressão arterial de 140 × 86 mmHg, discreta estase venosa jugular, com ausculta cardíaca e pulmonar normais e sem edemas. A radiografia de tórax mostrou aumento da circulação arterial pulmonar nos ápices, com área cardíaca normal. O ecocardiograma revelou valvas cardíacas normais, fração de ejeção de ventrículo esquerdo de 62% (normal de 55 a 70%) e hipertrofia septal de grau leve. Apresentou ainda hemograma, uréia, creatinina, sódio, potássio e urina tipo I normais.

A melhor conduta nesse caso será

- (A) iniciar o tratamento de insuficiência cardíaca por disfunção diastólica de ventrículo esquerdo.
- (B) solicitar dosagem de marcadores tumorais, porque, uma vez afastada a possibilidade de insuficiência cardíaca, doença neoplásica é o diagnóstico mais provável.
- (C) encaminhar a paciente para uma avaliação psiquiátrica, uma vez que, na ausência de doença orgânica, ansiedade e depressão são os diagnósticos mais prováveis.
- (D) iniciar um teste terapêutico para insuficiência cardíaca congestiva, mesmo que os achados radiológicos, ecocardiográficos e de exame físico não confirmem essa hipótese.
- (E) solicitar um teste ergométrico, porque, nessa faixa etária, o diagnóstico mais provável é de insuficiência coronária.

13. Um jovem de 20 anos, residente na periferia de um grande centro, é atendido pelo médico do Programa de Saúde da Família devido a picada de aranha, no pé direito, há 3 horas. Refere dor e prurido local e o dorso do pé apresenta-se eritematoso e edemaciado. Recebe diclofenaco IM e é orientado para tomar dipirona e um anti-histamínico e efetuar cuidados locais de higiene. É visitado após 48 horas e está com febre, prostrado, com pápulas eritematosas e eritemato-purpúricas, principalmente em extremidades, algumas com bordas vesiculosas elevadas e centro deprimido. Apresenta ainda bolhas de 0,5 a 1 cm de diâmetro em punhos e tornozelos. Há também bolhas na mucosa bucal, língua e nas conjuntivas. Os pais referem que nas últimas 48 horas apresentou febre e mialgia, tendo sido medicado várias vezes. O diagnóstico e a melhor conduta são, respectivamente,

- (A) pênfigo eritematoso desencadeado por veneno de aranha; manter analgesia, medicação anti-histamínica, hidratação oral e cuidados para evitar a perfuração das bolhas.
- (B) dermatite bolhosa por veneno de aranha; providenciar meios para que o paciente receba soro anti-aracnídeo urgentemente.
- (C) dermatite eritemato-bolhosa por droga; suspender os medicamentos usados, administrar acetaminofeno e corticoesteróide e orientar cuidados locais.
- (D) eritema multiforme grave desencadeado por droga; remover o paciente para tratamento hospitalar porque a evolução pode ser fatal.
- (E) reação cutânea e sistêmica grave desencadeada por veneno de aranha; remover para hospital para prover analgesia mais potente e administração de soro anti-aracnídeo.

<p>18. Menino com 2 meses de idade é levado a uma Unidade Básica de Saúde pois a mãe está muito preocupada com o aumento das mamas de seu filho. Ao examiná-lo, o médico realmente observa tecido mamário hipertrofiado, com mamas com diâmetro de cerca de 2,0 cm, levemente desproporcionais. O médico deve orientar</p> <p>(A) observação, pois a ginecomastia é transitória e decorrente de estimulação pelos hormônios maternos.</p> <p>(B) observação, pois a ginecomastia é um achado benigno em lactentes, apesar de raro, tornando-se problema estético se persistir até a idade escolar.</p> <p>(C) observação durante 2 meses e, se não houver regressão, recomendar ultra-sonografia.</p> <p>(D) retirada cirúrgica, pois trata-se de criança do sexo masculino, com possibilidade elevada de tumor de comportamento maligno.</p> <p>(E) realização de dosagem de prolactina e estrógeno, para investigar a presença de tumor produtor de um destes hormônios.</p>	<p>21. Um recém-nascido prematuro de 28 semanas de gestação nasce com peso de 1028 g. Inicia-se uma dieta enteral no terceiro dia de vida. Após quatro dias o bebê passa a não tolerar a dieta e o fluido gástrico tem aspecto bilioso. Evolui com distensão abdominal e observa-se a eliminação de fezes com sangue. A radiografia simples de abdome revela sinais sugestivos de pneumatose intestinal. Este recém-nascido apresenta diagnóstico provável de</p> <p>(A) estenose hipertrófica do piloro.</p> <p>(B) atresia duodenal.</p> <p>(C) enterocolite necrosante.</p> <p>(D) diverticulite.</p> <p>(E) hérnia inguinal encarcerada.</p>
<p>19. Menino com 3 anos de idade tem diagnóstico de anemia falciforme e é levado ao pronto-socorro com quadro agudo de febre e taquicardia e, laboratorialmente, nota-se importante queda nos níveis de hemoglobina. O médico faz diagnóstico de crise aplástica. A cadeia de hemoglobina na qual reside o defeito estrutural e o agente viral mais frequentemente envolvido nestes episódios, potencialmente fatais, são, respectivamente,</p> <p>(A) Cadeia α; vírus de Epstein-Barr.</p> <p>(B) Cadeia β; citomegalovírus.</p> <p>(C) Cadeia α; parvovírus B₁₉.</p> <p>(D) Cadeia α; citomegalovírus.</p> <p>(E) Cadeia β; parvovírus B₁₉.</p>	<p>22. Um lactente de 3 meses chega ao pronto-socorro com história de coriza há 3 dias e há um dia a mãe notou piora da sucção e da atividade. Ao exame físico a criança apresenta frequência respiratória de 50 ipm, frequência cardíaca (FC) acima de 180 bpm e enchimento capilar de 4 segundos. A pressão arterial é de 80 x 55 mmHg e a saturação arterial de O₂ é de 95% em ar ambiente. O monitor cardíaco confirma uma FC de 260 bpm, com complexos estreitos. Um acesso venoso é rapidamente obtido. A conduta inicial para esta criança deve incluir</p> <p>(A) ecocardiograma.</p> <p>(B) expansão com cristalóides isotônicos.</p> <p>(C) infusão de dopamina.</p> <p>(D) ventilação com bolsa-valva-máscara, seguida de intubação traqueal.</p> <p>(E) infusão de adenosina em "bolo".</p>
<p>20. Em um berçário de hospital escola o assistente questiona os alunos de internato sobre o porquê de os recém-nascidos frequentemente necessitarem de doses menores de medicamentos em comparação com os adultos. Os internos citam 5 motivos como resposta. O assistente mostra que eles ERRARAM quando afirmaram que os recém-nascidos precisam de doses menores porque têm</p> <p>(A) menores concentrações séricas de albumina.</p> <p>(B) pH sérico menor.</p> <p>(C) reduzida atividade da glucoronil transferase.</p> <p>(D) menor secreção tubular renal.</p> <p>(E) menor taxa de filtração glomerular.</p>	<p>23. Mulher de 25 anos vai a uma Unidade Básica de Saúde em consulta de puericultura para o filho de 2 meses. Refere que ele tem chorado diariamente devido a cólicas, que são, por vezes, muito intensas. Utilizou antiespasmódico pelo menos quatro vezes por semana, nas duas últimas semanas. A criança está em aleitamento materno exclusivo. O exame físico é normal. O médico, após interrogatório, resolve suspender o leite de vaca da dieta materna. Esta conduta deve ser considerada</p> <p>(A) incorreta, pois a cólica do lactente associada à ingestão de leite de vaca pelas mães causa apenas manifestações dermatológicas.</p> <p>(B) correta, uma vez que o leite de vaca pode fermentar e aumentar a produção de gases na mãe e na criança.</p> <p>(C) incorreta, pois o leite materno não sofre influência do tipo de alimento que a mãe ingere.</p> <p>(D) correta, pois o leite de vaca pode ser responsável por esta manifestação.</p> <p>(E) incorreta, pois não existem evidências de que o leite de vaca seja causa de cólica na criança.</p>

24. *Tuesday night, October 1997, I went out to a club dancing. The next day I was up at 6 am to get ready for a school trip. At about 10 am I began to feel sick. I got a terrible headache, which lasted until I began to vomit 25 minutes later. I felt dizzy.*

As the afternoon progressed my neck began to feel stiff, and by the time my parents got home I looked and felt terrible. My mum took me straight to the county hospital, where the doctors immediately thought I was on drugs. Having persuaded them that I was genuinely ill, they gave me a bed and then used a long needle to do a lumbar puncture.

By 8 pm I felt well enough to go home, and was puzzled when doctors instead moved me to an intensive care unit. I had a raging thirst, which I couldn't quench. After my parents left at 1 am, I slept for 1 or 2 hours before I was woken by excruciating pain. My whole body hurt so much that I thought I was dying. For a few minutes I saw the room spinning around me, then everything turned dark. I started to sweat, and soon my bed was dripping wet. I remember begging the doctors to take away my suffering, but whatever they did, nothing helped. Through a fog of pain I heard the doctor say that he was going to give me an injection to make me sleep.

When I woke up I was in a different place, and my mum was standing over me asking, "Daniel, do you know me?" Of course I did. But the tubes helping me to breath wouldn't allow me to reply. While I listened to the doctor explaining to me what I had, I felt confused and frightened, and when he told me that I was going to lose my toes my whole world fell apart. At that point I didn't realise how seriously ill I was; my kidneys had ceased to function and I was dependent on haemodialysis. My toes and two of the fingers on my right hand were black. I spent another 2 weeks in the intensive care unit of a university hospital, before moving back to the county hospital for a series of harrowing operations. It wasn't until my mum brought me a personal stereo that I realised that I was deaf in my left ear.

(Lancet – Supplement – 2001)

O texto acima descreve a experiência de um paciente pediátrico com um quadro agudo. Qual dos diagnósticos abaixo melhor representa a evolução descrita?

- (A) Púrpura de Henoch-Schöenlein.
- (B) Quadro de abuso de drogas.
- (C) Doença meningocócica.
- (D) Púrpura trombocitopênica imunológica.
- (E) Síndrome da pele escaldada.

25. Mulher de 34 anos, com amenorréia desde o último parto há 1 ano e 2 meses, procura hospital de referência, após ter sido medicada sem sucesso, em Unidade Básica de Saúde, com associação de estrogênio e progesterona. Apresenta teste plasmático de gravidez negativo. Antes da gestação, apresentava ciclos menstruais com intervalo de 30-35 dias, duração de 6 dias e quantidade normal. Na sua única gestação, apresentou hemorragia intensa 40 minutos após o parto normal, tendo sido submetida a anestesia e revisão cirúrgica do canal de parto. Recebeu transfusão sanguínea, evoluiu bem e amamentou por 4 meses. O diagnóstico mais provável é

- (A) sinéquia uterina.
- (B) anovulação crônica.
- (C) síndrome de Sheehan.
- (D) hiperprolactinemia.
- (E) menopausa precoce.

26. Mulher de 25 anos, em consulta médica de rotina, relata que apresenta relacionamento sexual com seu noivo, que desconhece que ela é portadora sadia do HIV, faz uso regular de preservativo feminino, não pretendendo engravidar no momento. A infecção pelo HIV é confirmada por Western Blot. Você não conseguiu convencê-la a relatar sua situação para o parceiro, pois ela teme o término do noivado. Segundo o Conselho Federal de Medicina, você deve

- (A) respeitar o segredo médico, mesmo nesta situação.
- (B) comunicar ao noivo, mesmo contra a vontade da paciente, que ela é portadora do HIV.
- (C) informar ao noivo apenas se ela resolver deixar de usar o preservativo.
- (D) solicitar autorização judicial para comunicar ao noivo.
- (E) comunicar o caso ao Conselho Regional de Medicina.

27. Uma mãe leva sua filha de 8 anos ao ambulatório, pois está preocupada com o fato de, recentemente, terem surgido pêlos pubianos. Ao exame, o médico constata a presença de pêlos pubianos em regular quantidade, curtos, escuros, não muito grossos, crespos, atingindo da vulva até quase a pube, bilateralmente, em distribuição triangular. Não há desenvolvimento mamário nem pêlos axilares. A melhor conduta a ser tomada é

- (A) dosar de-hidroepiandrosterona e androstenediona.
- (B) realizar ultra-sonografia abdominal.
- (C) dosar FSH, LH, estradiol e prolactina.
- (D) dosar FSH e LH.
- (E) acompanhar clinicamente.

28. Mulher de 44 anos, V gesta, V para, com 5 partos normais, há um ano apresenta ciclos menstruais irregulares, com intervalo de 35 a 45 dias, em quantidade normal, com duração variável. Vem a consulta ambulatorial por essa queixa. Apresenta, ao exame ginecológico, útero discretamente aumentado e irregular. No exame ultra-sonográfico, descreve-se útero com volume de 175 cm³ (normal até 110 cm³), com presença de vários nódulos de mioma de até 5 mm na sua superfície.

A melhor orientação, nesse caso, é

- (A) realizar histerectomia total abdominal.
- (B) medicar com análogo do GnRh para redução do volume uterino e dos miomas.
- (C) realizar histerectomia subtotal.
- (D) seguir em observação com prescrição de medicação reguladora do ciclo.
- (E) realizar curetagem de prova para introduzir TRH.

29. Primigesta de 23 anos, com de 35,3 semanas de gestação (confirmadas por ultra-sonografia precoce), é levada ao pronto-socorro pelos familiares. Estão preocupados, pois, há 1 semana, fora atendida com edema acentuado e orientada a fazer repouso. Como o edema aumentou e começou a apresentar cefaléia, escotomas e epigastralgia, procuraram o pronto-socorro. Ao exame físico, estava em bom estado geral, agitada, com pressão arterial de 180 x 120 mmHg, pulso de 88 bpm, AU = 26 cm, FCF = 132 bpm, sem dinâmica de trabalho de parto, com colo grosso e impérvio. Além de internar a paciente e orientar a família, a melhor conduta é

- (A) medicar com cloridrato de hidralazina e sulfato de magnésio, avaliando simultaneamente a vitalidade fetal. Solicitar exames de TGO, TGP, DHL, número de plaquetas, bilirrubinas totais e frações e realizar cesárea.
- (B) medicar com sulfato de magnésio e alfametildopa. Estabilizando a pressão, manter a gestante internada com dieta hipossódica e solicitar ultra-sonografia obstétrica para avaliar o crescimento fetal e o índice de líquido amniótico, realizando provas de vitalidade fetal diárias.
- (C) realizar cesárea imediata por iminência de eclâmpsia e medicar com sulfato de magnésio após o 4^o período do parto.
- (D) medicar com cloridrato de hidralazina e sulfato de magnésio. Avaliar a função hepática, número de plaquetas, bilirrubinas totais e frações e a vitalidade fetal, que estando preservada, deverá ser repetida duas vezes por dia. Solicitar dopplervelocimetria e manter a paciente internada sob observação rigorosa.
- (E) realizar cesárea imediata por iminência de eclâmpsia e logo após a laqueadura do cordão medicar com sulfato de magnésio.

30. Gestante de 38 anos, IV gesta, III para, com 1 cesárea anterior e idade gestacional de 38 semanas. Por orientação do ultra-sonografista, a gestante veio ao pronto atendimento da maternidade, trazer o resultado do exame feito há 1 dia, com os seguintes diagnósticos: feto único em apresentação cefálica, com 38 semanas pela análise de múltiplos parâmetros, líquido amniótico normal e placenta prévia, anterior, recobrando todo o orifício interno do colo. A gestante nega qualquer episódio de sangramento. A melhor conduta é

- (A) orientar para fazer repouso, com abstinência sexual, e procurar o hospital em caso de início de trabalho de parto ou sangramento vaginal.
- (B) internar e preparar a paciente para cesárea, providenciar sangue e estar com equipe preparada para histerectomia puerperal.
- (C) manter a paciente internada até o desencadeamento do trabalho de parto.
- (D) acompanhar o trabalho de parto, se apresentar dilatação acima de 3 cm.
- (E) agendar cesárea eletiva para 40 semanas, caso não entre em trabalho de parto antes.

31. Uma gestante de 37 anos, em seguimento pré-natal, II gesta, 0 para, com 1 abortamento de 8 semanas, sangue tipo O, Rh negativo, cujo marido é tipo AB, Rh positivo, foi submetida a amniocentese para diagnóstico genético ante-natal com 17 semanas, sendo que nesta ocasião fez a profilaxia com imunoglobulina anti-Rh. Hoje está com 30 semanas e chegou o teste de Coombs indireto com resultado positivo e título de 1/4. A melhor conduta a ser tomada é fazer

- (A) seguimento pré-natal normal, até 35 semanas, quando deverá fazer espectrofotometria do líquido amniótico.
- (B) seguimento pré-natal normal, pois existe incompatibilidade ABO, fato que protege o feto, não sendo necessária a profilaxia pós-parto.
- (C) cordocentese para avaliar o grau de comprometimento fetal, pela análise da hemoglobina do sangue de cordão. Se estiver abaixo de 7 g, indicar transfusão intravascular fetal.
- (D) seguimento pré-natal normal, não valorizando o teste de Coombs indireto nestas condições.
- (E) amniocentese, nesta fase, para avaliação da espectrofotometria do líquido amniótico.

32. Uma mulher de 32 anos, eumenorréica, II gesta, I para, compareceu no dia 07/06/2002 para primeira consulta de pré-natal, em Centro de Saúde Escola, referindo que a última menstruação foi dia 26/02/2002.

Qual a data provável do parto (DPP)? Qual a idade gestacional aproximada? Você deve fazer toque vaginal nesta consulta? É possível auscultar os batimentos cardíacos fetais (BCF) com o estetoscópio de Pinard?

	DPP	Idade gestacional	Toque	BCF ao Pinard
A	03/11/2002	18 semanas	sim	sim
B	05/11/2002	18 semanas	não	sim
C	03/12/2002	14 semanas	sim	não
D	03/12/2002	18 semanas	não	sim
E	06/12/2002	14 semanas	não	não

33. Um menino de 10 anos é levado por seu pai, um trabalhador rural, à Unidade Básica de Saúde de sua cidade. Está no oitavo pós-operatório de apendicectomia, que foi feita numa cidade que dista cerca de 150 Km, já que nessa localidade não existe instituição com capacidade de fazer cirurgia. O menino teve alta no terceiro pós-operatório, em boas condições, tendo a cirurgia e o pós-operatório até a alta hospitalar transcorrido de forma satisfatória. Ao deixar o hospital, foi orientado a tomar antibiótico por mais sete dias, mas não tomou. Foi ainda orientado a fazer o seguimento pós-operatório na cidade onde mora, mas só hoje procurou o médico. O pai conta que há três dias seu filho se queixa de dor na incisão cirúrgica e que há dois dias a dor piorou, ficando a cicatriz mais elevada e vermelha. A criança está febril (38 °C) e a incisão está bastante abaulada, quente, muito dolorosa e hiperemiada. Trata-se de uma incisão de McBurney e ainda está com os pontos. Como médico deste menino, você deve

- (A) retirar os pontos, receitar antibiótico e orientar o pai a levar o filho ao hospital onde foi operado, para seguimento.
- (B) prescrever antibiótico para bactérias Gram-negativas e antiinflamatórios e reavaliar em 48 horas.
- (C) encaminhar a criança ao hospital onde foi operada, para internação e provável reintervenção cirúrgica.
- (D) advertir o pai por não ter dado o antibiótico prescrito ao filho e enfatizar a necessidade de fazê-lo agora.
- (E) abrir a incisão e orientar a limpeza e curativos, fazendo retornos periódicos para reavaliação.

34. Você é o médico de uma ambulância do serviço de resgate de uma grande cidade, que chega para atender a uma colisão entre um carro de passeio e um caminhão, em uma rodovia com grande movimento de veículos. A única vítima é o motorista do carro, que ficou preso nas ferragens e parece inconsciente. O tráfego continua intenso nos dois sentidos da rodovia. Ao se aproximar para socorrer a vítima, sua primeira preocupação deve ser

- (A) o nível de consciência da vítima.
- (B) a sua própria segurança e a segurança do local.
- (C) a possibilidade de obstrução de vias aéreas e a ventilação da vítima.
- (D) a presença de possível sangramento externo, que deve ser prontamente estancado.
- (E) a imobilização adequada da vítima, para não piorar possível lesão de coluna.

35. Uma senhora de 68 anos, tabagista, procura o pronto-socorro de um hospital terciário com queixa de dor abdominal intensa há seis horas. A dor é difusa e acompanhada de náuseas. Refere ter tido duas evacuações com fezes amolecidas, que atribui ao uso de laxante, que tomou por estar obstipada. De antecedentes relevantes tem uma laparotomia por incisão paramediana direita, extensa, feita há mais de 10 anos. Diz que foi tirada a vesícula e o apêndice, que “estavam muito inflamados”. Refere ainda arritmia cardíaca que tratou por cinco anos, estando há seis meses sem tratamento. A paciente está em boas condições gerais, afebril, mas muito ansiosa e até agitada, sendo muito difícil conseguir que fique deitada na maca. O abdome é plano e flácido e a palpação não piora a dor. Não há sinais de irritação peritoneal e os ruídos hidroaéreos estão um pouco aumentados, mas de timbre normal. A radiografia simples de abdome não mostra alteração significativa. Apesar do uso de antiespasmódicos, antieméticos e analgésicos opióides, a paciente continua agitada e queixando-se de muita dor em todo o abdome. A principal suspeita diagnóstica nesta doente deve ser

- (A) isquemia intestinal.
- (B) úlcera perforada.
- (C) obstrução intestinal.
- (D) enterite infecciosa.
- (E) distúrbio neurovegetativo.

36. Um homem de 40 anos, analista de sistemas, procura o pronto-socorro de um hospital geral, no começo da noite, queixando-se de dor lombar há cerca de 10 dias. Diz que a dor tende a contínua, piorando muito com alguns movimentos e melhorando com o repouso, embora ocorra, às vezes, mesmo quando está deitado. Nos últimos 10 dias, passou longos períodos bem. Houve dias em que a dor, que descreve mais como um incômodo do que como forte, não ocorreu. Nega crises de grande intensidade, mas diz que hoje doeu um pouco mais. Nega náuseas ou vômitos, febre ou alterações urinárias. Diz que o incômodo parece acometer mais o lado direito, mas às vezes dói também à esquerda. Não tem irradiação. Não tomou nenhum remédio, pois diz ser contra a automedicação. Quer fazer exames, pois tem medo de que se trate de cálculo renal e de “vir a ter crise forte”. O exame físico é normal. Como médico deste doente, você

- (A) solicita tomografia de coluna lombo-sacra pela urgência, já que deve tratar-se de hérnia de disco.
- (B) diz que o seu problema não é de tratamento em pronto-socorro, receita ansiolítico e dá alta.
- (C) pede exames de urina e ultra-sonografia de vias urinárias pela urgência para afastar nefrolitíase.
- (D) orienta sobre a provável causa da dor, recomenda cuidados posturais, prescreve analgésicos e sugere que procure acompanhamento médico.
- (E) solicita radiografias de abdome e de coluna e, se normais, faz investigação para nefrolitíase.

37. Em uma comunidade com sistema público de abastecimento de água ocorre um surto de febre tifóide. As curvas epidêmicas dos casos sugerem intensa contaminação por foco único, por circulação hídrica. Além da notificação dos casos e suspeitos de febre tifóide, devem ser adotadas as seguintes intervenções, entre as principais medidas de controle:

- (A) tratar os casos e os suspeitos com amoxicilina; vacinar os não-casos com 2 doses, com intervalo de 4 semanas; proceder à desinfecção da água com iodo.
- (B) isolar e tratar os casos com ampicilina; proceder à busca de portadores; providenciar a fluoretação da água.
- (C) tratar os casos e os suspeitos com sulfametoxazol; proceder à desinfecção da água, recomendando aos moradores a ingestão de água após fervura durante 60 minutos.
- (D) tratar os casos com sulfametoxazol + trimetoprim; proceder à busca de portadores; instituir entre estes o uso de quinolona (ciproflaxina ou ofloxacina) como medida profilática.
- (E) tratar os casos com cloranfenicol; dar destino adequado aos dejetos; proceder à desinfecção, com cloro, do sistema de abastecimento de água.

38. O Ministério da Saúde normatiza e disponibiliza medicamentos para tratamento da tuberculose, no âmbito do seu Programa de Controle da Tuberculose. Vacinas também são disponibilizadas pelo Programa Nacional de Imunizações (PNI).

Entre as medidas para o controle da tuberculose, identifica-se como INCORRETA:

- (A) quimioprofilaxia, com isoniazida, de menores de 5 anos, não vacinados com BCG, reatores à prova tuberculínica, com exame radiológico normal e sem sintomatologia clínica compatível com tuberculose, que sejam comunicantes intradomiciliares de bacilíferos.
- (B) tratamento dos casos novos, em adultos, de tuberculose pulmonar e extrapulmonar (exceto a forma meningoencefálica) com isoniazida, pirazinamida e rifampicina, numa 1ª fase, por 2 meses, e rifampicina + isoniazida, numa 2ª fase, por 4 meses.
- (C) quimioprofilaxia, com isoniazida, dos maiores de 5 anos, vacinados com BCG e não-reatores à prova tuberculínica, com exame radiológico de tórax sem alterações que sejam comunicantes intradomiciliares de bacilíferos.
- (D) vacinação com BCG de crianças a partir do nascimento, na ausência de contra-indicação.
- (E) tratamento das recidivas após cura, ou quando do retorno após abandono do esquema básico, com rifampicina, isoniazida, pirazinamida e estreptomicina, em uma 1ª fase, por 2 meses, e rifampicina, isoniazida + estreptomicina, numa 2ª fase, por 4 meses.

39. A tabela abaixo foi adaptada do artigo "Hipertensão arterial entre trabalhadores de petróleo expostos a ruído", de Norma Suely Souto Souza et al, publicada nos Cadernos de Saúde, v. 17, n. 6, p. 1481-1489, nov./dez. 2001.

Distribuição dos trabalhadores de petróleo segundo exposição ocupacional a ruído (dosimetria) e hipertensão arterial. Bahia. 1994

Hipertensão Arterial	Exposição a ruído ≥ 85 dbA por ≥ 10 anos				Total	
	Sim		Não		Nº	%
	Nº	%	Nº	%		
Sim	119	25,2	43	14,2	162	20,9
Não	353	74,8	260	85,8	613	79,1
Total	472	100,0	303	100,0	775	100,0

Após os cálculos, obteve-se χ^2 (qui-quadrado) = 13,56 e $p = 0,00023$.

Em função desses resultados, conclui-se que

- (A) há associação estatística entre exposição a ruído e hipertensão arterial, em um nível de significância de 5%.
- (B) a exposição a ruído é causa de hipertensão entre trabalhadores de petróleo.
- (C) a chance de um exposto a ruído ter hipertensão arterial é 13,56 vezes a chance de um não-exposto (13,56:1).
- (D) quem se expõe a ruído terá hipertensão, com uma probabilidade de $(1 - 0,00023) = 99,97\%$.
- (E) é inadequado o instrumental estatístico utilizado para avaliar a relação entre as variáveis do estudo.

40. A tabela abaixo corresponde a uma adaptação dos resultados de um estudo epidemiológico do tipo caso-controle conduzido em hospitais de Phoenix, Boston e Pittsburgh e que objetivava avaliar o uso de telefone celular como possível causa/fator de risco de tumores do cérebro. (Inskip, P.D. et al. Celular-telephone use and brain tumors. **N Engl J Med**, n. 344, p. 79-86, 2001).

Distribuição dos casos e controles segundo uso médio diário de telefone celular.

Uso médio (minuto/dia)	Grupo		Total
	Casos	Controles	
< 3	680	678	1 358
3 ou +	113	139	252
Total	793	817	1 610

Em se tratando de um estudo epidemiológico do tipo caso-controle (caso-referência ou retrospectivo) e com base nos dados da tabela, é correto afirmar que

- (A) a estimativa da prevalência de tumores cerebrais na população de origem dos casos é dada por $793/1610$.
- (B) uma aproximação do risco relativo é dada por $(113 \times 678) / (680 \times 139)$.
- (C) a estimativa da frequência do uso de telefone celular (< 3 min por dia) nas populações de origem dos casos e controles é dada por $1358/1610$.
- (D) o risco atribuível é dado por $(113/793) / (139/817)$.
- (E) o risco atribuível na população é dado por $[(113/793) / (139/817)] / 1610$.

2ª PARTE

Atenção: Para responder às questões, quando necessário, os medicamentos devem ser identificados pelos nomes das substâncias farmacologicamente ativas.

Questão 1

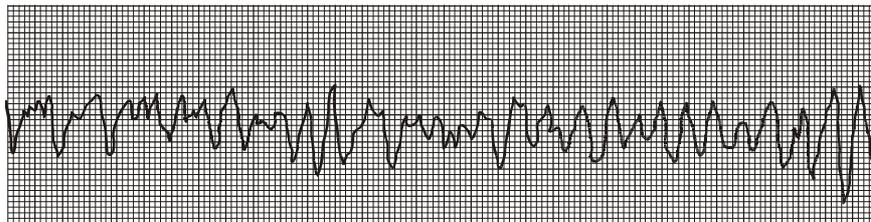
Um homem de 60 anos, amarelo, aposentado, apresentava antecedente de ulceração genital aos 19 anos de idade, época em que procurou o médico da agência bancária onde trabalhava que disse tratar-se de um cancro duro e prescreveu penicilina G benzatina. Por ter medo de tomar injeção, fez apenas uso tópico de um pó secante, indicado por um balconista de farmácia. A ulceração desapareceu em 15 dias, sem deixar cicatriz. Aos 35 anos de idade, teve diagnóstico médico de insuficiência aórtica. Há 5 anos, vinha apresentando insuficiência cardíaca, compensada com o tratamento. Há 4 anos, foi constatado ter *diabetes mellitus* e estava tratando com dieta e metformina, mantendo hemoglobina glicosilada de 9% (valores de referência: de 4,0% a 6,0%). Ultimamente, a insuficiência cardíaca congestiva se agravou, tornando-se irreversível. Faleceu com esse quadro.

Preencha o item VI da declaração de óbito dessa pessoa, segundo o Manual de Instruções para o Preenchimento da Declaração de Óbito, do Ministério da Saúde. **(10 pontos)**

49 CAUSAS DA MORTE PARTE I		ANOTE SOMENTE UM DIAGNÓSTICO POR LINHA		Tempo aproximado entre o início da doença e a morte
VI Condições e causas do óbito	Doença ou estado mórbido que causou diretamente a morte	a		
	CAUSAS ANTECEDENTES			
	Estados mórbidos, se existirem, que produziram a causa acima registrada, mencionando-se em último lugar a causa básica.	b	Devido ou como consequência de:	
		c	Devido ou como consequência de:	
		d	Devido ou como consequência de:	
PARTE II				
Outras condições significativas que contribuíram para a morte, e que não entraram, porém, na cadeia acima.				

Questão 2

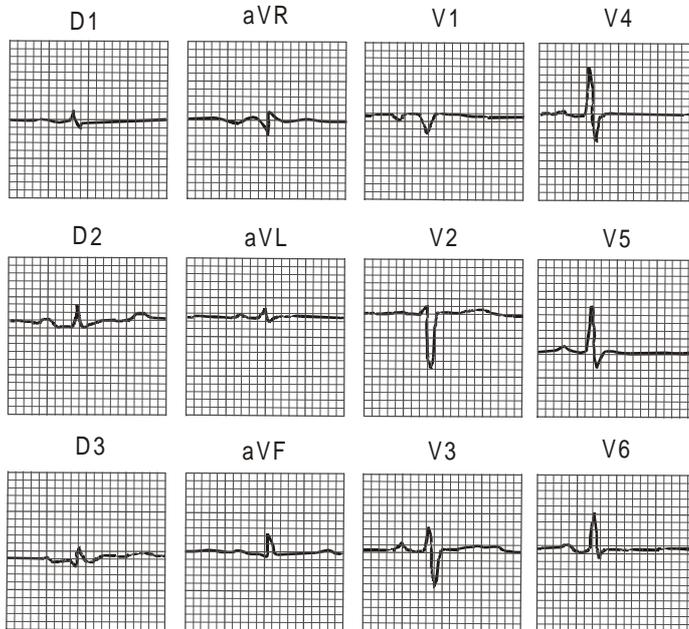
Enquanto aguardava a realização da ficha de admissão no pronto-socorro de um hospital geral, um homem de 55 anos apresentou um desmaio. Foi rapidamente levado à sala de emergência, onde um médico constatou que o mesmo não respirava e não tinha o pulso carotídeo palpável. Neste instante o relógio marcava 10 horas. O primeiro traçado eletrocardiográfico foi obtido às 10 horas e 4 minutos e está ilustrado abaixo.



- a) Qual a seqüência ideal de manobras terapêuticas que deveria ter sido usada pela equipe de emergência entre 10 horas e 10 horas e 4 minutos? **(6 pontos)**
- b) Qual a arritmia cardíaca mostrada no traçado acima? **(2 pontos)**
- c) Qual a conduta mais adequada a ser tomada a partir da constatação da arritmia? **(2 pontos)**

Questão 3

Uma professora de 45 anos procura uma Unidade Básica de Saúde, queixando-se de fraqueza, sonolência, redução de memória e da capacidade de concentração, há cerca de um ano, o que dificulta sua atividade profissional. Refere ainda ganho de peso de 3 kg nesse período. Ao exame físico, encontra-se pálida, descorada, com pressão arterial de 140×100 mmHg, pulso de 55 bpm, hipofonese de bulhas, ausculta pulmonar normal e discreto edema de membros inferiores. Os exames de sangue mostram hemoglobina de 10,5 g/dL com volume corpuscular médio de 100 fL, glicemia de 58 mg/dL, colesterol de 290 mg/dL e creatinina de 0,9 mg/dL. Há discreta cardiomegalia à radiografia de tórax e o eletrocardiograma está ilustrado abaixo.



- a) Pensando num único diagnóstico que explique todos os achados clínicos e laboratoriais, qual é a hipótese mais provável? Como confirmá-la laboratorialmente? (4 pontos)
- b) Qual o provável diagnóstico etiológico deste quadro? Como confirmá-lo? (4 pontos)
- c) Qual o medicamento que poderá reverter todos os sinais e sintomas desta paciente? (2 pontos)

Questão 4

Homem de 67 anos, hipertenso, desenvolve quadro súbito de hemiparesia esquerda. A tomografia computadorizada de crânio, feita num pronto-socorro, mostra pequena área isquêmica em hemisfério cerebral direito. O paciente é internado na enfermaria de clínica geral. No quinto dia, o médico plantonista é chamado para avaliar o paciente, que se encontra agitado. O médico o encontra lúcido, orientado, referindo muita falta de ar nos últimos 45 minutos. Está com cianose labial, frequência respiratória de 28 ipm, pulso de 120 bpm, pressão arterial de 150 × 90 mmHg, ausculta cardiopulmonar normal, sem edemas e com exame neurológico inalterado em relação à entrada. Os exames de urgência mostram: hemoglobina de 15 g/dL, glicemia de 100 mg/dL, radiografia de tórax normal, eletrocardiograma com taquicardia sinusal e gasometria arterial em ar ambiente com pH de 7,52, pCO₂ de 25 mmHg, PO₂ de 53 mmHg e bicarbonato de 22 mEq/L.

- a) Qual a principal hipótese diagnóstica a ser feita pelo médico plantonista? Justifique. (5 pontos)
- b) Cite três exames subsidiários que poderiam ser indicados para confirmar esta hipótese. (3 pontos)
- c) Confirmado o diagnóstico, além da administração de oxigênio, qual a principal conduta terapêutica a ser adotada? (2 pontos)

Questão 5

Um menino de 4 anos é levado à Unidade Básica de Saúde, em consulta fora de dia, por apresentar aparecimento de placas hiperemiadas com bordos elevados, intensamente pruriginosas, em face, tronco e membros, após ter sido picado por um inseto há um dia. A mãe refere que o prurido é muito intenso e chega a atrapalhar o sono.

- a) Descreva os mecanismos fisiopatológicos que geraram o quadro clínico. (5 pontos)
- b) Estabeleça uma estratégia terapêutica visando ao tratamento de causa básica e alívio dos sintomas. (5 pontos)

Questão 6

Um menino de 3 anos, com peso de 15 kg, chega à Unidade Básica de Saúde com quadro de febre e irritabilidade há 2 dias. A mãe refere que o filho está inapetente e resfriado há uma semana. No exame físico chamam a atenção a presença de hiperemia intensa e a opacificação de ambas as membranas timpânicas, com discreto abaulamento de membrana timpânica esquerda. O restante do exame é normal.

- a) Considerando esse quadro clínico, quais são os 3 principais agentes bacterianos implicados na sua gênese? (4 pontos)
- b) Estabeleça uma proposta terapêutica adequada para o caso, confeccionando a receita médica propriamente dita. Considere as sensibilidades dos germes e o custo do tratamento. (6 pontos)

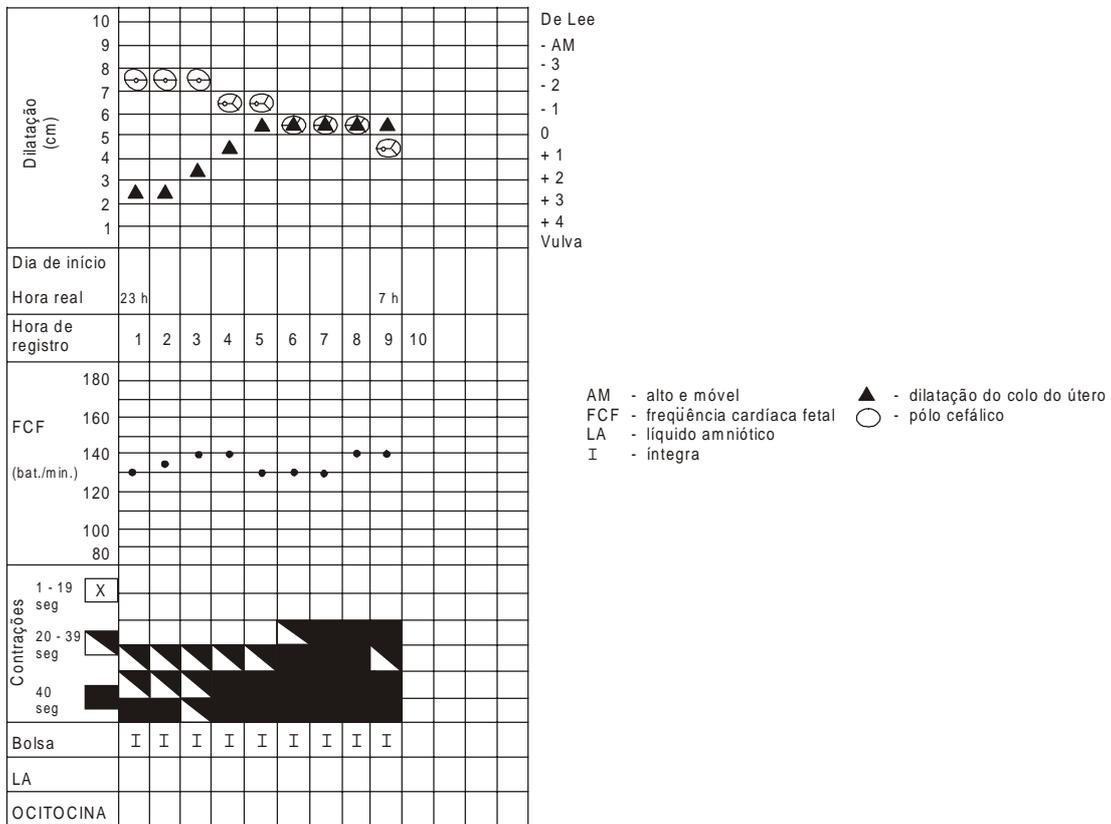
Questão 7

O médico é chamado ao centro obstétrico para acompanhar o nascimento de uma criança. O pré-natal cursou sem intercorrências, a idade gestacional é de 38 3/7 semanas, o trabalho de parto está com boa evolução. A dilatação é de 8-9 cm, a bolsa rompeu-se espontaneamente há 2 horas e o líquido era meconial fluido 2+ em 4+. Monitoragem normal. O obstetra realiza aspiração de boca e narinas após o desprendimento do pólo cefálico e o recém-nascido chora assim que a expulsão se completa. Está corado e ativo.

- a) **Quais os passos para a assistência imediata a este recém-nascido? (5 pontos)**
 b) **Quais os medicamentos obrigatórios a serem administrados nas primeiras 3 horas de vida? Justifique. (5 pontos)**

Questão 8

Você chega ao plantão de obstetrícia, às 7 horas, e encontra no Centro Obstétrico uma primigesta de 17 anos, em decúbito dorsal horizontal, com gestação de termo, altura uterina de 33 cm, com este partograma (representado esquematicamente):



- a) **Analisando a evolução do trabalho de parto, qual o diagnóstico que você deve fazer ao assumir o plantão? (3 pontos)**
 b) **Nas maternidades equipadas com cardiotocógrafo, a monitoragem intra-parto pode substituir o partograma? Explique. (3 pontos)**
 c) **Que medidas ou condutas você deve adotar em relação à paciente, frente ao quadro representado no partograma? (4 pontos)**

Questão 9

Uma mulher de 52 anos, IV gesta, IV para, casada, procura um ambulatório de um hospital universitário para uma avaliação clínica periódica. Diz que faz 4 anos que não vai ao médico e, nesse período, vem sentindo-se muito bem, sem qualquer sintoma, não tendo feito exames subsidiários. Apresenta menstruações regularmente. Sua pressão arterial é 130 × 82 mmHg e seu índice de massa corpórea é 27 kg/m². O exame físico não revela alterações significativas.

- a) Cite 5 exames subsidiários que devem ser solicitados nessa paciente para diagnóstico precoce de doenças ou condições assintomáticas (rastreamento) e indique, para cada exame solicitado, a condição ou doença que está sendo pesquisada.

Só serão considerados corretos aqueles exames em que já houver evidências científicas da sua utilidade na situação descrita.

(10 pontos)

Questão 10

Uma senhora de 46 anos vem ao pronto-socorro queixando-se de dor em epigástrio, com irradiação para todo o andar superior do abdome e para o dorso, há cerca de oito horas. A dor começou de repente, é intensa, contínua e acompanhada de náuseas e vômitos. É etilista e tem hipertensão arterial leve em tratamento há 2 anos, não sabendo referir a medicação que usa. Diz nunca ter tido problema semelhante. Ao exame, a paciente está em bom estado geral, embora um pouco desidratada, taquipnéica e ansiosa. Pulso: 110 batimentos por minuto; pressão arterial: 110 × 70 mmHg; frequência respiratória: 22 incursões por minuto; temperatura axilar: 36,9 °C. O abdome está um pouco distendido, a paciente tem muita dor à palpação de epigástrio e os ruídos hidroaéreos estão ausentes. O médico faz a hipótese de pancreatite, que é confirmada por exames laboratoriais. Considerando a doença desta paciente,

- a) Descreva três etiologias possíveis.

(5 pontos)

- b) Quais as medidas terapêuticas clínicas essenciais na abordagem inicial desta paciente? Justifique.

(5 pontos)

IMPRESSÕES SOBRE A PROVA

As questões abaixo visam a levantar sua opinião sobre a qualidade e a adequação da prova que você acabou de realizar e também sobre o seu desempenho na prova.

Assinale as alternativas correspondentes à sua opinião e à razão que explica o seu desempenho nos espaços próprios (parte inferior) da Folha de Respostas.

Agradecemos sua colaboração.

41. Qual o ano de conclusão deste seu curso de graduação?

- (A) 2002.
- (B) 2001.
- (C) 2000.
- (D) 1999.
- (E) Outro.

42. Qual o grau de dificuldade desta prova?

- (A) Muito fácil.
- (B) Fácil.
- (C) Médio.
- (D) Difícil.
- (E) Muito Difícil.

43. Quanto à extensão, como você considera a prova?

- (A) Muito longa.
- (B) Longa.
- (C) Adequada.
- (D) Curta.
- (E) Muito curta.

44. Para você, como foi o tempo destinado à resolução da prova?

- (A) Excessivo.
- (B) Pouco mais que suficiente.
- (C) Suficiente.
- (D) Quase suficiente.
- (E) Insuficiente.

45. A que horas você concluiu a prova?

- (A) Antes das 14h30min.
- (B) Aproximadamente às 14h30min.
- (C) Entre 14h30min e 15h30min.
- (D) Entre 15h30min e 16h30min.
- (E) Entre 16h30min e 17h.

46. As questões da prova apresentam enunciados claros e objetivos?

- (A) Sim, todas apresentam.
- (B) Sim, a maioria apresenta.
- (C) Sim, mas apenas cerca de metade apresenta.
- (D) Não, poucas apresentam.
- (E) Não, nenhuma apresenta.

47. Como você considera as informações fornecidas em cada questão para a sua resolução?

- (A) Sempre excessivas.
- (B) Sempre suficientes.
- (C) Suficientes na maioria das vezes.
- (D) Suficientes somente em alguns casos.
- (E) Sempre insuficientes.

48. Como você avalia a adequação da prova aos conteúdos definidos para o Provão/2002, desse curso?

- (A) Totalmente adequada.
- (B) Medianamente adequada.
- (C) Pouco adequada.
- (D) Totalmente inadequada.
- (E) Desconheço os conteúdos definidos para o Provão/2002.

49. Como você avalia a adequação da prova para verificar as habilidades que deveriam ter sido desenvolvidas durante o curso, conforme definido para o Provão/2002?

- (A) Plenamente adequada.
- (B) Medianamente adequada.
- (C) Pouco adequada.
- (D) Totalmente inadequada.
- (E) Desconheço as habilidades definidas para o Provão/2002.

50. Com que tipo de problema você se deparou *mais frequentemente* ao responder a esta prova?

- (A) Desconhecimento do conteúdo.
- (B) Forma de abordagem do conteúdo diferente daquela a que estou habituado.
- (C) Falta de motivação para fazer a prova.
- (D) Espaço insuficiente para responder às questões.
- (E) Não tive qualquer tipo de dificuldade para responder à prova.

51. Como você explicaria o seu desempenho na prova?

- (A) Não estudei durante o curso a maioria desses conteúdos.
- (B) Estudei somente alguns desses conteúdos durante o curso, mas não os aprendi bem.
- (C) Estudei a maioria desses conteúdos há muito tempo e já os esqueci.
- (D) Estudei muitos desses conteúdos durante o curso, mas nem todos aprendi bem.
- (E) Estudei e conheço bem todos esses conteúdos.