

**SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL
FUNDAÇÃO DE ENSINO E PESQUISA EM CIÊNCIAS DA SAÚDE
EDITAL NORMATIVO Nº 1 – RM-2/SES-DF/2021, DE 5 DE OUTUBRO DE 2020.**

PROGRAMAS – GRUPO 003

Endoscopia (519).

Data e horário da prova:

***Domingo,
13/12/2020, 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:

Encontre outra maneira de FICAR e LUTAR.

- 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”

CIRURGIA GERAL**Itens de 1 a 60**

Um paciente de 21 anos de idade realizou uma cirurgia de herniorrafia inguinal bilateral. Evoluiu bem, porém, com 10 semanas de pós-operatório, apresentou ferida operatória com elevação de seus bordos, de forma desorganizada e crescimento lento e além das bordas da ferida.

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

1. Esse caso trata-se de queloide, e a regressão espontânea é esperada após um ano.
2. Determinadas síndromes estão associadas à formação de queloide, por exemplo, síndrome de Rubinstein-Taybi e esclerodermia.
3. Diagnóstico diferencial pode ser de cicatriz hipertrófica, que geralmente não regride de forma espontânea e é bastante dolorosa.
4. A injeção de esteroides diretamente no queloide tem maior benefício no início do curso do queloide.
5. A excisão cirúrgica com terapia adjuvante, incluindo esteroides intralesionais, lâminas de silicone e terapias de pressão, são alternativas de tratamento razoáveis.
6. Enxertos em malha podem aumentar em até nove vezes a extensão dos enxertos de pele parcial.

Um paciente de 23 anos de idade sofreu queimadura térmica de terceiro grau em toda a extremidade superior direita. Foram realizadas medidas iniciais, debridamento de pele e posterior enxertia.

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

7. Nesse caso, o enxerto será de pele parcial e deve ser retirado prioritariamente dos membros inferiores.
8. Os enxertos de pele total sofrem mais retração secundária do que os de pele parcial.
9. O enxerto de pele total é composto por epiderme, derme e tecido subcutâneo.
10. Enxertos em malha são utilizados para aumentar a capacidade da área dos enxertos parciais em até seis vezes.
11. As principais áreas doadoras dos enxertos de pele total são as regiões periauricular, clavicular, inguinal e cervical.
12. Quanto mais fino for o enxerto de pele parcial, maior será a sua integração na área receptora.
13. A primeira fase de integração dos enxertos é denominada revascularização.
14. Enxertos de pele levam pelo menos um ano para a completa maturação, e a extensão desse processo continua por vários anos em vítimas de queimaduras e crianças.

Área livre

Uma paciente de 63 anos de idade, tabagista, com queixa de disfagia progressiva e perda de 27 kg nos últimos oito meses, compareceu ao consultório com resultado de endoscopia digestiva alta, evidenciando lesão infiltrativa compatível com diagnóstico de carcinoma de células escamosas na biópsia.

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

15. Esse tipo de tumor é mais comumente encontrado nos terços superior e médio do esôfago.
16. Ingestão cáustica, tabagismo, etilismo e ingestão de líquidos quentes por longo período de tempo são fatores de risco para esse subtipo histológico.
17. Adenocarcinoma é mais comum em homens afrodescendentes, enquanto o de células escamosas é mais frequente em homens brancos.
18. O esôfago de Barrett, ou epitélio colunar metaplásico no estômago, está associado a um aumento de risco de 40 vezes de carcinoma de células escamosas do esôfago.
19. Os tumores de células escamosas são mais sensíveis à quimiorradioterapia que os adenocarcinomas.

Um paciente de 45 anos de idade, pedreiro, tabagista, procura atendimento em pronto-socorro em razão de dor e abaulamento em região inguinal direita há cerca de três meses, com piora nas últimas 24 horas. Nega histórico de comorbidades. Ao exame físico, encontra-se em bom estado geral, normocorado, com sinais vitais estáveis, tais como FC = 70 bpm, FR = 16 irpm e SatO₂ = 99%. Apresenta abdome flácido, indolor e sem sinais de peritonismo. Na região inguinal direita, nota-se abaulamento, que desloca o dedo de lateral para medial, redutível.

Com relação a esse caso clínico, a hérnias inguinais e aos conhecimentos médicos correlatos, julgue os itens a seguir.

20. As hérnias diretas, ao exame físico, deslocam o dedo do examinador de lateral para medial, já que sua origem é a persistência do conduto peritoniovaginal.
21. O paciente descrito não apresenta sinais e sintomas de uma síndrome de obstrução intestinal. Nesse caso, o melhor tratamento é programar uma cirurgia eletiva e orientar sinais de alarme para uma possível obstrução intestinal ocasionada pela hérnia.
22. A hérnia inguinal direta é a mais comum entre homens e mulheres.
23. Os limites do triângulo de Hesselbach (área de fragilidade na parede abdominal) são: inferior com ligamento inguinal, medial com borda lateral do músculo reto do abdome e lateral com os vasos epigástricos inferiores ou borda inferior do músculo oblíquo interno.
24. A classificação de Nyhus para esse paciente é III A.
25. As hérnias femorais são as mais comuns nas mulheres.
26. Todas as hérnias encarceradas devem ser operadas em critério de urgência.
27. O tratamento de hérnia inguinal em recém-nascido deve ser cirúrgico imediatamente após o diagnóstico.

Uma paciente de 38 anos de idade queixa-se de regurgitação, tosse noturna, perda de peso e dor no peito. Durante a investigação, é excluída doença cardiológica; entretanto, no exame de raios X de tórax contrastado, evidencia-se esôfago dilatado e afinado em sua porção distal. Continuando a investigação, foi solicitada uma manometria esofágica, que revelou relaxamento completo do esfíncter esofágico inferior e aperistaltismo completo do corpo do esôfago, confirmando a suspeita de acalasia.

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

28. A acalasia consiste em uma doença tanto do EEI como da musculatura lisa do corpo esofágico.
29. A tríade clássica de sintomas é disfagia, dor torácica e perda de peso.
30. A causa definitiva para acalasia permanece desconhecida, mas acredita-se que seja pela denervação da musculatura lisa; já no Brasil, está fortemente relacionada à doença causada pelo *Trypanosoma cruzi*.
31. Os achados característicos de acalasia em uma esofagomanometria são: *deficit* do relaxamento fisiológico do EEI durante a deglutição, graus variados de hipotonia do EEI e peristalse anormal, podendo chegar à aperistalse.
32. Para os pacientes com megaesôfago avançado grau III e IV, existem alternativas cirúrgicas com o objetivo de melhorar o esvaziamento gástrico, lembrando-se sempre de que a desnutrição grave é presente em muitos desses pacientes e deve ser corrigida antes do procedimento cirúrgico.
33. A acalasia é fator de risco apenas para o carcinoma escamoso de esôfago.

Uma paciente de 17 anos de idade iniciou com dor em região epigástrica, que irradia para a fossa ilíaca direita há dois dias, tipo cólica. Relata inapetência há 48 horas, associada a náuseas e a vômitos. Ao exame físico, mostra-se em bom estado geral, normocorado, anictérico, abdome levemente distendido, com ruídos adventícios aumentados e sinal de Blumberg positivo. Quanto aos sinais vitais, verificam-se PA = 120 mmHg x 70 mmHg, FC = 97 bpm, FR = 19 rpm, SatO₂ = 99% e Tax = 37,7 °C.

Com base nesse caso clínico e nos conhecimentos médicos correlatos, tendo em vista a apendicite aguda, julgue os itens a seguir.

34. Os principais micro-organismos identificados na obstrução apendicular são *Escherichia coli* e *Enterococcus faecalis*.
35. Nesse caso clínico, a paciente tem probabilidade alta de o diagnóstico ser apendicite aguda, sendo a abordagem cirúrgica a mais indicada.
36. O sinal semiológico relatado no caso clínico é conhecido como a manobra de pressionar a fossa ilíaca esquerda e causar dor reflexa na fossa ilíaca direita.
37. Nas mulheres em faixa etária fértil, dor à mobilização do colo do útero exclui o diagnóstico de apendicite aguda.
38. É a principal causa de abdome agudo em gestantes.

Uma paciente de 45 anos de idade realiza uma ultrassonografia de abdome, na qual apresenta um nódulo hepático isoecoico, com cicatriz central em formato de estrela. Ela nega qualquer tipo de sintomas.

Considerando esse caso clínico e os nódulos hepáticos, julgue os itens a seguir.

39. Pelos achados radiológicos, provavelmente o nódulo descrito é uma hiperplasia nodular focal, o tumor hepático benigno mais comum em mulheres.
40. O diagnóstico dessa lesão é geralmente incidental, com maior predominância em mulheres da terceira à quinta década de vida. Na maioria das vezes, são lesões solitárias e totalmente assintomáticas.
41. A HNF é mais comum entre as mulheres, e o crescimento dessas lesões relaciona-se ao estímulo hormonal de anticoncepcional oral.
42. A ressecção cirúrgica deve ser considerada nos poucos casos em que o nódulo possa estar relacionado com sintomas do paciente ou em situações de dúvida diagnóstica.

Uma paciente de 25 anos de idade realizou ultrassonografia por causa de dor em quadrante superior direito. Em virtude da presença de um nódulo hepático não diagnosticado de 7 cm, optou-se por efetuar uma ressonância magnética. O nódulo apresentou sinal hiperintenso em T2, que persiste nas sequências supressoras de gordura.

A respeito desse caso clínico e dos adenomas hepáticos, julgue os itens a seguir.

43. O estímulo hormonal pelo estrogênio tem relação apenas com o desenvolvimento dos adenomas, mas não com o seu surgimento.
44. Os adenomas são tumores hepatocelulares que necessitam de maior atenção em razão do seu risco de hemorragia e transformação maligna para carcinoma hepatocelular.
45. O único estímulo hormonal que influencia os adenomas é o estrogênio, portanto está contraindicado o uso de ACO em mulheres com nódulos hepáticos compatíveis.
46. Em mulheres que apresentam tumores menores que 5 cm, o manejo inicial consiste em suspender o ACO e fazer seguimento ambulatorial com RM.
47. Em homens, a ressecção está indicada apenas em casos que mantêm crescimentos no acompanhamento ambulatorial.
48. O tratamento de adenomas complicados por hemorragia, sem instabilidade hemodinâmica, é a cirurgia.

Área livre

Um paciente branco de 55 anos de idade, obeso, tabagista e em uso de inibidor da bomba de prótons de maneira irregular por doença do refluxo gastroesofágico, compareceu ao atendimento por disfagia, dor abdominal e emagrecimento de 10 kg, mesmo sem alterações de hábitos de vida.

Acerca desse caso clínico e do câncer gástrico, julgue os itens a seguir.

49. A neoplasia correspondente aos sinais e sintomas, além da epidemiologia, é de um câncer escamoso de esôfago.
50. Dispneia, disfonia, tosse e dor torácica podem significar doença avançada.
51. A endoscopia digestiva alta é o melhor exame pré-operatório para avaliar a penetração tumoral na parede do órgão.
52. As tomografias computadorizadas de crânio, tórax e abdome são realizadas de rotina para o estadiamento da neoplasia.
53. A cirurgia está indicada com intenções curativas para pacientes com ausência de metástases a distância, com o tumor sem evidências de invasão de estruturas adjacentes e adequada condição clínica.
54. A forma mais comum de disseminação de um adenocarcinoma é a hematogênica.
55. Os fatores de mau prognóstico são idade avançada, tumores grandes e emagrecimento superior a 10%.

Uma família está à espera de seu segundo filho e sente-se apreensiva pelo histórico de fibrose cística e íleo meconial do primeiro filho.

Em relação a esse caso e a respeito de obstruções intestinais no período neonatal, julgue os itens a seguir.

56. A preocupação da família é infundada, já que não há correlação de fibrose cística com a obstrução do íleo distal.
57. O íleo meconial é a principal causa de obstrução intestinal no período neonatal.
58. O melhor exame, nesse caso, é o enema opaco, que também pode ser terapêutico.
59. O tratamento do íleo meconial é sempre cirúrgico.
60. Se comparado ao mecônio usual, o mecônio do íleo meconial apresenta volume de água menor e níveis de albumina aumentados.

Área livre

CLÍNICA MÉDICA

Itens de 61 a 120

Ao longo dos anos, observa-se em todo o mundo, uma crescente elevação da expectativa de vida e, ao mesmo tempo o incremento da incidência de casos de insuficiência cardíaca (IC).

Com relação a essa síndrome clínica, julgue os itens a seguir.

61. São considerados sintomas e sinais clássicos da IC: falta de ar (ou cansaço); aumento de pressão venosa jugular; edema periférico; estertores pulmonares.
62. A IC anterógrada é caracterizada como a incapacidade de o ventrículo drenar adequadamente o volume de sangue que recebe, e isso faz com que ocorra elevação pressórica nos territórios atrial e venoso do lado comprometido, levando à ocorrência de edema e sintomas consequentes, seja pulmonar ou sistêmicos.
63. A dosagem dos hormônios tireoidianos e o hemograma são úteis na avaliação de um paciente com suspeita de IC.

A doença nodular de tireoide é bastante prevalente, acometendo até 50% dos adultos. Na maioria dos casos, é uma doença benigna, mas a malignidade deve ser investigada e excluída.

Acerca desse assunto, julgue os itens a seguir.

64. Entre as síndromes ou doenças que se associam ao carcinoma da tireoide, citam-se a síndrome de Cowden e o complexo de Carney.
65. Bócio, idade maior de 70 anos e menor de 20 anos de idade e história familiar de câncer de tireoide são fatores de risco para o câncer de tireoide.
66. Paciente que apresenta rouquidão em sua história clínica deve estar alerta para a suspeita de malignidade.
67. Paciente que apresenta resultado de citologia Bethesda 6 deve ser orientado a repetir a punção aspirativa por agulha fina (PAAF) em três meses.
68. São consideradas características ultrassonográficas que podem indicar malignidade dos linfonodos: microcalcificações; aspecto cístico; vascularização periférica; hiperecoico; e forma arredondada.
69. A prevalência de nódulos tireoidianos está aumentada nos homens, quando comparada às mulheres.
70. Paciente que apresenta nódulo de tireoide de 1,5 cm e TSH baixo deve ser encaminhado para realizar cintilografia de tireoide.
71. Paciente com nódulo de tireoide de 2 cm e TSH normal deve ser encaminhado para realização de ultrassonografia.

Área livre

A aterosclerose, o processo degenerativo vascular mais comum na população adulta dos países ocidentais, inicia-se na juventude e progride ao longo de toda a vida. Apesar de ser um processo difuso das artérias de grande e de médio calibre, a aterosclerose afeta, de forma segmentar, algumas artérias, como as coronárias, as carótidas e o eixo arterial dos membros. Nessa última localização, recebe a denominação de doença arterial oclusiva periférica (DAOP).

A respeito da aterosclerose, principalmente acerca da DAOP, julgue os itens a seguir.

72. Todos os pacientes com DAOP devem fazer uso contínuo de antiagregantes plaquetários, desde que não haja contraindicação absoluta para esses fármacos.
73. A causa mais comum de DAOP em pacientes jovens (30 anos a 40 anos de idade) é a tromboangeíte obliterante ou doença de Buerger.
74. A tríade claudicação intermitente, ausência dos pulsos femorais e impotência erétil é conhecida como síndrome de Leriche.
75. Quase todos os pacientes com diagnóstico de isquemia crítica de MMII vão apresentar doença coronariana associada.
76. Pacientes com DAOP não têm indicação de amputação primária.
77. A DAOP é marcador clínico para aterosclerose sistêmica e fator de risco para infarto agudo do miocárdio.

Um paciente de 40 anos de idade agendou uma consulta em unidade básica de saúde por causa de uma úlcera na perna esquerda, que apareceu há cinco meses. Ele relata que, quando a úlcera surgiu, morava em uma chácara no interior do estado da Bahia. No início, era uma lesão parecida com a picada de um inseto, mas depois a úlcera aumentou o tamanho e começou a doer. Atualmente ao examinar, observa-se uma úlcera na perna esquerda, com bordas elevadas e infiltradas, com a presença de secreção amarelada. Na história familiar, a filha está em tratamento para leishmaniose cutânea. Ao exame físico, verificam-se PA = 120 mmHg x 80 mmHg, FC = 90 bpm, SatO₂ = 97% em ar ambiente, FR = 19 irpm, e o paciente encontra-se anictérico, acianótico, afebril e hipocorado 1+/4+.



Disponível em: <<https://medifoco.com.br/>>. Acesso em: 10 nov. 2020.

Em relação a esse caso clínico e a sua principal suspeita diagnóstica; e com base nos conhecimentos médicos correlatos, julgue os itens a seguir.

78. A forma mais rápida e com menor custo para confirmar o diagnóstico desse caso clínico é a reação de Montenegro.
79. O melhor tratamento para esse caso é o tóxico.
80. Há necessidade de notificação compulsória para o caso mencionado.
81. A melhor forma de prevenção dessa doença é o controle vetorial, a fim de eliminar o reservatório, diagnosticar e tratar precocemente todos os casos e vacinar de acordo com as campanhas de imunização de todo o País.
82. O paciente descrito deve ser tratado, e após a negatização da reação de Montenegro, pode-se confirmar a alta por cura da doença.

Uma paciente de 20 anos de idade comparece à consulta médica porque necessita iniciar o uso de contraceptivo. Relata que tem epilepsia, faz uso de lamotrigina de forma contínua e nega outras comorbidades. Nega histórico de trombose venosa profunda ou outras doenças do aparelho cardiovascular em sua família.

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

83. O uso de contraceptivo combinado não interage com a lamotrigina.
84. Deve-se aconselhar o uso do dispositivo intrauterino para essa paciente.
85. O acetato de medroxiprogesterona de depósito é considerado a primeira opção para a paciente descrita.
86. Uma excelente opção terapêutica para essa paciente são pílulas com alta dosagem de etinil estradiol.
87. A paciente deve ser orientada no sentido de que, caso haja aumento da dosagem de lamotrigina (altas doses), é necessário que ela utilize métodos de barreira como forma adicional à contracepção.

Área livre

Um paciente etilista deu entrada no pronto-socorro com intensa dor em região torácica, associada a vômitos, após realizar grande esforço. A dor é localizada em região retroesternal e em abdome superior, de início agudo e de forte intensidade. Quanto a comorbidades, informa tratamento para úlcera gástrica há um ano. Queixa-se de odinofagia associado ao quadro de dor no peito. Ao exame físico, constatam-se abdome doloroso sem sinal de irritação peritoneal, PA = 150 mmHg x 100 mmHg, FC = 130 bpm, FR = 30 irpm e SatO₂ = 93% AA. Realizou raios X de tórax, representado na imagem a seguir.



Disponível em: <<https://www.tuasaude.com/>>. Acesso em: 12 nov. 2020.

(Figura ampliada na página 9)

No que se refere a esse caso clínico e com base nos conhecimentos médicos correlatos, julgue os itens a seguir.

88. Esse paciente apresenta a chamada síndrome de Boerhaave.
89. O tratamento do quadro apresentado é clínico.
90. Uma complicação muito comum nesse caso é sepse.
91. De acordo com os sintomas, relatados pelo paciente, de odinofagia e dor torácica, espera-se o acometimento do esôfago proximal.
92. Deve-se solicitar sorologia para Chagas, a fim de afastar a principal doença infecciosa relacionada a esses sintomas.

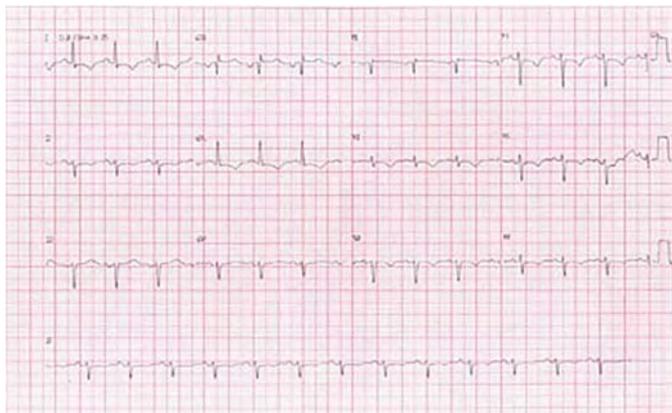
Uma paciente de 30 anos de idade compareceu ao ambulatório de clínica médica em razão de dor na região pélvica, que começou há 10 meses. Segundo ela, a dor é tipo uma cólica, irradiando para a região lombar bilateralmente. A dor piora bastante durante a relação sexual, e isso tem prejudicado seu relacionamento com o marido. Outro fator de piora é o ciclo menstrual, que é de 30 dias com intenso fluxo e presença de coágulos. O início dos sintomas foi logo após a perda do trabalho por causa da pandemia de Covid-19. Sedentária em função da obrigatoriedade do isolamento social, tem feito uso de laxantes, de forma mais habitual, para melhorar a obstipação intestinal. Nega comorbidades, disúria, febre ou outras queixas. O exame físico geral mostrou-se sem alterações. Verificaram-se PA = 120 mmHg x 80 mmHg, FC = 90 bpm, FR = 18 irpm e SatO₂ = 99% AA. O exame abdominal apresenta cicatriz cirúrgica de apendicectomia na infância, bem como abdome plano com dor à palpação profunda de fossas ilíacas, sem massas palpáveis, sem circulação colateral e sem sinal de irritação peritoneal. O exame ginecológico chama a atenção apenas para regiões anexiais dolorosas bilateralmente. A paciente realizou previamente ecografia de abdome, com resultado normal.

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

93. Após realizar o exame físico ginecológico (regiões anexiais dolorosas bilateralmente), é correto afirmar que se trata de um caso de dor pélvica aguda causado por DIP.
94. O principal exame complementar, nesse caso, é a tomografia de abdome inferior.
95. É fundamental realizar hemograma de urgência, no caso descrito, para investigar possível leucocitose.
96. Não há nenhuma indicação para prescrição de anticoncepcional hormonal oral nesse caso.
97. A paciente certamente terá benefício com o tratamento multidisciplinar e multiprofissional.
98. Há necessidade de apoio psicológico para essa paciente.
99. O uso de antidepressivos poderá ser considerado como adjuvante ao tratamento.
100. Pode-se tratar empiricamente antes de realizar laparoscopia diagnóstica.

Área livre

Um paciente de 60 anos de idade, hipertenso e diabético, deu entrada no pronto-socorro do Hospital Universitário de Brasília, no Distrito Federal, com dor torácica há três horas. Realizou exames laboratoriais que comprovam elevação de enzimas cardíacas. Por causa do histórico de ser tabagista e de ter sido submetido previamente a angioplastia coronariana (obstrução de 45%), iniciou uso de ácido acetilsalicílico 100 mg ao dia e atorvastatina 40 mg ao dia, por orientação do seu cardiologista. No pronto-socorro, foi prescrito tirofiban. Após a utilização desse medicamento, o paciente evoluiu para gengivorragia.



Disponível em: <<http://www.medicinanet.com.br>>.
Acesso em: 15 nov. 2020.

(Figura ampliada na página 9)

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

101. O paciente é considerado de alto risco cardiovascular e com síndrome coronariana aguda, com elevação de ST.
102. Para esse caso, indica-se o uso de inibidores da glicoproteína IIb/IIIa (tirofiban).
103. O tirofiban não pode ser usado em associação ao AAS.
104. Uma alteração improvável, no exame laboratorial desse paciente, é a trombocitopenia.
105. A meta para esse paciente é manter o LDL abaixo de 70 mg/dL.

Área livre

Uma paciente de 60 anos de idade, hipertensa e diabética, que trabalha como passadeira de roupas, compareceu à consulta médica por causa de uma úlcera no terço distal da perna direita. Relata que mora distante da unidade de saúde e não possui meio próprio de locomoção. A paciente realiza curativos em casa com o uso de várias pomadas, mas não sabe informar quais são. Apresenta varizes em ambas as pernas e, na perna esquerda, há presença de hiperpigmentação e edema. As panturrilhas estão livres e os pulsos, presentes. Conforme a imagem da lesão a seguir, apresenta úlcera em torno de 5 cm de diâmetro, com presença de pouca secreção.



Disponível em: <https://www.msmanuals.com/pt/casa/multimedia/image/v37972266_pt>. Acesso em: 12 nov. 2020.

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

106. Nesse caso, uma excelente orientação é o uso de meias elásticas de alta compressão.
107. Não há necessidade de repouso para o tratamento dessa úlcera.
108. Obrigatoriamente deve-se realizar curativo diário na unidade de saúde.
109. Para o sucesso desse tratamento e cura da úlcera venosa, é fundamental o uso de flebotômicos.
110. Pode-se afirmar que esse caso é classificado como CEAP grau 6 (úlcera aberta).
111. Para a cicatrização de úlceras venosas, não há benefícios com o repouso elevando-se os membros inferiores.
112. Pode-se dar diagnóstico clínico de insuficiência venosa crônica para essa paciente.
113. O ecodoppler venoso é considerado exame de rotina, na avaliação dessa paciente, e deve ser realizado mesmo quando já existe diagnóstico clínico.

Área livre

Um paciente de 24 anos de idade, morador do interior do estado da Bahia, procurou atendimento médico informando que, desde os 7 anos de idade, iniciou quadro de inchaço nas pernas e nos pés. Relata dor intensa e sensação de queimação. Nega quadro de erisipela. Ao exame físico das pernas, foi evidenciado um importante edema nos MMII em região dos pés e das pernas, mas as coxas são normais. Verificaram-se, também, perna direita quase 15 cm maior em diâmetro que a esquerda (medindo na fita métrica); edema duro e que não melhora com elevação das pernas; sinal de Stemmer positivo; sensibilidade inalterada; força muscular normal; e pulsos presentes.

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

114. Pode-se afirmar que o diagnóstico é clínico e trata-se de um linfedema primário crônico.
115. A conduta inicial é referenciar ao cirurgião vascular para programar o tratamento cirúrgico.
116. Não há benefício, nesse momento, de indicação de drenagem linfática manual.
117. A realização de exercícios físicos poderá proporcionar benefícios no tratamento inicial desse paciente.
118. O paciente possuiu uma doença incurável, porém o tratamento a partir dos 7 anos de idade teria evitado a progressão da doença.
119. As drogas linfocinéticas são uma excelente opção na fase atual da doença do paciente mencionado.
120. O tratamento para esse paciente deve ser multidisciplinar.

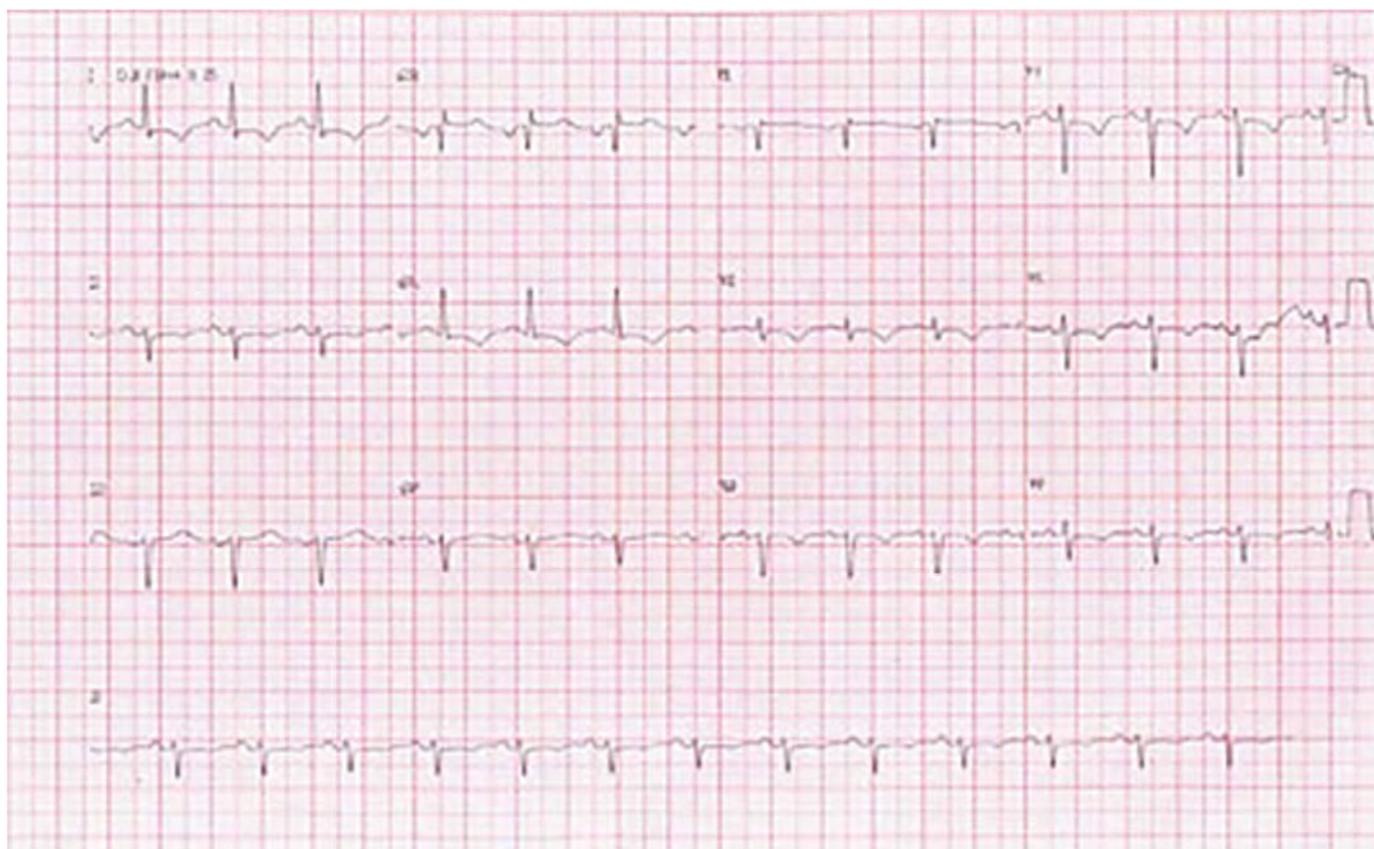
Área livre

Área livre



Disponível em: <<https://www.tuasaude.com/>>. Acesso em: 12 nov. 2020.

Figura ampliada para responder aos itens de 88 a 92.



Disponível em: <<http://www.medicinanet.com.br>>. Acesso em: 15 nov. 2020.

Figura ampliada para responder aos itens de 101 a 105.