

**Concurso Público para provimento de cargos de
Médico - Nível III (Grau A) - Residência Médica
Pneumologia**

Nome do Candidato

Caderno de Prova '31', Tipo 001

Nº de Inscrição

MODELO

Nº do Caderno

MODELO1

Nº do Documento

0000000000000000

ASSINATURA DO CANDIDATO

00001-0001-0001

P R O V A**Conhecimentos Gerais
Conhecimentos Específicos
Dissertativa****INSTRUÇÕES**

- Verifique se este caderno:
 - corresponde a sua opção de cargo.
 - contém 40 questões, numeradas de 1 a 40.
 - contém a proposta e espaços para rascunho e transcrição definitiva das três questões dissertativas.Caso contrário, reclame ao fiscal da sala um outro caderno.
Não serão aceitas reclamações posteriores.
- Para cada questão existe apenas UMA resposta certa.
- Você deve ler cuidadosamente cada uma das questões e escolher a resposta certa.
- Essa resposta deve ser marcada na FOLHA DE RESPOSTAS que você recebeu.

VOCÊ DEVE

- Procurar, na FOLHA DE RESPOSTAS, o número da questão que você está respondendo.
- Verificar no caderno de prova qual a letra (A,B,C,D,E) da resposta que você escolheu.
- Marcar essa letra na FOLHA DE RESPOSTAS, conforme o exemplo: (A) ● (C) (D) (E)
- Ler o que se pede na Prova Dissertativa e utilizar, se necessário, o espaço para rascunho.

ATENÇÃO

- Marque as respostas primeiro a lápis e depois cubra com caneta esferográfica de material transparente de tinta preta.
- Marque apenas uma letra para cada questão, mais de uma letra assinalada implicará anulação dessa questão.
- Responda a todas as questões.
- Não será permitida qualquer espécie de consulta, nem o uso de máquina calculadora.
- Em hipótese alguma os rascunhos das questões da Prova Dissertativa serão corrigidos.
- A duração da prova é de 5 horas para responder a todas as questões objetivas, preencher a Folha de Respostas e responder a Prova Dissertativa (rascunho e transcrição).
- Ao término da prova, chame o fiscal da sala e devolva todo o material recebido.
- Proibida a divulgação ou impressão parcial ou total da presente prova. Direitos Reservados.

**CONHECIMENTOS GERAIS**

1. Em relação às instituições públicas, é correto afirmar:
- (A) Uma organização é considerada moderna se é capaz de usar o conhecimento para desenvolver e oferecer novos produtos e serviços, dentro de espírito inovador e criativo.
 - (B) Um ambiente de trabalho moderno é bastante rígido, proporciona disciplina, impermeabiliza procedimentos já existentes dentro da organização e evita inovações que desestabilizem a rotina.
 - (C) O fornecimento de informações aos cidadãos é essencialmente seletivo, para que eles não influenciem significativamente as decisões políticoadministrativas.
 - (D) A política de capacitação de servidores públicos prescinde de ferramentas de informática e uso das tecnologias da informação.
 - (E) O compartilhamento de conhecimento e informação na gestão pública será incluído como prioridade apenas em políticas de gestão do conhecimento futuras.
-
2. No momento em que o Governo avalia o desempenho de suas organizações e de seus servidores por metas ou objetivos alcançados, ele está avaliando a gestão pública por meio
- (A) da eficiência.
 - (B) da eficácia.
 - (C) da efetividade.
 - (D) da qualidade.
 - (E) do custo.
-
3. De uma maneira geral, as competências gerenciais são classificadas em três categorias: conhecimentos, habilidades e atitudes. Essas categorias são necessárias para ocupar um cargo de gerente e dependem do nível hierárquico do cargo, das tarefas a serem desenvolvidas pelo gerente e do tipo de organização, entre outros fatores. A relação correta entre habilidades e nível hierárquico é:
- (A) Quanto mais alto o nível hierárquico do cargo a ser ocupado, mais habilidades técnicas serão requeridas.
 - (B) Em cargos de gerências táticas e intermediárias são requeridas com maior intensidade as chamadas habilidades e atitudes.
 - (C) Em cargos com características operacionais são requeridas maiores habilidades técnicas como principal condição desse gerenciamento.
 - (D) Quanto mais operacional o cargo a ser ocupado, mais habilidades atitudinais serão requeridas.
 - (E) Quanto mais operacional o cargo a ser ocupado, mais habilidades conceituais serão requeridas.
-
4. O Brasil é um Estado organizado de forma Federativa. Isto significa que as atribuições inerentes aos poderes executivo, legislativo e judiciário são divididas em duas esferas de atuação: a Federal (União) e a Estadual. Em relação a essas esferas, é INCORRETO afirmar que
- (A) a cúpula dos três poderes: Executivo, Legislativo e Judiciário formam o núcleo estratégico do Estado.
 - (B) aos Estados e Municípios são atribuídas as ações de caráter local.
 - (C) a Constituição da União e as leis federais determinam o escopo e o alcance das constituições dos Estados Federados.
 - (D) o critério de divisão de poderes entre União e Estados membros é, ao mesmo tempo, funcional e territorial.
 - (E) os Estados têm total autonomia para formulação e aplicação de suas políticas, independentemente do poder central.
-
5. No Plano Mineiro de Desenvolvimento Integrado (PMDI) consta que: “são significativos os fatores externos decorrentes do desenvolvimento do capital humano sob a perspectiva do Ciclo de Vida. Ao mesmo tempo em que uma população saudável e bem nutrida influencia positivamente os indicadores educacionais, o investimento em educação tem reflexos positivos sobre os indicadores de saúde”.
- Dentre outras, são ações propostas no PMDI:
- (A) adoção de perspectiva integrada de desenvolvimento do capital humano; salto de qualidade no ensino e ampliação da escolaridade da população jovem mineira, orientada por padrões internacionais (OCDE); superação da pobreza crônica das novas gerações; protagonismo juvenil e capacitação para o trabalho.
 - (B) aumento do número de escolas e hospitais de atendimento público; aumento de ambulatórios setoriais ou regionais; aumento do número de vagas para médicos no atendimento público.
 - (C) adoção de qualidade no ensino e no atendimento público em todos os órgãos destinados à população; superação da pobreza crônica e capacitação para o trabalho.
 - (D) superação da pobreza crônica; elaboração de programas materno-infantil e de adolescentes para diminuir a mortalidade infantil; construções de escola de nível médio e de ensino superior.
 - (E) construções de redes de hospitais de atendimento público; implantação em todo o estado mineiro do Programa de Saúde do Trabalhador; Construção de Escolas Públicas para aumentar o número de vagas disponíveis e capacitação para o trabalho.



6. É VETADO ao Funcionário Público
- (A) facilitar as atividades de fiscalização pelos órgãos de controle.
 - (B) observar os princípios e valores da Ética Pública.
 - (C) divulgar e informar a todos os integrantes de sua classe sobre a existência de Código de Conduta Ética.
 - (D) utilizar-se do cargo, emprego ou função para obter qualquer favorecimento para si ou outrem.
 - (E) apresentar-se ao trabalho com vestimentas adequadas ao exercício da função.
-
7. Dentre as características das organizações públicas modernas, nas quais o conhecimento é valorizado, encontra-se
- (A) coordenação centralizada de tarefas.
 - (B) predomínio do trabalho individual.
 - (C) transmissão do conhecimento coletivo, de preferência, em forma de documentos impressos.
 - (D) o servidor-polivalente e inovador.
 - (E) diminuição do poder dos usuários dos serviços dessas empresas.
-
8. Segundo seu delineamento, em um estudo de
- (A) *coorte*, a exposição é medida antes do desenvolvimento da doença.
 - (B) caso-controle, a exposição é medida antes do desenvolvimento da doença.
 - (C) prevalência, a exposição é medida antes do desenvolvimento da doença.
 - (D) caso-controle, o risco da doença não é medido diretamente.
 - (E) caso-controle e de prevalência, o risco da doença é medido diretamente.
-
9. O sistema de planejamento do Sistema Único de Saúde (SUS) pressupõe
- (A) que as peculiaridades, necessidades e realidades de saúde do país sejam homogeneizadas e contempladas dentro de um documento igual para todos os estados.
 - (B) que a esfera federal de gestão realize todo o planejamento e a regionalização das ações fique a cargo dos estados e municípios.
 - (C) que cada esfera de gestão (municipal, estadual e federal) realize o seu planejamento.
 - (D) instrumentos de planejamento de centralização: Plano Diretor, Plano Diretor de Investimento (PDI) e Programação Pactuada e Integrada da Atenção em Saúde (PPI).
 - (E) Plano Federal Bienal de Saúde, instrumento básico que norteia a Programação Bienal das ações e serviços de saúde prestados.
-
10. Sobre os modelos de atenção à saúde no Sistema Único de Saúde (SUS), é correto afirmar que
- (A) se fundamentam em regionalização, integralização e terceirização dos serviços.
 - (B) cada doença tem um nível de atenção à saúde (primária, média complexidade e alta complexidade) predeterminado.
 - (C) se fundamentam em regionalização e integração dos serviços interfederativos.
 - (D) foram implantados com vistas ao atendimento das Doenças de Notificação Compulsória (DNC).
 - (E) os serviços de atenção primária são as únicas portas de entrada no sistema SUS.



-
11. O projeto de vigilância em saúde (Vigisus) é
- (A) voltado à redução de mortalidade por doenças transmissíveis e não abrange a exposição a fatores de risco associados com a saúde.
 - (B) composto de duas fases: Vigisus I (1999 a 2004) para Estruturação do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde e Vigisus II (2005-2013) para Modernização do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde.
 - (C) destinado à redução da mortalidade e da morbidade de doenças transmissíveis, mas não abrange as doenças não transmissíveis.
 - (D) executado pela Secretaria de Vigilância em Saúde e Fundação Nacional de Saúde, sendo financiado pelo Banco Interamericano para Reconstrução e Desenvolvimento.
 - (E) direcionado para serviços de saneamento em grandes aglomerados urbanos e, por isso, não inclui a saúde de povos indígenas e quilombolas.
-
12. Ao Sistema Único de Saúde compete, além de outras atribuições,
- (A) o controle e a fiscalização do serviço de internação e atendimento ambulatorial, não abrangendo a execução da política de sangue e seus derivados.
 - (B) a fiscalização e inspeção de alimentos quanto à qualidade sanitária, sem abranger a vigilância nutricional e a orientação alimentar.
 - (C) a participação na formulação da política de saúde pública, não incluindo a execução de ações de saneamento básico.
 - (D) a participação no controle e formulação da política de medicamentos, excetuando a participação na produção de insumos de interesse para a saúde.
 - (E) a participação no controle e na fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substância e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos.
-
13. O controle social no Sistema Único de Saúde
- (A) diminuiu após a Norma Operacional Básica (NOB 1/96), desde que esta redefiniu vínculos de serviços com seus usuários.
 - (B) está contemplado em um dos blocos de financiamento para a gestão do Sistema Único de Saúde.
 - (C) está previsto somente para serviços públicos de assistência à saúde.
 - (D) pressupõe ações dos usuários sobre serviços, exclusivamente, da iniciativa privada.
 - (E) requer financiamento do próprio usuário.
-
14. A educação em saúde, segundo o Sistema Único de Saúde (SUS),
- (A) é o objetivo de um Programa destinado a capacitar trabalhadores da saúde para a utilização adequada de equipamentos usados em serviços de saúde.
 - (B) está prevista em legislação, mas ainda não existe uma secretaria de gestão relacionada a essa área.
 - (C) restringe-se a um compromisso de buscar alternativas para os problemas relacionados a não valorização dos trabalhadores da saúde.
 - (D) refere-se à qualificação de trabalhadores da saúde e, ainda, à promoção de hábitos saudáveis aos usuários do SUS.
 - (E) prevê atividades exclusivas dos trabalhadores da saúde para atendimento da população.
-
15. Quanto ao financiamento do Sistema Único de Saúde (SUS),
- (A) os recursos de custeio da esfera federal destinados à assistência podem corresponder ao Piso Assistencial Básico (PAB) destinado ao custeio de procedimentos e ações de assistência básica, de responsabilidade tipicamente municipal.
 - (B) na esfera estadual, conta com recursos transferidos pela União e essas transferências regulares não estão condicionadas à contrapartida deste nível de governo.
 - (C) na esfera municipal, além dos recursos oriundos do respectivo Tesouro, existem transferências eventuais da União para municípios, as quais não estão condicionadas à contrapartida deste nível de governo.
 - (D) os fundos de saúde dos municípios não podem receber verba oriunda de reembolso de despesas realizadas em função de atendimentos prestados por unidades públicas a beneficiários de planos privados de saúde.
 - (E) os recursos de custeio da esfera federal, destinados às ações e serviços de saúde, configuram o Teto Financeiro Global (TFG) e o teto financeiro do estado; não deve conter os tetos de municípios.
-



16. Na legislação do Sistema Único de Saúde,
- (A) “Programação Pactuada e Integrada (PPI)” restringe-se às atividades de assistência ambulatorial e hospitalar, constituindo um instrumento essencial de reorganização do modelo de atenção e da gestão do SUS, de alocação dos recursos e de explicitação do pacto estabelecido entre as três esferas de governo.
 - (B) “Teto Financeiro da Assistência do Município (TFAM)” é um montante que corresponde ao financiamento do conjunto de ações assistenciais em situações de emergência, assumidas pela Secretaria Municipal de Saúde, transferido eventualmente do Fundo Nacional ao Fundo Municipal de Saúde.
 - (C) “Índice de Valorização de Resultados (IVR)” consiste na atribuição de valores adicionais ao teto financeiro da assistência do estado, transferidos eventualmente do Fundo Nacional ao Fundo Estadual de Saúde, quando houver obtenção de resultados de impacto positivo sobre as condições de saúde da população.
 - (D) “Remuneração por Serviços Produzidos” restringe-se ao pagamento direto aos prestadores privados contratados e conveniados, contra apresentação de faturas, referentes a serviços realizados conforme programação e mediante prévia autorização do gestor.
 - (E) “Fração Assistencial Especializada (FAE)” é um montante que corresponde a procedimentos ambulatoriais de média complexidade, medicamentos e insumos excepcionais, órteses e próteses ambulatoriais e Tratamento Fora do Domicílio (TFD), sob gestão do Estado.
-
17. O Plano Diretor de Regionalização (PDR) do Sistema Único de Saúde (SUS) prevê:
- (A) Municípios em Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada (GPAB-A), com capacidade de ofertar com suficiência a totalidade de serviços de média complexidade, incluindo atividades ambulatoriais de apoio diagnóstico e terapêutico e de internação hospitalar para sua própria população.
 - (B) Nos municípios habilitados em Gestão Plena da Atenção Básica-Ampliada (GPAB-A) que tenham serviços de alta complexidade em seu território, nos quais as funções de gestão e relacionamento com prestadores de alta complexidade são de responsabilidade do gestor municipal, podendo este delegar aos gestores de hospitais as funções de controle e avaliação dos prestadores.
 - (C) Ao governo federal cabe prever a parcela dos recursos a serem gastos em cada município, para cada área de alta complexidade, destacando a parcela a ser utilizada com a população do próprio município e a parcela a ser gasta com a população de referência, sempre de acordo com a Programação Pactuada e Integrada.
 - (D) A assistência de alta complexidade deve ser programada no âmbito federal, e em alguns casos macrorregionais, tendo em vista as características especiais desse grupo: alta densidade tecnológica e alto custo, economia de escala, escassez de profissionais especializados e concentração de oferta em poucos municípios.
 - (E) A programação da assistência de alta complexidade, consolidada pela Secretaria de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde, não deve conter a referência de pacientes para outros Estados, ou mesmo, reconhecer o fluxo programado de pacientes de outros Estados.
-
18. As ações de auditoria dentro do Sistema Único de Saúde (SUS) são
- (A) atividades que necessitam de um órgão que consolide as informações necessárias, analise os resultados obtidos em decorrência de suas ações, mas não proponha medidas corretivas.
 - (B) de responsabilidade das três esferas gestoras do SUS, o que exige a estruturação do respectivo órgão de controle, avaliação e auditoria, incluindo a definição dos recursos e da metodologia adequada de trabalho.
 - (C) ações de controle que podem, ou não, auditar procedimentos prévios à realização de serviços e à ordenação dos respectivos pagamentos.
 - (D) ações de controle que excluem autorização de internações e procedimentos ambulatoriais, desde que sejam critérios médicos.
 - (E) monitoramentos da qualidade dos serviços prestados, sem priorizar a regularidade e fidedignidade de registros de produção e faturamento de serviços.
-
19. Segundo Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde (SUS-NOAS 01), houve fortalecimento do controle, regulação e avaliação da assistência aos usuários devido
- (A) à criação de procedimentos técnico-administrativos prévios à prestação de serviços hospitalares, os quais não podem ser fiscalizados pelos usuários.
 - (B) à previsão de compra de serviços da rede privada, pautada apenas na sua indisponibilidade na rede pública.
 - (C) à possibilidade de compra de serviços da rede privada com base no interesse público e necessidades assistenciais.
 - (D) à implementação de indicadores objetivos baseados em critérios técnicos que não podem ser avaliados pelos usuários.
 - (E) ao fato do gestor federal elaborar todos os planos de controle, regulação e avaliação para fortalecimento da capacidade de gestão.

**CONHECIMENTOS ESPECÍFICOS**

20. No tratamento antitabagismo,
- (A) a terapia de reposição de nicotina, a bupropiona e a vareniclina são consideradas drogas de 2ª linha como adjuvante para o tratamento antitabagismo.
 - (B) a nortriptilina e a clonidina são medicamentos de 1ª linha como adjuvante para o tratamento antitabagismo.
 - (C) a associação de bupropiona com terapia de reposição de nicotina pode levar à hipertensão arterial, havendo necessidade de se adotar maior rigor no controle da pressão.
 - (D) inicialmente deve-se optar por uma medicação de 1ª linha, sendo a escolha de acordo com a avaliação individual do paciente feita pelo profissional de saúde. Em caso de falha, a associação de goma de mascar ou adesivo com a bupropiona ou com a vareniclina, ou até mesmo de goma de mascar com adesivo de nicotina não aumenta as taxas de sucesso.
 - (E) não existe comprovação científica de que os métodos cognitivos comportamentais aumentam o índice de cessação do tabagismo, independentemente do tempo de abordagem para aconselhamento.
21. Para a prescrição de medicação no tratamento antitabagismo, o Ministério da Saúde e o Instituto Nacional do Câncer (INCA) recomendam que o paciente se enquadre em, pelo menos, uma das seguintes categorias de fumantes
- (A) com história de mais de 40 cigarros ao dia, somente.
 - (B) com escore de Fageström igual ou maior que 5, ou avaliação individual, a critério do profissional.
 - (C) que nunca tentaram parar de fumar anteriormente com a abordagem cognitivo-comportamental.
 - (D) com mais de 10 cigarros ao dia, no mínimo, mas que fumam o 1º cigarro até 2 horas após acordar.
 - (E) com história de 10 ou mais cigarros ao dia, mesmo que apresentem contraindicações clínicas ao uso das medicações.
22. No tratamento antitabagismo,
- (A) a bupropiona está indicada para fumantes acima de 15 anos.
 - (B) a bupropiona está contraindicada em pacientes com história de convulsão, doenças cérebro-vasculares, tumor do sistema nervoso central e convulsão febril na infância.
 - (C) existe contraindicação absoluta ao uso de bupropiona em pacientes alcoólatras, com anorexia nervosa e bulimia.
 - (D) não existe contraindicação à prescrição de bupropiona a pacientes que estão recebendo ou receberam, há menos de 15 dias, inibidores da monoaminoxidase.
 - (E) a dose de bupropiona deve ser individualizada de acordo com o grau de dependência da nicotina de cada paciente, com administração sempre que o paciente sentir necessidade de fumar.
23. Na suspeita de tromboembolia pulmonar (TEP),
- (A) a Tomografia Computadorizada com múltiplos detectores deve ser realizada com a técnica de alta resolução para aumentar o rendimento diagnóstico, especialmente nos casos de baixa probabilidade clínica.
 - (B) o exame negativo de Tomografia Computadorizada de tórax com múltiplos detectores, utilizando técnica angiotomográfica, em pacientes com baixa probabilidade clínica, não exclui o diagnóstico na maioria dos casos, havendo necessidade da realização de outros exames subsidiários para investigação.
 - (C) o paciente classificado pelo escore de Wells com probabilidade clínica de TEP improvável (≤ 4 pontos) e com a dosagem de dímero-D normal, o diagnóstico pode ser afastado e a realização de exames de imagem é desnecessária.
 - (D) o escore de probabilidade pré-teste de Wells varia de 0 (zero) a 12,5 pontos. A avaliação das variáveis classifica a probabilidade clínica em 3 níveis de acordo com a pontuação: baixa de 0 – 6 ; intermediária de 6 – 9 e alta ≥ 9 ou em TEP improvável: 0 – 9 pontos ou TEP provável: > 9 pontos.
 - (E) a dosagem de dímero-D nunca pode ser dispensada como teste diagnóstico de TEP.
24. Sobre os resultados da adenosina deaminase (ADA) no líquido pleural é correto afirmar que
- (A) a adenosina deaminase (ADA) é uma enzima associada ao linfócito CD4 e seu aumento reflete uma resposta imunológica celular ativada. Níveis acima de 60 U/L apresentam sensibilidade e especificidade para o diagnóstico de tuberculose pleural acima de 90%. A utilização do nível de ADA acima de 40 U/L, recomendada por vários autores, aumenta a sensibilidade, mas reduz um pouco a especificidade.
 - (B) a adenosina deaminase (ADA) é uma enzima associada ao linfócito CD4 e seu aumento reflete uma resposta imunológica celular ativada. Níveis acima de 10 U/L apresentam sensibilidade e especificidade para o diagnóstico de tuberculose pleural acima de 90%. A utilização do nível de ADA acima de 20 U/L, recomendada por vários autores, aumenta a sensibilidade, mas reduz um pouco a especificidade.
 - (C) outras condições que podem cursar com redução da ADA são: artrite reumatoide, empiema, mesotelioma, câncer de pulmão, linfomas e neoplasias hematológicas.
 - (D) o nível de adenosina deaminase (ADA) no líquido pleural não se altera em nenhuma situação e, portanto, a sua análise não auxilia no diagnóstico diferencial das doenças que cursam com comprometimento pleural.
 - (E) o aumento do nível de adenosina deaminase (ADA) no líquido pleural auxilia na confirmação de insuficiência cardíaca congestiva (ICC) como causa do derrame pleural.



25. A Espirometria e o Teste Cardiopulmonar de Exercício (TCPE) são ferramentas úteis na avaliação pré-operatória para ressecção pulmonar, considerando-se que
- o mais importante na avaliação de operabilidade consiste no cálculo da função pulmonar que permanecerá após a ressecção programada. O valor do FEF 25-75% é o parâmetro da espirometria mais utilizado com este propósito.
 - apesar de o Teste Cardiopulmonar de Exercício (TCPE) permitir a avaliação integrada dos principais sistemas envolvidos nas respostas ao estresse operatório, o seu resultado não tem o potencial de identificar pacientes com elevado risco cirúrgico.
 - os resultados de parâmetros derivados do TCPE não constituem preditores de morbidade e mortalidade pós-operatórios na toracotomia com ressecção de parênquima pulmonar.
 - resultados de meta-análise que avaliaram a capacidade de exercício e o risco de complicações pulmonares, demonstrou no TCPE, que pacientes com $V'O_2$ pico (consumo de oxigênio no pico do exercício) $< 15 \text{ mL} \cdot \text{min}^{-1} \cdot \text{kg}$ praticamente não apresentaram complicações no pós-operatório, diferentemente daqueles com $V'O_2$ pico $> 20 \text{ mL} \cdot \text{min}^{-1} \cdot \text{kg}$, onde o risco é elevado.
 - o $V'O_2$ pico (consumo de oxigênio no pico do exercício) e o $V'O_2 \text{maxPPO}$ ($V'O_2$ máximo previsto para o pós-operatório) são parâmetros importantes do TCPE na tomada de decisões clínicas no pré-operatório de candidatos à cirurgia de ressecção de parênquima pulmonar que apresentam função pulmonar reduzida no esforço.
26. Paciente adulto com pneumonia grave ambulatorial deve receber, obrigatoriamente, cobertura antimicrobiana contra os germes
- pneumococo, legionela e enterobactérias.
 - pneumococo, anaeróbios e vírus.
 - estafilococo, bactérias atípicas e micobactéria tuberculosa.
 - pneumococo e pseudomonas, apenas.
 - estafilococo, pneumococo e vírus.
27. Paciente de 25 anos, do sexo masculino, refere tosse com expectoração produtiva desde a infância. No último ano teve 4 episódios em que a quantidade de expectoração aumentou e se tornou purulenta. Tomografia computadorizada do tórax revela redução do volume de ambos lobos inferiores, o lobo médio e a línula, que estão comprometidos por bronquectasias.
- De acordo com o relato acima é correto afirmar que, neste paciente,
- a fibrose cística não é um diagnóstico a ser considerado.
 - a alteração mais provável no perfil de imunoglobulinas é encontrar-se níveis de IgE de 4500 UI.
 - o comprometimento de ambos lobos inferiores, lobo médio e línula é uma contraindicação absoluta à ressecção cirúrgica, visto que as duas bilobectomias o deixariam com apenas seis segmentos remanescentes.
 - a realização de um espermograma pode ser um exame útil.
 - não é necessária a realização de broncoscopia, visto que a presença de bronquectasias bilateralmente afasta a hipótese de aspiração de corpo estranho.
28. Existem poucos estudos em asma com dados sobre o tempo, sequência e magnitude na redução do tratamento quando o controle é alcançado. Baseado em evidências atuais, recomenda-se EXCETO:
- redução de 50% da dose pode ser tentada em intervalos de 3 meses quando os pacientes estão utilizando corticoide inalado isoladamente em doses médias ou altas.
 - baixa dose de corticoide inalado, duas vezes ao dia, a dose em uso pode ser administrada uma vez ao dia.
 - a combinação entre corticoide inalado e broncodilatador beta-2 agonista de ação prolongada, deve-se reduzir em 50% a dose do corticoide inalado e manter a dose do beta-2 agonista de ação prolongada. Se o controle é mantido, uma nova redução na dose do corticoide inalado deve ser tentada até que a menor dose seja alcançada, quando então o beta-2 agonista de ação prolongada deve ser suspenso.
 - corticoide inalado associado a outros medicamentos que não o broncodilatador beta-2 agonista de ação prolongada, a dose do corticoide inalado deve ser reduzida em 50% até que a menor dose de corticoide inalado seja alcançada, quando então se suspende o(s) medicamento(s) associado(s), mantendo-se apenas o corticoide inalado.
 - a combinação entre corticoide inalado e beta-2 agonista de ação prolongada, deve-se reduzir em 50% a dose do corticoide inalado e manter a dose do beta-2 agonista de ação prolongada. Se o controle é mantido, o corticoide inalado deve ser totalmente suspenso e o paciente deve receber a menor dose de beta-2 agonista de ação prolongada para manutenção do controle.
29. Na asma pode-se afirmar que
- os parâmetros utilizados para avaliação do controle clínico atual são os sintomas diurnos, limitação de atividades, sintomas e/ou despertares noturnos, necessidade de medicação de alívio e função pulmonar. As exacerbações, instabilidade, declínio acelerado da função pulmonar e efeitos adversos são utilizados na avaliação dos riscos futuros.
 - não existem evidências de perda longitudinal do VEF1 em asmáticos que apresentam exacerbações.
 - a identificação de pacientes com obstrução fixa ao fluxo aéreo não interfere na evolução da doença.
 - a implantação de programas nacionais de manejo da asma no Brasil não resultou em indicadores de saúde positivos relacionados à asma, como redução nos atendimentos por exacerbações e/ou hospitalizações.
 - a utilização da associação de corticoide inalado e beta-2 agonista de longa duração deve ser indicada como principal escolha em qualquer etapa do tratamento.



30. O principal objetivo no tratamento da asma é alcançar o controle clínico e prevenir risco futuro. A intervenção farmacológica planejada é dividida em cinco etapas e compreende uma estratégia para cada etapa, EXCETO, na etapa
- (A) 1, além de promoção de educação do paciente e de controle ambiental, utiliza-se medicação de alívio dos sintomas ocasionais, geralmente um broncodilatador beta-2 agonista de rápido início de ação.
- (B) 2, os corticoides inalados em doses baixas são a primeira escolha. Como alternativa estão os antileucotrienos, para pacientes que não conseguem utilizar a via inalatória ou com efeitos adversos intoleráveis ao corticoide inalado.
- (C) 3 de tratamento, a associação de um corticoide inalado em doses baixas com um broncodilatador beta-2 agonista de ação prolongada é a primeira escolha. Como alternativa, ao invés de broncodilatador beta-2 agonista de ação prolongada, pode-se adicionar anti-IgE para melhora do controle.
- (D) 4, a escolha preferida consiste na associação de corticoide inalado em doses médias ou altas com um broncodilatador beta-2 agonista de ação prolongada. Como alternativa, pode-se adicionar um antileucotrieno ou teofilina.
- (E) 5, adiciona-se corticoide oral aos medicamentos da etapa 4 após afastada má adesão ao tratamento e em pacientes com limitação de atividades de vida diária e exacerbações frequentes, sempre considerando seus potenciais efeitos adversos. A dose do corticoide oral deve ser a menor possível para manter o controle da asma. A adição de anti-IgE é uma alternativa para pacientes atópicos.
31. Em pacientes com Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) que apresentam bronquite crônica e enfisema pulmonar, a prescrição e manejo de oxigenoterapia domiciliar prolongada (ODP) devem seguir determinados princípios, EXCETO,
- (A) gasometria arterial com $\text{PaO}_2 \leq 55$ mmHg ou saturação $\leq 88\%$ em repouso e em ar ambiente.
- (B) gasometria arterial com PaO_2 entre 56 e 59 mmHg em ar ambiente, com evidências clínicas de *cor pulmonale* e ou policitemia (hematócrito $\geq 56\%$).
- (C) quando indicada em vigência de exacerbação grave, realizar nova gasometria arterial entre 45 e 90 dias após a alta hospitalar, em período de estabilidade clínica, para avaliar se a hipoxemia ainda está presente.
- (D) a prescrição do fluxo ideal de O_2 deve ser de acordo com a titulação individual, adequando o fluxo até obtenção de saturação de pulso de oxihemoglobina (SpO_2) maior ou igual a 90%.
- (E) o paciente deve ser orientado a utilizar o oxigênio o menor tempo possível durante o dia, para alívio da dispneia, uma vez que os estudos demonstraram que pacientes com hipoxemia crônica e doença estável não apresentam melhora da sobrevida com a ODP.
32. Um cardiologista solicita seu parecer quanto ao uso de betabloqueador para um paciente de 55 anos com insuficiência coronariana recém-diagnosticada. Este paciente é um ex-fumante com DPOC (bronquite crônica/enfisema). No momento ele se encontra em condições clínicas estáveis. Apresenta uma obstrução fixa, com VEF1 de 62% do predito, sem resposta ao broncodilatador. Considerando as evidências existentes é correto afirmar que o cardiologista
- (A) não deve administrar o betabloqueador devido ao risco de broncoconstrição.
- (B) deve iniciar o tratamento com betabloqueador seletivo.
- (C) deve orientar que broncoconstrição induzida por betabloqueadores é um fenômeno associado à asma e não à DPOC, logo libera o uso de qualquer betabloqueador.
- (D) deve propor um teste de broncoprovocação com histamina ou metacolina antes de iniciar a medicação, para afastar o diagnóstico de asma.
- (E) deve sugerir um teste com prednisona por 14 dias para determinar se o paciente tem uma obstrução reversível antes de introduzir o betabloqueador.
33. Paciente de 65 anos é atendida no pronto-socorro devido a dor súbita em base de hemitórax direito há 24 horas, associada a tosse seca, dispneia discreta e febrícula. Informa ter viajado de ônibus por 24 horas há 8 dias. O exame físico é normal, exceto por alguns estertores crepitantes audíveis em base direita. Na radiografia de tórax é detectada densificação heterogênea de limites imprecisos na base direita e discreto derrame pleural. Hemograma mostra leucocitose sem desvio à esquerda e saturação digital $\text{O}_2 < 95\%$ persistente. Assim sendo,
- (A) a hipótese de embolia pulmonar fica afastada porque não há indícios na história e exame físico de trombose venosa.
- (B) a hipótese de embolia pulmonar fica afastada porque o início dos sintomas relacionados ao tromboembolismo pulmonar associada a viagens longas ocorre nas primeiras 48 horas após a viagem.
- (C) há suspeita de embolia pulmonar. Solicita-se angiotomografia pulmonar e o diagnóstico não se confirma porque não existem sinais de falha de enchimento arterial no local da lesão.
- (D) há suspeita de embolia pulmonar mas, como não se dispõe de outros exames na emergência, opta-se por prescrever heparina subcutânea.
- (E) há suspeita de embolia pulmonar, mas afasta-se o diagnóstico porque os níveis do D-dímero estão em 900 mcg/litro.



34. Em radiografia de rotina de paciente fumante de 45 anos é encontrado um nódulo de contornos nítidos de 2 cm de diâmetro. Neste caso,
- (A) achado de diminutos nódulos em torno do nódulo à tomografia computadorizada de tórax é um forte indício de malignidade.
- (B) achado de calcificação excêntrica à tomografia de tórax é um bom indício de benignidade.
- (C) aumento da densidade do nódulo de 25 U Hounsfield após a injeção de contraste (protocolo de Swensen) é um bom indício de benignidade.
- (D) calcificação excêntrica e aumento da densidade de 25 U Hounsfield após a injeção de contraste praticamente excluem a possibilidade deste nódulo ser maligno.
- (E) uma tomografia por emissão de pósitrons (PET) negativa é um bom indício de benignidade.
-
35. Paciente de 74 anos, em bom estado geral, sem particularidades ao exame físico, desenvolve dor torácica à direita. Radiografia de tórax revela lesão cavitada em lobo inferior direito, com paredes espessas. Biópsia da lesão revela carcinoma epidermoide. Tomografia computadorizada de tórax demonstra que a lesão invade a parede torácica, comprometendo 2 arcos costais. Os hilos, o mediastino e as adrenais se encontram normais na tomografia. Mapeamento ósseo revela hipercaptação apenas ao nível das costelas invadidas. Espirometria revela VEF1 de 2,1 litros (76% do predito). Ecocardiograma é normal. A conduta mais adequada para este paciente é
- (A) quimioterapia isolada.
- (B) quimioterapia + radioterapia da lesão pulmonar.
- (C) lobectomia inferior direita e radioterapia da parede torácica comprometida.
- (D) lobectomia inferior direita e toracectomia com margem de segurança.
- (E) radioterapia da lesão pulmonar e profilática do mediastino.
-
36. Paciente de 25 anos com queixa de febre vespertina, dor torácica pleurítica e dispneia progressiva de início há 30 dias. Radiografia de tórax com derrame pleural moderado à direita. Análise laboratorial demonstra ser um exsudato com 95% de linfócitos, 2% de células mesoteliais, ADA de 78 U/litro. O diagnóstico etiológico mais provável é
- (A) câncer de pulmão.
- (B) derrame pleural parapneumônico.
- (C) tuberculose pleural.
- (D) linfoma primário de cavidade pleural.
- (E) Lúpus Eritematoso Sistêmico.
-
37. O teste mais sensível para a detecção de doença intersticial pulmonar é a
- (A) radiografia de tórax.
- (B) medida do VEF1.
- (C) gasometria arterial.
- (D) medida da CVF.
- (E) medida da difusão do monóxido de carbono.
-
38. A biópsia transbrônquica é frequentemente útil na definição diagnóstica das condições a seguir, EXCETO:
- (A) silicose.
- (B) fibrose pulmonar idiopática.
- (C) sarcoidose.
- (D) linfangite carcinomatosa.
- (E) hemorragia alveolar.
-
39. Na impossibilidade de se realizar a polissonografia, o diagnóstico de apneia do sono obstrutiva pode ser suscitado a partir do exame de
- (A) eletroencefalograma noturno.
- (B) eletrocardiograma noturno.
- (C) eletromiografia noturno.
- (D) oximetria de pulso noturna.
- (E) *holter* cardíaco de 24 h.
-
40. O protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para asma publicado pelo Ministério da Saúde em 2010 (Portaria SAS/MS nº 709, de 17 de dezembro de 2010) estabelece que, em paciente portadora de asma persistente moderada, controlada com uso de dose média de corticosteroide inalado associado a broncodilatador adrenérgico de longa duração, que tiver confirmado o diagnóstico de gravidez, a conduta mais indicada é
- (A) diminuir a dose da associação medicamentosa progressivamente até retirá-la, porque habitualmente as gestantes melhoram a gravidade da asma durante a gestação.
- (B) manter o tratamento em uso, avaliando as pacientes mais frequentemente, pois até um terço das gestantes pioram a gravidade da asma.
- (C) retirar o broncodilatador adrenérgico de longa duração mantendo o corticosteroide inalado pelos eventos adversos que o primeiro causa ao feto.
- (D) retirar o corticosteroide inalado mantendo o broncodilatador adrenérgico de longa duração pelos eventos adversos que o primeiro causa ao feto.
- (E) retirar todos os medicamentos em uso, incluindo a associação, pelos possíveis efeitos teratogênicos e orientar a mãe para usar somente broncodilatadores de curta duração em nebulização, se necessário.



NÃO ESCREVA NESTA PÁGINA



NÃO ESCREVA NESTA PÁGINA



NÃO ESCREVA NESTA PÁGINA



QUESTÃO 3

Este é um trecho do protocolo clínico e diretrizes terapêuticas da Doença de Alzheimer.

A Doença de Alzheimer (DA) é um transtorno neurodegenerativo progressivo e fatal que se manifesta por deterioração cognitiva e da memória, comprometimento progressivo das atividades de vida diária e uma variedade de sintomas neuropsiquiátricos e de alterações comportamentais. Embora não haja cura para DA, a descoberta de que é caracterizada por déficit colinérgico resultou no desenvolvimento de tratamentos medicamentosos que aliviam os sintomas.

O diagnóstico da DA é de exclusão e segue os critérios do National Institute of Neurologic and Communicative Disorders and Stroke and the Alzheimer Disease and Related Disorders Association (NINCDSADRDA).

Os Inibidores da acetilcolinesterase representam a principal linha de tratamento da DA. As revisões chegam a conclusões similares em certas doses testadas. Comparados com placebo, os inibidores da colinesterase revelaram efeitos consistentes. Revisões da Cochrane Collaboration de cada um dos inibidores da colinesterase já foram completadas e publicadas. Há vinte e três estudos com donepezila (5.272 pacientes randomizados), nove com rivastigmina (3.449 pacientes randomizados) e nove com galantamina (5.194 pacientes randomizados). O objetivo da maioria destes estudos é avaliar a eficácia e a tolerabilidade do inibidor da colinesterase entre os grupos tratados e placebo ao longo de 3 ou 6 meses. Apenas 46% dos ensaios clínicos randomizados discutiram a significância clínica dos seus resultados, sendo que a maioria das medidas de significância clínica era baseada em opinião.

As revisões chegam a conclusões similares: em certas doses testadas, nas mais altas do que nas mais baixas, os inibidores da colinesterase mostram maior eficácia sobre a função cognitiva, atividades de vida diária, comportamento e estado clínico global, comparada a do placebo, bem como mais efeitos adversos, como náusea, anorexia, vômitos, cefaleia e dor abdominal, associados com o inibidor da colinesterase do que com o placebo.

Com base no texto, retirado dos protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas do Ministério da Saúde, pergunta-se:

a. Qual é o objetivo da elaboração de diretrizes médicas?

Redação Definitiva



b. Quais foram os métodos de coleta de evidências para estabelecer a opção terapêutica?

Redação Definitiva

c. Se você fosse planejar um estudo para obter um alto grau de recomendação e força de evidência para os medicamentos propostos, como organizaria?

Redação Definitiva



NÃO ESCREVA NESTA PÁGINA