



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL RURAL DO SEMI-ÁRIDO
Comissão Permanente de Processo Seletivo - CPPS

ESPELHO DE PROVA DA ESCRITA

EDITAL: 062/2014

DISCIPLINA: Saúde do Adulto. Clínica Médica. Semiologia. Habilidades Clínicas

Questão 01)

Guideline CPR ECC 2010 do American Heart Association Destaques das Diretrizes da Heart Association 2010 para RCP e ACE

Páginas 13 a15

QUADRO 3

Principais objetivos iniciais e subsequentes dos cuidados pós-PCR

1. Otimizar a função cardiopulmonar e a perfusão de órgãos vitais após o RCE
2. Transportar/transferir para um hospital apropriado ou UTI com completo sistema de tratamento pós-PCR
3. Identificar e tratar SCAs e outras causas reversíveis
4. Controlar a temperatura para otimizar a recuperação neurológica
5. Prever, tratar e prevenir a disfunção múltipla de órgãos. Isto inclui evitar ventilação excessiva e hiperóxia

A principal meta de uma estratégia conjugada de tratamento do paciente após a PCR é um plano de tratamento abrangente a ser executado com consistência em um ambiente multidisciplinar treinado até o retorno do estado funcional normal ou próximo do normal. Pacientes com suspeita de SCA devem ser triados para uma instituição com recursos de angiografia coronária e reperfusão intervêntiva (intervenção coronária percutânea primária) e uma equipe multidisciplinar experiente na monitorização de pacientes quanto à disfunção múltipla de órgãos, iniciando-se, em tempo hábil, o tratamento pós-PCR apropriado, incluindo hipotermia.

Com foco renovado em melhorar o resultado funcional, a avaliação neurológica é um componente fundamental na avaliação de rotina dos sobreviventes. O reconhecimento precoce de distúrbios neurológicos possivelmente tratáveis, como as convulsões, é importante. O diagnóstico das convulsões pode ser desafiador, especialmente no cenário de hipotermia e bloqueios neuromusculares. Por isso, a monitorização eletroencefalográfica se tornou uma importante ferramenta de diagnóstico nessa população de pacientes.

A avaliação prognóstica no cenário de hipotermia está mudando, razão pela qual especialistas qualificados em avaliação neurológica nessa população de pacientes e a integração de ferramentas de prognóstico adequadas são essenciais para pacientes, prestadores de socorro e famílias.

Membros da Banca Examinadora

Prof^a. Dr^a. Maria José Pereira Vilar (Presidente)

Prof^a. M.Sc. Patrícia Cavalcanti Ribeiro

Prof. Dr. Henio Godeiro Lacerda

Questão 02A - Referência:

Cadernos de Atenção Básica número 36 – 2013 - Diabetes Mellitus

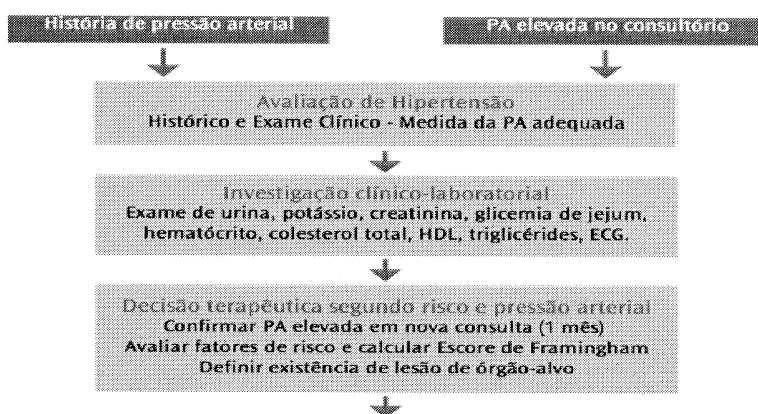
2.7 - Consulta médica na avaliação inicial e acompanhamento da pessoa com DM

A consulta de avaliação inicial de pessoas com diagnóstico de DM será realizada pelo médico da Atenção Básica. Nesta consulta, o profissional precisará identificar os fatores de risco, avaliar as condições de saúde, estratificar, se necessário, o risco cardiovascular da pessoa, e orientar quanto à prevenção e ao manejo de complicações crônicas (abordado no Capítulo 4 deste Caderno).

A consulta médica deverá incluir quatro aspectos fundamentais: história da pessoa, exame físico, avaliação laboratorial e estratificação do risco cardiovascular. Vamos ver estes aspectos a seguir.

Questão 2B - Referência:

Cadernos de Atenção Básica numero 37 – 2013 - Hipertensão Arterial Sistêmica.



	Risco BAIXO	Risco MODERADO	Risco ALTO
	Ausência de fatores de risco ou risco pelo escore de Framingham baixo (<10%/10 anos) e ausência de lesão em órgãos-alvo	Presença de fatores de risco com risco pelo escore de Framingham moderado (10-20%/10 anos), mas com ausência de lesão em órgãos-alvo	Presença de lesão em órgãos-alvo ou fatores de risco, com escore de Framingham alto (>20%/ano)
PA normal (<120/80)	Reavaliar em 2 anos. Medidas de prevenção (ver Manual de Prevenção).		
Pré-hipertensão (120-139/80-89)	Mudança de estilo de vida	Mudança de estilo de vida	Mudança de estilo de vida
Estágio 1 (140-159/90-99)	Mudança de estilo de vida (reavaliar em até 12 meses)	Mudança de estilo de vida ** (reavaliar em até 6 meses)	Tratamento Medicamentoso
Estágios 2 (>160 />100)	Tratamento Medicamentoso	Tratamento Medicamentoso	Tratamento Medicamentoso

Membros da Banca Examinadora

Profª. Drª. Maria José Pereira Vilar (Presidente)

Profª. M.Sc. Patrícia Cavalcanti Ribeiro

Prof. Dr. Henio Godeiro Lacerda

Questão 03

HARRISON. Capítulo 260. Chronic Obstructive Pulmonary Disease. John J. Reilly Jr.; Edwin K. Silverman; Steven D. Shapiro

Na anamnese:

Investigar a tosse (persistência), ao deitar, presença de escarro, características do escarro (amarelado ou branco), se predomina pela manhã

Diferenciar de etiologia cardíaca (edema de MMII, queixas de ortopnéia, presença de edema de membros inferiores, palpitações).

Medidas terapêuticas: Broncodilatadores, antimicrobianos (ceftriaxona, amoxicilina com clavulonato, levofloxacina, moxifloxacina), glicocorticoide, oxigênio (adequar o fluxo de oxigênio – diminuindo o fluxo neste caso, no sentido de melhorar a sonolência).

Membros da Banca Examinadora

Prof^a. Dr^a. Maria José Pereira Vilar (Presidente)

Prof^a. M.Sc. Patrícia Cavalcanti Ribeiro

Prof. Dr. Henio Godeiro Lacerda

Three handwritten signatures in black ink, arranged horizontally. The first signature on the left is highly stylized and cursive. The middle signature is more angular and less cursive. The signature on the right is also cursive and somewhat complex.

Questão 04

4.3 A partir do dia 28/02/2014 será possível visualizar no Sinan Online apenas as opções da nova classificação (5- Descartado, 10- Dengue, 11- Dengue com sinais de alarme e 12- Dengue grave). Baseada na OMS – 2014

6.2 Alteração das categorias da variável “classificação final” que passará a ter as seguintes denominações:

- 5- Descartado;
- 10- Dengue;
- 11- Dengue com sinais de alarme e
- 12- Dengue grave.

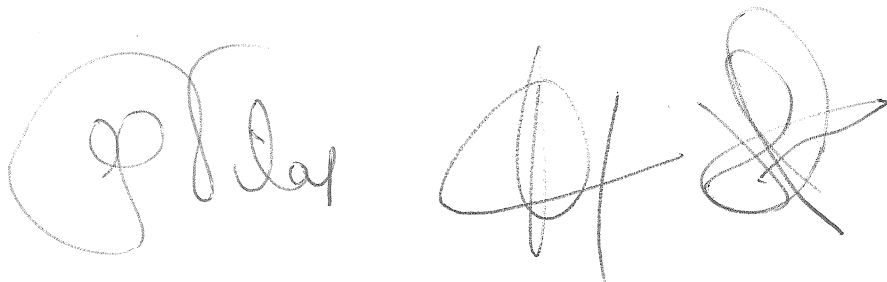
O candidato deverá descrever sobre os principais pontos de cada uma das formas clínicas da dengue.

Membros da Banca Examinadora

Prof^a. Dr^a. Maria José Pereira Vilar (Presidente)

Prof^a. M.Sc. Patrícia Cavalcanti Ribeiro

Prof. Dr. Henio Godeiro Lacerda



Questão 05

Cecil - TRATADO DE MEDICINA INTERNA - Capitulo 116 - Insuficiência Renal Aguda

Tabela 116-1 • CAUSAS DE INSUFICIÊNCIA RENAL AGUDA

DISTÚRBIOS PRINCIPAIS	EXEMPLOS CLÍNICOS
Pré-renal	
Hipovolemia	Hemorragia, perdas cutâneas (queimaduras, sudorese), perdas gastrointestinais (diarreia, vômitos), perdas renais (diuréticos, glicosúria), acúmulo extravascular (peritonite, queimaduras)
Volume arterial ineficaz	Insuficiência cardíaca congestiva, arritmias cardíacas, sepse, anafilaxia, insuficiência hepática
Oclusão arterial	Tromboembolismo arterial bilateral, tromboembolismo de rim solitário, aneurisma da aorta ou da artéria renal
Pós-renal	
Obstrução ureteral	Bilateral ou em rim solitário (cálculos, neoplasia, coágulos, fibrose retroperitoneal, iatrogênica)
Obstrução uretral	Prostatite, coágulo, cálculo, neoplasia, objeto estranho
Oclusão venosa	Bilateral ou em rim solitário (trombose da veia renal, neoplasia, iatrogênica)
Intra-renal/intrínsecas	
Vascular	Vasculite, microangiopatia, hipertensão maligna, vasopressores, eclâmpsia, estados de hiperviscosidade, hipercalcemia, contrastes iodados radiológicos
Glomerular	Glomerulonefrite aguda
Lesão tubular	
Isquemia	Hipotensão profunda, após transplante renal, vasopressores, constrição microvascular, sepse
Proteínas exógenas	Hemoglobinúria, mioglobulinúria, mieloma de cadeia leve
Crises metabólicas	Ácido úrico, oxalato, sulfonamidas, fenacetopiridina
Lesão intersticial	Nefrite intersticial causada por drogas, infecção, irradiação

Membros da Banca Examinadora

Prof^ª. Dr^ª. Maria José Pereira Vilar (Presidente)

Prof^ª. M.Sc. Patrícia Cavalcanti Ribeiro

Prof. Dr. Henio Godeiro Lacerda

Questão 6 – Referências

aplicacao.periodicos.saude.gov.br/index.php?view=principal

Current Medical Diagnosis & Treatment 2015 Maxine A. Papadakis, MD, Stephen J. McPhee, MD, Michael W. Rabow, MD Capítulo: DISEASES OF THE STOMACH & DUODENUM

Na anamneses: Caracterizar a dor abdominal:

Intensidade, ritmo, cólica, tipo de dor (queimação, “em aperto”) e periodicidade, irradiação, localização, descompressão brusca,

Diagnóstico Diferencial

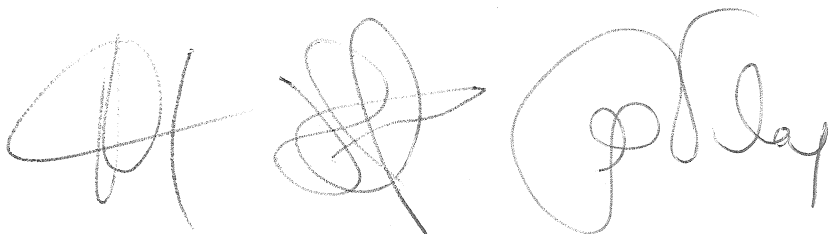
Úlcera péptica deve ser diferenciado de outras causas de dor epigástrica (dispepsia). Mais de 50% dos pacientes com dispepsia não têm explicação biológica óbvia para os seus sintomas e são classificadas como tendo dispepsia funcional. Refluxo gastroesofágico atípica pode ser manifestada por sintomas epigástrica. Doença do trato biliar é caracterizada por episódios discretos, intermitentes de dor que não devem ser confundidas com outras causas de dispepsia. Dor epigástrica severa é atípico para úlcera péptica, a menos complicada por uma perfuração ou penetração. Outras causas incluem a pancreatite aguda, colecistite aguda ou coledocolitíase, ruptura esofágica, gástrica vólvulo e aneurisma da aorta rompida.

Membros da Banca Examinadora

Prof^a. Dr^a. Maria José Pereira Vilar (Presidente)

Prof^a. M.Sc. Patrícia Cavalcanti Ribeiro

Prof. Dr. Henio Godeiro Lacerda



Questão 7 - Referência:

<http://dx.doi.org/10.5935/abc.2013S010>

V Diretriz Brasileira de Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose

Arq. Bras. Cardiol. vol.101 no.4 supl.1 São Paulo Oct. 2013

Tabela II. Valores referenciais do perfil lipídico para adultos maiores de 20 anos

Lípides	Valores (mg/dl)	Categoria
CT	< 200	Desejável
	200-239	Limítrofe
	≥ 240	Alto
LDL-C	< 100	Ótimo
	100-129	Desejável
	130-159	Limítrofe
	160-189	Alto
	≥ 190	Muito alto
HDL-C	> 60	Desejável
	< 40	Baixo
TG	<150	Desejável
	150-200	Limítrofe
	200-499	Alto
	≥ 500	Muito alto
Colesterol não-HDL	< 130	Ótimo
	130-159	Desejável
	160-189	Alto
	≥ 190	Muito alto

Membros da Banca Examinadora

Prof^a. Dr^a. Maria José Pereira Vilar (Presidente)

Prof^a. M.Sc. Patrícia Cavalcanti Ribeiro

Prof. Dr. Henio Godeiro Lacerda