

**PREFEITURA MUNICIPAL DE MULUNGU - CE**

**DECISÃO DOS RECURSOS CONTRA GABARITO  
PRELIMINAR**

**I**

**DOS RECURSOS**

Trata-se de recursos interpostos pelos candidatos infra relacionados, concorrentes ao cargo, **MÉDICO PSF** que insurgem contra a publicação do GABARITO PRELIMINAR da Prova Escrita Objetiva de Múltipla Escolha, conforme disposto no **CONCURSO PÚBLICO DA PREFEITURA MUNICIPAL DE MULUNGU- CE, CONFORME EDITAL 001/2017.**

**RECURSOS INTERPOSTOS À BANCA EXAMINADORA**

QUESTÕES
07
08
27
29
31
32
38
40
44

**II**

**DA DISPOSIÇÃO E DOS FUNDAMENTOS**

**ANÁLISE DOS RECURSOS**

Os questionamentos suscitados pelos recorrentes são a seguir analisadas:

**Questão 07**

**Não procedem as alegações do recorrente.**

**INDEFERIDO**

## **Questão 08**

**Não procedem as alegações do recorrente.**

**INDEFERIDO**

## **Questão 27**

**Não procedem as alegações do recorrente.**

Segundo como abordar do caderno de atenção domiciliar, os cuidados paliativos e a atenção domiciliar do Ministério da Saúde diz: explicar minuciosamente a posologia, a indicação e os possíveis efeitos colaterais dos medicamentos. É altamente recomendável que esta explicação seja feita tanto verbalmente como na forma escrita, certificando-se de que o paciente ou o cuidador realmente entendeu as informações. O acompanhamento da resposta analgésica deve ser feito de forma contínua e frequente no controle da dor grave, na introdução de drogas potentes e durante a rotação de opioides e outros reajustes posológicos, via telefone ou consultas ambulatoriais e domiciliares.

**INDEFERIDO**

## **Questão 29**

**Não procedem as alegações do recorrente.**

“O percentual de infecções assintomáticas está relacionado a fatores ambientais, individuais, do vetor e do próprio vírus. A ocorrência de enfermidade febril inespecífica de curta duração, acompanhada de faringite, rinite e tosse branda, é mais frequentemente observada em lactentes e pré-escolares. Por vezes, esse quadro febril pode ser acompanhado de erupção maculopapular, o que dificulta seu diagnóstico exclusivamente em bases clínicas. O quadro clínico na criança, na maioria das vezes, se

apresenta como uma síndrome febril com sinais e sintomas inespecíficos, como apatia ou sonolência, recusa de alimentação, vômitos, diarreia ou fezes amolecidas. Nos menores de dois anos de idade, os sintomas cefaleia, mialgias e artralguas podem se manifestar por choro persistente e irritabilidade, geralmente sem manifestações respiratórias, podendo confundir-se com outros quadros infecciosos febris próprios dessa faixa etária.

#### Infecção e doença

A infecção pelos vírus dengue pode ser assintomática ou sintomática. O período de incubação costuma ser de quatro a sete dias, embora possa variar de dois até quinze dias. O espectro clínico das infecções sintomáticas pode variar desde uma enfermidade febril indiferenciada até a síndrome de choque do dengue.

#### Infecções assintomáticas/oligossintomáticas

O percentual de infecções assintomáticas está relacionado a fatores ambientais, individuais, do vetor e do próprio vírus. O percentual de infecções assintomáticas / oligossintomáticas pode variar de 29% a cerca de 56% . A ocorrência de uma enfermidade febril inespecífica de curta duração, acompanhada de faringite, rinite e tosse branda, é mais frequentemente observada em lactentes e pré-escolares. Por vezes, esse quadro febril pode ser acompanhado de uma erupção maculopapular, o que dificulta o seu diagnóstico exclusivamente em bases clínicas.

#### CRITÉRIOS DE DENGUE ± SINAIS DE AVISO:

Sem aviso e sem sinais:

Com aviso e com sinais:

Dengue sem aviso e sem sinais: Assintomático, ou seja, que não apresenta sintomas.

Algo muito grave, pois o enfermo não sabe que teve dengue, não sabe informar ao médico, havendo a possibilidade de outra febre do dengue com outro necessariamente com outro sorotipo, que de acordo com a teoria sequencial ou a multifatorial pode levar ao dengue grave. A pessoa está infectada pelo vírus, mas não apresenta nenhum sintoma. A grande maioria das infecções da dengue não apresenta sintomas. Acredita-se que de cada dez pessoas infectadas apenas uma ou duas ficam doentes.

#### É um caso de dengue?

Sem aviso e com discretos sintomas: oligossintomático. Apresenta discretos sintomas como uma simples gripe ou A ocorrência de uma enfermidade febril inespecífica de curta duração, acompanhada de faringite, rinite e tosse branda, é mais frequentemente observada em lactentes e pré-escolares. Por vezes, esse quadro febril pode ser acompanhado de uma erupção maculopapular, o que dificulta o seu diagnóstico exclusivamente em bases clínicas. O percentual de infecções assintomáticas(sem sintomas) está relacionado a fatores ambientais, individuais, do vetor e do próprio vírus. O percentual deste tipo de infecção associado aos casos oligossintomáticas (de poucos sintomas) pode variar de 29% a aproximadamente 56%.

Os resultados indicaram que até 26% dos casos de febre indiferenciada foram causadas por infecção pelo vírus da dengue em Karachi, Paquistão. Sinais e sintomas inespecíficos no quadro clínico do dengue na criança: Apatia, adinamia, sonolência, recusa da alimentação, choro persistente, irritabilidade, geralmente sem manifestações respiratórias, pode ocorrer vômitos ou diarreia.

Dengue provável:

viver ou viajar para área endêmica de dengue.

Febre aguda com duração máxima de sete dias e 2 dos seguintes critérios:

- Náuseas, vômitos
  - Rash.
  - dores e dores.
- prova do laço positiva.
  - Leucopenia.

• Qualquer sinal de alerta:

Laboratório confirma dengue (importante quando há sinais de extravasamento de plasma).

Dengue sem sintomas de alarme:

Febre com duração máxima de sete dias. 100%.

Cefaleia 89%.

Dor muscular 87%.

Rash eritematoso 84%.

Anorexia.

Dor retro-orbital.

Dor articular.

Mialgia.

Prostração.

Exantema.

Rash petequial.

Odinofagia.

Diarreia.

Dor abdominal discreta.

**INDEFERIDO**

## Questão 31

**Não procedem as alegações do recorrente.**

Grande parte das mortes ocasionadas por infarto agudo do miocárdio (IAM) ocorre nas primeiras horas após o início de manifestação do evento. Sobre esse evento, é CORRETO:

- a) **A morfina pode ser utilizada para o alívio da dor, da ansiedade e tem ação vasoconstritora adjuvante; podendo ser feita dosagem de 8-10mg EV com bolus adicionais de 5mg se necessário; em caso de bradicardia e hipotensão o tratamento de escolha é feito com naxolone.**

A analgesia deve ser feita de preferência com sulfato de morfina endovenosa, exceto para pacientes alérgicos a esse fármaco, na dose inicial de **2 a 8 mg** (geralmente suficiente para aliviar a dor e a ansiedade). Com a monitorização da pressão arterial, essas doses podem ser repetidas a intervalos de 5 a 15 minutos. Em caso de não disponibilidade desse fármaco ou de hipersensibilidade ao medicamento, o sulfato de morfina pode ser substituído pelo sulfato de meperidina, em doses fracionadas de 20 a 50 mg. Alguns estudos iniciais sugerem que a atividade dos novos antiplaquetários prasugrel e ticagrelor tem sua atividade diminuída em pacientes que receberam morfina<sup>60</sup>. Os Anti-Inflamatórios Não Esteroides (AINES) não devem ser utilizados na vigência de IAM e, se o paciente que apresenta esse diagnóstico fizer uso crônico de AINES, este deve ser suspenso.

Morfina pode ser usada com eficiência para alívio da dor, da ansiedade e tem ação vasodilatadora adjuvante. Doses de 4-8 mg EV podem ser usadas, com bolus adicionais de 2mg se necessário. Efeitos colaterais de depressão do sistema nervoso podem ser antagonizados com naloxone. Bradicardia e hipotensão podem ser tratadas com atropina e expansão volêmica

- b) **Em relação aos marcadores de necrose, deve-se proceder coleta seriada de CKMB, mas ela não é necessária para a indicação de reperfusão imediata, já que inicia sua elevação após algumas horas do início dos sintomas; a dosagem de troponina não é obrigatória e não deve ser seriada.**

Segundo Revista da Associação Médica Brasileira:  
Marcadores de necrose:

Deve-se proceder coleta seriada de CKMB, mas ela não é necessária para a indicação de reperfusão imediata, já que inicia sua elevação após algumas horas do início dos sintomas. A curva detectada pela coleta seriada (a cada 6 horas, por exemplo) mostra ascenso e descenso do marcador. O pico costuma ocorrer nas primeiras 24 horas e correlaciona-se com a extensão do infarto<sup>16</sup>. A dosagem de troponina não é obrigatória e não deve ser seriada.

- c) O eletrocardiograma é o exame mais importante no diagnóstico do IAM mostrando inclusive a topografia do infarto: supra em V1, V2, V3 relaciona-se com a parede lateral alta, V1 a V6 com parede posterior e D1 e aVI com parede inferior.**

O eletrocardiograma é o exame mais importante no diagnóstico do IAM. Deve ser feito seriadamente nas primeiras 24 horas e diariamente após o primeiro dia. O supradesnível do segmento ST >1 mm em duas derivações contíguas determina o diagnóstico e correlaciona-se com a topografia do infarto<sup>13,4</sup>. Por exemplo: supra em V1,V2,V3 relaciona-se com parede septal, D1 e aVL com parede lateral alta, V1 a V6, anterior extensa, V2,V3 e aVF com inferior e finalmente V7 e V8 com parede posterior.

- d) A nitroglicerina EV não deve ser utilizada em casos de sintomas congestivos associados ou hipertensão, apenas para alívio imediato da dor, para afastar espasmo coronariano e em infartos inferiores com possibilidade de ventrículo direito associado.**

Nitratos:

São usados para alívio dos sintomas e não diminuíram a mortalidade do IAM em grandes estudos. Dinitrato de Isossorbida pode ser usado SL para alívio imediato da dor e para afastar espasmo coronariano. Nitroglicerina EV deve ser usada, especialmente em casos de sintomas congestivos associados ou hipertensão (10-20mcg/min com incrementos de 5-10 mcg a cada cinco minutos até alívio da dor, pressão sistólica menor do que 90mmHg ou diminuição de 30% na PAS inicial). O tratamento endovenoso pode ser usado até 2448h e convertido a drogas orais posteriormente, que devem ser administradas em horários assimétricos (ex: 8,14 e 20h) com pelo menos 10 horas de intervalo entre duas tomadas, no sentido de evitar tolerância. A medicação pode causar cefaléia e hipotensão postural, que podem ser revertidas com diminuição da dose e analgésicos. Não devem ser usados em pacientes que utilizaram sildenafil nas últimas 24 horas e devem ser usados cautelosamente em infartos inferiores com possibilidade de ventrículo direito associado, pelo risco de hipotensão.

## INDEFERIDO

## Questão 32

**Não procedem as alegações do recorrente.**

A glomerulonefrite é uma síndrome clínica caracterizada pela presença de edema, oligúria, hipertensão arterial, hematúria com cilindros hemáticos e graus variados de insuficiência renal. Sobre o quadro, marque o item CORRETO:

- a) **A glomerulonefrite difusa aguda (GNDA) pós faringite é causada por cepas nefritogênicas do *S. pyogens*, nunca ocorrendo após infecção cutânea por esse agente e é sintomática em todos os casos, ocorrendo por deposição de imunocomplexos em rins.**

Doença glomerular mediada por imunocomplexos, induzida por cepas nefritogênicas de *Streptococo* beta hemolítico grupo A

- b) **As manifestações clínicas da GNDA ocorrem entre 20 e 30 dias após a infecção, com presença de hipertensão sempre severa, insuficiência cardíaca congestiva e insuficiência renal aguda, o que a caracteriza como evento grave que pode levar a óbito rapidamente.**

Apesar de ser um evento que pode provocar insuficiência renal aguda ou não, caso não seja tratada, não leva a óbito rapidamente como afirma o item.

- c) **A biópsia é indicada em casos de ausência de evidências de infecção estreptocócica e desenvolvimento de insuficiência renal aguda progressiva ou síndrome nefrótica, além de hipercomplementenemia ultrapassando 8 semanas ou em casos em que o paciente está apresentando a doença pela primeira vez.**

### INDICAÇÕES DE BIÓPSIA RENAL

- Ausência de evidências de infecção estreptocócica.
- Desenvolvimento de insuficiência renal aguda progressiva ou síndrome nefrótica.
- Oligúria por mais de uma semana.
- Hipocomplementenemia que ultrapassa 8 semanas.
- Ausência de hipocomplementenemia.

- Doença sistêmica.
- Persistência de hematúria ou proteinúria acentuada.
- GNDA de repetição.

**d) Não existe tratamento específico para GNDA, nem evidências que terapia imunossupressiva, mesmo em pacientes com glomerulonefrite crescêntica, seja efetiva, devendo o manejo ser sintomático da hipertensão, retenção de fluidos e insuficiência renal, se for o caso.**

O tratamento da GNDA é geralmente sintomático e ambulatorial. A hospitalização do paciente nem sempre é obrigatória, tornando-se necessária em casos de complicações: congestão cardiocirculatória, insuficiência renal aguda ou encefalopatia hipertensiva. É indicada a avaliação diária do paciente, visando reconhecer a evolução do edema e o peso, com controle da pressão arterial e do débito urinário.

Não há tratamento específico:

- Suporte clínico (restrição de sódio e água, diuréticos de alça, controle da hipertensão arterial, terapia de substituição renal se necessário).
- Curso de antibioticoterapia está indicado, se o processo infeccioso estiver presente.
- Tratamento profilático deve ser usado em epidemias de comunidades fechadas, nos contactantes do caso índice, em áreas em que a GNPE for muito comum.

Por ser uma doença de caráter autoimune e evolução benigna e autolimitada na grande maioria dos casos, o tratamento da GNPE é apenas de suporte. Para o controle da congestão volêmica, a melhor conduta é a restrição hidrossalina. Caso ela não seja capaz de controlar a sintomatologia, pode ser adicionado um diurético, de preferência um diurético de alça. Se ainda assim a pressão arterial não for controlada, acrescentam-se outros anti-hipertensivos, como vasodilatadores e bloqueadores dos canais de cálcio. Nos raros casos que evoluem para falência renal e azotemia, está indicada hemodiálise com ultrafiltração.

A grande polêmica envolvendo a abordagem da GNPE é referente ao uso ou não de antibióticos. Está estabelecido na literatura que a antibioticoterapia não previne a ocorrência nem influencia na evolução de um quadro de GNPE, mas deve ser indicada a todos os pacientes com esta complicação com o intuito de eliminar as cepas estreptocócicas nefritogênicas da pele ou orofaringe, evitando a reincidência futura.

## **INDEFERIDO**

## Questão 38

**Não procedem as alegações do recorrente.**

As crises convulsivas são episódios paroxísticos recorrentes de disfunção do sistema nervoso central, manifestando-se em forma de atividade involuntária motora e da alteração da consciência. As características de cada convulsão determinam sua classificação e a etiologia varia de acordo com a idade do paciente. Sobre as medicações utilizadas, doses e vias de administração, aponte o item CORRETO:

- a) A dose retal do diazepam deve ser de 1,0 mg/kg, no máximo 40mg/dose, com a introdução de aproximadamente 8 a 10cm de uma sonda ou cateter retal; é altamente eficaz no controle das convulsões focais.
- b) O midazolam não é uma medicação tão segura e sua aplicação só deve ser feita via endovenosa.
- c) Para aplicação de fenitoína é recomendada monitorização cardíaca, pois a droga deve ser infundida rapidamente.
- d) O fenobarbital tem alta eficiência na maioria das crises, inclusive febris e neonatais, porém tem tempo de início de ação um pouco demorado.**

A dose do diazepam retal deve ser de 0,5 mg/kg (máximo de 20 mg/ dose), administrado por meio de uma sonda ou um cateter por via retal, que deve ser introduzido aproximadamente 4 a 6 cm. O diazepam, assim como os outros benzodiazepínicos, é altamente eficaz no controle das convulsões generalizadas motoras.

O midazolam é seguro, sendo o único eficaz, até o momento, para aplicação também intramuscular quando outra via de infusão não estiver disponível.

Para infusão de fenitoína, a monitorização cardíaca é recomendada e a droga deve ser infundida bem lentamente.

O fenobarbital tem alto grau de eficácia na maioria das crises, inclusive febris e neonatais. As principais desvantagens estão no demorado tempo de início de ação e na significativa depressão do estado de consciência e respiratória, principalmente após dose prévia de diazepínico. O lorazepam venoso e a fosfenitoína ainda não se encontram disponíveis em nossos serviços.

**INDEFERIDO**

## Questão 40

**Não procedem as alegações do recorrente.**

Recomendações sobre o uso da vacina BCG (Bacilo de Calmette-Guërin) **para os contatos intradomiciliares de hanseníase**

A vacina BCG-ID deverá ser aplicada nos contatos intradomiciliares **sem presença de sinais e sintomas de hanseníase no momento da avaliação, independentemente de serem contatos de casos PB ou MB**. A aplicação da vacina BCG depende da história vacinal e segue as recomendações do quadro abaixo:

Avaliação da cicatriz Vacinal	Conduta
Sem cicatriz	Prescrever uma dose
Com uma cicatriz de BCG	Prescrever uma dose
Com duas cicatrizes de BCG	Não prescrever nenhuma dose

Fonte: Caderno da Atenção Básica- nº 21/2008

Atenção: todo contato de hanseníase deve receber orientação de que a BCG não é uma vacina específica para este agravo e neste grupo, é destinada, prioritariamente, aos contatos intradomiciliares.

Notas:

A) Contatos intradomiciliares de hanseníase com menos de 1 ano de idade, já vacinados, não necessitam da aplicação de outra dose de BCG;

B) Contatos intradomiciliares de hanseníase com mais de 1 ano de idade, já vacinados com a primeira dose, devem seguir as instruções do quadro acima;

C) Na incerteza de cicatriz vacinal ao exame dos contatos intradomiciliares, recomenda-se aplicar uma dose, independentemente da idade.

D) As contraindicações para aplicação da vacina BCG são as mesmas referidas pelo Programa Nacional de Imunização (PNI) disponíveis no seguinte endereço eletrônico: [http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/manual\\_pos-vacinacao.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/manual_pos-vacinacao.pdf).

E) É importante considerar a situação de risco dos contatos possivelmente expostos ao HIV e outras situações de imunodepressão, incluindo corticoterapia. Para pessoas HIV positivas ou com AIDS devem ser seguidas as recomendações específicas para imunização com agentes biológicos vivos ou atenuados disponíveis no seguinte endereço eletrônico: [www.aids.gov.br/final/biblioteca/imunizacao/imuniza.htm](http://www.aids.gov.br/final/biblioteca/imunizacao/imuniza.htm).

F) Doentes em tratamento para tuberculose e/ou já tratados para esta doença não necessitam vacinação BCG profilática para hanseníase.

[http://portal.saude.pe.gov.br/sites/portal.saude.pe.gov.br/files/diretrizes\\_para\\_eliminao\\_ao\\_hanseniose\\_-\\_manual\\_-\\_3fev16\\_isbn\\_nucom\\_final\\_2.pdf](http://portal.saude.pe.gov.br/sites/portal.saude.pe.gov.br/files/diretrizes_para_eliminao_ao_hanseniose_-_manual_-_3fev16_isbn_nucom_final_2.pdf)

**INDEFERIDO**

## Questão 44

**Não procedem as alegações do recorrente.**

**INDEFERIDO**

### III DAS CONCLUSÕES

Diante do exposto, submetido o presente recurso a análise da Banca Examinadora, os mesmos foram julgados **DEFERIDOS e/ou INDEFERIDOS** de acordo com as decisões e fundamentações supra elencadas, com base no Capítulo VII do Edital 001/2017 que rege este concurso. Fica reiterado que *“A Banca Examinadora se constitui na última instância para recurso, sendo soberana em suas decisões, razão pela qual não caberão recursos adicionais”*.



*Publique-se,*

Fortaleza – CE 06 de março de 2018.

**CONSULPAM**