



Universidade de São Paulo
Brasil



CONCURSOS ÁREA DA SAÚDE USP
MÉDICO (ESPECIALIDADE: MEDICINA PALIATIVA)
EDITAL RH Nº 107/2023

Instruções

1. **Só abra este caderno quando o fiscal autorizar.**
2. Verifique se o seu nome está correto na capa deste caderno e se a folha de respostas pertence ao **grupo G5**. Informe ao fiscal de sala eventuais divergências.
3. Durante a prova, são **vedadas** a comunicação entre candidatos e a utilização de qualquer material de consulta e de aparelhos de telecomunicação.
4. Duração da prova: **5 (cinco) horas**. Cabe ao candidato controlar o tempo com base nas informações fornecidas pelo fiscal. O(A) candidato(a) poderá retirar-se da sala definitivamente após decorridas **2 (duas) horas** de prova. Não haverá tempo adicional para preenchimento das folhas de respostas.
5. Lembre-se de que a FUVEST se reserva ao direito de efetuar procedimentos adicionais de identificação e controle do processo, visando a garantir a plena integridade do exame. Assim, durante a realização da prova, será coletada por um fiscal uma **foto** do(a) candidato(a) para fins de reconhecimento facial, para uso exclusivo da USP e da FUVEST. A imagem não será divulgada nem utilizada para quaisquer outras finalidades, nos termos da lei.
6. Após a autorização do fiscal da sala, verifique se o caderno está completo. Ele deve conter **70 (setenta)** questões objetivas, com 5 (cinco) alternativas cada e **2 (duas)** questões dissertativas. Informe ao fiscal de sala eventuais divergências.
7. Preencha as folhas de respostas com cuidado, utilizando caneta esferográfica de **tinta azul ou preta**. As folhas de respostas **não serão substituídas** em caso de rasura.
8. Ao final da prova, é **obrigatória** a devolução das folhas de respostas acompanhadas deste caderno de questões.

Declaração

Declaro que li e estou ciente das informações que constam na capa desta prova, na folha de respostas, bem como dos avisos que foram transmitidos pelo fiscal de sala.

ASSINATURA

O(a) candidato(a) que não assinar a capa da prova será considerado(a) ausente da prova.



TEXTO PARA AS QUESTÕES 01 E 02

People have been laughing a lot after a woman shared how her sleep-talking reveals a lot about her job.

In a TikTok video, Sabrina Lod got over 616,000 views as she shared the recordings of her talking in her sleep.

While sleep-talking is relatively common, Lod's recordings bring a corporate twist as she appears to be saying common customer-service phrases.

"So let me know if you need anything and have a great day," said her voice in one part of the recording.

Sabrina Lod revealed that she works in customer service, explaining why she might be uttering the phrases more commonly heard in a workplace setting.

Theresa Schnorbach, a psychologist and sleep scientist said: "Two out of three people talk in their sleep. Sleep-talking is a fairly common abnormal sleep activity—what we call parasomnia."

There is little research into the causes, but some theories say that it may be caused by lack of sleep or disruption in the environment, such as temperature or light.

"Sleep-talking appears to be more common in those with underlying mental-health conditions and it is thought to occur more frequently in those suffering from post-traumatic stress disorder," said Schnorbach.

<https://www.newsweek.com/woman-records-herself-sleep-talking-no-one-can-believe-1826379>. Acesso em 13/10/23. Adaptado.

01

Segundo o texto, o vídeo compartilhado por Sabrina Lod nas redes sociais indica que ela

- (A) demonstra alívio em relação à rotina estressante.
- (B) parece estar trabalhando enquanto dorme.
- (C) sofre de manifestações neurológicas há anos.
- (D) fica incomodada por usar linguagem agressiva.
- (E) rebate as críticas de usuários do TikTok.

02

De acordo com o texto, a especialista Theresa Schnorbach afirma que o hábito da pessoa falar enquanto dorme

- (A) possui aspectos equivalentes ao sonambulismo.
- (B) aciona o despertar do cérebro antes do corpo.
- (C) tende a desencadear episódios de insônia.
- (D) tem relação com condições mentais subjacentes.
- (E) pode provocar sensações de medo e alucinações.

TEXTO PARA A QUESTÃO 03

RESUMO

Este trabalho tem por objetivo refletir sobre a educação em saúde, enfatizando a educação popular em saúde (EPS) como proposta metodológica e sua utilização na rede básica de saúde, em especial na Estratégia Saúde da Família. Para tanto, foi realizada revisão bibliográfica sobre educação em saúde, prática educativa nos serviços de saúde e educação popular em saúde. Observou-se que, ainda hoje, as práticas educativas nos serviços de saúde obedecem a metodologias tradicionais, não privilegiando a criação de vínculo entre trabalhadores e população.

ABSTRACT

This study evaluated health education, and particularly popular health education, as a methodological approach used in the Brazilian basic healthcare network and in the Family Health Strategy, a family health program of the Brazilian government. The literature on health education, educational practices in healthcare services, and popular health education was reviewed. We found that educational practices in healthcare services follow traditional methods and do not prioritize the establishment of links between healthcare workers and the population.

<https://doi.org/10.1590/S1413-81232011000100034>. Acesso em: 25/10/23. Adaptado.

03

Consideremos o resumo de uma pesquisa nas versões em português e inglês. A tradução para o inglês do trecho "Observou-se que, ainda hoje, as práticas educativas nos serviços de saúde obedecem a metodologias tradicionais..."

- (A) mantém a neutralidade da observação.
- (B) adota abordagem menos formal.
- (C) deixa de atribuir a ação a um sujeito.
- (D) preserva cada termo do texto original.
- (E) reflete escolhas linguísticas inusitadas.



TEXTO PARA AS QUESTÕES 04 E 05

Começo o ano adoentado. Não será bom começo, mas penso que é assunto adequado. Há muita gente na cama, em casa e nos hospitais, e que passa o tempo lendo jornal. Como eu: leio jornal, ouço rádio, soluciono as palavras cruzadas da Manchete. Na hora de tomar injeção, torno-me irascível e exijo que me sirvam pílulas. Aproveito o tempo restante para fazer um exame de consciência. Tempo, com efeito, é o que um acamado tem de sobra.

Longe da fumaça dos bares, das discussões boêmias, da caça às mulheres, sinto que até hoje não passo de uma criança. Em outras palavras, não tomo juízo. Meu estilo é o de Ipanema: responsável, apaixonadamente interessado nos assuntos populares e sem responsabilidade alguma nos negócios particulares. Irresponsável quer dizer: despreparado, ingênuo, canhestro. Vejo na televisão os ingleses andando de charrete por causa da falta de gasolina e outras dificuldades coletivas. Se tal futuro estivesse reservado a toda a humanidade, neste fim de século, eu me sentiria imensamente feliz. A sociedade de consumo raramente me pega. Nunca desejei possuir um automóvel, como nunca aprendi a andar de bicicleta. Sou brilhante, imbatível mesmo, apenas como datilógrafo.

A projeção do meu ser ideal se torna mais fácil se imaginarmos tenha eu recebido o grande prêmio da Loteria Esportiva. Seria eu, então, um homem livre e poderoso; poderia fazer o que bem quisesse. Pois bem, que faria eu? Como todo mundo, já fruí muitas vezes tal sonho, de modo que colocarei em ordem as diversas providências que tomaria:

1. Checkup. Ficaria no hospital, rodeado de sumidades médicas, estudando meu organismo em todos os aspectos. Finalidade: sair dali tinindo para a nova vida.
2. Uns 30 dias, não menos e talvez mais, de silêncio rigoroso. Não abriria a boca para falar com ninguém. Finalidade: expurgar de minha consciência o máximo de palavras inúteis. No fim desse período de incomunicabilidade, poderia vangloriar-me de ser um poeta.

Projetos vãoos, José Carlos Oliveira

<https://cronicabrasileira.org.br/cronicas/17814/projetos-vaos>. Acesso em 23/10/2023. Adaptado.

04

Na crônica de José Carlos Oliveira, o trecho que melhor representa o desejo do narrador de conquistar a liberdade é

- (A) “Na hora de tomar injeção, torno-me irascível e exijo que me sirvam pílulas.”
- (B) “Aproveito o tempo restante para fazer um exame de consciência.”
- (C) “Vejo na televisão os ingleses andando de charrete por causa da falta de gasolina e outras dificuldades coletivas.”
- (D) “A projeção do meu ser ideal se torna mais fácil se imaginarmos tenha eu recebido o grande prêmio da Loteria Esportiva.”
- (E) “Ficaria no hospital, rodeado de sumidades médicas, estudando meu organismo em todos os aspectos.”

05

No texto, ao afirmar “Sou brilhante, imbatível mesmo, apenas como datilógrafo”, o narrador

- (A) enaltece as pessoas que possuem senso pragmático na vida.
- (B) lamenta por não ter conseguido conquistar estabilidade financeira.
- (C) faz uma autoavaliação bem-humorada de suas próprias habilidades.
- (D) pretende buscar maneiras de se atualizar no mercado de trabalho.
- (E) mostra seu apreço por atividades de cunho psicológico.

06

Ana é a enfermeira-chefe de um setor que, organizacionalmente, é dividido em seções. Uma das seções é coordenada por Maria, uma enfermeira especializada e dedicada ao estudo de sua área de atuação. Em uma reunião com Marcos, dirigente do departamento e superior hierárquico de ambas, Ana não consegue explicar adequadamente o que se passa na seção coordenada por Maria. Marcos sugere, então, que Maria seja chamada para relatar a situação da seção. Ana se opõe, preferindo inteirarse das atividades da seção para relatar a Marcos, em outra oportunidade, o estágio do serviço ali prestado. Ana é uma pessoa branca e possui o título de especialista. Maria é uma pessoa negra de cor preta e terminou recentemente seu mestrado sobre gestão de setores, como os chefiados por Ana.

Com base nos conceitos trabalhados por Cida Bento em *O pacto da branquitude*, é possível afirmar que o receio de Ana se deve a uma “lacuna moral”, conceito que a autora empresta de Edith Piza, e que pode ser definido como

- (A) um marcador das relações de dominação enquanto uma consciência da usurpação, que está na base da vivência do privilégio, mas que não altera o posicionamento do usurpador.
- (B) uma forma de relacionamento que privilegia a afeição humana na medida em que exclui a vivência de privilégios, alterando as posições de comando numa estrutura produtiva.
- (C) um marcador de perversidade das organizações, que legitima o modo de exercício de uma cadeia de comando baseada no conceito de mérito, conhecido como “meritocracia”.
- (D) uma forma de convívio saudável nas organizações, que legitima as cadeias de comando estruturadas segundo padrões de *discriminem* baseados nos conceitos de tradição e formas de privilégio.
- (E) um marcador das relações de gestão em que a consciência da legitimidade está na base da vivência do privilégio, capaz de alterar o posicionamento do usurpador, que passa de comandante a comandado.



07

“As dietas mediterrâneas, de regiões que englobam o Sul da Espanha, a França, a Itália e Grécia, têm sido muito estudadas quanto aos seus impactos na saúde. Quando em associação com outros hábitos, são reconhecidas como aliadas no controle da obesidade e doenças relacionadas. Parte da culinária local, o *sofrito* é um refogado de tomate preparado com azeite de oliva extravirgem, cebola e alho.



Ao ser ofertado a ratos em experimento científico, o preparo foi capaz de alterar o metabolismo dos animais, restringindo o ganho de peso. Segundo a pesquisa, o efeito pode estar associado a um composto identificado como butanodiol, encontrado no fígado dos camundongos.

Publicado na revista *Antioxidants*, o estudo foi conduzido por pesquisadores do Centro de Pesquisas em Alimentos (Food Research Center — FoRC), sediado na Faculdade de Ciências Farmacêuticas (FCF) da USP; da Universidade Internacional da Catalunha, da Universidade de Barcelona e do Instituto de Saúde Carlos III, na Espanha; e da Fundação Edmund Mach, da Universidade de Parma, na Itália”.

Fonte: <https://jornal.usp.br/ciencias/refogado-mediterraneo-altera-metabolismo-e-restringe-ganho-de-peso-em-ratos/> (adaptado)

O refogado de tomate típico da dieta da população brasileira apresenta semelhança com o *sofrito*. Considerando o cotidiano da maioria das famílias brasileiras, em lugar do azeite extravirgem, usa-se de forma mais recorrente o óleo de

- (A) algodão.
- (B) amendoim.
- (C) canola.
- (D) girassol.
- (E) soja.

08



Fonte: Jornal da USP

A Universidade de São Paulo foi criada em 1934, como consequência direta

- (A) do término da Primeira Guerra Mundial.
- (B) da eclosão da Segunda Guerra Mundial.
- (C) das consequências do *crash* da Bolsa de Nova York.
- (D) do término da Revolução Constitucionalista.
- (E) do declínio da Primeira República, conhecida como a República do café com leite.

09



Fonte: G1

A região de Essequibo ou a Guiana Essequiba é uma área territorial disputada, há mais de 100 anos pela Venezuela e pela Guiana e, anteriormente, _____ (1). Trata-se de uma região de _____ (2), o que arrefeceu a disputa por décadas. No entanto, a _____ (3), em 2015, reacendeu o conflito entre as duas nações.

Assinale a alternativa que indica as expressões que preenchem, corretamente, as lacunas indicadas por (1), (2) e (3), respectivamente.

- (A) pelo Reino Unido – densa floresta – descoberta de petróleo.
- (B) pelo Reino dos Países Baixos – densa floresta – descoberta de petróleo.
- (C) pelo Reino Unido – produção salina – descoberta de carvão mineral.
- (D) pelo Reino Unido – produção salina – descoberta de petróleo.
- (E) pelo Reino dos Países Baixos – densa floresta – descoberta de carvão mineral.



10

“Algumas infecções sexualmente transmissíveis (ISTs) não necessariamente vão apresentar sintomas diretamente ligados ao homem. Nesse sentido, a falta de conhecimento que os homens têm da própria saúde sexual pode acarretar uma responsabilidade indireta sobre as mulheres na hora de identificar algum problema que ela venha a sofrer.

Segundo o professor associado da Divisão de Urologia do Departamento de Cirurgia e Anatomia, Carlos Augusto Fernandes Molina, da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (FMRP) da USP, o papilomavírus humano (HPV) deve receber mais atenção, pois se apresenta frequentemente na forma de verruga, a qual pode acontecer em outras regiões do corpo, tratado usualmente como problema estético. ‘No entanto, na mulher, o HPV genital está intimamente relacionado ao câncer de colo uterino, sendo a grande causa da ocorrência dessa doença em mulheres adultas jovens’, explica”.

Fonte: <https://jornal.usp.br/campus-ribeirao-preto/desconhecimento-dos-homens-sobre-sua-saude-sexual-pode-impactar-as-mulheres/> (adaptado)

A respeito da prevenção do papilomavírus, é correto afirmar que a vacinação

- (A) é inexistente, dificultando a prevenção.
- (B) é recomendável apenas para pessoas do sexo feminino, a partir da menarca.
- (C) é compulsória para os adultos de ambos os sexos a partir dos 21 anos e recomendável para todos a partir dos 12 anos.
- (D) é recomendável a partir dos 9 anos para pessoas do sexo feminino e dos 11 para pessoas do sexo masculino.
- (E) é recomendável apenas para pessoas do sexo masculino, a partir do início da vida sexual ativa.

11

Sobre analgésicos adjuvantes, assinale a alternativa INCORRETA.

- (A) São drogas que podem ser usadas em dores de diferentes intensidades de acordo com suas características: somática, visceral, neuropática ou mista.
- (B) São medicamentos cuja função primária não é tratar a dor, mas podem ter ação analgésica em circunstâncias específicas.
- (C) Os antidepressivos tricíclicos têm ação na dor neuropática de origem tumoral oncológica, porém falham em auxiliar o controle de dores crônicas de outras etiologias.
- (D) Os anticonvulsivantes são drogas usadas para controle multimodal da dor, em especial a neuropática, atuando no corno posterior da medula espinhal diminuindo os efeitos da sensibilização central.
- (E) Os corticosteróides são drogas adjuvantes no tratamento da dor e utilizadas em dores somáticas e viscerais com componente inflamatório, em especial as de origem neoplásica.

12

Paciente de 52 anos, sexo feminino, portadora de neoplasia de pulmão direito localmente avançado, com invasão de arcos costais adjacentes. Chegou ao Pronto Atendimento com dor em base de hemitórax direito, latejante, com queimação associada, constante, com piora à inspiração profunda e à mobilização do tórax. Dor de intensidade forte, Escala Numérico Analógica 9. Paciente em uso domiciliar de Dipirona 1 g VO 6/6h, tramadol 50 mg VO se dor forte nos intervalos. Qual o melhor tratamento medicamentoso analgésico para a primeira prescrição dessa paciente ainda no Pronto Atendimento?

- (A) Morfina 2 mg via EV de início imediato e então de 4/4h. Dexametasona 6 mg via EV de imediato e reavaliar a menor dose possível durante a evolução. Manter a dipirona em dose de 2 g via EV 6/6h. Associar gabapentina 300 mg VO 8/8h.
- (B) Tramadol 100 mg via EV agora e manter de 8/8h. Manter dipirona 1 g via EV 6/6h. Cetoprofeno 100 mg via EV 12/12h. Morfina 2 mg via EV se necessário, até 4/4h.
- (C) Morfina 10 mg via EV de imediato e então deixar 5 mg via EV 4/4h. Gabapentina 300 mg VO 8/8h. Manter a dipirona 1 g EV 6/6h.
- (D) Manter a dipirona 1g VO 6/6h, deixar o tramadol 50 mg VO 6/6h de horário e associar morfina 10 mg VO 8/8h.
- (E) Aumentar a dose da Dipirona para 2 g via EV 6/6h, associar codeína + paracetamol 30/500 mg VO 6/6h e deixar o tramadol 100 mg via EV se dor, até 6/6h.

13

Com relação ao conceito de dor e sua fisiopatologia, assinale a alternativa INCORRETA.

- (A) A dor é conceituada como uma experiência sensorial e emocional desagradável e descrita em termos de lesões teciduais reais, porém não necessita haver lesão tecidual para que haja o diagnóstico de dor.
- (B) A dor pode resultar da ativação de receptores periféricos por estímulos térmicos, químicos ou mecânicos potencialmente lesivos, chamados nociceptores.
- (C) A dor é sempre subjetiva e cada indivíduo aprende e utiliza este termo a partir de suas experiências.
- (D) Quando o estímulo é muito intenso e prolongado, no local da lesão tecidual há a liberação de substâncias responsáveis pela resposta inflamatória, que têm duração limitada a poucas horas.
- (E) A informação da lesão tecidual é transmitida ao sistema nervoso central através de fibras nervosas do tipo A (grossas, rápidas e mielinizadas) e C (lentas e amielinizadas), que se dirigem para a medula espinhal, por meio da raiz dorsal.



14

Homem, 42 anos, diagnosticado há 1 ano com neoplasia de rim, com metástases para ossos da coluna, bacia e arcos costais. Está em seguimento pela equipe de oncologia clínica, em uso de ácido zoledrônico trimestralmente para controle de dores ósseas, além de codeína + paracetamol 30/500 mg VO de 6/6h. Suas dores estavam controladas até a última semana, quando iniciou quadro de dor abdominal alta, que irradia para outras regiões do abdome, piora quando caminha. É uma dor “funda”, sem outras especificidades. Queixa-se de pouco apetite. Não evacua há 6 dias. Desde então está a maior parte do tempo deitado, com perda de funcionalidade importante. Chega em cadeira de rodas para a consulta. Qual a melhor conduta e abordagem frente a este paciente?

- (A) Solicitar uma tomografia de abdome total com contraste para avaliar a evolução de doença e possíveis causas da dor. Iniciar morfina 10 mg VO 4/4h e lactulose 20 mL 12/12h.
- (B) Realizar um RX de abdome para avaliar a distribuição de fezes do paciente. Iniciar morfina 10 mg 4/4h e lactulose 20 mL 12/12h.
- (C) Realizar um toque retal e se houver fezes endurecidas na ampola retal, prescrever um *clister* glicerinado gota a gota via retal. Após o paciente evacuar, orientar manter as medicações de uso contínuo e associar lactulose 20 mL VO 12/12h.
- (D) Realizar um toque retal e se houver fezes endurecidas na ampola retal, prescrever um *clister* glicerinado gota a gota via retal. Após o paciente evacuar, orientar voltar com as medicações prévias e repetir o *clister* em caso de nova constipação intestinal.
- (E) Realizar um toque retal e um RX de abdome para avaliar a distribuição de fezes do paciente. Com presença de fezes na ampola. Iniciar morfina 10 mg 4/4h e lactulose 20 mL 12/12h. Orientar voltar em 3 dias se as dores não melhorarem ou não conseguirem evacuar.

15

Sobre o delirium nos últimos dias ou horas de vida, é correto afirmar:

- (A) A investigação de fatores etiológicos reversíveis como infecções e distúrbios hidro-eletrolíticos está indicada.
- (B) Para seu tratamento farmacológico a primeira linha é o uso de benzodiazepínicos por via endovenosa.
- (C) A manutenção de drogas sem ação específica no sistema nervoso central não é fator predisponente para o delirium razão pela qual não devem ser descontinuadas no seu tratamento.
- (D) O lorazepam é um benzodiazepínico de ação rápida que tem melhor efeito no delirium quando usado como monodroga do que quando associado ao haloperidol.
- (E) O haloperidol, antipsicótico típico, pode ser usado por via oral, intra-muscular, subcutâneo, endovenoso ou por sonda enteral ou gástrica.

16

Sobre a resposta inflamatória no processo doloroso é correto afirmar:

- (A) A liberação de prostaglandinas, principalmente PGE₂, provoca elevação do limiar de excitabilidade dos nociceptores, tornando-os menos sensíveis a estímulos menos intensos.
- (B) Mudança na permeabilidade vascular e no fluxo sanguíneo local não estão diretamente relacionados com a resposta inflamatória, mas sim com a magnitude da lesão tecidual.
- (C) Com a estimulação persistente dos nociceptores, observa-se redução do limiar de sensibilidade através de mediadores inflamatórios, fazendo com que estímulos normalmente não dolorosos resultem em dor, é o que se chama alodínia.
- (D) Quando ocorre a resolução da lesão tecidual o processo inflamatório também cessa e junto com ele a dor deixa de existir.
- (E) O uso de Anti-inflamatório não esteroide (AINE) bloqueia a produção de PGE₂ de forma seletiva, inibindo a cascata inflamatória no local da lesão, sem apresentar efeitos colaterais nas funções fisiológicas mediadas por essa prostaglandina.

17

Homem, 72 anos, portador de neoplasia de corpo de pâncreas avançada, evoluindo com dor controlada com uso de metadona 5 mg VO 8/8h, dexametasona 6 mg VO 1x/dia pela manhã, gabapentina 300 mg VO 8/8h e dipirona 1 g VO 8/8h. Vinha com seus sintomas controlados nas últimas semanas, em seguimento ambulatorial. Familiares chegam ao pronto-atendimento com queixa que ele está mais sonolento há 3 dias, confuso, com diminuição da ingesta alimentar. Negam febre, vômitos, sintomas respiratórios, última evacuação há 3 dias. Foi diagnosticado um quadro de delirium. Está correto afirmar:

- (A) A provável causa de delirium no paciente acima é infecciosa em virtude de ser portador de doença avançada e ter seu quadro imunológico comprometido.
- (B) As medicações que o paciente usa são potencialmente causadoras do delirium, que pode ter sido precipitado pela constipação intestinal e possível desidratação.
- (C) A metadona por não ser de excreção renal está isenta de contribuir com o quadro clínico do paciente.
- (D) Por ser um paciente com doença avançada, sem proposta terapêutica de cura, a busca pela causa do delirium não é indicada.
- (E) Em um paciente em fase final de vida, a identificação de fecalomas, bexigomas, sintomas físicos mal controlados trazem desconforto e não devem interferir na condução e tratamento do quadro de delirium.



18

Sobre a Sedação Paliativa, assinale a alternativa INCORRETA.

- (A) Seu uso não tem por objetivo a morte do paciente, mas sim o alívio do sofrimento, embora aumente a chance de morte ocorrer mais rapidamente do que em sua ausência.
- (B) Não reduz o tempo de vida, mas permite que a doença de base siga seu curso natural, não encurtando ou prolongando o tempo até a morte.
- (C) É o uso de medicamentos com objetivo de induzir um estado de consciência reduzido ou ausente (inconsciência).
- (D) Tem intenção de aliviar o sofrimento intratável, de uma forma eticamente aceitável pelo paciente, familiares e equipe de saúde.
- (E) Pacientes em fase final de vida, numa ótica de priorização de conforto e controle de sintomas, podem se beneficiar da sedação paliativa para garantir que tenham seu sofrimento aliviado no tempo que preceder sua morte.

19

Mulher, portadora de neoplasia colorretal com metástases hepáticas e carcinomatose peritoneal. Atualmente está sem tratamento ativo para sua doença em virtude da perda de funcionalidade e do grave estado de caquexia em que se encontra. Está no segundo dia de internação após dar entrada no pronto atendimento com quadro de anorexia, náuseas intensas e vômitos pós-alimentares. Evacuoou no dia da internação, nega diarreia. Segue com náuseas todo o tempo, sem conseguir se alimentar. Foi prescrito: ondansetrona 8 mg via EV 8/8h, pantoprazol 40 mg 24/24h, dimenidrinato 30 mg via EV se náuseas ou vômitos, até 8/8h. Qual a melhor prescrição para a paciente e sua justificativa fisiopatológica?

- (A) Associar um pró-cinético como a bromoprida 10 mg via EV 6/6h em virtude da constipação intestinal ser a principal causa da persistência das náuseas.
- (B) Associar um pró-cinético como a metoclopramida 10 mg via EV 6/6h, aumentar a dose da ondansetrona para 8 mg via EV 6/6h com intuito de melhorar a motilidade esôfago-gástrica. Além de dexametasona 8 mg via EV 24/24h para ter ação de sinergia junto aos anti-eméticos já instituídos e diminuir a inflamação causada pela carcinomatose peritoneal.
- (C) Uso de haloperidol 1 mg via EV 12/12h para agir no centro do vômito e na zona quimio-receptora de gatilho do vômito. Suspender a ondansetrona pelas náuseas não serem relacionadas com quimioterapia ou radioterapia. Associar dexametasona para diminuir a inflamação causada pela carcinomatose peritoneal.
- (D) Manter a dose de Ondansetrona 8 mg via EV 8/8h, associar metoclopramida 10 mg via EV 8/8h, juntamente com bromoprida 10 mg via EV 8/8h, de forma a potencializar a ação pro-cinética no trato digestório alto da paciente.
- (E) Associar mirtazapina 30 mg VO 1x/dia como antidepressivo com ação anti-emética e trocar ondansetrona por olanzapina 5 mg VO como anti-psicótico com ação anti-emética.

20

Sobre o tratamento da dor é correto afirmar:

- (A) o uso de opioides de longa duração, por via oral ou transdérmicos deve ser a primeira escolha para o tratamento da dor crônica por sua fácil adaptação pelo doente.
- (B) o rodízio de opioides fortes deve ser feito sempre levando em consideração a dose equivalente de morfina VO e adequado com acréscimo de 30% a 50% pela tolerância cruzada entre os opioides.
- (C) o principal sinal clínico de gravidade de intoxicação por opioide é a sonolência seguida de vômitos, que pode ser um sinal precoce de depressão respiratória.
- (D) em pacientes nas últimas horas ou dias de vida, por conta da diminuição esperada na função renal, a morfina está contraindicada e deve ser trocada por fentanil transdérmico ou endovenoso.
- (E) a dose de resgate de morfina deve ser equivalente a 10% a 20% da dose total usada nas 24h e sua via preferencial é a que for mais prática para o doente naquele momento.

21

Sobre a dispneia em pacientes portadores de doenças crônicas e avançadas, assinale a alternativa INCORRETA.

- (A) Portadores de cardiopatias como Insuficiência Cardíaca e arritmias com descompensação aguda e que não apresentam melhora após tratamento adequado da doença de base, permanecendo sintomáticos com dispneia, se beneficiam do uso de morfina ou codeína em uso contínuo.
- (B) Pacientes com câncer avançado, em fase final de vida, que estejam evoluindo com insuficiência renal e que apresentam dispneia com sintoma relevante, podem receber fentanil e apresentam contra-indicação em receber metadona com fim de controle adequado do sintoma.
- (C) O uso da Cânula Nasal de Alto Fluxo (CNAF) é uma boa estratégia para pacientes em fase final de vida se comparada com a Ventilação Não Invasiva (VNI) em virtude de permitir interação do paciente com seus familiares, comer e conversar mesmo muito próximo de sua morte.
- (D) O uso combinado de broncodilatadores e opioides no final da vida é uma estratégia eficaz no controle da dispneia, reduzindo a necessidade de doses mais elevadas dos opioides minimizando seus efeitos colaterais.
- (E) Pacientes com dispneia e fibrose pulmonar crônica avançada, evoluindo com dispneia de difícil controle podem se beneficiar do uso combinado de opioides, benzodiazepínicos e Ventilação Não Invasiva (VNI).



22

Sobre a titulação da dose de morfina, assinale a alternativa INCORRETA.

- (A) Depende da severidade da dor, da meia vida da droga, da função renal e hepática do paciente.
- (B) Não há dose teto ou máxima para o uso de morfina, sendo essa limitada pelos efeitos colaterais tolerados pelo paciente.
- (C) O pico de ação da dose de morfina será de aproximadamente 45 a 60 minutos quando por via oral, 20 a 30 minutos quando por via subcutânea, 10 a 15 minutos quando via endovenoso.
- (D) Durante o processo de titulação da dose de morfina em paciente com dor muito intensa o uso de doses de resgate deve ser feito de acordo com a meia vida da morfina, ou seja, a cada 4 horas.
- (E) Quando usada de acordo com sua meia-vida, a cada 4 horas, a morfina atinge estabilidade de concentração sérica, com consequente efeito esperado para aquela dose após a 5ª dose em sequência.

23

Sobre o mecanismo de ação dos Anti-eméticos, assinale a alternativa INCORRETA.

- (A) O haloperidol é uma droga com mecanismo de ação de antagonismo dopaminérgico D2, com efeito anticolinérgico e anti-histamínico. Age principalmente na zona quimio-receptora de gatilho no sistema nervoso central.
- (B) A metoclopramida é o principal representante da classe dos pró-cinéticos, com ação antagonista em receptores de dopaminérgicos D2 e serotoninérgicos 5HT3 com ação na zona quimio-receptora de gatilho do sistema nervoso central e no trato digestório.
- (C) A ondansetrona tem ação antagonista serotoninérgica 5HT3 no trato digestório e sistema nervoso central: centro do vômito e zona quimio-receptora gatilho.
- (D) A escopolamina é um droga anti-colinérgica que age no sistema nervoso central – zona quimio-receptora gatilho e no trato digestório.
- (E) A olanzapina é um anti-psicótico de ação atípica que age em receptores anti-muscarínicos, anti-histamínicos H1 e anti-serotoninérgicos 5HT3.

24

Nos últimos dias ou horas de vida de um paciente em cuidados paliativos, são sinais clínicos esperados, exceto:

- (A) Anorexia.
- (B) Imobilidade.
- (C) Sonolência.
- (D) Abalos musculares.
- (E) Diminuição da dor.

25

Sobre tomada de decisões em paciente portador de doença crônica avançada que evolui instável no departamento de emergência:

- (A) A idade é um fator de risco independente e impacta de forma progressiva e negativa a chance de sobrevivência de um paciente que necessita ser entubado na sala de emergência.
- (B) A pergunta surpresa: “Você se surpreenderia se seu paciente morresse nessa internação?” não tem valor preditivo de necessidade e benefícios para o paciente de intervenções de cuidados paliativos, visto que foi formulada e estudada para grupos de pacientes portadores de doenças crônicas e neoplasias.
- (C) Se a situação aguda do paciente decorre da progressão da doença de base e pode ser revertida, dentro dos valores previamente expressos pelo paciente de prolongar sua vida o máximo possível, medidas de suporte artificial não estão tecnicamente indicadas.
- (D) Um prognóstico realista sobre expectativa de sobrevivência na situação aguda de paciente independe dos valores dos valores dele e da família para um desfecho que seja aceitável para todos.
- (E) Discutir prognóstico em pacientes com doença avançada que procuram o departamento de emergência é uma medida que posterga condutas essenciais para que ele tenha um fim de vida digno.

26

Sobre estratégias de comunicação usadas no Departamento de Emergência quando é preciso tomar uma decisão terapêutica em um paciente com doença de base avançada vivendo uma descompensação clínica que coloca sua vida em risco e lhe traz grande sofrimento, são perguntas mais adequadas aos familiares e acompanhantes:

- (A) “Vocês querem que entubemos seu pai e o levemos para a UTI ou que o deixemos tranquilo no quarto com controle de sintomas?”
- (B) “Por conta da idade de seu pai nós não vamos investir nele, isso só traria maior sofrimento para ele e para vocês.”
- (C) “Ele está em estado muito grave, os rins pararam de funcionar, a maior possibilidade é que ele não sobreviva. Achamos que o melhor é não levá-lo para a UTI ou realizar diálise. Como isso funciona para vocês?”
- (D) “Seu pai não tem como decidir sobre o que seria melhor para ele agora já que está sonolento e confuso. Gostaria de perguntar para vocês o que é importante para ele e que precisamos saber para que possamos cuidá-lo da melhor maneira possível.”
- (E) “Seu pai deixou Diretivas Antecipadas de Vontade? Precisamos saber se vocês tem esse documento para tomarmos a melhor decisão nesse momento.”



27

Considerando-se um sintoma intratável e é indicada sedação paliativa em um paciente em Cuidados Paliativos, EXCETO quando:

- (A) As medidas farmacológicas e não farmacológicas para o controle do sintoma são incapazes de controlar o sofrimento do paciente.
- (B) O tratamento do sintoma possa levar ao paciente uma morbidade aguda ou crônica excessiva e intolerável.
- (C) O tratamento do sintoma vai surtir efeito, mas não num período de tempo tolerável para o paciente que está em fase final de vida.
- (D) Houver indisponibilidade de terapia necessária para alívio do sintoma que traz sofrimento ao paciente.
- (E) O paciente com dor refratária preferir submeter-se ao sofrimento do sintoma não controlado para preservar o convívio familiar.

28

Sobre o manejo clínico da Síndrome da Veia Cava Superior (SVCS) assinale a alternativa INCORRETA.

- (A) O tratamento da SVCS depende da etiologia, intensidade dos sintomas e metas no cuidado para o paciente.
- (B) A colocação percutânea de *stent* intravascular pode ser intervenção necessária em caráter de urgência em casos graves, por ser o método que mais rapidamente traz alívio dos sintomas.
- (C) A depender do estágio da doença oncológica de base, é preciso avaliar se o paciente, além das medidas de suporte e controle de sintomas, é candidato a tratamento definitivo da doença.
- (D) Os diuréticos e opioides são drogas de primeira escolha para o controle da dispneia e ajudar na manutenção do débito cardíaco.
- (E) A radioterapia está indicada em para tumores rádiossensíveis, podendo ser ou não associada com quimioterapia e tratamento endovascular.

29

Sobre o uso da hipodermóclise, assinale a alternativa INCORRETA.

- (A) Medicamentos hidrossolúveis e com pH próximo a neutralidade são os mais apropriados para infusão subcutânea.
- (B) Medicamentos altamente solúveis como diazepam, fenitoína e diclofenaco são indicados por hipodermóclise.
- (C) O tecido subcutâneo tem capacidade de absorver até 1.500 mL por sítio de punção em 24h.
- (D) Se houver vazamento no sítio de inserção do dispositivo de hipodermóclise pode ser indicativo de saturação local sendo recomendado a retirada e troca do dispositivo.
- (E) Irritação local e persistência do eritema após 4h da punção é indicativo da retirada e troca do dispositivo.

30

Paciente portador de neoplasia de próstata em tratamento com bloqueio hormonal, portador de múltiplas metástases ósseas em esqueleto axial e apendicular. Doença controlada até então, com PPS de 70. Evolui há dois meses com dor torácica posterior, em localização de coluna torácica, há três dias com parestesia de membros inferiores bilateralmente e há um dia com diminuição de força de membros inferiores e dificuldade para a marcha. Sua hipótese diagnóstica, a melhor abordagem e proposta terapêutica para ele nesse momento são:

- (A) Síndrome de Compressão Medular, com necessidade de planejamento de tratamento definitivo por equipe multidisciplinar antes de ser submetido a uma ressonância nuclear magnética da coluna torácica, e mesmo antes de iniciar o corticoide (dexametasona 10-16 mg em *bolus*) em virtude dos riscos do procedimento e da alta dose de corticoide envolvida.
- (B) Síndrome de Compressão Medular, imobilização, com controle de dor, devendo ser submetido a uma ressonância nuclear magnética toda a coluna em até 24h, o início e manutenção do corticoide (dexametasona 10-16 mg em *bolus*) deve aguardar a avaliação por equipe de cirurgia de coluna e de radioterapia, bem como para estar em acordo com planejamento de tratamento definitivo em equipe multidisciplinar.
- (C) Síndrome de Compressão Medular, imobilização com uso de colete de Putti alto, com controle de dor, devendo ser submetido a uma ressonância nuclear magnética toda a coluna em até 24h, iniciado precocemente corticoide (dexametasona 10-16 mg em *bolus*) e preparado para procedimento cirúrgico de urgência.
- (D) Síndrome de Compressão Medular, imobilização, com controle de dor, devendo ser submetido a uma ressonância nuclear magnética toda a coluna em até 24h, iniciado precocemente corticoide (dexametasona 10-16 mg em *bolus*), avaliação por equipe de cirurgia de coluna e de radioterapia, com planejamento de tratamento definitivo em equipe multidisciplinar.
- (E) Síndrome de Compressão Medular, imobilização, com controle de dor, podendo aguardar até 3 dias a realização de uma ressonância nuclear magnética de toda a coluna em virtude de possuir doença neoplásica avançada e metastática. Deve ser iniciado precocemente corticoide (dexametasona 10-16 mg em *bolus*) e mantido na dose de 16 mg por dia para bom controle algíco do paciente.



TEXTO PARA AS QUESTÕES 31 E 32

Homem, 49 anos, portador de câncer de rim com metástases ósseas e pulmonares, em tratamento antineoplásico há 4 anos. Nos últimos três meses apresentando queda do estado geral, o oncologista suspendeu o último tratamento específico para tratar a doença devido aos efeitos colaterais desconfortáveis e falta de resposta positiva do paciente. Está em sua terceira internação nos últimos 2 meses por conta de descompensação do quadro respiratório com infecções sobrepostas a ação da neoplasia. Está internado há 3 dias e evolui com piora no padrão respiratório, com dispneia progressiva a despeito do tratamento medicamentoso instituído. Não tolerou a ventilação não invasiva. Evolui alternando períodos de lucidez com sonolência e confusão mental por hipoxemia. Em especial durante a noite fica muito agitado chamando por familiares que já morreram. Com fâcies de sofrimento até mesmo quando está dormindo. Nos momentos de lucidez pede para ficar confortável, mesmo que dormindo todo o tempo. A família está aflita em presenciar esse sofrimento. A equipe sugere sedação paliativa como proposta de cuidados e de controle do sofrimento. Paciente e familiares concordam.

31

A melhor terapia de sedação paliativa para o caso acima é:

- (A) Sedação contínua e superficial para manter o paciente interagindo com o meio e com as pessoas ao seu redor, mesmo que permaneça com fâcies de desconforto e queixa de dispneia quando desperto, mas sem agitação.
- (B) Sedação contínua e profunda, com o paciente dormindo todo o tempo, porém com fâcies sereno e sem despertares.
- (C) Sedação intermitente mantendo o paciente em sono profundo à noite e acordado durante o dia.
- (D) Sedação intermitente intercalando períodos de leve despertar com períodos de sono profundo.
- (E) Sedação contínua superficial durante o dia e profunda durante a noite.

32

O paciente fazia uso das seguintes medicações antes da prescrição da sedação paliativa:

1. Morfina 10 mg via EV 4/4h;
2. Morfina 10 mg via EV se falta de ar nos intervalos do item 1;
3. Dexametasona 10 mg via EV 1x/dia;
4. Quetiapina 25 mg VO à noite;
5. Clonazepam 2 mg VO à noite;
6. Formoterol 12 µg inalatório 12/12h.

Considerar: paciente com função renal e hepática normais e peso de 70 kg.

A melhor prescrição com sedação paliativa será:

- (A) Indução com midazolam 7,5 mg via EV, midazolam 1,5 mg/h em bomba de infusão contínua, resgates com *bolus* de 7,5 mg, ajuste de infusão a cada 4-6 horas. Manter morfina e dexametasona na mesma dose, suspender medicações por VO e inalação do formoterol quando o paciente estiver em sedação profunda.
- (B) Iniciar sedação com midazolam 0,5 mg/h em bomba de infusão contínua e aumentar a velocidade de infusão se o paciente ficar desconfortável de 0,5 mg/h em 0,5 mg/h a cada 1 hora. Manter morfina e dexametasona via EV. Suspender medicações por VO e inalação do formoterol quando o paciente estiver em sedação profunda.
- (C) Indução com diazepam 10 mg via EV em *bolus*, midazolam 0,5 mg/h em bomba de infusão contínua e aumentar a velocidade de infusão se o paciente ficar desconfortável de 0,5 mg/h em 0,5 mg/h a cada 1 hora. Manter morfina e dexametasona via EV. Suspender medicações por VO e inalação do formoterol quando o paciente estiver em sedação profunda.
- (D) Indução com midazolam 1 mg via EV, midazolam 0,3 mg/h em bomba de infusão contínua, resgates com *bolus* de 1 mg, ajuste de infusão a cada 4-6 horas. Manter morfina e dexametasona na mesma dose, suspender medicações por VO e inalação do formoterol quando o paciente estiver em sedação profunda.
- (E) Iniciar sedação com midazolam 1 mg/h em bomba de infusão contínua e aumentar a velocidade de infusão se o paciente ficar desconfortável de 1 mg/h em 1 mg/h a cada 1 hora. Suspender morfina e dexametasona pelo risco de depressão respiratória. Suspender medicações por VO e inalação do formoterol quando o paciente estiver em sedação profunda.



33

Com relação aos sinais e sintomas clínicos que afetam a alimentação no contexto de cuidados paliativos, é correto afirmar:

- (A) Alterações de mucosa oral em pacientes com doenças avançadas ocorrem em razão de diminuição da ingestão oral, medicamentos que diminuem a salivagem, respiração oral, ansiedade, tumor com ação local. Tudo isso favorece a alimentação oral.
- (B) A constipação intestinal é distúrbio bastante comum em pacientes com doença avançada. Sua principal causa no contexto de cuidados paliativos é o uso de opioides. Mesmo quando corrigida, não impacta na ingestão alimentar.
- (C) Pacientes com doença avançada e diarreia podem sofrer por medo de comer e já evacuar, limitando sua ingestão, aumentando seu risco de desidratação e sintomas a ela relacionados. Sua principal abordagem e tratamento é através do uso de antidiarreicos.
- (D) A inapetência e a perda ponderal devem ser avaliadas em pacientes na fase inicial de doenças, diminuindo sua importância clínica com a proximidade da morte.
- (E) O sintoma de náusea associado com inapetência pode estar diretamente relacionado com a constipação intestinal secundária ao uso de opioide.

34

Sobre nutrição em cuidados paliativos, é correto afirmar que:

- (A) A indicação de uma via alternativa de alimentação em pacientes com doença em fase avançada deve levar em conta o risco-benefício e incluir principalmente o diagnóstico de disfagia e risco de broncoaspiração.
- (B) A manutenção de alimentação ou hidratação através de vias alternativas é a manutenção de uma necessidade básica do ser humano.
- (C) A introdução de uma via alternativa de alimentação enteral reduz a incidência de pneumonias aspirativas.
- (D) A redução do aporte energético por conta da incapacidade ou recusa em alimentar-se em paciente em fase final de vida é por si só indicadora de introdução de via alternativa de alimentação. De fato, esse fato não é esperado, particularmente em pacientes com demências.
- (E) Toda a atenção em cuidados paliativos leva em consideração o momento de vida do paciente, o estágio de sua doença, bem como seus valores e vontades. Com relação à nutrição ela pode ter um caráter de suporte artificial de vida no início do curso de uma doença (mesmo que incurável) e ser contraindicada como suporte artificial de vida quando o paciente se aproxima da morte.

35

Mulher, 83 anos, portadora de síndrome demencial avançada, totalmente dependente para todas as atividades de vida diária, acamada a maior parte do tempo, alternando períodos em que está na poltrona de sua casa. Em uso de dieta por sonda de gastrostomia há 1 ano, com quatro internações no período por causas infecciosas. Internou há 7 dias com quadro de tosse produtiva com saída de catarro amarelado e diminuição da saturação de O₂, com necessidade do uso de cateter de O₂ suplementar. Está no quinto dia de ampicilina + tazobactam evoluindo sem melhora clínica, com elevação de Proteína C Reativa e rebaixamento do nível de consciência, com períodos de agitação psicomotora e dispneia. Foi conversado com familiares desde o início da internação que não seriam indicadas medidas invasivas e artificiais de sustentação de vida. Com relação ao caso acima, seu diagnóstico e conduta seriam:

- (A) Paciente com piora clínica, em quadro de delirium. Proposta de coleta de culturas troca de antibiótico, novo exame de imagem, chamar a fisioterapia respiratória para introdução de VNI no controle da dispneia e haloperidol em caso de agitação. Acolher a família e explicar sobre terminalidade.
- (B) Paciente com piora clínica em quadro de delirium. Deixar haloperidol de horário, Morfina de horário e se necessário para crises de falta de ar. Suspender o antibiótico por entender a piora como evolução em fase final de vida. Acolher a família e explicar sobre terminalidade.
- (C) Paciente em piora clínica em quadro de delirium. Optar por deixá-lo com morfina de horário e sedação com midazolam contínuo se mantiver agitação. Acolher a família e explicar sobre terminalidade.
- (D) Paciente com piora clínica em delirium. Considerar a dispneia como piora do quadro infeccioso, colher culturas e trocar o antibiótico por um carbapenêmico e associar anti-fúngico em virtude da não resposta clínica do paciente. Discutir com a família uma mudança no plano de cuidados do paciente em virtude de a infecção ser um processo ainda reversível.
- (E) Paciente em fase final de vida, em delirium. Optar por sedação paliativa com midazolam para minimizar seu sofrimento.



36

Sangramentos agudos atingem 10% a 20% dos pacientes com câncer em fase avançada. A chamada hemorragia terminal é um sangramento maciço que será a causa de morte imediata de 6% a 10% desses pacientes. Sobre a abordagem de pacientes oncológicos com hemorragia terminal é correto afirmar que:

- (A) O manejo do sangramento precisa ser individualizado e depende da causa subjacente, da probabilidade de reverter ou controlar essa causa e da taxa de benefício do tratamento.
- (B) O manejo adequado envolve uma avaliação detalhada, incluindo uma revisão de episódios hemorrágicos anteriores e uso de medicamentos como anti-inflamatórios não esteroidais ou anticoagulantes.
- (C) Quando o sangramento maciço for causador de desconforto intenso que leve a um sofrimento insuportável deve-se discutir em equipe com pacientes e familiares se há concordância na indicação de sedação paliativa.
- (D) Nos casos em que a hemorragia é iminente fatal, o foco do atendimento deverá proporcionar alívio do desconforto intenso para paciente e seus familiares com tratamento rápido e eficaz de sintomas desconfortáveis e sedação paliativa com início imediato.
- (E) Nesses casos deve-se imediatamente aplicar compressão externa quando possível, utilizar lençóis e toalhas escuras, além de iniciar o uso de antifibrinolíticos via EV além de repor solução salina e transfundir concentrado de hemácias.

37

Mulher, 65 anos, diagnosticada há 1 ano com adenocarcinoma de pulmão, com metástases para o fígado e pulmão contra-lateral. Parou com a quimioterapia há 1 mês em virtude da toxicidade, perda de funcionalidade e ausência de resposta clínica satisfatória. Vem para consulta ambulatorial com queixa de dor de forte intensidade, constante em base de hemitórax D e hipocôndrio D. Paciente com sofrimento intenso, não faz contato visual. Responde apenas o que lhe é perguntado. Faz uso de morfina 30 mg se dor insuportável, com melhora. Frente ao quadro clínico acima, a melhor abordagem inicial seria:

- (A) Deixar a morfina 30 mg de 4/4h e associar laxantes.
- (B) Associar gabapentina e dipirona como adjuvantes.
- (C) Internar a paciente em virtude de seu sofrimento intenso.
- (D) Solicitar exames laboratoriais como hemograma, eletrólitos e proteína C reativa.
- (E) Avaliar melhor a história de doença da paciente, as características de sua dor e realizar um exame físico completo.

38

Os últimos dias de vida são considerados uma fase de ajustes nas diversas dimensões da vida humana, marcada por progressiva dependência e sintomas muitas vezes de difícil controle. A equipe de cuidados paliativos tem um papel muito importante nesse contexto de vida, auxiliando o paciente e a família a viverem da melhor forma possível até o momento da morte. Sobre a ação da equipe de cuidados paliativos nesse contexto, é INCORRETO afirmar:

- (A) Deve viver as mudanças de cada dia junto da família e do paciente, tratando dos sintomas até que a morte chegue.
- (B) Deve explicar o quadro clínico e acolher demandas de pacientes e familiares.
- (C) Deve favorecer o processo de comunicação entre o paciente e as pessoas que são importantes no seu convívio.
- (D) Na construção do plano antecipado de cuidados do doente deixar claro quais são os objetivos do cuidado e quais terapêuticas têm lugar nesse momento.
- (E) Traçar objetivos realistas e reorientar a rota dos cuidados diários em acordo com as necessidades de cada dia.

39

Sobre as adequações medicamentosas nas últimas horas e dias de vida de um paciente em processo ativo de morte em cuidados Paliativos, assinale a alternativa INCORRETA.

- (A) O opioide fraco que o paciente fazia uso deve ser trocado por dose equivalente de opioide forte (morfina, metadona) por VO em via de administração alternativa, preferencialmente hipodermóclise.
- (B) Haloperidol é uma droga que pode ser usada como antiemético, antipsicótico por via subcutânea em *bolus* mas não pode ser misturado a outras drogas como escopolamina em infusão contínua.
- (C) O midazolam pode ser usado em infusão contínua por hipodermóclise para substituir a fenitoína que o paciente fazia uso como anticonvulsivante.
- (D) A escopolamina pode ser usada por hipodermóclise em infusão contínua ou intermitente com indicação de diminuir secreções intestinais e pulmonares.
- (E) Deve-se ficar atento para o aparecimento de agitação pela suspensão abrupta de antidepressivos como os inibidores seletivos de recapitação de noradrenalina e serotonina (ISRS).



40

São bases da aplicação e inserção dos Cuidados Paliativos no Departamento de Emergência:

- (A) Diagnóstico da descompensação aguda início precoce do tratamento específico para reversão do quadro e consequente melhora no controle de sintomas desconfortáveis.
- (B) Elaboração de um plano de tratamento e cuidados do paciente focado na descompensação clínica não importando a funcionalidade ou a evolução da doença de base.
- (C) Definição dos objetivos de cuidado baseados na trajetória da doença de base, grau de reversibilidade da situação aguda, funcionalidade prévia e valores do paciente.
- (D) Comunicação eficaz com familiares, preservando o paciente que já está em grande sofrimento pela sua descompensação aguda.
- (E) Inclusão de familiares no cuidado após a estabilização do quadro agudo do paciente.

41

Você acompanha, em conjunto com a equipe de Cuidados Paliativos da sua instituição, um paciente com doença renal crônica internado em sepse, fora da fase de terminalidade. O paciente encontra-se em coma há cerca de 2 dias, e você tem conhecimento de que ele sempre manifestou o desejo de não ser submetido a condutas invasivas que tenham apenas o objetivo de prolongarem o seu tempo de vida. É consenso da equipe que o paciente apresenta boas condições para transplante renal, com chance de razoável qualidade de vida posteriormente. Alguns familiares questionam a proposta da equipe de submetê-lo a hemodiálise logo que possível (baseando-se na vontade do paciente). Como você e a equipe abordariam essa questão com a família?

- (A) Como o paciente não pode se pronunciar no momento, caberá apenas aos familiares a decisão final sobre a conduta. Nada impede, entretanto, que a equipe se esforce por mostrar à família a melhor opção.
- (B) Enquanto não houver consenso absoluto entre os familiares, nenhuma ação poderá ser executada, ainda que seja considerada necessária pelos profissionais. Não é recomendável que estes interfiram na decisão.
- (C) Qualquer decisão clínica sobre um paciente só pode ser tomada se e quando houver concordância explícita e por escrito do paciente, que tem direito à última palavra sobre condutas, com base no princípio de autonomia.
- (D) Como o doente não se encontra em fase de terminalidade e a avaliação clínica é favorável a um transplante com perspectiva de boa qualidade de vida após a cirurgia, cabe à equipe orientar a família sobre a conduta mais adequada.
- (E) Tanto o médico quanto toda a equipe devem ter cuidado para não influenciarem a tomada de decisão pelo paciente e pela família, em respeito à autonomia do paciente/família.

42

No ano de 2012 o Conselho Federal de Medicina (CFM) publicou no Diário Oficial da União (DOU) a Resolução de nº 1995/2012, que dispõe sobre as Diretivas Antecipadas de Vontade (DAV). É verdadeiro afirmar, quanto a essa Resolução, que

- (A) quando não houver consenso entre os envolvidos na tomada de decisão sobre condutas, o CFM fica eleito o fórum de decisão, e esta torna-se inquestionável.
- (B) quando menciona especificamente que o doente tem que estar em fase de terminalidade, não possui caráter genérico.
- (C) foi criada para responder à necessidade de disciplinar a conduta do médico quando se tratasse de questões relacionadas às decisões dos doentes sobre condutas médicas, sempre que esses não possam se comunicar.
- (D) é obrigatório que a vontade do paciente esteja escrita em documento próprio, registrado em Cartório e com reconhecimento de firma. No entanto, dispensa a assinatura de testemunhas.
- (E) embora o CFM seja o órgão regulador de médicos, nesse caso específico a Resolução se aplica a todos os profissionais de saúde que compõem a equipe multiprofissional de Cuidados Paliativos.

43

Na década de 1960 a Dra. Cicely Saunders inicia a divulgação para o mundo das suas crenças no que se refere ao cuidado com doentes crônicos. Essas crenças se tornariam mais tarde os Princípios e Valores do que se chamou de Cuidados do tipo *Hospice* ou, mais atualmente, Cuidados Paliativos (CP). Em relação a eles pode-se dizer que:

- (A) Há, na última revisão pela Organização Mundial de Saúde (OMS), referência à recomendação de autocuidado para os membros da equipe multiprofissional.
- (B) A OMS já procedeu, até hoje, a 5 (cinco) revisões no texto da definição de Cuidados Paliativos, o que demonstra a importância das questões relacionadas aos CP em todo o mundo.
- (C) O texto de 2017 mantém o conceito de que Cuidados Paliativos devem se voltar aos indivíduos portadores de doenças crônicas apenas, o que retarda a oferta desses cuidados aos pacientes com doenças agudas.
- (D) A filosofia dos CP assenta nos cinco pilares básicos, que são: comunicação eficaz, controle adequado dos sintomas, apoio à família, trabalho em equipe.
- (E) *Hospices* (ou Hospedarias, no Brasil), são considerados o melhor lugar para prover CP aos pacientes, o que dificulta sobremaneira o desenvolvimento das estratégias de CP em países de baixa renda.



44

Deter habilidades de comunicação para com o paciente e a família, além de entre os membros da equipe, é condição básica para que se compartilhem notícias que provocam sofrimento, como o diagnóstico de doença grave, de mau prognóstico ou de morte. Além disso, a comunicação eficaz é essencial também na realização do planejamento antecipado de cuidados, para que equipe/paciente/família fiquem alinhados. Sobre isso, é correto afirmar:

- (A) A comunicação verbal é o meio mais eficaz de se transmitir informações; a comunicação não verbal deve ser suprimida quando se deseja precisão do que é comunicado pela equipe ao doente e à família.
- (B) Assegurar-se de que o doente e a família acompanhem a evolução da doença e as eventuais alterações nas condutas empodera positivamente a ambos, fazendo com que haja confluência dos desejos de todos por melhor qualidade de vida.
- (C) O médico é, sem dúvida, o profissional mais adequado para a comunicação de notícias de piora do quadro, enquanto notícias positivas podem ser dadas por qualquer membro da equipe.
- (D) Enfermeiros são profissionais treinados especialmente para a boa comunicação com o doente, o que faz com que eles devam ser os primeiros a informar o paciente sobre o tratamento.
- (E) Psicólogos devem sempre preceder os médicos quando se trata de comunicação de notícias dolorosas, porque profissionais que cuidam da mente são mais capazes de definir o melhor momento para a comunicação.

45

Com relação a um paciente com lesão neurológica extensa ou neuropatia de mau prognóstico, assinale a alternativa correta.

- (A) A estimulação elétrica transcraniana combinada com eletroencefalograma de alta densidade é específica para avaliar a evolução do estado de consciência ao longo do tempo e tem valor prognóstico.
- (B) A estimulação elétrica transcraniana combinada com eletroencefalograma de alta densidade são essenciais para o diagnóstico de morte encefálica e não para se estabelecer diagnóstico de terminalidade.
- (C) A estimulação elétrica transcraniana combinada com eletroencefalograma de alta densidade não tem absolutamente nenhuma indicação nestes pacientes.
- (D) Não se submete pacientes que estejam em CP a nenhum exame que envolva mobilização do leito.
- (E) A estimulação elétrica transcraniana combinada com eletroencefalograma de alta densidade avalia as alterações de consciência ao longo do tempo, mas não tem valor prognóstico.

46

Desde a década de 1980 (quando a Dra. Miriam Martetele trouxe o conceito e a prática dos Cuidados Paliativos ao Rio Grande do Sul), o momento atual no Brasil parece ser o mais favorável para o desenvolvimento acelerado das regulamentações sobre os CP. Muitas leis e projetos de lei têm sido aprovados e apresentados às instâncias políticas do país. A mais recente dessas ações foi:

- (A) A Resolução que criou a Frente Paliativistas do Brasil.
- (B) A Resolução nº 41 da Comissão Intergestores Tripartite: Cuidados Paliativos deverão fazer parte dos cuidados continuados integrados ofertados pela Rede de Atenção à Saúde (RAS).
- (C) O Plano Plurianual de Saúde 2024 – 2027, que incluiu os Cuidados Paliativos na Atenção Básica, com provisão imediata de recursos a todos os municípios do país, mesmo naqueles em que CP não foram aprovados pela Conferência Municipal de Saúde.
- (D) Resolução CNE/CES 3, de 3 de novembro de 2022, publicado no DOU em 07/11/2022 | Edição: 210 | Seção: 1 | Página: 38, que determina sobre a inclusão de CP nas DCN (Diretrizes Curriculares Nacionais) do curso de medicina.
- (E) Projeto de Lei 2460/2022 da Comissão de Finanças e Tributação (CFT) da Câmara dos Deputados, que institui o Programa Nacional de Cuidados Paliativos, apresentado pela Deputada Luisa Cansiani, presidente da Frente Parlamentar Mista de Cuidados Paliativos.

47

Os Cuidados Paliativos (CP) devem ser oferecidos desde o diagnóstico de uma doença potencialmente mortal. Ao longo do tempo, o tipo de oferta e a intensidade dos cuidados se alteram. São indicadores de terminalidade e de necessidade de intensificação dos CP:

- (A) Fração de ejeção cardíaca menor que 10%, arritmia cardíaca frequente, embolia cardiogênica ao menos uma vez, em cardiopatas.
- (B) Dispneia intensa e incapacitante, hipóxia em vigência de oxigenoterapia com retenção de CO₂, cor pulmonale, em doença pulmonar obstrutiva crônica.
- (C) Clearance de creatinina menor do que 30 mL/min e creatinina sérica maior que 8 mg/dL, em doença renal.
- (D) Tempo de protrombina maior do que 15 seg., impossibilidade de transplante hepático e caquexia, para doenças do fígado.
- (E) O uso de indicadores tem sido bastante questionado na literatura; recomenda-se que a experiência do paliativista seja o indicador principal.



48

S. T. B., sexo feminino, 69 anos, portadora de neoplasia maligna de mama com metástase pulmonar, em tratamento quimioterápico paliativo. Aposentada desde o início do seu tratamento oncológico, mora com o esposo e três filhos adultos. Deambula sem auxílio e é independente para atividades básicas e instrumentais de vida diária. Elaborou diretiva antecipada de vontade (registrada em cartório com firma reconhecida), na qual afirma que não gostaria de ser submetida a tratamentos invasivos como reanimação cardiopulmonar, cirurgias, hemodiálise, intubação orotraqueal ou uso de drogas vasoativas caso ocorra progressão de sua doença. Às 9h da manhã, apresentou quadro súbito de plegia em hemicorpo direito e afasia. Chegou ao hospital junto com os familiares às 10h, mantendo os mesmos déficits. Foi diagnosticada com Acidente Vascular Cerebral Isquêmico de Artéria Cerebral Média Esquerda, sendo indicado procedimento cirúrgico de revascularização e posterior internação em UTI. Não apresenta comorbidades, à exceção de hipertensão arterial. Com base nesses dados, assinale a alternativa correta.

- (A) A paciente não deixou dúvida de que não deseja medidas extremas, portanto as condutas só podem ser conservadoras e nada invasivas.
- (B) Paciente com boa funcionalidade prévia, em evento agudo potencialmente reversível e sem contraindicação clínica à realização de trombólise.
- (C) Como a paciente não pode se manifestar, a decisão cabe à família, mesmo que acabe por ser contrária à vontade da paciente.
- (D) Situações como essa têm que ser levadas à Comissão de Ética do hospital, assim como quando é necessária transfusão sanguínea em Testemunhas de Jeová.
- (E) Esse é o único caso em que é permitido ao médico resolver sobre a conduta, sem levar em consideração a vontade do doente ou da família.

49

Com relação à comunicação entre profissionais e pacientes com suas famílias, frequentemente ocorre o seguinte:

- (A) Percebe-se piora do prognóstico em termos de tempo e qualidade de vida dos pacientes, quando eles são expostos à verdade sobre as condições da sua doença. É por isso que tanto se insiste no que é chamado de “silêncio protetor”.
- (B) Consegue-se uma boa comunicação quando se está atento aos sentimentos do doente e dos familiares para validá-los, enquanto os dos profissionais devem estar muito bem camuflados e ausentes da conversa.
- (C) Empatia e simpatia têm significado idêntico, não se justificando o uso exclusivo da palavra empatia quando se fala de uma boa comunicação.
- (D) Geralmente, médicos tendem a ser muito bons quando discutem realização ou não de procedimentos como ressuscitação, por exemplo. Entretanto, quando se trata de explorar objetivos, valores e desejos, falham muitas vezes.
- (E) É bom ter em mente quando o profissional se prepara para comunicar notícias desagradáveis ao paciente, que a maioria deles não quer saber sobre o seu estado.

50

As discussões de prognóstico são fundamentais para facilitar a compreensão da doença e capacitar os pacientes e familiares a se envolverem no processo de tomada de decisão sobre condutas. Sobre esse tema, pode-se afirmar:

- (A) Em cenários de incerteza prognóstica, abordagens baseadas na descrição de melhor e pior cenário, resultados funcionais mais prováveis e a avaliação da aceitabilidade de cada um desses resultados com base nos desejos do paciente, são estratégias úteis.
- (B) As doenças neurológicas como acidente vascular cerebral, encefalopatia hipóxicoisquêmica, lesão cerebral traumática, encefalite e doença desmielinizante, possuem prognóstico linear e bem determinado de sobrevida e perspectiva de reabilitação desde sua fase aguda.
- (C) As melhores evidências científicas afirmam que não há o risco dos médicos superestimarem ou subestimarem o prognóstico, por se apoiarem em suas impressões pessoais, mesmo nos casos em que há acompanhamento de longa data do paciente.
- (D) As conversas sobre metas de cuidado com paciente e/ou familiares devem ocorrer uma única vez e logo após o diagnóstico, para não gerar insegurança nos mesmos frente às decisões que se farão necessárias quando ocorrer deterioração clínica.
- (E) As conversas da equipe multiprofissional com a família devem ocorrer preferencialmente no hospital e longe do doente, para que os familiares possam manifestar livremente as suas emoções.

51

Podem-se prestar Cuidados Paliativos a pacientes em diferentes situações e locais na rede de saúde. Com base nessas informações, assinale a alternativa correta.

- (A) O paciente e a família devem ser orientados a cuidarem do doente o maior tempo possível no domicílio, com o apoio das equipes multiprofissionais de atenção domiciliar (EMAD) do município.
- (B) O único paciente para quem é impossível prestarem-se CP de qualidade mínima é ao doente em situação de rua.
- (C) O doente do qual o EMAD cuida não deve procurar os ambulatórios dos hospitais porque as condutas frequentemente são divergentes.
- (D) Quase sempre se aponta como barreira à morte do doente no domicílio, a dificuldade em se obter a Declaração de Óbito. Entretanto, como os profissionais deixam um prontuário detalhado no domicílio, qualquer médico pode emitir a declaração.
- (E) Como os CP não recomendam a internação em hospitais, no Brasil é grande o “gargalo” que enfrentam os doentes quando necessitam de atendimento em emergências, devido ao pequeno número de Hospices no país.



52

O Sr. L.D.G., 38 anos e anteriormente saudável, foi admitido na unidade de terapia intensiva após um acidente de carro, com politrauma e lesão cerebral, acompanhado por membros da família. Durante o primeiro atendimento na unidade, verifica-se que ele tem reflexos pupilares e corneais ausentes, com reflexo de tosse presente. No entanto, o paciente está instável hemodinamicamente e é possível que sofra uma parada cardiorrespiratória a qualquer momento. Os pais e a esposa do paciente são informados do quadro grave e que nas próximas horas serão realizadas outras avaliações e exames para estabelecimento do diagnóstico de morte cerebral. Todos os familiares dizem que o paciente manifestou o desejo de morrer pacificamente, que não queria suporte artificial de vida e que desejava doar órgãos. Mostram as Diretivas Antecipadas registradas e assinadas. Qual será a conduta mais adequada?

- (A) Entrar em contato com a equipe de doação de órgãos para a colheita imediata dos órgãos, sem necessidade de internação em UTI, a fim de permitir que ambos os desejos do paciente sejam validados.
- (B) Priorizar o conforto e o desejo do paciente e da família de não ocorrer nenhuma ação excepcional, ou seja, permitir a morte pacífica desejada e não iniciar nenhuma medida de suporte à vida.
- (C) Informar os familiares que a doação dos órgãos será possível apenas após o estabelecimento da morte cerebral, o que leva tempo. Mesmo com as medidas de suporte necessárias à retirada dos órgãos, o conforto do doente será prioridade.
- (D) Ou a doação de órgãos não será possível neste cenário, ou as medidas próprias dos CP não poderão ser ofertadas, porque as condutas são conflitantes.
- (E) Um fato importante (e quase sempre não mencionado) para as famílias cujo familiar optou pela doação de órgãos, é que a vivência do luto acaba por ficar bastante prejudicada.

53

A ferramenta SPICT-BR™ foi descrita pela primeira vez em 2010 e aprimorada em 2014, sendo de uso livre em todos os países que se utilizam dela. Em relação a essa escala, assinale a alternativa correta.

- (A) A ferramenta foi desenvolvida para que se faça o encaminhamento preciso às Unidades de Cuidados Paliativos, na necessidade de tratamento especializado.
- (B) Foi elaborada para identificar pacientes que ainda não se beneficiam dos CP nas Instituições de longa permanência, com o objetivo de evitar transferências desnecessárias de indivíduos fragilizados.
- (C) Uma das críticas que se fazem a essa ferramenta é que ela não avalia prognóstico.
- (D) Foi elaborada buscando simplicidade, objetividade, indicadores de fácil identificação, promoção de CP precoces e em conjunto com terapêutica modificadora da doença, e uma linguagem acessível.
- (E) A escala em questão não contempla algumas doenças, o que torna o seu uso restrito.

54

O Sr. J.M.S., 60 anos, internado na enfermaria de Clínica Médica há cinco dias, apresenta dispneia leve a moderada (consegue ficar recostado a 45°, mas às vezes se levanta na cama para respirar melhor). Mostra edema ++ de MMII, fácies sem brilho, fala pouco e não parece ter interesse pelo ambiente. Em casa sempre foi uma pessoa alegre, mas parece estar deprimido ultimamente. A filha que o acompanha desde a internação, acha que o pai vem piorando lentamente nesses dias. Diz que no primeiro dia de internação ele ainda ia ao banheiro, e desde ontem não mais se levanta da cama. Também desde ontem não tem mais aceitado alimentos, e a filha precisa insistir muito para que ele coma uma pequena porção. O nível de consciência parece oscilar de sonolento a desperto várias vezes ao dia. Assinale a alternativa correta.

- (A) Quando hoje é aplicada a Escala PPI a esse paciente, ela soma o suficiente para sugerir um prognóstico de 8 a 10 semanas.
- (B) O PPS desse paciente em D 0 era de 80% e no D 4 passou a 30%, numa piora muito rápida.
- (C) A Escala de Edmonton para esse paciente oferece um resultado mais preciso para avaliar mudanças diárias.
- (D) Você é o médico que o acompanha há anos, e acabou por desenvolver uma relação próxima com toda a família. Você gosta de usar a Escala ECS, e com base nela, tranquiliza a filha estimando um prognóstico de, pelo menos, 3 meses.
- (E) Aplicando hoje a escala PPS ao paciente, você encontra um escore de 20% a 10%.

55

O luto, na sua definição mais atual, é compreendido como o conjunto de emoções e sentimentos que acompanham uma perda que seja significativa. Abaixo estão algumas afirmativas sobre como o luto é visto na atualidade. Assinale a alternativa correta.

- (A) Luto é sinônimo, quase sempre, de depressão. Ainda que o indivíduo nunca tenha sido diagnosticado como depressivo, a vivência do luto provoca o primeiro episódio.
- (B) A razão pela qual o luto tem duração aproximada de um ano, é porque durante o ano posterior à morte, o enlutado vive todas os primeiros eventos sem o falecido.
- (C) O padrão que seguem todos os enlutados é bastante semelhante, desde que o luto é uma vivência universal.
- (D) A qualidade da relação que o enlutado tinha com o falecido importa muito pouco para a intensidade ou o tempo de luto, desde que a morte é inaceitável para todos.
- (E) O luto é uma vivência profundamente individual, embora seja influenciado pela cultura e por outras variáveis. Não tem forma nem tempo definidos.



56

No ano de 2023 ocorreram as Conferências Municipal, Estadual e Nacional de Saúde. O objetivo dessas Conferências, que ocorrem a cada 4 anos, é levar ao Governo Federal as necessidades de saúde da população, colhidas na base. Com apoio nas Conferências é elaborado o Plano Plurianual de Saúde de cada governo. Em relação às Conferências, assinale a alternativa correta.

- (A) Foi a Resolução CNE/CES 3, de 3 de novembro de 2022, que determina sobre a inclusão de CP nas DCN do curso de medicina, o pontapé inicial para que Cuidados Paliativos tenham sido uma das necessidades mais frequentemente apontadas nos diversos níveis das Conferências.
- (B) A população leiga do país tem hoje grande conhecimento do que são os Cuidados Paliativos por influência da mídia, especialmente a televisiva, o que tornou possível o grande número de pessoas comuns votando espontaneamente pelos CP nas Conferências.
- (C) Embora a proposição levada à Conferência Nacional pedisse por inclusão dos CP na Atenção Básica com garantia de financiamento, esta não é particularmente necessária para a implantação, porque os profissionais da RAS podem perfeitamente oferecer CP à população já atendida, sem necessidade de aumentar as equipes com paliativistas.
- (D) O Brasil está, certamente, a um passo de ser classificado no nível 3b, como define a *Worldwide Palliative Care Alliance*.
- (E) O nascimento da Frente Paliativistas do Brasil, em fevereiro de 2023, mobilizando mais de 10 mil cidadãos brasileiros, representou um grande impulso para que CP tenham sido uma das necessidades mais votadas em todos os níveis das Conferências.

57

A OMS define quatro fases para as doenças progressivas e potencialmente mortais, e engloba as duas primeiras fases no que são chamados de “cuidados paliativos primários” e as duas últimas em “cuidados paliativos especializados”. Com relação a esse critério, assinale a alternativa correta.

- (A) Os CP primários e os especializados só podem ser praticados por profissionais especialistas e titulados em Cuidados Paliativos.
- (B) No Brasil, apenas profissionais que têm Medicina Paliativa como Área de Atuação podem trabalhar na área, tanto oferecendo cuidados primários quanto especializados, o que dificulta sobremaneira o desenvolvimento dos CP no país.
- (C) As duas primeiras fases a que se refere a OMS são a fase anterior ao diagnóstico da doença potencialmente mortal, e a do início da doença.
- (D) As duas últimas fases são a da terminalidade e a do luto, podendo se prolongar muito no caso de lutos complicados.
- (E) Nas duas primeiras fases da doença (diagnóstico e fase inicial do tratamento focado na doença de base), são oferecidos os CP primários; nas duas últimas (progressão acentuada da doença e terminalidade) os CP especializados.

58

Paciente A.S.N., 23 anos, vai frequentemente ao PS do hospital da cidade, sempre em intensa agitação psicomotora e relatando sensação de morte iminente. Em uma das vezes, relatou ter tido um episódio convulsivo, mas não soube dar detalhes. É casada há 3 anos e tem uma filha de 1 ano e meio, que nasceu dias depois da morte da mãe, a quem a paciente era muito apegada. Ela diz que esperava que a mãe vivesse muitos anos ao lado da neta, que por sinal se parece muito com ela. Diz também que o marido não gosta que ela fale da saudade que sente da mãe. Em todas as idas ao pronto-socorro (PS) são feitos alguns exames simples, que já afastaram qualquer chance de doença cardíaca ou neurológica. Sendo assim, repetem sempre que ela não tem nada, medicam-na com Diazepam intravenoso e ela volta para casa. Com relação ao quadro dessa paciente, assinale a alternativa correta.

- (A) Essa paciente corre um grande risco de ter apresentado episódios de isquemia miocárdica que não foram diagnosticados por ela nunca ter sido encaminhada a um cardiologista.
- (B) As informações sobre a morte da mãe dão fortes indícios de luto não reconhecido, que pode causar manifestações físicas intensas e que, não sendo compreendidas como consequência do luto, podem se transformar em doenças físicas.
- (C) Essa paciente já deveria ter sido diagnosticada com transtorno de ansiedade generalizada (TAG) e encaminhada a um psiquiatra para tratamento com ansiolíticos.
- (D) Pacientes com idas frequentes ao PS e sem diagnóstico fechado, apresentam alto risco de suicídio.
- (E) Essa paciente tem grande chance de ter epilepsia, desde que já teve uma crise convulsiva.

59

Estabelecer um Plano de Cuidados Paliativos para crianças e adolescentes difere em alguma proporção daquele elaborado para adultos ou idosos. Assinale a alternativa que melhor justifica esta afirmativa.

- (A) Em crianças, o tratamento curativo e o paliativo situam-se em polos opostos, mutuamente excludentes.
- (B) Doenças congênitas e genéticas são as maiores responsáveis pela indicação de CP, seguidas das condições neurológicas crônicas, depois pelas onco-hematológicas, perfil bem diferente das doenças que acometem adultos ou idosos com necessidade de CP.
- (C) A principal diferença no que se refere a decisões sobre condutas é que até os 18 anos quem decide pela criança ou pelo adolescente são os pais.
- (D) Crianças e adolescente recebem CP apenas na fase de terminalidade, porque é comum que os pais não aceitem falar da doença com os seus filhos ou com os irmãos deles.
- (E) A escala de Lansky já foi muito utilizada para avaliar prognóstico em crianças e elaborar um plano de CP adequado ao estágio da enfermidade, mas atualmente vem perdendo importância.



60

Para a concepção e a prática dos Cuidados Paliativos, a espiritualidade ocupa lugar de extrema importância. Entretanto, todos nós experimentamos bastante dificuldade em definir o que é espiritualidade e, muitas vezes, até mesmo de experienciá-la na prática diária. Em relação a este componente da oferta de CP, assinale a alternativa correta.

- (A) Espiritualidade e religiosidade se assemelham muitas vezes, carregam valores semelhantes, se apropriam de símbolos comuns, mas têm pelo menos uma distinção importante: a religião busca o Sagrado de forma coletiva e ritualizada, enquanto que a espiritualidade se constitui em uma busca pelo transcendente, pessoal e sem regras.
- (B) O numinoso é a busca principal da espiritualidade, e significa tudo aquilo que chega ao ser humano através da natureza.
- (C) As diversas religiões, via de regra, acabam por pregar os mesmos valores e exigir dos seus seguidores atitudes semelhantes. Entretanto, há aquelas que são superiores em conduzir o homem à perfeição como o Budismo, por exemplo.
- (D) O Sagrado é algo difícil de definir, mas uma imagem que se aproxima de explicá-lo é “a busca pela felicidade no além-mundo”.
- (E) Transcendente e Sagrado têm significados profundamente distintos, embora às vezes sejam usados como sinônimos.

61

Na prática clínica com doentes e familiares em Cuidados Paliativos, é fundamental que se abordem as questões próprias da espiritualidade ou da religião do paciente. Algumas abordagens são citadas abaixo. Assinale a alternativa correta.

- (A) Dado que a espiritualidade atualmente é vista como o sexto sinal vital, um grande número de hospitais ou de Hospícios aponta, no prontuário da enfermagem, o local para se escrever como está diariamente o doente em relação à sua religião.
- (B) A abordagem da espiritualidade pode e deve ser feita por qualquer membro da equipe multiprofissional, à exceção de situações mais complexas que devem ser conduzidas pelo capelão ou o sacerdote da religião do doente.
- (C) Os hospitais se esforçam para permitir às famílias dos moribundos o cumprimento dos rituais religiosos próprios. É regra, na quase totalidade dos hospitais hoje em dia, a permissão para que a enfermagem não toque o corpo do morto por 6h, no caso de budistas.
- (D) A conexão com o espiritual só pode ser feita se estivermos totalmente presentes no aqui e agora, sendo então imperiosa a prática da meditação para se alcançar essa finalidade.
- (E) A espiritualidade conecta o ser humano a si mesmo, ao outro e à natureza, sendo esta última conexão a mais importante e transformadora.

62

Em Cuidados Paliativos, a utilização de escalas de desempenho ou de atividades diárias tem grande importância no traçado dos planos de cuidados ou do estabelecimento de prognóstico. Originalmente a maioria das escalas foi desenvolvida para pacientes oncológicos, mas podem ser adaptadas para qualquer outro doente. Em relação a essas Escalas de Desempenho em Cuidados Paliativos, aponte a alternativa correta.

- (A) São escalas com valor prognóstico a ECS, a PaP e o PPI. Nenhuma delas se utiliza do julgamento do profissional, eliminando assim a chance de subjetividade.
- (B) A pontuação do PPI varia de 0 a 15, sendo que índices maiores do que 6 estimam sobrevida inferior a 3 semanas e menores do que 4, sobrevida maior do que seis semanas.
- (C) A Escala PPS, bastante conhecida, estima prognóstico com razoável nível de confiança, mas não auxilia na identificação de declínio do doente.
- (D) As escalas, embora muito úteis na avaliação de estado clínico, não devem ser usadas com muita frequência, ou falseiam a percepção da evolução do doente.
- (E) A Escala de Edmonton pode ser preenchida pelo próprio doente. Embora bastante criteriosa, falha em quantificar sintomas como cansaço, depressão, ansiedade, por exemplo.

63

Quando ocorrem grandes tragédias, sejam por acidentes ou por doenças, há uma quantidade exacerbada de manifestações de luto, durante e após os eventos. É por isso que se formou em todo o mundo, nos últimos anos, um grupo de especialistas em luto complicado consequente a grandes tragédias. Em relação a este tipo particular de vivência de luto, assinale a alternativa correta.

- (A) Esses grupos de apoio são formados apenas por psicólogos, que são os profissionais de saúde mais afeitos a esse tipo de abordagem.
- (B) Médicos não são recrutados para esses grupos de apoio, por não se tratar de doença física o que vai ser tratado.
- (C) Geralmente esses grupos se formam espontaneamente, até antes de serem convocados, e se apresentam para uma ação humanitária. São compostos de vários profissionais (não só da saúde), e acompanham por bastante tempo os envolvidos.
- (D) O Brasil, infelizmente, é um dos poucos países que não tem ainda nenhum grupo profissional com experiência em luto posterior a desastre.
- (E) O resultado das ações de cuidado com o luto é mínimo, apesar de todo o esforço investido. As necessidades são muito grandes e diversificadas, e os recursos são sempre precários.



64

As questões da espiritualidade e/ou religiosidade precisam compor a anamnese do paciente, tão logo ele seja colocado aos nossos cuidados de paliativistas. Existem ferramentas elaboradas para esse propósito. As mais utilizadas são FICA e HOPE. Assinale a alternativa correta.

- (A) As escalas utilizadas para a investigação da religião que segue o doente vêm sendo bastante questionadas na atualidade, porque se diz que basta apenas fazer a pergunta: “Qual é a sua religião?”.
- (B) FICA e HOPE são as duas escalas mais utilizadas, apenas uma delas investiga corretamente os valores religiosos do doente.
- (C) FICA e HOPE são as siglas mnemônicas das ferramentas mais comumente utilizadas na abordagem dos doentes quanto à sua espiritualidade, e investigam também a religião que eventualmente professa o doente.
- (D) Nenhuma das duas ferramentas investiga a forma como a equipe deve abordar a religião do doente; essa pergunta, então, deve ser feita à parte.
- (E) A espiritualidade deve ser abordada apenas por um membro da equipe, o capelão, porque o ideal é que o menor número possível de pessoas entre na intimidade do doente.

65

Paciente M.H.L., homem, 60 anos, casado, 3 filhos adultos, internado há uma hora na Oncologia por câncer de bexiga metastático, com dispneia intensa, obstipado há seis dias, torporoso, delirium hiperativo intermitente, anoréxico e apresentando dor de difícil controle há dias. A família diz que há duas semanas ele estava bem, quando piorou gradativamente. O médico assistente inicia a terapêutica de base e pede a presença da equipe de CP para a construção do plano de cuidados conjunto. Assinale a alternativa que apresenta a correta recomendação do médico paliativista.

- (A) CP complementares para alívio dos sintomas, em conjunto com a quimioterapia em curso.
- (B) CP predominantes. A transferência para UTI deve ser ponderada, levando-se em consideração as condições potencialmente reversíveis, podendo ser definido junto à família o limite dos esforços terapêuticos.
- (C) CP precoces porque o paciente é portador de doença que ameaça a vida e apresenta baixa performance funcional (KPS ou PPS maior que 40%), sendo identificada irreversibilidade da doença, com prognóstico de poucos dias a semanas.
- (D) CP exclusivos porque o doente piorou subitamente, e chegou ao hospital com múltiplos sintomas. Paliados os sintomas, o oncologista poderá instituir a quimioterapia paliativa.
- (E) CP exclusivos porque o paciente encontra-se em fase de terminalidade, com KPS menor que 20% e declínio rápido do estado geral. Devem-se suspender todas as medicações em uso, exceto as de conforto, porque o prognóstico é de poucos dias a horas.

66

A religiosidade pode estar presente em todas as situações em que pessoas fragilizadas precisam de cuidados, desde que a religião costuma ser um forte elo de ligação com a esperança. Em relação à religião, assinale a afirmativa correta.

- (A) No Brasil, dado o alto índice de sincretismo religioso, é muito difícil oferecer apoio religioso aos doentes, porque é difícil definir a religião das pessoas quando estas se recusam a explicitá-la.
- (B) O medo do desconhecido que a proximidade da morte traz não é passível de conforto, porque nenhum religião responde, sem deixar qualquer dúvida, à pergunta terrível: “O que vai acontecer comigo quando eu não estiver mais vivo?”
- (C) Se todos os seres humanos tivessem uma experiência de quase morte (EQM), não haveria mais necessidade da religião, porque todos saberiam que o “lado de lá” é o paraíso que todos buscamos.
- (D) Rituais costumam ser necessários à vida porque marcam e dão destaque e importância a fatos significativos da existência. Quando esses se referem a experiências extremas, como a morte, revestem-se de significado particularmente importante.
- (E) Rituais funerários, desde os mais antigos aos atuais, servem apenas para que saibamos como os grupamentos humanos lidam com a morte.

67

O indivíduo idoso quase sempre tem uma ou mais doenças crônicas. Entretanto, se ele tem independência funcional para as atividades comuns da vida diária, costuma-se chamá-lo de idoso saudável. Para este caso, assinale a alternativa correta.

- (A) O idoso saudável, embora apresente alguma doença crônica, tem performance bastante alta (KPS maior do que 80%), sendo então elegível para o nível mais leve de CP, ou seja, alguma reabilitação, cuidados com a alimentação, quase nenhuma monitorização.
- (B) Nessa fase é improvável que a morte ocorra em decorrência de sua doença de base. Entretanto, em caso de instabilidade clínica aguda, ele não deve ser encaminhado para UTI e nem receber suporte avançado de vida em caso de parada cardiorrespiratória.
- (C) A prioridade ainda é o tratamento restaurativo, mas o princípio da autonomia do doente é relativo nessa fase, assumindo a família um peso maior nas decisões que interessam a condutas.
- (D) O prognóstico nem sempre pode ser corretamente definido na fase da velhice, porque idosos adoecem e morrem subitamente, mais do que indivíduos de outras faixas etárias.
- (E) Ainda que o idoso seja saudável, o prognóstico das doenças crônicas mais prevalentes nessa faixa de idade é bastante reservado.



68

Um paciente (R.S.M.) masculino com 72 anos é viúvo, aposentado, espírita, portador de doença de Parkinson avançada, totalmente dependente para atividades básicas de vida diária (AVD), acamado, com disfagia grave, em uso de Gastrostomia há 2 anos. Recebe apoio de 3 filhas que se revezam nos cuidados com o paciente. Função renal preservada e com dispneia de difícil controle clínico, apesar do escalonamento para antibiótico de amplo espectro. Encontra-se internado em enfermaria de Cuidados Paliativos e com a terminalidade estabelecida. Apesar do entendimento do processo de finitude do pai, as filhas ainda se mostram resistentes ao uso de morfina 10 mg/24h em infusão contínua para controle de dispneia grave. Em relação à adesão ao tratamento, assinale a alternativa correta.

- (A) Explicar os prós e contras do tratamento e esclarecer que nem todas as expectativas deverão ser alcançadas, torna-se uma intervenção pouco efetiva no processo de adesão. Pacientes e familiares têm muita dificuldade em aceitar o que parecem ser as indefinições da medicina.
- (B) No manejo de opioides no final da vida, o uso de doses menores e a titulação de dose faz parte da rotina da ação do médico e não interfere no processo de adesão da família.
- (C) A adesão ou não ao tratamento por parte do doente e dos familiares depende muito mais de questões inconscientes de ambos, bem como do relacionamento entre eles, e não de qualquer atitude da equipe.
- (D) No manejo da dispneia no final da vida, o esclarecimento sobre os benefícios e necessidades de uso de opioides é fundamental para garantir a compreensão e aderência da família.
- (E) Ao contrário do que se acreditava em CP, envolver o paciente ou sua família no processo de tomada de decisão não interfere na melhora da adesão ao tratamento. Família e doente sentem-se mais confortáveis delegando essas decisões ao médico.

69

M.D.S., 48 anos, professor de escola fundamental, 2 filhos com 16 e 21 anos, perdeu a esposa durante a fase mais grave da recente pandemia de COVID. Eram casados há 24 anos e muito unidos. Moravam anteriormente em uma cidade grande e um ano antes do falecimento da esposa tinham se mudado para uma cidade menor, onde o filho mais velho cursava ensino superior. A esposa sentiu-se febril e nauseada durante um dia inteiro, e eles resolveram ir ao hospital da cidade, apesar do medo de contágio. No PS a esposa testou negativo para COVID-19, mas mesmo assim foi internada. Não lhe disseram sobre o diagnóstico e nem sobre o motivo da internação. Três dias depois, ela faleceu sem que ele tivesse sido comunicado da piora, sem que tivesse podido vê-la ou sequer falado com ela. Como era a regra na época, o caixão foi fechado e levado diretamente ao cemitério, sem que o esposo ou os filhos tenham podido vê-la. Passados quase três anos, o esposo ainda chora e se lamenta diariamente pela falta que faz a esposa, enquanto os filhos voltaram às suas

atividades rotineiras, em aparente aceitação da perda da mãe. Com base nessas informações, assinale a alternativa correta.

- (A) Idades diferentes e vínculos distintos fizeram com que a vivência do luto para cada um dos três fosse bastante diferente, como esperado.
- (B) Ao luto do esposo dá-se o nome de luto patológico.
- (C) O esposo, na verdade, está em depressão, e não mais em luto. É uma temeridade que ele não esteja medicado, pelo alto risco de suicídio que a depressão evoca.
- (D) Como o casal se dava muito bem, era esperado que o esposo sofresse muito. O fato de não ter recebido informação adequada e não ter podido se despedir da esposa não altera em nada a intensidade ou a duração da dor.
- (E) Os filhos, por serem jovens, sofreram muito menos e deixaram de sofrer bem antes do que o pai, mais velho.

70

Quando uma criança adoce gravemente, na maioria das vezes a família sofre um terrível abalo. É comum também que, nessa situação, os irmãos do enfermo se sintam pouco cuidados pelos pais nas suas necessidades habituais. Todos os que são próximos têm que lidar com o choque de uma situação antinatural (filhos não devem morrer antes dos pais). Sendo assim, a comunicação com a família de uma criança afetada por uma doença ameaçadora da vida muitas vezes torna-se mais complexa do que quando o doente é um adulto ou um idoso. Assinale a alternativa correta.

- (A) Até os 6 a 7 anos a criança vive no mundo da fantasia. Portanto, frases como “você vai para um hospital lá no céu” para anunciar a morte próxima, são mais indicadas e caridosas do que apresentar-lhe a realidade crua da morte.
- (B) Recomenda-se que até que a criança tenha mais de 7 anos, não se revele a sua condição de saúde e muito menos a aproximação da morte. Ela ainda não tem recursos para lidar com a dor emocional antes dos 7 anos.
- (C) Com crianças, sabe-se que o modo de transmitir uma notícia é mais importante do que a notícia em si. Portanto, brincar pode ser uma forma muito eficaz de se comunicar com uma criança pequena. Adultos muitas vezes se surpreendem com a naturalidade com que crianças aceitam a doença e até a proximidade da morte.
- (D) É desastoso envolver os irmãos de uma criança gravemente doente nas notícias dadas à família, porque isso comprometeria bastante a vivência do luto nesses irmãos.
- (E) Os pais têm que ser os primeiros a revelarem a uma criança a proximidade da morte, porque é neles que a criança confia. Nesse momento a equipe deve se distanciar para que os pais sozinhos deem conta da tarefa.



QUESTÕES DISSERTATIVAS

QUESTÃO 01

Você é um(a) médico(a) paliativista na equipe de Cuidados Paliativos (CP) de um hospital na sua cidade, e sua equipe recebe o Sr. José Eleutério, 62 anos, portador de câncer de cabeça de pâncreas, casado há 40 anos com D. Diva e pai de 5 filhos (2 mulheres e 3 homens). As duas mulheres e 2 dos homens têm 3 filhos cada, e o caçula é solteiro. O Sr. José e a esposa, ambos aposentados, cuidaram de 3 dos 12 netos durante um longo tempo para que os pais trabalhassem. A vida familiar, embora simples, tem sido harmoniosa e feliz para todos. Os filhos sempre foram muito presentes e são muito amorosos. Há alguns anos o Sr. José teve câncer de próstata diagnosticado em estágio inicial (T2) e este optou na época por prostatectomia total, embora a conduta pudesse ter sido menos radical. A razão alegada foi que qualidade de vida para ele era fundamental, e ele não gostaria de enfrentar uma recidiva. O médico o alertou sobre a possibilidade de impotência na época, mas ele mantinha uma esperança quase “mística” de que ele seria um dos raros pacientes em quem a impotência seria revertida. Não foi, e certamente afetou bastante a sua qualidade de vida, mas ele nunca fez qualquer comentário com você, desde que se conheceram.

O colega oncologista que lhe encaminhou o paciente escreveu: “Paciente sem queixas até há 4 meses, quando percebeu icterícia e queda do estado geral. Em investigação clínica recebeu o diagnóstico de adenocarcinoma de cabeça de pâncreas avançado com compressão de vias biliares. Foi submetido a drenagem transparietohepática e biópsia. Visto que o paciente não apresenta performance para tratamento quimioterápico, solicito encaminhamento aos Cuidados Paliativos”.

A equipe decide por acompanhamento domiciliar. Desde o início do quadro atual, a família insiste em não contar a verdade sobre o diagnóstico a ele, alegando que enfrentar um câncer pela segunda vez seria demais e que ele certamente entraria em depressão, com risco de perda da esperança necessária para enfrentar a doença. Além do mais, embora a doença esteja avançada, o Sr. José tem muito poucos sintomas, e imagina que fará, logo que os exames pré-operatórios estejam prontos, uma cirurgia para retirada da vesícula calculosa, conforme lhe disse o oncologista.

Você, em concordância com a equipe, insiste que a verdade deve ser dita ao Sr. José, para que ele tenha possibilidade de tomar decisões sobre o seu fim de vida, fazer despedidas importantes etc. Todos na família sabem que ele tem um irmão muito querido com quem se desentendeu há anos (já não se falam há cerca de 15 anos).

A família, ainda relutante, aceita os argumentos da equipe e se reúne para a conversa mais difícil que todos já tiveram com o Sr. José, e você intermedeia essa conversa. Ela transcorre muito calmamente, o que surpreende a todos, e o Sr. José permanece aparentemente tranquilo pelos próximos dias. Num domingo à noite, já se preparando para dormir, o Sr. José diz à esposa que quer ver a mãe e o irmão com quem não fala há anos, antes de morrer. Eles moram em uma cidade distante cerca de 3 horas de casa.

No dia seguinte, reúnem-se os filhos, a esposa e 3 membros da sua equipe de CP para pensarem juntos sobre a viagem (o Sr. José insiste em ir vê-los, sozinho). Várias ponderações depois, decide-se pela possibilidade da viagem. Você é francamente favorável a que ele vá sozinho, desde que passe relativamente bem.

No dia seguinte ele toma um ônibus e, quando chega à cidade do irmão e da mãe, tranquiliza a família, dizendo que chegou bem. Passa com eles a tarde daquele dia, reconcilia-se com o irmão, e vai dormir por volta de 11h da noite. O irmão ainda fica algum tempo com a mãe, que se encontra muito abalada. O relógio marca meia noite quando ambos ouvem um ruído alto, parecendo um tiro. Entram no quarto a tempo de verem o Sr. José morrer.

Considerando essa situação hipotética, pode-se especular que se o Sr. José não tivesse viajado, tendo permanecido junto à família e recebendo a visita da mãe e do irmão, essa tragédia pudesse ter sido evitada. O que pode ser dito das atitudes e decisões da equipe médica, da família e do Sr. José?

QUESTÃO 02

Paciente J.O., 65 anos, masculino, casado, pai de três filhos, dentista, mora com esposa e filha mais nova na cidade de Osasco, grande São Paulo.

- **História do adoecimento:** em novembro de 2020 iniciou quadro de dor perianal, procurou o proctologista que encontrou uma lesão em reto baixo e indicou uma biópsia após tratamento para fissura perianal não ter funcionado. Anatomopatológico: adenocarcinoma de canal anal. Realizou cirurgia em abril de 2021, com exérese do tumor e confecção de colostomia. Proposta de radioterapia e quimioterapia que foram realizadas até agosto de 2022. Recidiva da doença em agosto de 2022, com lesões perineais em subcutâneo. Reinício de quimioterapia imediato. Em janeiro de 2023 exame de PET SCAN diagnosticou lesões sugestivas de metástases em coluna cervical e lombar, fígado e pulmões. Em fevereiro de 2023 realizou radioterapia em coluna cervical e lombar. Recebeu o primeiro atendimento da equipe de Cuidados Paliativos em março de 2023 enquanto aguardava liberação judicial de nova linha de tratamento antineoplásico.
- **Sintomas físicos relatados:** dores perineais em queimação e ferroadada em região de lesões tumorais que ao exame estavam ulceradas e com sinais de infecção local. Relato de dor cervical e lombar que o impedem de ficar em pé por períodos maiores que



5 minutos. Fica deitado a maior parte do tempo, com períodos de confusão mental desde a introdução de nortriptilina pelo oncologista com intuito de tratar sintomas depressivos.

- **Dimensão familiar:** casado há 43 anos, os três filhos são dentistas como ele, uma filha mora em Natal-RN com o genro e 2 filhos, os outros dois filhos trabalham com ele na mesma clínica da família. O filho mais velho trabalha também no serviço oncológico onde o paciente está sendo tratado. Tem um cunhado médico pneumologista que é seu melhor amigo e interfere nas decisões da família e da equipe de cuidados.
- **Dimensão emocional:** simpático, reservado com seus sentimentos, sofre por não poder trabalhar, esconde sua dor da família, humor depressivo.
- **Dimensão social:** autônomo, aposentado com um salário mínimo pelo INSS, casa própria, com dificuldades financeiras por ter diminuído o ritmo de trabalho após o adoecimento.
- **Dimensão espiritual:** ele católico, a esposa evangélica. Não realizam práticas religiosas em casa e não têm conflitos religiosos entre si. Encontra sentido em seu viver no trabalho e no convívio familiar.

Com base nos dados fornecidos, realize um plano de cuidados para o paciente que contemple o tratamento da dor em suas múltiplas dimensões. Justifique todas as suas proposições.

Instruções:

- As respostas devem ser redigidas de acordo com a norma padrão da língua portuguesa.
- Não ultrapasse o espaço de 30 linhas da folha de respostas.
- Em hipótese alguma o candidato deverá se identificar no campo destinado ao preenchimento da questão dissertativa. Receberão nota zero os textos que permitirem, por qualquer modo, a identificação do candidato.



RASCUNHO



Área Saúde DRH 2024
1ª Fase – Objetiva e Dissertativa

0/0

1

1/100

