

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE	
FICHA DE EXPECTATIVA DE RESPOSTA DA PROVA ESCRITA	
Edital nº:	025/2018
Carreira:	(x) MAGISTÉRIO SUPERIOR () MAGISTÉRIO EBTT
Unidade Acadêmica:	ESCOLA MULTICAMPI DE CIÊNCIAS MÉDICAS DO RN
Área de Conhecimento:	INFECTOLOGIA / INTERNATO E RESIDÊNCIA / ENSINO TUTORIAL EM MEDICINA / EDUCAÇÃO NA COMUNIDADE / SEMIOLOGIA E PRÁTICA MÉDICA

CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO PARA TODAS AS QUESTÕES DISCURSIVAS
▪ Clareza e propriedade no uso da linguagem; ▪ Coerência e coesão textual; ▪ Domínio dos conteúdos, evidenciando a compreensão dos temas objeto da prova; ▪ Domínio e precisão no uso de conceitos; ▪ Coerência no desenvolvimento das ideias e capacidade argumentativa.

QUESTÃO 1: Você está no Pronto-Socorro do Hospital de Doenças Infecciosas, discutindo o caso de um paciente HIV positivo, com diagnóstico de meningite, cujo exame do líquido demonstrou presença de elementos fúngicos leveduriformes. O paciente apresenta cefaleia intensa, diplopia e flutuação no nível de consciência. Considerando esse cenário, elabore um plano terapêutico para o caso, justificando a escolha das medicações. **valor (0,00 a 1,50 pts)**

CHAVE DE RESPOSTA :

O candidato deverá elaborar um plano terapêutico que contenha anfotericina B associada a fluocitosina ou fluconazol como medicação de ataque (14 dias ou até negatificação das culturas) seguido por fluconazol 400-800mg/dia por 8-10 semanas, seguido de profilaxia secundária conforme CD4. Punções lombares para alívio da hipertensão intracraniana, TARV deve ser iniciada na 4ª a 6ª semana de tratamento.

QUESTÃO 2: Descreva as manifestações cutâneas associadas a febre de chikungunya **valor (0,00 a 1,00 pts)**

CHAVE DE RESPOSTA :

Fase aguda: O exantema normalmente é macular ou maculopapular, acomete cerca de metade dos doentes e surge normalmente do segundo ao quinto dia após o início da febre. Atinge principalmente o tronco e as extremidades (incluindo palmas e plantas), podendo atingir a face. O prurido está presente em 25% dos pacientes e pode ser generalizado ou apenas localizado na região palmo-plantar. Outras manifestações cutâneas também têm sido relatadas nesta fase: dermatite esfoliativa, lesões vesicobolhosas, hiperpigmentação, fotossensibilidade, lesões

simulando eritema nodoso e úlceras orais,

Fase subaguda: prurido generalizado e exantema maculopapular, além do surgimento de lesões purpúricas, vesiculares e bolhosas. Fase crônica: prurido, exantema e fenômeno de Raynaud.

Hiperpigmentação por fotossensibilidade, dermatoses vesiculobolhosas e ulcerações aftosa-like, são consideradas formas atípicas.

QUESTÃO 3: Considerando a identificação laboratorial, por meio de teste de sensibilidade fenotípico ou genotípico, para as cepas de *M. tuberculosis*, como as resistências as drogas podem ser classificadas e quais grupos de fármacos podem ser utilizados no tratamento dessa condição, conforme o Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil / Ministério da Saúde (2019)? valor (0,00 a 2,00 pts)

CHAVE DE RESPOSTA :

- Monorresistência: resistência a somente um fármaco antituberculose. As monorresistências que são objeto de vigilância e implicam reavaliação para a tomada de decisão quanto ao esquema terapêutico apropriado são as que envolvem a rifampicina e a isoniazida. Outras monorresistências não implicam alterações do esquema terapêutico inicial e não são motivo de vigilância para o país, não devendo ser notificadas no Sistema de Informação de Tratamentos Especiais da Tuberculose (SITE-TB).
- Polirresistência: resistência a dois ou mais fármacos antituberculose, exceto à associação rifampicina e isoniazida. Uma das mais frequentes polirresistências encontradas no Brasil é a que envolve isoniazida e estreptomicina, pelo longo tempo de uso de ambos os fármacos no país.
- Multirresistência (TB MDR): resistência a pelo menos rifampicina e isoniazida, os dois mais importantes fármacos para o tratamento da TB.
- Resistência extensiva (TB XDR): resistência à rifampicina e isoniazida acrescida de resistência a fluoroquinolona (qualquer delas) e aos injetáveis de segunda linha (amicacina, canamicina ou capreomicina).
- Resistência à rifampicina (TB RR): resistência à rifampicina identificada por meio do TRM-TB exclusivamente (ainda sem TS, portanto sem outras resistências conhecidas).

Grupo A:

Fluoroquinolonas: Levofloxacino, Moxifloxacino e Gatifloxacino (não disponível no SUS).

Grupo B:

Injetáveis de segunda linha: Amicacina, Capreomicina e Canamicina (não disponível no Brasil) (Estreptomicina).

Grupo C:

Outros grupos de segunda linha: Etionamida, Protionamida (não disponível no Brasil) Terizidona, Cicloserina (não disponível no Brasil), Linezolida e Clofazimina.

Grupo D: Fármacos adicionais:

D1 Pirazinamida, Etambutol e Isoniazida em altas doses;

D2 Bedaquilina (não disponível no Brasil) Delamanid (não disponível no Brasil);

D3 Ácido paraminossalicílico Imipenem-cilastatina (disponível localmente) Meropenem (disponível localmente)

Amoxicilina + clavulanato de potássio (disponível localmente).

QUESTÃO 4:

Negligenciada, esquistossomose tem transmissão descontrolada no MA

A esquistossomose ou barriga d'água, doença que pode ser erradicada com medidas de saneamento básico, ainda ameaça as cidades da Baixada Maranhense, de acordo com o estudo do infectologista Raimundo Cutrim, do Departamento de Medicina da Universidade Federal do Maranhão (UFMA). O médico doutor em Doenças Tropicais pesquisa as formas de contágio da doença há 30 anos e garante que não há controle da transmissão no Estado.

Sem registros detalhados sobre a enfermidade, o pesquisador recruta acadêmicos periodicamente para realizar atendimento voluntário nas cidades de maior incidência. O G1 acompanhou o grupo em Cururupu e São Bento, no norte maranhense. Em apenas uma manhã, foram diagnosticados 35 novos casos da doença. A Secretaria de Estado de Saúde informou que não há registros em 2015, enquanto o Ministério da Saúde exclui o Maranhão dos Estados que pertencem à área endêmica. Para o pesquisador, há algo errado na conta.

<http://g1.globo.com/ma/maranhao/noticia/2015/07/negligenciada-esquistossomose-tem-transmissao-descontrolada-no-ma.html> (Adaptado)

Segundo dados oficiais, a transmissão da esquistossomose no Rio Grande do Norte ocorre em 22 dos 167 municípios do estado. Em áreas endêmicas, normalmente os indivíduos não desenvolvem a forma aguda da doença, sendo esta forma mais importante e frequente em indivíduos não imunes, residentes em áreas urbanas, que são expostos pela primeira vez à infecção em áreas endêmicas. A esquistossomose aguda cursa com eosinofilia e outros achados imunológicos, com base nisso, descreva quais os achados imunológicos mais marcantes na esquistossomose aguda e quais as consequências clínicas e laboratoriais das alterações imunológicas observadas. Qual o tratamento farmacológico mais indicado nesta fase? Indique como é feito o esquema terapêutico considerando um paciente do sexo masculino, 45 anos e 70kg? **valor (0,00 a 1,50 pts)**

CHAVE DE RESPOSTA:

O candidato deve indicar a relação da elevação de IL-1, IL-6 e TNF- α com as consequências clínicas: febre e astenia. A elevação de TNF- α com a perda de peso e dor abdominal; a produção elevada de IL-4 e IL-5 com a elevação de IgE e eosinofilia, respectivamente. Além disso, relacionar os níveis elevados de complexos imunes circulantes com a pericardite, tosse e dispneia. Deve ser esclarecida as alterações imunológicas e as consequências clínicas e laboratoriais observadas.

Nos pacientes com esquistossomose aguda grave, o tratamento deve ser iniciado com a prednisona (1mg/kg de peso/dia). O paciente recebe o esquistossomicida (oxamniquina ou praziquantel) 24 a 48 horas depois. Na semana seguinte, a dose de corticosteroides é reduzida para 0,5 mg/kg de peso/dia e para 0,25 mg/kg de peso na terceira semana. O uso associado de prednisona aumenta a eficácia terapêutica da oxamniquina, reduz o tempo de internação e a duração dos sinais e sintomas da doença. Com a associação praziquantel-corticoide, ao contrário, há diminuição da eficácia terapêutica. Considerando um homem de 70kg a dose de praziquantel é de 6 comprimidos (50mg/kg) e de

oxaminiquina 04 cápsulas (15mg/kg).

QUESTÃO 5: Tendo como referência os objetivos traçados pelo Projeto Pedagógico do Curso de Medicina Multicampi da UFRN discorra sobre as competências que o médico deverá desenvolver nas dimensões Cognitiva, Psicomotora e Afetivo-atitudinal consideradas essenciais para a prática profissional em Medicina. **valor (0,00 a 2,00 pts)**

CHAVE DE RESPOSTA:

O candidato deverá discorrer sobre os itens 4.1 a 4.3 do PPC que se referem às dimensões citadas. Serão aceitas interseções entre as dimensões presentes no PPC e as Áreas de Competência previstas nas Diretrizes Curriculares Nacionais:

Espera-se que ao final do curso, o formando tenha o domínio das seguintes dimensões visando à aquisição de competências essenciais à prática profissional em Medicina:

4.1 Dimensão Cognitiva:

- a) Ciências Básicas para Medicina, enfatizando como o conhecimento é adquirido, o entendimento dos métodos de pesquisa e a habilidade de avaliar as evidências;
- b) Princípios da prevenção das doenças e da promoção da saúde, considerando o perfil epidemiológico da região;
- c) Determinantes sociais e ambientais e formas de apresentação e enfrentamento das doenças nas diversas faixas etárias, grupos regionais, sociais e culturais;
- d) Etiopatogenia e fisiopatologia das doenças, em termos de processos físicos ou mentais, tais como trauma, inflamação, resposta imune, processos degenerativos, neoplasia, distúrbios metabólicos e doenças genéticas;
- e) Princípios da terapêutica, incluindo condutas nos casos agudos; os mecanismos de ação das drogas, sua prescrição e modos de administração; a assistência dos pacientes com doenças crônicas e portadores de deficiência física; a reabilitação, a assistência institucional e comunitária; o alívio do sofrimento e da dor; assistência ao paciente fora de possibilidades terapêuticas e o processo da morte;
- f) A importância da comunicação, entre o médico e paciente e familiares, e com os profissionais da equipe de saúde envolvidos com a assistência individual e coletiva;
- g) Ética e questões legais pertinentes à prática médica;
- h) Organização, administração e oferta de assistência à saúde, considerando as questões econômicas, políticas, sociais e culturais relacionadas.

4.2 Dimensão Psicomotora:

- a) Raciocínio clínico, envolvendo as habilidades para obter uma história clínica e realizar exame físico

completos, incluindo a avaliação do estado mental, com interpretação dos dados obtidos, avaliação preliminar dos problemas do paciente e formulação de um plano para investigação comprobatória e adoção de conduta adequada;

b) Procedimentos clínicos, incluindo suporte básico e avançado para a manutenção da vida;

c) Habilidades de comunicação na relação médico/paciente/comunidade e no desenvolvimento de práticas educativas em saúde;

d) Habilidades de computação básica aplicada à medicina, incluindo domínio das ferramentas de educação à distância e dos recursos necessários à Educação Permanente.

4.3 Dimensão Afetivo-attitudinal:

a) Respeito aos pacientes e colegas, compreendendo, sem preconceitos, a diversidade de bases culturais e a igualdade, as línguas, a cultura e o modo de vida da população;

b) Reconhecimento dos direitos do paciente em todos os aspectos, em particular a confidencialidade da informação e consentimento informado prévio aos atos médicos;

c) Entendimento do papel ativo/protagonista na aquisição de competências profissionais;

d) Habilidade de lidar com o inesperado e com as situações de urgência;

e) Conscientização sobre as responsabilidades morais e éticas envolvidas na assistência individual ao paciente, bem como a responsabilidade com o provimento da assistência coletiva da saúde;

f) Desenvolvimento da capacidade de auto-avaliação e da participação consciente no processo de avaliação pelos pares;

g) Conhecimento das limitações pessoais, da disposição pessoal de procurar auxílio quando necessário, e a habilidade de trabalhar como membro de uma equipe de saúde;

h) Disposição de utilizar as habilidades profissionais adquiridas no transcorrer do curso para contribuir com a comunidade, alcançada pelo entendimento da medicina preventiva e pelo estímulo à prática da promoção de saúde;

i) Habilidade de se adaptar às mudanças;

j) Conscientização da necessidade de continuidade no desenvolvimento profissional (educação permanente), de maneira a manter um alto padrão de expertise e competência clínica;

k) Aceitação da responsabilidade de contribuir da melhor maneira possível para o avanço do conhecimento médico, de maneira a beneficiar a prática médica e primordialmente a melhora da qualidade da assistência médica para a população.



QUESTÃO 6: Das diversas Metodologias ativas de ensino-aprendizagem, o problem-based learning (PBL), team-based learning (TBL) e o flipped classroom (sala de aula invertida) são as mais adotadas. Escolha uma das metodologias indicadas e descreva como se estrutura, seus usos, suas potencialidades, limitações, o papel do docente e formas de avaliação. valor (0,00 a 2,00 pts)

CHAVE DE RESPOSTA:

Team-based learning ou Aprendizagem baseada em equipe

Organização/estruturação:

Estratégia voltada a grandes grupos de estudantes, até 100, visando obter resultados de trabalho em pequenos grupos de 5 a 7 estudantes, que utilizam o mesmo espaço físico. Espera-se que os estudantes aprendam sobre trabalho colaborativo na medida em que as sessões acontecem, por isso não precisam ter instruções específicas para trabalho em grupo.

Os grupos são constituídos de modo a permitir que realizem a tarefa atribuída, buscando minimizar as barreiras à coesão do grupo, incluindo diversidade na sua composição. Professores devem mesclar os alunos de forma aleatória e equilibrada, buscando a maior diversidade possível e jamais delegando aos estudantes a tarefa de formação dos grupos.

Etapas:

1. Preparação individual (pré-classe);
2. Avaliação da garantia de preparo realizado de maneira individual e depois em grupos. Nesta etapa as atividades desenvolvidas buscam checar e garantir que o estudante está preparado e pronto para resolver testes individualmente, para contribuir com a sua equipe e aplicar os conhecimentos na etapa seguinte do TBL;
3. Aplicação dos conhecimentos adquiridos por meio da resolução de situações problema (casos-clínicos, por exemplo) nas equipes; deve ocupar a maior parte da carga horária.

Usos:

Pode substituir ou complementar um curso desenhado a partir de aulas expositivas e outras metodologias. Objetiva induzir os estudantes à preparação prévia (estudo) para as atividades em classe.

Potencialidades:

contempla as habilidades de comunicação e trabalho colaborativo em equipes, permite a reflexão do aluno na e sobre a prática, o que leva às mudanças de raciocínios prévios.

cria oportunidades para o estudante adquirir e aplicar conhecimento através de uma sequência de atividades que incluem etapas prévias ao encontro com o professor e aquelas por ele acompanhadas

Limitações:

O estudo prévio deve ser garantido para viabilizar o aprendizado.

Os componentes da equipe são, normalmente, os únicos que têm informações suficientes para avaliar com precisão a contribuição do outro.

O feedback frequente e oportuno é melhor alcançado com públicos menores.

Papel Docente:

Professor atua como facilitador para a aprendizagem e deve ser um especialista nos tópicos a serem desenvolvidos,

mas não há necessidade que domine o processo de trabalho em grupo.

Deve evocar experiências e os conhecimentos prévios dos alunos na busca da aprendizagem significativa.

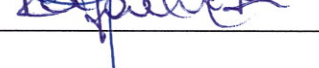
Oferece feedback frequente e oportuno.

Avaliação:

Resultados da atividade precisam estar bem dimensionados desde o início possibilitando a mensuração do desempenho. Pode ser formativa e somativa.

Desempenho individual e também pelo resultado do trabalho em grupo.

Avaliação entre os pares com oportunidade de avaliar as contribuições individuais para o desempenho da equipe.

Assinatura dos Membros da Comissão	1º membro (Presidente):  2º membro:  3º membro: 
---	---