

COMISSÃO DE RESIDÊNCIA MÉDICA – COREME/FAMENE

PROCESSO SELETIVO 2023 – PRIMEIRA FASE

PROVA DE CLÍNICA MÉDICA

1. Um homem de 29 anos, passado de competições de crossfit, deixou de competir há 8 meses devido a lesão importante em músculos da coxa. Ele vem à consulta com a esposa alegando não conseguirem gerar filhos, apesar de relações sexuais frequentes 3x por semana e sem contracepção há 1 ano e seis meses. Suspeitando do uso de esteroides anabolizantes (EAS), qual alternativa está **correta** em relação ao uso de EAS?

- a) A observação do aumento do hematócrito no hemograma rotineiro aumenta a suspeita do abuso de EAS.
- b) Os usuários de EAS possuem a mesma mortalidade da população geral.
- c) O aumento do hormônio luteinizante e a supressão do hormônio folículo estimulante constituem dados indiretos do uso abusivo de EAS.
- d) O aumento do volume testicular é um sinal comum do abuso de EAS.
- e) Os frequentes ensaios clínicos randomizados duplo cegos e as metanálises sobre o uso abusivo de EAS fornecem à comunidade médica muitas informações sobre o tema do uso abusivo de EAS.

2. Mulher de 72 anos de idade com fibrose pulmonar idiopática em estágio terminal. Sua capacidade funcional é 0; está acamada e recebendo assistência domiciliar em regime de *home care*. Utiliza cronicamente oxigênio por cateter nasal, 4l/min., e com saturação de O₂ no sangue arterial de 94%. Ela se queixa de dispneia contínua e intensa que piorou nos últimos 2 meses. Ao exame físico apresenta demais parâmetros normais, exceto uma frequência respiratória de 25 irm. Não há evidência de infecção ou qualquer processo pulmonar agudo. Das intervenções descritas abaixo, qual o primeiro passo razoável na melhora do desconforto dessa paciente?

- a) Salbutamol inalatório e ou xarope.
- b) Codeína.
- c) Aumentar o oxigênio para 8L/min.
- d) Lorazepam.
- e) Morfina nebulizada.

3. Um homem de 55 anos, alcoolista crônico, procura a emergência do Hospital Nova Esperança com queixa de vômitos de sangue. Após análise minuciosa, incluindo lavagem gástrica sem a presença de sangramento ativo, e analisando a cavidade oral em busca de origem do sangramento observamos tratar-se de sangramento gengival significativo, e na pele observamos erupções hemorrágicas perifoliculares em membros inferiores. Ele refere muita astenia, e no seu prontuário consta atendimento anterior com hemartrose evacuado no serviço há 6 meses, desde então sem mais idas ao pronto socorro; nega uso de medicações ou outras comorbidades. O laboratório revela uma contagem de plaquetas de 250 000, uma atividade de protrombina de 100% e um INR de 0,9. Qual a terapêutica recomendada para o caso em questão?

- a) Folato.
- b) Niacina.
- c) Tiamina.
- d) Ácido ascórbico.
- e) Vitamina K.

4. Homem de 44 anos, com dor leve contínua em hipocôndrio esquerdo, não aliviada por analgésicos comuns, associada à queimação epigástrica importante, sem melhora após medidas higiênico-dietéticas e antiácidos há 2 anos. Há 8 meses apresenta lesões úlcero-crostosas, eritematosas em lábios e ulceradas em mucosa jugal, dolorosas, sangrantes e máculas eritematosas que evoluíram rapidamente para lesões úlcero-crostosas, eritematosas, não pruriginosas, não dolorosas, não sangrantes, difusas em face, pescoço e membros superiores, piores em áreas expostas ao sol. Nenhum antecedente familiar, social, patológico ou laboral relevante, sem história de alergias ou atopia. Exame físico: normocorado, baço palpável a 5cm da borda costal esquerda, ausência de linfonodomegalia e lesões mucocutâneas já descritas. Hemograma: hemoglobina 10 mg/dL, leucócitos $18,2 \times 10^9$ /L, eosinófilos $9,1 \times 10^9$ /L (sem anormalidades morfológicas), plaquetas 177×10^9 /L. Desidrogenase láctica, ferritina, albumina, vitamina B12 e IgE séricas normais. Sorologias para HIV e hepatites virais, provas reumatológicas e inflamatórias negativas. Pesquisas negativas para ovos e parasitas nas fezes, com persistência da eosinofilia após cursos de albendazol e ivermectina. Ecodopplercardiograma com espessamento mitral, ultrassonografia abdominal com esplenomegalia homogênea (16 cm) e tomografias (tórax/abdome) sem achados relevantes. Endoscopia digestiva demonstrou gastrite enantematosa leve e biópsia de mucosa gástrica com gastrite crônica moderada, sem evidência de infecção pelo *helicobacter pilory*. Biópsia de pele com ectasia vascular inespecífica e biópsia de mucosa jugal com ulceração mucosa e infiltrado coriônico difuso por mononucleares, neutrófilos e eosinófilos. Aspirado MO: hipercelular, relação G/E: 5/1, série granulocítica hipercelular, com escalonamento maturativo preservado (blastos 2%) e presença de eosinofilia (30%). Biópsia MO: celularidade 100%, 90% da qual representada por eosinófilos e precursores. Cariótipo MO (banda G): 46, XY em 20 metáfases. Pesquisa BCR-ABL (RT-PCR): negativa. Hibridação *in situ* por fluorescência (FISH) para anormalidade de CHIC2, testado com sonda 4q12 (FIP1L1, CHIC2, PDGFR α): 85.5% núcleos com um sinal CHIC2, dois sinais FIP1L1 e PDGFR α em 200 célula. Iniciado tratamento com imatinibe, 100 mg/dia, com resolução das dermatoses das queixas gastrointestinais após 15 dias e desaparecimento dos sinais de esplenomegalia após 30 dias de tratamento. Com base no caso descrito acima, qual a alternativa **correta**?

- a) O diagnóstico dessa patologia não requer exclusão de outras causas de eosinofilia.
- b) A apresentação é clássica com esplenomegalia presente em mais de 90% dos casos.
- c) Manifestações cutâneas com as descritas são raras e acometem menos de 10% dos casos.
- d) A fisiopatologia dessa condição é à custa de vasculite na microcirculação e depósitos de eosinófilos nas paredes vasculares.
- e) A maior causa de morbimortalidade é a cardiopatia, que acontece em até 50% dos casos.

5. Homem, 35 anos, tabagista, procurou pronto-socorro com queixa de dor torácica típica de Síndrome Coronariana Aguda (SCA), sem história de pródromos virais associados. Exame físico sem alterações. Eletrocardiograma (ECG) com inversão de onda T em toda parede anterior. Troponina elevada. Submetido à estratificação invasiva com cineangiocoronariografia, com achado de coronárias normais. A Ressonância Nuclear Magnética (RNM) cardíaca mostrou hipertrofia medioapical com maior espessura de 14mm e edema miocárdio nas sequências ponderadas de T2 em segmentos ântero-lateral anterior, anterosseptal e inferosseptal médios e segmentos anterior e septal apicais. Nestas mesmas paredes, observado realce tardio mesocárdico. Na ocasião é orientado o uso de betabloqueador, restrição de atividade física intensa e pesquisa de familiares. Dois anos após, em atendimento ambulatorial, seu ECG era normal, feita uma nova RNM, que evidenciou ausência de sinais sugestivos de hipertrofia miocárdica; presença de fibrose mesocárdica acometendo os segmentos inferior e inferolateral basais; ausência de edema. Com base no caso descrito acima qual a alternativa **correta**?

- a) Trata-se de miocardiopatia hipertrófica com melhora clínica e na imagem após medidas recomendadas.
- b) O cardiodesfibrilador implantável é recomendado pelo risco de arritmias e morte súbita.
- c) Displasia arritmogênica de ventrículo direito é a principal hipótese diagnóstica.
- d) Miocardite é um provável diagnóstico, já que apresentou melhora com seguimento.
- e) Amiloidose miocárdica é provável pelo espessamento das paredes por provável depósito de substância amiloide.

6. Uma mulher moradora de rua da grande São Paulo foi resgatada para uma hospital após uma noite fria e verificação de que seu pé esquerdo está entorpecido e parecer como “morto”. Ao exame, o pé apresenta vesículas hemorrágicas distribuídas em toda região distal do pé até o tornozelo. O pé está frio e perdeu a sensibilidade à dor ou à temperatura. O pé direito está hiperemiado, mas não apresenta vesículas e sua sensibilidade está normal. O restante do exame físico está dentro da normalidade.

Qual alternativa traz a afirmação **correta** em relação ao tratamento desse distúrbio?

- a) Não se deve tentar o reaquecimento ativo do pé.
- b) Uma dor intensa será antecipada durante o período de reaquecimento e precisará de narcóticos.
- c) Foi constatada que a heparina melhora os desfechos nesse distúrbio.
- d) Amputação imediata está indicada.
- e) A sensação normal tende a voltar totalmente com o reaquecimento.

7. Uma mulher de 40 anos de idade é levada à emergência por rebaixamento do nível de consciência. Foi submetida a histerectomia há 2 dias e prescrito oxicodona oral para alívio da dor. O familiar refere que ela usou o suprimento de 1 semana do medicamento num único dia. Ele nega crises convulsivas, comorbidades e uso de outras substâncias. Ao exame: afebril ao toque, pressão arterial 120 x 80 mmHg, frequência cardíaca de 70 bpm, frequência respiratória de 5 incursões por minuto, a saturação de O₂ no sangue arterial é de 84% em ar ambiente. Resposta muito fraca a estímulos dolorosos, mas sem déficits focais com movimentos preservados em todos os membros.

Qual terapêutica abaixo é capaz de melhorar a alteração da consciência da paciente?

- a) Etanol.
- b) Piridoxina.
- c) Flumazenil.
- d) N acetilcisteína.
- e) Naloxona.

8. Paciente do sexo masculino, 60 anos, pardo, portador de fibrilação atrial, em uso de rivaroxabana 20mg/dia, com antecedente de derrame pericárdico importante com realização de janela pericárdica 03 meses antes da atual internação, com drenagem de líquido citrino gelatinoso, que após análise bioquímica revelou tratar-se de um transudato. Apresentou quadro de desorientação e alteração do nível de consciência, sendo internado para investigação. À anamnese, paciente apresentava sintomas inespecíficos, como fadiga, insônia, labilidade emocional e indisposição para realização de atividades diárias. Ao exame físico, paciente euvolêmica, sem alterações evidentes. Nos exames admissionais, evidenciado sódio sérico de 119 mg/d (135-145), com resposta sintomática parcial à reposição de salina hipertônica a 3%. Na tomografia de crânio, sem sinais sugestivos de acidente vascular encefálico (AVC), somente evidenciado sinais de manipulação prévia cirúrgica com alterações na calota craniana adjacente devido a cirurgia para retirada de tumor benigno, o qual não soube especificar, há 18 anos. Durante internação, manteve os sintomas inespecíficos, sem alteração do nível de consciência, com hiponatremia mantida apesar da restrição hídrica. Na investigação laboratorial, anemia normocrômica e normocítica, leve eosinofilia, sódio sérico variando entre 121-129 mg/dl, TGP 21 e TGO 36, sem alteração na função renal, potássio limite superior da normalidade, sendo encontrado TSH 4.0 mg/dl (0,5-5,5) e T4L 0.21 mg/dl (0,6-1,9), cortisol matinal 2.4 mcg/dl (5-23), testosterona total de 23.8 mg/dl (300-800). Na ressonância magnética de crânio, apresentando glândula hipofisária de volume bastante reduzida, notando-se insinuação da cisterna supra selar na sela turca, determinando compressão da hipófise contra o assoalho da sela.

Com base no caso, qual a alternativa com a resposta **correta**?

- a) Paciente deverá repetir os exames pois não existe explicação para essa correlação TSH e T4 livre.
- b) Trata-se de um pan-hipopituitarismo secundários a uma sela vazia, e a hiponatremia poderá ser explicada tanto pelo hipotireoidismo central como pelo hipocortisolismo.
- c) Hiponatremia é secundária à doença neoplasia recidivante em sela túrcica.
- d) O derrame pericárdico e a hiponatremia são secundários a um quadro de insuficiência cardíaca congestiva.
- e) O tumor benigno operado no passado tratava-se de um prolactinoma, pois é o adenoma benigno mais comum e a cirurgia é a terapêutica de escolha.

9. Paciente do sexo masculino de 62 anos de idade, hipertenso e dislipidêmico, chega ao serviço de emergência do Hospital Nova Esperança com dor torácica; surgiu no repouso e já dura mais de 1 hora. A dor é retroesternal com irradiação para ambos os ombros. A dor é descrita como pressão difusa, associada também a náusea e sudorese fria. Um fator de melhora da dor é se encolher em decúbito lateral esquerdo. Ao exame físico é observado a diaforese, frequência cardíaca de 105 bpm, pressão arterial 150x 88 mmHg. Com base na história do paciente, qual dado tem **menos** correlação com síndrome coronariana aguda?

- a) Sudorese.
- b) Náusea.
- c) Melhora com decúbito lateral esquerdo.
- d) Dor retroesternal e como pressão difusa.
- e) Irradiação para ambos os ombros.

10. Paciente de 40 anos de idade, sexo masculino, com doença de Crohn, em uso de infliximab nos últimos 6 meses. Chega em ambulatório do Centro de Saúde Nova Esperança no meio do ano com tosse persistente e febre de 38,4°C. Ele refere não ter feito imunização contra influenza no corrente ano. Em relação à abordagem da febre nesse paciente, qual a afirmativa **verdadeira**?

- a) Paciente possuía PPD negativo antes do infliximab, mesmo assim, deve-se considerar tuberculose ativa como causa da febre e tosse.
- b) Devido à época do ano e na ausência de imunização deve-se pensar em infecção viral de vias aéreas.
- c) É rara a associação entre febre com infecção e uso de infliximab.
- d) É prudente evitar antitérmicos nesses casos, existem evidências de que a febre atua como adjuvante no sistema imune, e os antipiréticos retardam a resolução de infecções virais e bacterianas.
- e) A dosagem da interleucina 1 seria importante para determinar se a febre é de etiologia infecciosa.

11. Uma mulher de 22 anos portadora de diabetes desde os 10 anos queixa-se de fadiga progressiva há 1 mês. Durante os últimos 10 dias, ela também tem apresentado febre, náusea e diarreia. Os exames laboratoriais mostram hematócrito de 44%, sódio de 122 mEq/L, potássio de 5,5 mEq/L, cloreto de 98 mEq/L, bicarbonato de 20 mEq/L, glucose de 105 mg/dl e corpos cetônicos na urina +. O exame físico deverá mostrar

- a) xantomas eruptivos.
- b) hiperpigmentação de mucosas.
- c) acantose nigricans.
- d) hálito cetônico.
- e) baixa estatura e ausência de caracteres sexuais secundários.

12. Paciente de 22 anos de idade, sexo feminino, apresenta história prévia de crises convulsivas, com o primeiro episódio em setembro de 2021. Em janeiro de 2022 iniciou o uso contínuo de carbamazepina via oral. Em 07 de fevereiro do mesmo ano deu entrada no pronto socorro apresentando mal estado geral, com dificuldade em falar, trazida em cadeira de rodas, febre de 39°C, linfadenomegalia dolorosa, icterícia (++)/4, edema generalizado e exantemas por todo o corpo com descamação precoce. O hemograma traz contagem de leucócitos: neutrófilos 72%, linfócitos 10%, eosinófilos 17%, monócitos 1% e nenhum basófilo.

Qual o diagnóstico mais provável?

- a) Reação medicamentosa com eosinofilia e sintomas sistêmicos (DRESS).
- b) Linfoma de Hodgkin eosinofílica com síndrome de Sweet.
- c) Eritema multiforme.
- d) Síndrome do choque tóxico estafilocócica.
- e) Síndrome de Stevens-Johnson.

13. Um paciente de 50 anos, sexo masculino, veio para consulta com queixa de febre e perda de peso. Os sintomas surgiram há 3 meses, a febre é diária e os valores chegam a 39,4° C com sudorese noturna, fadiga intensa e perda de 22kg no período. Nega exposição a pacientes com alguma doença, nega histórico de viagens, única parceira sexual há 25 anos, nega transfusões sanguíneas. Ao exame não foi identificado nada relevante. No laboratório revelou leucócitos 15 700/ μ L, com 80% de polimorfonucleados, 15% linfócitos, 3% eosinófilos e 2% monócitos e níveis de cálcio de 11,2 g/dl (8, 8-10, 4). O esfregaço do sangue periférico é normal e o VHS é de 57 mm/h. O painel reumatológico é normal, o nível de ferritina é de 550 ng/ml. Função hepática e renal sem anormalidades. Eletroforese de proteínas séricas demonstra gamopatia policlonal. Os testes para vírus HIV, hepatite B, hepatite C, Epstein-Barr e citomegalovírus foram negativos. O antígeno urinário de Histoplasma é negativo. As hemoculturas colhidas na hora da febre em 3 amostras, radiografia do tórax e PPD foram todos negativos. A tomografia de tórax, abdômen e pelve revelam aumento limítrofe de linfonodos no abdômen e retroperitônio de 1,3cm.

Qual deve ser e o melhor passo seguinte na investigação desse caso?

- a) Tratamento empírico com corticosteroides em dose imunossupressora.
- b) Tratamento empírico para *Mycobacterium tuberculosis*.
- c) Punção biópsia por agulha dos linfonodos aumentados.
- d) Tomografia por emissão de pósitrons (PET)-TC.
- e) Dosar níveis séricos de enzima conversora de angiotensina.

14. Uma mulher de 60 anos, diabética, obesa, hipertensa e tabagista queixa-se de tontura. Os sintomas começaram subitamente há 12 horas e persistem apesar de uma boa noite de sono. A tontura é descrita como vertiginosa, constante e leve. Nega perda auditiva, zumbido, sensação de plenitude auricular e exantema. Não se observa sacada corretiva bilateralmente no teste de impulso da cabeça. A manobra de Dix-Hallpike exacerba a tontura. Não observamos nenhum nistagmo.

Qual passo mais apropriado para o diagnóstico e tratamento desse caso?

- a) Ressonância nuclear magnética de cérebro.
- b) Teste calórico.
- c) Manobra de Epley.
- d) Iniciar betaistina.
- e) Iniciar prenisolona.

15. Um homem de 48 anos de idade procura ambulatório de clínica médica no Centro de Saúde Nova Esperança com queixa de fraqueza progressiva há 6 meses. Relata tropeçar com os dedos dos pés enquanto caminha; em certa ocasião deixou cair um copo cheio de água por se sentir muito fraco para tolerar o peso dele. Suspeitamos de um distúrbio acometendo o neurônio motor inferior.

Dos achados abaixo, qual deles não possui uma manifestação de acometimento de neurônio motor inferior?

- a) Diminuição do tônus muscular.
- b) Fraqueza distal maior que a proximal.
- c) Fasciculações.
- d) Reflexos tendíneos negativos.
- e) Atrofia muscular grave.

16. Um homem de 60 anos de idade chega ao ambulatório de cardiologia do Hospital Nova Esperança com queixa de dor torácica ao esforço moderado e dispnéia leve quando sobe ladeiras. Ao exame verificamos sopro messossistólico. Após ausculta cuidadosa temos certeza de trata-se de sopro estenose aórtica ou da forma obstrutiva de miocardiopatia hipertrófica.

Qual manobra está adequadamente associada a achado clínico que sugere que esse sopro é devido à miocardiopatia hipertrófica obstrutiva, em oposição à estenose de valva aórtica?

- a) Manobra de prensão da mão – diminuição da intensidade do sopro.
- b) Iniciar a administração venosa de milrinona – aumento do sopro sistólico.
- c) Palpação de pulso carotídeo – pulso carotídeo diminuído e tardio.
- d) Agachamento – aumento da intensidade do sopro.
- e) Manobra de valsava – aumento da intensidade do sopro.

17. Uma mulher de 63 anos de idade chega à emergência do Hospital Nova Esperança com história de diarreia há 4 dias de duração. Ao exame físico ela apresenta taquicardia leve, mucosas secas. No laboratório, o nível de sódio é de 132 mEq/L (135-145), e a concentração de sódio urinário está indetectavelmente baixa.

Qual a conduta na correção da hiponatremia dessa paciente?

- a) Prescrever furosemida para promover perda de água livre.
- b) Prescrever hidroclorotiazida para promover perda de água livre.
- c) Prescrever hidratação venosa para reduzir os níveis séricos de hormônio antidiurético (ADH) e possibilitar uma diurese aquosa livre.
- d) Prescrever terapia com tolvaptana com antagonista do ADH.
- e) Oferecer uma quantidade extra de sódio para corrigir a deficiência corporal total de sódio.

18. Paciente de 50 anos, sexo masculino e com câncer de pulmão de pequenas células submetido à quimioterapia. É levado à emergência do Hospital Nova Esperança para avaliação do rebaixamento do nível de consciência. Na avaliação laboratorial, o cálcio sérico é de 11,5 mg/dl, com nível sérico de albumina de 2,5g/dl. Ao exame físico observamos uma frequência cardíaca de 132 bpm, pressão arterial 90 x 55 mmHg, frequência respiratória de 18 incursões/min., temperatura de 37,8°C.

Qual é a primeira resposta terapêutica apropriada para a hipercalcemia desse paciente?

- a) Furosemida venosa, 80 mg.
- b) Hidratação agressiva com solução salina intravenosa.
- c) Hidrocortisona 100 mg ao dia.
- d) Não há necessidade de terapia, pois o nível de cálcio corrigido pela albumina está normal.
- e) Ácido zoledrônico, 4 mg via intravenosa.

19. Um homem de 50 anos de idade, com história de diabetes *melitus*, hipertensão e abuso anterior de narcóticos chega à emergência do Hospital Nova Esperança com alteração do estado mental. Na apresentação, o paciente encontra-se obnubilado. Os valores dos exames laboratoriais colhidos na emergência são o seguinte: pH= 7,21; PaCO₂ =26; HCO₃⁻ = 12; Na⁺ = 145; cloreto = 100 e glicose = 180 mg/dl.

Qual é o distúrbio metabólico acidobásico desse paciente?

- a) Acidose metabólica e acidose respiratória combinados.
- b) Acidose metabólica.
- c) Alcalose metabólica.
- d) Acidose respiratória.
- e) Alcalose respiratória.

20. Uma mulher de 24 anos de idade procura o ambulatório de clínica médica no Centro de Saúde Nova Esperança com exantema de distribuição difusa no dorso, nas nádegas, cotovelos e joelhos. O exantema começou de forma súbita com prurido intenso e sensação de queimação. A biopsia da lesão revela dermatite neutrofílica nas papilas dérmicas, enquanto a imunofluorescência mostra depósito granuloso de IgA na derma papilar e ao longo da membrana basal epidérmica. Os exames de laboratório são todos normais, exceto por uma deficiência de vitamina D e uma ferritina baixa que não responderam à reposição oral.

Qual o provável diagnóstico do caso em questão?

- a) Anemia perniciosa com dermatite esfoliativa.
- b) Doença de Whipple com dermatite atópica.
- c) Anemia perniciosa com exantema súbito.
- d) Doença celíaca com dermatite herpetiforme.
- e) Linfangiectasia intestinal com linfedema pruriginoso.

PROVA DE CIRURGIA GERAL

21. O retroperitônio é um espaço anatômico virtual que se situa entre o peritônio parietal posterior e os músculos da parede posterior do abdômen. Esse espaço inclui órgãos como o pâncreas, parte do duodeno, rins, ureteres, artéria aorta abdominal, veia cava inferior, parede posterior da bexiga, glândulas suprarrenais, músculos, vasos sanguíneos, vasos linfáticos, nervos, gânglios e tecido conectivo fibroso. No trauma abdominal fechado, com o achado, durante a laparotomia, de hematoma retroperitoneal da Zona I de Kudsik-Sheldon, qual a conduta mais apropriada?

- a) Exploração imediata.
- b) Observação e exploração imediata, se houver expansão do hematoma no intraoperatório.
- c) Observação e controle pós-operatório com tomografias seriadas de abdômen.
- d) Exploração e fixação das estruturas ósseas pélvicas.
- e) Observação e avaliação com urografia excretora.

22. Define-se como hérnia lombar a presença de falha na fáscia transversal ou na aponeurose do músculo transverso do abdome que resulta na extrusão de órgãos intra ou extraperitoneais através da descontinuidade da parede abdominal póstero-lateral.

A hérnia lombar de Petit ocorre no triângulo lombar inferior, cujos limites anatômicos são:

- a) Borda do músculo oblíquo interno do abdômen, borda do músculo oblíquo externo do abdômen e ligamento inguinal.
- b) Borda inferior da 12^a costela, músculos paraespinhais e músculo oblíquo interno do abdômen.
- c) Músculo grande dorsal, músculo oblíquo externo do abdômen e crista ilíaca.
- d) Borda do músculo oblíquo externo do abdômen, músculo oblíquo interno do abdômen e ligamento de Gimbernat.
- e) Vasos lombares inferiores, borda inferior da 12^a costela e músculo grande dorsal.

23. Paciente de 65 anos, bom estado geral, portador de neoplasia maligna de cólon direito (adenocarcinoma), sem sinais de obstrução, sangramento ou perfuração, e apresentando metástase isolada de 4cm de diâmetro no segmento III do fígado.

Qual o tratamento mais adequado para esse paciente?

- a) Quimioterapia pré-operatória, seguida de colectomia direita e hepatectomia segmentar no mesmo tempo cirúrgico.
- b) Colectomia direita, seguida de quimioterapia pós-operatória e hepatectomia segmentar no terceiro tempo.
- c) Colectomia direita e hepatectomia segmentar no mesmo tempo cirúrgico, seguida de quimioterapia pós-operatória.
- d) Hepatectomia esquerda, seguida de quimioterapia pós-operatória e colectomia direita no terceiro tempo.
- e) Apenas quimioterapia paliativa.

24. Paciente de 45 anos, 70Kg, vítima de trauma abdominal penetrante, dá entrada na emergência apresentando os seguintes parâmetros hemodinâmicos: PA 60 x 40mmHg; FC 145bpm; FR 35irpm; diurese 5ml/h.

Qual a estimativa da perda sanguínea desse paciente (%) e como esta perda deve ser repostada de forma correta:

- a) Mais de 40% da volemia, devendo ser tratada com administração de soluções cristaloides, coloides e transfusão maciça de hemácias.
- b) Entre 30-40% da volemia, devendo ser tratada com administração de soluções cristaloides e transfusão maciça de hemácias.
- c) Entre 15-30% da volemia, devendo ser tratada com administração de coloides e transfusão de hemácias.
- d) Entre 30-40% da volemia, devendo ser tratada com administração de soluções cristaloides, coloides e transfusão maciça de hemácias.
- e) Mais de 40% da volemia, devendo ser tratada com administração de soluções cristaloides e transfusão maciça de hemácias.

25. Para a adequada reposição volêmica de um paciente em estado de choque por perda aguda de sangue, cateterismo intravenoso periférico deve ser imediatamente obtido. Pela Lei de Poiseuille, ao duplicar o diâmetro de um cateter de infusão venosa, o fluxo aumenta

- a) duas vezes.
- b) quatro vezes.
- c) oito vezes.
- d) 16 vezes.
- e) 22 vezes.

26. Qual a composição da solução de Hartmann?

- a) Sódio (130mmol/L), Potássio (4,0mmol/L), Cálcio (3,0mmol/L), Cloro (109mmol/L) e Lactato (28mmol/L).
- b) Sódio (125mmol/L), Potássio (5,0mmol/L), Cálcio (3,0mmol/L), Cloro (109mmol/L) e Acetato (25mmol/L).
- c) Sódio (130mmol/L), Potássio (4mmol/L), Magnésio (1,5mmol/L), Cloro (109mmol/L) e Gluconato (28mmol/L).
- d) Potássio (4mmol/L), Cálcio (3mmol/L), Cloro (109mmol/L) e Magnésio (1,5mmol/L).
- e) Potássio (5mmol/L), Cálcio (4mmol/L), Cloro (109mmol/L) e Acetato (30mmol/L).

27. O íleo pós-operatório é definido como a cessação temporária do peristaltismo intestinal coordenado após a cirurgia, restringindo a passagem do conteúdo intestinal e tornando o paciente incapaz de tolerar a ingestão oral de líquidos ou alimentos sólidos. Segundo o conceito do protocolo perioperatório multimodal ERAS (*Enhanced Recovery After Surgery* – Recuperação Otimizada Após a Cirurgia), apenas três (03) medidas foram mostradas em meta-análise (nível de evidência IA) como capazes de encurtar a duração do íleo pós-operatório. São elas:

- a) Oferta de bebida de carboidratos 2h antes da cirurgia, administração de fluidos intravenosos guiado por doppler, correção de distúrbios ácido-básicos e eletrolíticos.
- b) Anestesia peridural, limpeza mecânica do cólon, deambulação precoce.
- c) Administração de fluidos intravenosos guiados por doppler, reinício precoce da dieta oral, mascar chiclete no pós-operatório.
- d) Analgesia com inibidores da COX-2, passagem de sonda nasogástrica, enemas de retenção.
- e) Cirurgia minimamente invasiva, analgesia no pós-operatório com cateter peridural, mascar chiclete no pós-operatório.

28. Uma fístula enterocutânea é uma conexão aberrante entre o trato gastrointestinal e a pele/ferida. Todos os fatores preditivos abaixo são considerados desfavoráveis para o fechamento espontâneo das fístulas enterocutâneas, **exceto**:

- a) Transferrina > 200 mg/dL.
- b) Obstrução distal.
- c) Comprimento < 2 cm.
- d) Débito > 500mL/24 h.
- e) Origem ileal ou jejunal.

29. Paciente portador de isquemia mesentérica aguda é submetido à laparotomia com achado intraoperatório de trombose da artéria ileocecólica e necrose do segmento intestinal por ela irrigado. Na síndrome do intestino curto que este paciente desenvolverá após ressecção do segmento comprometido, quais serão os principais nutrientes que sofrerão déficit de absorção?

- a) Ferro, magnésio e cálcio, vitamina A.
- b) Ferro e monossacarídeos.
- c) Sais biliares e vitamina B12.
- d) Sais biliares e ácido fólico e vitamina D.
- e) Proteínas, sais biliares, cálcio e magnésio.

30. O tecido de granulação formado durante a fase proliferativa da cicatrização é um tecido inflamatório jovem, muito vascularizado, formado por água, proteínas, células inflamatórias, fibroblastos, colágeno, citocinas, complemento, glicoproteínas, proteoglicanos, fibrina e neovasos em grande quantidade. Durante o processo de cicatrização, esse tecido sofre um processo de remodelagem, quando ocorrem os seguintes fenômenos, **exceto**:

- a) Reabsorção de glicoproteínas, albumina e globulinas.
- b) Degradação dos proteoglicanos (ácido hialurônico, fibronectina etc.).
- c) Reabsorção de água e eletrólitos.
- d) Substituição do colágeno tipo III (20%) pelo colágeno tipo I (80%).
- e) Espessamento da epiderme ao longo das bordas da ferida.

31. Todas as condições abaixo são critérios para iniciar suporte nutricional no perioperatório, **exceto**:

- a) Perda involuntária >10%-15% do peso corporal usual dentro de 6 meses ou >5% dentro de 1 mês.
- b) Perda sanguínea esperada >500mL durante a cirurgia.
- c) Peso 20% abaixo do peso corporal ideal ou índice de massa corpórea <18,5 kg/m².
- d) Albumina no soro < 3,5 g/dL ou transferrina < 250 mg/dL na ausência de um estado inflamatório, disfunção hepática ou disfunção renal.
- e) Previsão de que o paciente não conseguirá cumprir os requisitos calóricos dentro do período perioperatório de 7-10 dias.

32. Paciente desnutrido foi submetido à cirurgia abdominal de urgência por abdômen agudo perforativo. Todos os princípios abaixo devem nortear o suporte nutricional no período pós-operatório nesse tipo de paciente, **exceto**:

- a) A via oral deverá ser usada se o trato gastrointestinal estiver totalmente funcional e não houver outras contraindicações à alimentação oral.
- b) A dieta enteral deve ser iniciada apenas se não for previsto que o paciente estará em uma dieta oral completa dentro de sete dias após a cirurgia e se não houver contraindicações do trato gastrointestinal.
- c) Se a via enteral for contraindicada ou não tolerada, a via parenteral deve ser usada dentro de 24 a 48 horas em pacientes em que não haja a capacidade prevista de tolerar a nutrição enteral total dentro de sete dias.
- d) Deve ser administrado pelo menos 20% dos requisitos calóricos e de proteína por via enteral, enquanto atinge a meta exigida com a nutrição parenteral adicional.
- e) A nutrição parenteral deve ser mantida até que o paciente possa tolerar 50% das calorias por via enteral, e nutrição enteral até que possa tolerar 50% das calorias via oral.

33. O antibiótico escolhido para profilaxia em cirurgia deve cobrir o espectro de patógenos mais comuns que causam infecção do sítio cirúrgico. As mais recentes diretrizes recomendam a cefazolina como droga de escolha para a maioria dos procedimentos cirúrgicos. Em caso de pacientes alérgicos aos beta-lactâmicos, quais as opções indicadas de antibiótico profilático para cobertura de germes gram-positivos?

- a) Clindamicina e vancomicina.
- b) Penicilina G cristalina e vancomicina.
- c) Cefotaxima e clindamicina.
- d) Ceftriaxona e gentamicina.
- e) Ampicilina sulbactam e vancomicina.

34. Paciente de 16 anos será submetido à esplenectomia total para tratamento de anemia falciforme. Uma das medidas para prevenção da sepse fulminante pós-esplenectomia é vacinação contra germes encapsulados, que deve oferecer proteção para quais patógenos:

- a) *Streptococcus pneumoniae*, *neisseria meningitidis* e *haemophilus influenzae*.
- b) *Stafilococcus aureus*, *streptococcus pneumoniae* e *neisseria meningitidis*.
- c) *Stafilococcus epidermidis*, *haemophilus influenzae* e *proteus mirabilis*.
- d) *Streptococcus pneumoniae*, *haemophilus influenzae* e *pseudomonas aeruginosa*.
- e) *Streptococcus pneumoniae*, *neisseria meningitidis* e *klebsiella pneumoniae*.

35. De acordo com as recentes diretrizes do manejo da pancreatite aguda (PA), são consideradas recomendações nível IA de evidência, **exceto**:

- a) Antibióticos profiláticos em pacientes com PA não estão associados a uma diminuição significativa na mortalidade ou morbidade. Assim, antibióticos profiláticos de rotina não são mais recomendados para todos os pacientes com pancreatite aguda.
- b) Colangiopancreatografia retrógrada endoscópica (CPRE) de rotina em PA por cálculos biliares não é indicada.
- c) Na necrose pancreática infectada, a drenagem percutânea como primeira linha de tratamento (abordagem *step-up*) retarda o tratamento cirúrgico para um momento mais favorável, ou mesmo resulta na resolução completa da infecção em 25-60% dos pacientes e é recomendada como primeira linha de tratamento.
- d) A colecistectomia laparoscópica durante a admissão é recomendada na PA leve por cálculos biliares.
- e) Na ausência de cálculos biliares ou história significativa de uso de álcool, os níveis séricos de triglicérides e cálcio devem ser medidos. Níveis séricos de triglicérides acima de 1000 mg/dl indicam a hipertrigliceridemia como causa da PA.

36. Um novo sistema de classificação da diverticulite colônica aguda do lado esquerdo foi proposto e publicado em 2015, agora universalmente aceito para a prática diária. Esse sistema é baseado em achados de tomografia computadorizada e guia a decisão terapêutica. Em qual estágio dessa classificação e de que forma pode ser tratado inicialmente um paciente que apresenta abscesso diverticular de 3,5cm?

- a) Estágio 2A, podendo ser tratado apenas com antibióticos e drenagem percutânea.
- b) Estágio 2B, podendo ser tratado com antibióticos, drenagem percutânea e corticoides.
- c) Estágio IA, podendo ser tratado apenas com antibióticos.
- d) Estágio III, podendo ser tratado com drenagem por vídeolaparoscopia.
- e) Estágio IB, podendo ser tratado apenas com antibióticos.

37. Em relação ao preparo pré-operatório do paciente cirúrgico, é correto afirmar, **exceto**:

- a) O fator preditivo mais importante de morbimortalidade pós-operatória é o nível sérico pré-operatório de albumina.
- b) O tempo ideal de um procedimento cirúrgico, após um infarto agudo do miocárdio (IAM), é de quatro a seis semanas após a ocorrência do IAM.
- c) Os agentes betabloqueadores devem ser continuados em pacientes que já estão em uso no pré-operatório, mas devem ser ajustados à frequência cardíaca e pressão arterial em cirurgias vasculares.
- d) Adultos com um volume expiratório forçado no 1º segundo (VEF1) < 0,8 L/s ou 30% do previsto têm um alto risco de complicações pulmonares e de insuficiência respiratória pós-operatória.
- e) Nível pré-operatório de creatinina $\geq 2,0$ mg/dL é um fator de risco independente para complicações cardíacas.

38. Que droga representa atualmente a terapia anticatabólica mais eficaz no tratamento das queimaduras, capaz de, em doses tituladas, reduzir a infiltração gordurosa hepática, a perda de massa muscular esquelética, a quantidade de insulina necessária para reduzir os níveis de glicose elevados e a frequência cardíaca em 15 a 20%?

- a) Hormônio de crescimento recombinante humano.
- b) Fator de crescimento insulina-símile.
- c) Propranolol.
- d) Oxandrolona.
- e) Peptídeo-1 semelhante ao Glucagon (GLP-1).

39. No período pós-operatório de grandes cirurgias, três (03) hormônios atuam em conjunto produzindo substrato energético para o estado de hipermetabolismo às custas de processos como glicogenólise, gliconeogênese, lipólise e cetogênese. Esses hormônios são chamados de contrarreguladores ao induzirem um estado de hiperglicemia e a sua atuação conjunta é conhecida como sinergismo permissivo. Esses hormônios são:

- a) Catecolaminas, cortisol e glucagon.
- b) Cortisol, glucagon e hormônio antidiurético.
- c) Cortisol, estrógeno e vasopressina.
- d) Catecolaminas, glucagon e betaendorfinas.
- e) Cortisol, aldosterona e hormônio antidiurético.

40. Paciente de 35 anos, sexo masculino, portador de lesão ulcerada de corpo gástrico, cuja biópsia demonstrou tratar-se de adenocarcinoma, grau III de diferenciação celular. Todas as particularidades clínicas citadas abaixo suscitam a possibilidade do subtipo “difuso” do câncer gástrico pela classificação de Lauren, **exceto**:

- a) Ter caráter familiar.
- b) Ter disseminação transmural e linfática.
- c) Ser mais comum em homens.
- d) Ocorrer em pacientes do grupo sanguíneo B e em indivíduos mais jovens.
- e) Apresentar na microscopia células pouco diferenciadas e em anel de sinete.

PROVA DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA

41. A.S.V., 32 anos, acompanhamento médico especializado com programação para FIV. Apresenta histerossalpingografia com tubas tortuosas, espessadas, prova de Cottè bilateral negativa.

APP: sobrepeso, internamento hospitalar por “inflamação” que culminou com cirurgia para drenagem de abscesso.

AM: menarca 15 anos com catamênios posteriores regulares.

AS: coitarca aos 17 anos, mais de três parceiros. Há 4 anos com parceiro fixo, sem método contraceptivo, tendo ele feito espermograma com critério de Kruger superior a 4%.

AO: G: I P: 0, aborto 01 aos 18 anos, secundário a uso de misoprostol.

Considerando o caso acima podemos levantar como principal hipótese:

- a) Esterilidade feminina secundária DIPA, estadiamento III.
- b) Infertilidade conjugal por fator tubopitoneal sequela de DIPA, estadiamento IV.
- c) Infertilidade mista por fator tuboperitoneal, DIPA e fator endócrino (sobrepeso).
- d) A avaliação tubária pela histerossalpingografia evidencia critérios específicos para DIPA.
- e) O fator feminino dispensa avaliação do fator masculino quando a causa de infertilidade é por fator tuboperitoneal.

42. Outubro é o mês eleito para o combate a sífilis congênita. Em 2021 foram notificados 355 casos, em 2020 foram 370 e em 2019 foram 330 casos em todo o estado da Paraíba. A diferença do número de casos pode ter sido decorrente da falta do diagnóstico precoce e tratamento secundários à pandemia pela covid-19. O controle e redução desses números está diretamente relacionado à aplicação das diretrizes para o controle da sífilis congênita traduzido pelos exames abaixo:

- a) FTA-Abs (*Fluorescent Treponema Antibody Absorvent Test*), e o VDRL (*Veneral Diseases Research Laboratory*) são respectivamente teste para gestante e para recém-nascido de mãe com sífilis.
- b) O VDRL (*Veneral Diseases Research Laboratory*) é um bom teste para diagnóstico mas não se presta para seguimento.
- c) FTA-Abs (*Fluorescent Treponema Antibody Absorvent Test*), sendo um teste treponêmico, é usado para diagnóstico e seguimento da gestante.
- d) FTA-Abs (*Fluorescent Treponema Antibody Absorvent Test*), e o VDRL (*Veneral Diseases Research Laboratory*), são respectivamente testes para rastreamento e seguimento.
- e) O VDRL (*Veneral Diseases Research Laboratory*) e o RPR (*Rapid Plasma Reagin*) são os testes utilizados para a triagem sorológica da sífilis em gestantes e da adquirida.

43. A Sociedade Internacional de Incontinência (ICS) e a Sociedade Internacional de Uroginecologia (IUGA) definem prolapso dos órgãos pélvicos (POP) como o descenso da parede vaginal anterior e/ou posterior e do ápice da vagina (útero ou cúpula vaginal em mulheres hysterectomizadas).

Sobre o prolapso dos órgãos pélvicos (POP):

- a) O uso de telas sintéticas para correção dos prolapsos por via vaginal tem sido o tratamento cirúrgico de eleição nos últimos anos, sendo comparável aos dos *slings* para incontinência urinária.
- b) A queixa mais comumente referida por pacientes com prolapso genital é sensação de urgência miccional e/ou incontinência urinária de esforço.
- c) O diagnóstico é feito pela quantificação do POP, chamada de POP-Q (*Pelvic Organ Prolapse Quantification*), que apresenta menos variabilidade interobservador e é a mais utilizada.
- d) A ultrassonografia bidimensional (transabdominal, transperineal ou translabial, introital e transvaginal) é o padrão ouro no diagnóstico e determinação de conduta no POP.
- e) São fatores de risco associados ao POP, como idade acima de 60 anos, multiparidade, aumento da pressão intra-abdominal, etnia, obesidade.

44. Segundo o Ministério de Saúde, leiomiomas uterinos são responsáveis por 300 mil hysterectomias por ano no Brasil. Nos Estados Unidos, a prevalência de miomatose uterina em mulheres até 50 anos é de 70%. De acordo com a Febrasgo, a estimativa é similar no Brasil, apesar da falta de estudos recentes em nosso país. (PORTAL PEBMED, 2021).

Na abordagem da mulher com miomatose uterina:

- a) A disfunção reprodutiva tem sido relatada por alteração da ovulação, obstrução tubária e anomalias na implantação placentária.
- b) O sangramento uterino da miomatose é caracterizado por menorragia (menstruação abundante) e hipermenorreia (sangramento menstrual prolongado e excessivo). A presença e o grau de sangramento são definidos pela localização do mioma e, secundariamente, por seu tamanho, sendo que os submucosos apresentam mais frequentemente menorragia.
- c) A US transvaginal associada, se necessário, à via abdominal, é o exame de imagem de rastreamento da miomatose uterina, sendo a Ressonância Nuclear Magnética o padrão ouro para diagnóstico, demonstrando alta sensibilidade (95% a 100%).
- d) A técnica de embolização da artéria uterina (EAU) promove o controle do fluxo sanguíneo miometrial, as manifestações clínicas, e é o tratamento de eleição para preservar a fertilidade.
- e) Os análogos do GnRH, neuropeptídeos que regulam a função hipofisária nas mulheres são considerados o principal tratamento clínico dos miomas em mulheres sem prole constituída, evitando tratamento cirúrgico complementar.

45. O Sangramento Uterino Anormal (SUA) é uma condição comum que afeta até 40% de mulheres no mundo, impacta negativamente sobre a qualidade de vida das mulheres, sendo a vida social e os relacionamentos prejudicados em quase dois terços dos casos.

Quanto ao tratamento do SUA, assinale a alternativa **correta**.

- a) A avaliação primária com histerossonografia, histeroscopia e biópsia de endométrio afastam riscos de câncer de endométrio ao mesmo tempo em que podem controlar sangramento pela ablação do endométrio.
- b) O tratamento cirúrgico com embolização da artéria uterina é procedimento de primeira escolha em mulheres com instabilidade hemodinâmica e risco cirúrgico aumentado.
- c) O tratamento cirúrgico no SUA sem causa estrutural está contraindicado, exceto em mulheres com prole definida.
- d) As opções disponíveis para tratamento medicamentoso são: 1- tratamento hormonal (estrogênio e progestagênio combinados; progestagênio oral cíclico ou contínuo; progestagênio injetável; sistema uterino liberador de levonorgestrel) e 2- tratamento não hormonal (anti-inflamatórios; antifibrinolíticos).
- e) A histerectomia está reservada quando houver falha do tratamento clínico ou quando não há desejo de preservar a fertilidade, sendo a laparoscopia a via de eleição.

46. Com relação ao rastreamento do câncer do colo do útero, são recomendações importantes:

- a) O método de rastreamento do câncer do colo do útero e de suas lesões precursoras é o exame citopatológico. O início da coleta deve ser aos 25 anos de idade para as mulheres que já tiveram ou têm atividade sexual.
- b) É considerado satisfatória a amostra do citológico com: células escamosas, células glandulares, células endometriais, células metaplásicas.
- c) O achado de modificações fisiológicas durante o ciclo grávido puerperal nas células escamosas, bem como a impossibilidade de coleta do canal cervical justificam a pausa de rastreamento nessa fase.
- d) A citopatologia cévico-vaginal, colposcopia e biópsia como métodos de rastreamento do câncer do colo do útero.
- e) Mulheres na pós-menopausa devem ser rastreadas, de acordo com as orientações, quando em uso de Terapia Hormonal (TH).

47. O protocolo atualmente mais utilizado para o diagnóstico da SOP é o consenso proposto por *Teede et al.*, publicado em agosto de 2018, sugere a

- a) presença de dois ou três critérios diagnósticos: oligomenorreia, hiperandrogenismo clínico e/ou laboratorial e morfologia ultrassonográfica de policistose ovariana (presença de 20 ou mais folículos com diâmetro médio de 2 a 9 mm e/ou volume ovariano total maior ou igual 10 cm³), exceto para pacientes adolescentes.
- b) presença de dois ou três critérios diagnósticos: oligomenorreia, hiperandrogenismo clínico e ou laboratorial (exceto para as adolescentes) e morfologia ultrassonográfica de policistose ovariana (presença de 20 ou mais folículos com diâmetro médio de 2 a 9 mm e/ou volume ovariano total maior ou igual 10 cm³).
- c) presença de dois ou três critérios diagnósticos: oligomenorreia (com níveis de prolactina, FSH, TSH elevados), hiperandrogenismo clínico e ou laboratorial e morfologia ultrassonográfica de policistose ovariana (presença de 20 ou mais folículos com diâmetro médio de 2 a 9 mm e/ou volume ovariano total maior ou igual 10 cm³).
- d) presença de dois ou três critérios diagnósticos: oligomenorreia, hiperandrogenismo clínico e/ou laboratorial e morfologia ultrassonográfica de policistose ovariana (presença de 20 ou mais folículos com diâmetro médio de 2 a 9 mm e/ou volume ovariano total maior ou igual 10 cm³), exceto pacientes adolescentes que só podem ser avaliadas após oito anos da menarca.
- e) presença de dois ou três critérios diagnósticos: oligomenorreia, resistência aumentada à insulina, hipertensão arterial, obesidade, hiperandrogenismo clínico e/ou laboratorial e morfologia ultrassonográfica de policistose ovariana (presença de 20 ou mais folículos com diâmetro médio de 2 a 9 mm e/ou volume ovariano total maior ou igual 10 cm³).

48. A endometriose acomete de 6% a 10% das mulheres em idade reprodutiva, 50% a 60% de adolescentes e adultas com dores pélvicas, e até 50% de mulheres com infertilidade.

Sobre o diagnóstico da endometriose:

- a) O padrão ouro é a ressonância magnética, com alta sensibilidade e especificidade.
- b) A dor pélvica cíclica proporcional à extensão e profundidade da doença em 60% das mulheres com endometriose é o sintoma mais importante seguido de hipermenorragia e esterilidade.
- c) Os exames de imagem mais utilizados em paciente com suspeita clínica de endometriose são a USG endovaginal e ressonância magnética.
- d) A videolaparoscopia deve ser reservado para estadiamento da doença em mulheres com Ca 125 elevado e com esterilidade.
- e) Os marcadores tumorais são os principais parâmetros de controle de doença.

49. Sobre o tratamento da vulvovaginite por cândida:

- a) Os corticoides tópicos de baixa potência devem ser evitados para alívio dos sintomas, considerando a proliferação de cândida não *albicans*.
- b) Pacientes diabéticas ou com candidíase não *albicans*: tratamento tópico pode ser prolongado por 10 a 14 dias e associados a medicamentos de via oral.
- c) As vacinas específicas para a candidíase são a primeira opção em candidíase de repetição.
- d) Paciente e parceiro(s) sexual(is) devem ser tratado.
- e) Tratamento em dose única via oral e de curta duração via vaginal (<7 dias) são a primeira escolha nas primoinfecções.

50. Os Anticoncepcionais Orais Combinados (AOC):

- a) Devem ser evitados em mulheres jovens tabagistas.
- b) Possibilitam o retorno à fertilidade no ciclo seguinte após sua suspensão.
- c) Determinam ganho de peso em até 5% no primeiro ano de uso.
- d) Além da contracepção, reduzem a incidência de câncer de endométrio e ovário, doença inflamatória pélvica, miomas uterinos e anemia ferropriva.
- e) Devem ser evitados nas mulheres sem pesquisa de trombofilia.

51. A redução de desfechos graves de pré-eclâmpsia está na dependência de:

- a) Avaliação do balanço angiogênico (PIGF) pré-concepcional.
- b) USG doppler das artérias uterinas com 20 semanas.
- c) Reposição de cálcio (principalmente em mulheres com baixa ingestão diária) e AAS em baixa dose (75 a 150 mg) em mulheres selecionadas com fatores de risco.
- d) Controle hipotensor efetivo de pressão arterial, tendo como meta os níveis de normotensão.
- e) Interrupção precoce de gestantes identificadas com fatores de risco.

52. Com relação ao seguimento de paciente acometida por doença trofoblástica gestacional:

- a) USG transvaginal semanal até remissão dos cistos tecaluteínicos.
- b) A contracepção imediata deve ser instituída por métodos naturais até a normalização dos títulos de beta-hCG.
- c) Dosagem de beta-hCG sérico semanal até a normalização por três dosagens consecutivas, seguida de avaliação mensal durante seis meses.
- d) Pesquisa trimestral de metástase hepática, pulmonar e cerebral.
- e) Cistos tecaluteínicos devem receber radioterapia em mulheres sem prole constituída visando a redução de riscos de torção e de metástase.

53. As hemorragias da segunda metade da gestação respondem por uma parcela significativa de morbimortalidade materna e fetal. Com relação à conduta baseada na sua etiologia podemos afirmar que:

- a) No acretismo placentária de mulheres sem prole constituída objetivando preservar o útero deve ser feita a ressecção da porção uterina acometida e sutura posterior.
- b) Frente a um diagnóstico de placenta prévia por ultrassom é necessário, principalmente em casos de pacientes com cicatrizes uterinas, solicitar avaliação sobre a existência ou não de acretismo placentário. Essa informação é de enorme utilidade para o planejamento do parto e para a prevenção da morbimortalidade associada a essa condição.
- c) A histerectomia subtotal é o tratamento-padrão nos casos de incretismo ou percretismo.
- d) A ligadura de artéria ilíaca interna (hipogástrica) deve ser considerada, e pode resolver o quadro hemorrágico de placenta increta e percreta nas mulheres que pretendem ter filhos.
- e) A paciente com acretismo placentário deverá receber imediatamente após extração fetal ocitocina endovenosa, metilergometrina intramuscular e misoprostol para auxiliar na contratilidade uterina.

54. A Organização Mundial da Saúde (OMS) determina como nascimento normal aquele com início espontâneo do trabalho de parto (TP), em pacientes com risco habitual e que permanecem assim durante todo o pré-parto e o parto.

São recomendações para a assistência aos quatro estágios do processo de nascimento:

- a) Nas parturientes de risco habitual não há necessidade de monitorização eletrônica contínua no primeiro período, e é mandatória no segundo período na assistência ao parto seguro.
- b) A amniotomia de rotina pode ser realizada nas gestações de alto risco por antecipar substancialmente a evolução do TP.
- c) As evidências recomendam que a monitoração eletrônica contínua da frequência cardíaca fetal deve ser utilizada para avaliação do bem-estar fetal diante da eliminação de mecônio durante o TP.
- d) A monitorização contínua deve ser restrita às gestações de alto risco, ou nas situações de anormalidades diagnosticadas durante o trabalho de parto.
- e) O contato pele a pele deve ser realizado após a ligadura do cordão nos partos vaginais e após sutura dos planos nas cesarianas.

55. Paciente 27 anos, G2 P1, 1 parto eutócico, idade gestacional 34 semanas, admitida com bolsa rota há 4 horas.

Na admissão:

- a) A corioamnionite é indicação absoluta de interrupção da gestação, independentemente da idade gestacional, e deve ser antecedida de antibiótico profilático e corticoide para garantir maturidade pulmonar fetal.
- b) Inibir trabalho de parto e administrar: ampicilina 2g IV 6/6 horas por 48 horas + azitromicina 1g VO dose única. Após 48 horas, substituir a ampicilina por amoxicilina 500 mg VO de 8/8 horas por 5 dias, visando aumentar período de latência entre a perda de líquido e o trabalho de parto.
- c) Inibir trabalho de parto e administrar: betametasona 12mg via intramuscular de 24/24 horas por 48 horas. Droga alternativa: dexametasona 6mg, IM, de 12/12h por 48h (4 doses – total 24mg) visando acelerar a maturidade pulmonar fetal.
- d) Prescrever sulfato de magnésio visando neuroproteção fetal entre 28 e 36,6 semanas.
- e) Pesquisar a presença de infecção materna e/ou fetal: clínica (febre) + exames laboratoriais; solicitar pesquisa de *streptococcus* do grupo B com coleta de Swab vaginal e anal.

56. O descolamento prematuro de placenta normalmente inserida (DPPNI) representa causa significativa de morbimortalidade materna e perinatal. A taxa de mortalidade perinatal é aproximadamente 20 vezes maior em relação às gestações sem DPP (12% versus 0,6%, respectivamente). A maioria das mortes perinatais (até 77%) ocorre intraútero. É a prematuridade a principal causa de mortalidade pós-natal.

Cumprir-nos frente a um sangramento da segunda metade da gravidez

- a) associar às síndromes hipertensivas que representam a condição clínica mais frequentemente associada ao DPP. As mulheres hipertensas têm um risco cinco vezes maior de DPP grave em comparação com mulheres normotensas, e a terapia anti-hipertensiva não parece reduzir o risco de descolamento placentário entre mulheres com hipertensão crônica.
- b) realizar sistematicamente USG pélvica e associar um hematoma retroplacentário ao DPPNI, sendo esse o achado clássico que apoia fortemente o diagnóstico clínico, e na sua ausência, a rotura de seio marginal, corresponde a causa mais frequente de sangramento.
- c) com aspecto vermelho vivo, em coágulos, indolor, feto vivo, indicar interrupção pela via obstétrica mais rápida e na dependência da idade gestacional.
- d) a ruptura uterina seguida de distúrbios de coagulação são as complicações maternas mais comuns do DPPNI e o sofrimento fetal por anóxia o desfecho mais comum aos fetos quando não interrompida a gestação em tempo hábil.
- e) evitar a amniotomia por aumentar hemorragia materna e induzir a passagem de tromboplastina para a corrente sanguínea da mãe, e elevar riscos de infecção materna e fetal, em especial pelo estreptococos beta-hemolítico.

57. A Organização Mundial da Saúde (OMS) definiu que a proteção à maternidade tem como objetivo garantir a saúde das mulheres durante a gestação, o puerpério e o aleitamento, além de ensinar os cuidados dispensados às crianças.

Na assistência pré-natal de risco habitual

- a) o uso de ácido fólico na dose de 0,4 mg/dia, com o objetivo de prevenir defeitos de fechamento do tubo neural, iniciado um mês antes da gravidez, deverá ser mantido durante o período de embriogênese (até 16 semanas). Ideal seria que as gestantes portadoras de doenças crônicas já estivessem com sua medicação de uso contínuo adequada previamente à gravidez.
- b) a prenhez intrauterina por ultrassonografia endovaginal corresponde a hCG acima de 5000 mLU/mL. Níveis entre 4000 e 3999mL/mL sugere gravidez anormal ou ectópica. Níveis de hCG maiores do que o normal indicam gravidez molar ou múltipla.
- c) a ultrassonografia morfológica de primeiro trimestre deve ser realizada entre a 14^a e 16^a semanas, com o objetivo de detectar a síndrome de Down (89%) e a trissomia do 18 (95%) através da medida da translucência nucal e avaliação do osso nasal eleva o índice de detecção de síndrome de Down para cerca de 95%
- d) o rastreamento de diabetes gestacional é na primeira consulta pré-natal com 75 mg de dextrozol, e os valores propostos para diagnóstico foram jejum de 90 mg/dL; 1^a hora de 165 mg/dL; 2^a hora de 143 mg/dL.
- e) a cultura de estreptococo do grupo B do introito vaginal e perianal se associa ao aumento da morbimortalidade perinatal. Pode ser transmitida ao recém-nascido durante a gestação e o parto, levando à pneumonia, meningite e septicemia. O exame deve ser realizado na primeira consulta pré-natal e, quando negativo, repetir com 22 semanas por volta de 35 semanas; e quando positivo, fazer a antibioticoprofilaxia anteparto.

58. O trabalho de parto prematuro (TPP) é responsável por 75% dos nascimentos antes da 37ª semana de gestação. A sua prevenção durante o pré-natal é poucas vezes possível, pois, geralmente, apresenta etiologia multifatorial ou desconhecida.

Na assistência à mulher com TPP:

- a) Não é recomendado o uso de antibióticos de largo espectro com o intuito de prolongar a gestação, considerando baixa efetividade e efeitos adversos fetais.
- b) A utilização de 400 mg/d de progesterona natural pela via vaginal em pacientes com TPP anterior, gemelar, macrossomia, polidrâmnio, incontinência ístimo cervical, aumenta o período de latência para o parto de 12 dias.
- c) Recomendada entre a 26ª e a 34ª semana de gestação, é utilizada a betametasona sob a dose de 12 mg por via intramuscular ao dia, com intervalo de 24 horas num total de duas aplicações. O efeito máximo inicia-se após 24 horas e persiste por 7 dias.
- d) Há três tipos de uterolíticos mais utilizados em TPP: agonistas beta-adrenérgicos, bloqueadores do canal de cálcio e antagonistas do receptor de ocitocina. Outras drogas também utilizadas para inibir o TPP (sulfato de magnésio, inibidores de prostaglandinas e doadores de óxido nítrico) e devem ser utilizados entre 24 e 36 semanas, tendo seu início no diagnóstico e manutenção até feto atingir maturidade
- e) O TPP tardio pode ser conduzido na atenção secundária à saúde, e o TPP precoce em serviço terciário de atenção à saúde.

59. Estudos recentes da OMS sugerem que taxas populacionais de cesariana superiores a 10% não contribuem para a redução da mortalidade materna, perinatal ou neonatal. Considerando as características da nossa população, que apresenta entre outros distintivos um elevado número de operações cesarianas anteriores, a taxa de referência ajustada para a população brasileira gerada a partir do instrumento desenvolvido para esse fim pela OMS estaria ao redor de 25-30%.

Objetivando alcançar essa meta, sobre o parto cesariana:

- a) A avaliação ultrassonográfica da cicatriz uterina pós-cesariana segmentar e pelvimetria são recomendadas de rotina em mulheres com uma ou mais cesarianas prévias que irão ser submetidas à condução de parto eutócico.
- b) No caso de gestação gemelar não complicada, cujo primeiro feto tenha apresentação cefálica e o segundo pélvico, a cesariana é recomendada.
- c) A cesariana é recomendada como forma de prevenção da transmissão vertical em gestantes com infecção por vírus da hepatite B, C e herpes tipo II.
- d) Em apresentação pélvica, e na ausência de contra-indicações, a versão cefálica externa é recomendada a partir de 36 semanas de idade gestacional, mediante termo de consentimento livre e esclarecido. A versão cefálica externa deve ser ofertada às mulheres e realizada por profissional experiente com essa manobra em ambiente hospitalar.
- e) É recomendado o cuidado térmico para o recém-nascido de cesariana, e o contato pele-a-pele precoce entre a mãe e o recém-nascido deve ser assegurado e facilitado imediatamente após concluído o procedimento cirúrgico no ambiente de pós-operatório.

60. O crescimento intrauterino restrito (CIUR), apresenta morbidade perinatal cinco vezes maior quando comparado aos fetos com desenvolvimento adequado.

Atenção especial deve ser dada à(ao)

- a) uso do *doppler* da artéria uterina é o principal preditor de CIUR quando feito na fase pré-concepcional.
- b) diabetes gestacional insulínica cursa em 30% das gestações com comprometimento do desenvolvimento fetal pelas malformações comuns a esses fetos.
- c) tipo II – simétrico ou intrínseco, ou proporcional, ou hipoplásico: ocorre em 20% dos casos, sendo decorrente de fatores etiológicos que atuam no final da gravidez, na fase de hiperplasia celular, reduzindo o número de células dos órgãos.
- d) tipo I – assimétrico ou desproporcional: ocorre em 75% dos casos, sendo geralmente decorrente de insuficiência placentária.
- e) gestação múltipla tende a manifestar redução de crescimento de um ou ambos os fetos, quando comparados com fetos de gestação única. É mais frequente em gestações monocoriônicas complicadas pela síndrome da transfusão feto-fetal.

PROVA DE PEDIATRIA

61. João, 7 anos, foi levado à consulta na Unidade Básica de Saúde por quadro de diarreia, sem muco ou sangue nas fezes, iniciado há 03 dias. Ao exame, encontrava-se sonolento, sem lágrimas, com dificuldade para deglutir e sinal da prega desaparecendo muito lentamente. A conduta terapêutica a ser adotada é:

- a) Manter alimentação habitual, aumentar aporte de líquidos e retornar em 48 horas.
- b) Iniciar hidratação oral, solicitar hemograma e sintomáticos, se necessário.
- c) Iniciar hidratação oral, solicitar hemograma e antibioticoterapia.
- d) Iniciar hidratação parenteral, coleta de gasometria venosa e ionograma e antibioticoterapia.
- e) Iniciar hidratação parenteral, coleta de gasometria venosa e ionograma e sintomáticos, se necessário.

62. Marina, 12 meses, é trazida à unidade básica de saúde para realizar vacinação de rotina. Sua mãe refere que aos seis meses, ao iniciar alimentação complementar, apresentou vermelhidão no pescoço e ombros, além de tosse seca e dificuldade para respirar, que foi relacionada à ingestão de ovo, e o pediatra orientou retirar ovos e derivados da alimentação da lactente. O técnico responsável pergunta se pode aplicar a vacina. Qual conduta deve ser adotada?

- a) Não vacinar, pois apresentou anafilaxia a ovo.
- b) Realizar a vacinação, pois não há história de anafilaxia.
- c) Encaminhar para o centro de imunobiológicos especiais.
- d) Solicitar teste de IgE específica para ovo antes de vacinar.
- e) Realizar a vacinação apenas se unidade dispor de epinefrina e corticoesteroides para administração imediata.

63. Luana, 13 anos, procura atendimento por não apresentar sinais de puberdade. Nega outras queixas. Alimentação, atividade física e sono adequados para a idade. Refere infecção urinária de repetição e dificuldade auditiva. Antecedente pessoal: peso e comprimento de nascimento adequados para idade gestacional. Exame físico: peso no percentil 50; estatura abaixo do percentil 3 e IMC entre o percentil 85 e 95; baixa implantação dos cabelos na nuca, orelhas rodadas para trás e genitais femininos normais M1P2. Hormônio folículo-estimulante (FSH) e hormônio luteinizante (LH) elevados para a idade. Qual a hipótese diagnóstica?

- a) Adolescente eutrófica.
- b) Hipotireoidismo.
- c) Deficiência de GH.
- d) Síndrome de Turner.
- e) Síndrome de Silver-Russell.

64. Fernando, 7 anos, vem ao pronto-socorro de pediatria com queixa de edema, oligúria, urina de cor escura, amaurose e hipertensão arterial. Relata infecção em pele com pústulas há 10 dias. No caso desse paciente, qual a principal hipótese diagnóstica e conduta mais adequada para o caso?

- a) Síndrome nefrótica complicada por meningoencefalite por pneumococo. Deve-se internar o paciente, colher LCR, solicitar albumina sérica e proteinúria de 24h e iniciar ceftriaxona e furosemida na urgência.
- b) Glomerulonefrite pós-infecciosa complicada com encefalopatia hipertensiva. Deve-se internar, iniciar anti-hipertensivo venoso, diurético de alça e solicitar sumário de urina, função renal e C3.
- c) Infecção do trato urinário complicada, provavelmente por malformação renal. Colher urocultura, iniciar antibioticoterapia parenteral e solicitar USG renal.
- d) Glomerulonefrite pós-infecciosa não complicada. Acompanhamento ambulatorial. Deve-se solicitar C3, exames de urina para confirmar a hematúria e fazer penicilina benzatina.
- e) Injúria renal aguda pré-renal. Internar, solicitar função renal, fazer expansão volêmica com soro fisiológico e iniciar diurético de alça.

65. Poliana, 28 anos, deu à luz a um recém-nascido (RN) a termo, com exame físico normal. Ela fora diagnosticada com tuberculose pulmonar há 10 dias, tendo iniciado o tratamento também nessa data. Qual a conduta adequada em relação ao aleitamento materno?

- a) Suspender o aleitamento materno exclusivo e solicitar pesquisa de bacilo de Koch em lavado gástrico para o RN.
- b) Suspender o aleitamento materno até o término do tratamento, pois esses fármacos causam toxicidade ao RN.
- c) Suspender o aleitamento materno até a realização da vacina BCG no lactente. Após isso, liberar o aleitamento materno exclusivo.
- d) Manter o aleitamento materno exclusivo sem indicação de quaisquer outras precauções, pois a mãe já está em tratamento há mais de uma semana e, portanto, não é mais bacilífera.
- e) Manter o aleitamento materno, orientar a mãe a utilizar máscara e prescrever isoniazida para o RN por 03 meses. Após esse período, fazer teste tuberculínico no lactente.

66. Recém-nascido a termo, parto normal, com 18 horas de vida, em bom estado geral, grupo sanguíneo A positivo, em aleitamento materno exclusivo, apresenta icterícia até a região do tronco. No prontuário materno há registro de gesta: 1 Para: 1, Aborto: 0, três consultas de pré-natal; tipagem sanguínea materna: O positivo; sorologias do último trimestre de gestação: negativas. Qual a conduta mais adequada nesse caso?

- a) Hemograma, bilirrubinas, Coombs direto e suspender aleitamento materno.
- b) Hemograma, reticulócitos, bilirrubinas, Coombs direto e manter aleitamento materno.
- c) Hemograma, bilirrubinas, Coombs direto, ultrassonografia de abdome e suspender aleitamento materno.
- d) Hemograma, bilirrubinas, ultrassonografia de abdome e suspender aleitamento materno.
- e) Hemograma, reticulócitos, bilirrubinas, ultrassonografia de abdome e manter aleitamento materno.

67. Recém-nascido com 35 semanas e 3 dias por avaliação da idade gestacional por Ballard, peso 2200g ao nascimento, nascido de parto cesáreo com Apgar 8/10. Apresenta com 2 horas de vida: tiragem intercostal, sem batimento de aleta nasal, oximetria de pulso de 90% em ar ambiente; FR: 78 irpm; FC: 148bpm; AP: MV+, sem ruídos adventícios; AC: RR 2T BNF sem sopros. Ao realizar avaliação laboratoriais mostrou hemograma e PCR normais para a faixa etária, RX de tórax com hiperinsuflação pulmonar e lesão de derrame cisural em hemitórax direito. Qual é a causa mais provável para o desconforto respiratório?

- a) Doença da membrana hialina.
- b) Sofrimento fetal agudo.
- c) Pneumonia neonatal congênita.
- d) Taquipneia transitória do recém-nascido.
- e) Cardiopatia congênita.

68. Lara, 8 meses, foi levada por sua genitora à consulta de puericultura em Unidade Básica de Saúde. O médico avaliou uma criança hígida, com calendário vacinal atualizado e crescimento e desenvolvimento adequados para a idade. Qual alternativa descreve os achados esperados para o desenvolvimento neuromotor nessa idade?

- a) Reflexo de Moro presente; fixação do olhar; pescoço firme e capacidade de sentar, inclinando-se para frente.
- b) Reflexo de Moro presente; fixação do olhar; pescoço firme e capacidade de sentar sem apoio e de engatinhar sem destreza.
- c) Reflexo de Moro ausente; fixação do olhar; pescoço firme e capacidade de sentar, inclinando-se pra frente sem apoio.
- d) Reflexo de Moro ausente; fixação do olhar; pescoço firme e capacidade de sentar somente com apoio.
- e) Reflexo de Moro ausente; sem fixação do olhar; pescoço firme e capacidade de sentar sem apoio.

69. Pietra, 3 anos, apresenta, há quatro dias, tosse que piora à noite, secreção e obstrução nasal. No dia em que iniciou febre e queda do estado geral, foi levada ao consultório pediátrico. Constatou-se que, ao exame físico, estava eupneica, com hiperemia de vestibulos nasais e faringe, apresentando gotejamento pós-nasal. O diagnóstico provável e o meio de obtê-lo são, respectivamente?

- a) Rinite; raios-X cavum e seios da face.
- b) Rinossinusite aguda; raios-X dos seios da face.
- c) Rinite; anamnese e exame físico.
- d) Rinossinusite aguda; anamnese e exame físico.
- e) Rinite; teste alérgico.

70. Sabrina, 5 anos, previamente hígida, foi internada em um hospital terciário para a investigação de febre iniciada há 6 dias. Apresentava também rash maculopapular, principalmente em tronco, hiperemia e lacrimejamento ocular, edema nas mãos e pés e linfadenomegalia cervical indolor à esquerda, com diâmetro aproximado de 2cm. Qual a complicação mais grave associada a esse quadro?

- a) Estenose de válvula mitral.
- b) Pericardite.
- c) Vasculite coronariana.
- d) Miocardiopatia hipertrófica.
- e) Endocardite infecciosa.

71. Sérgio, 13 anos, é levado à emergência por cefaleia intensa, vômitos em jato há dois dias e febre (38,5°C) que não cede com antitérmicos. Exame físico: desidratado, febril, sinais de irritação meníngea, escala de Glasgow de 15. Punção lombar: pleocitose, com 570 células/mm³, 20.000 hemácias/mm³, com predomínio de linfomononucleares; proteína: 45mg/dL; glicorraquia: 66mg/dL (glicemia: 90mg/dL). Qual a principal hipótese diagnóstica?

- a) Meningite viral.
- b) Trauma de punção.
- c) Meningite bacteriana.
- d) Hemorragia subaracnoide.
- e) Exames dentro do padrão de normalidade.

72. Alberto, de 2 anos, com antecedente de atopia, é levado à unidade de pronto socorro pediátrico em uma madrugada bastante fria. A médica plantonista colhe informações de que o menor passou o dia bem, mas que, à noite, de repente, acordou com uma tosse rouca que chegou a assustar a criança. Ao exame, o paciente encontrava-se em bom estado geral, afebril, eupneico, orofaringe algo hiperemiada, ausculta pulmonar sem alterações e com certa melhora da tosse. Qual o provável diagnóstico e a conduta adequada?

- a) Laringotraqueobronquite; iniciar hidratação e epinefrina inalatória.
- b) Faringite bacteriana; tratar com amoxicilina.
- c) Laringite estridulosa; tranquilizar a família, hidratação e sintomáticos.
- d) Traqueíte bacteriana; administrar ceftriaxona.
- e) Asma brônquica; iniciar tratamento com corticoesteroides.

73. Guilherme, 03 anos, iniciou há três dias quadro de febre baixa (38°C), dor de garganta, mal-estar, diminuição do apetite e adenomegalias em região suboccipital e pós-auriculares bilaterais, seguido de rash macular róseo claro, irregular, disseminado, iniciado em face e pescoço, distribuindo-se pelo corpo, e não há descamação após o seu desaparecimento. No início do quadro, o exame da orofaringe revelava lesões pequenas, de coloração rósea e petéquias em palato mole. Em relação ao quadro, qual é o agente causal determinante?

- a) Rotavírus.
- b) Norovírus.
- c) Vírus da rubéola.
- d) Vírus do sarampo.
- e) Zika vírus.

74. Benício, 7 anos, busca atendimento na Unidade Básica de Saúde devido à falta de ar. Há 2 dias apresenta tosse noturna e coriza; nas últimas horas houve piora da tosse, sensação de falta de ar e aperto no peito. A mãe refere que realizou 2 puffs de salbutamol 100mg em casa, sem melhora do quadro. Nega sintomas gastrointestinais, urinários ou cutâneos. Nega internações hospitalares prévias. Não faz uso de medicações de uso contínuo, utiliza apenas salbutamol quando tem quadros de falta de ar. Ao exame físico: Peso= 25 kg, alerta, calmo, frequência respiratória: 43ipm, frequência cardíaca 115 bpm, saturação de oxigênio 94%. Ausculta torácica com sibilos difusos bilateralmente, batimentos cardíacos normofonéticos e ritmo regular em 02 tempos. Segundo as orientações do GINA (Iniciativa Global contra a Asma) de 2019, qual conduta deve ser adotada?

- a) Fornecer 25mg de prednisolona via oral na primeira hora do tratamento.
- b) Realizar 2 puffs de salbutamol 100mg a cada 20 minutos na primeira hora.
- c) Colocar cateter nasal de oxigênio, a fim de manter a saturação acima de 98%.
- d) Iniciar nebulização com fenoterol e brometo de ipratrópio a cada 20 minutos.
- e) Colocar cateter nasal de oxigênio e iniciar nebulização com brometo de tiotrópio.

75. Kaique, 8 anos, é levado à Unidade Básica de Saúde apresentando há uma semana prurido anal diário na madrugada, que o faz perder o sono. Seu irmão mais novo teve o mesmo sintoma, melhorando após uso de medicação. Exame físico: sem alterações. Quais das medicações são possíveis para o quadro em questão?

- a) Levamisol e ivermectina.
- b) Tiabendazol e mebendazol.
- c) Pamoato de pirantel e secnidazol.
- d) Albendazol e pamoato de pivínio.
- e) Secnidazol e levamisol.

76. Em visita domiciliar em sua área, o médico de Unidade Básica de Saúde evidenciou um lactente de 10 meses com quadro compatível com desnutrição grave. Com base nesse diagnóstico, qual a alternativa abaixo está **correta**?

- a) É muito comum a ocorrência de infecção, que frequentemente se manifesta com sinais clínicos evidentes, tais como crise convulsiva, febre e insuficiência respiratória.
- b) Presume-se que todas crianças com esse quadro quando tenham infecção.
- c) Sinais de hipertensão craniana e irritação meníngea são muito frequentes.
- d) O esquema antimicrobiano preconizado à admissão nesse tipo de paciente se constitui de vancomicina e cefepime.
- e) O calendário vacinal dessas crianças não deve ser atualizado durante a internação.

77. Vitória, 14 anos, é levada ao serviço de urgência com história de febre, e após 3 dias de febre, apareceu erupção cutânea em tronco e membros, com prurido, além de cefaleia e mialgia, nas últimas 24 horas desenvolveu gengivorragia, dor abdominal e vômitos (2 episódios). Exame físico: afebril, corada, eupneica, orientada. Ausculta cardíaca e respiratória normais, FC: 80 bpm, FR: 20 irpm, PA: 110x70 mmHg. Abdome: plano, depressível, doloroso à palpação difusamente, sem sinais de irritação peritoneal. Pele: exantema maculopapular em tronco e membros. Diante da doença exantemática relatada, qual a conduta a ser adotada nesse caso?

- a) Deve receber reposição volêmica imediata com soro fisiológico 10 ml/kg na primeira hora.
- b) Precisa obrigatoriamente realizar os seguintes exames complementares: hemograma completo, albumina sérica, transaminases e ultrassonografia de abdome.
- c) Reavaliação clínica deve acontecer a cada 2 horas e avaliação de hematócrito a cada 4 horas.
- d) O exame complementar mais apropriado para confirmar o diagnóstico na fase da doença em que o adolescente se encontra é a sorologia.
- e) A notificação do caso deve aguardar confirmação laboratorial da doença para, então, ser realizada.

78. Regina, de 2 anos, é levada à emergência pediátrica com quadro de convulsão tônico-clônica generalizada com duração de 5 minutos. Exame físico: T.: 37,8°C, acordada e atenta ao meio. Os pais informam que a paciente é portadora de sequela de encefalopatia hipóxico-isquêmica devido a quadro de asfixia neonatal, porém negam crises prévias. Diante desse quadro, o dado que afasta o diagnóstico de convulsão febril benigna é:

- a) Característica da crise.
- b) Presença de doença de base.
- c) Duração da crise.
- d) Idade da paciente.
- e) Perda da consciência.

79. Renan, 15 anos, comparece à consulta de rotina com sua mãe. Durante a anamnese sozinho, paciente refere que se cortou propositalmente com gilete nos antebraços e coxas, pois havia terminado namoro e que seus pais não sabiam do fato (usava camisa de manga comprida). Anamnese social: aprovado na escola, fica 6-8 horas em jogos eletrônicos e tem poucos amigos. Exame físico: várias lesões perpendiculares à pele em fase cicatricial nos antebraços, preservando a região arterial dos pulsos, e em região anterossuperior das coxas. Preocupado, o médico informa ao adolescente que é obrigado a comunicar o fato à mãe, enfrentando grande resistência do paciente. Baseado no Código de Ética Médica (CEM), o médico

- a) não infringiu o CEM por ser situação de risco.
- b) infringiu o CEM por não respeitar o sigilo médico.
- c) infringiu o CEM por não respeitar autonomia do paciente.
- d) não infringiu o CEM, mas deve também notificar o Conselho Tutelar.
- e) infringiu o CEM e pode ser penalizado pelo seu Conselho mediante denúncia de paciente e de familiares.

80. Durante acolhimento, o médico de Unidade Básica de Saúde foi solicitado por equipe a falar para os pacientes sobre a prevenção e atuação sobre a violência sexual ao longo do desenvolvimento infantil. Sobre esse tema, qual a alternativa **errada**?

- a) É possível abordar, com linguagem apropriada às faixas etárias, a questão da sexualidade e dos toques corporais socialmente adequados e inadequados.
- b) A violência intergeracional diz respeito à reprodução e à transmissão da violência através de gerações familiares.
- c) Os principais perpetradores são os companheiros das mães, e, em seguida, os pais biológicos, avôs, tios, padrinhos e outros que mantêm com a criança uma relação de dependência, afeto ou confiança.
- d) Na infância, é comum o envolvimento de crianças em brincadeiras sexualizadas (jogos sexuais). No entanto, será caracterizada violência sexual quando da existência de coerção ou se os envolvidos estiverem em estágios de desenvolvimento diferentes.
- e) Normalmente não existem dificuldades para se firmar o diagnóstico de violência sexual em crianças e adolescentes, pois a materialidade do delito (lesão genital) está frequentemente presente.

PROVA DE MEDICINA PREVENTIVA E SOCIAL

81. Os determinantes do processo saúde-doença são fatores que podem influenciar as condições de saúde da população e que potencialmente podem ser alterados com ações baseadas em informação. Nesse sentido, assinale a alternativa **correta**.

- a) Os fatores socioeconômicos influenciam no processo saúde-doença porque a desnutrição, as parasitoses intestinais, o nanismo e a incapacidade de se prover podem ocorrer onde a miséria se faz presente.
- b) Os fatores socioculturais e sociopolíticos pouco influenciam a produção de saúde da população, mas os fatores genéticos são considerados os mais importantes na relação saúde-doença.
- c) Fatores psicológicos como estresse, ansiedade, isolamento social e baixo controle sobre a vida são considerados patogênicos e podem levar à morte prematura dos indivíduos.
- d) A concepção de que cabia aos deuses definir o estado de adoecimento e cura dos homens instaurou o chamado modelo biomédico, marcado também pela noção de pecado-doença e redenção-cura.
- e) O modelo sistêmico baseia-se no modelo de História Natural da Doença proposto por Leavel e Clark, em 1976. Esse modelo prevê que os estímulos patológicos do meio ambiente desencadeiam uma resposta do corpo, e essa terá como desenlace a cura ou morte.

82. De acordo com Level e Clark (1976), a história natural da doença pode ser compreendida como: *“Conjunto de processos interativos que cria o estímulo patológico no meio ambiente, ou em qualquer outro lugar, passando pela resposta do homem ao estímulo, até as alterações a um defeito, invalidez, recuperação ou morte.”* Levando em consideração a condição de saúde da diabetes *mellitus*, assinale a alternativa que aponta exemplos de medidas de prevenção necessárias, por parte dos profissionais de saúde e usuários, em relação aos tipos de prevenção para se opor à marcha da doença.

- a) Prevenção quaternária: orientar quanto a alimentação pobre em açúcar, prática de atividade física regular; prevenção terciária: uso de medicamentos para controle da glicemia e reabilitação após complicações.
- b) Prevenção secundária: realizar teste de glicemia regularmente; prevenção terciária: controlar o peso com dieta hipoglicêmica e exames laboratoriais regulares; prevenção terciária: reabilitar, caso a doença evolua para uma nefropatia.
- c) No caso da diabetes *mellitus*, o paciente necessita exclusivamente da prevenção primária, considerando a causa idiopática da doença.
- d) Aplica-se majoritariamente, a prevenção terciária para redução do agravo e evolução da doença para casos mais graves.
- e) Prevenção primária: atividade física regular e dieta hipoglicêmica; prevenção secundária: encaminhamento ao endocrinologista para avaliação do especialista e exames de rastreamento; prevenção terciária: reabilitação com fisioterapia em caso de evolução com perda de membro; prevenção quaternária: evitar danos aos usuários com procedimentos desnecessários.

83. Leia o caso:

Dona Josefa, viúva, 45 anos, mora com seus 5 filhos em uma vila de pescadores. Em seu território há esgoto a céu aberto, não há coleta de lixo e o destino dos dejetos se dá por fossa. Há uma semana, o seu filho mais novo, Pedro, 5 anos, vem apresentando fezes diarreicas, inapetência e temperatura 38°C.

Assinale a alternativa que apresenta a fase da patogênese em que Pedro se encontra e o tipo de prevenção que deve ser utilizada para se opor à marcha da doença, respectivamente.

- a) Fase patológica e prevenção primária, pois se trata da própria evolução das inter-relações dinâmicas que envolvem a tríade epidemiológica: agente, hospedeiro e meio ambiente.
- b) Fase de sinais e sintomas e prevenção terciária, pois já se tem alterações bioquímicas, histológicas e fisiológicas percebidas através de exames clínicos e laboratoriais.
- c) Fase epidemiológica e prevenção secundária, pois a doença ainda não tomou desenvoltura, porém todos os fatores necessários para a sua ocorrência estão presentes, embora não se percebam manifestações clínicas.
- d) Fase de sinais e sintomas e prevenção secundária, pois Pedro está no chamado estágio clínico da doença e necessita de diagnóstico precoce e tratamento imediato.
- e) Fase de sinais e sintomas e prevenção secundária, já que Pedro necessita de reabilitação, pois há uma evolução clínica da doença, já sendo considerada crônica e tende a progredir até um dado nível da incapacidade física por tempo variável.

84. Vacinas, reabilitação com fisioterapia, realização de exames de rastreamento e medicalização são tipos de prevenção, respectivamente:

- a) Primária, primária, terciária e quaternária.
- b) Secundária, terciária, primária e quaternária.
- c) Primária, terciária, secundária e secundária.
- d) Secundária, quaternária, terciária e secundária.
- e) Quaternária, primária, terciária e secundária.

85. A Vigilância Epidemiológica (VE) é definida pela Lei n. 8080/90 como “um conjunto de ações que proporciona o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes de saúde individual ou coletiva. A finalidade é de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças ou agravos”. Sobre a VE, assinale a alternativa **correta**:

- a) O objetivo principal da Vigilância Epidemiológica é fornecer orientação técnica permanente para os profissionais de saúde. É ela quem tem a responsabilidade de decidir sobre a execução de ações de controle de doenças e agravos, tornando disponíveis as informações.
- b) A partir de dados confiáveis, a VE é capaz de identificar a ocorrência de diversos agravos, mas os principais são: qualquer emergência, surtos e epidemias; emergências de saúde pública de interesse nacional.
- c) A VE é responsável pela formulação da política de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos e outros insumos de interesse para a saúde.
- d) Faz parte da Vigilância Epidemiológica o controle de bens de consumo que, direta ou indiretamente se relacionem com a saúde, compreendidas todas as etapas e processos, da produção ao consumo.
- e) A VE participa da formulação da política e na execução de ações de saneamento básico.

86. A Vigilância Epidemiológica possui diversas funções, **excluindo**:

- a) A avaliação da eficácia e da efetividade das medidas adotadas.
- b) Promoção das ações de prevenção e controle indicadas.
- c) Divulgação de informações pertinentes.
- d) Processamento de dados coletados.
- e) Intervir nos problemas ambientais e na circulação de bens.

87. Os Sistemas de Informação em Saúde, em termos conceituais, são definidos como um conjunto de elementos conectados ou todo organizado a partir do dado trabalhado, gerando conhecimento. Nesse sentido, marque a alternativa em que se encontram os sistemas de informação que podem subsidiar a tomada de decisão quanto à captação de dados para fins de financiamento e de adesão aos programas e estratégias da Política Nacional de Atenção Básica, e o Sistema que tem uma base de dados nacional sobre crianças nascidas vivas no SUS e fora dele.

- a) SISCOLO; SIAH.
- b) SISAB; SI-PNI.
- c) SINAN; SINASC.
- d) E-SUS; SIM.
- e) SISAB; SINASC.

88. Dra. Joana, médica da UBS Flores Azuis, relatou durante a reunião de equipe que atendeu um paciente com suspeita de covid-19 e outro paciente com diagnóstico de hanseníase confirmado. Com base na Portaria/MS n. 1102 de maio de 2022, sobre notificação compulsória de doenças, é **correto** afirmar:

- a) Ambas as doenças devem ser notificadas imediatamente (até 24 horas).
- b) A covid-19 deve ser notificada semanalmente e a hanseníase em até 24 horas.
- c) A hanseníase tem periodicidade semanal de notificação.
- d) A covid-19 deve ser notificada imediatamente à Secretaria Municipal de Saúde e em até 07 dias ao Ministério da Saúde.
- e) A hanseníase não deve ser notificada se for apenas suspeita.

89. O Decreto n. 7508/2011 regulamenta a Lei Orgânica de Saúde n. 8080/90 para dispor sobre

- a) a organização do SUS; o planejamento da saúde; a assistência à saúde e a articulação interfederativa e dá outras providências.
- b) regiões de saúde; mapa da saúde e COAP.
- c) Consultório na Rua e Atenção Básica.
- d) serviços especiais de acesso aberto, atenção ambulatorial especializada e hospitalar e vigilância em saúde.
- e) atenção psicossocial; Programa Saúde na Escola e Farmácia Básica.

90. Leia as sentenças sobre as funções da Vigilância Epidemiológica.

- () Coleta de dados.
- () Processamento dos dados coletados.
- () Recomendação de medidas sanitárias.
- () Divulgação de informações pertinentes.
- () Controlar circulação de bens de consumo.

A sequência **correta** das afirmações é:

- a) VVVVF.
- b) VVFVF.
- c) FVFVV.
- d) VVFFF.
- e) VVFVV.

91. Epidemiologia pode ser definida como a “ciência que estuda o processo saúde-doença em coletividades humanas, analisando a distribuição e os fatores determinantes das enfermidades, danos à saúde e eventos associados à saúde coletiva, propondo medidas específicas de prevenção, controle ou erradicação de doenças, e fornecendo indicadores que sirvam de suporte ao planejamento, administração e avaliação das ações de saúde.” (ROUQUAYROL; SILVA, 2018).

Considerando a caracterização de uma epidemia pela variável tempo, analise as alternativas a seguir.

I - Por meio da distribuição dos casos no tempo e espaço é possível identificar o período provável de exposição ao agente infectante.

II - A distribuição dos casos considerando a data do início dos sintomas é necessária para propor medidas de prevenção e combate à epidemia.

III - Com o estudo das endemias é possível observar a tipificação da transmissão propagada avaliando casos pandêmicos e casos esporádicos.

Assim, é **correto** afirmar:

- a) A afirmação I é verdadeira e a II é falsa.
- b) A afirmação III é verdadeira e a I é falsa.
- c) A afirmação II é verdadeira e a III é falsa.
- d) A afirmação II é falsa e a III é verdadeira.
- e) A afirmação III é verdadeira.

92. Existem várias derivações do conceito de *risco* na epidemiologia, mas as duas mais importantes são as seguintes medidas de associação: Risco Relativo ou Razão de Risco (RR) e Razão de Chances ou *Odds Ratio* (OR). Sobre essas medidas, pode-se afirmar que

- a) a Razão de Chances responde à seguinte pergunta: “*Quantas vezes é maior o risco de desenvolver a doença entre os indivíduos expostos em relação aos indivíduos não expostos?*”
- b) *Odds Ratio* (OR) é a razão de dois riscos e/ou a razão entre duas taxas de incidência ou de mortalidade. Corresponde ao risco da doença entre os indivíduos que tenham tido uma dada exposição dividido pelo risco da doença entre aqueles que não tenham tido essa exposição.
- c) A medida de associação que é normalmente utilizada nos estudos de Coorte é o Risco Relativo.
- d) A interpretação do resultado da OR é semelhante à do RR, a diferença é que a *Odds Ratio* refere-se ao “risco/probabilidade”.
- e) O Risco Relativo responde à seguinte dúvida: *se a chance de desenvolver a doença no grupo de expostos é maior (ou menor) do que no grupo de não expostos.*

93. A realização de estudos epidemiológicos é muito importante para que sejam identificadas as causas ou a etiologia das doenças e seus fatores de risco. Assim, é possível desenvolver estratégias preventivas que reduzam ou mesmo eliminem a exposição aos fatores de risco. A finalidade primordial desses estudos é:

- a) Reduzir a morbidade e mortalidade por agravos ou doenças.
- b) Facilitar o acesso às informações e fomentar políticas públicas.
- c) Realizar testes estatísticos e descartar a hipótese nula do estudo.
- d) Estudar o risco de adoecimento e as chances de cura.
- e) Aumentar as chances de cura e reduzir a mortalidade por agravos notificáveis.

94. “São estudos de intervenção, também denominados experimentos cuja unidade de coleta é o indivíduo, o qual sofre alguma intervenção do pesquisador com objetivo de avaliar a eficácia e efetividade de procedimentos diagnósticos, preventivos e terapêuticos, mas podem também testar hipóteses etiológicas.” (ALMEIDA-FILHO; BARRETO, 2012). Como exemplo, tem-se os estudos para tratamento de doenças comparando a eficácia de um medicamento novo com um já amplamente utilizado, em grupos de pessoas com características homogêneas”. Essa definição é o conceito de:

- a) Estudos de Coorte.
- b) Estudos Ecológicos.
- c) Ensaio clínico.
- d) Estudo Transversal.
- e) Estudo de Caso-controle.

95. A Portaria do Ministério da Saúde n. 2.979, de 12 de novembro de 2019, institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Básica, no âmbito do SUS, por meio da alteração da Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017. Nesse sentido, consideram-se os seguintes componentes:

- a) I - Capitação ponderada; II - Pagamento por desempenho; III - Incentivo para ações estratégicas.
- b) I - E-SUS; II - Pagamento por desempenho e III – Capitação ponderada.
- c) I - Capitação ponderada; II - SISAB e III - Incentivo para ações estratégicas.
- d) I - Indicadores de saúde; II - Pagamento por desempenho e III - Capitação ponderada.
- e) I - Indicadores de saúde; II – Cadastramento e III - Incentivo para ações estratégicas.

96. A estruturação da vigilância, controle e prevenção de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil insere-se no contexto definido pelo Ministério da Saúde de implementar ações de intervenção em DCNT, resultando em investimentos financeiros em capacitação de recursos humanos, em equipamentos de informática e pesquisa epidemiológica contratadas junto a centros colaboradores. Para a vigilância, a Coordenação Nacional de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis procurou estabelecer uma estratégia sustentável centrada nas seguintes ações:

- a) Monitoramento das doenças; Vigilância integrada dos fatores de risco; Indução de ações de prevenção, controle e de promoção à saúde; Monitoramento e avaliação das intervenções.
- b) Morbidade, mortalidade e vigilância integrada dos fatores de risco.
- c) Análise das tendências de morbimortalidade e taxas de internações por eventos específicos.
- d) Vigilância integrada dos fatores de risco e criação do sistema nacional de vigilância de DCNT.
- e) Atenção básica utilizando indicadores de saúde no monitoramento das atividades.

97. Os Distúrbios Osteomusculares (DOM) representam as principais causas de morbidade nos trabalhadores. Esses distúrbios podem ser entendidos como um conjunto de sinais e sintomas relacionados ao trabalho, tais como dor, parestesia, fadiga e limitação da amplitude de movimento. Podem ser consideradas distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho, **exceto**:

- a) Formigamento e hipoestesia na mão, principalmente à noite, com o teste de Phalen positivo.
- b) Lombalgia em uma função que leva o trabalhador a se agachar por mais de duas horas ao dia.
- c) Distúrbios musculares localizados compatíveis com o grau, padrão e localização da demanda osteomuscular do trabalho.
- d) Fibromialgia em uma trabalhadora de academia, que realiza esforços com uma barra por mais de 40 minutos ao dia.
- e) Síndrome complexa de dor regional tipo 1, em paciente cuja função exige o uso do braço ou punho como “martelo” por mais de duas horas por dia.

98. Leia o caso:

“Durante uma reunião da Comissão Intergestora Bipartite (CIB), mediada pela Secretária de Saúde do Estado da Paraíba, em uma Regional de Saúde, a Secretária do Município Z, comentou sobre a necessidade de fazer uma releitura das orientações existentes no Decreto 7508/2011, já que havia um elevado número de gestores novos e inexperientes no Estado. Decidiram em consenso, priorizar as Portas de Entrada nas Redes de Atenção do SUS, os Serviços Especiais de Acesso Aberto e o Contrato Organizativo de Ação Pública (COAP)”.

Tomando como base o Decreto n. 7508 de 2011, assinale a alternativa **correta**:

- I - A atenção primária deve ser a porta de entrada preferencial do usuário nos Serviços de Saúde nas Redes de Atenção. Também são consideradas portas de entrada no SUS serviços de: urgência e emergência; atenção psicossocial e especiais de acesso aberto.
- II - Portas de Entrada são serviços de atendimento inicial à saúde do usuário no SUS, como por exemplo, a Vigilância em Saúde.
- III - O objeto do COAP é a organização e a integração das ações e dos serviços em uma Região de Saúde, com a finalidade de garantir a integralidade da assistência aos usuários.
- IV - A UPA é um serviço especial de acesso aberto assim como o CEREST, CPICS e o CTA.

A sequência **correta** é:

- a) VFVF. b) VFFV. c) FFFF. d) VFFV. e) VVVV.

99. A Lei Orgânica de Saúde n. 8080/90 trata das condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde. Do mesmo modo, contempla outros aspectos pertinentes ao Sistema Único de Saúde (SUS) no que tange à sua organização e ao funcionamento dos serviços de saúde no país (BRASIL, 1990). Em relação às atribuições do SUS descritas na Lei supracitada, analise as assertivas e identifique com (V) as verdadeiras e com (F) as falsas.

- 1. Apesar do SUS participar da formulação da política de saneamento básico, ele não executa tais ações na prática, pois cabe à Secretaria do Meio Ambiente a execução dessas ações. ()
- 2. A fiscalização e a inspeção de alimentos, água e bebidas para consumo humano fazem parte do campo de atuação do SUS, a partir da Vigilância Sanitária. ()
- 3. A identificação e a divulgação dos fatores condicionantes e determinantes do processo saúde-doença são atribuições relacionadas ao SUS. ()
- 4. O SUS executa ações de vigilância epidemiológica, voltadas para o controle da prestação de serviços que se relacionam com a saúde. ()

A alternativa que contém a sequência **correta**, é:

- a) 1V; 2F; 3F; 4V.
- b) 1V; 2V; 3F; 4F.
- c) 1F; 2V; 3F; 4V.
- d) 1F; 2V; 3V; 4F.
- e) 1F; 2F; 3V; 4V.

100. Uma determinada Secretaria Estadual de Vigilância em Saúde constatou que no Município X foram registrados 60 novos casos de tuberculose em 2021, além de 140 casos com tratamento em curso. Com base nesses dados, pode-se concluir que nesse município, em 2021:

- a) A prevalência de tuberculose foi de 60 casos.
- b) A incidência de tuberculose foi de 200 casos.
- c) A prevalência de tuberculose foi de 200 casos.
- d) A incidência de tuberculose foi de 80 casos.
- e) A prevalência de tuberculose foi de 140 casos.