

# PROVA GERAL

Prova: 02/Novembro/2025

Nome Legível: \_\_\_\_\_

Assinatura do candidato: \_\_\_\_\_

## INSTRUÇÕES

**1** - Confira se os dados impressos acima, que identificam esta prova, estão corretos. Assine em seguida.

**2** - O caderno de prova deverá conter 100 (cem) questões de múltipla escolha, com 5 (cinco) alternativas, das quais 1(uma) só é correta.

**3** - A duração da prova será de 4:00 horas (quatro horas). Ao final, haverá mais 15 (quinze) minutos para a marcação no cartão-resposta.

**4** - A interpretação das questões é parte integrante da prova, não sendo, portanto, permitidas perguntas aos Fiscais.

**5** - A prova é INDIVIDUAL, sendo vetada a comunicação entre os candidatos durante sua realização.

**6** - Será eliminado o candidato que utilizar material de consulta ou qualquer sistema de comunicação.

**7** - Em cada questão, há somente uma resposta correta. Cuidado quando transcrever para o cartão-resposta, não poderá haver rasuras.

**8** - O caderno de prova deve ser entregue para o Fiscal, juntamente com o cartão-resposta.

**9** - Ao receber seu cartão-resposta, aja da seguinte forma:

- a)** o cartão resposta deverá ser entregue com assinatura conforme os dados afixados na carteira;
- b)** assine no local indicado;
- c)** pinte, preenchendo por inteiro, com caneta esferográfica ponta média, tinta preta, o campo correspondente à alternativa que considera correta em cada questão.
- d)** não o amasse, nem dobre.

## MODELO DO CARTÃO-RESPOSTA

01 (A) (B) (C) (D) (E)	21 (A) (B) (C) (D) (E)	41 (A) (B) (C) (D) (E)	61 (A) (B) (C) (D) (E)	81 (A) (B) (C) (D) (E)
02 (A) (B) (C) (D) (E)	22 (A) (B) (C) (D) (E)	42 (A) (B) (C) (D) (E)	62 (A) (B) (C) (D) (E)	82 (A) (B) (C) (D) (E)
03 (A) (B) (C) (D) (E)	23 (A) (B) (C) (D) (E)	43 (A) (B) (C) (D) (E)	63 (A) (B) (C) (D) (E)	83 (A) (B) (C) (D) (E)
04 (A) (B) (C) (D) (E)	24 (A) (B) (C) (D) (E)	44 (A) (B) (C) (D) (E)	64 (A) (B) (C) (D) (E)	84 (A) (B) (C) (D) (E)
05 (A) (B) (C) (D) (E)	25 (A) (B) (C) (D) (E)	45 (A) (B) (C) (D) (E)	65 (A) (B) (C) (D) (E)	85 (A) (B) (C) (D) (E)
06 (A) (B) (C) (D) (E)	26 (A) (B) (C) (D) (E)	46 (A) (B) (C) (D) (E)	66 (A) (B) (C) (D) (E)	86 (A) (B) (C) (D) (E)
07 (A) (B) (C) (D) (E)	27 (A) (B) (C) (D) (E)	47 (A) (B) (C) (D) (E)	67 (A) (B) (C) (D) (E)	87 (A) (B) (C) (D) (E)
08 (A) (B) (C) (D) (E)	28 (A) (B) (C) (D) (E)	48 (A) (B) (C) (D) (E)	68 (A) (B) (C) (D) (E)	88 (A) (B) (C) (D) (E)
09 (A) (B) (C) (D) (E)	29 (A) (B) (C) (D) (E)	49 (A) (B) (C) (D) (E)	69 (A) (B) (C) (D) (E)	89 (A) (B) (C) (D) (E)
10 (A) (B) (C) (D) (E)	30 (A) (B) (C) (D) (E)	50 (A) (B) (C) (D) (E)	70 (A) (B) (C) (D) (E)	90 (A) (B) (C) (D) (E)
11 (A) (B) (C) (D) (E)	31 (A) (B) (C) (D) (E)	51 (A) (B) (C) (D) (E)	71 (A) (B) (C) (D) (E)	91 (A) (B) (C) (D) (E)
12 (A) (B) (C) (D) (E)	32 (A) (B) (C) (D) (E)	52 (A) (B) (C) (D) (E)	72 (A) (B) (C) (D) (E)	92 (A) (B) (C) (D) (E)
13 (A) (B) (C) (D) (E)	33 (A) (B) (C) (D) (E)	53 (A) (B) (C) (D) (E)	73 (A) (B) (C) (D) (E)	93 (A) (B) (C) (D) (E)
14 (A) (B) (C) (D) (E)	34 (A) (B) (C) (D) (E)	54 (A) (B) (C) (D) (E)	74 (A) (B) (C) (D) (E)	94 (A) (B) (C) (D) (E)
15 (A) (B) (C) (D) (E)	35 (A) (B) (C) (D) (E)	55 (A) (B) (C) (D) (E)	75 (A) (B) (C) (D) (E)	95 (A) (B) (C) (D) (E)
16 (A) (B) (C) (D) (E)	36 (A) (B) (C) (D) (E)	56 (A) (B) (C) (D) (E)	76 (A) (B) (C) (D) (E)	96 (A) (B) (C) (D) (E)
17 (A) (B) (C) (D) (E)	37 (A) (B) (C) (D) (E)	57 (A) (B) (C) (D) (E)	77 (A) (B) (C) (D) (E)	97 (A) (B) (C) (D) (E)
18 (A) (B) (C) (D) (E)	38 (A) (B) (C) (D) (E)	58 (A) (B) (C) (D) (E)	78 (A) (B) (C) (D) (E)	98 (A) (B) (C) (D) (E)
19 (A) (B) (C) (D) (E)	39 (A) (B) (C) (D) (E)	59 (A) (B) (C) (D) (E)	79 (A) (B) (C) (D) (E)	99 (A) (B) (C) (D) (E)
20 (A) (B) (C) (D) (E)	40 (A) (B) (C) (D) (E)	60 (A) (B) (C) (D) (E)	80 (A) (B) (C) (D) (E)	100 (A) (B) (C) (D) (E)

## **ESPECIALIDADES:**

ANESTESIOLOGIA

CIRURGIA CARDÍACA

CIRURGIA CARDÍACA (CAPACITAÇÃO)

CIRURGIA CARDIOVASCULAR

CIRURGIA CARDIOVASCULAR (ESPECIALIZAÇÃO)

CIRURGIA CARDIOVASCULAR (SIGRESIDÊNCIA)

CIRURGIA GERAL

CIRURGIA GERAL (CAPACITAÇÃO)

CLÍNICA MÉDICA

CLÍNICA MÉDICA (SIGRESIDÊNCIA)

DERMATOLOGIA

GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA

GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA (CAPACITAÇÃO)

INFECTOLOGIA

MEDICINA DE EMERGÊNCIA

MEDICINA DE EMERGÊNCIA (SIGRESIDÊNCIA)

MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE

MEDICINA INTENSIVA

NEUROCIRURGIA

NEUROLOGIA

OFTALMOLOGIA

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

OTORRINOLARINGOLOGIA

PATOLOGIA

PEDIATRIA

PSIQUIATRIA

RADIOLOGIA E DIAGNÓSTICO POR IMAGEM

RADIOTERAPIA

OTORRINOLARINGOLOGIA - ESPECIALIZAÇÃO

**1) Menina de 4 anos apresenta há três dias conjuntivite unilateral à esquerda, com edema e hiperemia, mas indolor e sem secreção. Também apresenta linfadenopatia pré-auricular ipsilateral. Nega febre ou sintomas respiratórios. Não fez viagem recente, tem gato e cachorro em casa; nega casos semelhantes na família.**

**Qual o diagnóstico mais provável?**

- A) Glaucoma.
- B) Conjuntivite por adenovírus.
- C) Conjuntivite por Epstein-Barr.
- D) Ceratoconjuntivite por esporotricose.
- E) Síndrome oculoglandular de Parinaud.

**2) A hérnia diafragmática congênita é a protrusão do conteúdo abdominal para dentro do tórax através de anomalia do diafragma. Sobre isso analise as afirmativas abaixo.**

**I – Em 90% dos casos ocorre na porção posterolateral do diafragma, chamada de hérnia de Bochdalek, sendo a maioria do lado esquerdo.**

**II – As hérnias anteriores são chamadas de H. de Morgagni e são bem menos comuns.**

**III – A principal causa de morbimortalidade é a hipoplasia pulmonar.**

**Assinale a alternativa correta.**

- A) As afirmativas I e II estão corretas, a III está incorreta.
- B) As afirmativas I e III estão corretas, a II está incorreta.
- C) As afirmativas II e III estão corretas, a I está incorreta.
- D) As afirmativas I, II e III estão corretas.
- E) As afirmativas I, II e III estão incorretas.

**3) A indicação de albumina humana no edema nefrótico grave deve ser individualizada, não sendo possível recomendar o seu uso sistemático.**

**I – A infusão de albumina em pacientes hipervolêmicos deve ser feita com cautela.**

**PORQUE**

**II – Pode exacerbar a volemia, causando insuficiência cardíaca, edema pulmonar e piora da hipertensão arterial, sobretudo quando em infusão rápida.**

- A) Ambas afirmativas estão corretas e a II é uma justificativa correta da I.
- B) Ambas afirmativas estão corretas e a II não é uma justificativa correta da I.
- C) A afirmativa I está correta e a II incorreta.
- D) A afirmativa I está incorreta e a II correta.
- E) Ambas estão incorretas.

**4) Sobre a intussuscepção intestinal na infância, analise as afirmativas abaixo**

**I – A forma mais comum é a íleo-cólica.**

**II – O ultrassom é o padrão ouro para diagnóstico.**

**III – O ápice da intussuscepção pode se exteriorizar pelo ânus, em casos negligenciados.**

**Assinale a alternativa correta.**

- A) As afirmativas I e II estão corretas, a III está incorreta.
- B) As afirmativas I e III estão corretas, a II está incorreta.
- C) As afirmativas II e III estão corretas, a I está incorreta.
- D) As afirmativas I, II e III estão corretas.
- E) As afirmativas I, II e III estão incorretas.

**5) A cetoacidose diabética (CAD) é uma complicação aguda que ocorre tipicamente no diabetes tipo 1. Sobre esta situação assinale a alternativa correta.**

- A) O bicarbonato de sódio pode ser utilizado nas CAD graves com  $\text{pH} < 7,0$ .
- B) A avaliação dos níveis de potássio sempre deve ser feita antes da insulinização.
- C) A administração da insulina EV pode ser suspensa imediatamente ao se aplicar a primeira dose SC.
- D) A gravidade da CAD pode ser classificada em leve, moderada ou grave, sendo baseada na glicemia.
- E) O edema cerebral, complicação mais temida da CAD, deve ser tratado com furosemida e dexametasona.

**6) Na avaliação de uma criança com baixa estatura o principal indicador de uma baixa estatura patológica é a velocidade de crescimento baixa.**

**I – Em caso de baixa estatura com baixa velocidade de crescimento o principal exame a colher é a dosagem de GH.**

**PORQUE**

**II – A principal causa endocrinológica de baixa estatura é a deficiência de GH.**

- A) Ambas afirmativas estão corretas e a II é uma justificativa correta da I.
- B) Ambas afirmativas estão corretas e a II não é uma justificativa correta da I.
- C) A afirmativa I está correta e a II incorreta.
- D) A afirmativa II está incorreta e a I correta.
- E) Ambas estão incorretas.

**7) Paciente de dois anos vem a consulta por estar apresentando espasmos de membros, com piora recente. Tem antecedentes de rabdomioma cardíaco ao nascimento e recentemente perda de algumas habilidades. Ao exame lesões cutâneas hipocrômicas em formato de folha. Qual o diagnóstico mais provável?**

- A) Neurofibromatose.

- B) Nevo hipocrômico.
- C) Esclerose tuberosa.
- D) Hanseníase sistêmica.
- E) Síndrome de Lennox-Gastaut.

**8) A comunicação interatrial (CIA) é a cardiopatia congênita mais comum e geralmente os pacientes são assintomáticos ou oligossintomáticos. Na maioria dos pacientes com CIA o achado característico na ausculta é**

- A) segunda bulha única e alta.
- B) sopro sistólico de regurgitação.
- C) desdobramento amplo e fixo da segunda bulha.
- D) sopro sistólico de ejeção em borda esternal esquerda.
- E) estalido protossistólico com segunda bulha hipofônica.

**9) Nas crianças a apendicite aguda tem uma apresentação clínica muito variada e menos de 50% dos casos têm uma apresentação clássica. Na avaliação de uma criança com suspeita de apendicite aguda, analise as afirmativas abaixo.**

**I – A dor abdominal localizada é o achado diagnóstico mais confiável no diagnóstico de apendicite aguda.**

**II – O uso criterioso da analgesia com morfina para aliviar a dor abdominal não altera a precisão diagnóstica.**

**III – Nos casos de apêndice localizado inteiramente na pelve a dor pode ser mínima no exame abdominal.**

- A) As afirmativas I e II estão corretas, a III está incorreta.
- B) As afirmativas I e III estão corretas, a II está incorreta.
- C) As afirmativas II e III estão corretas, a I está incorreta.
- D) As afirmativas I, II e III estão corretas.
- E) As afirmativas I, II e III estão incorretas.

**10) A bronquiolite viral aguda é caracterizada por inflamação aguda, edema necrose de células epiteliais das pequenas vias aéreas, promovendo impactação de muco intraluminal. Sobre esta situação assinale a alternativa correta.**

- A) A infecção pelo vírus sincicial respiratório confere imunidade duradoura.
- B) A presença de febre elevada é um achado comum na fase pulmonar da doença.
- C) É fundamental a realização de imagem radiográfica e de exames laboratoriais para o correto diagnóstico.
- D) As técnicas de fisioterapia respiratória possuem elevada efetividade no manuseio dos pacientes portadores da doença.
- E) A administração de oxigênio por cânula nasal de

alto fluxo parece estar associada à menor possibilidade de necessitar de suporte ventilatório invasivo.

**11) Paciente do sexo masculino, de 11 anos, chegou à emergência hospitalar levado por familiares com queimadura por explosão de gasolina há 3 horas. O paciente chegou agitado, apresentando dificuldade respiratória e estridor, saturando a 90% em ar ambiente. No primeiro atendimento foram retiradas as roupas do adolescente, puncionado o acesso venoso, analgesia com opioide e estimada a superfície corporal queimada (SCQ), por meio da fórmula de Lund-Browder, em 44% (queimadura em face, tronco e abdome anterior, períneo e coxas). Assinale a alternativa que apresenta as próximas condutas nesse caso.**

- A) Proceder à intubação e iniciar a ressuscitação pela fórmula de Parkland.
- B) Realizar uma broncoscopia para identificar e diagnosticar a lesão inalatória.
- C) Iniciar a ressuscitação pela fórmula de Parkland e passar uma sonda vesical de demora.
- D) Passar uma sonda vesical e mensurar a diurese para decidir qual é a necessidade de ressuscitação.
- E) Ofertar oxigênio por máscara não reinalante, realizar expansão com soro fisiológico 0,9% e iniciar antibioticoterapia.

**12) Na admissão hospitalar de uma criança com déficit motor súbito, afasia e flutuação do nível de consciência a conduta mais adequada após estabilização clínica seria**

- A) realizar uma dose de heparina de baixo peso molecular.
- B) administrar dose de ácido acetilsalicílico de 5mg/kg e encaminhar o paciente para internamento.
- C) realizar tomografia computadorizada de crânio para descartar acidente vascular cerebral hemorrágico.
- D) solicitar internamento imediato, obter dois acessos periféricos calibrosos e manter o paciente em leito de enfermaria com monitoração.
- E) realizar hidratação venosa com soro fisiológico 20mL/kg, encaminhar o paciente para neurocirurgia e implementar medida de pressão intracraniana.

**13) Em qual etapa do desenvolvimento um bebê apresenta-se mais sereno, pacífico, sem cólicas, sorrindo com mais frequência, iniciando um interesse maior pelo rosto humano, fixando mais o olhar, postura simétrica, mãos abertas, reflexo plantar já praticamente ausente e o reflexo de Moro começa a desaparecer?**

- A) 0 a 2 meses.
- B) 2 a 4 meses.
- C) 4 a 6 meses.
- D) 6 a 9 meses.
- E) 9 a 12 meses.

**14) No atendimento de um trauma que levou à morte de uma criança ou adolescente, ou no caso em que a vítima chegou morta ao serviço de saúde**

**I – é vedado ao médico oferecer Atestado de Óbito em qualquer situação de morte por causa violenta ou suspeita, seja por acidente ou violência EXCETO**

**II – se não houver Instituto Médico Legal no município e região do falecimento, sem necessidade de comunicação à autoridade local.**

- A) Ambas afirmativas estão corretas e a II é uma justificativa correta da I.
- B) Ambas afirmativas estão corretas e a II não é uma justificativa correta da I.
- C) A afirmativa I está correta e a II incorreta.
- D) A afirmativa II está incorreta e a I correta.
- E) Ambas estão incorretas.

**15) Na faixa etária pediátrica, sobretudo antes dos seis anos de idade, as intoxicações não intencionais são frequentes, em virtude da curiosidade da criança em explorar o ambiente. Sobre as intoxicações nesta faixa etária, assinale a alternativa correta.**

- A) O uso do carvão ativado melhora o prognóstico destes pacientes.
- B) A lavagem gástrica está indicada de rotina, especialmente dentro das duas primeiras horas da ingestão.
- C) A naloxona é o antídoto de escolha para as intoxicações por benzodiazepínicos e opioides.
- D) A descontaminação cutânea é indispensável nas intoxicações por organofosforados com exposição cutânea.
- E) A alcalinização da urina tem por objetivo alterar o pH para dificultar a passagem do tóxico através das membranas biológicas e deve ser feita em bôlus dentro da primeira hora do atendimento.

**16) É consenso que a amamentação é a melhor forma de alimentar a criança no início da vida e é inigualável. A OMS, o Ministério da Saúde do Brasil e a Sociedade Brasileira de Pediatria recomendam o aleitamento materno (AM) de forma exclusiva nos primeiros seis meses. Assinale a alternativa correta sobre o AM.**

- A) O tempo de permanência na mama em cada mamada deve ser pré-estabelecido.
- B) Após os dois anos o AM deve ser desestimulado pelo risco de acarretar carências nutricionais.
- C) Recomenda-se que após o sexto mês a alimentação seja complementada com novos alimentos e fórmula láctea.
- D) Há indícios de que a presença do pai em casa pode aumentar a chance de manutenção do AM por dois

anos ou mais.

E) É importante que a criança fique o tempo suficiente na mama para ter acesso ao leite posterior, por conter mais calorias e saciar a criança.

**17) Lactente com um mês de vida apresenta placas eritematodescamativas arredondadas, com crostas amareladas aderidas a uma base eritematosa em região retroauricular, pescoço, períneo e couro cabeludo. Bom estado geral, sem sinais de desconforto ou presença de febre. Qual o agente etiológico mais provável do caso?**

- A) Malassezia.
- B) Autoimunidade.
- C) *Staphylococcus aureus*.
- D) *Streptococcus* do grupo A.
- E) *Staphylococcus epidermidis*.

**18) Recém nascido apresenta no terceiro dia de vida quadro de conjuntivite, com secreção purulenta espessa e abundante bilateralmente e com sinais de quemose de pálpebras. Baseado no agente etiológico mais provável, qual seria a melhor conduta para o caso?**

- A) Colírio de tobramicina.
- B) Azitromicina por via oral.
- C) Antibioticoterapia sistêmica com penicilina ou ceftriaxona.
- D) Associação de colírio de eritromicina com penicilina cristalina.
- E) Irrigação ocular com solução de soro fisiológico a cada duas horas.

**19) A ressuscitação cardiopulmonar (RCP) envolve um conjunto de medidas que visam evitar ou reverter uma parada cardiorrespiratória (PCR) por meio de suporte ventilatório e circulatório. Sobre esta situação, analise as afirmativas abaixo.**

**I – O prognóstico da RCP nas crianças é melhor que nos adultos.**

**II – As arritmias ventriculares ocorrem na maioria dos casos das vítimas pediátricas em PCR extra-hospitalar.**

**III – As compressões torácicas devem ser realizadas com profundidade de 1/3 do tórax, numa frequência não superior a 100 por minuto.**

- A) As afirmativas I e II estão corretas, a III está incorreta.
- B) As afirmativas I e III estão corretas, a II está incorreta.
- C) As afirmativas II e III estão corretas, a I está incorreta.
- D) As afirmativas I, II e III estão corretas.
- E) As afirmativas I, II e III estão incorretas.

**20) A alergia alimentar é uma doença de aparen-**

te prevalência mundial, caracterizada por reação adversa imunológica reprodutível a determinado alimento. Sobre a alergia alimentar, assinale a alternativa correta.

- A) A alergia ao ovo e leite é para toda a vida.
- B) É mais comum em países em desenvolvimento.
- C) A dosagem de IgE específica no soro é o padrão ouro para o diagnóstico.
- D) A introdução tardia dos alimentos alergênicos pode aumentar o risco de alergia.
- E) A síndrome de enterocolite induzida por proteínas alimentares (FPIES) é uma forma grave de alergia alimentar mediada por IgE.

**21) Gestante de 29 anos, G2P1, com 32 semanas de gestação, comparece à consulta de rotina assintomática. Seus exames revelam pressão arterial de 150 × 95 mmHg em duas aferições com 4 horas de intervalo e proteinúria positiva em teste de fita urinária. Apresenta crescimento fetal adequado e sem queixas no momento.**

**Assinale a alternativa que considera o diagnóstico e a conduta, respectivamente, para essa paciente.**

- A) Hipertensão gestacional: iniciar metildopa e agendar nova avaliação em 7 dias.
- B) Pré-eclâmpsia incipiente: repetir aferições da PA em 48 horas e seguir com pré-natal habitual.
- C) Hipertensão crônica: confirmar proteinúria com exames laboratoriais e aguardar evolução do quadro.
- D) Pré-eclâmpsia com sinais de deterioração clínica: iniciar sulfato de magnésio, anti-hipertensivo e indicar interrupção da gestação.
- E) Pré-eclâmpsia sem sinais de deterioração clínica: iniciar anti-hipertensivo, solicitar exames materno-fetais e manter vigilância ambulatorial.

**22) Gestante de 36 anos, G3P1A1, com 27 semanas de gestação, apresenta teste oral de tolerância à glicose com 75g de glicose com os seguintes resultados: glicemia de jejum de 94 mg/dL, glicemia em 1 hora de 182 mg/dL, e em 2 horas de 154 mg/dL. Está assintomática, com ganho ponderal adequado e ultrassonografia mostrando feto em percentil 50 para idade gestacional.**

**Assinale a alternativa que considera o diagnóstico e a conduta, respectivamente, para essa paciente:**

- A) Diabetes gestacional: instituir plano alimentar, atividade física e controle glicêmico domiciliar.
- B) Intolerância à glicose gestacional: repetir TOTG em 2 semanas e manter dieta fracionada.
- C) Diabetes gestacional: iniciar insulina basal e orientar restrição de carboidratos complexos.
- D) Diabetes pré-gestacional: solicitar hemoglobina glicada e indicar avaliação oftalmológica urgente.
- E) Hiperglicemia gestacional transitória: observar evolução sem necessidade de intervenção imediata.

**23) Uma gestante de 26 anos, G1P0, assintomática, realiza urocultura de rotina com 15 semanas de gestação, que detecta bacteriúria assintomática por *Streptococcus agalactiae* (10<sup>5</sup> UFC/mL). A gestante não apresenta comorbidades e tem boa evolução pré-natal.**

**Assinale a alternativa que considera a conduta atual e a implicação dessa infecção para o momento do parto.**

- A) Tratar a bacteriúria e repetir urocultura mensalmente até o final da gestação.
- B) Tratar a bacteriúria e indicar antibioticoprofilaxia intraparto independente cultura vaginal posterior.
- C) Tratar somente se houver sintomas urinários e considerar profilaxia intraparto se cultura vaginal for positiva.
- D) Não tratar a bacteriúria, pois a triagem para *S. agalactiae* deve ser feita apenas via cultura vaginal no 3º trimestre.
- E) Iniciar antibioticoterapia e solicitar cultura vaginal com 35 semanas para decidir sobre profilaxia intraparto.

**24) Gestante de 22 anos, G1P0, com 10 semanas de gestação, traz sorologia com IgG e IgM reagentes para *Toxoplasma gondii*. Ela está assintomática e sem alterações no exame físico. Não há exames prévios disponíveis.**

**Assinale a alternativa que considera o diagnóstico mais provável e a conduta inicial, respectivamente, para essa paciente.**

- A) Infecção antiga: manter pré-natal habitual e repetir sorologia no terceiro trimestre.
- B) Sorologia falsa-positiva: solicitar PCR para toxoplasma no sangue materno e repetir IgM em 2 semanas.
- C) Infecção recente: indicar esquema triplo com sulfadiazina, pirimetamina e ácido fólico por 6 semanas.
- D) Infecção recente: iniciar espiramicina imediatamente e encaminhar para ultrassonografia morfológica precoce.
- E) Infecção de data indeterminada: solicitar teste de avididade da IgG e iniciar espiramicina enquanto aguarda resultado.

**25) Com base nas recomendações do Programa Nacional de Imunizações (PNI) do Ministério da Saúde para gestantes, assinale a alternativa correta.**

- A) A vacina contra hepatite B é contraindicada durante a gestação, devendo ser adiada para o puerpério.
- B) A vacina influenza é indicada apenas para gestantes com comorbidades ou em surtos sazonais regionais.
- C) A vacina contra COVID-19 está atualmente restrita ao terceiro trimestre, por risco teórico de malformações no período embrionário.

D) A vacina dTpa (tríplice acelular do adulto) deve ser aplicada em todas as gestações a partir de 20 semanas, independentemente do intervalo vacinal prévio.  
E) A vacina tríplice viral (sarampo, caxumba e rubéola) deve ser administrada preferencialmente no segundo trimestre, para reduzir o risco de síndrome da rubéola congênita.

**26) Sobre a predição e o manejo do parto prematuro, assinale a alternativa correta.**

A) A terbutalina é o tocolítico preferencial no Brasil, devido ao menor risco de efeitos adversos cardiovasculares maternos.  
B) A corticoterapia antenatal está indicada de forma rotineira entre 24 e 34 semanas, com dexametasona semanal até o parto.  
C) O uso de cerclagem cervical está indicado em toda gestante com colo uterino <25 mm, independentemente de história obstétrica.  
D) O atosiban é um inibidor da fosfodiesterase utilizado como primeira escolha para tocolise em casos de contrações com dilatação <2 cm.  
E) A nifedipina pode ser usada como tocolítico em partos prematuros iminentes, mas está contraindicada na presença de cardiopatia materna.

**27) Gestante de 40 semanas e 3 dias, G2P1, comparece ao pronto atendimento por redução da movimentação fetal nas últimas 12 horas. Ao exame: feto único em apresentação cefálica, BCF 140 bpm, movimentos fetais lentos à palpação. Toque vaginal: colo posterior, 1 cm de dilatação, 20% de apagamento, consistência firme e altura -2. Ultrassonografia obstétrica com líquido amniótico reduzido (ILA de 4,5 cm) e doppler normal. Considerando o caso clínico e os critérios obstétricos para indução do parto, assinale a alternativa correta.**

A) A indução está indicada e pode ser iniciada com misoprostol vaginal para preparo cervical.  
B) A cesariana deve ser indicada de imediato devido à oligo-hidrânio e idade gestacional.  
C) A presença de colo desfavorável impede qualquer tentativa de indução, mesmo com métodos mecânicos.  
D) A indução está contraindicada devido ao colo desfavorável e à ausência de sofrimento fetal agudo.  
E) A conduta inicial deve ser repor volume com hidratação venosa e repetir a cardiotocografia após 12 horas.

**28) Mulher de 27 anos, G2P2, evolui com sangramento vaginal intenso 30 minutos após parto vaginal espontâneo, com perda estimada de 900 mL. Apresenta-se pálida, sudorética, PA 90 × 60 mmHg, FC 116 bpm. Ao exame: útero flácido e acima da cicatriz umbilical, placenta entregue íntegra e sem**

**lacerações visíveis.**

**Assinale a alternativa que representa a conduta mais adequada para essa paciente neste momento.**

A) Solicitar exames laboratoriais e coagulograma antes de iniciar qualquer intervenção, para excluir coagulopatia de base.  
B) Iniciar ácido tranexâmico e misoprostol retal, realizar sondagem vesical e preparar material para revisão uterina manual.  
C) Administrar ocitocina intravenosa, sem manipulação uterina, e avaliar necessidade de transfusão conforme hemoglobina.  
D) Iniciar taponamento uterino com balão de Bakri, associar misoprostol retal e sulfato de magnésio para prevenção de disfunção endotelial.  
E) Realizar avaliação clínica para identificar a causa da hemorragia, iniciar massagem uterina, monitorização, acesso venoso calibroso, soro aquecido, ácido tranexâmico e ocitocina EV.

**29) Sobre o conceito de parto humanizado, segundo as diretrizes da Organização Mundial da Saúde (OMS) e do Ministério da Saúde do Brasil, assinale a alternativa correta.**

A) O conceito de humanização está vinculado exclusivamente ao parto vaginal, não se aplicando a cesarianas eletivas.  
B) O protagonismo da mulher implica autonomia parcial nas decisões, desde que autorizadas pela equipe médica.  
C) O respeito às escolhas da gestante inclui direito à posição de parto desejada, desde que não haja contraindicações clínicas.  
D) O parto humanizado restringe o uso de métodos farmacológicos para analgesia, priorizando o estímulo à dor fisiológica.  
E) O parto humanizado pressupõe baixo risco obstétrico e está limitado ao ambiente domiciliar com equipe de parteiras treinadas.

**30) Puérpera de 5 dias, primigesta, procura atendimento com queixa de dor intensa na mama direita, associada a área endurecida, quente e avermelhada no quadrante superior externo. Refere febre de 38,5 °C e calafrios nas últimas 24 horas. Relata dificuldade para amamentar, mas sem interrupção do aleitamento. Ao exame: região dolorosa e eritematosa de 6 cm, sem flutuação. Mamas com sinais de ingurgitamento bilateral leve. Com base no caso apresentado, assinale a alternativa correta.**

A) O diagnóstico é mastite puerperal; o aleitamento deve ser mantido e está indicado uso de antibiótico por via oral.  
B) O diagnóstico mais provável é abscesso mamário;

a conduta é drenagem cirúrgica e antibioticoterapia endovenosa.

C) A suspeita de ducto lactífero obstruído é mais provável, sendo suficiente orientar compressas frias e repouso mamário.

D) O quadro é compatível com mastite puerperal; deve-se suspender o aleitamento na mama acometida até completa resolução.

E) Trata-se de ingurgitamento mamário complicado; a conduta inclui analgesia e esvaziamento manual com bomba elétrica.

**31) Atraso menstrual de 12 semanas com queixa de sangramento vaginal, dores em hipogástrio e vômitos. Exame de Beta-hCG 278.000 UI/L e ultrassom com útero volumoso e cistos tecaluteínicos bilaterais de 8 cm. Foi submetida a procedimento cirúrgico e o anátomo patológico revelou hidropisia vilosa difusa e hiperplasia trofoblástica difusa com ausência de tecido fetal. O diagnóstico desta paciente é**

A) mola invasora.

B) aborto hidrópico.

C) mola hidatiforme parcial.

D) mola hidatiforme completa.

E) Coriocarcionoma Gestacional.

**32) Puérpera com 24 horas de pós-parto cesáreo por rotura prematura de membranas de 29 horas e distócia de progressão foi diagnosticada com infecção puerperal. Quais os sinais e sintomas clínicos que mais levaram a este diagnóstico?**

A) Temperatura 38,0°C, calafrio, dor abdominal e loquiação escassa.

B) Dor abdominal moderada, tremores, útero doloroso e hipoinvoluído.

C) Temperatura 37,9°C, dor abdominal, taquicardia, tremores e calafrio.

D) Taquicardia, taquipneia, dor abdominal e lóquios abundantes e inodoro.

E) Temperatura 38,9°C, taquicardia, útero doloroso, pastoso e hipoinvoluído.

**33) Mulher 51 anos, utilizando DIU-LNG 52 mg há 4 anos, apresenta sintomas vasomotores intensos, alteração do sono e irritabilidade. Sem comorbidades. G1P1 e DUM: 50 anos. Exames físico e complementares sem alterações. Qual seria o melhor tratamento para esta paciente?**

A) Remover DIU-LNG e iniciar estradiol 0,5 mg, oral, contínuo.

B) Manter DIU-LNG e iniciar testosterona 2mg, gel transdérmico, contínuo.

C) Manter DIU-LNG e iniciar acetato de noretisterona 35 mcg, oral, contínua.

D) Manter DIU-LNG e iniciar estradiol 0,5 mg/dose,

gel transdérmico, contínuo.

E) Remover DIU-LNG e iniciar estradiol 1mg com didrogesterona 10mg, oral, cíclico.

**34) Paciente 57 anos, com urgência miccional frequente e eventuais episódios de incontinência urinária de urgência iniciados 3 anos após a menopausa. Acorda 2 vezes a noite para urinar e houve muita piora da qualidade de vida laboral e afetiva. Nega doenças neurológicas prévias e cirurgias ginecológicas e urológicas prévias. G2C2, menopausa aos 51 anos sem terapia hormonal. Bom estado geral, IMC: 29,4 Kg/m<sup>2</sup>. Exame ginecológico: vagina lisa, pálida e sem conteúdo. Toque bidualigital: força contrátil do assoalho pélvico normal. Urocultura negativa. O diagnóstico mais provável desta paciente é**

A) divertículo uretral.

B) incontinência urinária mista.

C) síndrome da bexiga hiperativa.

D) incontinência urinária contínua.

E) incontinência urinária de esforço.

**35) A seguinte frase definidora “alguém que, em seus pensamentos, trabalhos e ações, é capaz de seguir estas normas que ele escolheu como próprias, sem constrangimentos ou coerção externas por outros” contém a essência do que os profissionais de saúde devem considerar como consentimento informado. A frase está definindo que tipo de pessoa?**

A) Otimista.

B) Mediadora.

C) Autônoma.

D) Performática.

E) Individualista.

**36) Paciente 40 anos, refere ter sentido nódulo em mama direita há 1 mês, com crescimento rápido. Não tem história familiar de câncer de mama. Ao exame físico, apresenta mamas de grande volume, com nódulo de aproximadamente 3 cm em quadrante súpero-externo de mama esquerda, de consistência firme, bordos irregulares e aderido a planos profundos. Apresenta mamografia e ultrassom de mamas BIRADS 4, e foi submetida a biópsia com diagnóstico de carcinoma mamário invasor triplo-negativo, Estádio Clínico T2N0M0. Em relação a esse caso, assinale a alternativa correta.**

A) A quimioterapia neste caso deve ser realizada após o tratamento cirúrgico.

B) O teste genético para câncer de mama hereditário deve ser solicitado devido à idade jovem.

C) A reconstrução mamária deve ser tardia, pelos riscos de recidiva do tumor triplo-negativo.



D) O tratamento inicial indicado é mastectomia esquerda com preservação de pele e complexo aréolo-papilar e linfonodo sentinela

E) A radioterapia é sempre indicada como tratamento adjuvante, independente da cirurgia ser conservadora ou mastectomia, por tratar-se de tumor triplo negativo.

**37) Paciente 60 anos, portadora de hipertensão arterial sistêmica em uso de enalapril, e dislipidemia em uso de rosuvastatina 20 mg, G2C2, menopausa aos 50 anos, fez uso de terapia hormonal por 5 anos, IMC = 30 kg/m<sup>2</sup>. Iniciou com sangramento vaginal há 3 dias. Ultrassom mostra endométrio de 8 mm. Qual seria a sua conduta?**

A) Histerectomia vaginal.

B) Histerectomia por via laparoscópica.

C) Repetir ultrassom transvaginal em 3 meses.

D) Repetir ultrassom transvaginal em 6 meses.

E) Biópsia de endométrio em consultório com cureta de Novak.

**38) Paciente de 30 anos, nuligesta, com desejo de engravidar, sem comorbidades, apresentou citologia oncótica cérvico-vaginal com diagnóstico de lesão intraepitelial de alto grau. Foi submetida a colposcopia, que evidenciou epitélio acetobranco denso, margens irregulares, vasos atípicos grosseiros e teste de Schiller iodo-negativo. A biópsia de colo uterino confirmou lesão intraepitelial de alto grau. Realizada conização, o laudo anatomicopatológico demonstrou carcinoma escamoso invasor do tipo usual, com invasão estromal focal de até 2,5 mm de profundidade, extensão horizontal de 5 mm, ausência de invasão linfovascular e margens ectocervical e endocervical livres. Qual a conduta mais adequada para esta paciente?**

A) Histerectomia total.

B) Histerectomia radical e linfadenectomia pélvica.

C) Histerectomia total com salpingo-ooforectomia.

D) Histerectomia total com pesquisa de linfonodo sentinela.

E) Orientar a paciente a manter seguimento clínico e citopatológico.

**39) Paciente 35 anos, refere leucorreia amarelo-esverdeada com início há 1 semana, associada a ardência vaginal e dispareunia. Ao exame especular, apresenta leucorreia profusa amarelo-esverdeada associada a hiperemia de ectocérvice e paredes vaginais. Qual a conduta mais adequada para esta paciente?**

A) Colposcopia.

B) Metronidazol 2 g via oral, dose única.

C) Tratamento com fluconazol 150 mg dose única.

D) Tratamento com metronidazol gel vaginal por sete dias.

E) Bacterioscopia a fresco ou por Gram para diagnóstico.

**40) Paciente de 17 anos, nuligesta, sem atividade sexual, IMC = 26 kg/m<sup>2</sup>, sedentária, refere ciclos menstruais irregulares, com intervalos de aproximadamente 60 dias e duração de 8 dias, associados a acne e oleosidade cutânea. Exames laboratoriais (testosterona total e livre, SDHEA, TSH, T4 livre e prolactina) apresentaram-se dentro da normalidade. Ultrassonografia transvaginal evidenciou útero de 90 cm<sup>3</sup>, ovário direito de 2,3 cm<sup>3</sup>, ovário esquerdo de 3,4 cm<sup>3</sup>, endométrio de 8 mm e anexos sem alterações.**

**Com base nos critérios de Roterdã para diagnóstico da Síndrome dos Ovários Policísticos (SOP), assinale a alternativa correta.**

A) A paciente não preenche critérios diagnósticos para SOP, sendo o tratamento mais indicado o uso de anticoncepcionais orais combinados.

B) A paciente preenche critérios diagnósticos para SOP, e a melhor opção terapêutica é o sistema intrauterino liberador de levonorgestrel.

C) A paciente preenche critérios diagnósticos para SOP, sendo recomendado o uso de progestagênios na segunda fase do ciclo menstrual, por 10 a 14 dias.

D) A paciente preenche critérios diagnósticos para SOP. O tratamento indicado inclui mudanças no estilo de vida, estímulo à atividade física, adequação da dieta e uso de anticoncepcionais orais combinados.

E) A paciente não preenche critérios diagnósticos para SOP. O tratamento mais adequado consiste em mudanças no estilo de vida, uso de anticoncepcionais orais combinados e espironolactona

**41) Sra. Mildred, 55 anos, queixa-se que há quase 3 semanas notou dor na mão D quando tenta descascar alimentos. Percebeu que a dor surge principalmente ao apertar o polegar contra os dedos da mão D quando apóia a faca. De história relevante comenta que aposentou-se recentemente e tem dedicado grande parte de seu tempo livre navegando na internet e atualizando-se sobre as notícias diárias nas redes sociais. Descobriu que ao dar “likes” as redes oferecem cada vez mais conteúdo sobre o assunto e confessa que já ficou mais de duas horas seguidas fazendo scrolling (palavra que agora domina após a filha alertá-la sobre posições viciosas que podem causar problemas). Ao exame físico apresenta edema discreto e sensibilidade dolorosa na região do processo estilóide do rádio a D. A manobra de Phalen e o sinal de Tinel são negativas, mas refere agudização da dor quando coloca o polegar na palma da mão e fecha os dedos sobre ele. Qual destes diagnósticos é o mais provável frente ao conjunto de informações acima?**

- A) Trata-se de provável fascíte palmar.
- B) Trata-se de tenossinovite de Quervain.
- C) Trata-se de artrite gotosa da primeira articulação metacarpofalangeana.
- D) Trata-se de artrite de pequenas articulações, muito provavelmente artrite reumatoide.
- E) Trata-se de síndrome do túnel do carpo com provável artrose de punho concomitante.

**42) Sr. Clodoaldo, 65 anos, conseguiu finalmente reduzir a massa gordurosa em 5 kg, com dieta, prática de Pilates e uso de GLP1ar. Vem a consulta relatando que iniciou com dor em coluna lombar há 2 dias, após empurrar armário na limpeza da casa. Você solicita a ressonância magnética de coluna lombossacra e identifica a presença de fratura de L4. Os exames laboratoriais que realizou há 1 mês não sugerem presença de doença secundária e a densitometria óssea que realizou há 6 meses mostrou escore T em coluna lombar ( L1 - L4) de -1,5 e de fêmur total de -0,5: Qual proposta abaixo se correlaciona ao melhor tratamento neste momento?**

- A) Iniciar bisfosfonados orais como o alendronato (70 mg/semana) ou risedronato (35 mg/sem) cujos estudos na população masculina mostrou redução do risco de fraturas vertebrais e não vertebrais em até 70 %.
- B) Suplementar com cálcio (1000 a 1200 mg /dia) e colecalciferol 50 mil UI semanal por 8 semanas e depois manter 15.000 UI semanais de maneira contínua com previsão de redução do risco de fraturas vertebrais em 20 a 30 %.
- C) Prescrever o denosumabe (60 mg/semestral) cujos estudos de 3 anos mostraram reduzir as fraturas vertebrais em 70%, com aumento da massa óssea e redução da ocorrência de fraturas atípicas e de osteonecrose de mandíbula.
- D) Introduzir calcitonina nasal (200 mg/d) que suprime a atividade osteoclástica pela ação direta sobre o receptor da calcitonina nos osteoclastos, reduz a dor, com previsão de redução de risco de fraturas vertebrais e de quadril em até 40 %.
- E) Administrar anualmente o ácido zoledrônico, que embora esteja correlacionado a ocorrência de osteonecrose de mandíbula em pacientes sob tratamento antineoplásico, reduziu o risco de fraturas vertebrais em 70% e mostrou uma redução de 28% na mortalidade.

**43) Erica, 42 anos, diabética e hipertensa bem controlada há 2 anos, em uso de anticoncepcional oral contínuo, assintomática, traz exames de rotina: colesterol= 230mg/dL; HDL colesterol= 31mg/dL; triglicerídios= 125 mg/dL; glicemia de jejum= 102 mg/dl; TSH= 1,5 UI/mL; HA1C=6,4; ácido úrico= 4,5mg/dL; vitamina D= 30 ng/mL. Qual atitude medicamentosa seria mais adequada nesta consulta?**

- A) Considerar terapia com estatina de intensidade alta para obter níveis de colesterol LDL < 70 mg/d.
- B) Considerar terapia com estatina de intensidade moderada para obter níveis de colesterol LDL < 100 mg/dL.
- C) Considerar terapia com estatina de intensidade alta, associada a ezetimiba para obter níveis de colesterol LDL < 50 mg/dL.
- D) Considerar tratamento combinado com estatina de intensidade alta, ezetimiba e fenofibrato também visando elevação do HDL e diminuição do risco CV.
- E) Considerar terapia com ômega 3 [ácido eicosapentaenoico (EPA) e ácido docosaexaenoico (DHA)] evitando, no início, o uso da estatina que pode aumentar discretamente o risco de descompensação do diabetes.

**44) Helena, 24 anos, recebeu diagnóstico de doença de Graves há 3 meses e encontra-se em uso de metimazol 10 mg /dia. Vem à consulta, nesta UBS, muita ansiosa, pois teve notícia que está grávida de 8 semanas. Ao exame apresenta-se com pequeno bócio palpável liso e indolor, tremores finos, mãos frias e úmidas e nenhum sinal de oftalmopatia de Graves. Trouxe exames coletados há 5 dias com os seguintes valores: TSH= 0,1 (0.9-2.2 ng/dL); T4 livre= 1,6 ng/dL (0.9-2.0); T3 livre= 0,4 ng/dL (0,30 a 0,47); TRAb 0,55 UI/L (até 0,55). A melhor conduta neste momento, além de reencaminhá-la ao endocrinologista que solicitou estes exames de controle, será**

- A) trocar o metimazol pelo propiltiouracil na proporção de 100 mg para 1 mg de metimazol, podendo mantê-lo até o final da gestação, se necessário.
- B) trocar o metimazol por propiltiouracil e acrescentar levotiroxina em baixas dosagens devido a ação inibitória do fármaco sobre a conversão de T3 em T4.
- C) aumentar a dose de metimazol para 20 mg /d, pois as imunoglobulinas estimulantes da tireoide tendem a aumentar no transcorrer do período gestacional.
- D) suspender a medicação antitireoidiana, pois considera-se que além dos riscos de teratogenicidade do metimazol, os exames atuais estão compatíveis com o bom controle da doença.
- E) manter o metimazol na dose de 10 mg e acrescentar levotiroxina em baixas dosagens (esquema de bloqueio-reposição) para manter níveis normais de T4 livre sem prejuízo ao feto.

**45) Sra. Rita, 65 anos, diabética, obesa, em tratamento com metformina 2 g ao dia, vem a consulta solicitando informações. Relata ter ouvido uma entrevista sobre as complicações crônicas do diabetes e ficou preocupada, pois nunca fora orientada a consultar-se com um nefrologista. Seus últimos exames mostraram glicemia 2 horas após o almoço de 165 mg/dL; HA1c de 6,3; ureia de 40 mg/**

**dl e creatinina de 1,12 mg/dl. Após analisar o caso você informa que o encaminhamento será realizado em caso de**

- A) hipertensão arterial resistente ao controle com 2 ou mais drogas antihipertensivas.
- B) desejo de transplante de células beta (ilhotas) com ou sem transplante renal simultâneo.
- C) necessidade de orientação sobre acesso vascular para a hemodiálise ou diálise peritoneal.
- D) inclusão no sistema SUS para recebimento de medicação contínua de inibidores do SGLT-2.
- E) a taxa de filtração glomerular estimada for < 30 mL/min por 1,73 m<sup>2</sup> ou a proteinúria se mostrar > 3 g/dia.

**46) Paciente sexo masculino, acorda com déficit motor à direita e fala arrastada. Há 5 horas do último momento assintomático conhecido. Realizou tomografia computadorizada de crânio com ausência de hemorragia, e no estudo da perfusão demonstra uma área de penumbra significativa. Qual é a conduta mais adequada?**

- A) Iniciar anticoagulação oral imediata.
- B) Apenas suporte clínico e posteriormente investigação da etiologia do AVE.
- C) Craniectomia descompressiva, a fim de reduzir a hipertensão intracraniana.
- D) Não indicar trombólise, pois acima de 4,5 horas sempre está contraindicado.
- E) Considerar trombólise, uma vez que protocolos avançados permitem trombolisar se houver ressonância magnética de crânio com DWI/FLAIR mismatch (restrição da difusão sem alteração no FLAIR) .

**47) Paciente de 65 anos de idade com diagnóstico de insuficiência cardíaca com fração de ejeção reduzida (FE 28%) secundária a miocardiopatia isquêmica. No momento está em uso de carvedilol 25mg, enalapril 10mg, espironolactona 25mg / dia e uso de diurético de alça conforme a necessidade. Mesmo otimizado clinicamente, permanece sintomático (NYHA 3) e foi recentemente internado por descompensação. Ecocardio transtorácico demonstra dilatação ventricular esquerda, eletrocardiograma um QRS de 112 ms em ritmo sinusal. Função renal estável, creatinina 1,3mg/dl. Considerando evidências e recomendações atuais, a melhor próxima intervenção farmacológica que provavelmente reduzirá hospitalizações e mortalidade deste paciente?**

- A) Suspender a espironolactona e iniciar ivabradina.
- B) Avaliar o uso de inotrópico, com infusão ambulatorial crônica para melhora dos sintomas.
- C) Trocar carvedilol por um betabloqueador cardioseletivo (bisoprolol) como primeira medida.
- D) Introduzir inibidor SGLT2 (por exemplo empaglifozina) , e após estabilização clínica avaliar a troca de

IECA por sacubitril/valsartana (ARNI).

E) Realizar a troca de enalapril e espironolactona, e iniciar vasodilatadores que reduzem pré e pós carga como hidralazina e monocordil.

**48) Paciente dá entrada na sala de emergência referindo dispneia intensa e desconforto torácico. Ao monitorar paciente percebemos PA 160/70, FC 160bpm, FR 32, sat 88%, na ausculta pulmonar presença de estertores crepitantes até terço médio bilateral. Realizado eletrocardiograma, percebemos ausência da onda P e ritmo irregular. Diante do quadro clínico e da interpretação eletrocardiográfica, qual a melhor conduta a ser tomada?**

- A) Cardioversão elétrica com 50J no desfibrilador monofásico
- B) Cardioversão elétrica com 200J no desfibrilador monofásico.
- C) Realizar manobra vagal se o paciente não responder infusão de adenosina 6mg EV.
- D) Investigar causas secundárias que possam estar levando ao aumento da frequência cardíaca.
- E) Amiodarona dose de ataque, seguido da dose manutenção 1mg/min nas primeiras 6 horas e 0,5mg/min nas próximas 18h.

**49) Nem sempre quem tem uma artéria coronária ocluída apresenta o supradesnivelamento clássico no ST no ECG. Estudos mostram que cerca de 50-60% dos pacientes com oclusão coronariana aguda (OCA) não se enquadram nos critérios tradicionais de IAM com supra de ST. Isso pode atrasar o diagnóstico de reperfusão e piorar o desfecho clínico. Baseado neste contexto, qual a melhor conduta diante de uma paciente com dor torácica típica e eletrocardiograma sem supra do segmento ST?**

- A) Está indicado trombólise química ( rt pa ) imediata.
- B) Deve ser encaminhado a estratégia invasiva imediata.
- C) Deve ser realizada uma angiotomografia de coronárias a fim de estabelecer o diagnóstico.
- D) Paciente deve ser encaminhado imediatamente para Unidade de Terapia Intensiva para iniciar droga inotrópica a fim de melhorar perfusão tecidual e estabilização clínica.
- E) Estratificar o risco do paciente, realizar eletrocardiograma seriados, coletar marcadores de necrose miocárdica e procurar ativamente no eletrocardiograma novos padrões que sugiram obstrução coronariana aguda.

**50) Os médicos costumam se referir a qualquer doença febril sem uma etiologia óbvia inicial como Febre de Origem Obscura (FOO) . A maioria das doenças febris melhora antes que um diagnóstico possa ser feito ou que desenvolva características**

que possibilitem o diagnóstico. O termo FOO deve ser reservado para doenças febris prolongadas sem uma etiologia estabelecida apesar da avaliação e exames diagnósticos intensivos. Diante do exposto, analise as afirmativas abaixo

I - Na população idosa três diagnósticos possíveis de FOO, arterite de células temporais associada à polimialgia reumática, doença de Still e neoplasia colon retal devem ser consideradas.

II - A febre com sinais de endocardite e hemoculturas negativas representa um problema especial. A endocardite com culturas negativas pode ser causada por bactérias de difícil cultivo, como bactérias nutricionalmente variantes, os microrganismos do grupo HACEK.

III - A febre de origem obscura é definida como febre > 37,8 em pelo menos duas ocasiões, duração de doença maior que 1 semana, presença de imunocomprometimento conhecido, diagnóstico que permanece incerto após anamnese e exame físico detalhados e os seguintes exames obrigatórios: determinação de VHS e proteína C reativa, contagem de plaquetas, contagem total e diferencial de leucócitos, medidas dos níveis de hemoglobina, eletrólitos, creatinina, proteínas totais, fosfatase alcalina, FAN, fator reumatoide, eletroforese de proteínas, parcial de urina com urocultura, hemoculturas, radiografia de tórax, ultrassonografia abdominal e teste cutâneo com tuberculina ou IGR teste.

- A) As afirmativas I e II estão corretas, a III está incorreta.
- B) As afirmativas I e III estão corretas, a II está incorreta.
- C) As afirmativas II e III estão corretas, a I está incorreta.
- D) As afirmativas I, II e III estão corretas.
- E) As afirmativas I, II e III estão incorretas.

51) O câncer de pele não melanoma (CPNM) é o câncer mais comum nos Estados Unidos. A respeito do tema assinale a alternativa correta com V (verdadeiro) ou F (falso).

I) Os carcinomas basocelulares (CBC) são responsáveis por 70 a 80% dos casos, enquanto os carcinomas de células escamosas (CCE) representam 20% dos casos.

II) A maioria dos tumores se desenvolve em áreas da cabeça e do pescoço expostas ao sol. O risco de CCE labial ou oral aumenta com o tabagismo e a semelhança do CCE da orelha, apresenta prognóstico mais sombrio do que aquele observado em outros locais do corpo.

III) O carcinoma basocelular (CBC) é uma neoplasia cutânea que se origina de células basais epiteliais imaturas pluripotentes, que perderam sua capacidade de diferenciação e queratinização normais.

IV) A forma nódulo-ulcerativa é mais comum, geralmente única, acomete sobretudo cabeça e pescoço. Caracteriza-se como pápula ou nódulo com aspecto perolado, muitas vezes com telangectasias de padrão característico à dermatoscopia.

- A) VFFV.
- B) VVFF.
- C) FFFF.
- D) VVVF.
- E) VVVV.

52) A classificação da Organização Mundial da Saúde (OMS) das neoplasias mieloproliferativas (NMPs) crônicas inclui distúrbios, alguns dos quais raros ou pouco caracterizados, mas todos compartilhando uma origem a partir de uma célula hematopoiética, a superprodução de um ou mais elementos do sangue sem displasia importante e uma predileção por hematopoiese extramedular, mielofibrose e transformação, em taxas variadas, em leucemia aguda. Considerando as neoplasias mieloproliferativas sem fenótipo mielocítico (mielofibrose primária, trombocitose essencial e policitemia vera), julgue as alternativas a seguir sobre a correta.

- A) Na trombocitose essencial, em contagens de plaquetas muito elevadas, especialmente quando acima de 1.000.000/mm<sup>3</sup>, existe risco elevado de hemorragia causada por doença de von Willebrand.
- B) A policitemia vera é limitada a eritrocitose isolada, por vezes associada a prurido aquagênico, e a presença de trombocitose isolada, leucocitose ou esplenomegalia devem direcionar a investigação a outras neoplasias mieloproliferativas.
- C) As três doenças citadas apresentam quadros clínicos extremamente variados entre si, sendo que a policitemia vera, a mais rara das três, tem a sintomatologia mais grave e agressiva, rotineiramente cursando com sintomas constitucionais e esplenomegalia.
- D) A trombocitose essencial, que apresenta alta chance de evolução para leucemia mieloide aguda, requer tratamento, na maior parte dos casos envolvendo quimioterapia, exceto em casos de intolerabilidade do paciente, que neste caso deve receber transplante alogênico de medula óssea.
- E) Paradoxalmente à alcunha de mieloproliferação estabelecida pela OMS, a mielofibrose primária comumente cursa com pancitopenia já em estágio inicial, em decorrência da perda de tecido medular para eritropoese eficaz, associada a sintomas constitucionais como perda ponderal e sudorese noturna.

53) Paciente de 62 anos, tabagista de longa data, apresenta dispneia progressiva, tosse e edema facial que piora em decúbito dorsal. Ao exame, observa-se pletora facial, dilatação de veias cervicais e colaterais torácicas anteriores. A tomografia

**computadorizada de tórax mostra massa mediastinal com compressão da veia cava superior. Sobre a síndrome da veia cava superior, assinale a alternativa correta.**

- A) O achado mais significativo nas radiografias de tórax é o de derrame pleural, em geral localizado à direita.
- B) Em geral, os pacientes com síndrome de veia cava superior apresentam edema da face e do pescoço e os sintomas são progressivos, mas, em alguns casos, eles podem melhorar com o desenvolvimento de circulação colateral.
- C) Para seu diagnóstico é essencial a realização de exame de imagem - idealmente ressonância magnética de tórax e cervical, entretanto a tomografia de tórax pode ser considerada se impossibilidade de realização daquele exame.
- D) O desenvolvimento de varizes esofágicas, particularmente no contexto de uso de cateter de hemodiálise, deve direcionar a investigação a outras etiologias como síndrome hepatorenal, na qual há deficiência na produção de fatores de coagulação e aumento da pressão portal.
- E) Embora classicamente fosse considerada uma síndrome relacionada a obstrução direta da veia cava superior por neoplasias malignas, hoje sabe-se que existe predominância de etiologias benignas como uso de cateteres de acesso venoso central de longa duração, marca-passos e doenças auto-imunes, particularmente a síndrome de Behçet.

**54) As células neoplásicas podem produzir uma variedade de produtos capazes de estimular respostas hormonais, hematológicas, dermatológicas, reumatológicas, renais e neurológicas. Dentre as síndromes paraneoplásicas mais comuns, considere as alternativas a seguir e indique a correta.**

- A) Trombocitose, eosinofilia e granulocitose são achados frequentes em pacientes neoplásicos e, excluídas causas secundárias como infecções ou parasitoses, não requerem tratamento direto além do direcionado ao câncer.
- B) A hipercalcemia humoral do câncer pode cursar com aumento acentuado do cálcio sérico levando a fadiga, alteração do estado mental, desidratação e nefrolitíase - nestes casos observa-se grande aumento do PTH sérico.
- C) Em neoplasias malignas onde ocorre produção ectópica de gonadotrofina coriônica humana (hCG) é necessária a ablação completa de órgãos germinativos em homens ou mulheres, devido ao risco de recidiva tumoral futura.
- D) Fraqueza, letargia, náuseas, alteração do estado mental e convulsões podem ser sintomas de SIADH associada a neoplasia, no qual o excesso de vasopressina provoca níveis supra fisiológicos de sódio,

chegando a níveis superiores a 150 mEq/L em casos graves.

E) A trombose venosa profunda e a embolia pulmonar são os distúrbios trombóticos mais comuns nos pacientes com câncer e pacientes com diagnóstico neoplásico devem receber quimioprofilaxia contra TEV durante o tratamento, mesmo fora do ambiente hospitalar.

**55) As infecções constituem uma causa comum de morte e uma causa ainda mais comum de morbidade em pacientes que apresentam ampla variedade de neoplasias malignas – a depender do tipo de neoplasia, os óbitos relacionados a infecção podem chegar a 50% dos casos. A evolução da abordagem na prevenção e no tratamento das complicações infecciosas do câncer tem diminuído as taxas de mortalidade associadas às infecções e provavelmente continuará a fazê-lo. Julgue as alternativas a seguir e aponte a correta.**

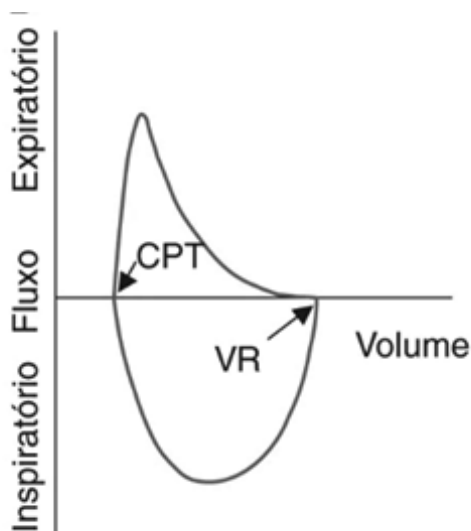
- A) Vacinas de vírus vivos (ou de bactérias vivas) não devem ser administradas a pacientes durante a quimioterapia intensiva, devido ao risco de infecção disseminada.
- B) Na neutropenia febril em terapia inicial sem foco definido, recomenda-se o uso empírico de vancomicina, reavaliando a manutenção deste tratamento após resultados de culturas.
- C) Pacientes com febre e neutropenia devem receber terapia intravenosa com cobertura de amplo espectro contra bactérias gram-negativas e gram-positivas e pseudomonas; o tratamento ambulatorial com antibióticos via oral nesta situação é contraindicado.
- D) Os esquemas de antibióticos recomendados empiricamente para o tratamento de pacientes febris nos quais se espera uma neutropenia de longa duração (> 7 dias) incluem cefalosporina de terceira geração, macrolídeo e sulfametoxazol/trimetoprima, frequentemente em associação.
- E) Cateteres intravenosos que são usados na quimioterapia estão propensos a causar infecção e representam um problema importante no tratamento destes pacientes; infecções de cateteres são tratadas com antibióticos e é contraindicada a remoção cirúrgica, tanto pela necessidade de via terapêutica para quimioterapia quanto pelo risco de disseminação séptica na manipulação dos mesmos.

**56) Paciente de 28 anos internado em hospital terciário após fratura de membro inferior após acidente de moto, realizando profilaxia contra trombose com heparina de baixo peso molecular, após cinco dias apresenta plaquetopenia, sem sangramento. Mantido o tratamento, após quatro dias evolui com trombose do membro inferior contralateral à fratura e verifica-se queda de contagem de plaquetas para 32.000/mm<sup>3</sup>, eritrograma e leucograma sem alterações. O médico assistente observa que o**

exame laboratorial prévio ao internamento do paciente era normal. Avalie a alternativa correta perante o caso clínico.

- A) A melhor terapia neste momento seria a de esplenectomia, entretanto apenas após a transfusão de plaquetas devido ao risco de sangramento
- B) É imprescindível a realização o quanto antes de plasmáfereze neste caso pois o diagnóstico mais plausível é o de púrpura trombocitopênica trombótica (PTT).
- C) A hipótese mais plausível neste caso é a de púrpura trombocitopênica imune (PTI) e deve-se iniciar imediatamente o tratamento de primeira linha com prednisona 1 mg/kg/dia.
- D) Neste momento, deve-se suspender a heparina (pelo risco de sangramento) e tão logo seja possível a realização de aspirado e biópsia de medula óssea para investigação de leucemias agudas ou síndrome mielodisplásica.
- E) Trata-se de provável caso de trombocitopenia induzida por heparina (TIH), cuja complicação mais frequente é a de trombose, ainda que com contagens baixas nas plaquetas, e deve-se interromper imediatamente o uso de heparina e sua substituição por anticoagulante alternativo como varfarina.

**57) M.R.S, 16 anos, compareceu ao pronto-socorro acompanhado pela mãe, com queixa de tosse persistente e falta de ar, especialmente à noite e durante a prática de exercícios físicos. Os sintomas se iniciaram há cerca de 6 meses e têm se tornado mais frequentes e intensos. A mãe relata que o paciente acorda algumas noites com tosse, o que o impede de ter uma boa noite de sono. O paciente nega tabagismo, febre, dor no peito, perda de peso ou outros sintomas sistêmicos. Após consulta com a clínica médica foi requisitada uma espirometria com prova broncodilatadora (b.d.) cujo resultado se apresenta abaixo. Em relação ao diagnóstico marque a alternativa correta.**



<b>CPT</b>	<b>100%</b>
<b>CRF</b>	<b>104%</b>
<b>VR</b>	<b>120%</b>
<b>CVF</b>	<b>90%</b>
<b>VEF1</b>	<b>35% pré b.d</b> <b>75% pós b.d</b>

- A) O uso frequente de  $\beta_2$ -agonistas de curta ação não é associado com aumento da mortalidade.
- B) Alguns diagnósticos diferenciais são a bronquiolite obliterante, a doença pulmonar obstrutiva crônica e fibrose cística.
- C) Os  $\beta_2$ -Agonistas de longa ação (LABAs) apresentam duração de ação de cerca de 12 horas e são recomendados para uso como monoterapia.
- D) Pacientes com diagnóstico no início da vida adulta deve-se descartar causas secundárias como uso de medicamentos (betabloqueadores, AAS e IECAs).
- E) A sua fisiopatologia evidencia a inflamação crônica das vias aéreas mais comumente de natureza linfocítica, sendo a infiltração mastocitária também frequente.

**58) J.S.A., 45 anos, técnico em informática, comparece à consulta com queixas de sonolência diurna excessiva, ansiedade e cefaleia cedo pela manhã. A esposa relata que ele ronca alto e tem episódios frequentes de pausas respiratórias durante o sono, seguidos por “engasgos” ou pequenos despertares. O paciente nega dor torácica, febre ou tosse. Os sintomas têm se intensificado nos últimos dois anos. Ele refere que costumava fazer pequenas caminhadas, mas agora se cansa com facilidade, mesmo em atividades leves como subir um lance de escadas ou caminhar no plano por poucos metros. Ele atribui a falta de ar ao “sedentarismo” e ao aumento de peso, que tem sido constante na última década. Ao exame físico apresenta Índice de Massa Corporal (IMC) de 47,4 kg/m<sup>2</sup>, frequência cardíaca: 95 bpm. Frequência respiratória: 20 cpm. Saturação de O<sub>2</sub>: 89% em ar ambiente. Pressão arterial: 145/90 mmHg. Em relação ao diagnóstico marque a alternativa correta.**

- A) No indivíduo sadio, o nível arterial de dióxido de carbono (PaCO<sub>2</sub>) é mantido entre 27 e 33 mmHg ao nível do mar. Todos os distúrbios de ventilação resultam em alteração nas medições da PaCO<sub>2</sub>.
- B) Na síndrome de hipoventilação por obesidade a carga da parede torácica é menor do que a força dos músculos ventilatórios, resultando em uma troca anormal de gases após input neural ser transmitido às bombas musculares da respiração.
- C) A ventilação não invasiva com pressão positiva (VNIPP) noturna tem sido usada com sucesso no tratamento da hipoventilação e das apneias obstrutivas, porém sem sucesso nas hipoventilações de origem central.
- D) O diagnóstico mais possível é de síndrome de hi-

poventilação por obesidade uma vez que o paciente possui IMC > 30 kg/m<sup>2</sup>, sintomas de hipoventilação crônica e evidência de distúrbio respiratório relacionado ao sono.

E) As doenças que reduzem a ventilação-minuto ou aumentam o espaço morto podem ser classificadas em quatro categorias principais: doença do parênquima pulmonar e da parede torácica, distúrbio respiratório do sono, doença neuromuscular e cor pulmonale.

**59) M.A.C., 68 anos, foi admitida na UTI devido a uma hemorragia digestiva alta grave, secundária a uma úlcera gástrica. Seu quadro inicial evoluiu para choque hipovolêmico, exigindo múltiplas transfusões de concentrado de hemácias, nas 4 horas seguintes ao final da última transfusão, a paciente desenvolveu dispneia progressiva e taquipneia. A ausculta pulmonar revelou estertores finos bilaterais, e a saturação de oxigênio caiu para 88% em ar ambiente. Ao exame físico a pressão arterial permaneceu estável, e não havia sinais de sobrecarga hídrica e nem febre. Os exames complementares mostraram uma relação PaO<sub>2</sub>/FiO<sub>2</sub> (P/F): 110 e radiografia de tórax abaixo.**

**Em relação ao diagnóstico assinale a alternativa correta.**



A) Caso a paciente evolua para ventilação mecânica deve-se optar por ventilações com alto volume corrente por quilo para se obter uma melhora da sobrevida.

B) Embora muitas doenças clínicas e cirúrgicas estejam associadas ao desenvolvimento de SARA, a maioria dos casos (> 80%) é causada por pneumonia e sepse (cerca de 40 a 60%).

C) Caso a paciente evolua para ventilação mecânica, não haveria benefício em mantê-la em posição prona uma vez que melhora a oxigenação arterial sem benefício na mortalidade.

D) Pacientes com SARA devem ser manejados evitando a restrição hídrica uma vez que a diminuição do enchimento atrial esquerdo é associado com maior mortalidade por hipoperfusão renal.

E) Trata-se de uma SARA (síndrome da angústia res-

piratória aguda) grave por lesão pulmonar direta ocasionado pelo aumento de volume circulante gerado pelas múltiplas transfusões de sangue.

**60) C.F.A., 58 anos foi admitida no pronto socorro por hipotensão e sensação de lipotimia. A sintomatologia iniciou-se há aproximadamente 12 horas, de forma insidiosa, mas com rápida progressão. A paciente relatou, inicialmente, uma sensação de calafrios intensos. Paciente nega náuseas, vômitos ou exteriorização de sangramento. A equipe de enfermagem percebeu que a paciente estava confusa, respondendo lentamente às perguntas e parecendo desorientada. A paciente está em vigência de quimioterapia para câncer de ovário metastático sendo seu último ciclo há 10 dias. Ela não faz uso de uso de cateter central. Ao exame físico pressão arterial 85/40 mmHg, frequência cardíaca 125 bpm, frequência respiratória 26 cpm, temperatura 38 °C. O hemograma apresenta contagem de neutrófilos de 200/mm<sup>3</sup>. Em relação ao diagnóstico acima marque a alternativa correta.**

A) Há quatro principais processos que levam à redução no transporte de oxigênio e à hipoxia celular, sendo esses os quatro principais tipos de choque: distributivo, cardiogênico, hipovolêmico e hemorrágico.

B) Após adequada reposição volêmica (30 mL/kg nas primeiras 3 horas) a paciente manteve hipotensão necessitando de suporte de vasopressores. Assim, a hipótese mais provável é de choque hipovolêmico.

C) A taquicardia observada na paciente é uma resposta secundária a hipotensão na tentativa de manter o transporte do oxigênio. Como esclarece a equação: DO<sub>2</sub> (determinantes do transporte de oxigênio) = (FC (frequência cardíaca × VS (volume sistólico) × CaO<sub>2</sub> (conteúdo arterial de oxigênio).

D) Com o objetivo de aumentar a resistência vascular periférica, caso se comprove o choque da paciente, deve-se iniciar um vasopressor sendo a dopamina o agente de primeira escolha.

E) Os antibióticos intravenosos devem ser iniciados assim que possível (dentro de 2 horas); especificamente com esquema de amplo espectro como cefepima 2 gramas a cada 8/8 horas.

**61) Paciente submetido a prostatectomia radical com acesso videolaparoscópico devido a câncer de próstata. Cirurgia transcorre sem sangramento e sem lesões de estruturas adjacentes. Nas primeiras 6 horas de pós-operatório, paciente urinou 200ml (peso do paciente 100kg) e sua creatinina sérica subiu para 2mg/dl (há 2 dias, sua creatinina sérica era 1,4mg/dl).**

**Diante desse cenário, qual conduta mais apropriada?**

A) As alterações são esperadas para cirurgia de grande porte, não sendo necessários quaisquer tratamen-

tos adicionais.

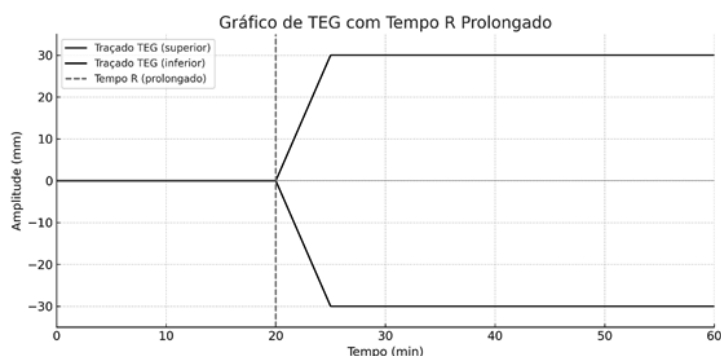
B) As alterações indicam insuficiência renal aguda, sendo indicado realizar prova de volume independente da etiologia do evento.

C) As alterações indicam insuficiência renal aguda, sendo indicado avaliar se há alteração hidroeletrólítica e buscar a causa incitadora.

D) As alterações indicam insuficiência renal aguda, sendo necessário realizar terapia de substituição renal para evitar complicações metabólicas.

E) As alterações são esperadas para cirurgia de grande porte, sendo necessário tratamento paliativo baseado em hidratação endovenosa.

**62) Paciente de 58 anos, com cirrose hepática por hepatite C, é submetido a transplante hepático ortotópico. Durante o intraoperatório, apresenta sangramento difuso, e os exames laboratoriais convencionais (TAP/RNI e TTP) mostram prolongamento moderado dos tempos, sem clara correlação com a gravidade do sangramento. O anestesista solicita uma tromboelastografia (TEG), que revela: tempo R prolongado, tempo K normal, ângulo  $\alpha$  normal, amplitude máxima normal e LY30 < 1%.**



**Com base nesses achados, qual é a conduta mais apropriada?**

A) Administração de plasma fresco congelado (PFC), pois o tempo R prolongado sugere deficiência de fatores de coagulação da fase inicial.

B) Transfusão de plaquetas, pois a amplitude máxima representa a agregação plaquetária, e o sangramento indica trombocitopenia funcional.

C) Nenhuma conduta específica, pois o TEG está normal e o sangramento deve ser contido com ligaduras vasculares cirúrgicas.

D) Início de antifibrinolítico (ácido tranexâmico), pois o LY30 está aumentado, indicando lise precoce do coágulo.

E) Administração de crioprecipitado, pois o tempo K está alterado, indicando deficiência de fibrinogênio.

**63) Paciente de 71 anos, sexo masculino, hipertenso e diabético, foi submetido a retossigmoidectomia por adenocarcinoma de cólon. No 1º dia**

**de pós-operatório, está em uso de dieta zero, sem sangramento ativo aparente, pressão arterial de 118/76 mmHg, frequência cardíaca de 78 bpm, sem dor torácica ou dispneia. A hemoglobina caiu de 10,1 g/dL no pré-operatório para 7,3 g/dL. Encontra-se lúcido, orientado e clinicamente estável.**

**Qual a conduta mais adequada em relação à transfusão de concentrado de hemácias (CH)?**

A) Não transfundir, pois o paciente está hemodinamicamente estável e o valor de hemoglobina ainda está acima do limite recomendado para transfusão.

B) Indicar transfusão apenas se houver sinais de isquemia miocárdica ou instabilidade hemodinâmica, independentemente do valor de hemoglobina.

C) Transfundir 1 unidade de CH, pois o valor de hemoglobina está abaixo de 8 g/dL em um paciente cirúrgico.

D) Transfundir 2 unidades de CH devido à queda significativa da hemoglobina no pós-operatório.

E) Iniciar transfusão profilática devido à idade do paciente e presença de comorbidades.

**64) Paciente de 65 anos, pós-operatório de cirurgia abdominal de grande porte, está internado em UTI com sepse e necessidade de ventilação mecânica. Durante a internação, apresenta hiperglicemia persistente com glicemia capilar entre 200 e 250 mg/dL. A equipe avalia a melhor estratégia para controle glicêmico.**

**Considerando as evidências atuais sobre controle da glicose em pacientes críticos, assinale a alternativa correta.**

A) A hiperglicemia em pacientes críticos protege contra infecções e disfunção orgânica.

B) Hipoglicemia grave em pacientes internados em UTI é rara e geralmente sem consequências neurológicas.

C) A hiperglicemia de estresse em pacientes graves é benigna e não está associada a piora do prognóstico.

D) O controle glicêmico ideal em pacientes críticos atualmente recomendado é manter a glicemia entre 140 e 180 mg/dL.

E) O controle rígido da glicemia, mantendo níveis entre 80 e 110 mg/dL, reduz a mortalidade em pacientes criticamente enfermos.

**65) Paciente masculino, 42 anos, apresenta lesão pigmentada na face dorsal do antebraço direito, referindo que há cerca de 8 meses percebeu aumento progressivo do tamanho e surgimento de áreas mais escuras. Ao exame, observa-se lesão de aproximadamente 7 mm, assimétrica, com bordas irregulares, variação de coloração e aspecto nodular em um dos polos.**

**Considerando os critérios clínicos e as indicações para biópsia de lesões cutâneas pigmentadas, a conduta inicial mais adequada é**



- A) proceder biópsia por raspagem (shaving) para evitar cicatriz inestética.
- B) realizar biópsia incisional com punch de 2 mm na borda menos pigmentada da lesão.
- C) observar a evolução da lesão por três meses antes de indicar qualquer procedimento cirúrgico.
- D) indicar ressecção ampla com margens oncológicas definitivas, dispensando biópsia diagnóstica prévia.
- E) realizar biópsia excisional com margens estreitas, incluindo toda a lesão e estendendo a profundidade até a gordura subcutânea.

**66) Homem, 68 anos, foi submetido à colectomia total por megacólon tóxico. No pós-operatório, evoluiu com choque séptico e necessidade de ventilação mecânica, terapia com drogas vasoativas e hemodiálise. Apesar de suporte intensivo, apresenta piora progressiva, com elevação na pontuação SOFA e sinais de falência hepática aguda. Diante desse cenário, a conduta mais adequada é**

- A) discutir com a família sobre o prognóstico, objetivos de cuidado e possibilidade de limitar medidas fúteis, envolvendo equipe de cuidados paliativos e comitê de ética.
- B) suspender todas as medidas de suporte e iniciar sedação profunda, sem comunicação prévia com a família, para evitar prolongar sofrimento.
- C) prosseguir com todas as medidas invasivas disponíveis, independentemente do prognóstico, para evitar acusação de omissão de tratamento.
- D) transferir o paciente para outro serviço com maior disponibilidade tecnológica, sem discutir a situação clínica atual.
- E) iniciar imediatamente suporte hepático extracorpóreo, mesmo sem evidência de benefício para este perfil de paciente.

**67) Paciente masculino, 56 anos, vítima de politrauma, encontra-se em ventilação mecânica na UTI há 5 dias. Apresenta Glasgow 8, múltiplas fraturas costais e contusão pulmonar bilateral. A equipe prevê necessidade de ventilação mecânica por, no mínimo, 14 dias. Considerando as evidências atuais sobre traqueostomia em pacientes críticos, qual a conduta mais adequada?**

- A) Optar pela traqueostomia somente se houver falha na extubação após o 14º dia de ventilação mecânica.
- B) Indicar traqueostomia percutânea precoce apenas se houver evidência de infecção de vias aéreas superiores.
- C) Realizar traqueostomia apenas no centro cirúrgico, visto que a percutânea apresenta maior risco de complicações graves.
- D) Manter intubação orotraqueal até o 14º dia, pois não há benefício comprovado na realização precoce de traqueostomia.

E) Indicar traqueostomia precoce (até 7 dias), pois há evidência de redução de tempo de ventilação mecânica e permanência na UTI, mesmo sem impacto consistente na mortalidade.

**68) Paciente feminina, 84 anos, apresenta massa renal esquerda de 14 cm, sugestiva de carcinoma de células claras, sem metástases à distância. É hipertensa controlada, perdeu 5 kg nos últimos 4 meses, refere fadiga e marcha lenta. Necessita de ajuda parcial nas atividades instrumentais de vida diária. No teste de levantar-se da cadeira 5 vezes, levou 18 segundos. Considerando o impacto da fragilidade sobre resultados cirúrgicos, qual das alternativas descreve a conduta mais adequada?**

- A) Indicar nefrectomia radical sem demora, pois a doença ameaça a sobrevida e a idade não contraindica cirurgia.
- B) Iniciar quimioterapia sistêmica antes da cirurgia, pois carcinoma renal localizado apresenta boa resposta inicial.
- C) Adiar a cirurgia e optar por tratamento clínico, pois a fragilidade representa risco muito elevado para o procedimento.
- D) Realizar avaliação geriátrica ampla e medir fragilidade com instrumento validado, otimizando a paciente antes da decisão.
- E) Solicitar avaliação cardiológica como principal medida, pois o risco cardiovascular é o fator mais relevante no idoso.

**69) Durante avaliação de rotina, uma mulher de 63 anos, assintomática, realiza ultrassonografia abdominal que identifica imagem polipoide única na vesícula biliar, medindo 11 mm, sem sinais de colelitíase. A paciente não apresenta colangite esclerosante primária ou história familiar de câncer de vesícula. Exames laboratoriais estão normais. Com base nos critérios atuais, qual deve ser a conduta mais adequada?**

- A) Iniciar tratamento com ácido ursodesoxicólico e acompanhar clinicamente.
- B) Repetir a ultrassonografia abdominal em 6 meses para avaliar crescimento da lesão.
- C) Realizar ressonância magnética das vias biliares para melhor caracterização do pólip.
- D) Indicar colecistectomia laparoscópica eletiva devido ao risco aumentado de malignidade.
- E) Observar anualmente com exames de imagem, pois pólipos < 2 cm não exigem intervenção.

**70) Um homem de 66 anos, previamente hígido, é submetido a uma ressonância magnética abdominal após queixa de desconforto epigástrico inespecífico. O exame revela cisto pancreático único, medindo 3,8 cm, localizado na cabeça do pâncreas, com nódulo mural realçado medindo 6 mm e**

**dilatação do ducto pancreático principal com 1,2 cm de diâmetro. Não há icterícia clínica, linfadenopatia ou elevação de marcadores tumorais. Com base nos critérios atuais de estratificação de risco para neoplasia intraductal mucinosa papilífera (NIMP), qual é a conduta mais apropriada?**

- A) Indicação de ressecção cirúrgica devido à presença de características de alto risco.
- B) Punção guiada por ecoendoscopia para dosagem de amilase e CEA no líquido cístico.
- C) Abstenção de conduta, pois se trata de um achado incidental em paciente assintomático.
- D) Seguimento clínico e radiológico anual, devido ao baixo risco de transformação maligna.
- E) Observação com nova ressonância magnética em 6 meses, apenas se houver crescimento do cisto.

**71) Homem 45 anos, IMC 29, crises de dor no hipocôndrio direito após refeições gordurosas. US: múltiplos cálculos < 1 cm, espessura da parede da vesícula de 3 mm, sem coleções. Em sua análise qual a melhor conduta definitiva?**

- A) Aguardar complicação.
- B) Litotripsia extracorpórea.
- C) Dissolução medicamentosa.
- D) Dieta pobre em gordura 12 meses.
- E) Colectomia videolaparoscópica.

**72) Mulher 24 anos, dor em fossa ilíaca direita há 12 h, Temperatura 38 °C, leucócitos 14 000. US: apêndice 9 mm de diâmetro, não compressível. Escolha o melhor tratamento?**

- A) Colonoscopia.
- B) Antibiótico ambulatorial.
- C) Laparoscopia diagnóstica.
- D) Apendicectomia videolaparoscópica.
- E) Tomografia de abdome antes de indicar cirurgia.

**73) Homem 70 kg, queimadura térmica de 30 % de superfície corporal queimada (SCQ). Nestes casos a reposição de volume de cristalóide nas primeiras 24 h é, segundo a fórmula de Parkland?**

- A)  $2 \text{ mL} \times \text{kg} \times \% \text{SCQ}$ .
- B)  $3 \text{ mL} \times \text{kg} \times \% \text{SCQ}$ .
- C)  $4 \text{ mL} \times \text{kg} \times \% \text{SCQ}$ .
- D)  $5 \text{ mL} \times \text{kg} \times \% \text{SCQ}$ .
- E)  $6 \text{ mL} \times \text{kg} \times \% \text{SCQ}$ .

**74) Homem 58 anos, obeso grau II, hérnia umbilical de 1,5 cm programada para reparo primário. Qual o principal fator de risco de recidiva?**

- A) Obesidade.
- B) Tabagismo.
- C) Sexo feminino.
- D) Idade > 60 anos.

E) Diálise peritoneal crônica.

**75) Homem 40 anos, úlcera duodenal ativa, H. pylori positiva. Considerando a necessidade de tratamento, qual o melhor esquema inicial de erradicação?**

- A) IBP isolado
- B) Claritromicina 7 dias
- C) IBP + metronidazol 3 dias
- D) Subsalicilato de bismuto
- E) IBP + amoxicilina + claritromicina 14 dias

**76) Caso Clínico: Homem de 25 anos, chega ao Pronto Atendimento após sofrer colisão automobilística frontal. O exame físico apresenta PA 120/80 mmHg, dor em hipocôndrio direito. FAST será realizado. Assinale a alternativa correta.**

- A) Avaliar pericárdio, estômago, retroperitônio e pelve.
- B) Avaliar apenas esplenorrenal e pelve para reduzir tempo de exame.
- C) Avaliar apenas o espaço hepatorenal; demais janelas só se instável.
- D) Avaliar pericárdio e hepatorenal; demais janelas não são obrigatórias.
- E) Avaliar pericárdio, espaço hepatorenal, espaço esplenorrenal e fundo de saco pélvico.

**77) Caso Clínico: Mulher de 40 anos, atropelada, PA 80/50 mmHg, FC 130 bpm, FAST mostra líquido livre. Qual a melhor conduta?**

- A) Alta com retorno se dor piorar.
- B) TC de abdome com contraste.
- C) Laparotomia exploradora imediata.
- D) Observação com expansão volêmica.
- E) Lavado peritoneal diagnóstico antes de decidir.

**78) Caso Clínico: Homem de 22 anos, sofre ferimento por arma branca (faca) em região periumbilical, com as alças do intestino delgado exteriorizadas. Chegou ao Pronto Atendimento estável e hemodinamicamente normotenso. Qual a melhor conduta?**

- A) Laparotomia emergencial.
- B) TC e observação em enfermaria.
- C) Antibioticoterapia e jejum por 24 h.
- D) Sutura da pele sob anestesia local.
- E) Alta ambulatorial com curativo compressivo.

**79) Caso Clínico: Paciente politraumatizado, atendido no Pronto Socorro com dificuldade respiratória. R X mostra nível líquido no hemitorax. Ao realizar a colocação de dreno torácico ocorre a**

**drenagem de 1 800 mL de sangue ao inserir. Em sua avaliação qual a melhor conduta?**

- A) Videotoracosopia eletiva.
- B) Manter drenagem e reavaliar em 1 h.
- C) Autotransfusão e conduta expectante.
- D) Retirada do dreno para evitar hipotensão.
- E) Toracotomia de urgência para controle de sangramento.

**80) Caso Clínico: Pessoa do sexo masculino, jovem, chega ao Pronto Socorro com ferimento aberto de 3 cm na parede torácica anterior. Apresenta-se dispnéico e presença de ruído de entrada de ar a cada movimento respiratório. Em sua avaliação qual a melhor conduta?**

- A) Analgesia e alta.
- B) Apenas oxigênio suplementar.
- C) Antibioticoterapia profilática, sem curativo.
- D) Fechar hermeticamente com gaze e esparadrapo nos quatro lados.
- E) Cobrir com curativo de três lados e providenciar dreno em selo d'água.

**81) A respeito dos modelos de proteção social em sistemas de saúde é correto afirmar que:**

- A) Na modalidade do tipo seguridade social, o financiamento é baseado em contribuições de empregados e empregadores.
- B) Na modalidade dos sistemas bismarckianos, o financiamento para o sistema universal é oriundo de recursos públicos provenientes de impostos gerais.
- C) Na modalidade do tipo seguro social, a prestação de assistência médica é em geral separada das ações de saúde coletiva e exercida por um órgão público diferente.
- D) Na modalidade dos sistemas beveridgianos, o Estado não assume para si a responsabilidade de garantia da proteção individual à saúde e protege apenas alguns grupos mais pobres.
- E) Na modalidade do tipo assistência social, os sistemas nacionais de saúde são apontados como mais eficientes, mais equânimes e, portanto, com maior impacto positivo nas condições de saúde.

**82) Considerando os estudos sobre as relações entre a saúde das populações e as desigualdades nas condições de vida em diferentes sociedades, é possível afirmar que:**

- A) O principal fator que explica a situação geral da saúde de um país é sua riqueza total, independentemente do grau de crescimento econômico do país.
- B) A distribuição geográfica equitativa de recursos financeiros no setor saúde é condição necessária e suficiente para alcançar o tratamento equitativo entre grupos sociais e entre indivíduos.

C) Grupos de renda média em um país com alto grau de iniquidade de renda apresentam uma situação de saúde pior que a de grupos com renda inferior que vivam em uma sociedade mais equitativa.

D) Um dos principais mecanismos pelos quais as iniquidades de renda produzem um impacto negativo na situação de saúde é o desgaste do capital social, ou seja, da proporção da riqueza do país distribuída adequadamente na sociedade.

E) Distribuições igualitárias de recursos de saúde per capita tendem a resultar na obtenção de patamares mais igualitários nos resultados obtidos na saúde da população quando estes resultados são medidos em unidades como igualdade de acesso ou igualdade de uso.

**83) Dentre as diversas interpretações da expressão “atenção primária à saúde - APS”, é correto afirmar que:**

A) AAPS definida na declaração de Alma-Ata visa garantir a integralidade e a participação social e assim atingir maior organização do sistema de promoção da saúde e também da atenção à saúde.

B) AAPS seletiva refere-se ao foco na disponibilidade de profissionais especializados em medicina de família e comunidade nos serviços ambulatoriais médicos de primeiro contato no sistema de saúde.

C) AAPS abrangente ou integral refere-se ao ponto de entrada no sistema de saúde e ao local de cuidados de saúde para a maioria das pessoas na maior parte do tempo, sendo a concepção mais comum em países da Europa com sistemas universais públicos.

D) A APS entendida como filosofia que orienta processos emancipatórios pelo direito universal à saúde preconiza que se desenvolvam como principais ações em países em desenvolvimento o monitoramento do crescimento infantil, a reidratação oral, a amamentação, a imunização, a complementação alimentar, o planejamento familiar e a alfabetização de mulheres.

E) A APS conceituada em ser apenas o primeiro dos níveis de atenção no sistema de saúde tem como princípios fundamentais a necessidade de enfrentar os determinantes sociais de saúde, a acessibilidade e cobertura universais com base nas necessidades, a participação comunitária, a ação intersetorial e o uso eficiente de recursos e tecnologias apropriadas e com aceitabilidade social.

**84) Sobre a vigilância sanitária no Brasil, é correto afirmar que:**

A) O objetivo primordial da vigilância sanitária é eliminar o risco decorrente de atividades, serviços ou substâncias que produzir efeitos nocivos ou prejudiciais na saúde humana.

B) Segundo a definição de legal vigente no Brasil, são objetos de intervenção da vigilância sanitária apenas os produtos e tecnologias dos grupos especificados

na lei 8.080/90.

C) No âmbito do sistema de vigilância sanitária, as externalidades negativas devem ser tratadas como importantes elos de interdependência social entre estados e municípios brasileiros.

D) A inspeção sanitária ocorre quando se tomam medidas para limitar certa atividade ou exposição mesmo que não se tenha sido completamente estabelecido que a atividade ou exposição constitua uma ameaça à saúde.

E) Enquanto a gerência de risco sanitário é de natureza mais científica, a avaliação de risco é de natureza político-administrativa, pois deve incorporar as preocupações sociais, econômicas e políticas na seleção de políticas de regulação mais apropriadas.

**85) A capacidade que as equipes de saúde da família têm de estabelecer mecanismos de integração e de cooperação clínica com os diferentes níveis de atenção, tendo como centro desses mecanismos as pessoas usuárias.**

**A descrição supracitada diz respeito a:**

A) Acesso.

B) Integralidade.

C) Resolubilidade.

D) Longitudinalidade.

E) Coordenação de cuidados.

**86) Sobre abordagem de sintomas de tristeza e depressão da Atenção Primária à Saúde, marque a alternativa correta:**

A) Se o paciente tem histórico de já ter utilizado um fármaco no passado, esse fármaco não deve ser usado em caso de novo episódio depressivo.

B) Durante a gestação, deve-se abordar os sintomas apenas com medidas não medicamentosas, pois não existe fármaco seguro para uso nesse período.

C) Terapias não medicamentosas, como psicoterapia e atividade física, não têm impacto relevante em quadros de depressão confirmada de grau moderado.

D) Medicamentos antidepressivos não mostraram vantagens de eficácia na comparação com placebo se usados para pessoas com depressão unipolar leve.

E) A abordagem do risco de suicídio não deve ser realizada na Atenção Primária, devendo ser feita exclusivamente em ambientes de internamento, pois não há instrumentos validados para a realização desta abordagem.

**87) Sintomas respiratórios estão entre as queixas mais comuns na Atenção Primária à Saúde, sobre este assunto, assinale a alternativa correta:**

A) Mesmo nos casos em que há alta probabilidade de faringite estreptocócica, o uso de antibióticos não está recomendado por não trazer benefício, sendo que os quadros são auto-limitados.

B) Dentre os tratamentos de rinossinusites, o uso de solução salina isotônica para lavagem nasal não traz nenhum benefício em relação ao alívio sintomático, sendo o tratamento medicamentoso imperativo em todos os casos.

C) O Escore de Centor modificado pode auxiliar na diferenciação entre faringite viral e estreptocócica, utilizando critérios como idade, ausência de tosse, exsudato em tonsilas, histórico recente de febre  $>38^{\circ}\text{C}$  e adenopatia cervical dolorosa.

D) A tosse subaguda pós infecciosa é caracterizada por ausência de alterações ao exame físico, ausência de sintomas sistêmicos e tem um padrão de tosse seca ou pouco produtiva. É considerada como complicação e deve ser tratada com antibióticos.

E) Medicamentos da classe dos Inibidores da Enzima Conversora de Angiotensina (IECA), como o enalapril, podem ser causa de tosse. Devido à sua importância no manejo da hipertensão, não devem ser descontinuados ou substituídos, mesmo se o sintoma de tosse trazer desconforto à pessoa que está utilizando.

**88) As recomendações para adequada abordagem do fumante sugerem um conjunto de intervenções, organizadas por meio de um programa estruturado e multiprofissional. É correto afirmar:**

A) Mesmo que o paciente não deseje parar de fumar é considerado estágio de contemplação.

B) Quando prescrito bupropiona o paciente é orientado a parar de fumar no 8º dia de tratamento.

C) A abordagem cognitivo-comportamental não se mostrou muito efetiva na cessação do tabagismo.

D) A prescrição medicamentosa é recomendada em pacientes com escore do teste de Fagerström  $< 5$ .

E) A abordagem mínima só está indicada de ser realizada para pacientes com claro interesse em parar de fumar.

**89) Vários fatores têm contribuído para o aumento da obesidade na população em geral, a urbanização e a industrialização mudaram a dinâmica de vida nas últimas décadas, trazendo novos hábitos de locomoção e alimentação, o uso do automóvel ou do transporte público, criaram formas sedentárias de trabalho e lazer tudo isto aumenta associado a alimentos hipercalóricos e pouco nutritivos. É correto afirmar:**

A) A Bupropiona, venlafaxina, aripiprazol e lamotrigina são exemplos de fármacos obesogênicos.

B) A perda de peso mais lenta, em comparação com perda mais rápida, não produz maior redução de massa gorda e do percentual de gordura corporal.

C) A busca por alimentos altamente palatáveis devido à sua capacidade de gerar prazer, e não por necessidades metabólicas, é referida como fome hedônica.

D) O IMC fornece uma estimativa da massa corporal total que indica adequadamente a composição de

massa corporal magra e gordurosa, com interpretação de pontos de corte distintos conforme a faixa etária. E) Os locais preferenciais para o depósito do excesso de gordura são idênticos entre os indivíduos que se apresentam na mesma categoria de IMC e que, portanto, apresentam os mesmos riscos da obesidade para a saúde.

**90) Paciente de 45 anos, com hipertensão arterial crônica associado a estenose mitral decorrente de febre reumática evoluiu com insuficiência cardíaca congestiva descompensada e óbito posteriormente. O médico da Unidade de Saúde da Família é procurado por familiares para fornecimento do atestado de óbito.**

**No campo sobre causa básica do atestado de óbito, o médico deverá preencher com:**

- A) Febre reumática.
- B) Estenose mitral.
- C) Hipertensão arterial.
- D) Cardiopatia reumática.
- E) Insuficiência cardíaca congestiva.

**91) Visando facilitar o uso de recursos práticos de acesso rápido a evidências médicas de alta qualidade, um modelo de organizar tais recursos é a pirâmide de Haynes (ou “6s”), que propõe que se busque evidências de forma hierarquizada, iniciando no recurso disponível que esteja no mais alto nível da pirâmide. Sobre esse modelo, é correto afirmar que:**

- A) Os sistemas computadorizados de suporte à tomada de decisão ficam na base da pirâmide.
- B) Artigos sobre ensaios clínicos randomizados ficam em nível acima das sinopses de sínteses.
- C) Seria indicado procurar evidências em revisões sistemáticas antes de procurar em diretrizes baseadas em evidências.
- D) O nível dos sumários é um dos mais altos e refere-se aos guias de prática clínica baseados em evidência e com atualização regular.
- E) Os recursos dos níveis mais baixos da pirâmide contém evidências que passaram por maior filtragem e pré-avaliação do que os níveis mais acima.

**92) Uma paciente de 60 anos, negra de classe socioeconômica alta, sem comorbidades conhecidas e com todos os exames de rastreamento de rotina (mamografia, Papanicolau, exames laboratoriais básicos) dentro da normalidade para a idade, insiste em realizar um painel genético completo para risco de câncer e uma tomografia computadorizada de corpo inteiro anualmente, baseando-se em informações genéricas obtidas na internet sobre “detecção precoce de todas as doenças”. Ela relata grande ansiedade e medo de ter uma doença oculta.**

**Considerando o caso clínico e a definição de prevenção quaternária, qual a abordagem mais adequada do médico de família em relação à demanda da paciente?**

- A) Oferecer um programa de “check-up executivo” abrangente, com rastreios de acordo com as normas de países ricos, justificando que, embora alguns exames sejam extras e caros, eles podem trazer mais tranquilidade à paciente.
- B) Identificar a paciente como em risco de excesso de medicina, protegê-la de intervenções invasivas e onerosas desnecessárias, e focar na relação médico-paciente, promoção à saúde e procedimentos cientificamente aceitáveis.
- C) Aconselhar a paciente a buscar múltiplos especialistas para que cada um avalie sua área específica de preocupação, garantindo uma cobertura completa, dessa forma usando a coordenação do cuidado para avaliação dos riscos prováveis e improváveis.
- D) Encaminhar para a realização de todos os exames solicitados, pois a autonomia do paciente deve ser priorizada, já que é o aspecto mais importante da relação médico-paciente, além disso o pedido de exames desnecessários não afetam em nada o estado de ansiedade da paciente.
- E) Explicar que não há evidências que justifiquem tais exames para sua idade e risco, e sugerir o acompanhamento psicológico e psiquiátrico para a sua ansiedade, já que não há como mudar a opinião das pessoas se estão fixadas na sua doença ao invés de sua saúde.

**93) Um jovem de 17 anos, pardo, classe social baixa, assintomático, comparece ao consultório acompanhado por sua mãe, que insiste na realização de rastreamentos extensos para infecções sexualmente transmissíveis (ISTs), incluindo HIV, hepatites, clamídia, gonorreia e sífilis, alegando que “é melhor prevenir antes que ele comece a vida sexual e pegue alguma coisa”. O jovem nunca teve relações sexuais.**

**De acordo com os campos da prevenção e a abordagem relacional do médico de família, qual a conduta mais apropriada neste cenário?**

- A) Realizar todos os exames solicitados pela mãe como forma de prevenção secundária, pois a detecção precoce é sempre benéfica.
- B) Encaminhar o jovem e a mãe para um infectologista, pois este é o especialista mais indicado para lidar com a prevenção de DSTs.
- C) Sugerir que o jovem inicie um programa de profilaxia pré-exposição (PrEP) para HIV, dada a preocupação da mãe com a prevenção de ISTs.
- D) Explicar à mãe que não há necessidade de exames, pois o jovem nunca teve relações sexuais, e focar apenas em orientações gerais de abstinência sexual.

E) Explorar as preocupações da mãe e do jovem, fornecer educação em saúde sobre prevenção primária de IST, sem indicar exames de rastreamento para quem não teve exposição.

**94) Dr. Carlos, médico de família e comunidade, está avaliando Marlene, uma paciente jovem, negra, em situação de rua, com queixas de disúria e polaciúria. Ele considera a combinação desses sintomas, sem corrimento vaginal, como um possível indicativo de cistite. Um estudo indica que essa combinação sintomática tem um Valor Preditivo Positivo (VPP) de 90% para diagnóstico de cistite nessa população.**

**Qual a melhor interpretação deste Valor Preditivo Positivo (VPP) para o caso de Marlene?**

A) Noventa por cento das mulheres que apresentam esses sintomas realmente não possuem a condição clínica de cistite.

B) A probabilidade de encontrar essa combinação de sintomas é de 90% entre as mulheres que são diagnosticadas com cistite.

C) Em 90% dos casos clínicos avaliados, a ausência dessa sintomatologia específica exclui completamente o diagnóstico de cistite.

D) Existe 90% de probabilidade de Marlene ter cistite, dado que os seus sintomas (o “teste”) foram considerados positivos para a condição.

E) Os sintomas apresentados por Marlene têm 90% de especificidade para o diagnóstico de cistite, confirmando a condição independentemente da probabilidade pré-teste.

**95) Em um estudo comparando o tratamento intensivo da pressão arterial com o tratamento tradicional, observou-se que o NNT (Número Necessário para Tratar) para evitar um AVC após 8,4 anos foi de 33.**

**Qual a interpretação mais precisa para o NNT de 33 obtido neste estudo sobre o tratamento da pressão arterial para a prevenção de AVC?**

A) É preciso tratar intensivamente 33 pacientes para causar um efeito adverso grave em um deles ao longo do período de 8,4 anos.

B) A cada grupo de 33 pacientes tratados intensivamente, aproximadamente 32 não experimentarão um AVC ao longo de 8,4 anos.

C) É necessário tratar 33 pacientes de forma intensiva durante 8,4 anos para evitar que ocorra em um destes pacientes um novo AVC.

D) Trinta e três por cento dos pacientes submetidos ao tratamento intensivo terão um AVC efetivamente evitado ao longo do período de 8,4 anos.

E) O tratamento intensivo demonstrou ser 33 vezes mais eficaz na prevenção de AVC do que a estratégia

de tratamento tradicional adotada.

**96) Em uma consulta de rotina, um paciente assintomático solicita um teste diagnóstico para uma doença rara, cuja prevalência na população geral é muito baixa (probabilidade pré-teste < 1%). O teste possui uma especificidade moderada (ex: 70%).**

**Considerando os conceitos de probabilidade pré-teste e área de indicação para um teste diagnóstico, qual a melhor justificativa para o médico desencorajar a realização do teste neste paciente assintomático?**

A) O teste possui intrinsecamente baixa sensibilidade, o que significa que um grande número de casos positivos seria despercebido.

B) A probabilidade pré-teste muito baixa aumentaria o risco significativo de resultados falso-negativos, mesmo com um teste positivo.

C) O custo financeiro do teste torna sua aplicação inviável em pacientes sem sintomas claros ou indicação formal de rastreamento.

D) A especificidade moderada do teste levaria a um alto risco de resultados falso-positivos em uma população com tão baixa prevalência da doença.

E) Testes diagnósticos são considerados úteis apenas para confirmar o diagnóstico em pacientes com elevada probabilidade pré-teste da doença.

**97) Dra. Clara, 35 anos, de etnia negra, médica residente de Medicina de Família e Comunidade, está realizando um estudo sobre o impacto da multimorbidade na qualidade de vida de mulheres climatéricas em uma comunidade de baixa renda. Ela debate se deve usar dados de autorrelato das pacientes via questionário ou dados de prontuários médicos da Unidade Básica de Saúde para sua pesquisa.**

**Qual é a principal vantagem dos dados de autorrelatos das pacientes em comparação com os dados de prontuários médicos para a avaliação da multimorbidade, considerando o objetivo da Dra. Clara de avaliar o impacto na qualidade de vida?**

A) A maior precisão na classificação de doenças raras ou pouco reconhecidas, que podem não ser devidamente registradas nos prontuários.

B) A menor sensibilidade a vieses de subdiagnóstico, pois os pacientes relatam todos os seus problemas de saúde sem omitir informações.

C) A maior validade na identificação de condições crônicas já diagnosticadas e registradas formalmente, evitando viés de memória das pacientes.

D) A facilidade de coleta de grandes volumes de dados para análises epidemiológicas, especialmente em estudos populacionais abrangentes.

E) A capacidade de refletir o impacto real das doen-

ças no nível do paciente individual, incluindo aspectos funcionais e subjetivos da experiência com a doença.

**98) Em um programa de residência de Medicina de Família e Comunidade, Dr. Gabriel, 28 anos, branco, residente de primeiro ano, atende Dona Efigênia, 85 anos, negra, viúva, aposentada com baixa renda e residente em um lar de idosos. Dona Efigênia tem demência moderada, diabetes, insuficiência renal crônica e úlceras de pressão. A família insiste em medidas agressivas para cada doença, seguindo diretrizes individuais, apesar do prognóstico reservado e do sofrimento de Dona Efigênia.**

**No contexto da multimorbidade, qual é a principal orientação que Dr. Gabriel deve considerar para o cuidado de Dona Efigênia, buscando a abordagem centrada no paciente e a prevenção quaternária?**

A) Concentrar os esforços na prevenção de infecções e na cura das úlceras de pressão, pois são as condições que causam maior sofrimento direto e imediato à paciente.

B) Enfatizar a importância da relação paciente-médico e da continuidade dos cuidados gerais e dos medicamentos atuais, buscando compreender os objetivos da casa de repouso.

C) Priorizar a reversão de desfechos biomédicos, como o controle glicêmico rigoroso e a função renal, visando prolongar a sobrevida da paciente, conforme as diretrizes para cada doença.

D) Desenvolver um plano de cuidados que contemple a tomada de decisão compartilhada e prevenção de sobre medicalização, envolvendo a família e focando no que importa para a paciente, como conforto e qualidade de vida.

E) Avaliar o nível de adesão aos cuidados previstos na diretriz de tratamento para cada um dos agravos identificados, identificando assim oportunidades para educação intensiva da rede de cuidadores de maneira que garanta que todos os cuidados previstos em tais diretrizes sejam devidamente executados.

**99) Ademir, 53 anos, pardo, trabalhador da construção civil, classe social baixa, veio em busca de check-up na Unidade Básica de Saúde. Considera necessário fazer novos exames de sangue por preocupação de falecer por infarto aos 54 anos como ocorreu com o pai dele. Sem doenças prévias. Fuma 15 cigarros/dia desde que os 15 anos; bebe 6 latinhas de cerveja 2 vezes por semana. Sem exercícios rotineiros no lazer. Hoje tomou diclofenaco há algumas horas, como costuma fazer 2 a 3 vezes por semana para dor lombar ou nas pernas após o trabalho. No prontuário, consta há 1 mês dosagem de colesterol total= 255mg/dL, HDL= 40mg/dL, glicemia de jejum= 98mg/dL. Ao exame, hoje está com pressão arterial= 146/96,**

**IMC=24. Colocando estes dados na tabela de Risco Cardiovascular Global da OMS calibrada para o Brasil, você identifica haver 9% de risco de desfechos coronarianos duros em 10 anos. Na consulta de hoje, é adequado informá-lo que**

A) a ingestão etílica descrita é um fator protetor e, portanto, o risco cardiovascular específico dele deve ser menor do que os 9% calculados, sendo recomendado priorizar os esforços na abordagem do tabagismo, ajustando conforme o nível de motivação.

B) a história familiar é um fator de risco agravante e, portanto, o risco cardiovascular específico dele deve ser maior do que 9%, sendo recomendado solicitar com urgência exame do perfil lipídico completo e da hemoglobina glicada para melhorar tal estimativa.

C) o consumo frequente de diclofenaco é um fator de risco agravante e, portanto, o risco cardiovascular específico dele deve ser maior do que os 9% calculados, sendo prioritário prescrever hoje o início do uso de estatina, visando reduzir o colesterol total em pelo menos 25%.

D) a situação socioeconômica é um fator de risco agravante e, portanto, o risco cardiovascular específico dele deve ser maior do que 9%, sendo recomendado investigar o padrão alimentar e a princípio pedir apenas um exame hoje: a monitorização residencial da pressão arterial.

E) o sedentarismo é um fator de risco agravante e, portanto, a maior recomendação é que comece exercícios programados de forma rotineira, na intensidade e duração necessárias para obter redução da pressão arterial e do colesterol total, com precauções para não piorar as dores.

**100) Logo após a consulta de Ademir você atende Bino, semelhante em diversos aspectos: também 53 anos, pardo, classe social baixa, fumante, sem doenças prévias e, nos exames realizados há 2 semanas, resultados laboratoriais iguais: colesterol total= 255mg/dL, HDL= 40mg/dL, glicemia de jejum= 98mg/dL. Mas Bino é agricultor, ingere 3 doses de cachaça 4 dias por semana, não usa remédios, não tem história familiar de infarto. Bino veio em busca de segunda opinião, traz declaração emitida dias atrás por outro médico: nela, consta PA =146/96, IMC=28, Risco Cardiovascular pela calculadora de Framingham (2008) = 33% de risco de desfechos coronarianos duros em 10 anos. Você recalcula por Framingham e obtém o mesmo resultado, mas confere pela tabela de Risco Cardiovascular Global da OMS calibrada para o Brasil e verifica que esta indica apenas 9% de risco de desfechos coronarianos duros em 10 anos. Nesta consulta, é adequado informá-lo que**

A) é mais confiável o dado da tabela de Risco Cardiovascular Global da OMS por ter sido desenvolvida a partir do acompanhamento científico de uma coorte contemporânea de pacientes brasileiros.

B) o ideal seria realizar mais medidas da pressão arterial e nova amostra dos exames laboratoriais para obter um melhor cálculo do risco cardiovascular, postergando recomendações de tratamento para depois disto.

C) a diferença de estimativa de prognóstico decorre do cálculo por Framingham levar em consideração também o efeito adicional do IMC elevado e da ingestão etílica, fatores não considerados pela tabela da OMS.

D) o cálculo por Framingham frequentemente superestima o risco por se basear numa amostra menor e de outra etnia que foi obtida em estudos de coorte realizados numa época em que o risco basal de doença cardiovascular era consideravelmente maior do que no Brasil atual.

E) pode-se estimar que o risco de desfechos coronarianos duros para ele em 10 anos está entre 9% e 33% e, em qualquer ponto desta faixa, seriam recomendadas as mesmas condutas para prevenção cardiovascular, portanto deve-se discutir já as opções terapêuticas pertinentes, medicamentosas ou não.