Prova objetiva - R1

PUC 2027

Medway Residência Médica Ltda © Copyright 2026

CADERNO DE QUESTÕES

NOME DO CANDIDATO

ASSINATURA

SALA: CARTEIRA:

INSTRUÇÕES

1. **Controle seu tempo**

   O tempo estimado é de aproximadamente **5h 54min** para **100** questões. Evite gastar mais de 4 minutos em uma única questão.

2. **Leia o enunciado com atenção**

   Antes de analisar as alternativas, compreenda completamente o que está sendo perguntado. Observe palavras-chave como "EXCETO", "INCORRETA", "MAIS PROVÁVEL".

3. **Analise todas as alternativas**

   Mesmo que uma alternativa pareça correta à primeira vista, leia todas as opções antes de marcar sua resposta definitiva.

4. **Consultas externas**

   Não será permitida qualquer espécie de consulta nem o uso de aparelhos eletrônicos.

5. **Marcação da resposta**

   Use caneta preta para marcar suas respostas na folha definitiva de gabarito. Use o gabarito presente nesta prova para preencher seu rascunho, você poderá levar este gabarito ao final de sua prova.

Boa prova!

QUESTÃO 01

Uma criança de 2 anos, com diagnóstico de anemia falciforme (HbSS) confirmado pela triagem neonatal, encontra-se em acompanhamento ambulatorial. Está clinicamente bem, sem história prévia de sepse ou meningite. O calendário vacinal está atualizado para a idade, incluindo as vacinas pneumocócicas recomendadas. Os pais perguntam sobre medidas para prevenir infecções graves. Assinale a alternativa CORRETA sobre a prevenção de infecções nessa criança.

A) Como a criança já recebeu as vacinas pneumocócicas recomendadas, a antibioticoprofilaxia com penicilina não é necessária.
B) A penicilina profilática deve ser iniciada somente após o primeiro episódio de infecção invasiva por pneumococo.
C) Crianças com anemia falciforme devem receber apenas a vacinação de rotina, pois a vacinação pneumocócica adicional é contraindicada devido à asplenia funcional.
D) A profilaxia com penicilina deve ser mantida até os 5 anos de idade, mesmo que a vacinação pneumocócica esteja adequada, devido ao maior risco de infecção invasiva por bactérias encapsuladas.
E) A antibioticoprofilaxia deve ser mantida obrigatoriamente por toda a vida em todas as crianças com anemia falciforme, independentemente da idade, vacinação ou história de infecção invasiva.

QUESTÃO 02

Um adolescente de 14 anos apresenta linfonodomegalia cervical e supraclavicular indolor, de crescimento progressivo há 4 meses. Refere sudorese noturna e perda de 7% do peso corporal. Ao exame, apresenta linfonodos cervicais confluentes, sem sinais flogísticos. A radiografia de tórax evidencia aumento do mediastino. A biópsia de um linfonodo demonstra células grandes, binucleadas, compatíveis com células de Reed-Stemberg, em meio a infiltrado inflamatório. Considerando o quadro, assinale a alternativa CORRETA

A) A presença de células de Reed-Sternberg permite dispensar o estadiamento por PET-CT, pois o diagnóstico histológico já determina a extensão da doença.
B) O tratamento inicial deve ser exclusivamente radioterápico, pois crianças e adolescentes apresentam excelente resposta à radioterapia isolada.
C) A apresentação é sugestiva de linfoma de Hodgkin clássico, e o estadiamento deve incluir avaliação clínica, exames laboratoriais e PET-CT.
D) A presença de massa mediastinal em adolescente é característica de linfoma não Hodgkin, tornando improvável o diagnóstico de linfoma de Hodgkin.
E) A presença de sintomas sistêmicos classifica automaticamente como estágio IV pela classificação de Ann Arbor.

QUESTÃO 03

Menino de 03 anos com história de ingestão acidental de amitriptilina é atendido na sala de emergência. Inicialmente encontra-se sonolento e com taquicardia acentuada e evolui para PCR. Após início das compressões torácicas e ventilações pela equipe assistencial, verificação de ritmo constata tratar-se uma fibrilação ventricular (FV). Sobre o atendimento a este paciente, analise as afirmativas a seguir e em seguida responda. I. A relação entre compressões e ventilações seria de 15 compressões para 02 ventilações, enquanto não houver sido estabelecido via área avançada. II. A carga inicial para desfibrilação deverá ser de 2 a 4 J/kg, devendo progredir, caso sejam necessárias novas desfibrilações, sempre com carga igual ou superior a anterior no limite da dose preconizada para adultos. III. A lavagem com carvão ativado está indicada como tratamento de causas reversíveis caso se apure ter sido há menos de 02 horas a ingestão da medicação. IV. Além dos procedimentos de RCP para ritmos chocáveis, seria razoável aplicar bicarbonato de sódio 8,4% na dose 1 a 2 mEq/kg, IV. V. Após 3ª tentativa de desfibrilação, caso mantenha ritmo de FV, deve-se administrar amiodarona ou lidocaína IV. Após analisar as afirmativas anteriores, assinale a opção que apresenta todas as CORRETAS.

A) As afirmativas II, III e V estão corretas.
B) As afirmativas I, III e IV estão corretas.
C) As afirmativas II, III e IV estão corretas.
D) As afirmativas I, IV e V estão corretas.
E) As afirmativas I, II e IV estão corretas.

QUESTÃO 04

Considere que durante plantão em Serviço de Atendimento Móvel (SAMU) está em curso ocorrência para atendimento a gestante em franco trabalho de parto. Trata-se de gestante adolescente, sem pré-natal por "ter escondido dos pais". Foram realizados testes rápidos de HIV e sífilis, ambos negativos. Ao nascimento recém-nascido tem peso aproximado de 2 kg, está hipotônico, cianótico e apresenta dificuldade respiratória. Diante deste quadro, baseado nas normativas mais recentes, das condutas apresentadas abaixo a mais apropriada, neste momento, seria?

A) Realizar a ligadura do cordão imediatamente, iniciar os passos iniciais (aquecer, secar, posicionar vias aéreas e aspirar vias aéreas se necessário) e verificar FC pela ausculta e se há movimentos respiratórios.

B) Realizar estímulos no dorso por 15 segundos, caso recém-nascido apresente choro forte e tônus aguardar 60 segundos para ligar cordão umbilical e manter avaliação contínua quanto a normotermia e sinais vitais.

C) Realizar estímulos 02 a 03 vezes no dorso, casos não haja resposta, realizar a ligadura do cordão e iniciar os passos iniciais (aquecer, secar, posicionar vias aéreas e aspirar avis aéreas se necessário) e verificar FC pela ausculta e se há movimentos respiratórios.

D) Realizar estímulos 02 vezes no dorso, fazer ordenha do cordão 2 a 3 vezes e na sequência iniciar os passos iniciais (aquecer, secar, posicionar vias aéreas e aspirar avias aéreas se necessário) e verificar FC pela ausculta e se há movimentos respiratórios.

E) Realizar a ligadura do cordão imediatamente, iniciar os passos iniciais (aquecer, secar, posicionar vias aéreas e aspirar vias aéreas se necessário) e iniciar ventilação com pressão positiva.

QUESTÃO 05

Um recém-nascido saudável, cuja família pretende seguir o Calendário Nacional de Vacinação de 2026, comparece à unidade básica de saúde aos 2 meses de idade. Considerando as principais atualizações e mudanças destacadas no calendário de 2026, assinale a alternativa CORRETA.

A) O esquema infantil passou a utilizar pneumocócica 20-valente aos 2, 4, 6 e 12 meses para todas as crianças, a poliomielite voltou a utilizar VOP nas doses de reforço; e a meningocócica ACWY substituiu a meningocócica C nas doses de 3 e 5 meses.

B) A principal mudança foi a substituição da vacina pneumocócica conjugada por vacina polissacarídica não conjugada, com esquema de dose única aos 12 meses; a VIP passou a ser indicada somente em situações de viagem Internacional.

C) O esquema infantil passou a utilizar a vacina pneumocócica conjugada 20-valente aos 2 meses, pneumocócica 10-valente aos 4 meses e pneumocócica 20-valente no reforço de 12 meses; a poliomielite é realizada exclusivamente com VIP aos 2, 4 e 6 meses, com reforços aos 15 meses e 4 anos; e a meningocócica ACWY é indicada aos 12 meses após doses de meningocócica C aos 3 e 5 meses.

D) O calendário de 2026 manteve o esquema pneumocócico 3+1 com a mesma vacina em todas as doses, utiliza a vacina oral contra poliomielite como rotina e reserva a meningocócica ACWY apenas para adolescentes.

E) O PNI 2026 recomenda vacina pneumocócica polissacarídica 23-valente aos 2 meses, mantém a VOP como única vacina contra poliomielite na série primária e inicia a meningocócica ACWY aos 3 meses, sem dose de meningocócica C.

QUESTÃO 06

Em uma consulta de revisão vacinal em 2026, são avaliadas três crianças. * uma criança de 7 meses que iniciou a vacinação contra COVID-19; * uma criança de 9 anos sem registro de vacinação contra HPV; * uma criança de 6 anos que recebeu sua primeira dose de febre amarela aos 6 anos. Com base na comparação entre o PNI 2026 e a SBIm 2026/2027, assinale a alternativa CORRETA.

A) No PNI, o esquema infantil de COVID-19 pode contemplar doses aos 6, 7 e 9 meses; a vacina HPV4 é indicada em dose única aos 9 anos, com possibilidade de atualização até 14 anos, 11 meses e 29 dias; e, se a primeira dose de febre amarela foi aplicada a partir dos 5 anos, o PNI considera uma dose suficiente, enquanto a SBIm recomenda uma segunda dose 10 anos depois.

B) No PNI, a vacina contra COVID-19 é iniciada aos 12 meses; a HPV4 deve ser administrada em duas doses para todas as crianças; e a febre amarela aplicada após os 5 anos exige reforço obrigatório aos 4 anos de idade.

C) A SBIm e o PNI recomendam exatamente o mesmo esquema para HPV: duas doses de HPV9 para todas as crianças, independentemente da idade; ambos consideram a vacina de febre amarela inativada e recomendam dose única para imunodeprimidos.

D) No PNI, a vacinação contra influenza é indicada somente durante epidemias; a primeira dose de HPV deve ocorrer aos 15 meses; e o esquema de COVID-19 é igual ao da febre amarela, com uma dose única e sem reforços.

E) O PNI considera obrigatória uma segunda dose de febre amarela cinco anos após qualquer primeira dose. Recomenda HPV9 em duas doses para todas as crianças e inicia a vacinação contra COVID-19 apenas aos 12 meses.

QUESTÃO 07

Uma criança de 11 anos, residente em área com saneamento básico precário, é admitida com febre diária há 12 dias, sudorese noturna, anorexia e dor contínua no hipocôndrio direito, pior à inspiração profunda. Ao exame, apresenta hepatomegalia dolorosa, sem icterícia, e temperatura de 39,1 °C. Há três semanas, teve episódio de diarreia com muco e sangue, cólicas e tenesmo, que melhorou espontaneamente. O hemograma mostra leucocitose neutrofílica e anemia discreta, sem eosinofilia. A ultrassonografia evidencia lesão hipoecoica única, de 8,5 cm, no lobo direito do fígado. A tomografia confirma coleção compatível com abscesso hepático. Não há história de cirurgia biliar, apendicite, imunosupressão ou infecção bacteriana documentada. A Investigação parasitológica e microbiológica é iniciada, incluindo exame parasitológico de fezes e pesquisa molecular no material do abscesso. Considerando o quadro clínico, a epidemiologia, a manifestação intestinal prévia e a possibilidade de doença extraintestinal, assinale a alternativa que identifica CORRETAMENTE o agente etiológico mais provável. Em cada alternativa, avalie também se o padrão clínico descrito é compatível com a parasitose mencionada.

A) O agente mais provável é Giardia duodenalis. A diarreia prévia, a exposição à água não tratada e a dor abdominal sustentariam giardíase, e a lesão hepática representaria uma complicação típica por invasão do parênquima, geralmente acompanhada de esteatorreia, distensão abdominal e síndrome de má absorção.

B) O agente mais provável é Ascaris lumbricoides. A migração de formas adultas ou larvares pelo sistema porta pode alcançar o fígado, e a presença de eosinofilia, infiltrados pulmonares migratórios e múltiplos focos hepáticos seria esperada em uma forma hepatobiliar da doença.

C) O agente mais provável é Schistosoma mansoni. A exposição a água doce contaminada, a eosinofilia intensa e a hipertensão portal com esplenomegalia explicariam a lesão focal hepática, que seria uma apresentação habitual da esquistossomose hepatointestinal.

D) O agente mais provável é Echinococcus granulosus. A presença de uma imagem hepática única permitiria diagnosticar cisto hidático, sobretudo se houvesse contato com cães, e a febre alta, a leucocitose neutrofílica e a história de disenteria seriam manifestações esperadas da fase inicial da hidatidose.

E) O agente mais provável é Entamoeba histolytica. A história de colite disentérica com fezes muco-sanguinolentas, cólicas e tenesmo, seguida por febre, dor no hipocôndrio direito, hepatomegalia dolorosa e abscesso hepático único, é característica de amebíase extraintestinal. O exame parasitológico de fezes pode auxiliar na investigação, e a detecção de material genético do parasito no conteúdo do abscesso sustenta o diagnóstico.

QUESTÃO 08

Qual das alternativas abaixo descreve corretamente a doença exantemática apresentada?

A) Uma criança de 3 anos apresenta febre de 40 °C há três dias, dor oral intensa, vesículas dolorosas na língua e na mucosa jugal, além de lesões vesicopapulares nas palmas das mãos, plantas dos pés e região glútea. Está recusando líquidos e apresenta redução da diurese. O quadro corresponde à síndrome mão-pé-boca, que tipicamente não causa febre alta e não oferece risco de desidratação, pois as lesões orais são pouco dolorosas e não interferem na ingestão hídrica.

B) Uma criança de 20 meses, previamente saudável, apresenta pápulas róseo-acastanhadas, monomórficas e simétricas, distribuídas na face, nas nádegas e nas superfícies extensoras dos membros. As lesões são pouco pruriginosas, não vesiculares e não acometem as mucosas. Houve febre baixa e infecção viral de vias aéreas superiores uma semana antes, mas a criança permanece em bom estado geral. O quadro é compatível com acrodermatite papular da infância, ou síndrome de Gianotti-Crosti, geralmente associada a infecções virais e autolimitada.

C) Uma criança de 6 anos apresenta febre, coriza, hiperemia facial com aspecto de "face esbofeteada" e, posteriormente, exantema rendilhado em tronco e membros. O diagnóstico é eritema infeccioso por parvovírus B19, cuja manifestação característica na infância é artralgia intensa já nos primeiros dias da fase infecciosa, simultaneamente ao período de viremia, sendo esse achado obrigatório para confirmar o diagnóstico.

D) Uma criança de 2 anos apresenta irritabilidade, dor cutânea intensa, eritema difuso e bolhas flácidas que se rompem facilmente, deixando áreas de descamação superficial com aspecto de queimadura. O sinal de Nikolsky é positivo e não há acometimento de mucosas. O quadro é denominado síndrome da pele escaldada estreptocócica e resulta da ação de toxinas produzidas principalmente por Streptococcus pyogenes.

E) Uma adolescente de 12 anos apresenta febre há dois dias, exantema polimorfo e hiperemia conjuntival unilateral, sem alterações nos lábios ou na língua, sem edema ou descamação de mãos e pés, sem linfonodomegalia cervical e sem alterações cardiovasculares. O diagnóstico é doença de Kawasaki, pois o sexo feminino e a idade acima dos 5 anos são suficientes para substituir os critérios clínicos clássicos, mesmo sem febre prolongada ou quatro manifestações principais.

QUESTÃO 09

Um menino de 11 anos é levado ao ambulatório por ganho de peso progressivo há dois anos. A família relatou consumo diário de refrigerantes, biscoitos recheados e lanches ultraprocessados, além de refeições em frente à televisão. Permanece cerca de cinco horas por dia em telas e não pratica atividade física regular.Nasceu a termo e apresentou desenvolvimento normal. Não usa medicamentos de forma contínua. Ao exame, pesa 76 kg, mede 154 cm e apresenta IMC de 32,1 kg/m², com escore-z de IMC/idade acima de +3. A velocidade de crescimento no último ano foi de 7 cm, compatível com a faixa etária. Apresenta acantose nigricans cervical e abdominal, pressão arterial de 126/78 mmHg e fígado palpável a 2 cm do rebordo costal direito. Não há giba dorsal, fácies cushingoide, equimoses espontâneas, fraqueza muscular proximal, bócio, atraso de crescimento ou alterações visuais. Exames laboratoriais mostram glicemia de jejum de 102 mg/dL, hemoglobina glicada de 5,8%, insulina de jejum de 30 µUI/mL, triglicerídeos de 190 mg/dL, HDL-colesterol de 35 mg/dL, ALT/TGP de 56 U/L, TSH de 2,0 mUI/L e T4 livre normal. A ultrassonografia abdominal evidencia esteatose hepática. Qual é o diagnóstico mais provável?

A) Síndrome de Cushing, pois a obesidade central e as estrias abdominais são suficientes para o diagnóstico, mesmo diante de crescimento linear preservado e ausência de fraqueza muscular proximal ou fácies típica.

B) Hipotireoidismo primário, pois a elevação do IMC associada a dislipidemia e esteatose hepática é indicativa de deficiência de hormônios tireoidianos, independentemente de TSH e T4 livre normais.

C) Obesidade secundária a lesão hipotalâmica, pois toda criança com obesidade importante e hiperinsulinemia deve apresentar doença estrutural do sistema nervoso central, mesmo sem cefaleia, alteração visual, história neurológica ou desaceleração do crescimento.

D) Obesidade exógena grave, associada a resistência à insulina, dislipidemia e provável doença hepática esteatótica associada à disfunção metabólica. O diagnóstico é sustentado pelo balanço energético positivo, sedentarismo, crescimento linear preservado, acantose nigricans e exames metabólicos alterados.

E) Deficiência de hormônio de crescimento, pois a presença de adiposidade abdominal e elevação de triglicerídeos confirma esse diagnóstico, ainda que a criança apresente velocidade de crescimento normal e estatura compatível com a idade.

QUESTÃO 10

Lactente de 2 meses e meio, sexo masculino, é atendido no pronto socorro por quadro de febre há 48 horas. Nas últimas 12 horas apresentou recusa alimentar, alguns episódios de vômito e diminuição da diurese. Ele tem histórico de apresentar hidronefrose antenatal, está em uso de Cefalexina profilática desde a 1ª semana de vida e, há 2 semanas, fez Uretrocistografia miccional, sendo encontrado refluxo vésico-ureteral grau III à esquerda. Você solicita exames. Densidade: Hemograma com leucocitose, PCR aumentada, Ureia, creatinina e eletrólitos normais. Exame de urina com Densidade: 1015, pH: 7,5, Nitrito negativo, proteína 1+, hemoglobina 1+ Leucócitos: 80.000, Hemácias: 15.000, Bacterioscopia: Bacilos Gram negativos. O estado geral é bom, mas ele apresenta mais alguns episódios de vômitos e você opta por interná-lo. Em relação à antibioticoterapia, qual é a sua 1ª opção de tratamento?

A) Cefotaxima.

B) Cefadroxila.

C) Cefepime.

D) Meropenem.

E) Amoxicilina.

QUESTÃO 11

Escolar de 9 anos atendido em Unidade Básica de Saúde (UBS) é transferido para avaliação em serviço hospitalar devido quadro de vômitos e diurese excessiva iniciados há aproximadamente 6 horas, evoluindo com desidratação importante e sinais de taquipneia e dispneia. A chegada ao hospital, prontamente realizado glicemia capilar cujo valor foi 374, associada coleta exame de gasometria arterial que demonstrou os seguintes valores: pH 7,05; pCO2 27mmHg; pO2 98mmHg; HCO3 14mEq/L; BE-8. Em relação ao caso anteriormente apresentado, qual a resposta CORRETA?

pH 7,05	pCO_2 27mmHg	pO_2 98mmHg	HCO_3^- 14mEq/L	BE -8

A) A respiração que o paciente apresenta no momento da avaliação hospitalar enquadra-se no ritmo de Cheyne-Stokes, característica de quadros de acidemia metabólica.

B) A avaliação da potassemia deste paciente faz parte da triagem laboratorial inicial e baseando-se na gasometria apresentada, um valor de 4,5 mEq/L é considerado normal.

C) A realização de insulina faz parte do tratamento a ser instituído neste paciente e a dose a ser realizada no momento da admissão pode ser via endovenosa em bolus.

D) A gasometria apresentada pelo paciente reflete quadro misto de acidemias metabólica e respiratória, justificada pela taquipneia apresentada pelo paciente.

E) No momento que o paciente foi admitido, se fosse optado pela coleta de sódio sérico o valor esperado poderia demonstrar valores acima de 145mEq/L.

QUESTÃO 12

Jeicilene, 8 anos, foi internada com quadro de edema, hematúria, oligúria e hipertensão arterial sistêmica. Há 1 semana ela foi atendida no pronto socorro, sendo feito diagnóstico de amigdalite e prescrito Amoxicilina. Hoje ela está 2 quilos e meio acima do seu peso da semana passada e a pressão arterial está acima do percentil 95 para as meninas da mesma idade e percentil da altura. Para controle da pressão arterial, você prescreve inicialmente que medicamento, associado à restrição hídrica?

A) Hidralazina.

B) Enalapril.

C) Anlodipino.

D) Furosemida.

E) Losartana.

QUESTÃO 13

Um escolar de 6 anos vem para consulta em unidade de saúde por queixa cefaleia, epistaxe e cansaço, mãe refere que tem queixa há mais de um ano sem melhora com analgésicos. Ao exame físico ativo, reativo, acianótico FC = 88 bpm, FR 38 irpm, PA 120x75 mmHg, saturação 97%. Foi auscultado sopro sistólico de +++/ VI em fúrcula e dorso região interescapular. Não foi observada redução de pulsos em relação aos membros superiores. Assinale a alternativa CORRETA.

A) Paciente deve ser investigado para persistência de canal arterial ou fístula.

B) Coarctação de aorta sem canal arterial.

C) Estenose aórtica adquirida possível sequela reumática.

D) Coarctação de aorta dependente de canal arterial.

E) Sopro funcional de Still.

QUESTÃO 14

Recém-nascido termo com 26 horas de vida em alojamento conjunto apresenta cianose importante, gemência, recusa alimentar. Ao exame físico grave, cianose central, taquipneico, hipoativo. FC 180 bpm, FR 70irpm, saturação 70%. Mãe refere que há umas 6 horas veio piorando e não quis mais mamar. Na ausculta cardíaca apresentava segunda bulha hiperfonética e única em foco pulmonar. Assinale a alternativa CORRETA em relação ao caso.

A) Na tetralogia de Fallot, as crises de hipoxemia são muito frequentes e início precoce de betabloqueador é importante na condução do caso.
B) Na Hipertensão pulmonar persistente no recém-nascido a oferta de oxigênio não está indicada.
C) Na transposição dos grandes vasos da base, o padrão de circulação é em paralelo e o uso de prostaglandina é necessário.
D) Na síndrome de hipoplasia de coração esquerdo, o baixo débito sistêmico é a manifestação mais comum.
E) O uso de prostaglandina é sempre indicado em todas as cardiopatias cianogênicas.

QUESTÃO 15

Paciente escolar (8 anos e peso=40Kg) é recepcionado em serviço hospitalar para tratamento de crise asmática. Inicialmente realizado esquema com broncodilatador via inalatória e corticoterapia via endovenosa, sem sucesso. Após reavaliações subsequentes, opta-se por infusão de Sulfato de magnésio como medida terapêutica adjuvante. Considerando a dose a ser prescrita: 50mg/Kg (aplicação única) e apresentação do medicamento a ser prescrito conforme as especificações a seguir. Qual é a quantidade do medicamento (Sulfato de magnésio) CORRETA prescrita para ser diluída em soro?

Sulfato de magnésio (frasco- 10ml) 10% -- Infusão endovenosa (exclusiva em ambiente hospitalar) em 20 a 30 minutos, podendo ser diluído em 100ml de soro glicosado 5% ou soro fisiológico 0,9%

A) 20ml.
B) 2ml.
C) 4ml.
D) 10ml.
E) 5ml.

QUESTÃO 16

Na avaliação antropométrica de crianças com paralisia cerebral que possuem contraturas, espasticidade ou escoliose severa, qual medida é recomendada como alternativa quando a altura padrão não pode ser adotada?

A) Extensão total dos braços (envergadura).
B) Medidas de comprimentos segmentares, como altura do joelho ou comprimento da tíbia.
C) Estimativa visual baseada na idade cronológica.
D) Uso exclusivo do peso para determinar o estado nutricional.
E) Relação Perímetro Cefálico X Peso

QUESTÃO 17

A síndrome do intestino curto (SIC) é uma doença caracterizada polo comprometimento da capacidade absortiva devido a redução de superfície mucosa levando a diarreia, distúrbio hidroeletrolítico e desnutrição. Geralmente ocorre devido a extensas ressecções cirúrgicas, deixando a extensão intestinal remanescente abaixo do mínimo esperado para manter a absorção adequada de nutrientes. Sobre as funções de cada segmento do intestino delgado considere (V) verdadeiro e (F) para falso. ( ) O jejuno é responsável pela absorção de sais biliares e vitamina B12. ( ) O duodeno raramente é afetado no paciente com síndrome do intestino curto talvez pelo fluxo sanguíneo independente. ( ) O ângulo de Treitz controla a passagem de material do intestino delgado para o cólon. ( ) A válvula ileocecal previne refluxo de bactérias colônicas para o intestino delgado.

A) V, F, V, F.
B) F, F, F, V.
C) F, F, V, V.
D) V, V, F, F.
E) F, V, F, V.

QUESTÃO 18

Lactente de 4 meses, sexo feminino, é levado ao pronto-atendimento por baixo ganho de peso, choro fraco e cansaço aos esforços. Não sustenta a cabeça e apresenta episódios de sudorese durante as mamadas. Ao exame físico: Hipotonia axial, macroglossia, sopro sistólico, fígado palpável a 3,5 cm do rebordo costal, frequência respiratória: 62 ipm, frequência cardíaca 162 bpm. Radiografia de tórax: cardiomegalia. Qual é a hipótese diagnóstica mais provável?

A) Miastenia congenita.
B) Síndrome de Prader-Willi.
C) Síndrome de Beckwith-Wiedmann.
D) Doença de Pompe.
E) Síndrome de Werdnig-Hoffmann.

QUESTÃO 19

Recém-nascido de 38 semanas, parto vaginal, Apgar 3/7. Com aproximadamente 1 hora de vida, apresenta taquipneia e cianose. Pré-natal sem intercorrências e ecografia morfológica dentro da normalidade. Ao exame: taquipneia, gemencia, sopro sistólico em foco pulmonar, hiperfonese de segunda bulha em foco pulmonar, pulsos periféricos normais. Gasometria arterial pré-ductal com O2 a 100%: pH: 7,30, PaO2 38 mmHg PaCO2: 48 mmHg HCO3-: 22 mEq/LBE: -4 mEq/L SatO2 88%. Oximetria de pulso pré-ductal 92% e pós-ductal 78%. Qual achado radiológico a seguir pode ser compatível com o diagnóstico deste paciente?

A) Infiltrado alveolar difuso bilateral com broncogramas aéreos.
B) Hiperinsuflação pulmonar associada a Infiltrado heterogêneo e áreas de atelectasia.
C) Redução da trama vascular pulmonar bilateral.
D) Desvio do mediastino associado a hipertransparência unilateral.
E) Cardiomegalia com hiperfluxo pulmonar.

QUESTÃO 20

Um menino de 8 anos, com 26 kg, é internado com febre persistente, dor lombar e sinais de pielonefrite. Foi iniciado tratamento empírico com ceftriaxona. Após a coleta de hemoculturas e urocultura, o paciente permanece hemodinamicamente estável, sem necessidade de drogas vasoativas. As culturas identificam Enterobacter cloacae complex em sangue e urina, com o seguinte antibiograma: Ceftriaxona: sensível, MIC < 1 µg/mL; Cefepime: sensível, MIC < 1 µg/mL; Piperacilina-tazobactam: sensível; Meropenem: sensível; Não foram identificados genes de carbapenemase ou de ESBL. Considerando o risco de produção induzível de β-lactamase AmpC e tratar-se de uma infecção invasiva, qual é a melhor conduta antibiótica definitiva?

A) Manter ceftriaxona intravenosa, pois o isolado foi classificado como sensível no antibiograma.
B) Substituir por piperacilina-tazobactam, pois a sensibilidade in vitro indica baixo risco de falha terapêutica.
C) Realizar ceftriaxona com aminoglicosídeo devido a ação sinérgica.
D) Utilizar meropenem obrigatoriamente, pois todo isolado produtor de AmpC deve ser tratado com carbapenêmico.
E) Utilizar cefepime intravenoso devido a estabilidade frente β-lactamase AmpC.

QUESTÃO 21

Um pesquisador deseja avaliar se pacientes internados por pancreatite aguda apresentam maior risco de desenvolver diabetes mellitus nos cinco anos subsequentes. Para isso, utiliza registros eletrônicos de um hospital universitário e identifica todos os pacientes internados por pancreatite aguda entre 2010 e 2015. Para cada paciente, seleciona como grupo de comparação indivíduos da mesma idade e sexo, internados no mesmo período, no mesmo hospital e sob os cuidados da mesma equipe, porém por outras condições clínicas e sem antecedente de pancreatite. Em seguida, consulta os registros médicos dos cinco anos subsequentes à internação índice e compara a incidência de diabetes mellitus entre os dois grupos. Qual é o delineamento epidemiológico utilizado?

A) Estudo de caso-controle.
B) Estudo de coorte histórica..
C) Estudo transversal analítico.
D) Ensaio clínico não randomizado.
E) Estudo ecológico retrospectivo.

QUESTÃO 22

Em ensaios clínicos randomizados e outros estudos analíticos, diferentes medidas podem ser utilizadas para expressar a magnitude da associação entre uma exposição ou intervenção e determinado desfecho. Entre essas medidas, o Hazard Ratio (HR) é frequentemente apresentado nos resultados de estudos clínicos. Qual das alternativas abaixo define CORRETAMENTE o Hazard Ratio?

A) Compara a taxa instantânea de ocorrência de determinado evento em cada momento do seguimento, considerando os indivíduos que permanecem sob risco naquele momento.
B) Razão entre as incidências acumuladas do evento em dois grupos, comparando a probabilidade de ocorrência do desfecho ao final do seguimento.
C) Razão entre as chances de ocorrência do evento em dois grupos, comparando a proporção de indivíduos com e sem o desfecho ao final do tempo pré-determinado de seguimento.
D) Razão entre as taxas de incidência do evento em dois grupos, calculadas a partir do número de eventos pelo total de pessoas observadas nos grupos e desconsiderando os indivíduos com perda de seguimento.
E) Diferença entre os riscos absolutos de ocorrência do evento em dois grupos ao final de um período previamente estabelecido.

QUESTÃO 23

O estudo SELECT avaliou 17.604 indivíduos com 45 anos ou mais, doença cardiovascular estabelecida, IMC ≥27 kg/m² e ausência de diabetes mellitus. Os participantes foram alocados, na proporção de 1:1, para receber semaglutida 2,4 mg por via subcutânea uma vez por semana ou placebo. Participantes e pesquisadores desconheciam o tratamento recebido, e o objetivo foi avaliar se a semaglutida era apresentava benefício em relação ao placebo na redução de eventos cardiovasculares. Considerando essas características, qual é o delineamento do estudo SELECT?

A) Ensaio clínico do tipo "Double-Dummy", duplo-cego, controlado por placebo e de não inferioridade.
B) Estudo de coorte prospectiva, controlado por placebo, multicêntrico e de superioridade.
C) Ensaio clínico randomizado, duplo-cego, controlado por placebo e de superioridade.
D) Estudo de coorte randômica, pareada e controlada por placebo e de superioridade.
E) Estudo caso-controle, duplo-cego, randomizado, e com avaliação prospectiva dos desfechos.

QUESTÃO 24

No estudo SELECT, o desfecho cardiovascular primário ocorreu em 6,5% dos participantes tratados com semaglutida e em 8,0% daqueles que receberam placebo, durante seguimento médio de aproximadamente 40 meses. Para fins desta questão, considerando esses percentuais como riscos acumulados durante o período estudado, qual é aproximadamente o Número Necessário para Tratar (NNT) para prevenir um evento do desfecho primário?

A) 50 pacientes.
B) 80 pacientes.
C) 100 pacientes.
D) 125 pacientes.
E) 67 pacientes.

QUESTÃO 25

O desfecho primário do estudo SELECT foi um desfecho cardiovascular composto, definido pela ocorrência de morte por causa cardiovascular, infarto agudo do miocárdio não fatal ou acidente vascular cerebral não fatal. Em relação à utilização de desfechos compostos em ensaios clínicos, qual alternativa está CORRETA?

A) O benefício sobre o desfecho composto permite concluir que a intervenção reduziu individualmente cada um de seus componentes com significância estatística.

B) Os componentes de um desfecho composto devem obrigatoriamente apresentar a mesma frequência e a mesma magnitude de efeito para que o resultado seja considerado válido.

C) A utilização de um desfecho composto impede a avaliação individual de seus componentes e limita a análise exclusivamente ao resultado agregado do estudo.

D) A ocorrência de qualquer componente pode caracterizar o desfecho primário, devendo-se também analisar separadamente os componentes para compreender adequadamente o efeito da intervenção.

E) O resultado do desfecho composto deve ser interpretado prioritariamente pelo componente clinicamente mais importante, independentemente da frequência com que ele ocorreu.

QUESTÃO 26

Paciente de 59 anos procura sua Unidade Básica de Saúde após assistir a uma reportagem afirmando que os critérios para hipertensão arterial haviam mudado. Relata estar preocupado porque é portador de diabetes mellitus tipo 2 e dislipidemia, além de apresentar história familiar de doença cardiovascular precoce. Em consultas anteriores na unidade, seus níveis pressóricos variaram entre 132-138 mmHg de pressão sistólica e 82-88 mmHg de pressão diastólica. Na consulta atual, após técnica adequada de aferição, sua pressão arterial é de 138x86 mmHg. O paciente pergunta ao médico se, diante dos novos valores de referência, deve ser considerado hipertenso. Segundo a Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial - 2025, qual é a orientação mais adequada?

A) Explicar que seus valores caracterizam hipertensão arterial estágio 1, sendo suficiente uma pressão sistólica acima de 120 mmHg para estabelecer o diagnóstico.

B) Explicar que seus valores caracterizam hipertensão arterial estágio 2, considerando a associação entre diabetes mellitus e elevação da pressão arterial.

C) Explicar que seus valores são classificados como pré-hipertensão, não preenchendo, nesse momento, critérios pressóricos para diagnóstico de hipertensão arterial.

D) Explicar que sua pressão arterial é considerada normal, pois o diagnóstico de alteração pressórica exige valores iguais ou superiores a 140/90 mmHg.

E) Explicar que apresenta hipertensão sistólica isolada, pois a pressão sistólica encontra-se elevada enquanto a pressão diastólica permanece abaixo de 90 mmHg.

QUESTÃO 27

Após discutir com o paciente o significado dos seus níveis pressóricos, o médico explica que a decisão sobre iniciar tratamento farmacológico não depende exclusivamente do valor da pressão arterial, devendo também considerar o risco cardiovascular. O paciente é portador de diabetes mellitus tipo 2 e dislipidemia e, após estratificação, é classificado como de alto risco cardiovascular. Há quatro meses recebeu orientações para redução do consumo de sódio, melhora da alimentação, prática regular de atividade física e controle do peso. Apesar das medidas adotadas, suas aferições continuam variando entre 136-138 x 84-88 mmHg. O paciente pergunta se, mesmo com esses níveis pressóricos, há indicação de iniciar medicamento anti-hipertensivo. Segundo a Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial – 2025, qual é a conduta mais ADEQUADA?

A) Manter exclusivamente as medidas não medicamentosas e iniciar tratamento medicamentoso se a pressão arterial alcançar valores ≥140/90 mmHg.
B) Manter as medidas não medicamentosas e iniciar tratamento anti-hipertensivo de primeira linha com monoterapia.
C) Manter as medidas não medicamentosas e iniciar associação de dois anti-hipertensivos de primeira linha em baixas doses.
D) Manter exclusivamente as medidas não medicamentosas e iniciar tratamento se o paciente estiver sintomático ou apresentar evento cardiovascular.
E) Manter as medidas não medicamentosas e iniciar associação de três anti-hipertensivos de primeira linha em baixas doses.

QUESTÃO 28

Paciente de 63 anos, portador de diabetes mellitus tipo 2, hipertensão arterial e dislipidemia, é acompanhado em uma Unidade Básica de Saúde. Não apresenta história prévia de infarto do miocárdio, acidente vascular cerebral ou doença arterial periférica. Após avaliação do risco cardiovascular, apresenta indicação de tratamento farmacológico para redução do LDL-c. Seu LDL-c atual é de 162 mg/dL Qual é a estratégia farmacológica inicial mais ADEQUADA?

A) Iniciar estatina em dose de alta intensidade, associada às medidas não farmacológicas, com posterior reavaliação da resposta terapêutica.
B) Iniciar fibrato em monoterapia, associado às medidas não farmacológicas, utilizando o LDL-c como parâmetro de resposta terapêutica.
C) Iniciar estatina em baixa dose, aumentando sua intensidade apenas caso o LDL-c permaneça acima de 190 mg/dL.
D) Manter apenas medidas não farmacológicas, reservando estatina para pacientes que apresentem evento cardiovascular durante o acompanhamento.
E) Iniciar ácido acetilsalicílico associado a estatina em baixa dose, priorizando a prevenção primária de eventos ateroscleróticos.

QUESTÃO 29

Uma equipe de Atenção Primária avalia o desempenho de um novo teste para rastreamento de determinada doença. Foram incluídos 200 indivíduos, todos submetidos ao novo teste e ao método diagnóstico de referência. Os resultados foram: Com base nesses dados, qual é a sensibilidade do novo teste?

	Doença presente	**Doença ausente**
Teste positivo	45	15
Teste negativo	5	135

A) 75%.
B) 85%.
C) 90%.
D) 92%.
E) 95%.

QUESTÃO 30

Ao elaborar o relatório anual de saúde de um município, a equipe de gestão identifica os seguintes dados referentes ao último ano: População residente: 180.000 habitantes; Nascidos vivos: 4.500; Óbitos em menores de 1 ano: 27; Destes, óbitos ocorridos nos primeiros 27 dias de vida: 18; Total de óbitos por todas as causas: 1.260. A Secretaria Municipal de Saúde deseja calcular o coeficiente de mortalidade infantil para monitorar as condições de saúde materno-infantil do município. Qual é o valor desse indicador?

A) 4,0 óbitos por 1.000 nascidos vivos.
B) 8,0 óbitos por 1.000 nascidos vivos.
C) 10,0 óbitos por 1.000 nascidos vivos.
D) 14,0 óbitos por 1.000 nascidos vivos.
E) 6,0 óbitos por 1.000 nascidos vivos.

QUESTÃO 31

Paciente de 27 anos procura uma Unidade Básica de Saúde com febre alta há quatro dias, tosse, coriza e conjuntivite. No dia anterior, iniciou exantema maculopapular, inicialmente na face e posteriormente disseminado para o tronco. Refere retorno recente de viagem e não sabe informar seu histórico vacinal. Diante da suspeita clínica, a equipe solicita os exames laboratoriais indicados para investigação etiológica. Do ponto de vista da vigilância epidemiológica, qual é a conduta mais ADEQUADA neste momento?

A) Aguardar o resultado da sorologia e notificar imediatamente apenas se houver confirmação laboratorial da infecção.
B) Notificar imediatamente o caso suspeito e iniciar a investigação epidemiológica, sem aguardar a confirmação laboratorial.
C) Aguardar o resultado da sorologia e realizar notificação semanal caso seja confirmada a infecção pelo vírus do sarampo.
D) Notificar imediatamente apenas se houver confirmação de outro caso relacionado epidemiologicamente ao mesmo paciente.
E) Realizar acompanhamento clínico e comunicar a vigilância apenas diante de agravamento ou necessidade de hospitalização.

QUESTÃO 32

Mulher de 36 anos, técnica de enfermagem em uma maternidade, procura a Unidade Básica de Saúde para atualização do calendário vacinal após perder sua caderneta. Não apresenta comprovação de vacinação prévia contra sarampo, caxumba e rubéola, não está gestante e não possui contraindicações à vacinação. Segundo o Calendário Nacional de Vacinação do Ministério da Saúde - 2026, qual é a conduta adequada em relação à vacina tríplice viral?

A) Administrar uma dose da vacina tríplice viral, pois indivíduos entre 30 e 59 anos está indicada vacinação com dose única.
B) Administrar uma dose da vacina tríplice viral e uma dose da vacina dupla viral para completar o esquema recomendado.
C) Não administrar a vacina tríplice viral, pois sua utilização de rotina está restrita aos indivíduos com menos de 30 anos.
D) Administrar duas doses da vacina tríplice viral, conforme recomendado para trabalhadores da saúde sem comprovação de esquema completo.
E) Solicitar sorologia para sarampo, caxumba e rubéola antes de definir a necessidade de vacinação com a tríplice viral.

QUESTÃO 33

Paciente de 72 anos, portador de insuficiência cardíaca e doença renal crônica, é acompanhado regularmente por uma equipe de Saúde da Família. Após internação hospitalar por descompensação da insuficiência cardíaca, retorna à Unidade Básica de Saúde com alterações na prescrição e solicitações de acompanhamento pela cardiologia e nefrologia. Durante a consulta, a equipe revisa o relatório de alta e os medicamentos prescritos, verifica os exames realizados durante a internação, acompanha os encaminhamentos para os especialistas e incorpora as recomendações recebidas ao plano terapêutico mantido na Unidade Básica de Saúde. Considerando os atributos e as funções da Atenção Primária à Saúde no âmbito da Estratégia Saúde da Família, qual característica está predominantemente representada nessa situação?

A) Coordenação do cuidado, garantindo integração das informações e continuidade entre os diferentes pontos da Rede de Atenção à Saúde.
B) Longitudinalidade do cuidado, garantindo acompanhamento do indivíduo pela mesma equipe ao longo das diferentes fases da vida.
C) Integralidade da atenção, garantindo oferta de ações de promoção, prevenção, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos na unidade.
D) Acesso de primeiro contato, garantindo utilização da Atenção Primária como serviço preferencial diante de uma nova necessidade de saúde.
E) Orientação comunitária, garantindo planejamento das ações da equipe a partir das necessidades epidemiológicas da população.

QUESTÃO 34

Durante a reorganização do Conselho Municipal de Saúde, a gestão de determinado município propõe que o órgão passe a ter caráter exclusivamente consultivo, argumentando que decisões relacionadas á execução da política de saúde e à aplicação dos recursos financeiros seriam atribuições exclusivas do Poder Executivo. Propõe ainda que apenas 25% das vagas do Conselho sejam destinadas aos representantes dos usuários do SUS. Um dos conselheiros questiona a proposta com base na legislação que regulamenta a participação da comunidade na gestão do SUS. Segundo a Lei nº 8.142/1990, qual alternativa apresenta CORRETAMENTE as características do Conselho de Saúde?

A) É órgão permanente e deliberativo, participa da formulação das políticas de saúde, mas o controle econômico e financeiro permanece como atribuição exclusiva do Poder Executivo.
B) É órgão deliberativo de funcionamento periódico, convocado a cada quatro anos para avaliar a situação de saúde propor diretrizes para a política pública.
C) É órgão permanente e consultivo, porém sua composição deve reservar proporções iguais de representantes para usuários, trabalhadores, gestores e prestadores de serviços.
D) É órgão consultivo e fiscalizador, com participação dos usuários proporcional à representação populacional, cabendo ao Poder Legislativo homologar suas decisões.
E) É órgão permanente e deliberativo, participa da formulação de estratégias e do controle da execução da política de saúde, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros.

QUESTÃO 35

Um teste diagnóstico apresenta sensibilidade e especificidade constantes e passa a ser utilizado em duas populações distintas. Na população A, a doença investigada apresenta baixa prevalência. Na população B, a mesma doença apresenta prevalência substancialmente maior. Considerando que as características intrínsecas do teste permanecem inalteradas, qual comportamento é esperado ao utilizar o teste na população de maior prevalência?

A) O valor preditivo positivo diminui e o valor preditivo negativo aumenta.
B) A sensibilidade aumenta e a especificidade diminui proporcionalmente à prevalência.
C) O valor preditivo positivo aumenta e o valor preditivo negativo diminui.
D) A sensibilidade diminui e o valor preditivo positivo permanece inalterado.
E) A especificidade aumenta e o valor preditivo negativo permanece inalterado.

QUESTÃO 36

Ao analisar os indicadores de saúde de um município, a Secretaria Municipal de Saúde identifica que determinados bairros apresentam maior mortalidade materna, menor cobertura de pré-natal e maior proporção de famílias em situação de vulnerabilidade social. Diante desses dados, decide ampliar o número de equipes, vagas para acompanhamento pré-natal e ações de busca ativa especificamente nesses territórios, destinando proporcionalmente mais recursos a essas populações. Durante reunião do Conselho Municipal de Saúde, um participante questiona a decisão, argumentando que todos os bairros deveriam receber exatamente a mesma quantidade de recursos públicos. Considerando os princípios que orientam o Sistema Único de Saúde, qual conceito fundamenta mais diretamente a estratégia adotada pelo município?

A) Universalidade, ao assegurar que todas as pessoas possam utilizar os serviços de saúde independentemente de suas características individuais.

B) Equidade, ao direcionar recursos e ações de acordo com diferentes necessidades de saúde e condições de vulnerabilidade da população.

C) Integralidade, ao garantir articulação entre ações preventivas, assistenciais e de reabilitação nos diferentes níveis de atenção à saúde.

D) Regionalização, ao organizar os serviços de saúde segundo territórios definidos e diferentes graus de complexidade assistencial.

E) Descentralização, ao distribuir responsabilidades pela organização e execução das ações de saúde entre os diferentes entes federativos.

QUESTÃO 37

Um município identifica aumento das internações por complicações do diabetes mellitus. Na análise dos casos, observa-se que muitos pacientes são acompanhados simultaneamente pela Unidade Básica de Saúde, ambulatório de endocrinologia, oftalmologia e serviços hospitalares, porém há duplicidade de exames, prescrições conflitantes e dificuldade de acesso das equipes da Atenção Primária às informações produzidas nos demais serviços. Diante desse cenário, a Secretaria Municipal de Saúde decide reorganizar os fluxos assistenciais de acordo com os princípios das Redes de Atenção à Saúde (RAS). Considerando a organização das RAS no Sistema Único de Saúde, qual estratégia está mais ADEQUADA?

A) Concentrar o acompanhamento dos pacientes com doenças crônicas na atenção especializada, mantendo a Atenção Primária responsável principalmente pelas ações de prevenção e promoção da saúde.

B) Estabelecer o hospital como principal ordenador dos fluxos assistenciais, por concentrar maior densidade tecnológica e capacidade de resolução dos casos de maior complexidade.

C) Organizar cada ponto de atenção de forma independente, permitindo que os diferentes serviços definam seus próprios planos terapêuticos conforme sua área de especialização.

D) Fortalecer a Atenção Primária como centro de comunicação da rede, responsável pela coordenação do cuidado e articulação dos diferentes pontos de atenção conforme as necessidades dos usuários.

E) Direcionar os pacientes diretamente aos serviços especializados correspondentes às suas doenças, reduzindo a necessidade de acompanhamento longitudinal pela Atenção Primária.

QUESTÃO 38

Durante a análise periódica dos dados de sua área de atuação, uma equipe de Saúde da Família identifica que uma das microáreas apresenta maior proporção de idosos que vivem sozinhos, baixa cobertura vacinal, maior frequência de internações por condições sensíveis à Atenção Primária e dificuldade de acesso à Unidade Básica de Saúde. Em outra microárea do mesmo território, os indicadores são significativamente melhores. Diante desses achados, a equipe decide intensificar visitas domiciliares, busca ativa, vacinação e acompanhamento de condições crônicas na área de maior vulnerabilidade, reorganizando parte de sua agenda e de suas ações conforme as necessidades identificadas. Segundo os princípios e diretrizes da Política Nacional de Atenção Básica, qual conceito fundamenta mais diretamente essa forma de organização do processo de trabalho?

A) Territorialização, com conhecimento das características e necessidades da população adscrita para planejamento e priorização das ações de saúde.
B) Regionalização, com distribuição dos serviços assistenciais entre municípios conforme sua capacidade tecnológica e complexidade instalada.
C) Hierarquização, com encaminhamento prioritário dos indivíduos de maior risco para serviços de maior densidade tecnológica da rede.
D) Universalidade, com oferta da mesma quantidade e modalidade de ações de saúde para todos os indivíduos vinculados à unidade.
E) Descentralização, com transferência da responsabilidade assistencial da equipe de Saúde da Família para os demais pontos da rede.

QUESTÃO 39

Paciente de 74 anos, portador de hipertensão arterial, diabetes mellitus tipo 2, dislipidemia, hipotireoidismo e doença do refluxo gastroesofágico com esofagite erosiva, comparece à Unidade Básica de Saúde após recente alta hospitalar. Durante a consulta, é realizada conciliação medicamentosa e identificada a seguinte prescrição de uso contínuo: Metformina 850 mg a cada 12 horas; Losartana 50 mg a cada 12 horas; Anlodipino 5 mg ao dia; Sinvastatina 40 mg à noite; Levotiroxina 50 µg pela manhã; Omeprazol 40 mg ao dia. O paciente encontra-se assintomático e refere utilizar regularmente todos os medicamentos. Considerando os princípios de segurança do paciente e as possíveis interações medicamentosas, qual ajuste deve ser realizado PRIORITARIAMENTE?

A) Reduzir o anlodipino para 2,5 mg/dia devido à associação com losartana e ao risco aumentado de hipotensão sintomática.
B) Suspender a metformina devido à associação com omeprazol e ao risco aumentado de desenvolvimento de acidose metabólica.
C) Suspender o omeprazol devido à interação com a levotiroxina, sendo considerada contraindicada a utilização concomitante desses medicamentos.
D) Reduzir a losartana para 50 mg/dia devido à associação com a metformina e ao risco aumentado de comprometimento da função renal.
E) Reduzir a sinvastatina para no máximo 20 mg/dia ou substituí-la por outra estatina adequada, devido à associação com anlodipino.

QUESTÃO 40

Durante atendimento em uma Unidade Básica de Saúde, um médico utiliza um sistema de Inteligência Artificial disponibilizado pela instituição e regularmente validado e liberado pela ANVISA para auxiliar na interpretação de dados clínicos e na definição de hipóteses diagnósticas. O sistema sugere uma determinada conduta terapêutica, que é revisada pelo médico e considerada compatível com o quadro clínico e com as evidências disponíveis. Segundo a Resolução CFM nº 2.454/2026, que normatiza o uso da Inteligência Artificial na medicina, qual conduta está de acordo com as normas éticas estabelecidas pelo Conselho Federal de Medicina?

A) Avaliar criticamente a recomendação, manter sob sua responsabilidade a decisão clínica e informar o paciente, sendo facultativo registrar no prontuário o uso da ferramenta de IA.
B) Avaliar criticamente a recomendação e registrá-la no prontuário, podendo deixar de informar o paciente quando a ferramenta possuir validação científica e regulatória adequada.
C) Avaliar criticamente a recomendação, informar o paciente e registrar seu uso no prontuário, podendo compartilhar a responsabilidade clínica com o médico responsável técnico pelo sistema, quando este possuir certificação regulatória.
D) Avaliar criticamente a recomendação, manter sob sua responsabilidade a decisão clínica, registrar no prontuário o uso da IA e informar o paciente quando seu emprego for relevante para o cuidado.
E) Avaliar criticamente a recomendação, informar seu uso e registrá-lo no prontuário, podendo manter a ferramenta mesmo diante de recusa do paciente quando a decisão final permanecer sob responsabilidade médica.

QUESTÃO 41

Mulher de 56 anos, apresenta no laudo da Mamografia resultado de Bi Rads 3 com a presença de microcalcificações em mama esquerda. Qual a conduta a seguir?

A) Complementar o exame com Ultrassonografia de Mamas.
B) Solicitar Ressonância Magnética de Mamas.
C) Repetir Mamografia em 6 meses.
D) Solicitar Core Biopsy guiada por Ultrassonografia.
E) Realizar Mamografia e Ultrassonografia de mamas em 1 ano.

QUESTÃO 42

Paciente mulher de 13 anos, comparece à consulta na Unidade Básica de Saúde devido a episódios de menstruação prolongada há aproximadamente 4 meses. Menarca aos 12 anos e 5 meses, com ciclos irregulares. Nos últimos quatro meses, apresenta sangramento menstrual com duração entre 10 e 15 dias, utilizando cerca de 6 a 8 absorventes por dia nos dias de maior fluxo. Refere cansaço progressivo, tontura ocasional ao levantar-se e queda do rendimento escolar nas últimas semanas. Nega atividade sexual, trauma genital, corrimento vaginal, febre ou uso de medicamentos. Antecedentes pessoais sem intercorrências relevantes. Vacinação em dia. Mãe com história de menstruações intensas durante a adolescência, sem história familiar conhecida de coagulopatias. Ao exame físico possui mucosas discretamente hipocoradas, sem petéquias ou equimoses e Tanner M4 e P4, não possui alterações em Vulva, Himen Integro. Exame especular e toque vaginal não realizados. Exames: Hemograma: sem anemia, Plaquetas: 280.000/mm², β-hCG: Negativo, TSH: Normal. Com base nos dados apresentados de história e exames complementares, o diagnóstico mais provável é:

A) Trata-se de SUA classificada como endometrial.
B) Trata-se de SUA classificada como ovulatória.
C) Não pode ser classificada como SUA.
D) Trata-se de Sangramento puberal normal.
E) Trata-se de SUA de causa estrutural.

QUESTÃO 43

Você é médico(a) de uma Unidade Básica de Saúde e atende uma mulher de 42 anos com queixa de perda involuntária de urina há aproximadamente 2 anos, com piora progressiva nos últimos 6 meses. Ela mostra resultado de Urocultura negativa e Urina Tipo 1 sem alterações. Relata perda de pequenas quantidades de urina ao tossir, espirrar, pular ou carregar peso. Refere que o problema passou a interferir em suas atividades diárias, causando constrangimento social e parada de frequentar a academia. Refere acordar uma vez à noite para urinar. Nega perda urinária durante o sono. Nega demais sintomas. Ela teve 3 partos vaginais, tem vida sexual ativa sem queixas, ciclos menstruais regulares com a DUM há 15 dias, método contraceptivo é a Laqueadura Tubárea. Nega patologias ou uso de medicações. Ao exame físico ela possui um Prolapso genital com POP-Q E2 (não ultrapassa o introito vaginal), Teste de perda de urina com a bexiga moderadamente cheia: positivo. Com base no diagnóstico clínico mais provável, a próxima conduta para a paciente é:

A) Prescrição de Anticolinérgico.
B) Conduta Expectante.
C) Estriol Via Vaginal.
D) Fisioterapia do Assoalho Pélvico.
E) Cirurgia de Sling Retropúbico.

QUESTÃO 44

Mulher de 62 anos procura atendimento ambulatorial relatando sangramento vaginal intermitente há cerca de dois meses. Refere pequenos episódios de sangramento em quantidade semelhante a uma menstruação leve, ocorrendo em três ocasiões distintas. Nega demais sintomas. Antecedentes pessoais: Hipertensão arterial sistêmica em uso de Losartana, Diabetes mellitus tipo2 compensado, Obesidade (IMC=34 kg/m²). Antecedentes ginecológicos: Menarca aos 11 anos, Menopausa aos 50 anos sem queixas e sem TH, nulípara, vida sexual ausente há 4 anos. Ao exame fisico, está em bom estado geral, corada e hidratada, o abdome é indolor à palpação e não tem massas palpáveis. No exame especular, observa-se colo epitelizado, sem lesões visíveis e sangue proveniente da cavidade uterina. No exame de toque bimanual, o útero está discretamente aumentado de volume para a idade, indolor à mobilização e anexos não palpáveis. A Ultrassonografia Transvaginal o útero tem volume discretamente aumentado, o endométrio é heterogêneo e mede 12 mm, os ovários estão sem alterações. Com base nos dados da anamnese e da propedeutica, qual é o diagnóstico mais provável para esta paciente?

A) Câncer de Endométrio.
B) Sarcoma de Miométrio.
C) Câncer de Ovário.
D) Câncer do Colo Uterino.
E) Sangramento normal da pós-menopausa.

QUESTÃO 45

Paciente de 28 anos em amenorreia secundária e galactorreia é investigada e recebe o diagnóstico de hiperprolactinemia por microadenoma de hipófise. Qual tratamento é primeira escolha para esta paciente?

A) Cirurgia para retirada do tumor.
B) Anticoncepcional hormonal oral.
C) Pergolida.
D) Radioterapia.
E) Bromocriptina.

QUESTÃO 46

Mulher de 51 anos, procura consulta por apresentar ondas de calor intensas há cerca de um ano. Relata episódios súbitos de calor intenso em face, pescoço e tórax, acompanhados de sudorese. Refere prejuízo do sono, irritabilidade, fadiga e dificuldade de concentração no trabalho. A última menstruação ocorreu há 18 meses. Antecedentes pessoais: Hipertensão arterial controlada, IMC: 28 kg/m², Sem história de trombose venosa profunda, AVC ou neoplasias. Antecedentes familiares: Mãe diagnosticada com câncer de mama aos 62 anos. Há seis meses, durante consulta com ginecologista, foi orientada sobre terapia hormonal da menopausa. Entretanto, a paciente refere medo de desenvolver câncer e afirma categoricamente: "Não quero tomar hormônios. Minha mãe teve câncer de mama e tenho muito receio." O exame físico da paciente encontra-se dentro do esperado para a idade. A conduta mais adequada para a paciente é:

A) Estrogênio em gel e Progesterona via oral.
B) Paroxetina.
C) Estrogênio via vaginal.
D) Expectante.
E) Estrogênio via vaginal e Progesterona via oral.

QUESTÃO 47

Mulher de 43 anos, procura atendimento relatando aumento progressivo do fluxo menstrual nos últimos dois anos. Refere que as menstruações passaram a durar entre 7 e 9 dias, com necessidade de troca de absorvente a cada 2 horas nos primeiros dias do ciclo. Também apresenta cólicas menstruais intensas, que exigem uso frequente de anti-inflamatórios. Relata sensação de peso na pelve durante o período menstrual e fadiga progressiva. Antecedentes ginecológicos: Menarca aos 12 anos, 3 partos vaginais, Laqueadura tubária aos 35 anos, vida sexual ativa com dispareunia de profundidade. Nega patologias, uso de medicações ou cirurgias. O exame de Ultrassonografia transvaginal descreve um útero aumentado de volume, miométrio heterogêneo, presença de pequenos cistos miometriais, Zona juncional mal definida, endométrio com 6mm de espessura, ovários direitos e esquerdos com 4cm. Com base nos dados descritos, qual é o diagnóstico da paciente?

A) Adenomiose.
B) Miomatose Uterina.
C) Espessamento Endometrial.
D) Pólipo Endometrial.
E) Endometriose.

QUESTÃO 48

Mulher de 68 anos procura atendimento por apresentar prurido intenso na região vulvar há aproximadamente dois anos. Relata que inicialmente a coceira era esporádica, porém tornou-se diária e mais intensa nos últimos seis meses, especialmente à noite. Refere sensação de ardência local e desconforto durante a higiene íntima. Nega corrimento vaginal, febre ou sangramento vaginal. Menopausa aos 50 anos sem TH, vida sexual ausente, nulípara. Nega patologias, uso de medicações ou cirurgias. Mamografia e Citopatológico há 6 meses sem alterações. No exame da vulva, observam-se áreas esbranquiçadas (placas branco-porcelana) envolvendo grandes e pequenos lábios, pele atrófica e adelgaçada, apagamento parcial dos pequenos lábios, discreto estreitamento do introito vaginal, escoriações secundárias ao prurido, não há linfonodos inguinais palpáveis. Qual o diagnóstico mais provável da doença vulvar?

A) Doença de Beçeh.
B) Doença de Crohn.
C) Candidíase de repetição.
D) Líquen Escleroso Vulvar.
E) Câncer de Vulva.

QUESTÃO 49

Paciente feminina, 26 anos, secundigesta de 28 semanas, comparece à consulta de rotina do pré-natal. Relata cansaço progressivo nas últimas semanas, associado a fraqueza, sonolência diurna e episódios ocasionais de tontura ao levantar-se. Refere palpitações aos esforços moderados e dificuldade para realizar atividades domésticas que anteriormente executava sem limitações. Nega sangramentos, perda de líquido amniótico ou contrações uterinas. Nega patologias anteriores, refere alimentação irregular desde o início da gestação, medicações: usou ácido fólico até 12 semanas de gestação. Exame Físico Geral - PA: 100×60mmHg, FC: 102bpm, FR: 18irpm, Temperatura: 36,5°C, Mucosas hipocoradas(++/4+), Extremidades normoperfundidas. Exame Obstétrico - Altura uterina: 28 cm, BCF: 145 bpm, Movimentos fetais presentes. Exames Laboratoriais - Hemograma (Hemoglobina: 9,5 g/dL, Hematocrito: 29%, VCM: 72fL, HCM: 23pg, Leucograma: Sem alterações, Plaquetas: 280.000/mm³); Ferritina: 10 ng/mL. Com base no descrito, qual é o diagnóstico mais provável e o tratamento para a paciente?

A) Talassemia menor. Iniciar programa de transfusão imediata.
B) Deficiência de vitamina B12 ou ácido fólico. Iniciar reposição de ferro oral e ácido fólico.
C) Anemia ferropriva gestacional. Iniciar reposição de ferro oral.
D) Anemia Megaloblástica. Iniciar reposição de ferro endovenoso.
E) Anemia fisiológica da gestação. Iniciar reposição de ferro oral.

QUESTÃO 50

Paciente de 27 anos, G1P0, idade gestacional de 40 semanas e 2 dias, admitida em trabalho de parto espontâneo. Pré-natal sem intercorrências. Evoluiu adequadamente para dilatação total e encontra-se em período expulsivo há cerca de 2 horas. Após desprendimento da cabeça fetal você faz diagnóstico de Distocia de ombro. Das condutas a seguir, quais são imprescindíveis para prevenir asfixia fetal e paralisia braquial permanente ou morte fetal?

A) Realizar episiotomia bilateral e promover comunicação eficiente dos membros da equipe assistencial.
B) Não exercer tração excessiva para liberação do ombro não seccionar o cordão umbilical antes da liberação do ombro.
C) Realizar leve tração para liberação do ombro; pressionar o fundo do útero e comunicação eficiente com a equipe assistencial.
D) Realizar episiotomia bilateral; tração leve para liberação do ombro posterior e pressionar o fundo do útero.
E) Realizar manobras de ressuscitação intrauterina e seccionar o cordão umbilical para liberação do ombro.

QUESTÃO 51

O Ministério da Saúde do Brasil está em fase de transição para adotar o teste DNA-HPV para rastreio do câncer do colo do útero. Neste teste são dosados 2 subtipos de HPV por serem os mais comuns e os mais agressivos. Quais são eles?

A) 31 e 33.
B) 35 e 39.
C) 52 e 58.
D) 6 e 11.
E) 16 e 18.

QUESTÃO 52

A resposta sexual feminina é resultado de complexas interações neuroquímicas, envolvendo hormônios e neurotransmissores. O Desejo Sexual Hipoativo (DSH) é uma disfunção sexual comum, especialmente no climatério, caracterizada pelo predomínio de fatores inibitórios sobre excitatórios no cérebro. Qual a medicação de primeira linha para o DSH nessas pacientes? Considere que não há contra indicação para nenhuma das opções terapêuticas.

A) Testosterona.
B) Progesterona.
C) Estradiol.
D) Estriol.
E) ISRS.

QUESTÃO 53

Mulher de 24 anos comparece à UBS 25 dias após parto vaginal sem intercorrências. Relata que está amamentando exclusivamente ao seio materno e que, há três dias, passou a apresentar dor intensa na mama esquerda durante e após as mamadas. Refere endurecimento de parte da mama e dificuldade para o recém-nascido realizar a pega adequada. Nas últimas 24 horas apresentou febre de 38,5°C, mal-estar e sensação de cansaço. Nega uso de medicamen-tos. Você examina a paciente e fecha o diagnóstico de Mastite Puerperal. Qual o agente etiológico e a complicação mais comum desta patologia?

A) Staphylococcus epidermidis e Mastite Parenquimatosa.
B) Pseudomonas aeruginosa e Mastite Intersticial.
C) Streptococcus salivarius e Flegmão.
D) Staphylococcus aureus e Abscesso mamário.
E) Serratia e Necrose da mama.

QUESTÃO 54

Mulher de 29 anos, primigesta de 24 semanas, comparece à UBS relatando ardência ao urinar há 3 dias. Refere aumento da frequência urinária e urgência miccional. Nega perda de líquido amniótico. Nas últimas 24 horas iniciou dor em região lombar direita associada a febre e calafrios. Ao exame físico apresenta: Estado geral regular, corada e hidratada, Temperatura: 38,7°C, PA: 110x70mmHg, FC: 104bpm, Dor à punho-percussão em loja renal direita (Giordano positivo). Útero compatível com a idade gestacional, sem contrações uterinas, BCF=140bpm com boa movimentação. Qual a conduta para esta paciente?

A) Internação hospitalar + Ceftriaxona 1-2gr IV/dia.
B) Tratamento ambulatorial com Fosfomicina Trometamol 3gr dose única.
C) Tratamento ambulatorial com Ciprofloxacino 500mg 12/12hs por 7 dias.
D) Orientação para hidratação + monitorização fetal + Amoxacilina 500mg 6/6hs.
E) Internação hospitalar + Levofloxacina 400mg 2x ao dia.

QUESTÃO 55

Paciente feminina, 25 anos, G1P0, Idade Gestacional de 39 semanas e 4 dias, admitida em trabalho de parto espontâneo. Pré-natal de baixo risco, sem intercorrências. Após evolução adequada da fase ativa, atinge dilatação total. Encontra-se há 1 hora e 30 minutos em período expulsivo. Exame Obstétrico Dinâmica Uterina de 4 contrações em 10 minutos com duração média de 60 segundos. Avaliação Fetal - Frequência cardíaca fetal: 140 bpm com boa variabilidade e sem desacelerações. Toque Vaginal Dilatação: 10 cm. Apresentação cefálica - Occipitoanterior, De Lee +4. Em qual período clínico do trabalho de parto a paciente se encontra?

A) Terceiro Período.
B) Primeiro Período.
C) Secundamento.
D) Fase de Resolução.
E) Segundo Período.

QUESTÃO 56

Você é médico(a) plantonista de uma maternidade e é chamado para avaliar uma puérpera no pós-parto imediato que apresenta sangramento importante. A paciente tem 34 anos e teve parto vaginal sem intercorrências. No exame físico apresenta os seguintes sinais vitais: PA: 80×50mmHg, FC: 132bpm, FR: 28irpm, Saturação: 94%. Seu estado geral: extremamente pálida, sudoreica, sonolenta e queixa-se de tontura intensa. No Exame Obstétrico o útero está amolecido e aumentado ao exame abdominal, o sangramento vaginal ativo e volumoso. Você e a equipe acionaram o protocolo de hemorragia pós parto, após a paciente foi para a UTI, ficando internada por 48 horas e evoluiu bem. Esta sequência de eventos pode ser classificada como Near Miss?

A) Não, pois a paciente apresentou complicação grave foi atendida pela equipe assistencial e mesmo assim foi para a UTI.
B) Sim, pois a paciente apresentou uma complicação grave durante o puerpério, quase morreu, mas sobreviveu graças ao atendimento recebido.
C) Sim, pois a paciente apresentou uma complicação esperada no puerpério e que a principio não é classificada como condição ameaçadora da vida.
D) Sim, pois a paciente apresentou uma complicação, que por ser esperada no puerpério, não é considerada como grave e a equipe atuou prontamente.
E) Não, pois a paciente apresentou uma complicação, que por ser esperada no puerpério, não é considerada como grave e foi para a UTI e posteriormente recebeu alta.

QUESTÃO 57

A pré-eclampsia é uma síndrome hipertensiva específica da gestação caracterizada pelo surgimento de hipertensão após 20 semanas, associada à proteinúria e/ou sinais de lesão orgânica materna. São indicações maternas e fetais de parto imediato:

A) Hemólise; Aumento Persistente da Uréia; DIP I na Cardiotocografia.
B) PA ≥ 160 × 110 mmHg persistente apesar do tratamento; Diminuição das Enzimas Hepáticas; Sofrimento Fetal Agudo.
C) Plaquetopenia; Escotomas; Restrição de Crescimento Fetal sem comprometimento fetal.
D) Convulsão materna; Insuficiência Renal Progressiva; Fluxo diastólico ausente ou reverso na artéria umbilical.
E) Edema Agudo de Pulmão; Síndrome HELLP; Bem-Estar Fetal.

QUESTÃO 58

Você é médico(a) de uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA) e atende uma paciente encaminhada pela triagem devido a dor abdominal intensa. Paciente feminina, 29 anos, procura atendimento por dor abdominal de forte intensidade há aproximadamente 4 horas. Refere atraso menstrual de 7 semanas. Desde a manhã apresenta dor em baixo ventre, inicialmente leve, evoluindo para dor intensa em fossa ilíaca direita. Relata pequeno sangramento vaginal escurecido há dois dias. Nas últimas horas apresentou tontura, sensação de desmaio e sudorese. Antecedentes ginecológicos: G2P1A0, episódio prévio de doença inflamatória pélvica há 5 anos, não utiliza método contraceptivo, nega febre. Do ponto de vista hemodinâmico encontra-se estável e o β-hCG Quantitativo =3.200mUI/mL, a Ultrassonografia Transvaginal apresenta ausência de saco gestacional intrauterino, massa anexial integra à direita de 3cm e ausência de líquido livre em fundo de saco de Douglas. Com base nos dados apresentados para este caso, a conduta indicada é:

A) Uso de Metotrexato.
B) Expectante com acompanhamento do β-hCG Quantitativo.
C) Laparotomia.
D) Encaminhamento ao Ginecologista-Obstetra.
E) Alta da UPA com orientações de retorno caso piore o Quadro.

QUESTÃO 59

A transmissão vertical do HIV é a passagem do vírus da mãe para o filho durante a gestação, parto ou amamentação. É um dos temas mais importantes da Obstetrícia e do Pré-Natal, pois a maioria dos casos pode ser evitada com diagnóstico e tratamento adequados. O risco pode variar de 15% a 45%, porém com as medidas preventivas, como uso de TARV adequada na gestação, supressão viral materna, conduta obstétrica apropriada, profilaxia neonatal e não amamentação esse risco cai a aproximadamente

A) 10%.
B) 5%.
C) 1%.
D) 4%.
E) 8%.

QUESTÃO 60

Você integra uma equipe do SAMU e é acionado para atender uma vítima de acidente automobilístico em rodovia há mais ou menos 20 minutos. Ao chegar ao local, encontra uma mulher gestante de 30 anos com 32 semanas de idade gestacional, envolvida em colisão frontal entre dois veículos. Ela está consciente no banco do motorista, usava cinto de segurança, não houve ejeção do veículo. A paciente refere: dor abdominal difusa, dor em tórax pela compressão do cinto, percepção reduzida dos movimentos fetais após o acidente, nega perda de líquido vaginal e relata pequeno sangramento vaginal ocorrido após a colisão. Pré-natal é de baixo risco e ela não tem comorbidades. Após realizar todas as manobras de estabilização materna, a paciente deverá permanecer na posição:

A) Decúbito Dorsal.
B) Decúbito Lateral Esquerdo.
C) Decúbito Ventral.
D) Em qualquer posição que seja mais confortável à paciente.
E) Posição Supina.

QUESTÃO 61

Paciente de 72 anos, hipertenso, é trazido ao pronto atendimento pelo SAMU após apresentar movimentos tônico-clônicos generalizados. Segundo a esposa, faz uso regular de indapamida, enalapril e anlodipino, mas não utiliza medicamentos antiepilépticos. Na admissão, encontra-se em crise convulsiva generalizada, com duração estimada superior a 5 minutos. A equipe inicia medidas de suporte, monitorização, avaliação das vias aéreas e obtenção de acesso venoso. Qual é a conduta farmacológica inicial mais ADEQUADA para interrupção da crise convulsiva?

A) Administrar fenitoína por via intravenosa como terapia anticonvulsivante inicial.
B) Administrar levetiracetam por via intravenosa como terapia anticonvulsivante inicial.
C) Administrar ácido valproico por via intravenosa como terapia anticonvulsivante inicial.
D) Administrar haloperidol por via intravenosa como terapia anticonvulsivante inicial.
E) Administrar diazepam por via intravenosa como terapia anticonvulsivante inicial.

QUESTÃO 62

Paciente de 72 anos, hipertenso, é trazido ao pronto atendimento pelo SAMU após apresentar movimentos tônico-clônicos generalizados. Segundo a esposa, faz uso regular de indapamida, enalapril e anlodipino, mas não utiliza medicamentos antiepilépticos. Na admissão, encontra-se em crise convulsiva generalizada, com duração estimada superior a 5 minutos. A equipe inicia medidas de suporte, monitorização, avaliação das vias aéreas e obtenção de acesso venoso. Após interrupção da crise convulsiva, o paciente permanece bastante sonolento e com resposta lentificada aos estímulos. Tomografia de crânio não demonstra alterações agudas. Os exames laboratoriais mostram: - Sódio: 112 mEq/L - Potássio: 3,4 mEq/L - Glicemia: 106 mg/dL - Creatinina: 0,9 mg/dL Considerando o quadro clínico e os exames laboratoriais, qual é a conduta mais ADEQUADA neste momento?

A) Administrar solução salina hipertônica a 3% em infusão contínua, buscando correção de aproximadamente 12 mEq/L nas primeiras 24 horas.

B) Administrar solução salina isotônica a 0,9% em bolus, buscando elevação inicial de aproximadamente 4 a 6 mEq/L do sódio sérico.

C) Administrar solução salina hipertônica a 3% em bolus, com reavaliação clínica e laboratorial após a infusão.

D) Administrar solução salina hipertônica a 1,5% em infusão contínua, buscando elevação inicial de aproximadamente 4 a 6 mEq/L do sódio sérico.

E) Instituir restrição hídrica e monitorização seriada do sódio, reservando solução hipertônica para ausência de resposta ao tratamento inicial.

QUESTÃO 63

Paciente de 72 anos, hipertenso, é trazido ao pronto atendimento pelo SAMU após apresentar movimentos tônico-clônicos generalizados. Segundo a esposa, faz uso regular de indapamida, enalapril e anlodipino, mas não utiliza medicamentos antiepilépticos. Na admissão, encontra-se em crise convulsiva generalizada, com duração estimada superior a 5 minutos. A equipe inicia medidas de suporte, monitorização, avaliação das vias aéreas e obtenção de acesso venoso. Após interrupção da crise convulsiva, o paciente permanece bastante sonolento e com resposta lentificada aos estímulos. Tomografia de crânio não demonstra alterações agudas. Os exames laboratoriais mostram: - Sódio: 112 mEq/L - Potássio: 3,4 mEq/L - Glicemia: 106 mg/dL - Creatinina: 0,9 mg/dL Após estabilização inicial, os familiares trazem os medicamentos utilizados regularmente pelo paciente. São identificados os seguintes: - Indapamida 1,5mg/dia - Perindopril 10mg/dia - Anlodipino 5mg/dia - Pantoprazol 40mg/dia - Vitamina D 2.000 UI/dia Qual dos medicamentos em uso está mais provavelmente relacionado ao desenvolvimento da hiponatremia apresentada pelo paciente?

A) Indapamida.

B) Anlodipino.

C) Pantoprazol.

D) Vitamina D.

E) Perindopril.

QUESTÃO 64

Cinco pacientes são admitidos no pronto atendimento após exposição a substâncias não identificadas. Considerando os achados clínicos apresentados, qual paciente apresenta quadro mais compatível com intoxicação aguda por organo-fosforados?

A) Paciente com midríase, taquicardia, pele seca, mucosas e urinária.
B) Paciente com miose, bradipneia, redução do nível de consciência, hiporreflexia e diminuição dos ruídos intestinais.
C) Paciente com midríase, taquicardia, hipertensão arterial, sudorese, agitação e tremores generalizados.
D) Paciente com taquicardia, hipertermia, sudorese, hiperreflexia, agitação psicomotora e clônus de membros inferiores.
E) Paciente com miose, sialorreia, sudorese, broncorreia, diarreia e fasciculações musculares.

QUESTÃO 65

Em relação ao uso racional de hemocomponentes, qual dos pacientes abaixo apresenta indicação mais ADEQUADA para transfusão de crioprecipitado?

A) Paciente com sangramento digestivo ativo, hemoglobina de 6,5 g/dL e níveis séricos de fibrinogênio elevados.
B) Paciente com epistaxe persistente, contagem de plaquetas de 8.000/mm³.
C) Paciente em uso de varfarina, com hemorragia intracraniana, INR de 5,2.
D) Paciente com hemorragia ativa importante, fibrinogênio de 80 mg/dL e evidências laboratoriais de coagulopatia de consumo.
E) Paciente com sangramento ativo, prolongamento de TP e TTPa, fibrinogênio normal e deficiência de múltiplos fatores de coagulação.

QUESTÃO 66

Paciente de 68 anos, com doença renal crônica, procura o pronto atendimento por fraqueza muscular e mal-estar iniciados há algumas horas. Encontra-se consciente, com pressão arterial de 138/82 mmHg e frequência cardíaca de 54 bpm. Exames laboratoriais demonstram potássio sérico de 7.1 mEq/L e creatinina de 2.8 mg/dL. O eletrocardiograma apresenta ondas T apiculadas difusas e alargamento do complexo QRS. Considerando o quadro apresentado, qual é o esquema terapêutico mais ADEQUADO?

A) Administrar gluconato de cálcio intravenoso, insulina associada à glicose e ciclossilicato de zircônio sódico, com monitorização cardíaca e laboratorial.
B) Administrar insulina associada à glicose e ciclossilicato de zircônio sódico, reservando o gluconato de cálcio para pacientes que apresentem arritmias ventriculares.
C) Administrar gluconato de cálcio intravenoso e salbutamol por via inalatória, reservando a insulina associada à glicose para persistência da hipercalemia.
D) Administrar bicarbonato de sódio intravenoso, furosemida e ciclossilicato de zircônio sódico, com reavaliação eletrocardiográfica após o tratamento.
E) Administrar ciclossilicato de zircônio sódico e manter monitorização cardíaca, reservando as terapias intravenosas para ausência de redução do potássio.

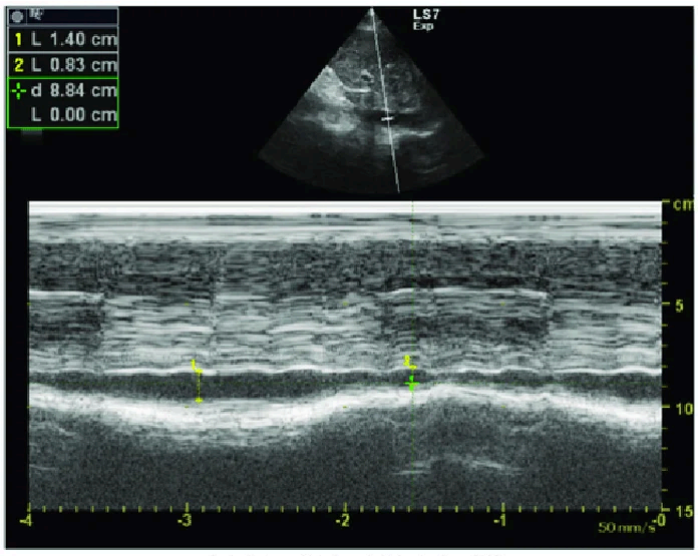
QUESTÃO 67

Paciente de 64 anos procura o pronto atendimento por dor, edema e hiperemia em membro inferior direito há três dias com piora progressiva. Ao exame, apresenta extensa área de eritema, calor e dor à palpação, com limites pouco definidos, sem flutuação, secreção, bolhas, crepitação ou áreas de necrose. Apresenta temperatura de 39,2 °C, frequência cardíaca de 118 bpm e pressão arterial de 82/58 mmHg. Não apresenta imunossupressão, feridas crônicas ou exposição aquática. Considerando o diagnóstico de celulite não purulenta grave, qual é a antibioticoterapia empírica mais adequada?

A) Cefalexina por via oral.
B) Amicacina por via intravenosa.
C) Cefazolina por via intravenosa.
D) Doxiciclina por via oral.
E) Ciprofloxacino por via intravenosa.

QUESTÃO 68

Paciente de 64 anos procura o pronto atendimento por dor, edema e hiperemia em membro inferior direito há três dias com piora progressiva. Ao exame, apresenta extensa área de eritema, calor e dor à palpação, com limites pouco definidos, sem flutuação, secreção, bolhas, crepitação ou áreas de necrose. Apresenta temperatura de 39,2 °C, frequência cardíaca de 118 bpm e pressão arterial de 82/58 mmHg. Não apresenta imunossupressão, feridas crônicas ou exposição aquática. Após o início da antibioticoterapia, o paciente recebeu 1.000 mL de solução cristaloide para expansão volêmica. Permanece taquicárdico, com enchimento capilar lentificado, porém sem sinais de congestão pulmonar. Encontra-se em ventilação espontânea. Para auxiliar na avaliação hemodinâmica, é realizado ultrassom point-of-care, obtendo-se a imagem abaixo. Considerando os achados clínicos e ultrassonográficos, qual é a conduta mais adequada neste momento?



Fonte: Ka Leung Mok, Journal of Intensive Care (2016)

A) Iniciar dobutamina intravenosa, visando aumentar o débito cardíaco e melhorar a perfusão periférica.
B) Iniciar noradrenalina intravenosa, evitando nova administração de volume devido ao risco de congestão pulmonar.
C) Administrar furosemida intravenosa, visando reduzir a pressão de enchimento e melhorar o desempenho ventricular.
D) Administrar albumina intravenosa, substituindo os cristaloides como estratégia preferencial de expansão volêmica.
E) Administrar novo bolus de solução cristaloide, seguido de reavaliação clínica e hemodinâmica.

QUESTÃO 69

Paciente de 67 anos, com histórico de insuficiência cardíaca por doença de Chagas e tabagista com carga tabágica de 54 anos-maço, é admitido no pronto atendimento com dispneia progressiva. Na admissão apresenta frequência respiratória de 38 irpm, SpO_2 de 82% apesar de máscara com reservatório, pressão arterial de 82/54 mmHg, frequência cardíaca de 124 bpm e Glasgow 10. Apresenta importante uso de musculatura acessória e redução progressiva do nível de consciência. Após medidas iniciais de estabilização, é indicada intubação orotraqueal em sequência rápida. Qual estratégia é mais ADEQUADA para o manejo da via aérea deste paciente?

A) Otimizar a pré-oxigenação e realizar sequência rápida com midazolam e fentanil, dispensando bloqueador neuromuscular devido à instabilidade hemodinamica.

B) Otimizar a pré-oxigenação e realizar sequência rápida com etomidato para indução e rocurônio para bloqueio neuromuscular.

C) Realizar pré-oxigenação e administrar rocurónio associado à succinilcolina, procedendo à laringoscopia após o bloqueio neuromuscular.

D) Realizar laringoscopia imediatamente após administração de propofol, evitando bloqueador neuromuscular devido à instabilidade hemodinamica.

E) Realizar ventilação com bolsa-válvula-máscara e proceder à intubação após sedação com propofol e succinilcolina.

QUESTÃO 70

Paciente de 67 anos, com histórico de insuficiência cardíaca por doença de Chagas e tabagista com carga tabágica de 54 anos-maço, é admitido no pronto atendimento com dispneia progressiva. Na admissão apresenta frequência respiratória de 38 irpm, SpO_2 de 82% apesar de máscara com reservatório, pressão arterial de 82/54 mmHg, frequência cardíaca de 124 bpm e Glasgow 10. Apresenta importante uso de musculatura acessória e redução progressiva do nível de consciência. Após medidas iniciais de estabilização, é indicada intubação orotraqueal em sequência rápida. Após estabilização da via aérea, opta-se pela realização de ultrassonografia pulmonar à beira-leito utilizando o protocolo BLUE. Nos pontos BLUE anteriores, observa-se deslizamento pleural preservado e predomínio de linhas A em hemitórax esquerdo e múltiplas linhas B no hemitórax contralateral. A ultrassonografia de membros demonstra compressibilidade venosa. No ponto PLAPS, é obtida a imagem apresentada abaixo. Considerando o conjunto dos achados do protocolo BLUE, qual é a etiologia mais provável da insuficiência respiratória deste paciente?



Fonte: https://radiopaedia.org/

A) Pneumonia com consolidação pulmonar.

B) Edema pulmonar agudo de origem cardiogênica. vascular.

C) Tromboembolismo pulmonar com repercussão respiratória.

D) Pneumotórax hipertensivo com comprometimento ventilatório.

E) Broncoespasmo refratário.

QUESTÃO 71

Paciente de 69 anos, com diagnóstico prévio de gota, procura o pronto atendimento por dor intensa, edema e hiperemia na primeira articulação metatarsofalângica direita, iniciados há aproximadamente 10 horas. Encontra-se afebril e sem sinais sistêmicos de infecção. Apresenta doença renal crônica com taxa de filtração glomerular de 48 ml/min/1.73 m^2, insuficiência cardíaca e antecedente de hemorragia digestiva por úlcera péptica. Faz uso regular de alopurinol e não apresenta interação medicamentosa relevante com colchicina. Considerando o manejo da crise aguda de gota e as recomendações atuais, qual é a conduta mais ADEQUADA?

A) Suspender o alopurinol e iniciar colchicina em doses repetidas até melhora significativa da inflamação articular.
B) Manter o alopurinol e iniciar anti-inflamatório não esteroidal em dose plena durante a crise aguda.
C) Manter o alopurinol e iniciar colchicina em esquema de baixa dose para tratamento da crise aguda.
D) Aumentar imediatamente a dose do alopurinol, utilizando a redução da uricemia para controle da inflamação aguda.
E) Manter o alopurinol e iniciar bloqueador de interleucina-1 como tratamento farmacológico de primeira escolha.

QUESTÃO 72

Paciente de 71 anos, com diagnóstico prévio de DPOC, procura o pronto atendimento por piora da dispneia, aumento do volume do escarro e expectoração purulenta há três dias. Encontra-se consciente e orientado, com frequência respiratória de 30 irpm, frequência cardíaca de 108 bpm, pressão arterial de 136/78 mmHg e SpO_2 de 82% em ar ambiente. Apresenta sibilos difusos e uso de musculatura acessória. Gasometria arterial demonstra pH 7,36, $PaCO_2$ 52 mmHg, PaO_2 49 mmHg e HCO_2 29 mEq/L. O paciente apresenta deglutição preservada e tolera medicações por via oral. Considerando as recomendações atuais para o manejo da exacerbação da DPOC, qual é a conduta mais ADEQUADA?

A) Ofertar oxigênio por máscara com reservatório, administrar salbutamol associado a Ipratropio, prednisona 40 mg/dia por via oral por 5 dias e antibioticoterapia.
B) Ofertar oxigênio por cateter nasal de alto fluxo, administrar salbutamol associado a ipratrópio, metilprednisolona 125 mg por via intravenosa por 5 dias e antibioticoterapia.
C) Ofertar oxigênio por cateter nasal de baixo fluxo, administrar salbutamol associado a ipratropio, prednisona 40 mg/dia por via oral por 5 dias e antibioticoterapia.
D) Ofertar oxigênio por máscara de Venturi, administrar salbutamol associado a ipratrópio, prednisona 40 mg/dia por via oral por 5 dias e antibioticoterapia.
E) Ofertar oxigênio por máscara com reservatório não reinalante e administrar formoterol associado a tiotropio, prednisona 40 mg/dia por via oral por 5 dias e antibioticoterapia.

QUESTÃO 73

Paciente de 42 anos, com diabetes mellitus tipo 1, procura o pronto atendimento por mal-estar, poliúria e redução da ingesta alimentar há dois dias. Nas últimas 24 horas apresentou diversos episódios de vômitos. Ao exame, encontra-se desidratado, taquicárdico e taquipneico. Os exames laboratoriais mostram: pH: 7,31 PaCO2: 29 mmHg HCO_2: 14 mEq/L Sódio: 140 mEq/L Cloro: 90 mEq/L Albumina: 4,0 g/dL Considerando anion gap normal de 12 mEq/L e bicarbonato normal de 24 mEq/L, qual é a interpretação mais ADEQUADA do distúrbio acidobásico?

A) Acidose metabólica com anion gap elevado associada a alcalose metabólica.
B) Acidose metabólica com ânion gap elevado associada a acidose metabólica hiperclorêmica.
C) Acidose metabólica com anion gap elevado associada a alcalose respiratória.
D) Acidose metabólica com anion gap normal associada a acidose respiratória.
E) Acidose metabólica com anion gap elevado isolada, apresentando compensação respiratória adequada.

QUESTÃO 74

Paciente de 73 anos, com insuficiência cardíaca com fração de ejeção reduzida, procura o pronto atendimento por piora progressiva da dispneia, ortopneia e edema de membros inferiores há quatro dias. Ao exame, apresenta frequência cardíaca de 104 bpm, pressão arterial de 128x72 mmHg, SpO_2 de 90% em ar ambiente, turgência jugular, crepitações pulmonares bilaterais e edema de membros inferiores. Encontra-se consciente, com extremidades aquecidas, pulsos periféricos amplos, enchimento capilar de 2 segundos e diurese preservada. Considerando o perfil hemodinâmico apresentado, qual é a estratégia farmacológica mais ADEQUADA para o manejo inicial?

A) Furosemida intravenosa associada à dobutamina intravenosa.
B) Furosemida intravenosa associada à noradrenalina intravenosa.
C) Furosemida intravenosa associada à nitroglicerina intravenosa.
D) Furosemida intravenosa associada à milrinona intravenosa.
E) Furosemida intravenosa associada à digoxina intravenosa.

QUESTÃO 75

Paciente de 48 anos procura o pronto atendimento por dor torácica ventilatorio-dependente e dispneia de inicio recente. A angiotomografia de tórax demonstra tromboembolismo pulmonar segmentar. Encontra-se com pressão arterial de 126 x 78 mmHg, frequência cardíaca de 82 bpm e SpO2 de 97% em ar ambiente. Apresenta SPESII 0, Hestia 0, troponina normal e ausência de disfunção ventricular direita. Possui função renal e hepática preservadas, pesa 82 kg e não apresenta contraindicações à anticoagulação. Segundo a Diretriz AHA/ACC/Multissociedades de 2026 para o manejo do tromboembolismo pulmonar agudo, considera-se a possibilidade de alta precoce com anticoagulação oral. Qual dos esquemas abaixo está CORRETAMENTE prescrito para o tratamento inicial do TEP?

A) Rivaroxabana 15 mg por via oral a cada 12 horas por 10 dias, seguida de 20 mg a cada 24 horas.
B) Apixabana 10 mg por via oral a cada 12 horas por 7 dias, seguida de 5 mg a cada 12 horas.
C) Edoxabana 60 mg por via oral a cada 24 horas, iniciada imediatamente.
D) Dabigatrana 150 mg por via oral a cada 12 horas, iniciada imediatamente.
E) Ximelagatrana 10 mg por via oral a cada 12 horas por 21 dias, seguida de 5 mg a cada 12 horas.

QUESTÃO 76

Paciente de 64 anos procura o pronto atendimento após início súbito, há 90 minutos, de discreta paresia facial e hipoestesia em membro superior esquerdo. Ao exame neurológico apresenta NIHSS de 2 pontos, com déficit considerado não incapacitante. A tomografia de crânio não demonstra hemorragia e a angiotomografia não evidencia oclusão de grande vaso. Após avaliação inicial, o quadro é classificado como acidente vascular cerebral isquêmico não cardioembólico. Segundo a Diretriz AHA/ASA 2026 para o manejo precoce do acidente vascular cerebral isquêmico, qual é a estratégia antitrombótica inicial mais ADEQUADA?

A) Iniciar dupla antiagregação plaquetária com ácido acetilsalicílico e clopidogrel por período curto, seguida de antiagregação isolada.
B) Iniciar ácido acetilsalicílico em monoterapia desde a fase aguda, mantendo antiagregação plaquetária isolada durante o seguimento.
C) Iniciar anticoagulação oral com apixabana na fase aguda, mantendo anticoagulação como estratégia de prevenção secundária.
D) Realizar trombólise Intravenosa com tenecteplase na fase aguda, seguida posteriormente de terapia antiagregante plaquetária.
E) Iniciar anticoagulação com heparina não fracionada na fase aguda, seguida posteriormente de antiagregação plaquetária isolada.

QUESTÃO 77

A Diretriz Brasileira de Atendimento à Dor Torácica na Unidade de Emergência - 2025 ampliou a avaliação eletrocardiográfica da síndrome coronariana aguda, recomendando que, além dos critérios clássicos de supradesnivelamento persistente do segmento ST, sejam pesquisados padrões eletrocardiográficos compatíveis com oclusão coronária aguda. Segundo essa diretriz, qual dos achados eletrocardiográficos abaixo é considerado compatível com oclusão coronária aguda?

A) Padrão de isquemia circunferencial: elevação do segmento ST em seis ou mais derivações, com infradesnivelamento do intervalo PR e associada a depressão do segmento ST em aVR e/ou V1.

B) Padrão de Wellens: ondas T bifásicas ou profundamente invertidas e simétricas em em parede inferior, sem elevação significativa do segmento ST.

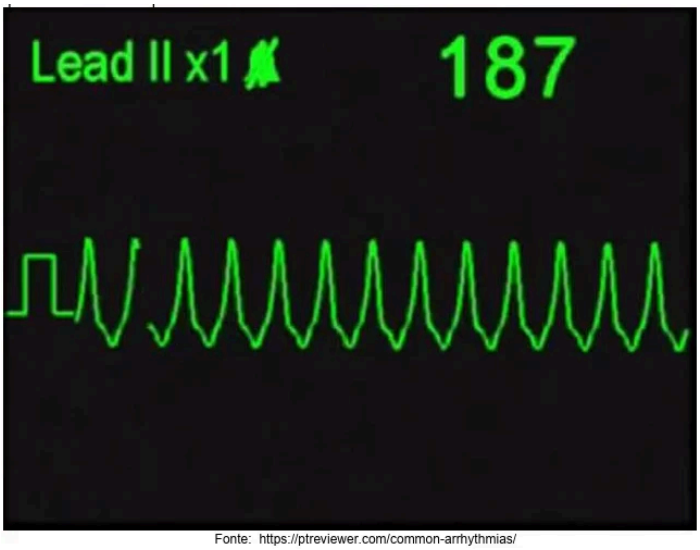
C) Bloqueio de Ramo Esquerdo antigo com alterações do segmento ST discordantes do sentido do QRS.

D) Padrão de De Winter: ondas T altas, proeminentes e simétricas, precedidas por depressão ascendente do segmento ST >1 mm no ponto J nas derivações precordiais.

E) Inversão simétrica da onda T nas derivações inferiores DII, DIII e aVF, sem supradesnivelamento concomitante do segmento ST.

QUESTÃO 78

Paciente de 58 anos é admitido no pronto atendimento com palpitações de início súbito, seguidas de rebaixamento progressivo do nível de consciência. Ao exame, apresenta Glasgow 6, pressão arterial de 72 x 44 mmHg, extremidades frias e pulsos periféricos presentes. O monitor cardíaco evidencia o ritmo apresentado na figura abaixo, com frequência cardíaca aproximada de 187 bpm. Fonte: https://ptreviewer.com/common-arrhythmias/ Segundo "2025 American Heart Association Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care – Adult Advanced Life Support" e considerando o quadro clínico e o ritmo apresentado, qual é a conduta PRIORITÁRIA? Fonte: https://ptreviewer.com/common-arrhythmias/



Fonte: https://ptreviewer.com/common-arrhythmias/

A) Proceder à intubação orotraqueal em sequência rápida para proteção de via aérea.

B) Administrar amiodarona 150 mg por via intravenosa.

C) Iniciar manobras de ressuscitação cardiopulmonar.

D) Realizar sedação com propofol por via intravenosa.

E) Realizar cardioversão elétrica sincronizada imediatamente, com monitorização contínua após o procedimento.

QUESTÃO 79

Paciente de 58 anos procura uma unidade de pronto atendimento em cidade do interior após 2 horas do início de dor torácica intensa em aperto, associada a sudorese e náuseas. O eletrocardiograma demonstra supradesnivelamento persistente do segmento ST em derivações contíguas, compatível com infarto agudo do miocárdio. O centro com capa-cidade para intervenção coronariana percutânea encontra-se distante, não sendo possível realizar angioplastia primária dentro do intervalo recomendado. O paciente não apresenta contraindicações à fibrinólise ou alto risco de sangramen-to. Durante o atendimento inicial, recebe ácido acetilsalicílico 300 mg por via oral e é indicada terapia fibrinolítica. Segundo a Diretriz ACC/AHA/ACEP/NAEMSP/SCAI de 2025 para Síndromes Coronarianas Agudas, qual é a conduta mais ADEQUADA em relação ao clopidogrel?

A) Não administrar clopidogrel na estratégia fibrinolítica, mantendo apenas ácido acetilsalicílico até a realização da cinecoronariografia.
B) Administrar clopidogrel 300 mg por via oral imediatamente após o término da administração do agente fibrinolítico.
C) Administrar clopidogrel 300 mg por via oral imediatamente, antes ou concomitantemente à administração do fibrino-lítico.
D) Administrar clopidogrel 300 mg por via oral somente após a chegada ao centro de referência, após o estudo da anatomia coronária por meio de cineangiocoronariografia.
E) Administrar clopidogrel 300 mg por via oral somente após a chegada ao centro de referência, imediatamente antes da realização da cineangiocoronariografia.

QUESTÃO 80

Paciente de 54 anos, internado no pronto atendimento por infecção urinária, apresenta, poucos minutos após o início da administração de ceftriaxona, prurido difuso, urticária, edema labial, dispneia e sensação de fechamento da garganta. Ao exame, apresenta frequência cardíaca de 122 bpm, pressão arterial de 78 x 46 mmHg, SpO_2 de 88%, sibilos difusos e estridor inspiratório. A infusão do antibiótico é imediatamente interrompida. Considerando o diagnóstico de anafilaxia, qual é a conduta farmacológica PRIORITÁRIA?

A) Administrar adrenalina 0,5 mg por via intramuscular na região anterolateral da coxa, podendo repetir conforme a resposta clínica.
B) Administrar adrenalina 1 mg por via intravenosa em bolus, seguida de expansão volêmica com solução cristaloide.
C) Administrar hidrocortisona por via intravenosa, seguida de expansão volêmica e reavaliação da necessidade de adrenalina.
D) Administrar anti-histamínico por via intravenosa, seguido de corticosteroide sistêmico e reavaliação da resposta hemodinâmica.
E) Administrar salbutamol por via inalatória, seguido de corticosteroide intravenoso e reavaliação da necessidade de adrenalina.

QUESTÃO 81

Um homem de 56 anos procura o ambulatório de cirurgia geral por abaulamento indolor na região inguinal direita, percebido há aproximadamente um ano e mais evidente aos esforços. Ao exame físico observa-se protrusão inguinal redutível. Durante a discussão do caso, o residente é questionado sobre os conceitos anatômicos que permitem diferenciar as hérnias inguinais diretas das indiretas. Assinale a alternativa CORRETA.

A) A hérnia inguinal indireta protrui medialmente aos vasos epigástricos inferiores, através do triângulo de Hesselbach.
B) A hérnia inguinal indireta protrui lateralmente aos vasos epigástricos inferiores, geralmente através do anel inguinal profundo, podendo percorrer o canal inguinal em direção ao escroto.
C) A hérnia inguinal direta penetra inicialmente pelo anel inguinal profundo e percorre o canal inguinal lateralmente aos vasos epigástricos inferiores.
D) A hérnia inguinal direta decorre da persistência do processo vaginal e, por esse motivo, apresenta maior associação com hérnias diagnosticadas na infância.
E) As hérnias inguinais direta e indireta são diferenciadas pela sua relação com o ligamento inguinal: a direta localiza-se inferiormente ao ligamento e a indireta, superiormente.

QUESTÃO 82

Em relação ao diagnóstico e à abordagem inicial da pancreatite aguda, assinale a alternativa CORRETA.

A) O diagnóstico exige obrigatoriamente elevação de amilase e lipase séricas acima de três vezes o limite superior da normalidade, independentemente dos achados clínicos ou de imagem.

B) A tomografia computadorizada com contraste deve ser realizada rotineiramente nas primeiras 24 horas para confirmar o diagnóstico e determinar a gravidade da doença.

C) O diagnóstico pode ser estabelecido pela presença de pelo menos dois de três critérios: dor abdominal característica; amilase e/ou lipase séricas ≥ 3 vezes o limite superior da normalidade; e achados de imagem compatíveis com pancreatite aguda.

D) A presença de síndrome da resposta inflamatória sistêmica nas primeiras 24 horas define pancreatite aguda grave, independentemente da presença de falência orgânica.

E) O jejum deve ser mantido até a normalização da dor abdominal e das enzimas pancreáticas, pois a alimentação precoce aumenta o risco de complicações locais.

QUESTÃO 83

Quais são os limites anatômicos do triângulo de Hesselbach?

A) Ligamento de Cooper inferiormente, vasos ilíacos externos lateralmente e músculo psoas medialmente.

B) Ligamento lacunar medialmente, nervo femoral lateralmente e trato iliopúbico superiormente.

C) Músculo transverso inferiormente, vasos epigástricos superiores lateralmente e linha alba medialmente.

D) Ligamento inguinal superiormente, vasos epigástricos inferiores medialmente e borda lateral do reto lateralmente.

E) Ligamento inguinal inferiormente, vasos epigástricos inferiores lateralmente e borda lateral do músculo reto abdominal medialmente.

QUESTÃO 84

A avaliação inicial habitual de um nódulo tireoidiano inclui

A) tomografia cervical com contraste e dosagem de calcitonina em todos os pacientes.

B) dosagem sérica de TSH e ultrassonografia cervical; TSH suprimido pode indicar investigação adicional com cintilografia.

C) punção aspirativa de qualquer nódulo, independentemente do tamanho e do padrão ultrassonográfico.

D) cintilografia como único exame inicial, mesmo quando o TSH é normal.

E) biópsia cirúrgica aberta antes da ultrassonografia para evitar resultados citológicos indeterminados.

QUESTÃO 85

Na ausência de peritonite, perfuração ou sinais de isquemia, o tratamento inicial do volvo de sigmoide deve ser

A) descompressão endoscópica com passagem de sonda retal; após sucesso, programar ressecção eletiva do sigmoide devido à elevada recorrência.

B) colectomia subtotal imediata em todos os casos.

C) enema baritado seguido de alta, sem necessidade de tratamento definitivo.

D) cecostomia descompressiva percutânea.

E) tratamento exclusivamente com laxativos e procinéticos.

QUESTÃO 86

Em relação ao tratamento da fissura anal crônica, assinale a alternativa CORRETA

A) Antibióticos sistêmicos são a primeira linha porque a doença é predominantemente infecciosa.

B) A esfincterotomia lateral interna é contraindicada em todos os pacientes pelo risco inevitável de incontinência grave.

C) Diltiazem ou nifedipino tópicos promovem relaxamento do esfíncter interno e apresentam eficácia semelhante à dos nitratos, com menos cefaleia.

D) A toxina botulínica produz contração sustentada do esfíncter anal e piora a perfusão da anodermis.

E) Fissuras fora da linha média são típicas e dispensam investigação de causas secundárias.

QUESTÃO 87

Quanto à transfusão de concentrado de hemácias na hemorragia digestiva alta, assinale a alternativa CORRETA.

A) Todo paciente com hematêmese deve receber duas unidades antes da avaliação hemodinâmica.
B) Em pacientes de alto risco cardiovascular, a transfusão só deve ser realizada quando a hemoglobina for inferior a 5 g/dL.
C) A reposição com cristaloide contraindica transfusão posterior, mesmo se persistir instabilidade.
D) A decisão transfusional deve considerar apenas o valor da hemoglobina, sem relação com estado clínico ou comorbidades.
E) Em paciente estável e de baixo risco, utiliza-se estratégia restritiva, transfundindo uma unidade quando a hemoglobina é inferior a 7 g/dL e reavaliando a resposta.

QUESTÃO 88

Em relação aos princípios cirúrgicos do tumor estromal gastrointestinal (GIST) gástrico localizado e ressecável, assinale a alternativa CORRETA

A) A gastrectomia total com linfadenectomia D2 é obrigatória, independentemente do tamanho e da localização do tumor.
B) O objetivo é a ressecção completa, preservando a pseudocápsula e evitando ruptura; margens macroscópicas limitadas costumam ser suficientes e a linfadenectomia de rotina não é necessária.
C) A ruptura tumoral durante a operação não altera o risco de recorrência, desde que a margem microscópica seja negativa.
D) A ressecção deve incluir margem macroscópica mínima de 5 cm e linfadenectomia regional sistemática.
E) Tumores sintomáticos ou maiores que 3 cm devem ser apenas observados, pois a cirurgia aumenta a disseminação peritoneal.

QUESTÃO 89

Na ressecção com intenção curativa do adenocarcinoma de cólon, qual alternativa apresenta princípios cirúrgicos adequados?

A) Margens longitudinais de 1 cm e amostragem de qualquer número de linfonodos são suficientes quando a lesão não é obstrutiva.
B) A ligadura vascular deve ser realizada junto à parede do cólon para preservar todos os linfonodos mesentéricos.
C) A linfadenectomia deve ser evitada nos tumores de estádio II porque aumenta a recorrência sem modificar o estadiamento.
D) Devem-se obter margens proximais e distais de aproximadamente 5 a 7 cm e realizar linfadenectomia do mesocólon; a avaliação de pelo menos 12 linfonodos é parâmetro de adequação oncológica.
E) A pesquisa de deficiência do sistema de reparo de DNA deve ser reservada exclusivamente aos pacientes com metástases hepáticas.

QUESTÃO 90

Paciente de 68 anos, com abdome agudo perfurativo, evolui com choque séptico, PA 82/48 mmHg apesar de reposição volêmica inicial, FC 118 bpm e necessidade de intubação orotraqueal em sequência rápida. Em relação aos fármacos utilizados para indução e bloqueio neuromuscular nesse contexto, assinale a alternativa CORRETA.

A) A cetamina tende a preservar melhor a estabilidade hemodinâmica que o propofol, embora possa causar hipotensão em pacientes com depleção importante de catecolaminas.
B) O etomidato apresenta importante efeito inotrópico negativo e vasodilatador, devendo ser evitado como agente de indução em pacientes com instabilidade hemodinâmica.
C) O propofol é particularmente vantajoso no choque circulatório por aumentar a resistência vascular sistêmica apresentar pequeno efeito sobre a pressão arterial.
D) A succinilcolina é o bloqueador neuromuscular de escolha na presença de hipercalemia, pois seu curto tempo de ação reduz o risco de arritmias ventriculares.
E) O midazolam é particularmente adequado para indução em sequência rápida por apresentar início de ação mais rápido que etomidato e mínima repercussão hemodinâmica.

QUESTÃO 91

Durante a inserção de um cateter venoso central em veia jugular interna direita, guiada por ultrassonografia, observa-se entrada da agulha no vaso e retorno sanguíneo. O fio-guia é introduzido sem resistência. Antes de realizar a dilatação do trajeto, qual das seguintes condutas representa a técnica mais adequada?

A) Retirar o transdutor após a punção venosa, pois a progressão livre do fio-guia confirma de maneira suficiente o posicionamento intravascular adequado.

B) Avançar o fio-guia aproximadamente 30-40 cm para reduzir o risco de perda do acesso durante a retirada da agulha e a passagem do dilatador.

C) Dilatar o trajeto imediatamente após a passagem do fio-guia, deixando a confirmação ultrassonográfica da posição venosa para após a introdução completa do cateter.

D) Manter a agulha parcialmente introduzida sobre o fio-guia durante a dilatação, reduzindo o risco de deslocamento do fio para fora do vaso.

E) Confirmar ultrassonograficamente que o fio-guia se encontra no interior da veia, idealmente visualizando-o em mais de um plano, antes de realizar dilatação e passagem do cateter.

QUESTÃO 92

Homem de 34 anos é admitido após acidente motociclístico. Apresenta Glasgow 8, pupilas isocóricas e fotorreagentes e estabilidade hemodinâmica após ressuscitação inicial. A tomografia de crânio evidencia hematoma subdural agudo com 8 mm de espessura, desvio da linha média de 6 mm e cisternas basais parcialmente apagadas. Em relação à conduta, assinale a alternativa CORRETA.

A) O tratamento inicial deve ser conservador, pois a indicação cirúrgica depende obrigatoriamente de hematoma com espessura superior a 10 mm associado a deterioração do nível de consciência.

B) Há indicação de evacuação cirúrgica do hematoma, pois desvio da linha média superior a 5 mm constitui critério operatório mesmo quando a espessura do hematoma é inferior a 10 mm.

C) A ausência de anisocoria permite observação clínica e tomográfica, uma vez que alterações pupilares constituem o principal critério para indicação de descompressão cirúrgica.

D) A craniectomia deve ser indicada apenas se houver pressão intracraniana superior a 22 mmHg documentada após monitorização invasiva, independentemente dos achados tomográficos iniciais.

E) A drenagem cirúrgica estaria indicada apenas diante de queda de pelo menos dois pontos no Glasgow durante a observação, pois o Glasgow inicial de 8 isoladamente não define necessidade de intervenção.

QUESTÃO 93

Homem de 57 anos apresentou trombose venosa profunda (TVP) proximal não provocada, envolvendo veia femoral comum. Não apresenta neoplasia conhecida ativa, função renal preservada e os exames complementares descartaram a possibilidade de trombofilias. O paciente foi tratado por 6 meses com anticoagulação oral, não apresentou sangramentos no período e permanece assintomático. Conforme as diretrizes mais atuais sobre trombose venosa profunda, assinale a alternativa CORRETA.

A) Suspender a anticoagulação após os seis meses completos, pois trata-se de primeiro episódio de TVP.

B) Manter tratamento com apixabana 5mg a cada 12 horas indefinidamente pois trata-se de trombose proximal de alto risco.

C) Suspender a anticoagulação oral e iniciar AAS 100mg ao dia para prevenção secundária de evento.

D) Manter anticoagulação em fase estendida, reduzindo a dose de apixabana para 2,5mg a cada 12 horas com reavaliação periódica.

E) Iniciar Varfarina com alvo de RNI entre 2 e 3 por tratar-se de TVP sem causa definida.

QUESTÃO 94

Homem de 64 anos, hipertenso e dislipidémico, será submetido a colecistectomia videolaparoscópica eletiva por colelitíase sintomática. Nega dor torácica, dispneia, síncope ou palpitações. Refere praticar corrida regularmente e subir vários lances de escada sem limitação. Exame físico e ECG de repouso não apresentam alterações relevantes. Em relação à avaliação cardiovascular pré-operatória, assinale a alternativa CORRETA.

A) Deve-se realizar teste ergométrico, pois cirurgias intra-abdominais apresentam risco cardiovascular suficiente para justificar pesquisa de isquemia em pacientes com mais de 60 anos.

B) Deve-se solicitar ecocardiograma de repouso antes da cirurgia, pois a capacidade funcional elevada não exclui disfunção ventricular assintomática.

C) Não há indicação de teste ergométrico ou outro teste provocativo de isquemia de rotina, devendo o paciente prosseguir à cirurgia sem investigação cardíaca adicional.

D) A presença de doença arterial coronariana em pacientes assintomáticos exige pesquisa não invasiva de isquemia, independentemente da capacidade funcional apresentada pelo paciente.

E) A capacidade funcional superior a 5 METs permite dispensar teste provocativo apenas em procedimentos de baixo risco, não sendo suficiente para colecistectomia videolaparoscópica.

QUESTÃO 95

Mulher de 58 anos, IMC 36 kg/m³, em tratamento da obesidade com tirzepatida 15 mg uma vez, sem alterações de dose nos últimos 4 meses, tratamento da obesidade com realadril. Nega náuseas, vômitos, plenitude pós-prandial ou outros sintomas gastrointestinais e apresenta história de gastroparesia ou broncoaspiração. Conforme o posicionamento conjunto da Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD), Sociedade Brasileira de Anestesiologia (SBA) e Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e Síndrome Metabólica (ABESO), publicado em 2026. Qual é a conduta mais adequada em relação à tirzepatida no período perioperatório?

A) Manter a tirzepatida no esquema habitual, orientar dieta líquida nas 24 horas anteriores e jejum adequado, considerando ultrassonografia gástrica antes da anestesia quando disponível.

B) Suspender a tirzepatida sete dias antes do procedimento, mantendo dieta habitual até o início do jejum programado, devido ao risco aumentado de broncoaspiração.

C) Suspender a tirzepatida 72 horas antes do procedimento, associando dieta líquida nas 48 horas anteriores e realizando ultrassonografia gástrica 24 horas antes da cirurgia.

D) Omitir apenas a dose de tirzepatida prevista para a semana da cirurgia, mantendo o jejum pré-operatório habitual e retomando o medicamento após tolerância à dieta.

E) Suspender a tirzepatida 14 dias antes do procedimento, considerando sua meia-vida prolongada, e realizar o preparo pré-operatório habitual, sem necessidade de dieta líquida específica.

QUESTÃO 96

No paciente com colecistite aguda calculosa, baixo risco operatório e apresentação precoce, a conduta preferencial é:

A) Antibioticoterapia exclusiva, sem indicação posterior de colecistectomia.

B) Colecistostomia percutânea de rotina, mesmo na ausência de disfunção orgânica.

C) Colecistectomia obrigatoriamente após intervalo mínimo de seis meses.

D) Drenagem endoscópica transduodenal como primeira escolha em pacientes de baixo risco.

E) Colecistectomia laparoscópica precoce, preferencialmente durante a mesma internação.

QUESTÃO 97

Homem de 72 anos, usuário crônico de AAS, procura o pronto-socorro por melena e episódio de hematêmese. Após ressuscitação inicial, é submetido à endoscopia digestiva alta, que identifica úlcera gástrica com vaso visível não sangrante (Forrest IIa). É realizada hemostasia endoscópica com sucesso. Conforme as recomendações do American College of Gastroenterology (ACG) para hemorragia digestiva por úlcera péptica, qual é a estratégia mais adequada em relação ao uso de pantoprazol?

A) Utilizar pantoprazol intravenoso apenas até a realização da endoscopia, suspendendo-o após a obtenção de hemostasia endoscópica definitiva da lesão.

B) Instituir pantoprazol em alta dose por 72 horas após a hemostasia endoscópica, por infusão contínua ou esquema intermitente equivalente, seguido de terapia oral em dose elevada.

C) Manter pantoprazol intravenoso em dose convencional após a endoscopia, reservando esquemas de alta dose exclusivamente para pacientes que apresentem ressangramento clínico.

D) Manter pantoprazol oral em dose habitual após a hemostasia, pois o tratamento endoscópico do vaso visível elimina o benefício adicional da supressão ácida intensiva.

E) Instituir pantoprazol em alta dose antes da endoscopia e postergar o procedimento por 72 horas, permitindo estabilização do coágulo antes da abordagem endoscópica.

QUESTÃO 98

Homem de 27 anos é admitido após trauma abdominal fechado de alta energia. Apresenta PA 78/46 mmHg, FC 136 bpm, extremidades frias, confusão mental e FAST positivo. Apesar das medidas iniciais, mantém instabilidade hemodinâmica e há forte suspeita de hemorragia intra-abdominal ativa. Em relação à ressuscitação hemostática inicial desse paciente, assinale a alternativa CORRETA

A) Ativar precocemente protocolo de transfusão maciça com concentrado de hemácias, plasma e plaquetas em proporção próxima de 1:1:1, restringindo cristaloides e monitorando o cálcio ionizado.

B) Iniciar transfusão com concentrado de hemácias e acrescentar plasma e plaquetas conforme resultados laboratoriais, mantendo cristaloides até correção da hipotensão e normalização da perfusão.

C) Priorizar cristaloides aquecidos durante a ressuscitação inicial e iniciar hemocomponentes após falha da expansão volêmica, utilizando posteriormente transfusão balanceada conforme a evolução clinica.

D) Utilizar concentrado de hemácias e plasma em proporção aproximada de 1:1, acrescentando plaquetas conforme a contagem sérica e corrigindo distúrbios metabólicos durante a transfusão.

E) Iniciar hemocomponentes conforme os níveis seriados de hemoglobina, reservando o protocolo de transfusão maciça para pacientes com anemia importante associada à persistência da instabilidade hemodinâmica.

QUESTÃO 99

Entre os pacientes a seguir, qual apresenta quadro clínico mais compatível com abdome agudo vascular por isquemia mesentérica aguda?

A) Mulher de 45 anos apresenta dor inicialmente periumbilical, com posterior localização em fossa ilíaca direita, anorexia e náuseas há 18 horas. O abdome apresenta dor localizada, defesa discreta e descompressão dolorosa no quadrante inferior direito.

B) Homem de 66 anos, apresenta dor abdominal em cólicas, vômitos e distensão progressiva há 24 horas. O abdome encontra-se distendido e timpânico, com ruídos hidroaéreos metálicos, ausência de sinais de irritação peritoneal.

C) Mulher de 61 anos apresenta dor contínua em hipocôndrio direito, febre, náuseas e vômitos iniciados após refeição gordurosa. O abdome apresenta dor localizada no quadrante superior direito e interrupção da inspiração durante a palpação profunda.

D) Homem de 72 anos, hipertenso e tabagista, apresenta dor abdominal difusa, súbita e muito intensa há 4 horas, associada a náuseas e dois episódios de diarreia. O abdome encontra-se flácido e sem defesa involuntária, seu lactato sérico está em 3,4 mmol/L.

E) Homem de 54 anos, apresenta dor epigástrica súbita que rapidamente se torna difusa. O abdome encontra-se rígido, com dor intensa à palpação, descompressão brusca positiva e redução dos ruídos hidroaéreos.

QUESTÃO 100

Mulher de 61 anos é internada com dor epigástrica intensa irradiada para o dorso, lipase 1.800 U/e ultrassonografia demonstrando colelitíase, sem dilatação das vias biliares. Na admissão, bilirrubina total era 3.8 mg/dL e ALT 420 U/L. Após 24 horas de tratamento, apresenta melhora da dor, bilirrubina de 1.6 mg/dL, permanece afebril e sem sinais de disfunção orgânica. Conforme a diretriz do American College of Gastroenterology (ACG) para pancreatite aguda, qual é a conduta mais ADEQUADA?

A) Realizar CPRE precoce para excluir cálculo residual no colédoco e programar colecistectomia laparoscópica após resolução completa do processo inflamatório pancreático.

B) Solicitar colangiorressonância obrigatoriamente antes da colecistectomia e postergar o tratamento cirúrgico por quatro a seis semanas após a alta hospitalar.

C) Manter jejum até normalização das enzimas pancreáticas e indicar colecistectomia somente após resolução laboratorial completa, evitando intervenção durante a mesma internação.

D) Iniciar antibioticoterapia de amplo espectro e realizar CPRE durante a internação, reservando a colecistectomia para um segundo momento após controle do processo inflamatório.

E) Manter tratamento clínico, não realizar CPRE de rotina e programar colecistectomia laparoscópica durante a mesma internação, após melhora do episódio agudo.

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

RESPOSTAS

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