

ACESSO DIRETO (101 A 119)
CADERNO DE QUESTÕES

PROIBIDO FOLHEAR ESTE CADERNO ANTES DA AUTORIZAÇÃO PARA O INÍCIO DA PROVA

Além deste caderno de **100** questões OBJETIVAS, você recebeu:
- um cartão-resposta personalizado com questões de múltipla escolha com quatro alternativas.

Duração máxima da prova: **5 horas**
Autorização para deixar o local de prova: **após 2 horas** do início da prova

INSTRUÇÕES

1) Na mesa, são permitidos apenas o(s) caderno(s), o cartão-resposta (quando houver) e a caneta esferográfica transparente de tinta preta ou azul **SEM A TAMPA**. Demais pertences devem estar devidamente guardados embaixo da carteira.

2) Terminada a prova, **TODO** material de prova deverá ser devolvido aos fiscais.

3) As três últimas pessoas candidatas somente poderão deixar a sala, juntas, quando a última entregar a prova. As três deverão assinar a ata de sala, atestando a idoneidade e a regularidade da finalização da prova.

NO CARTÃO-RESPOSTA:

4) Confira os seus dados pessoais, número de inscrição e cargo/programa escolhido.

5) Assine e transcreva a frase impressa no cartão assim que o receber (cartões entregues sem a assinatura e/ou sem a transcrição da frase **NÃO** serão corrigidos).

6) Marque a alternativa correta de acordo com a ilustração instrutiva. Somente as respostas corretamente preenchidas serão objeto de correção.

Atenção: Por motivo de segurança, as respostas **NÃO** poderão ser anotadas em nenhum outro local que não seja o cartão-resposta.

NO CADERNO DE QUESTÕES:

7) Após autorização do início da prova, verifique a numeração das questões e das páginas (havendo irregularidade no material, comunique ao fiscal de sala).

8) Não arranque, destaque ou rasgue nenhuma folha nem parte dela.

Todos os casos e nomes utilizados nas provas do CEPUERJ são fictícios.

ORGANIZADOR

UERJ UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO | CEPUERJ

MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE

1) Técnica de enfermagem de 60 anos procura a Unidade Básica de Saúde (UBS) e relata dor lombar com irradiação para a perna direita, há 20 dias, com melhora parcial com uso de dipirona. A dor apareceu depois que ela levantou sozinha um paciente da cama para a maca e agora não consegue mais fazer atividades com carga. A mulher apresenta uma ressonância nuclear magnética (RNM) da região lombar, que mostra abaulamento discal tocando saco dural em L4/L5. Ao exame físico, verifica-se dor à movimentação e palpação muscular, além de manobra de elevação da perna entre 30-60 graus sem irradiação da dor. O tipo de dor e a causa do quadro clínico descrito, respectivamente, são:

a) muscular crônica / compressão discal na medula
b) neuropática aguda / compressão discal na medula
c) aguda nociceptiva / esforço muscular quando da atividade profissional
d) crônica neuropática / esforço muscular quando da atividade profissional

2) A queixa de dor tipo ciatalgia tem uma sensibilidade de 70% e uma especificidade de 90% para compressão radicular. Após anamnese e exame físico de um paciente, o médico determinou que o valor pré-teste seria menor do que 10% para compressão radicular. Diante desse valor pré-teste, a probabilidade de ser uma compressão radicular é:

a) menor do que 50%
b) entre 60% e 70%
c) entre 80% e 90%
d) maior do que 90%

3) Homem indígena de 44 anos, com depressão ansiosa, interrompeu o tratamento medicamentoso repetidas vezes para participar de rituais espirituais por acreditar que resultariam em mais benefícios. Na consulta, o paciente afirma a importância da “sua medicina” para a sua saúde. Segundo os princípios da Medicina de Família e Comunidade, a conduta que melhor se alinha ao cuidado centrado na pessoa, nesse caso, é:

a) explicar que não há evidências científicas de benefícios dos rituais espirituais e recomendar a retomada do tratamento
b) reconhecer a crença do paciente, explicar os riscos da interrupção do tratamento e manter a prescrição
c) respeitar a decisão do paciente, registrar a recusa terapêutica e agendar retorno em curto prazo
d) explorar o significado da crença para o paciente e construir um plano terapêutico compartilhado

4) Homem homossexual de 50 anos comparece à consulta e afirma usar preservativo na maioria das relações anais. O paciente relata dor no ânus, sangue nas fezes e mudança do padrão intestinal (fezes em fita), relacionando o quadro à prática sexual, à má alimentação e à fissura anal, que foi diagnosticada há pouco tempo. Em relação ao manejo do paciente, considerando o grupo ao qual pertence e a motivação da conduta, o médico deve orientar quanto à necessidade de:

a) colonoscopia como rastreio de câncer de canal anal, visto a alta prevalência nesse grupo em relação à população geral
b) anuscopia para diagnóstico precoce de câncer de canal anal, pois a prevalência nesse grupo é alta em relação à população geral
c) exame de sangue oculto nas fezes para rastreio de câncer de canal anal, pois a prevalência desse tipo de câncer nesse grupo é igual à da população geral
d) uso de lubrificante durante a prática sexual, banho de assento e pomada cicatrizante, não sendo necessários exames, pois há baixa prevalência de câncer de canal anal nesse grupo em relação à população geral

5) Os princípios fundamentais da Atenção Primária à Saúde (APS), além de acesso e longitudinalidade, são:

a) prevenção e cuidados inversos
b) promoção e vigilância em saúde
c) equidade e responsabilidade social
d) integralidade e coordenação do cuidado

6) Durante reunião de equipe, os profissionais discutem sobre as mulheres que são acompanhadas na Unidade de Saúde e que apresentam diferentes situações de sobrecarga. Sobre esses casos, a equipe deve estar especialmente atenta para a possibilidade de violência doméstica, no passado ou no momento atual, quando a mulher:

a) relata dificuldade para comparecer às consultas, porque é responsável por levar os filhos a diferentes atendimentos especializados e não dispõe de outra pessoa para auxiliá-la
b) comparece frequentemente à unidade, por queixas inespecíficas e persistentes, realiza vários exames sem esclarecimento satisfatório e adere pouco às práticas de prevenção
c) apresenta consultas frequentes por diferentes problemas de saúde e dificuldades de conciliar as demandas de trabalho, cuidados domésticos e criação dos filhos
d) solicita repetidamente renovação de receitas e relata dificuldade de manter o tratamento devido à necessidade de cuidar de familiar idoso dependente

7) Ao apresentar um caso de uma paciente de 52 anos, com dor musculoesquelética crônica há mais de dois anos, acompanhada regularmente na unidade, o estudante interno pergunta ao preceptor se há evidências científicas que sustentem a indicação de meditação com base em *mindfulness* (atenção plena), como parte do cuidado de pessoas com dor crônica. A orientação mais adequada, que deve ser fornecida ao estudante, com relação a essa prática é que:

a) não deve ser indicada, porque as dores crônicas correspondem a um grupo de condições clínicas somáticas com menos estudos sobre a eficácia dessa opção terapêutica
b) as evidências revelam grande efeito na melhora da intensidade da dor, sendo benéfica a recomendação para qualquer pessoa com dor crônica
c) há evidências de benefícios em alguns desfechos relacionados à dor, mas deve integrar um plano de cuidado individualizado
d) tem efeito inferior às terapias cognitivo-comportamentais, não sendo opção terapêutica aceitável como parte do cuidado

8) Mulher comparece à consulta acompanhada do marido. Antes do atendimento, a paciente pede para falar com o médico a sós, informa que tem HIV e pede ao profissional que mantenha a confidencialidade do seu caso, sob ameaça de processo, por ter medo da reação do cônjuge. O médico explica a necessidade de informar a condição relatada ao homem. A paciente não aceita as ponderações e sai da sala. Considerando os princípios éticos da confidencialidade médica e, também, o risco de contaminação do marido, cabe ao médico:

a) não informar o diagnóstico de HIV e pedir uma sorologia de HIV ao marido, sob a justificativa de integrar rotina de atendimento e prescrever medicação preventiva pré-exposição sexual, informando que é para melhorar o desempenho sexual
b) informar o diagnóstico de HIV ao marido com os devidos cuidados, explicando o motivo do ocultamento da doença pela esposa e informando que é possível ter vida sexual ativa com segurança e que será dado todo o apoio ao casal
c) não atender o marido para evitar informar o diagnóstico de HIV e consequentes problemas legais, marcando uma nova consulta para o homem com o médico responsável técnico da UBS
d) atender o casal para confrontar a situação, pedir exame sorológico ao marido e, posteriormente, caso o teste seja positivo, encaminhar a situação para a justiça

9) Homem de 75 anos, viúvo há seis meses, reside sozinho. Apresenta hipertensão arterial e diabetes bem controlados, a despeito do diagnóstico de depressão mais recente. Relata que frequentava a igreja, mas que, desde que a esposa faleceu, não voltou a frequentar. A prescrição atual do paciente tem mais de seis medicamentos, incluindo benzodiazepínicos e vitaminas. Nesse caso, o médico de família identifica como prioridades, no plano de cuidados integrais:

a) encaminhar ao geriatra, pois trata-se de um idoso com comorbidades e transtorno depressivo
b) retirar imediatamente o benzodiazepínico e as vitaminas e apoiar o luto pela morte da esposa
c) reduzir gradativamente o benzodiazepínico até a suspensão e apoiar o retorno à atividade religiosa
d) retirar o anti-hipertensivo, pois o paciente no momento encontra-se normotenso, e explicar o risco de quedas

10) Mulher de 30 anos, com diabetes *mellitus* de difícil controle, comenta na consulta sobre conflitos recorrentes com o marido, que parecem interferir na adesão ao tratamento. Para investigar se há padrões familiares que contribuem para a compreensão do caso, a ferramenta de abordagem familiar mais adequada é:

a) PRACTICE
b) genograma
c) ecomapa
d) APGAR

11) Equipe de Estratégia da Saúde da Família organiza encontros mensais para pessoas com hipertensão arterial. Durante as reuniões, os profissionais apresentam muitas informações atualizadas sobre a doença e sobre o tratamento, mas poucos participantes interagem. Ao longo de alguns meses, a adesão ao grupo diminui. Segundo os princípios da Educação Popular em Saúde, a estratégia mais adequada para engajar a comunidade é:

a) elaborar materiais educativos padronizados e distribuir brindes nos encontros
b) intensificar a divulgação, utilizando apoio dos agentes comunitários e da rádio local
c) planejar as atividades com os participantes, a partir das necessidades da comunidade
d) aumentar a frequência dos encontros, para ampliar o acesso da população aos grupos

12) Mulher comparece à UBS com seu filho de 5 anos, que não possui caderneta vacinal. A criança apresenta exantema, e a mãe relata que notou as manchas vermelhas inicialmente na face e atrás das orelhas e posteriormente em todo o corpo. A criança apresenta febre de 39°C, acompanhada de tosse seca, irritação nos olhos (conjuntivite) e mal-estar intenso. Diante desse quadro clínico, a conduta adequada é:

a) tratar o caso como suspeita de sarampo, fazer a notificação municipal em até 24h, coletar material para diagnóstico sorológico, iniciar o uso de máscara e condutas de isolamento, realizar a vacinação dos contactantes em até 72h e administrar vitamina A nas doses recomendadas para a idade do paciente
b) tratar o caso como suspeita de sarampo, fazer a notificação municipal em até 72h, coletar material para diagnóstico sorológico, iniciar o uso de máscara e condutas de isolamento, realizar a vacinação dos contactantes imediatamente e administrar vitamina A nas doses recomendadas para a idade do paciente
c) confirmar o diagnóstico de sarampo para realizar a notificação municipal, iniciar o uso de máscara e condutas de isolamento e aguardar resultado dos exames sorológicos, tanto para realizar a vacinação dos contactantes quanto para administrar vitamina A nas doses recomendadas para a idade do paciente
d) confirmar o diagnóstico de sarampo para realizar a notificação municipal, iniciar o uso de máscara apenas, sem necessidade de condutas de isolamento, realizar a vacinação dos contactantes e administrar vitamina A nas doses recomendadas para a idade do paciente, após a confirmação sorológica

13) Pedreiro de 48 anos procura a UBS para pedir orientações médicas, pois está com dor lombar, que dificulta suas atividades laborais, há mais de três meses. A conduta correta é explicar ao paciente que a dor é:

a) crônica, devendo ser tratada com mudança de ocupação e uso de analgésicos
b) subaguda, devendo ser tratada com anti-inflamatório não esteroide e inibidor de bomba de próton
c) crônica, devendo ser tratada com repouso relativo por sete dias, analgesia, calor local e alongamento
d) subaguda, devendo ser tratada com repouso absoluto por sete dias e uso de anti-inflamatório esteroide intramuscular dose única

14) Considerando as intervenções populacionais como, por exemplo, proibição de propaganda de produtos deletérios à saúde, e as intervenções individuais em saúde como, por exemplo, aconselhamento na APS, sobre a efetividade e a eficiência para as mudanças de hábitos, as intervenções:

a) populacionais e individuais apresentam grande variação em eficiência e efetividade, dependendo de fatores culturais
b) populacionais e individuais são semelhantes em eficiência e efetividade, se o tempo de consulta for adequado
c) populacionais são menos eficientes e efetivas do que as individuais
d) populacionais são mais eficientes e efetivas do que as individuais

15) Mulher trans, em situação de rua, durante visita de uma agente comunitária de saúde (ACS), relata estar triste há várias semanas e sem vontade de viver porque gostaria de ter uma aparência mais feminina com o uso de hormônios. A hormonização para população LGBTQIA+ é um procedimento:

a) garantido se os exames estiverem de acordo com o protocolo
b) não garantido para pessoas em situação de rua
c) oferecido apenas para as pessoas intersexo
d) não oferecido pelo SUS

16) Considerando os princípios da bioética médica, visando à adesão medicamentosa, mudanças de hábitos de vida e satisfação do paciente com o tratamento, com base nas evidências disponíveis, o médico deve, na sua relação com o paciente:

a) ajudar a entender os riscos e malefícios associados com o tratamento sem favorecer as opções de autocuidado
b) ser pragmático, evitando estender a consulta além da comunicação do diagnóstico e da descrição do tratamento proposto
c) compartilhar o diagnóstico e o tratamento proposto, de forma técnica, não sendo possível transmitir todo conhecimento sobre a doença
d) informar sobre as possibilidades de tratamento, incentivando o compartilhamento de expectativas, inseguranças e medos para decisão compartilhada

17) A participação popular no Brasil compreende as ações desenvolvidas por diferentes forças sociais para influenciar a formulação, execução, fiscalização e avaliação das políticas públicas na área social. Tendo em vista o processo histórico de consolidação do sistema de saúde brasileiro e o papel da participação social nesse contexto, é correto afirmar que:

a) as Conferências de Saúde foram estabelecidas a partir de 1988, com a Constituição cidadã, no contexto da criação do SUS
b) a regulamentação do funcionamento, das competências e da regra de paridade dos Conselhos e Conferências de Saúde ocorreu em 1990
c) a participação nos Conselhos de Saúde é garantida pela paridade: 50% de gestores, 25% de trabalhadores do SUS e 25% de usuários do sistema
d) o controle social na área da saúde passou a vigorar a partir da VII Conferência Nacional de Saúde, que contou pela primeira vez com ampla participação da sociedade civil

18) Criança de 3 anos é levada pela avó à UBS. Ao exame, o médico constata hematomas na região dorsal. A avó nega saber a causa dos ferimentos e informa que os cuidados diários ficam a cargo da mãe da criança, que é adolescente. Durante a reunião de equipe, o caso é discutido para traçar as ações prioritárias adequadas na modalidade de cuidado domiciliar. A ação a ser definida deve incluir:

a) internação domiciliar, dada a complexidade da situação a ser tratada pela equipe de saúde
b) atendimento domiciliar, uma vez que envolve ações de promoção à saúde em sua totalidade
c) visita domiciliar, pela equipe, utilizada com o intuito de subsidiar intervenções ou o planejamento de ações
d) acompanhamento domiciliar, pelo Conselho Tutelar, uma vez que precisa oferecer proteção imediata à criança

19) Mulher de 58 anos, casada, sofre um acidente vascular cerebral (AVC), que evolui com hemiparesia direita e afasia. O marido da paciente está preocupado, pois a mãe dele apresentou quadro semelhante e permaneceu acamada por muitos anos. Após a alta hospitalar, na visita domiciliar, o homem pergunta ao médico de família se a esposa também ficará permanentemente dependente. A paciente demonstra estar atenta e interessada na resposta. Considerando a comunicação de informações difíceis e a abordagem centrada na pessoa, a conduta mais adequada é explicar que:

a) a evolução após o AVC é variável, além de explorar as preocupações e expectativas do casal e considerar também a perspectiva da paciente na construção do cuidado
b) o prognóstico funcional depende principalmente da extensão da lesão cerebral e que avaliações posteriores permitirão definir melhor as possibilidades de recuperação
c) as necessidades futuras de cuidado dependerão da recuperação funcional e que a discussão sobre o prognóstico com a paciente deve aguardar a melhora da afasia
d) a recuperação é imprevisível, sendo preferível evitar informações sobre futura dependência até que a evolução esteja mais definida

20) Mulher de 46 anos recebeu diagnóstico de câncer de colo de útero com metástase cerebral há seis meses. Após realização do ciclo de quimioterapia, a paciente não apresentou resposta terapêutica, e o quadro clínico atual é de doença avançada e em progressão. O médico de família realiza uma visita domiciliar, uma vez que a paciente apresenta dor, de intensidade 8/10, náuseas, constipação, além de estar muito chorosa. Nesse caso, o plano de cuidados mais indicado é:

a) apoiar o processo de luto em curso, evitando falar o nome da doença, para não intensificar a tristeza da paciente
b) encaminhar ao hospital para novos exames, pois trata-se de um caso de difícil manejo para atenção primária
c) reduzir gradativamente o opioide, substituindo por analgésicos comuns e tratar o transtorno depressivo
d) aumentar o opioide, introduzir laxativo e antiemético e compreender o que a paciente sabe da doença

GINECOLOGIA / OBSTETRÍCIA

21) Mulher de 27 anos comparece à emergência apresentando quadro de dor pélvica, náuseas, vômitos e febre há cinco dias. É usuária de dispositivo intrauterino (DIU) de cobre há três anos, como método anticoncepcional. Encontra-se sexualmente ativa, sem parceiro fixo. Ao exame, apresenta conteúdo vaginal purulento, dor à mobilização do colo e à palpação das fossas ilíacas bilateralmente, com sinal de descompressão dolorosa. A ultrassonografia (USG) transvaginal evidencia líquido livre em fundo de saco posterior, sem massas anexiais. Diante desse quadro, a conduta imediata indicada, em conjunto com a antibioticoterapia polimicrobiana inclui realizar tratamento:

a) hospitalar e manutenção do DIU
b) ambulatorial e manutenção do DIU
c) hospitalar e remoção imediata do DIU
d) ambulatorial e remoção imediata do DIU

22) Mulher de 32 anos comparece à UBS com citologia oncótica indicando lesão intraepitelial de alto grau, não podendo excluir microinvasão. De acordo com o Ministério da Saúde, a conduta indicada para esse caso é realizar:

a) colposcopia
b) conização a frio
c) histerectomia total
d) bióspia em quatro quadrantes

23) Mulher de 53 anos, sem lesões palpáveis na mama, comparece à UBS com dois resultados de exames: mamografia = BI-RADS 4 e USG mamária = BI-RADS 5. Considerando os exames apresentados, a conduta deve ser:

a) repetir os exames em seis meses
b) solicitar revisão dos exames
c) realizar core-biópsia
d) indicar mastectomia

24) Ao examinar uma mulher de 65 anos, o médico constata que ela não possui prolapso de parede anterior da vagina. Assim, de acordo com o sistema de quantificação do prolapso dos órgãos pélvicos (POP-Q), ele descreverá o exame com os pontos Aa e Ba, respectivamente, iguais a:

a) 0 / 0
b) 0 / -3
c) -3 / 0
d) -3 / -3

25) Mulher de 40 anos, nulípara, assintomática, com insuficiência renal crônica, realiza USG transvaginal de rotina que evidencia um mioma subseroso de 3cm. Considerando o quadro descrito, a conduta indicada é:

a) administrar análogos do GnRH
b) realizar miomectomia histeroscópica
c) executar embolização de artérias uterinas
d) fazer acompanhamento clínico e ultrassonográfico

26) Ao avaliar um caso de amenorreia ocorrido há dois anos em uma mulher de 36 anos, a equipe médica conclui tratar-se de insuficiência ovariana. O exame laboratorial sérico que indica essa possibilidade é:

a) hormônio folículo estimulante elevado
b) hormônio luteinizante diminuído
c) prolactina diminuída
d) inibina B elevada

27) Mulher de 44 anos, apresentando sangramento uterino anormal. Após realizar histeroscopia com biópsia de endométrio, recebe diagnóstico histopatológico de hiperplasia endometrial atípica. Na história obstétrica, tem três gestações prévias com um parto normal e duas cesarianas, com laqueadura tubária realizada há cinco anos. O procedimento indicado nessa situação é:

a) histerectomia total
b) anexectomia bilateral
c) expectante com vigilância ativa
d) análogos do hormônio liberador de gonadotrofina

28) Jovem de 16 anos procura atendimento ginecológico devido à amenorreia primária. Relata que sempre teve desenvolvimento mamário discreto e nunca apresentou aumento significativo de pelos pubianos ou axilares. Traz um resultado de exame cariótipo solicitado, cujo resultado é 45,X0. Diante deste resultado, é de se esperar que possua genitália interna:

a) ausente
b) feminina
c) ambígua
d) masculina

29) Para uma mulher com queixa de infertilidade, é solicitada a realização do exame de histerossalpingografia. Como já realizou ressonância nuclear magnética, ela questiona a necessidade do novo exame. A paciente deve ser orientada que este exame é o método-padrão na avaliação de:

a) útero bicorno
b) pólipos endometriais
c) miomas submucosos
d) permeabilidade tubária

30) Mulher, submetida à cirurgia para tratamento de endometriose há seis anos, retorna à consulta com queixa de dor pélvica e com ressonância magnética evidenciando múltiplos implantes peritoneais, caracterizados por focos nodulares de baixa intensidade em T2, de contornos irregulares, distribuídos ao longo do peritônio pélvico. A principal hipótese diagnóstica, nesse caso, é:

a) fibrose cicatricial, que ocorre em até 80% dos casos, após tratamento cirúrgico
b) recidiva, que ocorre em até 50% dos casos, independente do tipo de tratamento
c) degeneração rubra, que ocorre em até 40% dos casos, após tratamento cirúrgico
d) malignização, que ocorre em até 20% dos casos, independente do tipo de tratamento

31) Durante plantão na maternidade, o interno examina uma gestante em trabalho de parto (TP) e relata os seguintes achados para a médica plantonista: GIIPI (PN), feto em apresentação cefálica, OEA, escala De Lee = +2, amniorrexe espontânea há duas horas, com líquido amniótico (LA) claro e com grumos, dilatação cervical = 8cm, atividade uterina (AU) = 4/10'/45'' e batimento cardíaco fetal (BCF) = 140bpm sem desacelerações. O interno acrescenta que a parturiente se encontra exausta e pergunta sobre a possibilidade de ser aplicado um fórcipe de Simpson, como alívio. A médica plantonista responde que esse procedimento não pode ser realizado considerando que a:

a) paciente não se encontra no segundo período do parto
b) variedade de posição fetal não é favorável
c) apresentação não se encontra insinuada
d) bolsa das águas não está rota

32) Paciente de 31 anos procura atendimento na UBS em 22/07/2026, referindo data da última menstruação (DUM) em 10/06/2026 e apresentando exame de beta hCG positivo. Na consulta inicial, além de solicitar exames de rotina, o médico prescreve ácido fólico para a prevenção de:

a) pré-eclâmpsia
b) anemia ferropriva
c) diabetes gestacional
d) defeitos do tubo neural

33) Durante a realização dos exames de pré-natal (PN), uma gestante recebeu o resultado do HTLV positivo, o que a deixou bastante aflita. A médica esclareceu à gestante sobre os riscos para o recém-nascido (RN) e salientou que a profilaxia para o bebê será realizada com:

a) contraindicação do aleitamento e cesariana eletiva
b) introdução de TARV a partir de 14 semanas e cesariana eletiva
c) acompanhamento com carga viral mensal e contraindicação do aleitamento
d) introdução de TARV a partir de 14 semanas e acompanhamento com carga viral mensal

34) Gestante procura atendimento em maternidade no dia 25/07/2026 referindo dor em baixo ventre. Informa DUM em 11/11/2025, com idade gestacional (IG) confirmada por USG realizada com 10 semanas. O exame revela AU = 3/10'/30'', dilatação cervical = 3cm, com colo 100% apagado e BCF = 140bpm sem desacelerações. Nesse caso, o uso do corticoide está:

a) indicado pois a IG é de 36 semanas e dois dias
b) indicado pois a IG é de 32 semanas e dois dias
c) contraindicado pois a IG é de 36 semanas e dois dias
d) contraindicado pois a IG é de 32 semanas e dois dias

35) Paciente é atendida na emergência obstétrica em 01/08/2026, referindo sangramento vaginal moderado há 10 dias e náuseas diárias. Nega doenças prévias. Informa DUM em 12/05/2026. O exame revela fundo uterino na altura da cicatriz umbilical, colo fechado e ausência de BCF, além de PA = 150x95mmHg. A principal hipótese diagnóstica, nesse caso, é:

a) doença trofoblástica gestacional
b) abortamento inevitável
c) prenhez ectópica
d) óbito fetal tardio

36) Ao examinar paciente em trabalho de parto, o médico identifica a sutura sagital em diâmetro oblíquo esquerdo, com a fontanela posterior à esquerda e anterior, e a fontanela anterior à direita e posterior. Com base nesses achados, a variedade de posição fetal e a rotação que ocorrerá para o período expulsivo acontecer em OP, respectivamente, são:

a) ODA / 45 graus no sentido horário
b) ODP / 135 graus no sentido horário
c) OEA / 45 graus no sentido anti-horário
d) OEP / 135 graus no sentido anti-horário

37) Gestante de 32 anos, GIIIPII, altura = 161cm, peso = 64,7kg, apresenta os seguintes resultados relativos à investigação de diabetes, tendo sido todos os valores confirmados: glicemia em jejum na primeira consulta com 11 semanas = 88mg/dL; TOTG com 26 semanas: jejum = 90; 1h = 177; 2h = 143. A partir do resultado dos exames realizados, o diagnóstico terá como recomendação:

a) dieta hipocalórica e exercícios
b) tratamento expectante
c) hipoglicemiante oral
d) insulinoterapia

38) O calendário de vacinação de rotina na gestação define que a vacina:

a) tríplice viral deve ser realizada em gestantes que ainda não foram vacinadas
b) contra a dengue é indicada a partir de 20 semanas para gestantes suscetíveis
c) contra influenza deve ser administrada em todas as gestantes, independente da IG
d) dTpa é recomendada de rotina para todas as gestantes até a 20ª semana de gestação

39) Ao ser submetida a exame ultrassonográfico, uma gestante foi surpreendida pela informação de que estava grávida de gêmeos. Ao questionar se os bebês seriam idênticos, o examinador respondeu que sim, uma vez que identificou o sinal do “T”. Isso significa que a divisão do embrião ocorreu:

a) após 13 dias
b) em até três dias
c) entre nove e 12 dias
d) entre quatro e oito dias

40) Paciente de 32 anos, GIP0, com 35 semanas e 2 dias, comparece à emergência obstétrica com queixa de cefaleia, dor em hipocôndrio direito e visão turva há seis horas. Ao exame físico, verifica-se PA = 170x110mmHg (duas aferições); edema em membros inferiores (MMII) = ++/4; altura fúndica uterina (AFU) = 32cm; e BCF = 140bpm, sem desacelerações. Exames laboratoriais revelam proteinúria 24h = 500mg; plaquetas = 125.000; TGO = 48; TGP = 52; LDH = 360; creatinina = 0,9. Diante do quadro, o diagnóstico mais provável é:

a) pré-eclâmpsia sem sinais de gravidade
b) pré-eclâmpsia grave
c) síndrome HELLP
d) eclâmpsia

CIRURGIA GERAL

41) Mulher de 59 anos, sem comorbidades ou cirurgias prévias, apresenta quadro de epigastralgia e plenitude pós-prandial. Nega perda ponderal ou outros sintomas gastrointestinais. Realizou endoscopia digestiva alta que evidenciou abaulamento volumoso em fundo gástrico, sugestivo de lesão subepitelial, com mucosa adjacente normal. A investigação foi complementada com tomografia computadorizada (TC) de abdômen e pelve com contraste venoso em que foi notada a presença de lesão exofítica em fundo gástrico, com aproximadamente 4,8cm em seu maior diâmetro, com realce heterogêneo na fase contrastada. Não foram identificadas outras alterações no exame. Nesse caso, o diagnóstico mais provável e o tratamento indicado são, respectivamente:

a) tumor estromal gastrointestinal / gastrectomia total com linfadenectomia D2
b) tumor estromal gastrointestinal / gastrectomia atípica videolaparoscópica
c) adenocarcinoma gástrico / gastrectomia polar com linfadenectomia D2
d) adenocarcinoma gástrico / quimioterapia perioperatória com FLOT4

42) No tratamento cirúrgico da doença do refluxo gastroesofágico, um exemplo de fundoplicatura parcial posterior é a técnica de:

a) Dor
b) Nissen
c) Toupet
d) Belsey

43) Homem de 58 anos, com diagnóstico de cirrose hepática por vírus C, em acompanhamento no ambulatório de hepatologia, realizou TC com contraste venoso trifásico em que foi identificado fígado de volume reduzido e contornos irregulares, além da presença de lesão hepática, com realce rápido na fase arterial e *washout* na fase tardia, com 7,5cm em seu maior diâmetro, localizado no segmento VII. O exame também mostrou aumento de diâmetro da veia porta com presença de circulação colateral proeminente. Tendo em vista os achados descritos, o diagnóstico mais provável e a conduta adequada são, respectivamente:

a) colangiocarcinoma intra-hepático / hepatectomia direita alargada
b) carcinoma hepatocelular / quimioembolização arterial hepática
c) carcinoma hepatocelular / ablação por radiofrequência
d) colangiocarcinoma intra-hepático / biópsia percutânea

44) Mulher de 53 anos, sem comorbidades, realiza USG de abdômen total de rotina em que foi identificada vesícula biliar normodistendida, com parede finas, apresentando lesão, com 12mm em seu maior diâmetro, sem sombra acústica e sem mobilidade à mudança de decúbito, localizada na parede do órgão. O restante do exame era normal. A conduta adequada, nesse caso, é:

a) bissegmentectomia hepática mais linfadenectomia
b) ultrassonografia de controle em seis meses
c) biópsia percutânea guiada por tomografia
d) colecistectomia videolaparoscópica

45) Mulher de 68 anos, sem comorbidades, com história de colelitíase sintomática de longa data, foi submetida a colecistectomia videolaparoscópica há seis semanas. O laudo histopatológico mostrou a presença de adenocarcinoma em vesícula biliar, com invasão até a camada mucosa com margens livres. A margem do ducto cístico também estava livre de neoplasia. Foi realizada ressonância magnética de abdômen e pelve que foi normal. A conduta adequada, nesse caso, é:

a) conduta expectante
b) quimioterapia perioperatória
c) quimioembolização arterial hepática
d) hepatectomia direita mais linfadenectomia

46) Homem de 61 anos, com história de epigastralgia há três meses e perda ponderal de 10kg nos últimos dois meses, realizou endoscopia digestiva alta que identificou a presença de lesão úlcero-infiltrativa, com 20mm em seu maior diâmetro, localizada em região pré-pilórica. A biópsia da lesão foi compatível com adenocarcinoma do tipo intestinal moderadamente diferenciado. Estadiamento com TC de tórax, abdômen e pelve não identificou a presença de outras lesões sugestivas de acometimento neoplásico. O tratamento cirúrgico indicado para esse caso é gastrectomia:

a) total com linfadenectomia D3
b) polar com linfadenectomia D2
c) atípica com linfadenectomia D1
d) subtotal com linfadenectomia D2

47) A compressão da via biliar principal por cálculo volumoso localizado no ducto cístico, podendo evoluir até para formação de fístula colecisto-coledociana, é denominada:

a) síndrome de Mirizzi
b) colangite de repetição
c) colangite esclerosante
d) coledocolitíase secundária

48) Paciente vítima de trauma abdominal contuso é admitido no setor de emergência, apresentando-se confuso, com frequência cardíaca (FC) de 145bpm, pressão arterial (PA) reduzida e frequência respiratória (FR) de 42irpm. De acordo com a escala de choque hemorrágico (ATLS), deve-se classificá-lo como classe:

a) I
b) II
c) III
d) IV

49) De acordo com a classificação de Nyhus, a hérnia inguinal indireta, em que o anel interno encontra-se dilatado, a parede inguinal posterior íntegra e os vasos epigástricos inferiores profundos não deslocados, deve ser considerada como do tipo:

a) I
b) II
c) IIIa
d) IIIb

50) O tratamento da hiperplasia nodular focal de 4cm em segmento VI do fígado, com características radiológicas típicas na ressonância magnética realizada com contraste hepatoespecífico, em paciente assintomático é:

a) conservadora
b) hepatectomia direita
c) enucleação da lesão
d) segmentectomia hepática do VI

51) O tratamento adequado, nos casos de apendicite complicada com abscesso em fossa ilíaca direita com contato com a parede abdominal, sem peritonite difusa, é a antibioticoterapia venosa associada à:

a) drenagem via laparoscópica
b) apendicectomia via laparotomia
c) ileocolectomia direita com anastomose primária
d) drenagem percutânea, guiada por tomografia computadorizada

52) Homem de 80 anos, com tumor de pulmão estágio IV, em tratamento paliativo, é atendido na emergência. Apresenta dor torácica que piora em decúbito dorsal e melhora ao sentar-se inclinado para frente. No exame físico, apresenta hipotensão, abafamento de bulhas e turgência jugular. O tipo mais provável de choque, nesse caso, é:

a) distributivo séptico
b) hemorrágico intrínseco
c) cardiogênico extrínseco
d) distributivo neurogênico

53) Mulher de 21 anos, nulípara, com história de sangramento cirúrgico familiar (mãe e prima-irmã), será submetida a herniorrafia inguinal e não possui histórico de cirurgias anteriores. Possui TAP, PTT e INR normais, mas relata que qualquer corte ou depilação com lamina produz sangramento e que microtraumas resultam em hematomas. Dentre as comorbidades abaixo, as que podem estar relacionadas com esse caso são:

a) deficiência fator VIII, uremia
b) deficiência fator XIII, artrite reumatoide
c) deficiência fator VII, síndrome mielodisplásica
d) deficiência fator V, lúpus com anticorpo fosfolipídeo positivo

54) Na técnica cirúrgica da gastroplastia em Y de Roux, o reservatório gástrico restritivo idealmente deve ter um volume estimado, em mL, de:

a) 15-20
b) 50-100
c) 150-200
d) 300-600

55) Homem de 42 anos, com diagnóstico oncogenético confirmado de síndrome de von Hippel-Lindau, apresenta massa em adrenal esquerda com 12cm em seu maior diâmetro, associada à alteração renal ipsilateral. O tipo de tumor adrenal mais frequente e a alteração renal que pode ser esperada em pacientes com essa síndrome, respectivamente, são:

a) carcinoma indiferenciado da adrenal / rim em ferradura
b) adenoma produtor de corticoide / pelve extrarrenal
c) feocromocitoma / câncer de células claras
d) aldosteronoma / angiomiolipoma renal

56) Mulher de 37 anos, com doença de Graves refratária a tratamento clínico, apresenta piora de oftalmopatia, apresentando indicação de tireoidectomia total. Para minimizar a hipocalcemia no pós-operatório, é necessário:

a) excluir fosfato da dieta sete dias antes da cirurgia
b) checar nível de vitamina D e repor, se necessário
c) suspender o propiltiouracil 48 horas antes da cirurgia
d) atingir o máximo da dose de betabloqueador tolerável

57) Paciente operado de tireoidectomia total por lesão única de istmo de 2,3cm, Bethesda VI, sem linfonodomegalia nem invasão extratireoidiana, apresentou, no laudo histopatológico, uma variante de carcinoma papilífero que apresenta comportamento biológico mais agressivo. Essa variante é denominada:

a) parafoliculares
b) células baixas
c) células altas
d) folicular

58) Paciente, após longa internação por infarto mesentérico, sofreu ressecção de todo seu íleo e ceco (ileotiflectomia), restando 190cm de jejuno após o Treitz com anastomose colônica. Esse paciente, em seu acompanhamento, terá dificuldade em absorção de:

a) ferro e aminoácidos
b) ácidos graxos e folato
c) cálcio e vitaminas ADEK
d) ácidos biliares e vitamina B12

59) Mulher de 52 anos, hipertensa controlada com uso regular de medicação, realizou exame de USG de abdômen total de rotina, solicitada pelo seu ginecologista. No exame, foi identificada a presença de cálculo único, medindo 11mm em vesícula biliar, que apresentava volume habitual e paredes finas. Nega dor abdominal e sintomas digestivos. A conduta adequada, nesse caso, é:

a) expectante
b) colecistostomia percutânea
c) colecistectomia videolaparoscópica
d) colagiopancreatografia retrógrada endoscópica

60) Conforme a legislação brasileira em vigor, uma das indicações de transplante hepático em adultos é:

a) pseudomixoma peritoneal
b) colangiocarcinoma peri-hilar
c) colangite esclerosante primária
d) metástases hepáticas colorretais

CLÍNICA MÉDICA

61) Mulher de 25 anos, sem comorbidades conhecidas, procura a emergência por dispneia. Refere início de tosse produtiva com escarro amarelado e febre de 39ºC há três dias. Nega outros sintomas. À avaliação inicial, notam-se PA = 90x60mmHg, FC = 122bpm, FR = 34irpm e saturação de oxigênio = 88% em ar ambiente. Ao exame, há estertores crepitantes em terço inferior de hemitórax esquerdo. Os exames laboratoriais revelam leucócitos = 22.000, com 18% de bastões e a gasometria arterial mostra pH = 7,20, pO_2 = 62, pCO_2 = 40, lactato = 3,50 e HCO_3 = 16. A radiografia de tórax evidencia hipotransparência em base pulmonar esquerda. Considerando o caso, o distúrbio ácido básico representado na gasometria e a antibioticoterapia mais adequada, respectivamente, são:

a) acidose metabólica pura / levofloxacina
b) acidose mista / ceftriaxona e azitromicina
c) acidose mista / piperacilina e tazobactam
d) acidose metabólica pura / cefepime e claritromicina

62) Mulher de 68 anos chega à emergência com queixa de dor e edema em perna direita. Ao exame, verifica-se edema 3+/4+, doloroso e com cacifo, no mesmo lado. A USG com Doppler evidencia trombose venosa profunda aguda de femoral comum. A paciente nega cirurgias ou imobilizações recentes, tabagismo, história familiar de neoplasias e uso regular de medicações. Refere não fazer acompanhamento médico regular e nunca ter realizado exames de rastreio de neoplasias. Os dois exames que devem ser solicitados para investigação de neoplasias ocultas nesse momento são:

a) endoscopia digestiva alta e ultrassonografia de abdômen
b) tomografia computadorizada de tórax e colpocitologia
c) ressonância magnética de pelve e CA 125
d) mamografia e colonoscopia

63) Homem de 46 anos, hipertenso e tabagista, procura a emergência com queixa de dor precordial. Refere dor contínua, em aperto, com piora à inspiração profunda, iniciada há 12 horas. Ao exame, verificam-se PA = 130x80mmHg, FC = 112bpm, FR = 18irpm e saturação de oxigênio = 98%. A ausculta cardíaca evidencia ruído áspero sistodiastólico de alta frequência, mais audível em borda esternal esquerda. A troponina sérica de admissão está discretamente elevada. Considerando o diagnóstico mais provável, a alteração eletrocardiográfica mais compatível nesse caso é supradesnivelamento do segmento ST:

a) em DII, DIII e aVF, associado a infradesnivelamento do segmento ST em DI e aVL
b) em DI, DII, aVL, aVF e V2 a V6, associado a infradesnivelamento de segmento PR
c) difuso e inversão de onda T em V1 a V4 e DIII, associado à onda S proeminente em DI e à onda Q em DIII
d) com concavidade para cima em V2 a V4, associado a entalhe na porção terminal do complexo QRS

64) Mulher de 26 anos, sem comorbidades conhecidas, procura o ambulatório de clínica médica por queixa de fraqueza há quatro meses. Refere início do quadro com dificuldade de levantar da cama pela manhã, que evoluiu com piora progressiva. Atualmente, relata dificuldade de subir escadas e pentear o cabelo, que se mantém durante todo o dia. Nega diplopia, disfagia ou disfonia no período. Ao exame, verifica-se força grau 4 proximal e grau 5 distal nos quatro membros, com reflexos profundos e sensibilidade preservadas. A ausculta pulmonar evidencia estertores crepitantes bilateralmente. Considerando o diagnóstico mais provável, um sinal semiológico e uma alteração de exame complementar esperados nessa paciente, respectivamente, são:

a) exantema fotossensível em região de pescoço e ombros / elevação de CPK
b) oftalmoparesia assimétrica / anticorpo antirreceptor de acetilcolina positivo
c) aumento bilateral das panturrilhas / mutação no gene da distrofina
d) rarefação do terço lateral das sobrancelhas / aumento de TSH

65) Homem de 32 anos é levado à emergência com quadro de rebaixamento do nível de consciência. A esposa refere que o encontrou irresponsivo no chão de casa há cerca de 30 minutos. Na avaliação inicial, verificam-se PA = 100x60mmHg, FC = 56bpm, FR = 8irpm e saturação de oxigênio = 88%. O exame neurológico evidencia 7 pontos na escala de coma de Glasgow e pupilas puntiformes. A glicemia capilar é de 100mg/dL. Na anamnese dirigida, há relato de tentativa de autoextermínio há seis meses. A conduta farmacológica mais importante no momento é:

a) descontaminação gastrointestinal com carvão ativado
b) infusão de bicarbonato de sódio
c) administração de naloxona
d) prescrição de flumazenil

66) Mulher de 52 anos é encaminhada ao ambulatório de clínica médica após episódios recorrentes de nefrolitíase. Refere quatro episódios de cólica renal nos últimos dois anos. A análise do último cálculo demonstrou composição de oxalato de cálcio. Nega uso regular de medicações ou suplementos. Na revisão de aparelhos e sistemas, nota-se diarreia crônica há oito meses, com fezes amareladas e de odor fétido, associada a dor recorrente em fossa ilíaca direita, além de episódios autolimitados de poliartrite em mãos e perda ponderal de 4kg. Os exames laboratoriais evidenciam creatinina = 1,2mg/dL, proteína C reativa = 18mg/L, velocidade de hemossedimentação (VHS) = 30mm/h, cálcio = 9,2mg/dL, fósforo = 3,4mg/dL e cálcio urinário de 24h = 140mg. Para esse caso, os exames mais apropriados para investigação da provável doença de base associada à nefrolitíase são:

a) anticorpo antitransglutaminase e endoscopia digestiva alta
b) elastase fecal e tomografia computadorizada de abdômen
c) paratormônio e cintilografia de paratireoides
d) calprotectina fecal e ileocolonoscopia

67) Homem de 67 anos, tabagista de 50 maços-ano, comparece ao ambulatório de clínica médica com queixa de dispneia aos esforços e tosse produtiva há cinco anos. A espirometria evidencia VEF1 = 2,1L (65% do previsto) e CVF = 3,5L pós broncodilatação. O paciente relata dois episódios de exacerbação nos últimos 12 meses tratados ambulatorialmente com amoxicilina e clavulanato e que não faz uso contínuo de medicamentos. Ao exame, verificam-se saturação de oxigênio de 95% e sibilos esparsos à ausculta pulmonar. O hemograma revela eosinófilos totais de 50 células/mm^3. A terapia inalatória inicial mais adequada nesse caso é:

a) vilanterol, umeclidínio e fluticasona
b) salmeterol e beclometasona
c) indacaterol e glicopirrônio
d) formoterol e salbutamol

68) Mulher de 42 anos, com diagnóstico de hipertensão arterial, diabetes *mellitus* e doença do refluxo gastroesofágico, é encaminhada ao ambulatório de clínica médica por edema nas pernas de início há duas semanas. O exame físico é normal, exceto por edema bilateral, simétrico e indolor de membros inferiores. Os exames laboratoriais mostram hemoglobina = 13,4g/dL, leucócitos = 5.600células/mm^3, plaquetas = 220.000/mm^3, creatinina = 3,2mg/dL, ureia = 52mg/dL e sódio = 140meq/L. Exames realizados há três meses revelavam creatinina = 0,9mg/dL. A sedimentoscopia evidencia piúria, com nitrito negativo, sem hematúria ou glicosúria, e a bioquímica urinária revela sódio = 56meq/L e creatinina = 60mg/dL. A USG de abdômen demonstra rins de tamanho discretamente aumentado, com aumento difuso da ecogenicidade do parênquima, sem hidronefrose. Considerando o diagnóstico mais provável, a medicação mais provavelmente responsável pelo caso descrito é:

a) enalapril
b) omeprazol
c) metformina
d) dapagliflozina

69) Homem de 62 anos, hipertenso, procura a emergência com queixa de dor abdominal. Refere que, há dois meses, apresenta episódios recorrentes de dor e distensão abdominal, que aliviam após evacuação diarreica. Há cinco dias, parou de eliminar fezes e flatos. Tem história de apendicectomia há seis anos por apendicite aguda. Ao exame, verifica-se abdômen distendido e doloroso difusamente à palpação, com peristalse aumentada. Não há fezes em dedo de luva no toque retal. Os exames laboratoriais demonstram hemoglobina = 9,8g/dL, leucócitos = 12.000células/mm^3, plaquetas = 580.000/mm^3, creatinina = 2,2mg/dL, ureia = 80mg/dL, sódio = 132meq/L e potássio = 3,2meq/L. A radiografia simples de abdômen evidencia distensão intestinal gasosa de predomínio periférico, com haustrações nas alças distendidas. A causa mais provável da síndrome de obstrução intestinal descrita é:

a) aderência intestinal
b) vólvulo de sigmoide
c) adenocarcinoma colorretal
d) pseudo-obstrução colônica

70) Homem de 58 anos, hipertenso, diabético e tabagista, procura a emergência por vertigem intensa de início há 36 horas, associada a náuseas, vômitos e dificuldade de deambular. Refere que os sintomas não se alteram com a posição da cabeça e nega perda auditiva ou dor auricular. A marcha e a estática são de difícil avaliação, por dificuldade de manter-se de pé, mas a força e a sensibilidade estão preservadas nos quatro membros. Ao exame neurológico direcionado, verifica-se nistagmo horizontal bidirecional evocado pelo olhar. O teste do impulso cefálico não evidencia sacadas corretivas, e o teste de cobertura alternada mostra desalinhamento vertical dos olhos. Considerando a principal hipótese diagnóstica, a conduta mais adequada nesse caso é:

a) indicar ressonância magnética de crânio
b) prescrever corticoide e medicação antivertiginosa
c) realizar manobras de reposicionamento canalicular
d) solicitar avaliação otorrinolaringológica e audiometria

71) Mulher de 48 anos, com história de poliartrite de pequenas articulações de longa data, dor intensa, leve edema e sem sinais flogísticos exuberantes, inicia quadro de tosse seca e dispneia. Relata episódios esporádicos de febre e perda de peso. É tabagista de 40 maços-ano, mas nega etilismo. No exame físico, estava hipocorada ++/4; havia redução do murmúrio vesicular (MV) e atrito pleural em base direita, além de desvio ulnar dos dedos, sinóvia palpável nos dedos das mãos; sem outros achados importantes para o caso. Na TC de tórax, verificava-se aspecto de doença intersticial pulmonar bilateral e derrame pleural à direita. Na toracocentese, os achados encontrados do líquido pleural revelavam proteína total = 3,8g/dL, LDH = 450UI/L, glicose = 30mg/dL, ADA = 30U/L e celularidade = 200 células com 75% de mononucleares. O fator antinuclear era negativo, e os marcadores inflamatórios estavam aumentados. O diagnóstico mais provável nesse caso deve ser:

a) esclerodermia
b) artrite reumatoide
c) câncer de pulmão
d) tuberculose pulmonar

72) Mulher de 40 anos foi encaminhada pelo dentista para realizar pesquisa de doença sistêmica devido à quantidade de cáries e periodontite. Era tabagista de 10 maços-ano e tinha história de sensação de areia nos olhos de início recente, disfagia e artrite de pequenas articulações. No exame físico, as parótidas estavam aumentadas e não havia linfonodomegalia. O FAN era positivo, assim como o anti-Ro52. O achado clínico-patológico mais compatível com o caso apresentado é:

a) biópsia de glândula salivar com infiltração de linfócitos CD8
b) risco próximo de 0% de neoplasias hematológicas
c) evolução com artrite deformante
d) doença intersticial renal

73) Homem de 21 anos, com história de adinamia e cansaço de longa data, inicia investigação diagnóstica, em que o exame físico é inexpressivo, exceto pela palidez de mucosas e pele. Não há perda de peso, e os exames de laboratório demonstram hemoglobina = 9g/dL, hematócrito = 30%, leucócitos = 8.500células/mm^3 e plaquetas = 450.000/mm^3. Outros exames revelam reticulócitos = 4%, volume globular médio (VCM) = 72fL, hemoglobina corpuscular média (CHM) = 27pg, ferritina = 800ng/mL e hemácias em alvo. Com esses dados, o diagnóstico mais provável é de:

a) talassemia
b) anemia ferropriva
c) anemia sideroblástica
d) anemia de doença crônica

74) Homem de 72 anos, assintomático, apresenta exame de rotina que revela esplenomegalia e linfadenopatias (cervical, axilar e inguinal). Os exames de laboratório apresentam hematócrito = 35%, plaquetas = 250.000/mm^3 e leucócitos = 13.000células/mm^3 com 65% de linfócitos, 22% de polimorfonucleares, além de 10% de monócitos, 2% de eosinófilos e 1% de basófilos. O diagnóstico mais provável nesse caso é de:

a) leucemia mieloide crônica
b) leucemia linfocítica crônica
c) leucemia de células cabeludas
d) linfoma difuso de grandes células B

75) Homem de 54 anos relata dor intermitente em andar superior do abdômen iniciada há três anos, que nos últimos meses passou a ser de caráter contínuo, com episódios de piora após refeições em grande quantidade ou ricas em gordura. Acrescenta que a dor irradia para o dorso e que parcialmente é aliviada ao inclinar o corpo para frente. Refere perda de 10kg nos últimos seis meses, anorexia, medo de comer e episódios frequentes de diarreia com fezes volumosas, de odor fétido, que boiam no vaso. Os níveis séricos de amilase são normais e existe aumento da fosfatase alcalina. O diagnóstico principal e um exame inicial que ajudaria nesse diagnóstico, respectivamente, são:

a) tumor periampolar / colangiorressonância magnética
b) câncer de pâncreas / colangiorressonância magnética
c) pancreatite aguda / tomografia computadorizada abdominal
d) pancreatite crônica / tomografia computadorizada abdominal

76) Homem de 24 anos apresenta história de fadiga intensa, mal-estar, náuseas e anorexia há cerca de 10 dias, evoluindo com icterícia, colúria e fezes claras nos últimos dias. No exame físico, o paciente estava ictérico +/4 e com leve dor em hipocôndrio direito. Nega uso de medicamentos ou consumo excessivo de álcool. No exame laboratorial, verifica-se TGO = 800U/L, TGP = 1.200U/L, fosfatase alcalina = 400U/L, BT = 10mg/dL e g-Gt = 90UI/L. Sabendo da história de relações sexuais desprotegidas com a nova parceira, de início há algumas semanas, os achados laboratoriais que seriam compatíveis com o diagnóstico mais provável para o caso são:

a) Anti-HCV e PCR positivos
b) HBsAg e anti-HBc IgM positivos
c) VDRL positivo e FTA-ABS negativo
d) Elisa para HIV negativo e Western-Blot positivo

77) Mulher de 50 anos, GIIIPIII, refere aumento de peso expressivo nos últimos anos, estando atualmente com índice de massa corporal (IMC) = 36Kg/m^2. São complicações relacionadas a esse IMC, **EXCETO**:

a) hipertensão arterial sistêmica e refluxo gastroesofágico
b) hidradenite supurativa e doença hepática gordurosa
c) diabetes *mellitus* tipo 1 e colelitíase
d) dislipidemia e apneia do sono

78) Homem de 65 anos procura atendimento por apresentar dor persistente na região pélvica e no fêmur direito há cerca de 10 meses. Relata que a dor piora com a deambulação e melhora parcialmente com analgésicos comuns. Nos últimos anos, percebeu aumento do tamanho do chapéu que utiliza, refere dificuldade para encontrar calçados devido ao aumento do tamanho dos pés e nega perda de peso. Ao exame físico, observam-se discreta deformidade da tíbia direita, aumento do perímetro craniano e sensibilidade à palpação sobre a pelve. Não há sinais de inflamação local, e a função renal é normal. Considerando o diagnóstico mais provável, os achados laboratoriais de cálcio corrigido, fósforo e fosfatase alcalina mais compatíveis com o quadro, respectivamente, são:

a) 12mg/dL / 3,8mg/dL / 200U/L
b) 9,6mg/dL / 6,5mg/dL / 210U/L
c) 9,5mg/dL / 3,7mgdL / 1.000U/L
d) 8,0mg/dL / 2,5mg/dL / 1.100U/L

79) Mulher de 23 anos refere quadro de tosse com expectoração brancacenta, sibilos e dificuldade de realizar atividades diárias, principalmente pela manhã, há quatro dias. A paciente relata que já teve outros quadros semelhantes quando mais nova e que sempre era tratada com nebulização, resultando no desaparecimento do “chiado no peito”. Apresenta rinite alérgica e alergia a várias substâncias. Nega emagrecimento e outros sintomas. Não faz uso de medicação há várias semanas e apresenta eosinofilia de 8%, correspondendo a 700 eosinófilos/mm^3 no hemograma. O diagnóstico mais provável e a medicação pilar do tratamento dessa doença, respectivamente, são:

a) asma brônquica / corticoides
b) asma brônquica / beta-2-agonistas
c) vasculite de Churg Strauss / glicopirrônio
d) vasculite de Churg Strauss / micofenolato de mofetila

80) Homem de 45 anos apresenta história de hipertensão arterial sistêmica há alguns anos, associada a episódios de cansaço e dispneia que vêm piorando nos últimos meses. Nega tabagismo e etilismo. No exame físico, está dispneico, desconfortável em decúbito a 0 graus, com MV reduzido em bases e alguns roncos em bases, além de apresentar IMC de 35kg/m^2. A gasometria arterial demonstra pH = 7,37, pO_2 = 59, saturação de O_2 = 90%, pCO_2 = 57, bicarbonato = 33mEq/L e EB-(+) = 10. Nesse caso, a interpretação diagnóstica e os achados na gasometria revelam:

a) doença pulmonar obstrutiva crônica em fase crônica
b) doença pulmonar obstrutiva crônica em fase aguda
c) hipoventilação pulmonar em fase crônica
d) hipoventilação pulmonar em fase aguda

PEDIATRIA

81) Lactente de 18 meses, previamente hígido, apresenta febre de 39°C e episódio convulsivo, o primeiro de sua vida, caracterizado por crise tônico-clônica generalizada com duração de três minutos, sem recorrência nas 24 horas subsequentes. Após o evento, retornou completamente ao seu estado basal, com exame neurológico normal e ausência de sinais meníngeos. Além da investigação da causa da febre, a conduta indicada é:

a) solicitar ressonância magnética de encéfalo e eletroencefalograma e iniciar tratamento antiepiléptico contínuo para prevenção de novos episódios
b) dispensar eletroencefalograma e neuroimagem de rotina e manter antitérmicos em horários regulares durante toda a doença febril, pois essa medida reduz o risco de recorrência das crises
c) dispensar eletroencefalograma e neuroimagem de rotina, orientar os responsáveis sobre primeiros socorros e esclarecer que os antitérmicos aliviam o desconforto, mas não previnem a recorrência das crises
d) solicitar eletroencefalograma antes da alta, com a finalidade de estimar o risco de recorrência das crises febris e de desenvolvimento posterior de epilepsia e prescrever antitérmicos regulares em caso de novo episódio febril

82) Lactente de 5 meses apresenta, há 24 horas, febre, vômitos, redução da aceitação alimentar e sonolência persistente, com redução da interação e dificuldade para manter-se desperto. Encontra-se hemodinamicamente estável, hidratada, sem sinais clínicos de hipertensão intracraniana ou comprometimento cardiorrespiratório. Não há rigidez de nuca nem sinais de Kernig e Brudzinski. A análise de urina (EAS) revela presença de 1 a 5 leucócitos/campo, com nitrito negativo. O principal procedimento indicado é:

a) realizar punção lombar, pois os sinais clássicos de irritação meníngea podem estar ausentes nessa faixa etária
b) colher cultura de urina, pois o EAS isolado não é suficiente para excluir o diagnóstico de infecção urinária
c) solicitar ressonância magnética de crânio, pois os sintomas são compatíveis com infecção congênita
d) dispensar exames complementares, pois provavelmente se trata de infecção viral

83) Criança de 6 anos apresenta, nas últimas seis semanas, cefaleia e episódios recorrentes de vômitos ao despertar, inicialmente atribuídos a refluxo. A família percebeu na criança, irritabilidade, redução do desempenho escolar e quedas frequentes. Nos últimos dias, passou a relatar diplopia. O exame abdominal é normal. Ao realizar o exame neurológico, apresenta marcha instável e limitação da abdução do olho esquerdo. A abordagem inicial indicada é:

a) considerar síndrome de vômitos cíclicos ou enxaqueca, iniciar tratamento sintomático e solicitar neuroimagem ambulatorial caso os episódios persistam
b) considerar hipertensão intracraniana por possível lesão expansiva, realizar ressonância magnética de encéfalo com e sem gadolínio e postergar a punção lombar diante do risco de herniação
c) realizar punção lombar inicialmente, para medir a pressão de abertura e investigar infecção do sistema nervoso central, indicando neuroimagem caso o líquido cefalorraquidiano esteja alterado
d) prosseguir com investigação de refluxo gastroesofágico e realizar avaliação oftalmológica para erro de refração, reservando a neuroimagem para o aparecimento de papiledema ou piora do nível de consciência

84) Criança de 2 anos, fala 10 palavras, sem combinar duas palavras. Apresenta pouca brincadeira compartilhada e resposta inconsistente quando chamada pelo nome, além de reduzido interesse por outras crianças. A triagem auditiva neonatal por emissões otoacústicas foi normal. A medida diagnóstica imediata e indispensável é:

a) iniciar terapias específicas para transtorno do espectro autista, para evitar atraso no tratamento, dispensando nova investigação auditiva
b) promover o ingresso em creche e reavaliar o desenvolvimento após seis meses de maior convivência com outras crianças
c) realizar avaliação audiológica, pois, a triagem auditiva neonatal normal não exclui perda auditiva de início tardio
d) iniciar tratamento em fonoterapia, considerando suficiente o resultado normal da triagem auditiva neonatal

85) Menino de 5 anos é levado a consulta por seus familiares, por elevação persistente de aspartato aminotransferase e alanina aminotransferase, sem icterícia ou hepatomegalia. A família relatou quedas frequentes e dificuldade progressiva para correr e subir escadas. Durante o exame físico, pediram que a criança sentasse e levantasse do chão, sendo possível notar que apoiava sucessivamente as mãos nas pernas. Também apresentou hiperlordose lombar e fraqueza muscular proximal. A integração dos achados clínicos e laboratoriais indica prioritariamente que se deve solicitar dosagem sérica de:

a) ceruloplasmina
b) creatinoquinase
c) alfa-1-antitripsina
d) anticorpos para hepatites virais

86) Lactente de 18 dias é levado ao pronto-socorro com vômitos progressivos, dificuldade para mamar e perda de peso. Ao exame físico, apresenta letargia e sinais de desidratação. Os exames laboratoriais mostram sódio sérico = 123mEq/L e potássio = 7,1mEq/L. As alterações hidroeletrolíticas descritas decorrem da deficiência de:

a) hormônio adrenocorticotrófico (ACTH)
b) 17-hidroxiprogesterona
c) aldosterona
d) cortisol

87) Menino de 9 anos de idade foi admitido na emergência com quadro de cetoacidose diabética. Após 12 horas de tratamento com reposição volêmica e infusão contínua de insulina regular, apresentou melhora clínica importante, com desaparecimento da dor abdominal e da respiração de Kussmaul. O resultado dos exames foi pH venoso = 7,35 e bicarbonato sérico = 18mmol/L. Entretanto, a pesquisa de corpos cetônicos na urina permanece fortemente positiva (+++). Nesse contexto clínico, a persistência da cetonúria (+++) decorre da:

a) falha terapêutica, justificando aumento da velocidade de infusão da insulina intravenosa
b) persistência da acidemia, indicando necessidade de administração de bicarbonato intravenoso
c) manutenção da produção de corpos cetônicos pelo fígado, indicando necessidade de suspensão da infusão de glicose intravenosa
d) conversão do β-hidroxibutirato em acetoacetato durante a resolução da cetoacidose, uma vez que o acetoacetato é o principal corpo cetônico detectado na urina

88) Menina de 3 anos, após ser levantada pelo braço para atravessar uma valeta, apresentou quadro de início súbito de dor em cotovelo e impossibilidade de supinar a mão. A principal hipótese diagnóstica é:

a) pronação dolorosa
b) lesão do manguito rotador
c) síndrome do túnel do carpo
d) fratura ulnar em galho verde

89) Lactente de 11 meses, do sexo masculino, é levado a atendimento ambulatorial sem queixas. Ao exame físico, o paciente apresenta-se hipocorado 2+/4 e sem outras alterações. O hemograma, colhido na ocasião, revela: Hb = 8g/dL, VCM = 68fL, RDW = 19% e plaquetas = 600.000mm³. De acordo com esses resultados, a conduta indicada é:

a) iniciar dose terapêutica de ferro
b) solicitar eletroforese de hemoglobina
c) encaminhar para aspirado de medula
d) prescrever vitamina B12 e ácido fólico

90) Lactente de 10 meses foi levado à consulta devido a quadro de icterícia, prurido, acolia e colúria desde os primeiros meses de vida. Ao exame, além dos achados referentes ao comprometimento hepático, observaram-se fácies triangular, com testa larga e proeminente, olhos fundos, ponta do nariz bulbosa e queixo pontiagudo. O exame oftalmológico por meio da lâmpada de fenda revelou embriotoxon posterior. A radiografia da coluna vertebral revelou vértebras com o formato de borboletas. Nesse caso, a principal hipótese diagnóstica é:

a) colestase familiar intra-hepática progressiva tipo 3
b) atresia de vias biliares extra-hepáticas
c) síndrome de Zellweger
d) síndrome de Alagille

91) Lactente de 8 meses apresentou quadro de hiponatremia assintomática de vários dias de evolução com Na sérico = 120mEq/L em investigação. Teve sua natremia corrigida com salina hipertônica para valores normais, evoluindo para Na = 143mEq/L em 12 horas. Entretanto, dentro de poucos dias, iniciou quadro de agitação e quadriparesia, evoluindo para óbito. A principal hipótese diagnóstica é:

a) edema cerebral
b) diabetes insípido
c) herniação supratentorial
d) síndrome de desmielinização osmótica

92) Em atendimento de emergência, criança de 9 anos apresentou a seguinte gasometria alguns minutos após recuperação de parada cardiorrespiratória (PCR): pH = 7,15, pCO_2 = 35mmHg e HCO_{3^-} = 12mEq/L. Essa gasometria revela:

a) acidose metabólica e alcalose respiratória
b) alcalose respiratória isolada
c) acidose metabólica isolada
d) acidose mista

93) Adolescente do sexo feminino, de 16 anos, vem à consulta de rotina acompanhada de sua mãe. Durante a consulta, a mãe recebe uma ligação e sai do consultório. A partir desse momento, a adolescente conta ao médico que teve sua primeira relação sexual e faz perguntas sobre métodos anticoncepcionais. Ela diz que tem um namorado de 17 anos, da mesma escola, e que está bastante feliz com o relacionamento. Complementa que fazem uso de preservativo. Ela pede ao médico que não conte sobre a conversa que tiveram para sua mãe, que é extremamente religiosa. Nesse caso, o médico deve:

a) contar à mãe o relato da adolescente, imediatamente, em razão de ela ser menor de idade
b) manter sigilo sobre o que foi conversado com a adolescente, pois não há exposição a situações de risco
c) combinar com a adolescente que manterá sigilo, mas telefonar para mãe e contar o que foi conversado
d) chamar o namorado e sua família para conversar junto com a mãe e a adolescente durante a próxima consulta, porque os dois são menores de idade

94) Criança do sexo masculino, de 7 anos, apresenta quadro de edema e alteração da coloração da urina, que está avermelhada há dois dias. Ao ser questionada sobre infecções passadas, a família lembra que a criança apresentou quadro de faringite aguda há três semanas. Durante o exame físico, notam-se edema em ambas as pálpebras e em membros inferiores e PA de 140x90mmHg, sem outras alterações. O EAS evidencia hematúria (+++/4+) e proteinúria (+/4+). A função renal é normal. Considerando a principal causa dessa síndrome clínica na infância, pode-se dizer que a alteração laboratorial comumente encontrada é:

a) nível sérico de C3 abaixo da normalidade
b) ausência de dismorfismo eritrocitário
c) nitrito positivo no EAS
d) FAN positivo

95) Lactente de 1 ano, com síndrome DiGeorge, apresentou surgimento de equimoses e dosagem de plaquetas = 10.000/mm^3, com restante do hemograma sem alterações. Foi feito diagnóstico de púrpura trombocitopênica imunológica (PTI). Ficou decidido o uso de imunoglobulina, com mudança da contagem de plaquetas para 18.000/mm^3. Tentou-se o uso de corticoterapia por um mês, também sem aumento da contagem de plaquetas. A mãe perguntou sobre a possibilidade de retirada do baço, pois uma vizinha com diagnóstico de PTI crônica teria lhe contado que dessa forma sua contagem de plaquetas normalizou. Nesse caso, deve-se responder à mãe que a esplenectomia é:

a) indicada, pois a destruição das plaquetas na PTI é extravascular, ocorrendo principalmente no baço
b) contraindicada, pois a destruição das plaquetas na PTI ocorre devido à hemólise intravascular
c) contraindicada, pela idade da criança e pela ausência de sangramento ameaçador à vida
d) indicada apenas se não houver normalização da contagem de plaquetas em um ano

96) Pré-escolar de 3 anos, previamente hígida, apresenta quadro de coriza e tosse há sete dias é levada para atendimento de emergência por ter apresentado febre. Durante atendimento, notou-se taquipneia sem esforço respiratório, sendo iniciada amoxicilina. Três dias depois, a mãe retorna com a criança devido à manutenção da febre, à queda do estado geral e ao aparecimento de tiragem subcostal. Ao exame físico, a criança está prostrada e com FR de 50irpm, com diminuição do MV à direita. Devido ao quadro, foi internada, sendo iniciada penicilina cristalina venosa. A radiografia de tórax mostrou derrame pleural, e a toracocentese evidenciou as seguintes características do líquido: pH = 7,1; glicose = 45mg/dL; presença de células polimorfonucleares e identificação de cocos agrupados em cachos. Nesse momento, a conduta adequada é:

a) colocação de dreno de tórax e manutenção da antibioticoterapia
b) colocação de dreno de tórax e troca de antibiótico para vancomicina
c) conduta expectante quanto ao derrame pleural e manutenção da antibioticoterapia
d) conduta expectante quanto ao derrame pleural e troca de antibiótico para vancomicina

97) Criança de 2 anos e meio foi levada para consulta de puericultura pela mãe e pela avó. Ambas se queixavam pela criança estar diminuindo sua ingestão alimentar e recusando diversos alimentos que antes aceitava, especialmente legumes. A mãe diz que a avó oferecia suco natural de laranja à criança três vezes ao dia (em torno de 600mL), por a criança já ter ficado resfriada mais de cinco vezes desde que passou a frequentar a creche no ano passado. Ao exame físico, a criança estava ativa, interagindo com examinador. As curvas de crescimento mostraram estatura e estado nutricional adequados para idade. Segundo o Ministério da Saúde, faz parte da orientação para essa família:

a) realizar dosagens séricas de vitaminas e oligoelementos para avaliação da qualidade da alimentação
b) parar de oferecer legumes para que haja aumento da ingestão de outros alimentos pela criança
c) encaminhar ao fonoaudiólogo pela possibilidade de seletividade alimentar
d) diminuir a quantidade de suco oferecida diariamente à criança

98) Criança de 3 anos foi levada pela mãe para atendimento de emergência devido a desconforto respiratório. A mãe disse que a criança tem asma, assim como seu pai, e que usava duas “bombinhas”, com máscara e espaçador, uma para todos os dias e outra nos episódios de crise. Informou que não tinha como comprar as medicações e que pegava os remédios na clínica da família, que duravam bastante, pois ela usava até a “fumacinha” acabar. A criança fala frases entrecortadas, está taquipneica e apresenta sibilos difusos à ausculta respiratória. Segundo o GINA, após o tratamento adequado do quadro agudo, deve fazer parte da conduta médica:

a) pedir à mãe que demonstre como faz uso da medicação e do dispositivo inalatório
b) ensinar a criança a inalar a medicação sem uso de máscara e espaçador
c) prescrever uso regular de beta-2 agonista durante as próximas 72 horas
d) prescrever a associação de formoterol com budesonida

99) Menina de 7 anos, moradora dos Estados Unidos, visitando os avós no Brasil, sem vacinação na infância, está internada há 24 horas com diagnóstico de sarampo confirmado. A família informa que tiveram um almoço há dois dias, quando encontraram em torno de dez parentes e amigos, entre eles algumas crianças e bebês. Nesse caso, segundo o Ministério da Saúde, a vacinação de bloqueio dos imunocompetentes com menos de duas doses das vacinas tríplice viral (SCR) e/ou tetraviral (SCRV), em meses, é a partir dos:

a) 6
b) 9
c) 12
d) 15

100) Gestante de 37 semanas chegou à emergência em período expulsivo. O bebê nasceu de parto normal, hipotônico, cianótico, com respiração irregular e FC = 76bpm. Nesse momento, está indicada a:

a) intubação orotraqueal e ventilação com FiO_2 a 21%
b) colocação de máscara laríngea e ventilação com oxigênio
c) massagem cardíaca coordenada com ventilação (3:1) e oxigênio a 100%
d) ventilação com pressão positiva com balão autoinflável e máscara, em ar ambiente

ORGANIZADOR

