



UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ
PROCESSO SELETIVO PARA OS PROGRAMAS DE
RESIDÊNCIA MÉDICA DA UFPI - EDITAL 18/2018

Realização:



CADERNO DE QUESTÕES

PROGRAMAS DE ACESSO DIRETO

DATA: 20/01/2019

HORÁRIO: das 08 às 12 horas

**LEIA AS INSTRUÇÕES E AGUARDE AUTORIZAÇÃO PARA ABRIR O
CADERNO DE QUESTÕES**

- ✘ Verifique se este CADERNO contém um total de 100 (cem) questões do tipo múltipla escolha, com 5 (cinco) opções de respostas, das quais, apenas uma é correta. Se não estiver completo, solicite ao fiscal de sala outro Caderno de Provas. Não serão aceitas reclamações posteriores.
- ✘ O candidato não poderá entregar o caderno de questões antes de decorridos 60 (sessenta) minutos do início da prova, ressalvados os casos de emergência médica.
- ✘ As respostas devem ser marcadas, obrigatoriamente, no cartão-resposta, utilizando caneta esferográfica, tinta preta ou azul, escrita grossa.
- ✘ Ao concluir a prova, o candidato terá que devolver o cartão-resposta devidamente ASSINADO e o caderno de questões. A não devolução de qualquer um deles implicará na eliminação do candidato.

CIRURGIA GERAL

01. Segundo a classificação de Nyhus para hérnias da virilha, a hérnia Tipo III A é:
- (A) Hérnia indireta com anel inguinal interno dilatado, mas com parede inguinal posterior intacta.
 - (B) Hérnia indireta com anel inguinal interno normal.
 - (C) Hérnia indireta com anel inguinal interno dilatado, mas com parede inguinal posterior comprometida.
 - (D) Hérnia recidivada direta.
 - (E) Hérnia inguinal direta.
02. Um paciente de 45 anos de idade portador de doença do refluxo gastroesofágico comprovada por endoscopia digestiva alta e pHmetria esofágica de 24 horas apresenta recaída dos sintomas durante o tratamento medicamentoso. Sua manometria esofágica apresenta peristalse de 60%. Este paciente deve ser tratado com:
- (A) Hiatoplastia e funduplicatura total (Nissen).
 - (B) Hiatoplastia e funduplicatura parcial posterior (Toupet).
 - (C) Hiatoplastia e funduplicatura parcial anterior (Thal).
 - (D) Hiatoplastia e funduplicatura parcial anterior (Dor).
 - (E) Manter tratamento clínico com medidas comportamentais.
03. Mulher, 36 anos, vítima de atropelamento por caminhão, chega ao Pronto-Socorro trazida por familiares. Encontrava-se em decúbito dorsal, desorientada, apresentando Saturação de O₂ de 87%. Foi submetida a suporte de máscara com reservatório, elevando a Saturação de O₂ para 97%. Apresentava pressão arterial de 90/60 mmHg, pulso de 125 bpm, escore de Glasgow de 12 (abertura ocular - 4, resposta verbal - 3 e resposta motora - 5) e pupilas isocóricas e fotorreagentes. Foram obtidos dois acessos venosos calibrosos para expansão volêmica com Ringer Lactato. Ausculta pulmonar evidencia roncos de transmissão em base de hemitórax direito anterior. Nestas circunstâncias, a conduta mais adequada é:
- (A) Expor o paciente completamente, averiguando dorso e extremidades, assim como controlar a hipotermia.
 - (B) Garantir via aérea definitiva, para melhorar a ventilação do paciente.
 - (C) Encaminhar o paciente ao setor de radiologia, para realização de tomografia computadorizada de tórax.
 - (D) Encaminhar o paciente ao setor de radiologia, para realização de tomografia computadorizada de crânio.
 - (E) Fazer analgesia intensa e fisioterapia respiratória, para tratamento do trauma pulmonar existente.
04. Homem, 44 anos, obeso, vítima de ferimento por arma de fogo no tórax em briga de trânsito, chega ao pronto atendimento com vias aéreas pervias, dispneico, com saturação de O₂ de 82%, pressão arterial de 60/40 mmHg, pulso de 50 bpm e inconsciente. Apresenta turgência jugular, murmúrios abolidos em hemitórax direito e hipertimpanismo à percussão. A primeira conduta a ser adotada nesse paciente é:
- (A) Realizar drenagem torácica na sala de trauma, com dreno torácico número 36.
 - (B) Realizar toracocentese no 5º espaço intercostal, entre a linha axilar anterior e média à direita.
 - (C) Colocar máscara com reservatório em 15 l/min de O₂ e encaminhar o paciente ao centro cirúrgico para realização de toracotomia.
 - (D) Solicitar radiografia de tórax.
 - (E) Realizar toracocentese no 2º espaço intercostal na linha hemiclavicular direita.
05. A indicação de antibióticos está muito relacionada com o potencial de contaminação. Cirurgias limpas tem risco em torno de 5% de infecção e não requerem uso de antibióticos profiláticos. Todas as situações abaixo justificam o uso de antibióticos em cirurgias limpas, EXCETO:
- (A) Colectomia em paciente obeso mórbido.
 - (B) Herniorrafia inguinal em paciente diabético descompensado.
 - (C) Tireoidectomia parcial em portador de doença valvular reumática.
 - (D) Herniorrafia epigástrica em paciente imunocompetente.
 - (E) Hernioplastia videolaparoscópica com uso de tela.

06. Nos últimos tempos, vários trabalhos relatam programas e protocolos voltados para a otimização da recuperação pós-operatória (FAST TRACK). Estes programas têm rotinas que podem variar de acordo com a especialidade cirúrgica, mas possuem alguns aspectos em comum. Os seguintes itens fazem parte de uma rotina de otimização da recuperação do paciente cirúrgico, EXCETO:
- (A) reduzir o tempo de jejum pré-operatório.
 - (B) obter termo de consentimento livre e informado.
 - (C) estimular a deambulação precoce.
 - (D) evitar uso de antissepsia no local do sítio cirúrgico.
 - (E) fazer uso racional de antibióticos.
07. Considerando-se os aspectos biológicos da cicatrização de feridas, assinale o único item abaixo que NÃO tem relação com a fase inflamatória.
- (A) mastócitos.
 - (B) plaquetas.
 - (C) prostaglandinas.
 - (D) macrófagos.
 - (E) colágeno.
08. Uma mulher de 50 kg foi vítima de incêndio em casa e tem 60% da superfície corporal queimada (SCQ), com queimaduras de espessura parcial e total. O plano inicial de administração de fluidos é:
- (A) Bolus de 1000 ml de solução de Ringer lactato (LR) e depois 750 ml/h.
 - (B) Dextrose a 5% (D5) / LR a 600 ml/h, com controle do débito urinário > 0,5 ml/kg/h.
 - (C) Bolus LR de 500 ml, repetido conforme necessário para pressão venosa central (PVC) até pelo menos 10 cmH₂O; manter hidratação com cristaloides 375 ml/h.
 - (D) LR a 750 ml/h durante 8 horas e depois a 375 ml/h durante 16 horas.
 - (E) LR a 900 ml/h durante 8 horas e depois 500 ml/h durante 16 horas.
09. Selecione a afirmação verdadeira sobre a epidemiologia da queimadura.
- (A) A maioria das queimaduras ocorre em ambiente de trabalho.
 - (B) A queimadura por líquidos aquecidos é a causa mais comum de queimaduras em crianças menores de 5 anos.
 - (C) Os homens adultos jovens são os mais propensos a sofrer lesões por queimaduras.
 - (D) A causa mais comum de morte em pacientes internados por queimadura é a oclusão das vias aéreas.
 - (E) A prevenção não tem impacto significativo na incidência ou mortalidade de queimadura.
10. Sobre os atos operatórios fundamentais, é INCORRETO afirmar:
- (A) São procedimentos ou manobras consecutivas realizadas pelo cirurgião, desde o início até o término da cirurgia.
 - (B) Os tempos cirúrgicos fundamentais são divididos em: diérese; hemostasia; exérese e síntese. Porém, algumas vezes, apenas um tempo cirúrgico está presente.
 - (C) São tipos de diérese mecânica: serração, curetagem, divulsão, pinçamento e punção.
 - (D) A síntese tem como objetivo facilitar as fases iniciais do processo de cicatrização. O seu resultado é mais fisiológico, quanto mais anatômica for a diérese.
 - (E) A hemostasia definitiva é frequentemente cruenta, realizada para deter o fluxo sanguíneo no local da cirurgia. Pode ser obtida através de cauterizações, ligaduras ou tamponamento.
11. O Escore de Blatchford pode ser utilizado para a avaliação do paciente admitido com hemorragia digestiva alta. Neste escore, são fatores de risco e preditores de gravidade, os seguintes critérios, EXCETO:
- (A) úlcera Forrest 1a (presença de sangramento “em jato”).
 - (B) presença de choque à admissão.
 - (C) presença de melena à admissão.
 - (D) paciente portador de insuficiência cardíaca congestiva.
 - (E) paciente com cirrose hepática.

12. Sobre hemostasia e terapia transfusional, marque a opção INCORRETA.
- (A) Uma cirurgia com menos de 30% de perda sanguínea rápida de volume provavelmente não precisará de hemotransfusão se o paciente for previamente sadio.
 - (B) O tratamento de trombocitopenias secundárias às doenças hematológicas, como na Púrpura Trombocitopênica Idiopática (PTI), deve ser realizado com base em transfusões de plaquetas.
 - (C) A aspirina e os outros AINES atuam bloqueando o metabolismo da prostaglandina nas plaquetas.
 - (D) Os conceitos tradicionais de coagulação sustentam que existem duas vias pelas quais elas podem ocorrer: uma via intrínseca e a outra extrínseca. Nesse modelo de cascata, as duas vias convergem para uma via comum.
 - (E) Os principais riscos associados a hemotransfusão não são mais infecções pelo HIV e hepatites e sim incompatibilidade ABO, contaminação por bactérias e lesão pulmonar relacionada à transfusão.
13. Em seu primeiro plantão de R1 na enfermaria do Hospital Universitário – HU/UPFI, você é chamado para avaliar um paciente internado na enfermaria de clínica médica com dor abdominal difusa, distensão abdominal e parada de eliminação de fezes há 2 dias. Todas as manobras clínicas já foram realizadas, como dieta zero, passagem de sonda nasogástrica, analgesia e hidratação. Com base no enunciado, assinale a opção CORRETA.
- (A) Exames laboratoriais simples podem confirmar abdômen agudo não cirúrgico.
 - (B) A principal suspeita é de obstrução intestinal. A ultrassonografia de abdômen total seria o primeiro exame de imagem a ser solicitado.
 - (C) Apendicite aguda e diverticulite são as principais hipóteses. Deve-se solicitar exame de imagem e, em se confirmando qualquer das duas hipóteses, o tratamento é cirúrgico.
 - (D) A conduta será laparoscopia se o paciente apresentar dor a descompressão brusca em qualquer dos quadrantes abdominais.
 - (E) Isquemia mesentérica não evolui com distensão abdominal. Dessa forma, não faz parte do leque de hipóteses diagnósticas.
14. Jovem vítima de ferimento cervical por estilhaço de artefato explosivo caseiro é conduzido pelo SAMU ao departamento de emergência do hospital com múltiplas lesões em face, região cervical e mão direita. Ao exame físico, o paciente apresenta-se consciente, orientado, eupneico, conversando, com pulso cheio, frequência cardíaca de 128 bpm, pressão arterial de 90/50 mmHg. Ao exame da face, observam-se múltiplas lesões superficiais corto-contusas e sangrantes. Ao exame do pescoço, observa-se lesão penetrante em região cervical à direita, ao nível da cartilagem tireoide, com sangramento local, presença de hematoma pulsátil dolorido, sem desvio da traqueia. Diante do caso clínico apresentado, marque a assertiva CORRETA.
- (A) Realizar observação clínica seriada, considerando paciente hemodinamicamente estável.
 - (B) Realizar US duplex arterial cervical para pesquisa de lesão arterial ou venosa associada.
 - (C) Indicar exploração cirúrgica, com cervicotomia para correção de possível lesão arterial associada.
 - (D) Indicar exploração cirúrgica com esternotomia para controle proximal dos vasos cervicais e então realizar a abordagem direta da lesão.
 - (E) Indicar angiografia cervical para identificação da lesão e então avaliar a necessidade de exploração cirúrgica.
15. Paciente vítima de lesão por arma branca em região cervical à esquerda, abaixo do ângulo da mandíbula, apresenta-se com sangramento intenso e persistente, associado a hematoma em expansão já com desvio da traqueia. Ao exame, paciente consciente, hipocorado 3+/4+, pulso fino, frequência cardíaca de 139 bpm, pressão arterial de 80/40 mmHg, taquipneico. Realizado atendimento inicial e encaminhado ao centro cirúrgico. Diante do caso clínico apresentado, marque a assertiva CORRETA.
- (A) Na sala cirúrgica deve-se realizar angiografia para avaliar se há lesão arterial ou somente venosa.
 - (B) Exploração cirúrgica de imediato. Sendo evidenciada lesão de artéria vertebral esquerda entre as vértebras C4 e C5, deve-se realizar a rafia primária da artéria.
 - (C) Exploração cirúrgica de imediato com cervicotomia. Sendo evidenciada lesão completa da artéria carótida externa, deve-se tentar correção com interposição de segmento venoso de veia safena.
 - (D) Exploração cirúrgica de imediato com cervicotomia. Sendo evidenciada lesão parcial da artéria carótida externa, deve-se realizar a ligadura da mesma para controle do sangramento.
 - (E) Exploração cirúrgica de imediato com toracotomia anterolateral esquerda e para controle proximal dos vasos cervicais e cervicotomia esquerda. Sendo evidenciada lesão parcial da artéria carótida externa, deve-se realizar a ligadura da mesma para controle do sangramento.

16. Em consulta médica, chega ao seu consultório paciente com 62 anos de idade, do sexo masculino, com queixa de adinamia, fraqueza e emagrecimento (aproximadamente 12 kg em 2 meses). Relata sensação de plenitude gástrica após as refeições principais do dia. Durante a investigação sobre os antecedentes patológicos o mesmo comentou que tem diabetes mellitus não insulino dependente, diagnosticada há 20 anos e hipertensão arterial sistêmica há 25 anos. Relata ter praticado caminhada diária por mais de 30 anos, mas que dos 20 aos 45 anos, fumava 01 carteira de cigarro por dia. Etilista “social” até os dias de hoje. Ao exame físico, observa-se um paciente com aspecto emagrecido com fácies abatida. Não foram palpados linfonodos, nem visceromegalias. No caso em questão, são sinais de alerta para câncer gástrico, EXCETO:
- (A) Adinamia e fraqueza.
 - (B) Sexo masculino.
 - (C) Sensação de plenitude gástrica após as refeições principais do dia.
 - (D) Emagrecimento (aproximadamente 12 kg em 2 meses).
 - (E) Fumava 01 carteira de cigarro por dia. Etilista “social” até os dias de hoje.
17. Analisando uma peça anatômica, o patologista encontra células que são do sistema APUD (*Amine Precursor Uptake and Decarboxylation*), produtoras de aminas e peptídeos, entre o epitélio folicular e a membrana basal do folículo tireóideo. Encontra ainda depósito de amiloide no estroma, colágeno e áreas de calcificações. Essas células são:
- (A) Células Parafoliculares.
 - (B) Células Foliculares.
 - (C) Células Acinares.
 - (D) Células Fusiformes.
 - (E) Células Basais.
18. Um paciente que chega ao Pronto Atendimento vítima de acidente automobilístico grave, apresentando fratura de face e de mandíbula com considerável edema de língua. O quadro caracteriza uma emergência obstrutiva respiratória. A conduta correta a ser seguida é:
- (A) Intubação nasotraqueal em centro cirúrgico.
 - (B) Traqueostomia permanente.
 - (C) Cricotireoidostomia temporária.
 - (D) Videonasolaringoscopia para intubação correta.
 - (E) Traqueostomia temporária alta com ressecção de cartilagem.
19. NÃO pode ser classificado como trauma renal grau IV:
- (A) laceração única do parênquima até sistema coletor.
 - (B) lacerações com envolvimento segmentar arterial.
 - (C) lesão arterial com hemorragia contida.
 - (D) trauma contuso com trombose da artéria renal principal.
 - (E) trauma contuso com trombose da veia renal principal.
20. O conhecimento da anatomia das glândulas suprarrenais e suas relações são de extrema importância para o cirurgião que aborda o retroperitônio. Sobre as glândulas suprarrenais, é INCORRETO afirmar:
- (A) Cada glândula suprarrenal recebe 3 artérias.
 - (B) A veia suprarrenal direita drena para a veia renal ipsilateral.
 - (C) A veia suprarrenal esquerda drena para a veia renal ipsilateral.
 - (D) A glândula suprarrenal direita está em posição inferior em relação a esquerda.
 - (E) Cada glândula suprarrenal só tem 1 veia.

CLÍNICA MÉDICA

21. Sobre hipertensão arterial sistêmica, é CORRETO afirmar:
- (A) Indivíduos pré-hipertensos desenvolvem hipertensão e devem ser monitorados anualmente.
 - (B) Doença renal parenquimatosa é uma causa pouco comum de hipertensão secundária.
 - (C) O uso de estrógeno na pós-menopausa contribui para hipertensão nesta população.
 - (D) O dano em órgão alvo é melhor predito pela medida de consultório.
 - (E) A hipertrofia ventricular esquerda está associada aos níveis de pressão diastólica.
22. Em relação à doença da válvula mitral, é CORRETO afirmar:
- (A) A febre reumática é sua principal etiologia e manifesta-se clinicamente em mais da metade dos pacientes.
 - (B) A valvoplastia mitral com balão, em situações de estenose, é bem indicada na gestante sintomática e com alto escore ecocardiográfico.
 - (C) O aparecimento dos sintomas é o único balizador do momento cirúrgico ideal na lesão regurgitante.
 - (D) Na insuficiência mitral aguda, os vasodilatadores e/ou balão intra-aórtico estão bem indicados.
 - (E) O surgimento de hipertensão pulmonar não é uma preocupação na regurgitação mitral crônica.
23. Durante a realização de exames anuais com sua ginecologista, uma paciente de 52 anos, religiosa, hipertensa em uso de valsartana + anlodipina, com índice de massa corpórea de 30 kg/m², sedentária e com pai diabético, apresentou glicemia em jejum de 116 mg/dl e hemoglobina glicada de 6%. A melhor conduta no presente caso é:
- (A) realizar um teste oral de tolerância à glicose.
 - (B) repetir a glicemia em outra ocasião.
 - (C) iniciar dieta, exercício e um anti-diabético oral.
 - (D) solicitar uma glicemia pós-prandial.
 - (E) solicitar a dosagem de insulina e peptídeo C.
24. Em relação ao controle da hiperglicemia no ambiente hospitalar, é CORRETO afirmar:
- (A) O esquema de administração de insulina regular conforme a glicemia capilar é o mais recomendado.
 - (B) Deve-se solicitar a hemoglobina glicada no momento da admissão para avaliação do controle prévio.
 - (C) Em nenhuma circunstância é recomendada a continuidade dos agentes antidiabéticos orais.
 - (D) O uso de análogos de insulina se mostrou, nos estudos, muito superior às insulinas tradicionais.
 - (E) A meta glicêmica ideal são glicemias abaixo de 100 mg/dl em jejum e abaixo de 140 mg/dl pós-prandiais.
25. Mulher de 63 anos apresenta-se com queixa de fraqueza, tontura, parestesias e desequilíbrio de início há algumas semanas. Exames laboratoriais revelam hemoglobina de 7,1 g/dl; volume corpuscular médio de 114 fl; leucócitos de 2.500 células/mm³ (Segmentados = 50%; Linfócitos = 47%; Monócitos = 2%; eosinófilos = 1%); plaquetas de 96 mil; reticulócitos de 0,6% (valor de referência: 0,5 - 2,3%); desidrogenase láctica de 800 U/l (valor de referência: 240 – 480 U/l). Com base no quadro clínico e laboratorial, o diagnóstico mais provável é:
- (A) Deficiência de vitamina B12.
 - (B) Deficiência de ácido fólico.
 - (C) Anemia hemolítica autoimune.
 - (D) Anemia Aplásica.
 - (E) Púrpura Trombocitopênica Trombótica.
26. São causas de esplenomegalia maciça (gigante):
- (A) Tricoleucemia, talassemia menor, leucemia mieloide crônica.
 - (B) Talassemia maior, mielofibrose primária, leucemia mieloide crônica.
 - (C) Mielofibrose primária, trombocitopenia imunológica primária, leucemia linfocítica crônica.
 - (D) Anemia hemolítica autoimune, policitemia vera, anemia falciforme.
 - (E) Leucemia mieloide crônica, doença de Gaucher, púrpura trombocitopênica trombótica.

27. A lesão renal aguda representa uma condição médica de elevada incidência e morbimortalidade em pacientes internados em unidades de terapia intensiva. O mecanismo fisiopatológico mais frequentemente envolvido na sua patogênese é:
- (A) Obstrução urinária.
 - (B) Deposição de imunocomplexos no glomérulo.
 - (C) Hipoperfusão renal.
 - (D) Nefrite túbulo-intersticial aguda.
 - (E) Nefrotoxicidade.
28. Uma grávida apresenta quadro sugestivo de pielonefrite aguda com febre, dor lombar e alterações urinárias. O exame clínico revela bom estado geral, feto viável, pressão arterial de 100 x 70 mmHg e frequência cardíaca de 88 bpm. Dentre os agentes antibacterianos abaixo, identifique aquele que pode ser iniciado com segurança enquanto se aguarda o exame de urocultura:
- (A) ciprofloxacino.
 - (B) amicacina.
 - (C) sulfametoxazol-trimetropim.
 - (D) gentamicina.
 - (E) cefalexina.
29. Em relação ao uso de corticosteroide inalatório (CI) no tratamento da asma, é INCORRETO afirmar:
- (A) O CI é a mais efetiva medicação anti-inflamatória para asma persistente.
 - (B) O CI reduz sintomas, melhora a função pulmonar e a qualidade de vida dos pacientes.
 - (C) O CI reduz o risco de exacerbações e hospitalizações relacionadas a asma.
 - (D) Os corticoides de uso inalatório diferem em suas potências e biodisponibilidade, porém a maioria dos benefícios é alcançada em baixas doses.
 - (E) A maioria dos pacientes que usam CI experimentam efeitos colaterais.
30. Em relação ao tabagismo, é INCORRETO afirmar:
- (A) Em países desenvolvidos e em desenvolvimento, incluindo-se o Brasil, houve uma expressiva redução na prevalência do tabagismo nas últimas 2 décadas. Porém, considerando-se a população de todo o mundo, o tabagismo aumentou.
 - (B) O aumento do tabagismo é maior nas populações mais pobres, com baixo nível socioeconômico e de escolaridade.
 - (C) Atualmente ocorrem cerca de seis milhões de mortes relacionadas ao tabagismo.
 - (D) Os cigarros eletrônicos, narguilé, tabacos sem fumaça (snus) e novos dispositivos para a liberação de nicotina têm contribuído para a cessação e redução das doenças tabaco dependentes.
 - (E) Na luta anti-tabágica (Lei Federal, em vigor desde dezembro de 2014), constam proibição de fumar nos ambientes fechados e restritos, além de proibição do “fumódromo”.
31. A artrite reumatoide (AR) é uma doença progressiva que persiste por toda a vida e pode causar morbidade significativa e mortalidade prematura. Sobre artrite reumatoide, é INCORRETO afirmar:
- (A) Cinquenta por cento dos pacientes com AR precisam parar de trabalhar depois de 10 anos de doença.
 - (B) Pacientes com anti-CCP positivo, fator reumatoide positivo ou que possuem alelos *HLADRB1* têm prognóstico mais desfavorável, com erosões e doença extra-articular.
 - (C) As erosões desenvolvem-se na maioria dos pacientes dentro de 15 anos depois do início da doença.
 - (D) O tratamento eficaz precoce certamente retarda a taxa de progressão das anormalidades radiográficas.
 - (E) A lesão é praticamente irreversível quando são encontradas deformidades ao exame físico ou erosões nas radiografias.
32. Todas as três linhas de células sanguíneas podem ser afetadas pelo lúpus eritematoso sistêmico (LES). Sobre o lúpus eritematoso sistêmico, é CORRETO afirmar:
- (A) As contagens baixas da série vermelha são devidas à anemia de doença crônica.
 - (B) Cerca de 50% dos pacientes com LES têm leucopenia, que pode ser secundária a linfopenia ou a neutropenia.
 - (C) A existência de anticorpos linfotóxicos em alguns pacientes com LES não se correlaciona com a linfopenia.

- (D) Em geral, o teste de Coombs direto é negativo no paciente com LES e anemia hemolítica autoimune.
 (E) Os glicocorticoides são causas frequentes de linfopenia.
33. Paciente do sexo masculino, 32 anos, relatou apresentar episódios recorrentes de cefaleia de forte intensidade na região periorbitária direita, associada a fotofobia, hiperemia ocular, ptose palpebral, lacrimejamento e congestão nasal ipsilaterais à dor, com as crises durando cerca de 30 a 60 minutos. A hipótese diagnóstica CORRETA para este paciente é:
- (A) Migrânea sem aura.
 (B) Migrânea com aura.
 (C) Cefaleia em salvas.
 (D) Hemicrania paroxística.
 (E) Aneurisma cerebral.
34. Paciente puérpera após parto cirúrgico (cesárea) sem intercorrências, 20 anos, apresenta cefaleia holocraniana com piora progressiva há 10 dias, sem melhora com analgésicos convencionais e associada a náusea, vômitos e déficit neurológico. Exame físico com papiledema bilateral e hemiparesia esquerda. O exame tomográfico é mostrado abaixo:



Fonte: www.radiopaedia.org/cases



Fonte: www.radiopaedia.org/cases

O diagnóstico e conduta terapêutica CORRETOS para o caso são, respectivamente:

- (A) Trombose venosa cerebral; anticoagulação plena.
 (B) Trombose venosa cerebral; antiagregação plaquetária.
 (C) Trombose venosa cerebral; anticonvulsivante.
 (D) AVC hemorrágico hipertensivo; controle pressórico.
 (E) Hemorragia subaracnoide; clipagem ou embolização de aneurisma.
35. Com relação ao uso racional de antibióticos, é CORRETO afirmar:
- (A) Antibiótico deve ser iniciado imediatamente em qualquer paciente que tenha tido pelo menos um episódio febril.
 (B) Nas infecções hospitalares, o uso de antibiótico de amplo espectro dispensa a realização de culturas.
 (C) Pacientes portadores de HIV devem fazer uso contínuo de antibióticos, independentemente do valor da carga viral e do CD4.
 (D) A localização correta do foco de infecção auxilia na escolha do antibiótico, pois sugere quais seriam os agentes etiológicos envolvidos.
 (E) A restrição à venda de antibióticos ampliou a resistência aos antimicrobianos, pois impediu o tratamento imediato das infecções.
36. A panencefalite esclerosante subaguda é provocada pelo(a):
- (A) Vírus do sarampo.
 (B) Vírus da imunodeficiência adquirida.
 (C) *Neisseria meningitidis*.
 (D) *Cryptococcus neoformans*.
 (E) Vírus coxsackie.

37. Sobre pancreatite crônica e suas manifestações, assinale a opção CORRETA.
- (A) Diarreia é o sintoma mais comum em pacientes com pancreatite crônica.
 - (B) Pancreatite crônica se caracteriza por manifestações de insuficiência exócrina e endócrina do pâncreas desde o início da substituição do parênquima pancreático por áreas de fibrose.
 - (C) A aparência macroscópica das fezes não tem boa sensibilidade para o diagnóstico de esteatorreia.
 - (D) O tratamento adequado e rigoroso consegue reverter grande parte das alterações estruturais da pancreatite crônica.
 - (E) Na pancreatite crônica é comum encontrar amilase e lipase com valores alterados.
38. Sobre hipertensão portal e suas complicações, é CORRETO afirmar:
- (A) Antibioticoprofilaxia deve ser prescrita em todo paciente com cirrose e hemorragia digestiva.
 - (B) Está indicado introduzir beta-bloqueadores orais como profilaxia primária de sangramento digestivo em pacientes que tem cirrose e ainda não desenvolveram varizes de esôfago.
 - (C) Para profilaxia secundária de sangramento digestivo é recomendado monoterapia com ligadura elástica de varizes de esôfago como primeira escolha.
 - (D) Drogas vasoativas, como octreotida, somatostatina ou vasopressina, podem substituir com a mesma eficácia o tratamento endoscópico de varizes esofágicas com sangramento ativo.
 - (E) Balão esofágico de Sengstaken-Blackmore pode ser utilizado no sangramento varicoso agudo por até 72 horas.
39. Homem de 54 anos, obeso (IMC = 32), tabagista, hipertenso, diabético em uso regular de anlodipina e losartana potássica, deu entrada no serviço de emergência com rebaixamento do nível de consciência (Glasgow = 9), frequência cardíaca de 89 bpm, pressão arterial de 130/80 mmHg e edema de membros inferiores. Os exames laboratoriais mostravam creatinina = 2,4 mg/dl; ureia = 67 mg/dl; sódio = 112 mEq/l; potássio = 5,2 mEq/l e glicemia = 203 mg/dl. Em relação a este caso clínico, é CORRETO afirmar:
- (A) Trata-se de hiponatremia hipovolêmica. O sódio urinário e a osmolaridade urinária estariam elevados.
 - (B) Trata-se de hiponatremia hipervolêmica. O sódio urinário estaria baixo e a osmolaridade urinária estaria elevada.
 - (C) Trata-se de hiponatremia euvolêmica por provável SIADH. A osmolaridade urinária seria menor que 100 mosmol/L.
 - (D) Trata-se de hiponatremia hipervolêmica e insuficiência renal. O sódio urinário e a osmolaridade urinária estariam baixos.
 - (E) Trata-se de hipoaldosteronismo hiporenimênico, com hiponatremia euvolêmica. O sódio urinário e a osmolaridade urinária estariam elevados.
40. Homem de 62 anos, obeso, tabagista desde os 15 anos de idade, foi internado na enfermaria de clínica médica para tratamento de pneumonia comunitária. Encontra-se com rebaixamento do nível de consciência (Glasgow = 8) e taquidispneico (frequência respiratória = 35 irpm). O oxímetro de pulso mostrava frequência cardíaca de 110 bpm e saturação de O₂ de 76%. Em relação a este caso, assinale a opção CORRETA.
- (A) O paciente deve ser tratado com expansão volêmica e ventilação não invasiva e o antibiótico deve ser trocado.
 - (B) O paciente deve ser intubado e colocado em ventilação mecânica em modo PCV, com FiO₂ ajustada para manter saturação de O₂ > 95% e pO₂ > 120 mmHg.
 - (C) O paciente deve ser intubado e colocado em ventilação mecânica em modo PCV, com PEEP de 10 cmH₂O e volume corrente de 10-12 ml/kg.
 - (D) A gasometria arterial será necessária para indicar intubação. Como o paciente é portador de DPOC, a retirada da ventilação mecânica será muito difícil.
 - (E) O paciente deve ser intubado, sedado por no mínimo 24 horas e colocado em ventilação mecânica em modo PCV, com volume corrente de 4-6 ml/kg e a PEEP deve ser ajustada para manter a pressão de platô menor que 30cmH₂O.

OBSTETRÍCIA / GINECOLOGIA

41. Paciente 18 anos, primigesta, moradora da zona rural de Teresina, com amenorreia gestacional 24 semanas, vem há uma semana apresentando pica. Em relação ao sintoma apresentado, durante o acompanhamento pré-natal, o obstetra deve investigar:
- (A) Anemia ferropriva.
 - (B) Doença psiquiátrica.
 - (C) Deficiência de progesterona.
 - (D) Deficiência de Zinco.
 - (E) Deficiência de magnésio.
42. Sobre as manifestações clínicas relacionadas à rotura uterina, o sinal que NÃO sugere essa importante complicação obstétrica é:
- (A) Sinal de Cullen
 - (B) Sinal de Laffont
 - (C) Sinal de Bandl
 - (D) Sinal de Frommel
 - (E) Sinal de Piscacek
43. Paciente com gravidez ectópica íntegra foi tratada com MTX 50 mg/m² IM em dose única e apresentou queda no título do beta-hCG acima de 15% quando apurado entre o 4º e o 7º dia. Baseado nesses dados, a conduta é:
- (A) Fazer, imediatamente, outra dose de MTX.
 - (B) Acompanhar, com dosagens semanais de beta-hCG até a queda dos valores a níveis pré-gravídicos, tendo em vista o bom prognóstico.
 - (C) Submeter a paciente a avaliação ultrassonográfica.
 - (D) Realizar laparoscopia para tratamento cirúrgico.
 - (E) Administrar esquema de múltiplas doses do MTX na dose de 1 mg/kg nos dias 1º, 3º, 5º e 7º.
44. A colestase intra-hepática da gestação é uma forma reversível de colestase que acomete algumas gestantes. A opção que NÃO está correta em relação a essa doença hepática é:
- (A) Geralmente se manifesta no terceiro trimestre.
 - (B) A lesão histológica principal é a colestase intra-hepática com bile centrilobular na ausência de células inflamatórias ou mesenquimais.
 - (C) É a principal causa de icterícia na gravidez.
 - (D) O quadro é iniciado com prurido noturno com piora progressiva.
 - (E) Em cerca de 50% das pacientes, a icterícia clínica se desenvolve após 2 semanas do início do prurido.
45. Paciente primigesta de 38 anos em acompanhamento pré-natal realizou avaliação ultrassonográfica na 23ª semana que evidenciou feto com morfologia normal e presença de incisura protodiastólica bilateralmente nas artérias uterinas. Posteriormente, na consulta pré-natal de 32 semanas e 6 dias, a paciente relata diminuição acentuada da movimentação fetal. Ao exame físico: IMC=23 Kg/m², PA=110X60 mmHg, altura uterina=24 cm, partes fetais palpadas com facilidade. Toque evidenciando colo grosso, posterior e fechado. A avaliação ultrassonográfica evidenciou ILA=48 mm, peso fetal=1.500 g, placenta grau III e o Doppler da artéria umbilical com diástole reversa. Em relação ao caso clínico, é INCORRETO afirmar:
- (A) Os achados da vitalidade fetal indicam cesariana de urgência.
 - (B) A hipótese diagnóstica é de restrição do crescimento fetal.
 - (C) Trata-se de um caso de oligodramnia.
 - (D) Deve-se iniciar corticoterapia para amadurecimento de pulmão fetal.
 - (E) É importante a complementação da vitalidade fetal com a realização do Doppler do ducto venoso e o perfil biofísico fetal.

46. Morbidade materna grave ou *near miss* refere-se às mulheres que apresentam uma complicação grave durante a gestação, durante o parto ou até 42 dias de puerpério, porém sobrevivem, por sorte ou pelos cuidados prestados. A opção que NÃO contém critério de manejo de *near miss* é:
- (A) Uso contínuo de drogas vasoativas.
 - (B) Histerectomia por hemorragia.
 - (C) Transfusão sanguínea \geq cinco unidades de hemácias.
 - (D) Diálise por insuficiência renal crônica.
 - (E) Intubação e ventilação por mais de 60 minutos não relacionada à anestesia.
47. Em relação a hemorragia uterina não responsiva a drogas uterotônicas, a opção que NÃO representa medida contra o sangramento pós parto é:
- (A) Manobra de Hamilton
 - (B) Sutura dos ligamentos redondos
 - (C) Balão de Bakri
 - (D) Balão de Sengstaken-Blakemore
 - (E) Ligadura de artérias uterinas
48. A forma clínica da doença trofoblástica gestacional que tem pior prognóstico é:
- (A) Mola completa
 - (B) Mola parcial
 - (C) Coriocarcinoma
 - (D) Tumor trofoblástico do sítio placentário
 - (E) Tumor trofoblástico epitelióide.
49. Em caso de eclâmpsia complicada, a intercorrência que NÃO acompanha a crise convulsiva é:
- (A) Icterícia
 - (B) Coagulopatia
 - (C) Insuficiência renal aguda
 - (D) Insuficiência respiratória
 - (E) Hemorragia cerebral
50. São contraindicações à tocólise, EXCETO:
- (A) Síndromes hipertensivas maternas
 - (B) Placenta prévia sangrante
 - (C) Infecção amniótica confirmada
 - (D) Descolamento prematuro de placenta
 - (E) Sífilis materna
51. Paciente de 56 anos, com menopausa há 9 anos, G2PC2A0, relata perda de urina aos pequenos esforços, iniciada há cerca de 1 ano, com piora nos últimos meses, já havendo necessidade de deixar de fazer algumas atividades rotineiras por causa da perda de urina. Nega urgência miccional e noctúria. Ao exame físico, identifica-se perda de urina em jato à manobra de Valsalva e ausência de distopias genitais. Em relação a conduta, assinale a opção CORRETA.
- (A) Está indicado tratamento conservador com estrogênio tópico e fisioterapia urogenital.
 - (B) Está indicado tratamento conservador com estrogênio tópico e anticolinérgico.
 - (C) Deve-se solicitar cultura de urina e estudo urodinâmico e, caso este indique pressão de perda menor que 60 cmH₂O, deve-se fazer tratamento cirúrgico.
 - (D) Deve-se solicitar cultura de urina e apenas se esta estiver negativa é que se solicita o estudo urodinâmico.
 - (E) Deve-se solicitar cultura de urina e, se esta for negativa, inicia-se tratamento conservador com estrogênio tópico e fisioterapia urogenital.

52. Paciente de 42 anos relata urgência miccional e urge-incontinência há cerca de 30 dias. Apresenta ciclos menstruais regulares e é G3PC3A0. Foi submetida a laqueadura tubária há 10 anos. Ao exame físico, não apresentou perda a manobra de Valsalva e não apresenta distopias genitais. Em relação ao provável diagnóstico e tratamento, assinale a opção CORRETA.
- (A) Trata-se de hiperatividade do detrusor. Devemos iniciar o tratamento com anticolinérgico.
 - (B) Trata-se de hiperatividade do detrusor. Devemos solicitar cultura de urina e depois iniciar anticolinérgico.
 - (C) Trata-se de infecção do trato urinário. Devemos confirmar o diagnóstico com urocultura e antibiograma e iniciar o tratamento com ciprofloxacina como droga de primeira escolha, caso o antibiograma mostre sensibilidade a esta droga.
 - (D) Trata-se de infecção de trato urinário causando incontinência urinária transitória. Devemos solicitar cultura de urina e antibiograma. Sendo estes positivos, devemos tratar com nitrofurantoína como droga de primeira escolha, caso o antibiograma mostre sensibilidade a esta droga.
 - (E) Trata-se de bexiga hiperativa. Devemos descartar infecção de trato urinário com cultura de urina e antibiograma. Sendo estes negativos, devemos iniciar tratamento com fisioterapia urogenital e anticolinérgicos.
53. Paciente de 67 anos queixa-se de urgência miccional e urge-incontinência, além de noctúria (5 a 6 episódios), há cerca de 3 anos, com piora há 5 meses. A menopausa foi há 20 anos, nunca fez uso de terapia hormonal e atualmente faz uso de promestriene duas vezes por semana intra-vaginal. No momento, está em uso de fraldas geriátricas decorrente da perda urinária. Em relação ao diagnóstico provável e seu tratamento, assinale a opção CORRETA.
- (A) O diagnóstico clínico é de bexiga hiperativa. Devemos solicitar urocultura com antibiograma para descartar infecção de trato urinário associada e podemos iniciar o tratamento clínico com terapia comportamental, mudança de hábitos de vida e fisioterapia urogenital como tratamentos de primeira linha.
 - (B) O diagnóstico clínico é de bexiga hiperativa. Devemos solicitar estudo urodinâmico para confirmar o diagnóstico, assim como devemos solicitar urocultura com antibiograma para descartar infecção de trato urinário associada e só devemos iniciar o tratamento após a confirmação do diagnóstico.
 - (C) O diagnóstico clínico é de bexiga hiperativa. Devemos solicitar estudo urodinâmico e urocultura para confirmar o diagnóstico e, confirmando, iniciamos o tratamento com anticolinérgico como a oxibutinina, solifenacina ou darifenacina.
 - (D) O diagnóstico clínico é de bexiga hiperativa, mas só devemos iniciar o tratamento clínico após o resultado do estudo urodinâmico mostrando contrações não inibidas do detrusor e, só após, iniciamos o tratamento com fisioterapia urogenital.
 - (E) O diagnóstico clínico é de bexiga hiperativa, que deve ser confirmado com estudo urodinâmico e, após confirmado, iniciamos como tratamento de primeira linha os anticolinérgicos e como opção para tratamentos de segunda linha, a fisioterapia urogenital.
54. Paciente de 47 anos queixa-se de ciclos menstruais irregulares, já ficando até 4 meses sem menstruar, além de fogachos, ressecamento vaginal e diminuição da libido. Nega hipertensão arterial e diabetes, faz atividade física regular e não faz uso de nenhuma medicação. Faz visitas regulares ao ginecologista, tendo realizado mamografia há 9 meses, que mostrou resultado BIRADS 2, e colpocitologia oncótica, que mostrou inflamatório leve sem sinais de malignidade. Em relação a sintomatologia e tratamento da paciente acima, assinale a opção INCORRETA.
- (A) A paciente já está no climatério e podemos iniciar a terapia hormonal com estrogênio oral para melhora dos fogachos.
 - (B) A paciente não será beneficiada com terapia hormonal oral em relação ao ressecamento vaginal, pois apenas a terapia hormonal local tem ação no ressecamento vaginal.
 - (C) A paciente ainda não está na menopausa, portanto não devemos iniciar o tratamento com terapia hormonal oral, pois não haverá benefícios em relação aos sintomas.
 - (D) Podemos orientar o uso do promestrieno intra-vaginal para tratamento do ressecamento vaginal, com aplicação de ataque por 14 noites e manutenção duas vezes por semana.
 - (E) A terapia hormonal oral deve ser iniciada apenas para melhora de sintomas; não podemos utilizá-la com expectativa de prevenção primária das doenças cardiovasculares.

55. Paciente de 63 anos relata sensação de bola na vagina. Refere que iniciou quadro de retenção urinária há cerca de 2 meses e que fez tratamento para infecção de trato urinário 5 vezes no último ano. Ao exame físico, identifica-se distopia de parede vaginal anterior estadio clínico III Ba e rotura perineal de segundo grau. Foi avaliada de acordo com a classificação POP-Q com as seguintes medidas: C = -5, D = -6, Ba = +6, Aa = +3, CVT = 9, HG = 6, CP = 2, Bp = +2, Ap = -1. Em relação a este caso, assinale a opção INCORRETA.
- (A) A paciente tem infecção de repetição decorrente da distopia genital e apresentará melhora após o tratamento cirúrgico
 - (B) A melhor opção de tratamento para a paciente é a cirúrgica, com histerectomia vaginal e colpoplastia anterior e posterior.
 - (C) A melhor opção de tratamento é a cirúrgica, com colpoplastia anterior e posterior.
 - (D) Deve-se solicitar urocultura com antibiograma e iniciar esquema de profilaxia para infecção de trato urinário de repetição.
 - (E) O estudo urodinâmico pode ser realizado, mas não é obrigatório para avaliação de incontinência urinária de esforço oculta.
56. Mulher de 51 anos refere ciclos menstruais menorrágicos há 07 meses. Ciclos anteriores regulares. Traz FSH = 30,0 mUI/ml e TSH = 2,0 µUI/ml. Ultrassonografia transvaginal e mamografia foram normais. A conduta mais adequada para o caso é:
- (A) Realizar avaliação clínica. Se normal, iniciar reposição hormonal com estrogênio e progesterona.
 - (B) Realizar exame físico e citologia cérvico-vaginal. Se normais, iniciar reposição hormonal com estrogênio e progesterona.
 - (C) Realizar exame físico, citologia cérvico-vaginal e avaliação clínica. Se normais, iniciar reposição com estrogênio e progesterona.
 - (D) Realizar exame físico, citologia cérvico-vaginal e avaliação clínica. Se normais, iniciar reposição com progesterona.
 - (E) Com a exclusão de causas orgânicas, indicar anti-inflamatórios não hormonais e/ou anti-fibrinolíticos.
57. Em relação às doenças do trato genitourinário feminino, assinale a opção CORRETA.
- (A) A endometriose tem quadro clínico idêntico ao da adenomiose, sendo o exame de imagem importante no diagnóstico diferencial.
 - (B) A flebografia seletiva é o exame de escolha no diagnóstico da síndrome da congestão pélvica.
 - (C) O diagnóstico de bexiga irritável ou dolorosa é confirmado pela cistoscopia.
 - (D) As varizes pélvicas são mais frequentes à direita.
 - (E) A embolização venosa é o tratamento padrão-ouro nas varizes pélvicas.
58. Sobre as neoplasias ginecológicas, assinale a opção CORRETA.
- (A) A disseminação por via linfática é a principal forma de propagação do câncer de ovário.
 - (B) O câncer de endométrio possui lesão precursora estabelecida e passível de prevenção.
 - (C) O câncer de vulva é mais prevalente em mulheres jovens e tem o HPV como seu principal agente etiológico.
 - (D) A quimioterapia tem papel importante no tratamento do câncer do colo uterino.
 - (E) A radioterapia não tem indicação no tratamento do câncer de ovário.
59. Paciente de 19 anos, virgo, com queixa de sangramento uterino anormal (ciclos com intervalos regulares e fluxo aumentado), encontra-se há 7 meses em tratamento clínico (ácido tranexâmico, inibidores de prostaglandina e contraceptivos hormonais orais), porém sem melhora. Relata ciclos anteriores regulares. Realizou exames complementares: ultrassonografia pélvica normal, hemoglobina = 9,8 g/dl e hematócrito = 30%. O exame físico não detectou anormalidades. A conduta mais adequada para o caso é:
- (A) Investigar distúrbios da coagulação.
 - (B) Fazer teste terapêutico com Análogo do GnRH.
 - (C) Induzir amenorreia com progesterona IM.
 - (D) Pesquisar outras doenças sistêmicas.
 - (E) Solicitar histeroscopia diagnóstica.

60. Em relação ao trato genital feminino, assinale a opção INCORRETA.
- (A) A reposição estrogênica no climatério pode causar aumento da resistência insulínica.
 - (B) O estradiol basal, FSH basal, contagem de folículos antrais e o hormônio anti-mülleriano são marcadores da reserva ovariana.
 - (C) A disfunção gametocítica do climatério é decorrente da resistência folicular ao FSH.
 - (D) Infecção ativa pós-aborto é considerada categoria 4 de acordo com os critérios de elegibilidade da OMS para o uso de DIU de cobre.
 - (E) A cirrose hepática é considerada fator de risco para hiperplasia de endométrio.

PEDIATRIA

61. São afirmativas corretas em relação à diarreia persistente, EXCETO:
- (A) Tem origem presumivelmente infecciosa.
 - (B) Apresenta letalidade maior que a Diarreia Aguda.
 - (C) Baixa educação materna é fator de risco reconhecido para sua ocorrência.
 - (D) Redução dos níveis de lactase (hipolactasia secundária) é o mecanismo patogênico mais frequente.
 - (E) Rotavírus é o agente mais frequentemente associado à sua ocorrência.
62. É considerado o fator etiopatogênico mais importante do refluxo gastroesofágico patológico ou doença do refluxo gastroesofágico:
- (A) Aumento da frequência e duração dos Relaxamentos Transitórios do Esfíncter Esofágico Inferior.
 - (B) Hérnia de hiato.
 - (C) Hipotonia do Esfíncter Esofágico Inferior (EEI).
 - (D) Postura inadequada da criança.
 - (E) Suspensão precoce do aleitamento materno.
63. Em relação à constipação intestinal funcional, são afirmativas corretas, EXCETO:
- (A) Apresenta uma frequência maior do que a constipação de origem orgânica.
 - (B) Eliminação de fezes em cíbalos, predomina na faixa etária de dois a quatro anos.
 - (C) Os termos “soiling” e “escape fecal” tem o mesmo significado clínico.
 - (D) Escape fecal indica evolução crônica.
 - (E) Óleo mineral é contraindicado no tratamento de crianças abaixo de um ano de idade.
64. Em relação ao tratamento das parasitoses intestinais na infância, os medicamentos praziquantel e niclosamida são indicados para a parasitose:
- (A) Teníase.
 - (B) Ancilostomíase.
 - (C) Tricuríase.
 - (D) Enterobíase.
 - (E) Giardíase.
65. Assinale a opção INCORRETA.
- (A) O Ph ácido gástrico, a flora bacteriana normal, o peristaltismo intestinal, as mucinas presentes na camada de muco que reveste a superfície luminal dos enterócitos, fatores antimicrobianos como lisozimas e lactoferrina e o sistema imune entérico, compõem a barreira de defesa do sistema digestório.
 - (B) Para que ocorra diarreia aguda infecciosa, os microrganismos precisam romper a barreira de defesa do sistema digestório e aderir à superfície mucosa, mecanismo este comum a todos os patógenos.
 - (C) Dependendo do fator de virulência do microrganismo, podem ocorrer quatro mecanismos fisiopatológicos de diarreia aguda: mecanismo osmótico, secretor, inflamatório e de alteração da motilidade.
 - (D) A diarreia osmótica predomina nos quadros bacterianos.
 - (E) São exemplos típicos de diarreia secretora a diarreia causada por *Escherichia coli* (ETEC) e o *Vibrio cholerae*.

66. Em relação a asma em crianças menores de cinco anos de idade, assinale opção INCORRETA.
- (A) Em relação ao grau de controle da asma, ela pode ser classificada como asma bem controlada, parcialmente controlada e não controlada.
 - (B) A presença de despertar noturno ou tosse noturna devido a asma associada a qualquer limitação da atividade física devido a asma é classificada como asma parcialmente controlada.
 - (C) A segunda etapa (2º passo) do tratamento da asma consiste em uso de corticoide inalado em baixa dose, o antagonista de receptor de leucotrienos como segunda opção e, para resgate das exacerbações, o beta 2 agonista de curta duração.
 - (D) A presença de oximetria de pulso < 92%, dificuldade de emitir frases inteiras e sibilância inaudível são parâmetros de gravidade e indicação para tratamento hospitalar ou em uma unidade de emergência.
 - (E) O uso de anticolinérgico (brometo de ipratrópio) é indicado como primeira opção no tratamento da crise de asma tanto como monoterapia ou associado ao beta 2 agonistas de curta duração, independente da gravidade da crise, durante toda a crise.
67. Assinale a opção INCORRETA em relação a imunização indicada para crianças e adolescentes segundo o Programa Nacional de Imunizações (PNI) do Ministério da Saúde do Brasil.
- (A) O lactente aos dois meses de idade deve receber a primeira dose da vacina pentavalente, primeira dose da vacina inativada contra a poliomielite (VIP), a primeira dose da vacina pneumocócica 10V (conjugada) e a primeira dose da vacina contra o rotavírus humano.
 - (B) A criança com imunodeficiência primária ou secundária não deve receber imunização contra a febre amarela.
 - (C) A vacina pneumocócica 10V (conjugada) deve ser aplicada aos dois meses, quatro meses, seis meses e com um reforço aos 12 meses de idade.
 - (D) Em comunicantes domiciliares de hanseníase, independente da forma clínica, aplica-se uma segunda dose de vacina contra BCG.
 - (E) A vacina influenza é composta por vírus inativados e está indicado para todas as crianças a partir de 06 meses de idade.
68. Assinale a opção que contém as vacinas indicadas corretamente segundo a idade de aplicação preconizado pelo Programa Nacional de Imunizações (PNI) do Ministério da Saúde do Brasil.
- (A) Hepatite A aos 9 meses de idade e uma dose para crianças entre 2 e 4 anos (4 anos 11 meses e 29 dias), que tenham perdido a oportunidade de se vacinar anteriormente.
 - (B) O adolescente deve receber até três doses da vacina contra a hepatite B de acordo com a situação de seu calendário vacinal.
 - (C) Vacina oral contra o rotavírus humano aos 3 e 5 meses de idade.
 - (D) Vacina pentavalente aos 2, 4 e 6 meses de idade, manter reforço com pentavalente aos 15 meses e 4 anos de idade.
 - (E) A imunização contra o sarampo é realizada em duas doses, a primeira dose aos 15 meses e a segunda aos 4 anos de idade.
69. Em relação às tonsilites e faringites na infância, NÃO se pode afirmar:
- (A) Na faringoamigdalite bacteriana por estreptococos β -hemolíticos do grupo A, ocorre aumento significativo das amígdalas com exsudato, linfadenite cervical, hepatoesplenomegalia e fadiga generalizada.
 - (B) Entre as causas de tonsilites e faringites na infância, destacam-se os vírus como principais agentes etiológicos em menores de dois anos de idade.
 - (C) A presença de coriza, conjuntivite, tosse e aftas associadas a tonsilites e faringites sugerem vírus como principais agentes etiológicos.
 - (D) A febre reumática e a glomerulonefrite aguda são as complicações não supurativas mais frequentes da amigdalite bacteriana por estreptococo β -hemolíticos do grupo A.
 - (E) Os antibióticos de escolha para o tratamento da amigdalite bacteriana são a penicilina e amoxicilina. O emprego correto do antibacteriano até nove dias do início do quadro é capaz de impedir a febre reumática.

70. Em relação às infecções de vias aéreas inferiores presentes na infância, NÃO se pode afirmar:
- (A) A presença de frequência respiratória maior que 60 irpm até os dois meses de idade ou maior que 50 irpm entre dois meses e doze meses de idade, na ausência de sibilância, são sinais de alerta para o diagnóstico de pneumonia comunitária em crianças com tosse e febre.
 - (B) Lactentes menores de dois meses com pneumonia devem sempre receber tratamento hospitalar.
 - (C) Crianças de dois meses a cinco anos de idade com pneumonia associada a tiragem subcostal são classificados como pneumonia grave.
 - (D) Quadro de infecção respiratória em lactente que se inicia com rinorreia, lacrimejamento e tosse leve e evolui com tosse grave, intensa e frequente seguida de esforço inspiratório importante, semelhante a um guincho, por vezes, seguidas de vômitos e associadas à cianose, protrusão da língua, salivação intensa e dilatação das veias do pescoço deve-se suspeitar de coqueluche.
 - (E) Crianças de dois meses a cinco anos de idade devem sempre realizar radiografia de tórax, ao final do tratamento da pneumonia, para controle e alta hospitalar.
71. Marcos, 7 anos, é trazido ao Pronto Socorro por sua mãe com queixa de que sua urina está reduzida e escura há 3 dias. Ao exame físico, a criança encontra-se em regular estado geral, PA 150/90 (P90 106/70, P95 110/74) com leve edema palpebral, com ausculta cardíaca normal e com estertores à ausculta pulmonar. Baseado neste caso clínico, assinale a opção CORRETA.
- (A) A principal hipótese diagnóstica para Marcos é síndrome nefrótica. Para confirmação diagnóstica devem ser solicitados sumário de urina, proteinúria de 24 horas, função renal e ASLO.
 - (B) A principal hipótese diagnóstica para Marcos é síndrome nefrótica. A principal causa de síndrome nefrótica em criança é lesão histológica mínima, a qual costuma ter uma boa resposta ao corticoide.
 - (C) A principal hipótese nesse caso é síndrome nefrítica. A melhor conduta para o paciente é interná-lo, iniciar diurético e corticoide oral.
 - (D) A principal hipótese nesse caso é síndrome nefrítica. A melhor conduta para o paciente é interná-lo, restringir sal e água, iniciar diurético, fazer benzetacil e medidas de suporte.
 - (E) A principal hipótese é síndrome nefrótica. Em crianças, essa doença ocorre predominantemente como uma complicação supurativa após infecções de pele ou orofaringe causadas por cepas nefritogênicas do *Staphylococcus beta hemolítico* do grupo A.
72. Pedro, 7 anos, é trazido ao Pronto Socorro por sua mãe com queixa de edema observado há alguns dias, que inicialmente era palpebral e há 3 dias evoluiu para membros inferiores, genitália e abdome. A mãe refere ainda que observou que a diurese está reduzida e espumosa. Ao exame físico, a criança encontra-se em regular estado geral, PA 80/40 (P50 92/55; P90 106/70; P95 110/74), anasarcada, com ascite e edema escrotal, com auscultas normais.
- (A) A principal hipótese para essa criança é síndrome nefrótica. Deve ser feito albumina inicialmente, pois Pedro está hipotenso, anasarcado, com ascite e edema escrotal. Além disso, fazer vermífugo e depois iniciar corticoide.
 - (B) A principal hipótese diagnóstica para Pedro é síndrome nefrótica. Para confirmação diagnóstica devem ser solicitados sumário de urina, função renal, hemograma e ASLO.
 - (C) A principal hipótese diagnóstica para Pedro é síndrome nefrítica. Para confirmação diagnóstica devem ser solicitados sumário de urina, função renal, ASLO e complemento sérico e proteinúria.
 - (D) A melhor conduta para o paciente é interná-lo, expandir com soro fisiológico, pois está hipotenso, associar diurético e iniciar corticoide oral.
 - (E) A principal hipótese para Pedro é síndrome nefrítica por lesões mínimas, a qual costuma ter uma resposta fraca ao corticoide.
73. Criança de 5 anos, 18 kg, é trazida ao Pronto Socorro por queixa de vários episódios de diarreia e vômitos há 1 dia. À admissão, a criança encontra-se sonolenta, hipoativa, com olhos muito fundos, sem lágrimas, com boca seca e pulsos finos. A mãe refere que mantém diurese está bastante reduzida.
- (A) Esta criança encontra-se com desidratação moderada. Neste caso, deve-se iniciar terapia de rehidratação oral no Pronto Socorro com 50-100 ml/kg de solução de rehidratação oral em 4h, aos goles. Nesta fase, a criança deve manter jejum para evitar novos vômitos.
 - (B) Deve-se iniciar terapia de rehidratação oral para essa criança. São considerados casos de falha dessa terapêutica quando ocorre rebaixamento do nível de consciência, persistência de vômitos incoercíveis, perda de peso após 2 horas de terapia e taxa de retenção de líquido < 20%.
 - (C) Essa criança encontra-se desidratada. A desidratação pode ser classificada, quanto à intensidade, em leve, moderada e grave. Para isso são analisados sinais clínicos como nível de consciência, mucosas, pulsos, frequência cardíaca, sede e diurese.

- (D) A criança encontra-se desidratada grave. Deve-se fazer expansão com soro glicosado 50 ml/kg e repetir até que os sinais de desidratação sejam revertidos ou surjam sinais de hipervolemia. Depois prescrever um soro de reposição para 24 horas.
- (E) Quanto à osmolaridade, a desidratação pode ser classificada em isotônica, hipotônica e hipertônica. Na desidratação hipertônica, observam-se sintomas de hipotensão mais precoces, já na hipotônica é mais frequente haver sintomas de sede e mucosas secas, com hipotensão mais tardia.

74. Em relação à Adolescência, é INCORRETO afirmar:

- (A) A partir do início da puberdade e por ação dos esteroides sexuais, começam a ocorrer modificações corporais que irão redundar em um indivíduo com capacidade reprodutiva estabelecida.
- (B) A primeira manifestação clínica da puberdade na menina é o aparecimento do broto mamário (telarca) em resposta ao início da produção do estrogênio pelos ovários.
- (C) A menarca ocorre cerca de 2 anos após o início da puberdade (M2), geralmente no estágio M3 de Tanner.
- (D) Mais da metade dos meninos tem ginecomastia puberal, tendendo a desaparecer entre 1 e 2 anos.
- (E) A primeira ejaculação ocorre mais tardiamente, quando os testículos atingem 10 a 12 ml, algumas vezes durante o sono (polução) noturna.

75. Em relação ao crescimento pós-natal, assinale a opção INCORRETA.

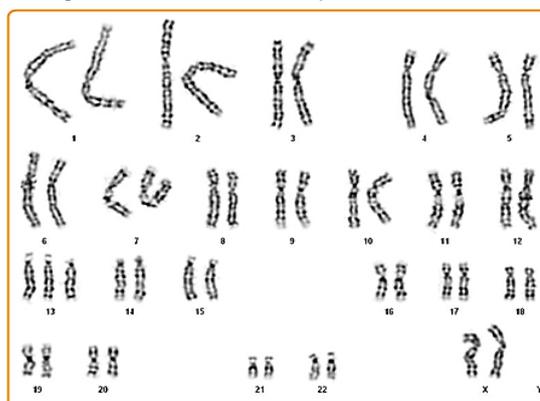
- (A) Ao nascer, o menino mede em torno de 50 cm, e a menina, 49 cm de comprimento.
- (B) Em algumas crianças é observado um grande estirão entre 7 e 8 anos de idade, denominado estirão do meio da infância.
- (C) O crescimento pós-natal pode ser dividido em três fases: fase de crescimento rápido, mas também de desaceleração rápida que ocorre dos 2,5 anos até os 3 anos; fase de crescimento mais estável com uma desaceleração lenta, que vai até o início da puberdade; e a fase puberal com o estirão com de crescimento rápido até atingir um pico, com desaceleração posterior até atingir a altura adulta.
- (D) Durante toda a infância, tanto a menina como o menino crescem de forma bastante semelhante, mas durante a puberdade, as meninas apresentam o estirão em média 2 anos antes que os meninos, e com isso param de crescer mais cedo.
- (E) A correlação do tamanho ao nascer é baixa em relação à estrutura final.

76. Considerando o desenvolvimento humano, assinale a opção INCORRETA.

- (A) Embora a carga genética seja fator determinante, o desenvolvimento humano emerge a partir da interação com os fatores ambientais, sendo fundamental que ocorra uma ampla e adequada variação de estímulos e experiências, para favorecer o potencial de cada um.
- (B) O estudo do desenvolvimento compreende alguns domínios de função interligados, sensorial, motor (geralmente subdividido em habilidades motoras grosseiras e habilidades motoras finas), da linguagem, social. Adaptativo, emocional e cognitivo.
- (C) Os movimentos do recém-nascido são, geralmente, reflexos, controlados por partes primitivas do cérebro. Assim, reflexos como sucção, preensão palmar, plantar e da marcha passarão em poucos meses a serem atividades involuntárias.
- (D) O desenvolvimento motor ocorre no sentido craniocaudal e proximodistal e, por meio de aquisições mais simples para mais complexas.
- (E) A primeira musculatura a ser controlada é a ocular.

77. Analise o Cariótipo abaixo e defina o diagnóstico da Síndrome genética demonstrada pelo mesmo.

- (A) Síndrome de Williams
- (B) Síndrome de Down
- (C) Síndrome de Marfan
- (D) Síndrome de Patau
- (E) Síndrome de Prader-Wills



78. Criança de 6 meses de idade iniciou quadro de tumefação dolorosa das mãos, pés, dedos e artelhos proximais causada por infarto simétrico dos metacarpianos, metatarsianos e falanges. Não apresenta manifestações sistêmicas como febre, adenomegalia, hepatoesplenomegalia ou queda do estado geral. Baseado nos dados acima, o diagnóstico mais provável é:
- (A) Osteosarcoma.
 - (B) Fascite plantar.
 - (C) Artrite Idiopática Juvenil.
 - (D) Anemia Falciforme.
 - (E) Osteomielite.
79. Entre os organismos apresentados abaixo, o que não está associado a Síndrome de Mononucleose Infecciosa like:
- (A) Citomegavírus.
 - (B) *Toxoplasma gondii*.
 - (C) Adenovírus.
 - (D) Herpesvírus humano tipo 6.
 - (E) *Listeria monocytogenes*.
80. Paciente do sexo feminino, 11 anos de idade, iniciou quadro de febre alta, em torno de 39,8 °C, dois picos febris diários, há cerca de 18 dias. Apresentava *rash* cutâneo durante os episódios de febre, linfadenomegalia cervical, esplenomegalia e artrite em joelhos e tornozelos. O hemograma mostrava hemoglobina de 10, hematócrito 30%, Leucócitos 14.200, neutrófilos 79%, bastões 9%, segmentados 70%, linfócitos 20%, eosinófilo 1%. Plaquetas 630.000. Ferritina 590, VHS 86 mm, PCR 18. Sumário de urina normal. FAN não reagente. A hipótese diagnóstica mais provável é:
- (A) Lupus Eritematoso Sistêmico.
 - (B) Artrite Idiopática Juvenil Sistêmica.
 - (C) Leucemia Linfocítica Aguda.
 - (D) Doença Falciforme.
 - (E) Febre Reumática.

MEDICINA PREVENTIVA E SOCIAL

81. De acordo com a Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), pode-se mencionar como princípio e diretriz respectivamente:
- (A) universalidade e integralidade.
 - (B) integralidade e equidade.
 - (C) universalidade e ordenação da rede.
 - (D) equidade e visão holística.
 - (E) cuidado centrado na pessoa e visão holística.
82. Segundo a Portaria nº 1.646/GM/MS, de 2 de outubro de 2015, o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) se constitui como documento público e sistema de informação oficial de cadastramento de informações de todos os estabelecimentos de saúde no país, independentemente da natureza jurídica ou de integrarem o Sistema Único de Saúde (SUS). De todas as finalidades deste sistema, NÃO se pode mencionar:
- (A) Cadastrar e atualizar as informações sobre estabelecimentos de saúde e suas dimensões, como recursos físicos, trabalhadores e serviços.
 - (B) Disponibilizar informações dos estabelecimentos de saúde para outros sistemas de informação.
 - (C) Ofertar para a sociedade informações sobre a disponibilidade de serviços nos territórios, formas de acesso e funcionamento.
 - (D) Fornecer informações que apoiem a tomada de decisão, o planejamento, a programação e o conhecimento pelos gestores, pesquisadores, trabalhadores e sociedade em geral acerca da organização, existência e disponibilidade de serviços, força de trabalho e capacidade instalada dos estabelecimentos de saúde e territórios.
 - (E) Ser instrumento de indução política ou mecanismo de controle, constituindo-se somente como um cadastro que permita a representação mais fidedigna das realidades locais regionais.

83. Das informações que constam no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, pode-se mencionar:
- (A) tipo de estabelecimento.
 - (B) diretor clínico/gerente/administrador do estabelecimento.
 - (C) profissionais que atuam no estabelecimento.
 - (D) equipamentos disponíveis no estabelecimento.
 - (E) todas as opções anteriores.
84. Leia atentamente a seguinte tarefa: “manter atualizado mensalmente o cadastro de equipes, profissionais, carga horária, serviços disponibilizados, equipamentos e outros no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde vigente, conforme regulamentação específica”. De acordo com a Política Nacional de Atenção Básica, esta tarefa é de competência do(as):
- (A) Secretarias Municipais de Saúde.
 - (B) Secretarias Estaduais de Saúde e Distrito Federal.
 - (C) Secretarias Municipais de Saúde, Secretarias Estaduais de Saúde e Distrito Federal.
 - (D) Ministério da Saúde.
 - (E) Todas as esferas de governo.
85. Quando se menciona: “aponta para o desenvolvimento de ações de cuidado de forma singularizada, que auxilie as pessoas a desenvolverem os conhecimentos, aptidões, competências e a confiança necessária para gerir e tomar decisões embasadas sobre sua própria saúde e seu cuidado de saúde de forma mais efetiva”, trata-se da diretriz da PNAB:
- (A) longitudinalidade do cuidado.
 - (B) cuidado centrado na pessoa.
 - (C) visão holística.
 - (D) educação popular.
 - (E) coordenação do cuidado.
86. A Unidade Básica de Saúde (UBS) é considerada um equipamento de saúde da atenção básica. Recomenda-se que as UBS tenham seu funcionamento com carga horária mínima de 40 horas/semanais, no mínimo 5 (cinco) dias da semana e nos 12 meses do ano, possibilitando acesso facilitado à população. Como estratégia de informação junto à comunidade, deverá estar afixado em local visível, próximo à entrada da UBS, alguns elementos, EXCETO:
- (A) Identificação e horário de atendimento.
 - (B) Mapa de abrangência, com a cobertura de cada equipe.
 - (C) Identificação do Gerente da Atenção Básica no território e dos componentes de cada equipe da UBS.
 - (D) Relação de equipamentos disponíveis.
 - (E) Detalhamento das escalas de atendimento de cada equipe.
87. Sobre a carga horária de trabalho da equipe de Saúde da Família (eSF), pode-se mencionar:
- (A) Para equipe de Saúde da Família (eSF), há a obrigatoriedade de carga horária de 40 (quarenta) horas semanais para todos os profissionais de saúde membros da ESF.
 - (B) Para equipe de Saúde da Família (eSF), há a obrigatoriedade de carga horária de 10 (dez) horas semanais para todos os profissionais de saúde membros da ESF.
 - (C) Para equipe de Saúde da Família (eSF), há a obrigatoriedade de carga horária de 20 (vinte) horas semanais para todos os profissionais de saúde membros da ESF.
 - (D) Para equipe de Saúde da Família (eSF), há a obrigatoriedade de carga horária de 30 (trinta) horas semanais para todos os profissionais de saúde membros da ESF.
 - (E) A composição da carga horária mínima por categoria profissional deverá ser de 10 (dez) horas, com no máximo de 3 (três) profissionais por categoria, devendo somar no mínimo 40 horas/semanais.

88. O Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) constitui uma equipe multiprofissional e interdisciplinar composta por categorias de profissionais da saúde, complementar às equipes que atuam na Atenção Básica. É formada por diferentes ocupações (profissões e especialidades) da área da saúde, atuando de maneira integrada para dar suporte (clínico, sanitário e pedagógico) aos profissionais das equipes de Saúde da Família (eSF) e de Atenção Básica (eAB).

Agora, leia atentamente as ocupações a seguir:

- I. Médico Acupunturista;
- II. Médico Ginecologista/Obstetra;
- III. Médico Homeopata;
- IV. Médico Pediatra;
- V. Médico Psiquiatra;
- VI. Médico Geriatra;
- VII. Médico Internista (clínica médica);
- VIII. Médico do Trabalho.

Assinale a opção que contém as ocupações que poderão compor o NASF-AB:

- (A) III, IV e VI.
 - (B) I e VIII.
 - (C) I, II, III, IV, VI e VIII.
 - (D) I, II, III, IV, VI, VII e VIII.
 - (E) Todas as ocupações mencionadas poderão compor o NASF-AB.
89. A equipe da Atenção Básica (eAB) constitui uma modalidade apontada na Política Nacional de Atenção Básica e está relacionada com uma série de características. Assinale a opção que NÃO está adequada a esta modalidade.
- (A) A gestão municipal poderá compor equipes de Atenção Básica (eAB) de acordo com características e necessidades do município.
 - (B) As equipes deverão ser compostas minimamente por médicos preferencialmente da especialidade medicina de família e comunidade, enfermeiro preferencialmente especialista em saúde da família, auxiliares de enfermagem e/ou técnicos de enfermagem.
 - (C) Poderão agregar outros profissionais como dentistas, auxiliares de saúde bucal e/ou técnicos de saúde bucal, agentes comunitários de saúde e agentes de combate a endemias.
 - (D) A composição da carga horária mínima por categoria profissional deverá ser de 20 (vinte) horas, com no máximo de 2 (dois) profissionais por categoria.
 - (E) A distribuição da carga horária dos profissionais é de responsabilidade do gestor, devendo considerar o perfil demográfico e epidemiológico local para escolha da especialidade médica, estes devem atuar como generalistas nas equipes de Atenção Básica (eAB).
90. A equipe de Consultório na Rua (eCR) constitui equipe de saúde com composição variável, responsável por articular e prestar atenção integral à saúde de pessoas em situação de rua ou com características análogas em determinado território, em unidade fixa ou móvel, podendo ter as modalidades e respectivos regimentos descritos em portaria específica. Sobre o funcionamento das equipes de Consultório na Rua (eCR), assinale a opção que NÃO constitui item necessário:
- (A) Realizar suas atividades de forma itinerante, desenvolvendo ações na rua, em instalações específicas, na unidade móvel e também nas instalações de Unidades Básicas de Saúde do território onde está atuando, sempre articuladas e desenvolvendo ações em parceria com as demais equipes que atuam na atenção básica do território (eSF/eAB/UBS e NASF-AB), e dos Centros de Atenção Psicossocial, da Rede de Urgência/Emergência e dos serviços e instituições componentes do Sistema Único de Assistência Social entre outras instituições públicas e da sociedade civil.
 - (B) Cumprir a carga horária mínima semanal de 30 horas. Porém seu horário de funcionamento deverá ser adequado às demandas das pessoas em situação de rua, podendo ocorrer em período diurno e/ou noturno em todos os dias da semana.
 - (C) As eCR poderão ser compostas pelas categorias profissionais especificadas em portaria específica.
 - (D) Na composição de cada eCR deve haver, preferencialmente, o máximo de dois profissionais da mesma profissão de saúde, seja de nível médio ou superior.
 - (E) Os Agentes Comunitários de Saúde não compõe esta modalidade tendo em vista a dificuldade de relacionar um território adscrito à equipe.

91. Dentre as atribuições comuns a todos os membros das equipes que atuam na Atenção Básica, pode-se citar a articulação e participação das atividades de educação permanente. Segundo Ceccim (2005), a identificação *Educação Permanente em Saúde* - está carregando, então, a definição pedagógica para o processo educativo que coloca o cotidiano do trabalho - ou da formação - em saúde em análise, que se permeabiliza pelas relações concretas que operam realidades e que possibilita construir espaços coletivos para a reflexão e avaliação de sentido dos atos produzidos no cotidiano.

De acordo com este autor, dentre os elementos *analísadores* para pensar/providenciar a Educação Permanente em Saúde, pode-se citar:

- (A) Análise da educação dos profissionais de saúde; análise das práticas de atenção à saúde; análise da gestão setorial; e, análise da organização social.
- (B) Análise da educação dos profissionais de saúde; análise da qualidade assistencial em saúde; análise da intersetorialidade; e, análise da organização social.
- (C) Análise da educação dos profissionais de saúde; análise da qualidade assistencial em saúde; análise da gestão setorial; e, análise do controle social.
- (D) Análise da educação dos profissionais de saúde; análise das práticas de atenção à saúde; análise da intersetorialidade; e, análise do controle social.
- (E) Análise da educação dos profissionais de saúde; análise da qualidade assistencial em saúde; análise da intersetorialidade; e, análise do controle social.

92. Uma das atribuições dos membros das equipes que atuam na Atenção Básica trata de “realizar estratificação de risco e elaborar plano de cuidados para as pessoas que possuem condições crônicas no território”. Sobre esta atribuição, assinale a opção CORRETA.

- (A) É atribuição específica do médico.
- (B) É atribuição específica do médico e enfermeiro.
- (C) É atribuição específica do médico e cirurgião-dentista.
- (D) Pode ser realizada por médico, enfermeiro e cirurgião-dentista.
- (E) É atribuição das equipes que contam com o NASF-AB.

93. De acordo com a Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017, recomenda-se a inclusão do Gerente de Atenção Básica com o objetivo de contribuir para o aprimoramento e qualificação do processo de trabalho nas Unidades Básicas de Saúde, em especial ao fortalecer a atenção à saúde prestada pelos profissionais das equipes à população adscrita, por meio de função técnico-gerencial. Assinale a opção que relaciona atividade(s) atribuída(s) a esse profissional:

- (A) Participar e orientar o processo de territorialização, diagnóstico situacional, planejamento e programação das equipes, avaliando resultados e propondo estratégias para o alcance de metas de saúde, junto aos demais profissionais.
- (B) Estimular o vínculo entre os profissionais favorecendo o trabalho em equipe.
- (C) Potencializar a utilização de recursos físicos, tecnológicos e equipamentos existentes na UBS, apoiando os processos de cuidado a partir da orientação à equipe sobre a correta utilização desses recursos.
- (D) Conhecer a RAS, participar e fomentar a participação dos profissionais na organização dos fluxos de usuários, com base em protocolos, diretrizes clínicas e terapêuticas, apoiando a referência e contrarreferência entre equipes que atuam na AB e nos diferentes pontos de atenção, com garantia de encaminhamentos responsáveis.
- (E) Todas as opções anteriores estão corretas.

94. São atribuições comuns ao Agente Comunitário de Saúde (ACS) e Agente de Combate a Endemias (ACE):

- (A) Utilizar instrumentos para a coleta de informações que apoiem no diagnóstico demográfico e sociocultural da comunidade.
- (B) Registrar, para fins de planejamento e acompanhamento das ações de saúde, os dados de nascimentos, óbitos, doenças e outros agravos à saúde, garantindo o sigilo ético.
- (C) Conhecer o funcionamento das ações e serviços do seu território e orientar as pessoas quanto à utilização dos serviços de saúde disponíveis.
- (D) Desenvolver ações que busquem a integração entre a equipe de saúde e a população adscrita à UBS, considerando as características e as finalidades do trabalho de acompanhamento de indivíduos e grupos sociais ou coletividades.
- (E) Informar os usuários sobre as datas e horários de consultas e exames agendados.

95. Quando mencionamos “escuta qualificada e comprometida com a avaliação do potencial de risco, agravo à saúde e grau de sofrimento dos usuários, considerando dimensões de expressão (física, psíquica, social, etc) e gravidade, que possibilita priorizar os atendimentos a eventos agudos (condições agudas e agudizações de condições crônicas) conforme a necessidade, a partir de critérios clínicos e de vulnerabilidade disponíveis em diretrizes e protocolos assistenciais definidos no SUS”, estamos tratando de:
- (A) Acolhimento.
 - (B) Acolhimento com Classificação de Risco.
 - (C) Regulação do acesso.
 - (D) Regulação da assistência.
 - (E) Estratificação de risco.
96. Quando mencionamos “o processo pelo qual se utiliza critérios clínicos, sociais, econômicos, familiares e outros, com base em diretrizes clínicas, para identificar subgrupos de acordo com a complexidade da condição crônica de saúde, com o objetivo de diferenciar o cuidado clínico e os fluxos que cada usuário deve seguir na Rede de Atenção à Saúde para um cuidado integral”, estamos tratando de:
- (A) Triagem.
 - (B) Acolhimento com Classificação de Risco.
 - (C) Estratificação de risco.
 - (D) Regulação do sistema de saúde.
 - (E) Regulação da assistência.
97. No que diz respeito à Clínica Ampliada e Compartilhada, pode-se mencionar:
- (A) constitui ferramenta teórica e prática cuja finalidade é contribuir para uma abordagem clínica do adoecimento e do sofrimento, que considere a singularidade do sujeito e a complexidade do processo saúde/doença.
 - (B) Permite o enfrentamento da fragmentação do conhecimento e das ações de saúde e seus respectivos danos e ineficácia.
 - (C) é reconhecer o que o outro traz como legítima e singular necessidade de saúde.
 - (D) As opções ‘A’ e ‘B’ estão corretas.
 - (E) As opções ‘A’ e ‘C’ estão corretas.
98. Coelho e Savassi propuseram a definição de escores a serem atribuídos às famílias tendo em vista o risco. De acordo com estes autores, constitui sentinela de risco:
- (A) Acamado.
 - (B) deficiência física.
 - (C) baixas condições de saneamento.
 - (D) drogadição.
 - (E) todas as opções anteriores.
99. A Política Nacional de Humanização (PNH) busca pôr em prática os princípios do SUS no cotidiano dos serviços de saúde, produzindo mudanças nos modos de gerir e cuidar. Constitui princípio e diretriz desta política respectivamente:
- (A) Transversalidade e Indissociabilidade entre atenção e gestão.
 - (B) Transversalidade e acolhimento.
 - (C) Protagonismo, corresponsabilidade e autonomia dos sujeitos e coletivos e Transversalidade.
 - (D) Indissociabilidade entre atenção e gestão e Protagonismo, corresponsabilidade e autonomia dos sujeitos e coletivos.
 - (E) Protagonismo, corresponsabilidade e autonomia dos sujeitos e coletivos e Indissociabilidade entre atenção e gestão.

100. Quando mencionamos “criar espaços saudáveis, acolhedores e confortáveis, que respeitem a privacidade, propiciem mudanças no processo de trabalho e sejam lugares de encontro entre as pessoas”, estamos tratando da diretriz da Política Nacional de Humanização:

- (A) ambiência.
- (B) acolhimento.
- (C) territorialização.
- (D) clínica ampliada.
- (E) clínica compartilhada.