



UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ
PROCESSO SELETIVO RESIDÊNCIA MÉDICA
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UFPI (HU) - EDITAL 19/2013

Realização:



CADERNO DE QUESTÕES

PROGRAMA DE ACESSO DIRETO DERMATOLOGIA

DATA: 26/01/2014

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.

01. Nas fases da cicatrização de uma ferida, sabe-se que os principais componentes da matriz extracelular presentes em maior quantidade nas primeiras 48 horas são a fibronectina e o colágeno. Dos diversos tipos de colágenos existentes, o mais abundante nessa fase é o tipo:
- (A) I.
 - (B) III.
 - (C) V.
 - (D) VII.
 - (E) II.
02. Em relação à cicatrização das feridas, pode-se dizer que, na fase de proliferação, as células em maior número são:
- (A) Macrófagos.
 - (B) Fibroblastos.
 - (C) Neutrófilos.
 - (D) Linfócitos.
 - (E) Polimorfonucleares.
03. Nas orientações e condutas do pré-operatório, é INCORRETO:
- (A) Um adulto saudável, masculino, com 38 anos de idade, que irá corrigir uma hérnia umbilical, não necessita de exames pré-operatórios de rotina.
 - (B) Paciente ASA IV apresenta-se com doença que o deixa incapacitado e que é uma ameaça constante à vida.
 - (C) Paciente com arritmia significativa não necessita adiar cirurgia eletiva não cardíaca e deve realizar tratamento clínico para modificação do fator de risco no pós-operatório.
 - (D) Tabagista que irá submeter-se à cirurgia videolaparoscópica deverá, no pré-operatório, abster-se de cigarro por oito semanas.
 - (E) A terapia broncodilatadora e a terapia com antibióticos, para tratar as infecções pulmonares preexistentes, são intervenções pré-operatórias que podem diminuir as complicações pulmonares no pós-operatório.
04. Considere o quadro: Paciente do sexo masculino, 62 anos, sem fatores de risco adicionais para complicações tromboembólicas, deverá ser submetido à gastrectomia subtotal no tratamento de estenose pilórica por úlcera péptica pré-pilórica. Em relação à indicação de trombopprofilaxia, é INCORRETO:
- (A) A estratégia para a trombopprofilaxia neste caso é realizar medidas mecânicas, como a deambulação precoce e as meias elásticas.
 - (B) A relação custo-benefício da trombopprofilaxia, em casos como este, já foi repetidamente demonstrada.
 - (C) Trata-se de um paciente de risco alto para apresentar tromboembolismo venoso.
 - (D) A trombopprofilaxia tem, como objetivo, nesse paciente, a prevenção de trombose venosa profunda, mas também de tromboembolismo pulmonar.
 - (E) A melhor estratégia para a trombopprofilaxia, neste caso, seria o emprego de heparina não fracionada 5.000 UI SC de 8 em 8 horas ou heparina de baixo peso molecular (HBPM) 40 UI SC 1 x dia e medidas mecânicas.
05. Das assertivas abaixo, aquela que está INCORRETA com relação às hérnias encarceradas e/ou estranguladas é:
- (A) A inguilotomia é a incisão mais adequada para abordagem da hérnia encarcerada.
 - (B) O estrangulamento de um segmento intestinal com 04 horas de evolução é o suficiente para causar necrose.
 - (C) No ato cirúrgico, quando não existe dúvida com relação à viabilidade da víscera estrangulada, pode-se reduzi-la para cavidade peritoneal.
 - (D) O achado de tecido vinhoso e fluido fétido indica a necessidade de ressecção cirúrgica.

- (E) Em situações nas quais há comprometimento isquêmico, sem necrose evidente no momento da cirurgia, aguarda-se o tempo necessário para que volte a cor, a pulsação e o peristaltismo.
06. Considere o quadro: Homem de 34 anos vítima de trauma abdominal fechado. Após a realização de algoritmo do ATLS, observou-se, ao ultrassom, moderada quantidade de líquido livre na cavidade peritoneal. O paciente continua hemodinamicamente instável, mesmo após reposição volêmica adequada. Nestas circunstâncias, a próxima conduta é:
- (A) Aguardar a evolução, com monitoramento invasivo do paciente.
 - (B) Realizar novo ultrassom para melhor investigar a causa da instabilidade.
 - (C) Realizar ressonância magnética para caracterização do líquido intracavitário.
 - (D) Realizar punção abdominal para caracterização do líquido intracavitário
 - (E) Laparotomia exploradora.
07. Considere o caso: Paciente vítima de acidente automobilístico, era o condutor do veículo e o passageiro morreu no local do acidente. O acidente foi um impacto frontal em um poste. O paciente apresenta fortes escoriações no hipocôndrio direito, encontra-se orientado, relatando o acidente e PA= 100X60mmHg, pulso de 90 bpm, com discreta dispneia. Rx de Tórax AP normal, *focused sonography* for trauma (FAST) positivo. Reposto 2000ml de Ringer Lactato a 37° C e manteve-se com hemodinâmica estável após reposição de cristaloides. Levando-se em conta este quadro, o procedimento CORRETO é:
- (A) Realizar laparotomia exploradora enquanto o paciente está estável e corrigir a provável lesão hepática.
 - (B) Realizar TC (Tomografia Computadorizada) de abdome, não havendo extravasamento do meio de contraste na fase arterial da TC, tratar de forma não operatória a provável lesão hepática.
 - (C) Realizar TC de abdome e, confirmada a lesão hepática, infundir concentrado de hemácias antes de realizar laparotomia para correção da lesão hepática.
 - (D) Realizar TC de abdome e, confirmada a lesão hepática, infundir concentrado de hemácias durante a laparotomia para correção da lesão hepática.
 - (E) Conduta expectante e não precisa realizar TC de abdome, pois paciente está estável.
08. Considere o quadro: Mulher de 45 anos com forte dor no hipocôndrio direito, associada a náuseas, vômitos e intolerância alimentar. Apresenta-se também com icterícia leve (BT= 3,2). Feito USG abdominal, que demonstrou conteúdo, com sombra acústica posterior, fixo no infundíbulo, espessamento da parede vesicular, líquido perivesicular e colédoco de 6mm de diâmetro, o diagnóstico e conduta são:
- (A) Colangite aguda e antibioticoterapia.
 - (B) Colangite aguda e papilotomia endoscópica.
 - (C) Colecistite aguda e colecistostomia mais antibioticoterapia.
 - (D) Colecistite aguda e colecistectomia videolaparoscópica com antibioticoprofilaxia.
 - (E) Colecistite aguda e colecistectomia aberta com antibioticoterapia.
09. Em relação à coledocolitíase, assinale a opção CORRETA.
- (A) A formação dos cálculos, na maioria dos casos, ocorre no hepatocolédoco.
 - (B) A exploração laparoscópica do colédoco pelo ducto cístico ou com coledocotomia formal permite que os cálculos sejam descobertos durante o mesmo procedimento.
 - (C) O tratamento está indicado somente nos casos sintomáticos.
 - (D) A associação com dor, febre e calafrios caracteriza a síndrome de Mirizzi.
 - (E) A ultrassonografia tem alta acurácia diagnóstica.

10. Considere o quadro: Uma paciente de 40 anos foi internada com dor aguda no andar superior do abdome, associada a vômitos. O exame físico revelou dor à palpação no epigástrio e peristalse diminuída. Exames de laboratório indicam: amilase sérica = 1.400 unidades; leucócitos = 15.000mm³; AST = 80; ALT = 95. A ultrassonografia revelou colelitíase e pequena quantidade de líquido livre na cavidade peritoneal. Após 72 horas de jejum e hidratação, a paciente ficou assintomática. No 6° dia, alimentava-se por via oral e a amilase e a transaminase eram normais. A conduta mais adequada para este caso, nessa fase, é:
- (A) Colangiografia durante o internamento e colecistectomia laparoscópica.
 - (B) Colangiopancreatografia endoscópica com retirada de provável cálculo de colédoco e colecistectomia laparoscópica durante o internamento.
 - (C) Alta hospitalar e colecistectomia laparoscópica com colangiografia após 4 a 6 semanas.
 - (D) Colecistectomia aberta com colangiografia durante o internamento, pois nesses casos a dificuldade técnica impede a colecistectomia laparoscópica.
 - (E) Colangiopancreatografia endoscópica com retirada de provável cálculo de colédoco e colecistectomia laparoscópica após 4 a 6 semanas.
11. Considere o quadro: Paciente de 35 anos, sem doenças associadas, é submetido à herniorrafia incisional com colocação de tela de Marlex. A presença de pus no local é considerada infecção de sítio cirúrgico após o seguinte período-pós-operatório:
- (A) 30 dias.
 - (B) 1 ano.
 - (C) 3 meses.
 - (D) 6 meses.
 - (E) 7 dias.
12. Considere o quadro: Homem de 44 anos com pirose e regurgitação líquida há 10 anos, em períodos flutuantes de intensidade, sem comorbidades. Há cinco anos, endoscopia digestiva alta com: hérnia hiatal Tipo I de 3,5 cm e esofagite distal edematosa, pangastrite enantematosa leve com *H. pylori* negativo. Uso eventual de omeprazol 20 mg/dia. Piora da sintomatologia há dois anos e endoscopia com esofagite erosiva isolada (01 erosão) no terço distal e Barrett curto com hérnia hiatal Tipo I de 3,5 cm. A esofagomanometria apresenta peristalse de 70% e amplitude de 35 mmHg. Sobre o caso, assinale a opção CORRETA.
- (A) Trata-se de uma hérnia hiatal (HH) por deslizamento e a conduta é tratamento clínico com inibidores de bomba de prótons em dose dobrada por 8 a 12 semanas e medidas comportamentais.
 - (B) Trata-se de uma HH por rolamento e a conduta é tratamento clínico com inibidores de bomba de prótons em dose dobrada por 8 a 12 semanas e medidas comportamentais.
 - (C) Trata-se de uma HH por deslizamento com esofagite “Savary Miller” V e a conduta é tratamento cirúrgico com hiatoplastia e funduplicatura de 360°.
 - (D) Trata-se de uma HH por deslizamento com esofagite “Savary Miller” V e a conduta é tratamento cirúrgico com hiatoplastia e funduplicatura posterior de 180°, pois paciente tem motilidade esofagiana ineficaz (MEI).
 - (E) Trata-se de uma HH por rolamento com esofagite “Savary Miller” V e a conduta é realizar tratamento cirúrgico com hiatoplastia e funduplicatura de 360°.
13. Considere o quadro: Homem, 40 anos, com disfagia e emagrecimento faz esofagomanometria que mostrou pressão do esfíncter esofagiano inferior de 45 mmHg, com ausência de relaxamento à deglutição, pressão aumentada do corpo do esôfago, contrações ineficazes e de baixa amplitude. Esofagografia mostra órgão de 3 a 4 cm de diâmetro. A conduta adequada é:
- (A) Hiatoplastia com funduplicatura parcial anterior (funduplicatura Thall – Dor).
 - (B) Cirurgia de Thall – Hatafuku.
 - (C) Esofagectomia trans-hiatal.
 - (D) Introdução de endoprótese esofagiana.
 - (E) Esofagocardiomiectomia (Heller) com funduplicatura anterior Videolaparoscópica.

14. O tipo de hérnia surge lateralmente ao triângulo de Hesselbach é:
- (A) Hérnia inguinal direta.
 - (B) Hérnia inguinal indireta.
 - (C) Hérnia femoral.
 - (D) Hérnia de Richter.
 - (E) Hérnia de Littré.
15. A indicação cirúrgica de intratabilidade clínica para as úlceras pépticas deve ser considerada para os pacientes abaixo, EXCETO para aqueles que
- (A) Não cicatrizam suas úlceras após tratamento adequado por quatro semanas.
 - (B) Não conseguem ter o *H. pylori* erradicado.
 - (C) Não podem suspender o uso de AINE.
 - (D) Não cicatrizam suas úlceras com tratamento adequado e apresentam níveis elevados de gastrina.
 - (E) Apresentam recidiva ulcerosa após suspensão da terapia por doze semanas.
16. Com relação ao câncer gástrico, assinale a opção CORRETA.
- (A) São consideradas situações pré-malignas: o adenoma gástrico, a anemia perniciosa e a infecção pelo *H. pylori*.
 - (B) O carcinoma precoce é definido como sendo limitado à mucosa ou submucosa, com ausência de envolvimento linfonodal.
 - (C) O tipo IV, pela classificação de Bormann, é aquele onde se observa uma lesão parcialmente ulcerada, com margens elevadas e disseminação difusa.
 - (D) Uma operação dita como sendo R0 significa que na peça cirúrgica foram encontrados resíduos tumorais macroscópicos.
 - (E) Estadiamento linfonodal N3p apresenta de 7 a 15 linfonodos positivos.
17. A profundidade de câncer gástrico nas camadas da parede é mais facilmente definida pelo seguinte método:
- (A) Ecoendoscopia.
 - (B) Ressonância magnética.
 - (C) Endoscopia Digestiva Alta.
 - (D) Tomografia Computadorizada.
 - (E) Ultrassonografia color Doppler.
18. Considere o quadro: Paciente iniciou quadro de disfagia progressiva com oito meses de evolução, associada a emagrecimento de 8 Kg no mesmo período. Foi submetido a uma endoscopia digestiva alta que evidenciou lesão vegetante, que foi biopsiada. O estudo histopatológico revelou adenocarcinoma moderadamente diferenciado. Com base nestes dados, é INCORRETO afirmar:
- (A) Trata-se, provavelmente, de paciente do sexo masculino e de cor branca.
 - (B) Apresenta, como causa, a ingestão excessiva de álcool e tabaco.
 - (C) Corresponde a tumor de terço inferior do esôfago.
 - (D) Pode surgir não só da degeneração maligna do epitélio colunar metaplásico, mas também a partir de glândulas submucosas.
 - (E) Esse padrão de tumor tem aumentado muito nos tempos atuais.
19. São fatores de risco relacionados com câncer esofágico, EXCETO:
- (A) Tabagismo e álcool.
 - (B) *Helicobacter pylori* na água potável.
 - (C) Alimentos defumados e com picles.
 - (D) Ingestão por longos períodos de líquidos quentes e vitamina A.
 - (E) Acalásia.

20. Em rapaz de 19 anos, queixando-se de dor abdominal no quadrante inferior direito do abdome há 24h, associada a náuseas e a aumento da dor à palpação ou manobras que aumentam a pressão intra-abdominal, deve-se pensar, como maior probabilidade, em:
- (A) Apendicite, se houver distensão abdominal.
 - (B) Apendicite, se houver leucocitose.
 - (C) Apendicite, se houver febre.
 - (D) Apendicite, se houver anorexia.
 - (E) Apendicite, mesmo na ausência de outro sinal ou sintoma.
21. Considere o quadro: Mulher, 32 anos de idade, apresenta quadro clínico caracterizado por diarreia crônica, desnutrição, fistula perianal complexa, artrite periférica e eritema nodoso. A hipótese diagnóstica mais provável é:
- (A) Retocolite ulcerativa idiopática.
 - (B) Doença de Behçet.
 - (C) Doença de Whipple.
 - (D) Doença de Crohn.
 - (E) Doença celíaca.
22. Considere o quadro: Paciente com manifestações clínicas caracterizadas por pirose retroesternal, epigastria em queimação, eructações e regurgitação, de caráter crônico e recorrente. O principal mecanismo fisiopatológico para esta doença é:
- (A) Infecção por *Helicobacter pylori*.
 - (B) Relaxamento transitório e inapropriado do esfíncter esofágico inferior.
 - (C) Hipergastrinemia.
 - (D) Processo inflamatório antral com disfunção de células D e redução de secreção de somatostatina.
 - (E) Hipercloridria.
23. Considere o quadro: Adolescente do sexo feminino, 14 anos de idade, com elevação persistente de aminotransferases por mais de seis meses. A principal hipótese diagnóstica é:
- (A) Hepatite autoimune.
 - (B) Hepatite A.
 - (C) Cirrose biliar primária.
 - (D) Doença de Wilson.
 - (E) Hemocromatose.
24. Considere o quadro: Paciente do sexo masculino, com 49 anos de idade, diabético, evoluiu no pós-operatório de colectomia subtotal por neoplasia de cólon, com a seguinte gasometria: pH = 7,24; pO₂ = 90 mmHg; pCO₂ = 23mmHg; Bic = 13mEq/l; Apresenta ainda Na = 133mEq/l; Cloro = 109 mEq/l. O tipo de acidose metabólica e sua causa são:
- (A) Acidose com ânion *gap* alterado, provável cetoacidose diabética.
 - (B) Acidose com ânion *gap* normal, provável perda de bicarbonato.
 - (C) Acidose com ânion *gap* normal, provável cetoacidose diabética.
 - (D) Acidose com ânion *gap* alterado, perda de bicarbonato.
 - (E) Acidose com ânion *gap* normal, acidose tubular renal pós-cirúrgica.
25. Considere o quadro: Paciente asmático dá entrada no PS, não conseguindo falar, com taquidispneia importante, cianose e com tiragem intercostal. Ao exame físico, apresenta-se sonolento, dispneico, com murmúrio vesicular difusamente diminuído, raros sibilos e pulso paradoxal. FC= 120 bpm; FR= 36 mov/min. A melhor conduta para este paciente é:

- (A) Ser imediatamente intubado e sedado.
(B) Ser tratado com adrenalina endovenosa.
(C) Receber antibioticoterapia desde o início da medicação.
(D) Receber corticoide como primeira medicação.
(E) Fazer inicialmente inalação com beta estimulante.
26. Você é chamado para avaliar um paciente internado em enfermaria, o qual se encontra inconsciente. O paciente não respira e não tem pulso. Você começa as manobras de reanimação cardiopulmonar e, ao monitorizar o paciente, você evidencia ritmo cardíaco de fibrilação ventricular. A prioridade neste instante deve ser:
- (A) Submeter o paciente à intubação orotraqueal.
(B) Cardioverter o paciente a 200 J.
(C) Providenciar um acesso venoso e prescrever amiodarona 300mg.
(D) Desfibrilar com 360J.
(E) Providenciar acesso venoso, prescrever adrenalina 1,0 mg EV, após um *bolus* de 10 ml de soro fisiológico 0,9% e levantar o braço do paciente.
27. Considere o quadro: Paciente do sexo feminino com 76 anos de idade, hipertensa de longa data, procurou o Pronto-Socorro com queixa de tontura e cefaleia occipital. Verificando-se PA = 190x120 mmHg, a paciente foi liberada logo após receber 10mg de nifedipina sublingual. Três horas após alta, a paciente evoluiu com desvio da rima labial, disartria e hemiparesia completa à direita. O diagnóstico mais provável para este quadro é:
- (A) Hemorragia subaracnoide por ruptura de aneurisma cerebral.
(B) Hipertensão rebote, pós-nifedipina.
(C) AVC isquêmico.
(D) AVC hemorrágico hipertensivo.
(E) Encefalopatia hipertensiva.
28. Considere o quadro: Paciente do sexo masculino, com 75 anos de idade, é fumante, usava abusivamente café, tem osteoartrose grave e refere, há 3 meses, epigastralgia e perda de peso. A endoscopia revelou úlcera em corpo gástrico, cuja biópsia revelou material necrótico, compatível com fundo de úlcera. A pesquisa de *Helicobacter pylori* na lesão foi positiva à coloração hematoxilina - eosina (HE). A conduta mais adequada para o tratamento é:
- (A) Mediar com claritromicina, tinidazol e pantoprazol por sete dias, manter pantoprazol por mais uma semana e solicitar endoscopia se não houver melhora dos sintomas com o tratamento.
(B) Não erradicar a bactéria, tratar o paciente com omeprazol por quatro semanas e solicitar endoscopia, mesmo com melhora dos sintomas após o tratamento.
(C) mediar com tetraciclina, metronidazol, subcitrato de bismuto e pantoprazol por quatorze dias e para controle solicitar teste respiratório com ureia marcada.
(D) Mediar com amoxicilina, claritromicina e omeprazol por uma semana, omeprazol por mais seis semanas e solicitar endoscopia de controle em, no máximo, seis meses.
(E) Não erradicar a bactéria, tratar o paciente com omeprazol por oito semanas e solicitar endoscopia de controle ao término do tratamento.
29. Considere o quadro: Paciente que recebe anticoncepcionais, com quadro de eritema nodoso, apresenta PPD positivo, dosagem de anti-estreptolisina O (ASLO) elevada e reação de Mitsuda positiva. A condição que pode ser excluída como etiologia do quadro cutâneo é:
- (A) Tuberculose.
(B) Estreptococcias.
(C) Alergia ao uso de anticoncepcionais.
(D) Hanseníase.
(E) Outras infecções bacterianas.

30. Considere o caso: Homem, 35 anos, procedente de garimpo do Mato Grosso, é admitido com quadro de cefaleia, confusão mental, tendo apresentado uma crise epiléptica tônico-clônica generalizada há 2 horas. Referia emagrecimento e febre baixa não medida há um mês. Ao exame físico: emagrecido, descorado 1+/4+, micropoliadenia generalizada, hepatoesplenomegalia, sem sinais de localização neurológica. Tomografia computadorizada cerebral: lesões nodulares hipodensas, de 1,5-2 cm, com efeito de massa e impregnação “em anel” pelo contraste iodado, rodeadas por halo de edema, simétricas, nos núcleos da base e tálamos. O diagnóstico mais provável é:
- (A) Encefalite herpética.
 - (B) Neurocisticercose ativa.
 - (C) Leucoencefalopatia multifocal progressiva.
 - (D) Neurotoxoplasmose.
 - (E) Encefalite pelo HIV.
31. Considere o quadro: Homem, 24 anos, vigia noturno, com história de febre alta há 3 dias, de início abrupto, seguida de cefaleia e prostração. Hoje, notou sangramento gengival e pequenas manchas na pele, principalmente em tornozelos, e dor abdominal difusa, que vem aumentando de intensidade nas últimas 2 horas, acompanhada de náuseas. Exame físico: regular estado geral, hidratado, eupneico, acianótico e anictérico. T= 39°C, PA = 100X60 mmHg. Petéquias em tornozelos. Prova do laço positiva. Hemograma mostrava Hematócrito= 50% e plaquetopenia (76.000/mm³). Após 6 horas de internação, mostrou piora repentina, com hipotensão. A principal hipótese diagnóstica e o tratamento imediato são, respectivamente:
- (A) Leptospirose e hemodiálise.
 - (B) Febre hemorrágica da dengue e expansão volêmica intravenosa rápida.
 - (C) Febre maculosa e antibioticoterapia.
 - (D) Meningococemia e antibioticoterapia.
 - (E) Febre amarela e transfusão de plaquetas.
32. Em relação ao segredo médico, assinale a opção INCORRETA.
- (A) Chamado a depor como testemunha em juízo, o médico não pode revelar fato de que tenha tido conhecimento no exercício da profissão.
 - (B) O médico não pode revelar informações obtidas durante exame de admissão, ainda que por exigência dos dirigentes da empresa.
 - (C) Pode ser revelado fato que tenha se tornado de conhecimento público, desde que se trate de matéria de interesse geral.
 - (D) A morte do paciente não libera o médico do segredo.
 - (E) Em caso de menor de idade, o médico não deve revelar aos pais ou responsáveis segredo, salvo quando a não revelação possa acarretar danos ao paciente.
33. Considere o caso: Paciente masculino de 40 anos, etilista crônico, acordou pela manhã com fraqueza na mão direita. O exame neurológico revelou dificuldade da dorsiflexão da mão e punho direitos. A causa mais provável é a lesão do seguinte nervo
- (A) ulnar.
 - (B) radial.
 - (C) axilar.
 - (D) mediano.
 - (E) cefálico.

Com base no quadro abaixo descrito, responda às questões 34 e 35.

Paciente do sexo feminino, 65 anos, deu entrada na emergência com hipercalcemia (cálcio sérico de 15mg/dl) e hipofosfatemia. Como parte da investigação, foi solicitada dosagem de PTH, que foi de 9,1 (n:12-65 pg/ml).

34. A provável causa da hipercalcemia é:
- (A) Malignidade.
 - (B) Intoxicação por vitamina D.
 - (C) Sarcoidose.
 - (D) Hiperparatireoidismo primário.
 - (E) Amiloidose.
35. Considerando os níveis séricos de cálcio em uma emergência médica, a conduta inicial é:
- (A) Diurético de alça venoso.
 - (B) Alcalinização da urina.
 - (C) Corticoide.
 - (D) Hidratação e bisfosfonatos venosos.
 - (E) Cauterização.
36. Na prevenção de eventos tromboembólicos, o uso de novos anticoagulantes, incluindo dabigatrana, rivaroxabana e apixabana, estaria indicado na seguinte condição clínica:
- (A) Infarto agudo do miocárdio recente e insuficiência cardíaca diastólica.
 - (B) Fibrilação atrial associada à hipertensão arterial sistêmica com diabetes e insuficiência cardíaca (fração de ejeção do ventrículo esquerdo <35%).
 - (C) Insuficiência renal grave e prótese valvar mecânica.
 - (D) Fibrilação atrial associada à valvopatia reumática.
 - (E) Idade maior que 80 anos, Taquicardia atrial, peso corporal menor que 60Kg e insuficiência renal grave (clearance de creatinina menor que 15ml/min).
37. São recomendações de hospitalização para tratamento de tuberculose, EXCETO:
- (A) Meningoencefalite tuberculosa.
 - (B) Intolerância aos medicamentos anti-Tb, e/ou sem resposta adequada a nível ambulatorial.
 - (C) Baciloscopia positiva por Baar no escarro.
 - (D) Casos em situação de vulnerabilidade social, como ausência de residência fixa ou grupos com maior possibilidade de abandono.
 - (E) Intercorrências clínicas e/ou cirúrgicas relacionadas ou não a Tb e que necessitem de tratamento ou procedimento em unidade hospitalar.
38. São características do derrame pleural tuberculoso, EXCETO:
- (A) Dosagem de ADA acima de 40 U.
 - (B) Escassez de mesoteliócitos e abundância de linfócitos na citometria diferencial.
 - (C) A pesquisa de Baar no líquido pleural é de baixo rendimento.
 - (D) A glicose acima de 50 mg/dl é parâmetro de exclusão do diagnóstico.
 - (E) O derrame pleural é geralmente amarelo citrino e não há indicação de drenagem pleural.

39. O tratamento de escolha para um paciente asmático que apresenta despertar noturno em média duas vezes por semana, que se ausenta eventualmente do trabalho por causa da sua doença e que se queixa de limitação para os médios esforços é:
- (A) beta 2 de longa ação e corticoide inalatório em alta dose diariamente, além de beta 2 de curta ação de demanda.
 - (B) beta 2 de longa ação e corticoide inalatório em alta dose diariamente, além de tiotrópio de demanda.
 - (C) corticoide oral por período de 2 meses, associado a beta 2 de longa ação, além de ipatrópio de demanda.
 - (D) corticoide oral por duas semanas, associado a beta 2 de longa ação diariamente como manutenção, além de beta 2 de curta ação de demanda.
 - (E) beta 2 de longa ação e corticoide inalatório em alta dose diariamente, associado a inibidor de leucotrieno.
40. Em relação a Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC), é INCORRETO afirmar:
- (A) A maioria dos pacientes acometidos não têm conhecimento de serem portadores da doença.
 - (B) A espirometria é o padrão ouro como método de avaliação, sendo a relação VEF1/CVF abaixo de 70% o selo do diagnóstico.
 - (C) O uso de tiotrópio por via inalatória é indicação para os pacientes em estágio III e IV da doença.
 - (D) Alguns pacientes podem apresentar Rx do Tórax normal e serem portadores de DPOC com repercussão funcional importante.
 - (E) O uso da associação beta 2 adrenérgico de longa ação e corticoide inalatório não se justifica no tratamento da DPOC, pois a sua patogenia é diferente da asma.
41. Considere o caso: Paciente de 19 anos, apresenta em exame pré-admissional VDRL 1:16, com posteriores resultados de FTA-ABS IgG+e IgM +. Nega antecedente de sífilis. Tratada com Penicilina G benzatina 2,4 mi U IM com repetição após 1 semana e manteve seguimento ambulatorial no Hospital Universitário. Três meses após o tratamento, resultado de VDRL 1:2. No mês seguinte (4 meses após o tratamento), VDRL 1:1. Em exame de controle, 2 meses após (6 meses após o tratamento), VDRL 1:32. A principal hipótese diagnóstica é:
- (A) Resistência à penicilina.
 - (B) Tratamento inadequado.
 - (C) Erro laboratorial.
 - (D) Reinfecção.
 - (E) *Lupus* eritematoso sistêmico.
42. Considere o quadro: Mulher de 20 anos de idade, 2G1PN, nega doenças ou cirurgias prévias. Está na 9ª semana de gestação e não tinha queixas nesta gravidez até a manhã de hoje, quando apresentou sangramento via vaginal em moderada quantidade. Ao exame físico, corada, estável hemodinamicamente, abdome inocente e colo uterino impérvio, sem sangramento. Realizada ultrassonografia com *doppler* por via transvaginal que não evidenciou saco gestacional e também não detectou massas anexiais, eco endometrial de 10 mm. Beta hcG sérico: 700 mUi/ml. A melhor conduta neste cenário clínico é:
- (A) Laparoscopia.
 - (B) Seguimento dos níveis de hCG em 48 horas.
 - (C) Cerclagem cervical.
 - (D) Dilatação e curetagem uterina.
 - (E) Retorno ambulatorial em 15 dias.
43. Considere o quadro: Uma mulher de 68 anos vem à consulta de rotina e relata sangramento via vaginal há 2 semanas, em pequena quantidade. Após avaliação inicial, foi realizada biópsia de endométrio que confirmou diagnóstico de câncer endometrial. Dos fatores abaixo, aquele que é um clássico fator de risco para esta neoplasia é:
- (A) Multiparidade.
 - (B) Infecção pelo HTLV-1.

- (C) Diabetes mellitus.
(D) Uso de pílula anticoncepcional.
(E) Tabagismo.
44. Após realizar um parto via vaginal de uma primigesta de 24 anos, sem intercorrências, você está aguardando a dequitação da placenta e ela não ocorre após 30 minutos de espera. A melhor conduta nesta situação é:
- (A) Realizar a extração manual da placenta.
(B) Iniciar ocitocina por via endovenosa.
(C) Aguardar por mais 30 minutos a dequitação espontânea.
(D) Histerectomia puerperal.
(E) Uso de misoprostol via vaginal.
45. Considere o quadro: Uma criança de 5 anos apresenta discreto desenvolvimento mamário bilateral e sangramento por via vaginal esporádico. Na investigação, foi detectada massa ovariana homogênea, não-cística de 8 cm à E. A etiologia mais provável é:
- (A) Teratoma cístico benigno.
(B) Tumor de seio endodérmico.
(C) Tumor de Brenner.
(D) Tumor de células de Sertoli.
(E) Tumor de células da granulosa.
46. Considere o quadro: Primigesta, 18 anos de idade, chega à consulta de pré-natal muito assustada, pois realizou ultrassonografia obstétrica com 21 semanas de idade gestacional (ontem) que evidenciou placenta prévia marginal. Nega sangramentos vaginais ou outros sintomas. A conduta mais adequada para este caso é:
- (A) Recomendar repouso absoluto e agendar cesárea para resolução com 39 semanas.
(B) Programar amniocentese com 36 semanas de idade gestacional e então realizar o parto por via cesariana se confirmada a maturidade pulmonar fetal.
(C) Realizar Ressonância Nuclear Magnética com 35 semanas para avaliar a possibilidade de placenta percreta e envolvimento da bexiga.
(D) Manter o seguimento e confirmar a posição da placenta por ultrassonografia com 33-35 semanas de idade gestacional.
(E) Recomendar a interrupção da gravidez pelo alto risco materno e fetal.
47. Considere o quadro: Paciente de 37 anos, 4G4PN, tabagista há 20 anos, realizou colpocitologia oncótica que apresentou resultado de HSIL (lesão intraepitelial de alto grau) pelo sistema de Bethesda. Foi realizada uma colposcopia, satisfatória, e o resultado da biópsia foi compatível com neoplasia intraepitelial (NIC) III. A curetagem endocervical teve resultado negativo para neoplasia. Como ela também apresentava menorragia por miomas uterinos, foi realizada histerectomia total por via abdominal, com completa excisão do colo uterino. No retorno, a paciente pergunta se ainda precisa realizar o exame de Papanicolau, pois o colo foi totalmente retirado. A melhor conduta para este caso é:
- (A) A paciente deve continuar a realizar anualmente a citologia oncótica colhida da cúpula vaginal.
(B) A paciente deve realizar as citologias a cada 2-3 anos e, se os resultados forem continuamente negativos, pode interromper após 10 anos.
(C) A paciente não precisa mais realizar a coleta de citologia oncótica.
(D) A paciente deve realizar a vacina tetravalente para o HPV (papilomavírus humano).
(E) A paciente deve fazer citologia oncótica e vulvoscopia de 3 em 3 meses por 2 anos.
48. Considere o quadro: Puérpera de 36 anos de idade, 1G1PN, vem à consulta 6 semanas após parto vaginal sem intercorrências. Está amamentando satisfatoriamente e pretende fazê-lo por mais 10 ou 12 meses. Não tem doenças, nega tabagismo e está tomando a mesma suplementação vitamínica que tomava no pré-natal. Exame

físico normal, útero bem involuído e sem sinais de infecção. Sobre a orientação contraceptiva para esta paciente, assinale a opção em que se encontra um método que pode diminuir a produção de leite materno:

- (A) Dispositivo intrauterino.
- (B) Pílula só de progesterona.
- (C) Injetável trimestral.
- (D) Preservativo feminino.
- (E) Contraceptivo oral combinado.

49. No caso de uma paciente com diagnóstico recente de câncer de mama, o fator prognóstico mais importante nesta doença é:

- (A) Idade do diagnóstico.
- (B) Tamanho do tumor.
- (C) Metástases em linfonodos axilares.
- (D) Presença de receptores de estrogênio nas células tumorais.
- (E) Bax positivo na imunohistoquímica.

50. Considere o quadro: Gestante de 40 anos, idade gestacional 39sem2dias, em trabalho de parto sob analgesia peridural, apresenta dilatação completa do colo e realiza os puxos adequadamente há 3 horas. Está exausta e chora muito, dizendo que não consegue mais fazer força. Amniorrexe há 6 horas e em uso de ampicilina via venosa por história de colonização pelo Streptococo do grupo B. Ao exame, afebril, cardiotocografia basal com frequência cardíaca fetal variando entre 140 e 180 batimentos por minuto, com diminuição da variabilidade. No toque vaginal, o colo está completamente dilatado e apagado, apresentação fetal em OEA e visível no introito vaginal entre os puxos. Cabeça fetal no plano + 1 de De Lee, com formação de bossa. O melhor manejo desta situação é

- (A) Parto cesáreo imediato.
- (B) Deixar a paciente descansar por 40 minutos e depois incentivá-la a manter os puxos.
- (C) Realizar parto vaginal operatório.
- (D) Fazer ampla episiotomia.
- (E) Reforço da anestesia peridural.

51. Durante laparotomia exploradora em mulher de 54 anos com massa pélvica, foram encontrados tumor ovariano unilateral de 8cm e uma metástase no omento de 4cm. A biópsia de congelação confirmou cistoadenocarcinoma seroso. A melhor conduta operatória neste momento é:

- (A) Excisão da metástase de omento e cistectomia no ovário.
- (B) Omentectomia e cistectomia no ovário.
- (C) Omentectomia e salpingooforectomia bilateral.
- (D) Omentectomia, hysterectomia total abdominal e salpingooforectomia bilateral.
- (E) Omentectomia, hysterectomia total abdominal, salpingooforectomia bilateral e apendicectomia.

52. Considere o quadro: Paciente de 23 anos de idade, primigesta, parto via vaginal de RN do sexo masculino de 3440g. Após a dequitação da placenta, foi diagnosticada inversão uterina, que foi corrigida com sucesso por manobras de táxis manual. Dos seguintes locais de implantação placentária, aquele que está mais provavelmente envolvido na predisposição à inversão uterina é:

- (A) Fúndica
- (B) Anterior
- (C) Posterior
- (D) Lateral
- (E) Segmento inferior

53. Considere o quadro: J.A.F, 72 anos, queixa-se de “bola na vagina” há 1 ano. Além disso, urgeincontinência urinária com piora há 4 meses. Nega perda urinária aos esforços prévia ou atual. Antecedentes pessoais: Hipertensão arterial sistêmica. 6G6PN0A. Menopausa aos 52 anos, sem vida sexual ativa. No exame físico, bom estado geral, corada, eupneica, PA 120x80 mmHg, IMC 25 kg/m². Mamas sem nódulos ou espessamentos palpáveis, abdome inocente, vulva e vagina atroficas e presença de prolapso genital conforme tabela da classificação POP-Q a seguir:

Aa	Ba	C
+3	+3	+7
Gh	Pb	Tvl
5,5	2	8
Ap	Bp	D
+3	+3	+7

* Gh: hiato urogenital; Pb: corpo perineal; Tvl: comprimento total da vagina

Neste caso, a classificação do prolapso genital e a conduta terapêutica adequada são, respectivamente:

- (A) Prolapso genital estágio 4 (POP-Q) e histerectomia vaginal.
 (B) Prolapso genital estágio 3 (POP-Q) e histerectomia vaginal com pexia de cúpula vaginal em ponto alto dos ligamentos uterossacros.
 (C) Prolapso genital estágio 2 (POP-Q) e cirurgia de Burch.
 (D) Prolapso genital estágio 4 (POP-Q) e colpoperineoplastia anterior e posterior.
 (E) Prolapso genital estágio 3 (POP-Q) e correção cirúrgica do defeito apical com colocação de tela.
54. Considere o caso: Paciente de 35 anos, 30 semanas de idade gestacional, chega à urgência obstétrica com sangramento vaginal em moderada quantidade e dor abdominal. O exame toxicológico da urina é positivo. A droga mais provavelmente envolvida com este quadro clínico é:
- (A) Maconha.
 (B) Álcool.
 (C) Barbitúricos.
 (D) Benzodiazepínicos.
 (E) Cocaína.
55. Considere o quadro: A mãe traz à consulta menina de 11 anos de idade, com história de corrimento genital há 3 meses. A mãe relata início do desenvolvimento das mamas e dos pelos pubianos há 12 meses e diz estar muito preocupada com a roupa íntima da criança, pelo aparecimento de secreção com aspecto de “clara de ovo” há 3 meses. Nega outras alterações. Ao exame, bom estado geral, mamas simétricas em estágio III de Tanner-Marshall, pelos pubianos em estágio III de Tanner, clitóris e formações labiais normais. A conduta mais adequada para este caso é:
- (A) Prescrição de antibioticoterapia por 3 semanas, devido à vulvovaginite.
 (B) Administração de análogo do GnRh pelo diagnóstico de puberdade precoce central.
 (C) Orientá-las que a secreção é fisiológica e que provavelmente a menarca está próxima.
 (D) Investigação do cariótipo da paciente e ressonância nuclear magnética de crânio e pelve.
 (E) Prescrição de progestagênio isolado, devido à puberdade precoce periférica.
56. Considere o quadro: Gestante de 29 anos, 1G, 34 semanas, internada para tratamento clínico de pré-eclâmpsia. Na admissão, PA 150/100mmHG e proteinúria de 500mg em 24 horas. No 7º dia de internação, foi diagnosticada com pré-eclâmpsia grave e a equipe médica optou pela sulfatação e programação da resolução da gravidez. Dos seguintes critérios, aquele que pode ter se manifestado nesta paciente e levado à classificação de pré-eclâmpsia grave é:

- (A) Níveis de ácido úrico superiores a 12 mg/dl.
(B) Proteinúria de 5g em 24 horas.
(C) Edema de MMII 4+/4.
(D) Contagem de plaquetas de 110.000/uL.
(E) Volume urinário de 1800ml em 24 horas.
57. Considere o quadro: M.L.S, 51 anos, queixa de ondas de calor insuportáveis diurnas e noturnas, irritabilidade e má qualidade do sono. Última menstruação há 8 meses. 3G3PC, sem doenças. Sem antecedentes familiares dignos de nota. Ao exame, bom estado geral, corada, PA: 110x70 mmHg, mamas sem alterações, abdome inocente, vagina hipotrófica, sem perda urinária à Valsalva, especular e toque vaginais normais. Hemoglobina de 12,2 mg/dl, lipidograma normal, beta hCG negativo, TSH: 1,2 uU/ml, FSH: 86 mUI/ml, LH 78 mUI/ml, Mamografia Birads V, ultrassonografia transvaginal com útero de volume normal (90 cm³), em anteversoflexão, eco endometrial: 2mm, ovários normais. Neste caso:
- (A) A Terapia Hormonal está indicada, devendo ser realizada com estrogênio associado à progesterona, por via sistêmica.
(B) Deve-se aguardar mais 4 meses de amenorreia para a confirmação do diagnóstico de climatério e definição da conduta terapêutica.
(C) A Terapia Hormonal está contraindicada e terapias alternativas podem ser utilizadas para o alívio das ondas de calor.
(D) A Terapia hormonal está indicada e deve ser realizada exclusivamente com progesterona.
(E) Há indicação de histeroscopia diagnóstica para avaliação endometrial.
58. Considere o quadro: Primigesta, 26 anos, 39 semanas de idade gestacional, vem à consulta de pré-natal. Sem queixas. Ao exame físico, altura uterina de 35 cm, batimentos cardíofetais presentes 142 bpm, 1 contração uterina de 40 segundos em 20 minutos de avaliação, sem desacelerações. Ao toque vaginal, feto cefálico no plano 0 de De Lee, colo centralizado, amolecido, pêrvio 1,5 cm, apagado 50%, bolsa íntegra, amnioscopia: líquido claro com grumos. Índice de líquido amniótico ao ultrassom de 12,6 cm. O escore de Bishop desta paciente é:
- (A) 5
(B) 6
(C) 7
(D) 8
(E) 9
59. Considere o quadro: Adolescente de 17 anos vem à consulta com a mãe por estarem preocupadas com o fato de ela não iniciado as menstruações. Nega atividade física em excesso ou perda de peso. Suas 2 irmãs e a mãe apresentaram a menarca aos 13 anos. No interrogatório, a mãe recorda que um pediatra já mencionou algo sobre “rim pélvico” em uma avaliação de rotina. Ao exame, bom estado geral, altura 1,68cm, peso: 60 kg, PA 110/60 mmHg, tireoide normal à palpação. Mamas sem nódulos ou espessamentos palpáveis, estágio Tanner IV, genitália externa normal. Pêlos axilares e pubianos presentes, estágio IV de Tanner e ausência de lesões dermatológicas. Neste caso, a hipótese diagnóstica e o próximo passo adequados na investigação são, respectivamente:
- (A) Síndrome de Rokitansky e cariótipo.
(B) Síndrome de Turner e ultrassonografia pélvica.
(C) Síndrome de Morris e Ressonância de pelve.
(D) Síndrome de Asherman e histeroscopia diagnóstica.
(E) Síndrome de McCune Albright e Tomografia de crânio.

60. Considere o quadro: Primigesta, 21 anos, vem à primeira consulta de pré-natal. Sem queixas. Data da última menstruação: 02.12.2013. Nega doenças ou cirurgias prévias. Ao exame físico, altura 1,74m, Peso: 49kg, PA: 100/60 mmHg, mamas sem alterações, colo impérvio. Para esta paciente, o ganho de peso total recomendado durante a gestação é de:
- (A) 6-7 kg
 - (B) 7-11,5 kg
 - (C) 11,5-16 kg
 - (D) 12,5-18 kg
 - (E) 16-24 kg
61. A medida do perímetro cefálico da criança é importante para indicar:
- (A) O fechamento precoce da fontanela.
 - (B) A época do início da marcha.
 - (C) O crescimento do cérebro.
 - (D) O início da fala.
 - (E) O início da coordenação motora.
62. Em relação ao crescimento normal, assinale a opção CORRETA.
- (A) O bebê perde, nos primeiros dias de vida, até 10% do peso de nascimento, que deve estar recuperado em torno do sétimo ao décimo dia de vida.
 - (B) Crianças nascem com aproximadamente 25 centímetros de perímetro cefálico.
 - (C) O peso do bebê dobra no segundo mês de vida, triplica no sexto e quadruplica em um ano.
 - (D) A velocidade máxima de crescimento nas meninas ocorre no ano após a menarca.
 - (E) O perímetro cefálico cresce aproximadamente 15 centímetros no primeiro ano de vida.
63. Em relação ao Leite materno, é esperado que a mudança do leite de transição para o leite maduro ocorra
- (A) durante a gestação.
 - (B) de dois a cinco dias após o parto.
 - (C) a partir do 5º/6º dia após o parto.
 - (D) imediatamente após o parto.
 - (E) nunca ocorra.
64. Em relação ao aleitamento materno, é CORRETO afirmar:
- (A) Para retirar o recém-nascido da mama, a nutriz deve esperar que ele adormeça.
 - (B) Deve se iniciar precocemente, a partir da 4ª hora de vida.
 - (C) Deve ser evitado nas mães que apresentaram sangramento maior que dois litros na parturição.
 - (D) A pega deve ser com o recém-nascido apreendendo toda a aréola mamária e com os lábios inferiores invertidos.
 - (E) No engurgitamento mamário, devem ser indicadas compressas mornas nas mamas.
65. No exame físico do recém-nascido, é considerado patológico o seguinte achado:
- (A) Reflexo de Moro presente.
 - (B) Pérolas de Ebstein.
 - (C) Hérnia inguinal.
 - (D) Hipertrofia de glândula mamária.
 - (E) Manchas salmão (máculas vasculares) nas pálpebras, glabella e nuca.

66. Em relação à Glomerulonefrite Difusa Aguda Pós-Estreptococia (GNDA-PE), assinale a opção INCORRETA.
- (A) O edema e a hipertensão arterial são consequências diretas da diminuição da taxa de filtração glomerular.
 - (B) A encefalopatia hipertensiva é uma das complicações da fase inicial e manifesta-se por cefaleia, náuseas, vômitos, convulsões e distúrbios visuais e é consequência da hipertensão arterial grave.
 - (C) A biópsia renal deve ser considerada quando o complemento sérico (C3) se mantém baixo por mais de dois meses após o início do quadro.
 - (D) A insuficiência renal aguda é a complicação menos frequente na GNDA-PE.
 - (E) Um complemento sérico diminuído durante três semanas de doença indica a terapêutica com altas doses de corticoide em forma de pulsoterapia.
67. Em relação à infecção urinária, é CORRETO afirmar:
- (A) No lactente, o sexo masculino é mais frequentemente acometido do que o feminino.
 - (B) No primeiro ano de vida, os sintomas são mais localizados no sistema urinário da criança.
 - (C) Pode evoluir para septicemia quando ocorre no período neonatal.
 - (D) O agente mais frequente é a *Klebsillasp*.
 - (E) A exploração radiológica das vias urinárias é desnecessária no sexo feminino.
68. Durante a Síndrome de Recuperação Nutricional, que surge no decorrer do tratamento bem sucedido da criança portadora de desnutrição energético-proteica, pode-se observar:
- (A) Diminuição da volemia.
 - (B) As manchas hiperocrômicas ficam mais evidentes devido à recuperação da melanina.
 - (C) Sinais clínicos evidentes de hepatomegalia, distensão abdominal e ascite.
 - (D) Tem início na primeira semana de tratamento.
 - (E) Hipogamaglobulinemia e proteinúria moderada.
69. Em relação à Febre Reumática (FR) é INCORRETO afirmar:
- (A) O diagnóstico é baseado nos Critérios de Jones da *American Heart Association* e, revisados em 1992.
 - (B) A coreia é um critério que, isoladamente, permite o diagnóstico da FR, sendo seu aparecimento geralmente tardio.
 - (C) A presença de dois critérios maiores ou de um critério maior e dois menores, associada à evidência de infecção estreptocócica anterior, é altamente sugestiva de FR.
 - (D) A dosagem da ASLO deve ser repetida entre 4 a 6 semanas, pela possibilidade de ser negativa principalmente nas estreptococcias de orofaringe.
 - (E) A artrite é a manifestação mais frequente e menos específica.
70. Maria Júlia, uma menina de três anos de idade, comparece ao posto de saúde com febre baixa e eritema de face há três dias. Há um dia surgiu também eritema em tronco, nádegas e membros. Mantém bom estado geral e apetite preservado. Exame físico: ausência de adenomegalias e hepatoesplenomegalia. O diagnóstico mais provável é:
- (A) Sarampo.
 - (B) Mononucleose infecciosa.
 - (C) Rubéola.
 - (D) Eritema infeccioso.
 - (E) Escarlatina.
71. Para um lactente com um mês e vinte dias de vida, com o seguinte quadro: tiragem subcostal grave, taquipneia, gemência, cianose, dificuldade para alimentar-se devido à dispneia, a conduta mais adequada é:
- (A) Internar, com vigilância; aerosol com adrenalina de duas em duas horas, suporte de O₂ e fisioterapia respiratória.

- (B) Observar com inalação de aerosol com beta-dois-adrenérgico de duas em duas horas; hidrocortisona venosa; e, ao melhorar, encaminhar para ambulatório com uso de prednisolona e amoxicilina-clavulanato.
- (C) Tratar como paciente grave em terapia intensiva com ventilação mecânica sob sedação contínua e controle com gasometria.
- (D) Prednisolona, hidroxizina e cefalexina.
- (E) Internar com hidratação venosa; suporte fisioterápico e ampicilina associada à amicacina.
72. Com relação às pneumonias comunitárias na infância, é CORRETO afirmar que:
- (A) Para evitar abusivo de antibióticos, o tratamento baseia-se em exames laboratoriais e radiológicos.
- (B) Taquipneia, tiragem e choro intermitente são sinais de gravidade.
- (C) Em pacientes com pneumonia grave, o esquema terapêutico mais seguro é ceftriaxona, associado à oxacilina.
- (D) As principais complicações são: derrame pleural, atelectasias, pneumonias necrosantes e pneumatoceles.
- (E) Os Derrames pleurais devem ser drenados em até 48h.
73. Sobre o calendário vacinal do Programa Nacional de Imunizações do Ministério da Saúde do Brasil; pode-se afirmar que:
- (A) Aos nove meses todas as crianças devem receber a vacina contra a febre amarela;
- (B) Aos dois meses de idade a criança inicia o esquema vacinal contra a poliomielite usando a Vacina Oral, que deve ser administrada também aos quatro e seis meses.
- (C) A Vacina Tetra Viral, contra sarampo, caxumba, rubéola e varicela, deve ser administrada aos quinze meses e para crianças que receberam a tríplice viral aos doze meses.
- (D) Uma dose da vacina meningocócica C conjugada está indicada para as crianças com seis meses.
- (E) Para todas as crianças em prevenção à pneumonia está disponível a vacina pneumocócica 23 valente.
74. Sobre a vacina DTP/HB/Hib (Pentavalente), é CORRETO afirmar:
- (A) Não está indicada para crianças expostas à Hepatite B.
- (B) Indivíduos que apresentam quadro neurológico em atividade podem receber a vacina.
- (C) Está contraindicada em crianças que apresentaram encefalopatia nos primeiros sete dias após a administração da vacina prévia.
- (D) Não pode ser administrada concomitantemente à vacina inativada contra poliomielite, nem à pneumocócica 10 valente.
- (E) A Pentavalente é indicada para imunização ativa de todas as crianças contra difteria, tétano, coqueluche, hepatite B e doenças causadas por *Haemophilus influenzae* tipo b.
75. A bactéria, após ser ingerida pela criança, através de água ou alimentos contaminados, se fixa na mucosa do intestino delgado, libera toxinas que ativam enzimas localizadas na membrana basolateral do enterócito (adenilato-ciclase e guanilato-ciclase), as quais estimulam o aumento intracelular de AMPc e GMPc e o cálcio, o que provoca a abertura dos canais de cloro, o afluxo desses íons para a luz intestinal, seguindo-se o sódio e a água. Este mecanismo fisiopatológico relaciona-se à seguinte bactéria:
- (A) *Escherichia coli* enterotoxigênica.
- (B) *Escherichia coli* enteropatogênica clássica.
- (C) *Campylobacter*.
- (D) *Yersinia*.
- (E) *Salmonella*.
76. São bactérias que invadem a mucosa colônica, provocando quadro de disenteria na criança:
- (A) *Shigella*, *Salmonella*, *Campylobacter* e *Yersinia*.
- (B) *Salmonella*, *Campylobacter*, *Escherichia coli* enteropatogênica clássica e *Escherichia coli* entero-invasiva.
- (C) *Bacillus cereus*, *Shigella*, *Escherichia coli* enteropatogênica clássica e *Staphylococcus aureus*.

- (D) *Escherichia coli* enterotoxigênica, *Escherichia coli* enteroinvasiva, Salmonella e Yersinia.
(E) *Escherichia coli* entero-agregativa, Shigella, *Escherichia coli* entero-aderente, *Escherichia coli* enteropatogênica clássica.
77. Considere o quadro: Lactente de três meses de idade, sexo masculino, iniciou há três dias quadro de coriza e febre baixa, que evoluiu para dificuldade respiratória progressiva. Ao exame: tiragem intercostal e retração esternal de grau moderado, frequência respiratória de 64 ipm e uma discreta cianose de extremidades. A oximetria de pulso mostrou uma saturação de O₂ de 90%. A radiografia de tórax evidencia sinais de hiperinsuflação pulmonar. O diagnóstico mais provável é:
- (A) Lactente chiador com quadro aspirativo.
(B) Crise asmática.
(C) Laringotraquebronquite aguda.
(D) Bronquiolite.
(E) Pneumonia por *Clamídia tracomatis*.
78. Considere o caso: Pré-escolar de 3 anos, desnutrido de II grau, é trazido ao hospital com tosse intensa e dificuldade respiratória. Ao exame físico, apresenta Tax 37 °C e sibilância difusa. A radiografia de tórax, feita há cinco dias, evidencia opacidade em lobo médio do pulmão direito. Uma nova radiografia, feita há 24 horas, mostra opacidade de lobo superior esquerdo. O diagnóstico mais provável é:
- (A) Síndrome de Loeffler.
(B) Pneumonia por *Clamídia tracomatis*.
(C) Pneumonia por bacteriana.
(D) Pneumonia por *Pneumocistis carini*.
(E) Pneumonia por *Mycoplasma pneumoniae*.
79. Uma adolescente de 14 anos de idade teve a menarca faz aproximadamente 18 meses. Há três meses está com amenorreia. A hipótese mais provável é:
- (A) gravidez.
(B) cisto de ovário.
(C) ciclos anovulatórios.
(D) insuficiência pituitária.
(E) insuficiência hipotalâmica.
80. Considere o quadro: Juliano, um menino de 4 anos de idade, foi levado ao serviço de Pronto-Socorro com a história de diarreia aquosa de cerca de 7 episódios no dia, acompanhada de vômitos; com 6 episódios durante o dia. Apresentava ainda temperatura de 38,5°C. A mãe suspendeu a alimentação e iniciou líquidos, como água de coco, sucos, água, porém a criança vomitava logo em seguida. Ele urinou apenas 2 vezes nas últimas 12 horas. A criança sente-se fraca e apresenta palidez cutaneomucosa. Considerando o quadro clínico, a conduta mais adequada é:
- (A) iniciar antiemético e hidratação venosa, deixando a criança em observação no hospital.
(B) iniciar antiemético e solução de reidratação oral deixando a criança em observação no hospital.
(C) iniciar solução de reidratação oral em casa.
(D) iniciar solução de reidratação oral, deixando a criança em observação no hospital.
(E) iniciar hidratação venosa no hospital.
81. Gastão Wagner de Sousa Campos discute acerca da saúde pública e saúde coletiva como campo e núcleo de saberes e práticas. De acordo com este autor, constituem modos básicos para se produzir saúde, EXCETO:
- (A) Transformações econômicas, sociais e políticas, resultando em padrões saudáveis de existência, dificultando o surgimento de enfermidades. *Cidades saudáveis* tem denominado este modo de produção referente à *promoção à saúde* (WHO,1991).

- (B) Vigilância à saúde voltada para a promoção e prevenção de enfermidades e morte.
- (C) Clínica e reabilitação, em que se realizam práticas de assistência e de cuidados individuais de saúde.
- (D) Atendimento de urgência e de emergência, em que práticas de intervenção imediatas, em situações limites, evitam morte e sofrimento.
- (E) Educação em saúde, aliada ao atendimento individual. Isso se justifica pelo fato de que existem limites precisos ou rígidos entre os diferentes modos de produção. Nem todos utilizam práticas de promoção e de prevenção, ações clínicas de reabilitação e de cuidados.
82. Segundo Medronho, o acesso aos serviços de saúde é a condição fundamental para que se dê o uso dos recursos de saúde. Este conceito é bastante complexo e abrange diversas dimensões que podem representar a resistência ou a dificuldade no uso desses serviços. Neste sentido, pode-se identificar diversas barreiras, EXCETO:
- (A) Geográfica.
- (B) Econômica.
- (C) Cultural.
- (D) Funcional.
- (E) Temporal.
83. A eficácia, a efetividade e a eficiência são conceitos importantes, utilizados como uma medida para avaliar o efeito das ações em saúde. Embora exista alguma variação na literatura, o conceito de **eficácia** adotado pelo OTA (*Office of Technology Assessment*) faz referência ao
- (A) resultado de uma intervenção realizada sob as condições ideais, bem controladas, como nos ensaios clínicos controlados, ou em “centros de excelência”.
- (B) resultado de uma intervenção aplicada sob as condições habituais da prática médica, que incluem as imperfeições de implementação que caracterizam o mundo cotidiano.
- (C) resultado da relação entre custos e consequências, os quais podem ser medidos sob condições próximas do ideal ou na prática diária.
- (D) resultado dos efeitos alcançados em relação ao esforço empreendido, em termos de custos, recursos e tempo que foram gastos para alcançá-los.
- (E) resultado de uma intervenção aplicada sob as condições gerais das práticas de saúde, independentemente da relação de custo e benefício.
84. Quando se aborda a situação em que indivíduos com mesmo problema de saúde possuem a mesma oportunidade de utilização de serviços de saúde e recebem cuidados adequados às suas necessidades, independentemente de sua condição social, está-se falando do princípio da:
- (A) Igualdade.
- (B) Integralidade.
- (C) Universalidade.
- (D) Equidade horizontal.
- (E) Equidade vertical.
85. Observe a seguinte definição: “frequência de casos existentes de uma determinada doença, em uma determinada população e em um dado momento” (MEDRONHO, 2002). Isto estaria relacionado ao conceito de
- (A) Prevalência.
- (B) Incidência.
- (C) Taxa de Incidência.
- (D) Incidência Acumulada.
- (E) Chance (Odds) de Incidência.

86. Sobre Medidas em Epidemiologia, assinale a opção INCORRETA.
- (A) A prevalência de uma doença é determinada pela sua incidência e duração, assim como pelos movimentos migratórios.
 - (B) Quanto mais elevada a incidência e/ou a duração de uma doença, maior tende a ser sua prevalência.
 - (C) Elevadas taxas de incidência implicam, necessariamente, em altas proporções de prevalência, particularmente quando a duração do problema de saúde em questão é curta.
 - (D) Mesmo apresentando elevados níveis de incidência, particularmente nos períodos epidêmicos, os casos de doenças como dengue ou doença meningocócica só “existem”, ou se mantêm, por pouco tempo, e, portanto, não podem ser devidamente detectados nos estudos de prevalência instantânea.
 - (E) Elevadas proporções de prevalência podem se sobrepor a baixos níveis de incidência, quando a duração de uma doença é longa o suficiente.
87. São critérios para a avaliação e escolha de indicadores de saúde, EXCETO:
- (A) Disponibilidade de dados para toda a população que se deseja avaliar, ou seja, o indicador deve possuir boa representatividade ou cobertura.
 - (B) Uniformidade quanto à definição e aos procedimentos empregados no seu cálculo, garantindo uma boa confiabilidade.
 - (C) Complexidade no que diz respeito à sua construção e também interpretação.
 - (D) Sinteticidade, de modo a poder abranger o efeito do maior número possível de fatores que influem no estado de saúde das coletividades.
 - (E) Poder discriminatório, de forma a permitir comparações entre populações, ou de uma mesma população em momentos distintos.
88. A Mortalidade Perinatal é um indicador de saúde materno-infantil que reflete tanto as condições de saúde reprodutiva quanto a qualidade da assistência pré-natal, ao parto e ao neonato. A definição atual da mortalidade perinatal compreende os óbitos ocorridos no seguinte período:
- (A) Desde a idade gestacional em que o feto atinge 500 gramas de peso até sete dias completos de vida.
 - (B) Desde o nascimento da criança até três dias completos de vida.
 - (C) Desde o nascimento da criança até 120 horas de vida extra-uterina.
 - (D) Desde a 22ª semana de gestação até três dias completos de vida.
 - (E) Desde o nascimento da criança até 168 horas de vida extra-uterina.
89. Observe a seguinte definição: “tipo de estudo observacional que se inicia com a seleção de um grupo de pessoas portadoras de uma doença ou condição específica e um outro grupo de pessoas que não sofrem dessa doença ou condição”. Isto estaria relacionado ao conceito de
- (A) Estudo de Caso-controle.
 - (B) Estudo de Coorte.
 - (C) Estudo Ecológico.
 - (D) Estudo de Intervenção.
 - (E) Estudo Experimental.
90. O documento básico que alimenta o Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA-SUS) é:
- (A) Declaração de Óbito.
 - (B) Autorização de Internação Hospitalar.
 - (C) Boletim de Produção Ambulatorial.
 - (D) Formulários de cadastro e seguimento das famílias atendidas pelas Equipes de Saúde da Família e Agentes Comunitários de Saúde.
 - (E) Declaração de Nascidos Vivos.

91. São critérios para seleção de doenças e agravos prioritários à vigilância epidemiológica, EXCETO:

- (A) Magnitude.
- (B) Potencial de disseminação.
- (C) Transcendência.
- (D) Vulnerabilidade.
- (E) Perspectiva de cura.

92. Observe a seguinte definição: “conjunto de ações necessárias para alcançar os seguintes objetivos - estudar, analisar e investigar o somatório de informações reunidas a respeito do desempenho de um produto durante a fase pós-comercialização” (BRASIL, 2005). Trata-se do conceito de

- (A) Farmacovigilância.
- (B) Hemovigilância.
- (C) Tecnovigilância.
- (D) Vigilância sindrômica.
- (E) Vigilância ativa.

93. A Rede de Frio ou Cadeia de Frio é o processo de armazenamento, conservação, manipulação, distribuição e transporte dos imunobiológicos do Programa Nacional de Imunizações, e deve ter as condições adequadas de refrigeração, desde o laboratório produtor até o momento em que a vacina é administrada.

A Geladeira Comercial, por exemplo, constitui um dos equipamentos de uso comercial que, na Rede de Frio, são destinados à estocagem de imunobiológicos em temperaturas positivas a +2°C, devendo, para isto, estar regulados para funcionar nesta faixa de temperatura. Na primeira prateleira, devem ser armazenadas as vacinas que podem ser submetidas à temperatura negativa e devem ser empilhadas nas próprias embalagens (caixas), tendo-se o cuidado de deixar um espaço entre as pilhas, permitindo, assim, a circulação de ar entre as caixas.

Assinale a opção que apresenta as vacinas que deverão ocupar a primeira prateleira.

- (A) Contra poliomielite, sarampo e febre amarela.
- (B) DTP, dT, Hepatite B, Hib, influenza, TT, BCG, Pneumococo, pólio inativada, DTaP.
- (C) Contra poliomielite, febre amarela, influenza, TT, BCG, Pneumococo, pólio inativada e DTaP.
- (D) Sarampo, dT, DTP, Hepatite B e Hib.
- (E) Influenza, TT, BCG, Pneumococo, pólio inativada, DTaP.

94. Caixas térmicas são equipamentos da Rede de Frios e são produzidas com material térmico do tipo poliuretano ou poliestireno expandido (ex.: isopor, isonor), sendo este último o mais utilizado no transporte de imunobiológicos entre os diversos laboratórios produtores até a sala de vacina, inclusive na vacinação extramuros. Trata-se de uma particularidade deste tipo de equipamentos:

- (A) A caixa térmica deve ser organizada para manter a temperatura de conservação dos imunobiológicos a 0°C ou entre +2°C e +8°C por um determinado período de tempo, de acordo com o imunobiológico a ser armazenado ou transportado.
- (B) A caixa térmica deve ser organizada para manter a temperatura de conservação dos imunobiológicos a -10°C ou entre +2°C e +8°C por um determinado período de tempo, de acordo com o imunobiológico a ser armazenado ou transportado.
- (C) A caixa térmica deve ser organizada para manter a temperatura de conservação dos imunobiológicos a -20°C ou entre +2°C e +8°C por um determinado período de tempo, de acordo com o imunobiológico a ser armazenado ou transportado.
- (D) A caixa térmica deve ser organizada para manter a temperatura de conservação dos imunobiológicos a -10°C ou entre +6°C e +12°C por um determinado período de tempo, de acordo com o imunobiológico a ser armazenado ou transportado.
- (E) A caixa térmica deve ser organizada para manter a temperatura de conservação dos imunobiológicos a 0°C ou entre +6°C e +12°C por um determinado período de tempo, de acordo com o imunobiológico a ser armazenado ou transportado.

95. Os sistemas de informação em saúde no Brasil tiveram um crescimento acelerado nos últimos anos, especialmente com a implementação do SUS. Neste contexto, foi elaborada uma Política Nacional de Informação e Informática para a Saúde (PNIIS), com o propósito de “promover o uso inovador, criativo e transformador da tecnologia da informação, para melhorar os processos de trabalho em saúde, resultando em um Sistema Nacional de Informação em Saúde articulado, que produza informações para os cidadãos, a gestão, a prática profissional, a geração de conhecimento e o controle social, garantindo ganhos de eficiência e qualidade mensuráveis através da ampliação de acesso, equidade, integralidade e humanização dos serviços e, assim, contribuindo para a melhoria da situação de saúde da população” (BRASIL, 2004). Em se tratando da PNIIS, NÃO constitui diretriz:

- (A) Estabelecer Registro Eletrônico de Saúde que permita recuperar, por meios eletrônicos, as informações de saúde do indivíduo em seus diversos contatos com o sistema de saúde, com o intuito de melhorar a qualidade dos processos de trabalho em saúde, incluindo a disponibilidade local de informações para a atenção à saúde.
- (B) Estabelecer por um processo aberto e participativo padrões de representação da informação em saúde, abrangendo vocabulários, conteúdos e formatos de mensagens, de maneira a permitir o intercâmbio de dados entre as instituições, a interoperabilidade entre os sistemas e a correta interpretação das informações.
- (C) Estabelecer mecanismos de compartilhamento de dados de interesse para a saúde e ampliar a produção e disseminação de informações de saúde, de forma a atender tanto as necessidades de usuários, profissionais, gestores, prestadores de serviços e controle social, quanto o intercâmbio com instituições de ensino e pesquisa e com outros setores governamentais e da sociedade e instituições internacionais.
- (D) Estimular as iniciativas locais de desenvolvimento de sistemas de informação, considerando sua potencialidade de melhor atender a diversidade e complexidade dos serviços de saúde, respeitando as características regionais e fortalecendo o desenvolvimento da cultura de informação e informática em saúde.
- (E) Garantir o acesso restrito a bases de dados em saúde não-identificados, sujeitando a preceitos éticos o acesso a dados individuais identificados, a fim de respeitar a privacidade e a confidencialidade.

96. É função dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), EXCETO:

- (A) Prestar atendimento clínico em regime de atenção diária, evitando, assim, as internações em hospitais psiquiátricos.
- (B) Oferecer atendimento diário, sob regime fechado, às pessoas com transtornos mentais severos e persistentes, realizando o acompanhamento clínico, internações e a reinserção social destas pessoas por meio do acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários.
- (C) Promover a inserção social das pessoas com transtornos mentais por meio de ações intersetoriais.
- (D) Regular a porta de entrada da rede de assistência em saúde mental na sua área de atuação.
- (E) Dar suporte à atenção à saúde mental na rede básica.

97. No que diz respeito aos Centros de Convivência e Cultura, pode-se afirmar:

- (A) São dispositivos públicos que compõem a rede de atenção substitutiva em saúde mental e que oferecem às pessoas com transtornos mentais espaços de sociabilidade, produção cultural e intervenção na cidade.
- (B) São equipamentos assistenciais que realizam atendimento médico ou terapêutico.
- (C) São casas localizadas no espaço urbano, constituídas para responder às necessidades de moradia de pessoas portadoras de transtornos mentais graves, egressas de hospitais psiquiátricos, hospitais de custódia ou em situação de vulnerabilidade.
- (D) São equipamentos sociais que realizam atendimento médico ou terapêutico específico aos dependentes químicos.
- (E) Constituem espaço físico para responder às necessidades de internação de pessoas portadoras de transtornos mentais graves ou em situação de vulnerabilidade.

98. O Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan) constitui estratégia relevante para o sistema de saúde desde 1993 e é alimentado principalmente pela notificação e pela investigação de casos de doenças e agravos de notificação compulsória, conforme Portaria SVS/MS nº 05 de 21/02/02. Dentre as possibilidades de utilização dos dados do Sinan, assinale a opção INCORRETA.
- (A) Diagnóstico dinâmico da ocorrência de um evento na população e monitoramento da saúde da população.
 - (B) Prevenção da ocorrência de eventos.
 - (C) Indicação dos riscos aos quais as pessoas estão sujeitas.
 - (D) Avaliação da utilização de novas armas no combate às doenças, como vacinas e medicamentos.
 - (E) Definição de prioridades para intervenção e avaliação da vigilância e do impacto de intervenções.
99. A Dengue ainda tem sido temática de grande interesse na Saúde Coletiva. Dados recentes do Ministério da Saúde revelam que o ano de 2013 contabilizou mais de 102 mil casos no país. Em se tratando deste assunto e de seus casos suspeitos, assinale a opção CORRETA.
- (A) Todo paciente que apresente doença febril, aguda com duração mínima de sete dias, acompanhada de pelo menos dois dos seguintes sintomas: cefaleia; dor retroorbitária; mialgia; artralgia; prostração ou exantema, associados ou não à presença de hemorragias. Além desses sintomas, deve ter estado, nos últimos quinze dias, em área onde esteja ocorrendo transmissão de dengue ou tenha a presença de *Aedes aegypti*.
 - (B) Nem todo caso suspeito deve ser notificado à Vigilância Epidemiológica. É indispensável estabelecer critérios de notificação.
 - (C) A presença de sinais de alerta indica a possibilidade de gravidade do quadro clínico. São eles: Dor abdominal intensa e contínua; Vômitos persistentes; Hipotensão postural; Hipotensão arterial; Pressão diferencial <60mmHg (PA convergente); Hepatomegalia dolorosa; Hemorragias importantes; Extremidades frias, cianose; Pulso rápido e fino; Agitação e/ou letargia; Aumento da diurese; Diminuição repentina da temperatura corpórea ou hipotermia; e Aumento repentino do hematócrito.
 - (D) Todo paciente com suspeita de dengue deverá ser reavaliado clinicamente, com ênfase na busca por sinais de alerta e exame físico.
 - (E) Todas as opções anteriores estão incorretas.
100. Considerando que a dengue tem um amplo espectro clínico, assinale a opção que apresenta doença que faz diagnóstico diferencial.
- (A) Influenza.
 - (B) Rubéola.
 - (C) Meningococemia.
 - (D) Febre amarela.
 - (E) Todas as opções anteriores estão corretas.