



UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ  
PROCESSO SELETIVO PARA OS PROGRAMAS DE  
RESIDÊNCIA MÉDICA DA UFPI - EDITAL 15/2019

Realização:



# CADERNO DE QUESTÕES

## PROGRAMAS DE ACESSO DIRETO

DATA: 15/12/2019

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. Imaginemos que iremos operar uma paciente do sexo feminino, de 32 anos de idade, que acabara de ser diagnosticada com um câncer gástrico. Durante a investigação diagnóstica descobrimos que ela, embora tenha um peso adequado para seu tamanho e idade, é sedentária, tabagista (30 maços/ano) e etilista “social”. Sabendo-se que a cirurgia indicada para esta paciente é uma Gastrectomia Total, o(s) exame(s) que seria(m) solicitado(s) para avaliar a condição cardíaca desta paciente é/são:
- (A) ECG e uma avaliação simples do cardiologista.  
(B) Ecocardiograma, ECG, Teste Ergométrico, seguidos de uma avaliação simples do cardiologista.  
(C) ECG e RX de Tórax.  
(D) Somente o ECG.  
(E) Nenhuma das respostas anteriores.
02. Para avaliar a função renal, o(s) exame(s) seria(m):
- (A) Creatinina. (D) Ureia e Creatinina.  
(B) Taxa de filtração glomerular. (E) Microalbuminúria de 24h.  
(C) Creatinina e Taxa de filtração glomerular.
03. Quanto às complicações do tratamento cirúrgico das hérnias incisionais, pode-se citar, EXCETO:
- (A) Seroma. (D) Recidiva.  
(B) Hematoma. (E) Laparotomia para controle de dano.  
(C) Infecção.
04. Pela classificação de Nyhus para as hérnias inguinais, a que melhor caracteriza o Tipo II é:
- (A) Hérnia direta recidivada.  
(B) Hérnia femoral recidivada.  
(C) Hérnia indireta com anel inguinal profundo maior que 2cm e assoalho inguinal íntegro.  
(D) Hérnia indireta com anel inguinal profundo até 2cm.  
(E) Hérnia direta com destruição do assoalho inguinal.
05. Antes de iniciar uma colecistectomia videolaparoscópica, o preceptor avisa ao residente de cirurgia geral que fará a entrada na parede abdominal por “open lap”, utilizando um trocarte de 11mm e solicita que configure o insuflador da forma que o pneumoperitônio seja realizado com segurança. A melhor configuração seria:
- (A) 20 mmHg e 40 L/min. (D) 20 mmHg e 3,5 L/min.  
(B) 12 mmHg e 3,5 L/min. (E) 15 mmHg e 20 L/min.  
(C) 12 mmHg e 40 L/min.
06. Das situações a seguir a que NÃO estaria indicada a se realizar a esplenectomia em pacientes com púrpura trombocitopênica idiopática (PTI) é:
- (A) Diagnóstico de PTI durante 6 semanas e continuam a apresentar contagens plaquetárias de menos de 10.000/mm<sup>3</sup>, sem sintomas de sangramento.  
(B) Diagnóstico de PTI há pelo menos 3 meses e experimentaram uma resposta transitória ou incompleta à terapia primária e têm uma contagem plaquetária de menos de 30.000/mm<sup>3</sup>.  
(C) Gestante com PTI e falha na terapia com glicocorticoides, contagem plaquetária de menos de 30.000/mm<sup>3</sup> e sangramento gengival.  
(D) Diagnóstico de PTI há 6 meses, contagem plaquetária de mais de 50.000/mm<sup>3</sup> e ausência de sangramentos.  
(E) Gestante com PTI e falha na terapia com glicocorticoides, contagem plaquetária de menos de 10.000/mm<sup>3</sup> e ausência de sangramentos.
07. A trombose arterial aguda tem, como causa mais frequente e local:
- (A) Aterosclerose e membros superiores. (D) Trombofilia e membros superiores.  
(B) Aterosclerose e membros inferiores. (E) Trombofilia e membros inferiores.  
(C) Aneurisma e membros inferiores.

08. Segundo o ATLS, são fatores que comprometem a respiração (B) no trauma, EXCETO:
- (A) Pneumotórax hipertensivo.
  - (B) Derrame pleural quiloso.
  - (C) Pneumotórax aberto.
  - (D) Tórax Instável.
  - (E) Hemotórax maciço.
09. A resposta endócrino-metabólica ao trauma cirúrgico envolve os seguintes processos, EXCETO:
- (A) Aumento da glicogenólise hepática e redução da gliconeogênese.
  - (B) Estímulo de produção de aldosterona, secundário ao sequestro hídrico causado pelo edema traumático.
  - (C) Elevação do hormônio antidiurético até o 4º ou 5º dia pós-operatório.
  - (D) Elevação do cortisol, promovendo estímulo a síntese proteica.
  - (E) Elevação do GH, ACTH e do TSH.
10. Sobre as hérnias da parede abdominal, NÃO se pode afirmar:
- (A) Uma hérnia que contenha um divertículo de Meckel é chamada de hérnia de Littré.
  - (B) A hérnia de Richter apresenta-se quando a borda anti-mesentérica do segmento intestinal é encarcerada e estrangulada no orifício herniário.
  - (C) A hérnia de Amyand é definida como a presença do apêndice cecal dentro do saco herniário em uma hérnia inguinal. Quando temos o achado de apêndice cecal no interior de um saco herniário de uma hérnia femoral, a definimos como hérnia de Garengeot.
  - (D) As hérnias da linha semilunar, também chamadas de hérnias de Spiegel, tem o seu desenvolvimento relacionado a vários fatores, dentre os quais pode-se destacar: congênitos, doenças do colágeno, obesidade, gestações múltiplas, rápida perda ponderal e trauma.
  - (E) As hérnias lombares congênitas são mais comuns que as adquiridas. Quando ocorrem no triângulo lombar superior recebem a nomenclatura de hérnia de Grynfelt, e quando estão presentes no triângulo lombar inferior, são chamadas de hérnia de Petit.
11. Do ponto de vista da manutenção da resistência tênsil, o fio abaixo que é mais adequado à síntese de aponeurose é:
- (A) Catgut simples.
  - (B) Catgut cromado.
  - (C) Algodão.
  - (D) Vicryl.
  - (E) Prolene.
12. Dentre as lesões benignas do fígado, a mais frequente é:
- (A) Esclerose nodular.
  - (B) Hemangioma.
  - (C) Adenoma.
  - (D) Harnatoma.
  - (E) Angiofibroma.
13. Nos traumatismos faciais, a região óssea que é MENOS frequentemente atingida é:
- (A) Osso nasal.
  - (B) Mandíbula.
  - (C) Maxila.
  - (D) Zigoma.
  - (E) Frontal.
14. Uma mulher de 50kg é queimada em um incêndio em casa e sofre 60% de superfície corporal queimada (SCQ), queimaduras de espessura parcial e total. O seu plano inicial de administração de fluidos é:
- (A) Bolus de 1.000mL 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 500mL, repetido conforme necessário para pressão venosa (CVP) até pelo menos 10cm H<sub>2</sub>O; manter hidratação com cristaloides 375 mL/h.
  - (D) LR a 750 mL/h durante 8 horas e depois a 375 mL/h para após 16 horas.
  - (E) LR a 900 mL/h durante 8 horas e depois 500 mL/h durante 16 horas.

15. Sobre anatomia da região cervical, marque a opção INCORRETA.
- (A) A região cervical corresponde a uma área de transição entre a base do crânio, no limite superior, e a clavícula, inferiormente.
  - (B) A Zona I, transição cervicotorácica, tem como limite superior a margem inferior da cartilagem cricoide.
  - (C) A Zona II representa a área de maior complexidade anatômica devido ao arcabouço ósseo que protege as estruturas nervosas e vasculares que por ela atravessam.
  - (D) A Zona III é limitada pela margem inferior do corpo e ângulo da mandíbula e a base do crânio.
  - (E) A fásia pré traqueal é uma fina lâmina de tecido conjuntivo que desce do osso hioide em direção ao tórax fixando-se no pericárdio fibroso.
16. Segundo o Código de ética, assinale a opção CORRETA.
- (A) A Medicina, em determinadas circunstâncias, pode ser exercida como comércio.
  - (B) É vedado ao médico internar e assistir seus pacientes em hospitais privados com caráter filantrópico ou não, caso não faça parte dos seus corpos clínicos.
  - (C) É vedado ao médico deixar de garantir ao paciente o exercício do direito de decidir livremente sobre sua pessoa ou seu bem-estar.
  - (D) O trabalho do médico pode ser explorado por terceiros com objetivos de lucro, finalidade política ou religiosa.
  - (E) É vedado ao médico apontar falhas em normas, contratos e práticas internas das instituições em que trabalhe a fim de não prejudicar o exercício da profissão.
17. Seu Vasco, 82 anos, dor abdominal em FIE há 5 dias, seguido de febre e redução do trânsito intestinal. Encontra-se eupneúico e estável. À palpação abdominal apresenta dor e rigidez em FIE. Tomografia Abdominal mostra vários divertículos em cólon sigmoide, borramento da gordura perisigmoide e coleção local de 2,6cm. A classificação tomográfica de Hinchey modificada desse paciente é:
- (A) Ia.                      (B) Ib.                      (C) II.                      (D) III.                      (E) IV.
18. Sobre o paciente da questão anterior, o tratamento mais adequado é:
- (A) Colostomia e antibioticoterapia.
  - (B) Drenagem por laparotomia e ressecção do segmento do sigmoide comprometido.
  - (C) Drenagem percutânea guiada por US.
  - (D) Drenagem por laparotomia.
  - (E) Antibioticoterapia associada à dieta zero e hidratação parenteral.
19. Sobre a colecistite aguda, a única assertiva que traz informação FALSA é:
- (A) A obstrução do ducto cístico pela impactação eventual de um cálculo causa colecistite aguda.
  - (B) Sintomas de dor abdominal com sinal de Murphy positivo, elevações moderadas nos níveis de fosfatase alcalina, bilirrubinas e transaminases, e leucocitose confirmam o diagnóstico de colecistite aguda.
  - (C) São sinais ultrassonográficos de colecistite aguda litiásica a identificação do cálculo, líquido pericolecístico, espessamento da parede da vesícula e sinal de Murphy ultrassonográfico.
  - (D) A colecistectomia parcial, cortando a vesícula transversalmente no infundíbulo com cauterização da mucosa remanescente (técnica de Thorek) não é aceitável devendo se retirar toda vesícula biliar.
  - (E) Alguns pacientes que apresentam colecistite aguda, mas têm risco cirúrgico proibitivo, a drenagem percutânea da vesícula biliar deve ser considerada.
20. Sobre o tratamento do volvo do sigmoide, pode-se afirmar:
- (A) Começa com hidratação venosa e na maioria dos casos envolve uma remoção cirúrgica do sigmoide.
  - (B) Os pacientes com sinais de necrose colônica são elegíveis para uma descompressão não operatória.
  - (C) A descompressão pode ser obtida pela colocação de um tubo retal por meio de um proctoscópio rígido, devendo-se evitar o uso de sigmoidoscópio flexível.
  - (D) Mesmo que a distorção não cirúrgica do sigmoide seja bem-sucedida, a ressecção cirúrgica do sigmoide é indicada, na maioria dos casos, não sendo necessária a realização de colonoscopia pré-operatória.
  - (E) Se a descompressão não operatória não puder ser realizada a abordagem cirúrgica está indicada podendo ser realizada a cirurgia de Hartmann.

**CLÍNICA MÉDICA**

21. Uma mulher de 32 anos suspeita de gravidez por atraso menstrual de um ciclo. Clinicamente bem, refere ter tido doença de Graves tratada com iodo radioativo há 2 anos. Atualmente faz uso de levotiroxina 112mcg/dia e seu último TSH há 3 meses foi 1,3mcUI/ml (n=0,5-4,5). A gravidez foi confirmada com gestação estimada de 9 semanas. A alternativa que melhor descreve o estado funcional tireoideano e a melhor recomendação são:
- (A) Paciente eutireoidea, não necessita intervenção.
  - (B) Paciente provavelmente hipotireoidea e sua levotiroxina deve ser aumentada.
  - (C) Paciente provavelmente hipotireoidea mas não necessita ajuste porque faz parte da fisiologia da gestação.
  - (D) Paciente provavelmente hipertireoidea e a dose de levotiroxina deve ser diminuída.
  - (E) Paciente provavelmente hipertireoidea mas não necessita ajuste da dose de levotiroxina porque representa a fisiologia gestacional normal.
22. Um paciente de 42 anos, advogado, hipertenso, obeso e sedentário, durante *check up* anual apresentou glicemia em jejum = 112mg/dl e uma hemoglobina glicada = 6%. Ele nega história de diabetes na família e faz uso de hidroclorotiazida, atenolol e olanzapina. A sua conduta é:
- (A) Iniciar o tratamento do diabetes e encaminhar para a nutricionista e o educador físico.
  - (B) Solicitar uma glicemia pós-prandial.
  - (C) Solicitar um teste oral de tolerância a glicose.
  - (D) Suspender os medicamentos e repetir os exames com 1 mês.
  - (E) Solicitar um fundo de olho e uma eletroneuromiografia de membros inferiores.
23. O Teste Rápido Molecular TRM-TB está indicado nas seguintes situações, EXCETO:
- (A) Triagem de resistência à rifampicina nos casos com suspeita de falência ao tratamento da TB.
  - (B) Triagem de resistência à rifampicina nos casos de retratamento.
  - (C) Diagnóstico de TB extrapulmonar nos materiais biológicos já validados.
  - (D) Nos casos de controle de cura, como exame mais específico para o seguimento.
  - (E) Diagnóstico de casos novos de TB pulmonar e laríngea em adultos e adolescentes de populações de maior vulnerabilidade.
24. Sobre as vacinas anti-pneumocócica 23 valente (VPP23) e 13 valente (VPC13), é INCORRETO afirmar:
- (A) A vacinação não é eficaz na prevenção das formas invasivas da infecção pneumocócica.
  - (B) Há evidências de proteção para a pneumonia adquirida na comunidade.
  - (C) O CDC dos Estados Unidos (EUA) recomenda que indivíduos com mais de 19 anos pertencentes aos grupos de risco recebam VPC13 seguida por VPP23 doze meses (imunocompetentes) mais tarde.
  - (D) A vacinação com VPP23 se mantém para pessoas com alguma condição de risco para a infecção pneumocócica.
  - (E) A conjugação dos polissacarídeos do pneumococo a uma proteína transportadora (vacina conjugada) resulta em antígeno indutor de resposta imune T dependente, portanto mais robusta.
25. São exemplos de anemia hemolítica provocadas por defeito extrínseco às hemácias do paciente, EXCETO:
- (A) Hemólise de próteses cardíacas.
  - (B) Púrpura Trombocitopênica Trombótica.
  - (C) Hemoglobinúria Paroxística Noturna.
  - (D) Malária.
  - (E) Doença Hemolítica do Recém Nascido.

26. Homem, 80 anos, diabético, hipertenso e portador de insuficiência renal crônica, com hemoglobina 7,0 g/dl, evolui durante a transfusão da 2ª unidade de concentrado de hemácias com hipertensão arterial, taquicardia, dispneia e hipoxemia (Saturação: 80%). Das reações transfusionais abaixo, a mais provável para justificar o quadro clínico é:
- (A) Reação hemolítica aguda.  
 (B) Contaminação bacteriana.  
 (C) Sobrecarga volêmica.  
 (D) TRALI (insuficiência pulmonar aguda associada à transfusão).  
 (E) Reação anafilática.
27. Determinados anti-hipertensivos oferecem benefícios terapêuticos específicos em algumas condições clínicas associadas à hipertensão arterial sistêmica. Identifique abaixo uma associação adequada.
- (A) inibidor da enzima conversora da angiotensina: gravidez.  
 (B) betabloqueador: hiperglicemia e dislipidemia.  
 (C) bloqueador do canal de cálcio dihidropiridínico: taquicardia e fibrilação atrial.  
 (D) bloqueador alfa adrenérgico: hiperplasia prostática benigna.  
 (E) tiazídicos: hiponatremia.
28. Cilindros gordurosos, lipidúria e aumento na excreção urinária de proteínas, é mais provável ocorrer na condição de:
- (A) pielonefrite aguda. (D) hipertensão renovascular.  
 (B) necrose tubular aguda. (E) uropatia obstrutiva.  
 (C) síndrome nefrótica.
29. A característica básica da manifestação articular da artrite reumatoide é a inflamação da sinóvia (sinovite), podendo acometer qualquer uma das articulações diartrodiais do corpo. São características da artrite:
- (A) Geralmente comprometimento mono ou oligoarticular.  
 (B) Artrite simétrica, embora no caso das metacarpofalangeanas e metatarsofalangeanas a simetria não necessite ser completa.  
 (C) O acometimento de punhos, metacarpofalangeanas e interfalangeanas proximais é raro no início.  
 (D) A artrite costuma ser fugaz, migratória, não aditiva.  
 (E) Rigidez matinal de breve duração, durando de 5 a 10 minutos.
30. Algumas deformidades observadas no exame das mãos são características da artrite reumatoide, sendo de grande auxílio para firmar-se essa hipótese diagnóstica. Um achado que NÃO é próprio dessa doença osteoarticular é:
- (A) desvio ulnar. (D) lesão em “pescoço de cisne”.  
 (B) dedos fusiformes. (E) subluxação metacarpofalangiana.  
 (C) nódulos de Heberden.
31. Em relação à hipertensão arterial sistêmica, pode-se afirmar:
- (A) A hipertrofia ventricular esquerda regride com a terapia e está mais relacionada ao grau de redução na pressão diastólica.  
 (B) Os diuréticos são eficazes na redução da massa ventricular esquerda.  
 (C) Está associada a uma maior incidência de demência vascular, somente.  
 (D) O impacto da terapia anti-hipertensiva sobre a aterosclerose é semelhante ao observado nas outras complicações da doença.  
 (E) Não há associação entre níveis pressóricos e dissecção de aorta.
32. No diagnóstico da doença arterial coronariana crônica, pode-se afirmar:
- (A) Um histórico de infarto recente e/ou insuficiência cardíaca é uma contraindicação absoluta do teste ergométrico.  
 (B) A ecocardiografia de stress tem acurácia inferior à cintilografia miocárdica de perfusão.  
 (C) O escore de cálcio coronariano avaliado pela tomografia computadorizada tem alta sensibilidade e baixa especificidade para doença coronária obstrutiva.

- (D) O gadolínio usado na ressonância nuclear magnética tem uma importante indicação para identificar fibrose miocárdica e é isento de complicação fatal.
- (E) Na cateterização das coronárias uma lesão é considerada hemodinâmica e clinicamente significativa quando acima de 70%.
33. Paciente mulher, 71 anos, hipertensa, diabética tipo 2, com infecção respiratória em tratamento há uma semana. Foi internada há 6 horas com queixa de cefaleia, rebaixamento do nível de consciência e crise convulsiva. Apresentava PA = 100/75mmHg, FC = 110 bat/min. Realizou tomografia computadorizada de crânio normal, sendo que o sódio plasmático era de 155 mEq/L. Em relação ao caso clínico, assinalar a opção CORRETA.
- (A) A paciente deve ser tratada com reposição de água livre e uso de diuréticos.
- (B) Para o adequado tratamento desta paciente, é obrigatório a realização da osmolaridade urinária.
- (C) A osmolaridade urinária baixa (< 800 mOsmol/Kg), afasta a possibilidade de Diabetes Insípido.
- (D) Em caso de osmolaridade urinária baixa (< 800 mOsmol/Kg) e Sódio urinário baixo (< 100 mEq/L), é indicativo de perdas extra renais ou sobrecarga de sódio.
- (E) No tratamento desta paciente, fazer expansão volêmica com solução fisiológica conforme déficit de água livre e ajustar correção do sódio na velocidade de 0,5mEq/L.
34. Homem, 62 anos, hipertenso e insuficiência cardíaca, em uso de captopril 100 mg/dia, aldactone 50mg/dia, foi internado na unidade de emergência após episódio de desmaio e perda da consciência. Ao exame, tinha Glasgow de 11, bradicardia (FC = 48 bat/min), estase jugular ++/4, PA = 150/82 mmHg. Exames laboratoriais, Potássio = 8,2 mEq/L, Creatinina = 3,2 mg/dL e Uréia= 102 mg/dL. Em relação ao caso clínico, assinalar a opção CORRETA.
- (A) Paciente com síndrome de baixo débito devido à hipercalcemia. A conduta é realizar um ECG e administrar Gluconato de cálcio a 10% e furosemida, ambos via endovenosa.
- (B) Paciente deve ser transferido para a UTI para iniciar terapia dialítica, (hemodiálise), imediatamente.
- (C) A melhor terapêutica para este caso é passar um marca-passo trans-venoso após a infusão de solução polarizante de glicose com insulina.
- (D) Deve ser administrado bicarbonato de sódio 10%, como solução polarizante e devido à insuficiência renal.
- (E) Paciente deverá ser encaminhado para UTI, devendo melhorar com suspensão do captopril, aldactone e prescrever sulfona poliestireno de cálcio.
35. Homem, 24 anos, vítima de atropelamento com múltiplas fraturas, admitido com Glasgow 10, PA = 90/50 mmHg, FC = 127 bat/min, RCR. Foi submetido à cirurgia ortopédica para correção de fraturas e após estabilidade hemodinâmica, encaminhado para a enfermaria. Após 36 horas, evoluindo com colúria, oligúria, dor, distensão abdominal, sudorese e taquicardia. Exames laboratoriais: Hematócrito = 23%, hemoglobina = 6,8 g/dL, creatinina = 2,9 mg/dL, Ureia = 124 mg/dL, Potássio = 5,4 mEq/L, Sódio = 138 mEq/L, pH = 7,30 e HCO<sub>3</sub> = 18mEq/dl. Em relação ao caso clínico, assinalar a opção CORRETA.
- (A) Paciente com lesão renal aguda, devendo ser prescrito solução cristalóide e furosemida na dose de 80mg/dia.
- (B) Trata-se de uma Injúria renal aguda pré-real, com a presença de um sódio urinário > 20mmol/L e osmolaridade < 400.
- (C) Paciente apresenta injúria renal aguda, de etiologia pré-renal, necessidade de expansão volêmica, apresentando relação ureia/creatinina > 20:1 e FE Na+ < 1%.
- (D) Trata-se de uma injúria renal aguda, secundária a rabdomiolise, portanto há indicação de terapia com bicarbonato de sódio e terapia renal substitutiva (hemodiálise).
- (E) Paciente com injúria renal aguda secundária a nefrotoxicidade ao uso de AINH, tendo como achado característico a presença de proteinúria > 3,5 g/dia.
36. Mulher, 45 anos, diabética tipo 1, foi internada com quadro de disúria, poliúria, febre e calafrios. Sonolenta, taquidispnéia (FR = 26 insp/min), taquicardia (FR = 110 bat/ min). Gasometria arterial com pH = 7,15; PO<sub>2</sub> = 120; pCO<sub>2</sub> = 29; HCO<sub>3</sub> = 14. Sódio = 138 mEq/L, Cloro = 98 mEq/L; BE – 10. Sobre o distúrbio ácido básico desta paciente, considerando Anión Gap (AG) normal de 12, assinalar opção CORRETA.
- (A) Acidose metabólica anión gap normal e uma alcalose metabólica.
- (B) Acidose metabólica anión gap elevado e uma alcalose metabólica.
- (C) Alcalose metabólica, acidose respiratória e alcalose e acidose metabólica.
- (D) Paciente apresenta um distúrbio misto, sendo uma acidose metabólica e uma acidose respiratória.
- (E) Acidose respiratória anión gap elevada, parcialmente compensada por uma alcalose respiratória.

37. Homem, 62 anos, hipertensão leve, controlada com hidroclorotiazida 25 mg/dia, há 5 dias evoluindo com tosse, expectoração, febre e leve dispneia. Com a hipótese de Pneumonia comunitária, é CORRETO afirmar:
- (A) Apesar da rica flora respiratória, a *Klebsiella pneumoniae* é a bactéria mais prevalente como causa de pneumonia comunitária.
  - (B) Para o diagnóstico desta patologia, anamnese, exame físico e tomografia computadorizada de tórax são necessários.
  - (C) Para todos os pacientes é obrigatória a necessidade de investigação etiológica bacteriana.
  - (D) Dentre os biomarcadores que auxiliam no diagnóstico, prognóstico e manuseio da pneumonia comunitária, a proteína C reativa e a procalcitonina, são os mais utilizados.
  - (E) Paciente deve ser internado para uso de antibióticos endovenoso, preferencialmente, uma Cefalosporinas de 3ª geração.
38. Homem, 54 anos, internado na enfermaria no 3º PO Laparotomia pós trauma abdominal fechado, evoluindo com febre (38°C), taquicardia (FC = 120 bat/min), FR = 24 insp/min, oligúria, cianose de extremidades e PA = 90/40 mmHg. Leucócitos = 16.000 /mm<sup>3</sup>. Em relação ao caso clínico, assinalar a opção INCORRETA.
- (A) Coletar culturas (hemocultura e urocultura) e iniciar antibiótico de amplo espectro.
  - (B) Ressuscitação volêmica com solução cristalóide (30 ml/kg).
  - (C) Fazer coleta de lactato.
  - (D) Iniciar imediatamente uso de Noradrenalina, dose 0,5 microgramas/kg/min.
  - (E) Solicitar exame de imagem (Ultrasonografia ou Tomografia Computadorizada) após estabilização hemodinâmica.
39. Homem, 22 anos, vítima de atropelamento com TCE grave, evoluiu para morte encefálica. Família decidiu por fazer doação dos órgãos. Nesse sentido, assinalar a alternativa CORRETA.
- (A) Conforme normativa do SNT (Sistema Nacional de Transplantes) do Brasil, a família que autorizou a doação pode decidir e definir para quem irá os órgãos e tecidos doados.
  - (B) A resolução CFM 2.173/17, estabelece que os procedimentos para determinação de morte encefálica devem ser iniciados em todos os pacientes que apresentem coma não perceptivo, ausência de reatividade supra espinhal e apneia persistente.
  - (C) A retirada dos órgãos poderá ser feita após 2(dois) exames clínicos, realizados por médicos diferentes, com intervalos de 1(uma) hora entre os exames.
  - (D) Pelo menos 1(um) dos médicos realizadores do exame clínico, obrigatoriamente, precisa ser neurologista.
  - (E) Todos os pacientes com morte encefálica, independente do fator etiológico, são potenciais doadores de órgãos e tecidos.
40. Mulher, 23 anos, trazida por familiares a unidade de emergência, sonolenta, Glasgow 10, FC = 100 bat/min, PA = 120/73 mmHg, afebril, Glicemia capilar de 160mg%. Sem doenças prévias. Família informa uso recente de clonazepam. A conduta inicial é:
- (A) Intubação oro traqueal, expansão volêmica, passar SNG e carvão ativado.
  - (B) Expansão volêmica e Flumazenil endovenoso.
  - (C) Expansão volêmica e Naloxona injetável.
  - (D) Fazer 10 unidades de insulina regular, expansão volêmica e piridoxina.
  - (E) Fazer expansão volêmica e glucagon injetável.

**OBSTETRÍCIA / GINECOLOGIA**

41. Em relação ao teste da fibronectina fetal que é um importante preditor do parto pré-termo, NÃO se pode afirmar:
- (A) Normalmente, a fibronectina fetal está presente nos fluidos cervico-vaginais durante as primeiras 20 semanas de gestação.
  - (B) Após a 24ª semana, a presença da fibronectina fetal na secreção vaginal é um importante marcador do início da cascata de eventos que antecedem o parto.
  - (C) Seu valor preditivo negativo é alto.
  - (D) Deve ser realizado em gestantes com alto risco para prematuridade.
  - (E) O teste deve ser precedido por toque vaginal para indicar o local adequado para coleta.
42. Paciente 18 anos, primigesta, queixa-se de dor abdominal direita há 4 semanas, em cólica, ao comer. Relata que a dor está associada à náusea e vômito e que a mesma apresenta irradiação para o ombro. A gestante tem antecedente familiar de diabetes. O diagnóstico mais provável é:
- (A) Colelitíase.
  - (B) Apendicite.
  - (C) Torção ovariana.
  - (D) Úlcera péptica.
  - (E) Doença trofoblástica gestacional.
43. Mulher de 28 anos, G2P1, com 29 semanas de gestação vem se queixando de astenia há uma semana. Histórico antenatal sem intercorrências, exceto por uma cistite que foi tratada com nitrofurantoína por 7 dias há duas semanas. A gestante refere mudança na coloração da urina que ficou mais escura durante a última semana. Ao exame: PA 100/60 mmHg, Frequência cardíaca 80 bpm e afebril. Exame da glândula tireoide normal à palpação. Ausculta cardíaca e pulmonar normais. Fundo uterino compatível com a idade gestacional. Batimentos cardíacos fetais entre 130 e 140 bpm. Gestante apresentando leve icterícia. O diagnóstico mais provável é:
- (A) Anemia ferropriva.
  - (B) Anemia hemolítica.
  - (C) Síndrome Hellp.
  - (D) Colestase intra-hepática da gestação.
  - (E) Sepses.
44. Sobre as modificações fisiológicas na gestante, NÃO se pode afirmar que:
- (A) A elevação do diafragma leva à redução do volume residual pulmonar, apesar do aumento da circunferência torácica.
  - (B) Na gestante, a frequência respiratória não se altera, contudo o volume corrente e a ventilação-minuto em repouso aumentam com o decorrer da gravidez.
  - (C) O sangramento gengival ocorre pela presença de hiperemia e de edema.
  - (D) Pela ação hormonal, principalmente pelo estrogênio, todo o aparelho digestivo permanece com tônus diminuído, facilitando o aparecimento de pirose, obstipação e hemorroidas.
  - (E) A capacidade respiratória total encontra-se reduzida, pois ocorre diminuição da capacidade residual funcional.
45. São características do líquido amniótico, EXCETO:
- (A) No início da gestação, o líquido amniótico é claro e transparente, tornando-se turvo e grumoso nas proximidades do termo, devido à presença de partículas de origem fetal e amniótica.
  - (B) É composto de 80% de água e 30% de elementos sólidos.
  - (C) Tem PH neutro.
  - (D) Os principais componentes sólidos estão em suspensão e em dissolução.
  - (E) Colorações esverdeadas, amareladas ou acastanhadas podem significar sofrimento fetal, doença hemolítica e óbito fetal respectivamente.

46. Em relação à Síndrome Alcoólica fetal, NÃO se pode afirmar:
- (A) Baixo peso ao nascer.
  - (B) O comprometimento do Sistema nervoso central é estrutural, não comprometendo a sua função.
  - (C) Fissuras palpebrais pequenas.
  - (D) Implantação baixa de orelhas.
  - (E) Microftalmia.
47. Em relação aos critérios para diagnóstico diferencial com síndrome HELLP, a presença de hipoglicemia materna que ocorre em até 50% dos casos sugere:
- (A) Esteatose Hepática aguda da gestação.
  - (B) Síndrome hemolítica urêmica.
  - (C) Colestase.
  - (D) Hepatite A.
  - (E) Hepatite C.
48. São causas de hemorragia da primeira metade da gestação, EXCETO:
- (A) Abortamento.
  - (B) Mola hidatiforme total.
  - (C) Mola hidatiforme parcial.
  - (D) Gravidez ectópica.
  - (E) Placenta prévia.
49. Dos fórceps abaixo, o que a colher não tem curvatura pélvica é:
- (A) Fórceps de Kielland.
  - (B) Fórceps de Barton.
  - (C) Fórceps de Piper.
  - (D) Fórceps de Simpson.
  - (E) Fórceps de De Lee.
50. Paciente 28 anos, G2P1, com 39 semanas e 2 dias de gestação apresentou nos esforços expulsivos durante o segundo estágio do trabalho de parto, uma bradicardia fetal associada a sangramento vaginal. A cabeça fetal que estava previamente no plano +2, está agora no plano -3. Histórico de miomectomia por infertilidade. O diagnóstico mais provável é:
- (A) Placenta prévia.
  - (B) Descolamento prematuro de placenta grau IIIA.
  - (C) Descolamento prematuro de placenta grau IIIB.
  - (D) Rotura uterina.
  - (E) Rotura de seio marginal.
51. Paciente de 48 anos, G4P4, casada, vem ao consultório referindo sensação de ondas de calor em face e tronco e dispareunia de início há 04 meses. Relata que a última menstruação foi há 01 ano e 06 meses. Nega qualquer doença prévia e a avaliação clínica é normal. Traz os seguintes exames: Ultrassonografia transvaginal = Útero 40cm<sup>3</sup>; Miométrio normal; Ovário atroficos; Eco endometrial = 07mm; Mamografia = BIRADS I; Papanicolau = Atrofia /ASCUS-H; FSH= 66,0; TSH=1,0; Exames bioquímicos normais. A condução para o caso é:
- (A) Solicitar colposcopia e tratar os sintomas da paciente com inibidor da recaptção de serotonina.
  - (B) Tratar as ondas de calor e a dispareunia com TRH (estrogênio e progesterona).
  - (C) Tratar com estrogênio tópico e após 01 mês realizar colposcopia.
  - (D) Fazer teste da progesterona e repetir papanicolau.
  - (E) Solicitar histeroscopia.
52. A dor pélvica crônica tem como uma das causas ginecológicas, a Adenomiose que pode ser caracterizada da seguinte forma, EXCETO:
- (A) A histeroscopia associada à biópsia é exame de confirmação diagnóstica.
  - (B) Antecedentes de cirurgias uterinas (ginecológicas ou obstétricas) são considerados fatores desencadeantes e estão presentes em todos os casos.
  - (C) O seu quadro clínico pode ser idêntico ao da miomatose uterina.
  - (D) A RM da pelve é o exame de escolha para o subsídio diagnóstico.
  - (E) A progesterona é boa opção terapêutica.

53. Como conduzir de forma mais adequada sangramento uterino anormal em menina de 12 anos com exame físico e propedêutica complementar normais:
- (A) associação oral de Ácido tranexâmico + AINH.
  - (B) ACHO combinado oral cíclico.
  - (C) Progesterona oral contínua de baixa dose.
  - (D) Progesterona oral na 2ª fase do ciclo.
  - (E) Expectante.
54. Paciente de 40 anos, casada, G5P5, IMC=27,0; Método contraceptivo = laqueadura tubária, procura serviço médico com queixa de sinusorragia, sangramento uterino anormal e corrimento vaginal fétido que iniciaram há 06 meses. É portadora de diabetes mellitus e hipertensão arterial. O exame físico ginecológico com introdução de espéculo mostrou sangramento vaginal moderado e presença de tumor vegetante atingindo até terço inferior da vagina. Baseado nesses dados, escolha a opção que traz a conduta mais adequada para o caso.
- (A) Solicitar ultrassonografia transvaginal para investigação inicial do sangramento uterino anormal.
  - (B) Paciente de alto risco para câncer do endométrio - solicitar histeroscopia diagnóstica.
  - (C) Prescrever ácido tranexâmico IM para cessar o sangramento e em seguida realizar exame de papanicolau para adequada avaliação do colo uterino.
  - (D) Realizar biópsia da lesão vaginal.
  - (E) Solicitar Tomografia Computadorizada de pelve para estadiamento do tumor.
55. Sobre o câncer de ovário, é CORRETO afirmar:
- (A) Quando associado ao tumor de cólon pode ter alterações nos genes MLH1 e MSH2.
  - (B) A principal via de disseminação é por continuidade.
  - (C) O tabagismo aumenta o risco para o tipo histológico seroso papilífero.
  - (D) O tamanho do tumor é critério para o estadiamento.
  - (E) O tipo histológico de células claras é tumor radiosensível.
56. Um casal, ambos com 27 anos, deu início ao processo para investigação de infertilidade primária. Na consulta, a mulher informou que as menstruações eram irregulares e com ciclos que variavam de 26 a 36 dias. Mantêm em média 2 a 3 relações sexuais por semana. Apresentava exame ginecológico normal e hirsutismo leve no exame físico geral. Além disso: colpocitologia cervicovaginal e dosagens de prolactina, FSH, testosterona, sulfato de deidroepiandrosterona e 17-alfa-hidroxiprogesterona normais. Ultrassonografia transvaginal e espermograma sem anormalidades. A conduta é:
- (A) Repetir o espermograma.
  - (B) Realizar histeroscopia diagnóstica.
  - (C) Induzir a ovulação com acetato de clomifeno.
  - (D) Prescrever metformina.
  - (E) Solicitar histerossalpingografia.
57. O modelo de resposta sexual feminina, desenvolvido por Basson (2000), consta um conceito, não presente nos modelos clínicos anteriores descritos por Kaplan, Masters e Johnson, denominado:
- (A) platô.
  - (B) motivação.
  - (C) resolução.
  - (D) período refratário.
  - (E) desejo.
58. Uma mulher de 32 anos, nuligesta, queixa-se de sangramento menstrual aumentado e dor no baixo ventre. O exame ginecológico é normal, citopatológico cervicovaginal inflamatório leve e ultrassonografia transvaginal com útero de 110cm<sup>3</sup>, apresentando hipoecoico de 2cm de diâmetro sugestivo de leiomioma tipo 0 (FIGO, 2011), confirmado pela histerossonografia. A conduta é:
- (A) Histerectomia subtotal.
  - (B) Histeroscopia cirúrgica com miomectomia.
  - (C) Tratamento clínico com anti-inflamatórios não esteroidais.
  - (D) Inserção do sistema intrauterino liberador de levonorgestrel.
  - (E) Miomectomia laparoscópica.

59. O uso de anticoncepcionais hormonais orais combinados em pacientes com a Síndrome dos Ovários Policísticos:
- (A) diminui a chance de gravidez futura.
  - (B) diminui os níveis de SHBG (globulina carreadora dos hormônios sexuais).
  - (C) diminui o risco de câncer de mama.
  - (D) diminui a resistência a insulina.
  - (E) diminui o risco de hiperplasia endometrial.
60. Mulher de 39 anos, fumante de 15 cigarros por dia, deseja prescrição de um anticoncepcional porque o seu companheiro se recusa a continuar usando “camisinha” e ela não confia na tabela. Rejeitou a possibilidade de abandonar o fumo, no momento. Com o objetivo de diminuir o risco de tromboembolismo pelos critérios de elegibilidade da OMS (2017), recomendar:
- (A) usar contraceptivo oral com desogestrel e etinilestradiol.
  - (B) usar injetável mensal combinado.
  - (C) usar anticoncepcional oral com drospirenona e etinilestradiol.
  - (D) usar anticoncepcional injetável somente com acetato de medroxiprogesterona.
  - (E) usar anel vaginal com etonogestrel e etinilestradiol.

### PEDIATRIA

61. Em relação ao crescimento normal, assinale a opção CORRETA.
- (A) Nos primeiros dias de vida, o bebê perde até 10% do peso de nascimento, que deve estar recuperado em torno do sétimo ao décimo dia de vida.
  - (B) Crianças nascem com aproximadamente 22 centímetros de perímetro cefálico.
  - (C) O peso do bebê dobra no segundo mês de vida, triplica no quarto e quadruplica com um ano.
  - (D) Nas meninas, a velocidade máxima de crescimento ocorre no ano após a menarca.
  - (E) O perímetro cefálico cresce aproximadamente 8 centímetros no primeiro ano de vida.
62. Em relação ao desenvolvimento neuropsicomotor, indique a opção INCORRETA.
- (A) Aos dois meses de idade, apresenta sorriso social.
  - (B) Aos três meses de idade, sustenta a cabeça.
  - (C) Aos seis meses de idade, senta com apoio e gira sobre o abdome.
  - (D) Aos seis meses de idade, apresenta movimento de pinça digital.
  - (E) Aos 10 meses de idade engatinha e, aos 11 meses, fica em pé com apoio.
63. Em relação à Adolescência, assinale a opção INCORRETA.
- (A) Fase de transformações biopsicossociais.
  - (B) A puberdade consiste nas modificações físicas da adolescência.
  - (C) A menarca ocorre na fase de desaceleração do crescimento.
  - (D) A espermarca acontece na fase de aceleração do crescimento ou na fase de Pico de Velocidade de Crescimento (PVC).
  - (E) A primeira manifestação da puberdade nas meninas é o surgimento do broto mamário, acontecendo no estágio M3 de maturação de Tanner.
64. Pedro Henrique, 2 anos e 5 meses de idade iniciou quadro de febre elevada, tosse seca, intensa acompanhada de coriza abundante, hialina no início e depois purulenta, cefaleia, mal estar, prostração importante. Apresentou, ainda, hiperemia em orofaringe e manchas branco-azuladas, pequenas na região oposta aos dentes molares e ainda, hiperemia conjuntival, fotofobia. Evoluiu com exatema, inicialmente atrás das orelhas disseminando-se rapidamente para pescoço, face, tronco e finalmente extremidades dos membros. O diagnóstico mais provável é:
- (A) Estafilococcia.
  - (B) Sarampo.
  - (C) Doença de Kawasaki.
  - (D) Mononucleose infecciosa.
  - (E) Rubéola.

65. A vacina Bacilo de Calmette-Guérin (BCG) é uma das principais estratégias da Organização Mundial da Saúde (OMS) para o controle da mortalidade por formas graves da infecção causada pelo *Mycobacterium tuberculosis*. No entanto essa vacina pode causar eventos adversos importantes:

- I. Úlcera com diâmetro maior que 1 (um) centímetro após 12 semanas da vacinação;
- II. Abscessos subcutâneos frio;
- III. Abscessos subcutâneos quente;
- IV. Linfadenopatia regional não supurada;
- V. Linfadenopatia regional supurada.

Dos eventos citados, NÃO HÁ necessidade de uso de isoniazida nos eventos:

- (A) I e II.
- (B) III e IV.
- (C) IV e V.
- (D) I e III.
- (E) II e IV.

66. A asma é uma doença respiratória crônica que afeta de 1 a 18 % da população em diferentes países. É muito importante que o pediatra ou médico assistente da criança e adolescente saibam identificar a asma, avaliar seu grau de controle e escolher a melhor terapêutica para o controle clínico e redução dos riscos futuros. A opção abaixo está INCORRETA em relação à terapêutica de controle (manutenção) da asma em adolescentes maiores que doze anos é:

- (A) Corticoide inalado em baixa dose é a primeira opção de tratamento no step 02 (passo ou etapa 02) do tratamento de manutenção da asma.
- (B) Antagonista do receptor de leucotrienos (LTRA) é uma opção alternativa (segunda opção) de tratamento no step 02 (passo ou etapa 02) do tratamento de manutenção da asma.
- (C) Corticoide inalado em baixa dose associado à beta-2 agonista de longa duração (LABA) é uma primeira opção de tratamento no step 03 (passo ou etapa 03) do tratamento de manutenção da asma.
- (D) Dose média de corticoide inalado é uma opção alternativa (segunda opção) de tratamento no step 03 (passo ou etapa 03) do tratamento de manutenção da asma.
- (E) Corticoide oral em baixa dose é uma opção alternativa (segunda opção) de tratamento no step 03 (passo ou etapa 03) do tratamento de manutenção da asma.

67. Em relação ao refluxo gastroesofágico na população pediátrica, é INCORRETO afirmar:

- (A) As regurgitações nos lactentes se tornam mais frequentes a partir do segundo ao quarto mês de vida com pico de incidência entre o quarto e quinto mês de vida.
- (B) A maioria dos lactentes apresenta refluxo gastroesofágico fisiológico e não são necessários medicamentos.
- (C) Distensão abdominal, vômitos biliosos e início dos vômitos após seis meses de vida são sinais de alarme em crianças com regurgitação ou vômito.
- (D) Os procinéticos diminuem a frequência do relaxamento transitório do esfíncter esofágico inferior e induzem a cicatrização das lesões esofágicas.
- (E) Em crianças maiores e adolescentes com sintomas típicos de doença do refluxo gastroesofágico, sem sinais de alerta, podem receber teste empírico terapêutico com inibidor da bomba de prótons por quatro semanas.

68. Em relação à pneumonia adquirida na comunidade (PAC) na população pediátrica, assinale a opção INCORRETA.

- (A) Lactentes menores de seis meses de idade com quadro de pneumonia adquirida na comunidade de curso insidioso, estado geral preservado e tosse irritativa, deve-se considerar o diagnóstico de pneumonia causada por *Chlamydia trachomatis* e indicar a amoxicilina como o tratamento de escolha.
- (B) Os vírus são responsáveis pela maioria das pneumonias no 1º ano de vida e pela metade dos casos na idade escolar.
- (C) O *Streptococcus pneumoniae* é o principal agente bacteriano de pneumonia adquirida na comunidade.
- (D) Na criança com infecção respiratória aguda, a frequência respiratória (FR) deve sempre ser pesquisada visando ao diagnóstico de pneumonia adquirida na comunidade. Na ausência de sibilância, a FR maior ou igual a 60 irpm em menores de dois meses é considerada taquipneia.
- (E) Lactentes menores de 2 meses de idade com pneumonia devem sempre ser hospitalizados.

69. Em relação às afirmações a seguir sobre as infecções de Vias Aéreas Superiores (IVAS), assinale opção CORRETA.
- I. Crianças com otite média aguda (OMA), em sua maioria, apresentam melhora dos sintomas depois de 24 horas.
  - II. A suspeita de otite média aguda (OMA) deve ser confirmada pela otoscopia e o parâmetro mais significativo para esse diagnóstico é o abaulamento da membrana timpânica.
  - III. A rinossinusite aguda na criança sem comorbidades ou sinais de gravidade pode ser confirmada pela história clínica e o exame físico, sem necessidade de exames.
- (A) I e II são corretas. (D) I e III são corretas.  
 (B) II e III são corretas. (E) Todas as opções são corretas.  
 (C) Somente a III é correta.
70. João, 5 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 João é síndrome nefrítica. A principal causa na pediatria é GESF (glomerulosclerose segmentar e focal). A criança deve fazer biópsia para confirmar a hipótese e, caso confirme, iniciar tratamento com corticoide.
  - (B) A principal hipótese diagnóstica para João 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 diagnóstica é síndrome nefrótica. Para confirmação diagnóstica deve-se solicitar sumário de urina para documentar a presença de hematúria, função renal para avaliar o grau de comprometimento renal e ASLO para comprovar a infecção prévia pela bactéria.
  - (D) A principal hipótese é síndrome nefrítica. Em crianças, esta doença ocorre predominantemente como uma complicação supurativa durante infecções de pele ou orofaringe causadas por cepas nefritogênicas do *Staphylococcus*
  - (E) A principal hipótese nesse caso é síndrome nefrítica. A melhor conduta para o paciente é interná-lo, restringir sal e água, iniciar diurético e fazer penicilina benzatina para evitar disseminação das cepas nefritogênicas para a comunidade.
71. Sobre síndrome nefrótica, assinale a opção INCORRETA.
- (A) A principal causa de síndrome nefrótica em criança é lesão histológica mínima, a qual é idiopática e costuma ter uma boa resposta ao corticoide, mas tem uma taxa significativa de recaídas.
  - (B) A síndrome nefrótica em crianças caracteriza-se por proteinúria nefrótica, edema, hipoalbuminemia, hipertensão e hematúria.
  - (C) São indicações de biópsia na síndrome nefrótica: idade menor de 1 ano, início na puberdade, córtico-resistência, piora progressiva da função renal.
  - (D) Na síndrome nefrótica ocorre perda da barreira de carga da membrana basal glomerular, o que resulta em perda seletiva de albumina, redução da pressão oncótica intravascular e extravasamento de líquido para o terceiro espaço.
  - (E) São indicações de albumina na síndrome nefrótica: anasarca importante, edema escrotal, oligúria, derrame pleural e ascite volumosa.
72. Criança de 3 anos, 15kg, é trazida ao pronto socorro por queixa de , há 2 dias, diarreia líquida cerca de 5-6x / dia e 4 vômitos. À admissão, a criança encontra-se em regular estado geral, pulsos finos e rápidos (FC 126 bpm), TEC 3 segundos, olhos bem fundos e sem lágrimas, boca bem seca. A mãe refere que última diurese foi há 10 horas:
- (A) Essa criança encontra-se desidratada grave. Deve-se, então, iniciar o plano C de hidratação para essa criança com expansão com soro ao meio 1glicosado 5%: 1 fisiológico 0,9% endovenoso 20ml/kg e repetir se necessário.
  - (B) Esta criança encontra-se com desidratação moderada. Neste caso, deve-se prescrever terapia de hidratação oral para casa +/- 50-100ml/kg 6 horas e depois 100ml após cada vômito ou diarreia. Além disso, orientar oferta aumentada de líquidos e alimentação leve apenas com sucos e sopas. Deve-se orientar sinais de alerta para retorno ao pronto-socorro.

- (C) A criança encontra-se desidratada grave. Deve-se fazer expansão com soro fisiológico 20 ml/kg a cada 30 minutos e repetir até que os sinais de desidratação sejam revertidos ou surjam sinais de hipervolemia. Depois prescrever um soro de reposição para 24 horas. Liberar dieta assim que tiver condições de se alimentar.
- (D) Essa criança encontra-se com sinais de desidratação de algum grau ou moderada. Deve-se iniciar o plano B do ministério da saúde que consiste em oferecer soro de rehidratação oral na dose de 50-100ml/kg em 4-6 horas, aos goles. Se houver sinais de sinais de piora clínica, como rebaixamento do nível de consciência, deve-se converter para hidratação endovenosa.
- (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.
73. Maria, 1 ano, é levada por sua mãe ao pediatra para consulta de rotina. A mãe se queixa de baixa aceitação da dieta. Ao exame, a criança encontra-se em bom estado geral, afebril, eupneica, ausculta normais, oroscopia e otoscopia normais, abdome plano e sem massas. O pediatra observa que a criança apresenta queda na curva de peso e retificação da curva de altura. O pediatra diz à mãe que a criança pode estar com infecção urinária. Sobre a hipótese do pediatra, marque a opção CORRETA.
- (A) Infecção do trato urinário é pouco provável pois a criança não teve queixas urinárias nem febre.
- (B) O principal agente causador de infecção do trato urinário em crianças é *Escherichia coli*, a qual é adquirida por via ascendente a partir do trato gastrointestinal.
- (C) Infecção do trato urinário tem predominância no sexo masculino, contudo, no primeiro ano de vida, é mais frequente em meninas devido aspectos anatômicos da uretra.
- (D) O diagnóstico de infecção do trato urinário em crianças é definido por sintomatologia associada à urocultura positiva. A urina deve ser colhida por jato médio, mas no caso de criança sem controle esfinteriano, o método de escolha é por saco coletor.
- (E) São fatores de risco para infecção urinária: malformação do trato urinário, baixa ingestão hídrica, constipação e distúrbio miccional e sexo masculino.
74. Mãe em amamentação exclusiva chega ao consultório com seu filho de 15 dias de vida queixando-se de fissura em mama direita com sangramento local. G1P1, peso de nascimento: 3.500g. Peso atual: 3.650g. A conduta nesse caso é:
- (A) Interromper a amamentação e prescrever aleitamento artificial.
- (B) Internar e investigar possível infecção.
- (C) Interromper a amamentação somente na mama que sangra.
- (D) Manter a amamentação e fazer compressas mornas na mama direita.
- (E) Manter a amamentação e orientar pega adequada.
75. Na definição de Síndrome Metabólica na Infância e Adolescência, são levados em consideração parâmetros como:
- (A) proteína C reativa, ultrassonografia de fígado e ferritina.
- (B) índice de massa corpórea, LDL colesterol e glicemia.
- (C) pressão arterial, colesterol total e insulinemia.
- (D) tabagismo, TSH e história familiar de diabetes.
- (E) circunferência abdominal, triglicérides e HDL colesterol.
76. É indicação de uma alimentação saudável, segundo o Ministério da Saúde, para crianças menores de 2 anos:
- (A) Oferecer leite materno até os seis meses; sendo necessário, oferecer água.
- (B) A partir dos 3 meses oferecer gradualmente sucos e sopinhas, mantendo o aleitamento materno até os 2 anos ou mais.
- (C) Alimentação complementar quando iniciada deve ser espessa desde o início e oferecida de colher, aumentando a consistência gradualmente até chegar à alimentação da família.
- (D) Não oferecer frutas e hortaliças com frequência diária para evitar episódios de diarreia.
- (E) Evitar alimentos variados.

77. O rotavírus é um dos principais agentes etiológicos da diarreia aguda. Após a introdução da vacina no calendário nacional em 2007, observam-se mudanças importantes na sua epidemiologia. Em relação à diarreia por rotavírus, é CORRETO afirmar que:
- (A) A vacina disponível é contraindicada em lactentes menores de seis meses.
  - (B) A infecção em menores de dois meses, na maioria das vezes, é assintomática.
  - (C) A doença é mais frequente nos lactentes menores de dois anos e é sempre leve.
  - (D) Diarreia por rotavírus não é a etiologia mais frequente nos países desenvolvidos.
  - (E) Diarreia aquosa, febre baixa e a completa ausência de vômitos são características da infecção por rotavírus.
78. Assinale a opção que completa, CORRETA e RESPECTIVAMENTE as lacunas do texto abaixo.
- A desnutrição, em especial nas crianças menores de dois anos de idade, pode causar danos permanentes irreversíveis no corpo e na mente.  
 A desnutrição do tipo \_\_\_\_\_ resulta de uma deficiência global de energia, com déficit de hidratos de carbono, gordura e proteína.  
 A desnutrição do tipo \_\_\_\_\_ resulta de uma grave deficiência de proteína e ingestão adequada de calorías.
- (A) Kwashiorkor – Marasmo-Kwashiorkor
  - (B) Marasmo – Marasmo-Kwashiorkor
  - (C) Marasmo – Kwashiorkor
  - (D) Kwashiorkor – Marasmo
  - (E) Nanismo Nutricional e Kwashiorkor
79. Adolescente de 12 anos de idade, iniciou quadro febre, poliartrite migratória em articulações de joelhos, tornozelos e punhos com duração do envolvimento de cada articulação em torno de 6 dias. Evoluiu com dispneia, taquicardia, tiragem intercostal e de fúrcula, ictus cordis palpável e visível em foco mitral. Apresenta ainda, edema de face, e membros inferiores, e ainda, hepatomegalia dolorosa. Hemograma com anemia, leucocitose, plaquetas normais. VHS: 90 mmhg, PCR reagente. Baseado nos dados acima, o diagnóstico mais provável é:
- (A) Artrite Idiopática Juvenil.
  - (B) Leucemia Linfocítica Aguda.
  - (C) Lupus Eritematoso Sistêmico.
  - (D) Febre Reumática.
  - (E) Endocardite Bacteriana.
80. Adolescente de 14 anos de idade, iniciou quadro febre alta, com 2 picos febris diários de até 40C, há cerca de 18 dias, poliartrite cumulativa em articulações interfalangeanas distais de ambas as mãos, além de ombros e cotovelos. Apresentava, ainda, exantema em tórax e membros, durante os episódios de febre. Evoluiu com adenomegalia cervical, hepatomegalia. Hemograma com anemia, leucocitose, plaquetose. VHS: 100 mmhg, PCR reagente. Baseado nos dados acima, o diagnóstico mais provável é:
- (A) Leucemia Linfocítica Aguda
  - (B) Lupus Eritematoso Sistêmico
  - (C) Febre Reumática
  - (D) Doença Falciforme
  - (E) Artrite Idiopática Juvenil

**MEDICINA PREVENTIVA E SOCIAL**

Leia, atentamente, a situação-problema a seguir para responder as questões 81 e 82.

“Doutor João está em dúvidas em relação à prevalência de hipertensão arterial sistêmica no seu município. De um total de 10 mil pessoas cadastradas no seu município para o ano de 2018, foram identificados e cadastrados 2 mil casos no total. Ao longo do ano de 2018, foram identificados, em média, 50 casos novos por mês”.

81. A partir dessas informações, a prevalência de hipertensão arterial sistêmica naquele município para o ano de 2018 foi de:
- (A) 6% (D) 24%  
(B) 14% (E) 26%  
(C) 20%
82. Ainda em relação a essas informações descritas na situação-problema, a incidência de hipertensão arterial sistêmica naquele município para o ano de 2018 foi:
- (A) 6% (D) 24%  
(B) 14% (E) 26%  
(C) 20%
83. As ações e serviços de saúde devem responder as necessidades e demandas da população. Nesse aspecto, a Atenção Básica tem assumido um papel bastante relevante. A Atenção Básica diz respeito ao conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária. Diante disso, o enfrentamento do uso abusivo de álcool constitui uma ação de:
- (A) Promoção da saúde. (D) Reabilitação.  
(B) Proteção específica. (E) Limitação do dano.  
(C) Recuperação.
84. A fluoretação das águas de abastecimento público constitui uma medida de:
- (A) Promoção da saúde bucal. (D) Reabilitação da saúde bucal.  
(B) Prevenção e controle da doença cárie. (E) Limitação do dano oportunizado pela cárie.  
(C) Recuperação da saúde bucal.
85. A vacinação constitui uma medida de:
- (A) Promoção da saúde. (D) Reabilitação.  
(B) Prevenção de agravos. (E) Limitação do dano.  
(C) Recuperação.
86. Quando se menciona: “o conjunto de serviços executados pela equipe de saúde que atendam às necessidades da população adscrita nos campos do cuidado, da promoção e manutenção da saúde, da prevenção de doenças e agravos, da cura, da reabilitação, redução de danos e dos cuidados paliativos” e que “inclui a responsabilização pela oferta de serviços em outros pontos de atenção à saúde e o reconhecimento adequado das necessidades biológicas, psicológicas, ambientais e sociais causadoras das doenças, e manejo das diversas tecnologias de cuidado e de gestão necessárias a estes fins, além da ampliação da autonomia das pessoas e coletividade”, trata-se de:
- (A) Cuidado centrado na pessoa. (D) Equidade.  
(B) Resolutividade. (E) Integralidade.  
(C) Universalidade.

87. A construção do vínculo está associada a diretriz do Sistema único de Saúde:
- (A) Universalidade. (D) Longitudinalidade do cuidado.  
 (B) Integralidade. (E) Participação da comunidade.  
 (C) Territorialização.
88. De acordo com o Art. 3º da Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017, são princípios e diretrizes do SUS e da RAS, respectivamente, a serem operacionalizados na Atenção Básica:
- (A) universalidade e equidade.  
 (B) integralidade e territorialização.  
 (C) participação da comunidade e resolutividade.  
 (D) regionalização e hierarquização.  
 (E) cuidado centrado na pessoa e coordenação do cuidado.
89. Quando se menciona: “reconhecer as necessidades de saúde da população sob sua responsabilidade, organizando as necessidades desta população em relação aos outros pontos de atenção à saúde, contribuindo para que o planejamento das ações, assim como, a programação dos serviços de saúde, parta das necessidades de saúde das pessoas”, trata-se de:
- (A) Territorialização e Adstrição. (D) Regionalização.  
 (B) Ordenar as Redes. (E) Coordenar o cuidado.  
 (C) Longitudinalidade do cuidado.
90. A gestão do cuidado em saúde se realiza em múltiplas dimensões. Todas e cada uma delas estão relacionadas com uma especificidade. Quando se menciona: “aquela que trata de construir conexões formais, regulares e regulamentadas entre os serviços de saúde, compondo ‘redes’ ou ‘linhas’ de cuidado, na perspectiva da construção da integralidade do cuidado”, trata-se de:
- (A) dimensão individual. (D) dimensão organizacional.  
 (B) dimensão familiar. (E) dimensão sistêmica.  
 (C) dimensão profissional.
91. A violência tem sido um problema de saúde pública e requer uma abordagem intersetorial. As unidades de saúde dos serviços públicos e privados devem notificar os casos de violência que se enquadrarem na definição de caso presente na ficha de notificação de violência interpessoais/autoprovocadas, a saber: *“caso suspeito ou confirmado de violência doméstica/intrafamiliar, sexual, autoprovocada, tráfico de pessoas, trabalho escravo, trabalho infantil, tortura, intervenção legal e violências homofóbicas contra mulheres e homens em todas as idades. No caso de violência extrafamiliar/comunitária, somente serão objetos de notificação as violências contra crianças, adolescentes, mulheres, pessoas idosas, pessoa com deficiência, indígenas e população LGBT”*.
- Em se tratando dos casos de violência contra **crianças e adolescentes** pode-se mencionar que:
- (A) devem ser notificados diante da manifestação ou consentimento da criança.  
 (B) devem ser notificados no Sinan (setor Saúde) após contato prévio com pais ou responsáveis.  
 (C) devem ser notificados no Sinan (setor Saúde) e, além disso, é obrigatória a comunicação ao Conselho Tutelar.  
 (D) só poderão ser notificados no Sinan (setor Saúde) após sua confirmação.  
 (E) não precisam ser notificados.
92. No que diz respeito à notificação compulsória de violências interpessoais e autoprovocadas no âmbito da Saúde, podemos afirmar:
- (A) não é denúncia.  
 (B) constitui instrumento de garantia de direitos.  
 (C) após as etapas de acolhimento, atendimento e notificação, deve-se proceder ao seguimento na rede de proteção social.  
 (D) a ficha de notificação é um instrumento disparador da linha de cuidado às pessoas em situação de violência.  
 (E) Todas as alternativas anteriores estão corretas.

93. De acordo com a Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017, o Nasf passou a ser chamado de:
- (A) Núcleo de Apoio ao Saúde da Família (Nasf).
  - (B) Núcleo de Apoio ao Saúde da Família e Atenção Básica (Nasf-AB).
  - (C) Núcleo Ampliado de Saúde da Família (Nasf).
  - (D) Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (Nasf-AB).
  - (E) Núcleo de Acolhimento do Saúde da Família e Atenção Básica (Nasf-AB).
94. O documento público e sistema de informação oficial de cadastramento de informações acerca de todos os estabelecimentos de saúde do país, independentemente de sua natureza jurídica ou integração com o Sistema Único de Saúde (SUS) é:
- (A) DATASUS.
  - (B) SIGTAP.
  - (C) CNES.
  - (D) CNS.
  - (E) SAGE.
95. A Portaria GM/MS nº 1.412, de 10 de julho de 2013, institui o Sistema de Informação da Atenção Básica e menciona as estratégias para a operacionalização. A estratégia para a operacionalização e captação de dados que está sendo utilizada no sistema de informação vigente é:
- (A) SIAB.
  - (B) SISAB.
  - (C) e-SUS AB.
  - (D) CNES.
  - (E) DATASUS.
96. Leia, atentamente, as atribuições relacionadas a seguir:
- I. Realizar estratificação de risco e elaborar plano de cuidados para as pessoas que possuem condições crônicas no território, junto aos demais membros da equipe;
  - II. Encaminhar, quando necessário, usuários a outros pontos de atenção, respeitando fluxos locais, mantendo sob sua responsabilidade o acompanhamento do plano terapêutico prescrito;
  - III. Indicar a necessidade de internação hospitalar ou domiciliar, mantendo a responsabilização pelo acompanhamento da pessoa;
  - IV. Planejar, gerenciar e avaliar as ações desenvolvidas pelos Agente Comunitário de Saúde (ACS) e Agente de Combate a Endemias (ACE) em conjunto com os outros membros da equipe.
- De acordo com a Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017, são atribuições específicas dos médicos das equipes que atuam na Atenção Básica:
- (A) Apenas os itens I, II e III.
  - (B) Apenas os itens II e III.
  - (C) Apenas os itens II, III e IV.
  - (D) Apenas os itens III e IV.
  - (E) Todos os itens mencionados.
97. No SUS, destacam-se importantes ações no processo de avaliação de risco e vulnerabilidade na Atenção Básica. Quando se menciona: “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”, trata-se do tipo de ação:
- (A) Acolhimento.
  - (B) Acolhimento com Classificação de Risco.
  - (C) Estratificação de Risco.
  - (D) Triagem.
  - (E) Regulação do sistema de saúde.

98. A Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019, estabeleceu novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde. O financiamento federal de custeio da Atenção Primária à Saúde (APS) será constituído por: I - capitação ponderada; II - pagamento por desempenho; e III - incentivo para ações estratégicas. A partir disso, deverá ser levado em consideração para o cálculo para a definição dos incentivos financeiros da capitação ponderada:
- (A) A população cadastrada na equipe de Saúde da Família (eSF) e equipe de Atenção Primária (eAP) no Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB); a vulnerabilidade socioeconômica da população cadastrada na eSF e na eAP; o perfil demográfico por faixa etária da população cadastrada na eSF e na eAP; e classificação geográfica definida pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).
  - (B) Cumprimento de meta para cada indicador por equipe de Saúde da Família (eSF) e equipe de Atenção Primária (eAP) no Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB).
  - (C) Processo e resultados intermediários das equipes de Saúde da Família (eSF) e equipes de Atenção Primária (eAP) no Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB); resultados em saúde; e globais de APS.
  - (D) As especificidades e prioridades em saúde; os aspectos estruturais das equipes de Saúde da Família (eSF) e equipes de Atenção Primária (eAP) no Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB); e a produção em ações estratégicas em saúde.
  - (E) Estrutura, processo e resultados alcançados pelas equipes de Saúde da Família (eSF) e equipes de Atenção Primária (eAP) no Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB).
99. De acordo com a Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019, a prestação de contas sobre a aplicação dos recursos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios referente às ações e serviços públicos de saúde da APS deverá ser realizada por meio do instrumento:
- (A) Plano Anual de Saúde.
  - (B) Relatório de Gestão.
  - (C) Relatório de Auditoria em Saúde.
  - (D) Relatório de Controle em Saúde.
  - (E) Relatório de Avaliação do Acesso e Qualidade da Atenção.
100. De acordo com a Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019, o quantitativo potencial de pessoas cadastradas por equipe de saúde da família na área urbana (seguindo a Classificação do município pelo IBGE) passará a ser:
- (A) 2000 pessoas
  - (B) 2500 pessoas
  - (C) 3000 pessoas
  - (D) 3500 pessoas
  - (E) 4000 pessoas