

1. A Atenção Primária à Saúde (APS), no Brasil, apesar dos grandes avanços, ainda se apresenta bastante heterogênea na efetividade, na eficiência e equidade, portanto nos resultados de saúde. A Estratégia de Saúde da Família (ESF) ainda não conseguiu efetivar a APS de forma democrática no Brasil. A partir deste contexto, marque a alternativa correta.
- a) Pode-se entender a APS como um território estático restrito ao território geográfico, que culmina no processo de territorialização realizada pela equipe de saúde da família (ESF).
- b) A estratégia de saúde da família demonstrou ser a alavanca principal para o avanço da APS, ultrapassando os limites de um programa para tornar-se uma política do estado brasileiro.
- c) O programa saúde da família (PSF) foi oficialmente lançado na década de 90, sendo seu crescimento bastante heterogêneo no país, não alcançando grande cobertura.
- d) A estratégia saúde da família faz parte da organização do SUS e assumiu um papel primordial com destaque no binômio queixa-conduta, sem contextualizar a política do cuidado.
- e) Apesar da expansão da estratégia saúde da família, a partir de 1994, não se observou grande impacto na queda da mortalidade infantil no Brasil.
2. A integralidade na prática do Médico de Família e Comunidade (MFC) deve ser uma constante. O modelo hospitalocêntrico de atenção valoriza as especialidades focais, fragmenta a pessoa e o cuidado, sem contextualizar os problemas. Neste contexto, é correto afirmar que:
- a) a reorientação do modelo assistencial perpassa por um cuidado centrado no binômio queixa-conduta, pois esta praticidade de cuidado é o que o usuário e os gestores almejam e necessitam: atendimento e produtividade, respectivamente.
- b) o novo modelo assistencial requer mudanças de paradigma. A ineficácia, a iatrogenia e o aumento dos custos na saúde estão relacionados ao paradigma biopsicossocial.
- c) a abordagem biotecnológica reduz a pessoa a uma doença, sem contexto próximo ou remoto, assemelhando-se ao Método Clínico Centrado na Pessoa (MCP).
- d) a reorientação do modelo assistencial a partir do paradigma biopsicossocial requer uma ampliação do diagnóstico biomédico da doença e uma contextualização, ou seja, captar os fatores que influenciam o processo saúde-doença.
- e) na visão reducionista ou hospitalocêntrica, o Médico de Família e Comunidade (MFC) diagnostica a doença de uma pessoa, limitando-se apenas ao diagnóstico biomédico. Assim define-se sua prática na APS.

3. O Médico de Família e Comunidade (MFC) possui no seu escopo de ferramentas o Método Clínico Centrado na Pessoa (MCP). Sobre a abordagem centrada na pessoa, a alternativa correta é:

- a) a relação médico-pessoa tem a consulta como principal manifestação deste binômio, porém, não é fator determinante no seu sucesso.
- b) o método MCP tem como primeiro componente: explorando a saúde, a doença e a experiência da pessoa com a doença, experiência esta pessoal e subjetiva.
- c) o termo "pessoa" denota volição associada a passividade, daí porque no MCP prefere-se usar este termo ao invés de "paciente".
- d) a experiência da pessoa com a doença é comum a todos: seriam suas ideias, sentimentos e expectativas.
- e) "Entendendo a pessoa como um todo" não é mais um componente do MCP, visto que a pessoa é única e assim deve ser vista.

Leia o texto abaixo para responder à questão 4

Abordagem familiar: "Nunca é exagerado exaltar a importância da família, compreendendo-a como a base, a partir da qual se aprende a sentir-se parte de algo, a vincular-se emocionalmente, a desempenhar papéis e a ter funções. A compreensão da abordagem familiar sistêmica contribuirá no plano da prevenção, da investigação clínica e do tratamento de casos simples e complexos."

Lêda Chaves Dias -TMFC, 2012.

4. A partir do contexto acima, marque a alternativa correta.
- a) Na abordagem familiar, o MFC deve sempre manter um relacionamento crítico com cada pessoa, oferecer conselhos, sem necessariamente criar laços.
- b) Na abordagem familiar, o MFC deverá preocupar-se apenas com os aspectos de relação, que correspondem aos estressores horizontais no genograma familiar.
- c) Existem técnicas e ferramentas de terapia familiar sistêmica que podem ser utilizadas pelo MFC como por exemplo o ECOMAPA, que aborda somente a família e a relação entre os familiares.
- d) O único caso em que é contraindicado convidar a família a realizar a consulta em conjunto é quando existir risco de violência direta à alguém.
- e) Na abordagem familiar, não é o MFC quem detecta o problema na família. O mesmo deve insistir para que a família descubra aonde está o problema, pois no fim de tudo a família sempre percebe.

5. A Sra. Maria Raimunda, 62 anos, recorreu à Unidade de Saúde da Família (USF) da Terra Firme à procura de seu médico de família (MFC). Apesar de seus exames estarem todos normais e gozar de boa saúde, insiste em frequentar a USF. A mesma, diante de seu médico, lança várias queixas ao mesmo tempo, numa velocidade impressionante, numa consulta sem foco. Deseja fazer novamente um "check-up". Apresenta dispnéia suspirosa, palpitações e diz que se sente mal. Uma sensação estranha que não consegue definir exatamente. Refere cefaleia após os afazeres de casa, à tardinha, "não conseguindo pregar o olho." Diante do caso da Dona Maria Raimunda, marque a alternativa correta.
- a) Trata-se de um Transtorno de Ansiedade Generalizada (TAG) devendo-se ser referenciada ao especialista, pois o MFC não está apto a iniciar o tratamento.
 - b) Suas queixas não indicam outra condição clínica, portanto o MFC deve conduzir o problema apenas como um quadro de ansiedade.
 - c) O MFC não está habilitado a conduzir quadros psiquiátricos, devendo sempre utilizar o Centro de Apoio Psicossocial (CAPS) como referência nessas situações.
 - d) É importante que o MFC esteja apto a iniciar um tratamento psiquiátrico, podendo ser uma abordagem de apoio mais terapia medicamentosa.
 - e) O fluxo de atendimento à pessoa portadora de transtorno mental na APS, em Belém, está bem consolidado e resolutivo, não existindo sobrecarga dos CAPS e do hospital psiquiátrico de referência.
6. O MFC realiza o cuidado da pessoa em todos os seus ciclos de vida desde o ventre materno até a senescência. A transição demográfica hoje apresenta uma população idosa cada vez mais necessitada de assistência, pois envelhecer sem qualidade de vida não faz sentido. Sobre esse caso, marque a alternativa correta.
- a) Um dos grandes problemas enfrentado pelo idoso são as quedas, problema este já superado por uma política brasileira que previne suas causas extrínsecas e intrínsecas.
 - b) A população idosa diferencia-se das outras populações por apresentar características próprias em relação ao processo saúde-doença, onde se visa a capacidade funcional da pessoa.
 - c) As ações de promoção e manutenção da saúde da pessoa idosa tem como objetivo somente diagnosticar e tratar as doenças da velhice sem preocupação com a capacidade funcional.
 - d) Um indicador sensível de diminuição das funções cognitivas no idoso é a perda de memória antiga e de habilidades de cálculo.
 - e) As perdas funcionais e psicossociais no idoso resultam inevitavelmente em depressão: é o efeito cascata que culmina em óbito.
7. Os problemas encontrados com maior frequência no idoso são:
- a) demência e déficit sensoriais.
 - b) incontinência e doenças infectocontagiosas.
 - c) iatrogenia medicamentosa e Hanseníase.
 - d) isolamento social e transtorno do pânico.
 - e) depressão e AIDS nos dias atuais.
8. A transição demográfica e epidemiológica estão diretamente correlacionadas modificando o perfil de saúde da população com predomínio das doenças crônicas e suas complicações. O diabetes mellitus (DM) e a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) são grandes exemplos, tornando-se problemas prevalentes no dia-a-dia do MFC. Sobre a DM, marque a alternativa correta.
- a) A orientação alimentar e mudança no estilo de vida têm efeito sobre o controle glicêmico igualando-se aos hipoglicemiantes, porém, não reduzem o risco cardiovascular global.
 - b) Os métodos utilizados pelo MFC como a abordagem centrada na pessoa, os grupos de apoio e a educação em saúde são fundamentais para a adesão ao tratamento e consequente controle da doença.
 - c) Nas situações onde a glicemia de jejum já normalizou e a HbA1C permanece elevada, a realização do perfil glicêmico através do TOTG demonstra em que momentos do dia ocorre a hiperglicemia.
 - d) A automonitoração da glicemia capilar (AMGC) é imprescindível no DM2 auxiliando na percepção, pela pessoa portadora, do impacto da adesão terapêutica sobre as glicemias.
 - e) A atividade física reduz a HbA1C independente da redução de peso e diminui o risco cardiovascular com exceção dos exercícios de resistência.
9. Sobre a HAS é correto afirmar que:
- a) no manejo da pessoa com HAS, é importante detectar a presença de outros fatores de risco cardiovascular, sendo que o cuidado deve ser focado e voltado unicamente aos órgão-alvos.
 - b) o tratamento da pessoa hipertensa objetiva unicamente o controle dos níveis pressóricos.
 - c) a mudança no estilo de vida é indicada para aquelas pessoas portadoras de hipertensão complicada preferencialmente.
 - d) a avaliação do risco cardiovascular é importante no manejo da pessoa hipertensa tanto para definir metas, quanto na prescrição do tratamento. O risco cardiovascular pode ser estimado pelo escore de Framingham.
 - e) nas pessoas com alto risco cardiovascular e com níveis pressóricos no estágio 2, está indicada a mudança de estilo de vida e MRPA (Monitoramento Residencial da Pressão Arterial) no momento do diagnóstico. Caso o nível pressórico elevado persista, indica-se o tratamento farmacológico.

- 10. Abordagem comunitária - Cuidado Domiciliar:** Segundo a OMS, os serviços de assistência domiciliar podem ser classificados como preventivos, terapêuticos, reabilitadores, de acompanhamento por longo tempo e de cuidados paliativos. Sobre o cuidado domiciliar, marque a alternativa correta.
- a** As Visitas Domiciliares (VD) existem apenas para ações de prevenção de agravos e promoção da saúde, porém, a abordagem de problemas e diagnósticos devem ser realizados no ambulatório da USF.
 - b** O cuidado domiciliar engloba diferentes conceitos: A Atenção Domiciliar, a assistência domiciliar, o atendimento domiciliar, a visita domiciliar e a internação domiciliar.
 - c** A VD é uma estratégia para diagnosticar fragilidades, riscos, potencialidades e possibilidades. Na VD, as habilidades clínicas sobrepujam as habilidades de comunicação.
 - d** Não é papel do MFC no cuidado domiciliar: registrar os atendimentos, pois estes ficam a cargo do enfermeiro; dar alta médica porque esta conduta deve ser realizada no hospital; e verificar e atestar o óbito.
 - e** Intercorrências dos pacientes crônicos, terminais ou em internação hospitalar não são critérios para assistência domiciliar, pois para isso existem as unidades de pronto atendimento (UPAS).
- 11. As dislipidemias podem ser manejadas no ambiente de atenção básica, devendo o médico da Estratégia de Saúde da Família estar habilitado na condução dos pacientes com este problema. Sobre o tratamento medicamentoso das dislipidemias é correto afirmar que:**
- a** a genfibrozila nunca deve ser administrada concomitantemente ao uso de estatinas pelo risco de rabdomiólise.
 - b** as estatinas devem ser usadas preferencialmente pela manhã no intuito de se obter seu efeito máximo.
 - c** por ter bem tolerabilidade em doses elevadas, o tratamento com ácido nicotínico deve ser iniciado com altas doses e redução gradual conforme monitorização de perfil lipídico.
 - d** quando usados concomitante com estatinas, os fibratos devem ser tomados preferencialmente em horário afastado das estatinas, afim de diminuir o risco de toxicidade.
 - e** uma vez iniciado o tratamento com estatinas para a prevenção de eventos cardiovasculares, deve-se realizar trimestralmente monitorização do perfil lipídico.
- 12. Dona Genina tem 69 anos, e vem apresentando quadro de esquecimento progressivo importante nos últimos 8 meses, atualmente a filha afirma que a paciente se perde na casa, e já chegou a colocar o ferro de passar roupa na geladeira e a dormir na casa do vizinho por se confundir com a própria casa. A paciente tem ensino superior completo e apresenta um mini-mental de 15 pontos. Para esta paciente, a melhor conduta é:**
- a** dar o diagnóstico de Alzheimer devido quadro característico, iniciar donepezila 5mg, por via oral, de 12/12h.
 - b** encaminhar para serviço de referência em neurologia.
 - c** investigar acidente vascular encefálico.
 - d** solicitar tomografia computadorizada de crânio, TSH e T4 livre, VDRL, dosagem de Vitamina B12 e HIV, além de demais exames que sejam pertinentes à paciente.
 - e** dar o diagnóstico de Alzheimer devido quadro característico, iniciar donepezila 5mg, por via oral, de 12/12h e Vitamina E 1000UI de 12/12h.
- 13. João Batista, 27 anos de idade, comparece à unidade básica de saúde com queixa de dor intensa na perna esquerda. Foi vítima de acidente de trânsito há 1 dia. A perna encontra-se edemaciada, com escoriações leves em terço médio da perna. Refere que foi atendido na unidade de pronto-atendimento no dia do acidente, onde foi realizado o raio X, que não evidenciou fratura. O exame físico não evidenciou sinais de instabilidade ligamentar. A dor de João Batista foi classificada pelo médico como de moderada intensidade. Sobre esta situação é correto afirmar que:**
- a** o médico deve prescrever ao paciente paracetamol até melhora do quadro.
 - b** o médico deve prescrever ao paciente um opioide forte mais paracetamol até melhora do quadro.
 - c** o médico deve encaminhar o paciente para o serviço de ortopedia para reavaliação de fratura.
 - d** o médico deve prescrever ao paciente um opioide fraco mais paracetamol
 - e** não há necessidade de tratamento medicamentoso.
- 14. Paciente com 50 anos comparece à consulta na UBS com desejo de rastreamento de câncer de mama, pois não conseguiu participar da campanha "Outubro Rosa" e devido a diagnóstico recente de câncer de mama na irmã. A recomendação do Ministério da Saúde nesse caso é:**
- a** autoexame das mamas
 - b** exame clínico das mamas
 - c** mamografia
 - d** ressonância nuclear magnética
 - e** ultrassonografia

- 15.** São contraindicados como terapêutica anti-hipertensiva na gestação os:
- a) agonistas alfa-adrenérgicos
 - b) antagonistas de cálcio
 - c) bloqueadores beta-adrenérgicos
 - d) diuréticos
 - e) inibidores da enzima de conversão da angiotensina
- 16.** Uma gestante apresentou febre, tosse produtiva e prostração há 2 dias. Ao ser avaliada na UPA 24 horas, foi diagnosticada com pneumonia comunitária. O tratamento medicamentoso deve ser feito preferencialmente com:
- a) azitromicina
 - b) levofloxacina
 - c) penicilina G benzatina
 - d) sulfametoxazol+trimetoprima
 - e) tetraciclina
- 17.** Paciente de 23 anos, grávida de seu terceiro filho (G III P I A 0), comparece à primeira consulta de pré-natal na unidade de saúde de seu bairro. Apresentava regularidade nos ciclos menstruais. Ela referiu a data da última menstruação no dia 20/09/2017. A data provável do parto desta paciente é:
- a) 13/03/2018
 - b) 20/05/2018
 - c) 20/06/2018
 - d) 27/06/2018
 - e) 27/07/2018
- 18.** ACL, 19 anos, dá entrada na UBS para primeira consulta de pré-natal após beta-HCG (realizado por conta própria) positivo. Apresenta data da última menstruação para idade gestacional compatível com 10 semanas e 02 dias. Paciente relata quadro de corrimento vaginal de coloração branco acinzentada, homogêneo. Ao exame físico, as características do corrimento são ratificadas, a verificação do pH vaginal teve como resultado 4,7 e teste das aminas positivo. O tratamento de primeira escolha para o caso é:
- a) Metronidazol 250mg, 02cp, VO 2x/dia por 7 dias.
 - b) Metronidazol gel vaginal uma aplicação por 5 noites seguidas.
 - c) Metronidazol 250mg, VO, 01cp 3x/dia por 7 dias.
 - d) Clindamicina 300mg, VO, 2x/dia por 7 dias.
 - e) Fluconazol 150mg, VO, dose única.
- 19.** ALC, G2P1, retorna para UBS com exames da terceira semana de gestação. Dentre os resultados, verifica-se glicemia de jejum com valor de 92mg/dL, sendo, então, necessário otimizar a anamnese. Não foram encontrados fatores de risco para desenvolvimento de diabetes mellitus (DM). A conduta correta para esta paciente é:
- a) devido a paciente não apresentar glicemia de jejum >99mg/dL nem fatores de risco para DM, deve-se seguir o pré-natal normalmente sem continuar investigação da glicemia.
 - b) devido a paciente apresentar glicemia de jejum >85mg/dL, indica-se o Teste Oral de Tolerância à glicose e, se glicemia de jejum for de até 124mg/dL e após 2h da ingestão da glicose for de até 152mg/dL, pode-se afirmar que a paciente não é diabética e deve ser seguido o pré-natal regularmente.
 - c) devido a paciente apresentar glicemia de jejum >85mg/dL, indica-se o Teste Oral de Tolerância à glicose e, se glicemia de jejum for de até 99mg/dL e após 2h da ingestão da glicose for de até 145mg/dL, pode-se afirmar que paciente não é diabética e esta deve seguir o pré-natal regularmente.
 - d) devido a paciente apresentar glicemia de jejum >85mg/dL, indica-se o Teste Oral de Tolerância a glicose e, se glicemia de jejum for de até 109mg/dL ou após 2h da ingestão da glicose for de até 139mg/dL, pode-se afirmar que paciente não é diabética e deve seguir o pré-natal regularmente.
 - e) devido paciente apresentar glicemia de jejum >85mg/dL, deve-se indicar o tratamento imediato com o uso de insulina para evitar alterações no concepto.
- 20.** Quanto ao atendimento de vertigem e tontura no ambiente de atenção básica, é correto afirmar que:
- a) deve-se encaminhar o paciente com presença de nistagmo ao neurologista, a fim de diferenciar a causa da vertigem, entre periférica e central.
 - b) a manobra de Epley é usada para diagnosticar vertigem posicional paroxística benigna.
 - c) Clonazepam não é uma opção por causar sonolência.
 - d) o tratamento medicamentoso tem grande benefício nos pacientes com vertigem posicional paroxística benigna.
 - e) a grande maioria dos indivíduos com vertigem pode ser manejada por seus médicos assistentes na Atenção Primária à Saúde.

21. A meta do tratamento do Acidente Vascular Encefálico Isquêmico (AVCI) é minimizar a lesão cerebral e maximizar a recuperação do paciente. Uma avaliação clínica e neurológica inicial, em um paciente cursando com AVC isquêmico agudo, poderá demonstrar um ou mais achados e sintomas dentre os citados abaixo, **EXCETO**:

- a) PARALISIA FACIAL – um dos lados do rosto não se move tão bem quanto o outro.
- b) QUEDA DO BRAÇO – um dos braços pouco se move ou um dos braços, quando se move, apresenta desvio para baixo em comparação com o outro.
- c) FALA ANORMAL – o paciente pronuncia as palavras de forma arrastada, diz as palavras erradas ou é incapaz de falar.
- d) TONTURA – ou perda do equilíbrio ou da coordenação motora.
- e) TOMOGRAFIA DE CRÂNIO (TC) NEGATIVA PARA HEMORRAGIA - TC inicial com contraste intravenoso é o exame de imagem mais importante para um paciente com AVC agudo.

22. Reanimação Cardio-Pulmonar (RCP) de alta qualidade inclui:

- a) comprimir o tórax com força, rapidez, permitindo o retorno total após cada compressão e minimizando interrupções nas compressões torácicas.
- b) manter a via aérea de pacientes inconscientes por meio de uma via aérea avançada obrigatória, obtida antes de iniciar as compressões torácicas.
- c) ventilar excessivamente com Oxigênio suplementar a 100% diante de uma parada cardio-pulmonar (PCR).
- d) evitar alternar as pessoas que aplicam as compressões torácicas e, em caso de fadiga, a troca deve ser realizada a cada 5 minutos.
- e) avaliar as possíveis causas de uma PCR (“5Hs e 5Ts”) antes de executar as ações de Suporte Avançado de Vida.

23. Sífilis é uma infecção epidêmica, no Brasil, e alarmante devido o aumento da sífilis congênita. Sobre este assunto, assinale a alternativa correta.

- a) Sífilis secundária é o estágio no qual o paciente pode cursar com lesões cutâneas, ósseas, cardiovasculares e neurológicas, podendo surgir décadas após o início da infecção e até levar à morte.
- b) O agente etiológico é o *Treponema pallidum* e, devido à resistência bacteriana, a Vancomicina tornou-se o antibiótico de eleição nos pacientes intolerantes à penicilina.
- c) É transmitida por meio de relação sexual desprotegida com uma pessoa infectada ou pode ser transmitida para a criança durante a gestação ou parto.
- d) O diagnóstico e o tratamento de sífilis, e o seguimento das gestantes e dos parceiros sexuais durante o pré-natal, não contribuem para a prevenção da sífilis congênita.
- e) Existem 2 tipos de testes imunológicos para detecção da sífilis: testes não treponêmicos e testes treponêmicos. Dentre estes, o VDRL é o teste treponêmico mais usado, reservando-se o FTA-abs para os casos inconclusivos ou duvidosos em relação ao resultado do VDRL.

24. Além de orientações higiênicas pessoais e ambientais, indique o melhor tratamento para um paciente que chega à Unidade Básica de Saúde, assintomático, peso corporal de 60 Kg, trazendo um resultado de exame parasitológico das fezes positivo para *Entamoeba histolytica*.

- a) Metronidazol 250 mg, 1 comprimido, 3 vezes ao dia por 5 dias
- b) Mebendazol 100 mg, 1 comprimido, 2 vezes ao dia por 3 dias
- c) Secnidazol 2g em dose única
- d) Ivermectina 6mg, 2 comprimidos, em dose única
- e) Albendazol 400 mg 1 vez ao dia por 3 dias

- 25.** Em relação ao correto diagnóstico de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), é correto afirmar que:
- a** exames complementares de 24h, tais como HOLTER e MAPA, após 2 aferições de Pressão Arterial (PA) acima de 140 x 90 mmHg, são obrigatórios para confirmar o diagnóstico de HAS.
 - b** a correta aferição da Pressão Arterial é uma forma segura de diagnosticar a HAS. Além deste procedimento, os médicos deveriam considerar sempre que possível a MAPA (medição 24h da PA em ambulatório) e a MRPA (medida da PA em casa).
 - c** a medição da Pressão Arterial em consultório está em desuso e sendo paulatinamente substituída pelos exames complementares, pois, mesmo realizada com técnica apropriada, pode superestimar a pressão do paciente, o que é conhecida como hipertensão do avental branco; da mesma forma ela pode subestimar os valores, ou apresentar hipertensão "mascarada".
 - d** recomendações de sentar e descansar por pelo menos 5 minutos e de esvaziar a bexiga urinária antes de aferir a pressão são arbitrarias e não influenciam no valor final da pressão arterial.
 - e** segundo a sociedade Brasileira de Hipertensão, a pressão arterial ideal situa-se abaixo de 140 x 90 mmHg e a HAS se refere a valores superiores a 140 x 90 mmHg, constantemente, em todos os grupos de indivíduos.
- 26.** Um paciente de 57 anos está em investigação diagnóstica de tumoração em região do palato. Há 3 dias refere tosse produtiva e febre. Na admissão, apresenta regular estado geral, astenia, dispneia. Hb 8,1g/dL Leucócitos 17.000 (NS 90%) Plaquetas 160.000. Bilirrubina 2,5mg/dL. Cr 2,1mg/dL. A medida mais importante que deve ser tomada, ainda no departamento de urgência, em até 1-3h da admissão no hospital é:
- a** Radiografia de tórax
 - b** Tomografia de face e base de crânio
 - c** Transfusão de concentrado de hemácias
 - d** Tomografia protocolo TEP
 - e** Início de antimicrobiano e hidratação vigorosa
- 27.** Um paciente de 87 anos comparece ao hospital por comportamento agressivo. Paciente estava em casa, clinicamente bem, quando há um dia familiares referem alteração do comportamento, agressividade, fala desconexa e agitação psicomotora. O diagnóstico será dado mais provavelmente por:
- a** Tomografia de crânio
 - b** Ressonância Nuclear Magnética de Crânio
 - c** Estudo do Líquor
 - d** Anamnese e exames gerais
 - e** Investigação de neoplasia de sítio primário oculto
- 28.** Paciente de 27 anos comparece ao serviço de urgência queixando-se de cefaleia importante há 2 horas. Refere já ter tido quadro semelhante no passado. O episódio inicia com sensibilidade à luz e tristeza. A dor surge e aumenta progressivamente em horas. No momento, dor importante occipital, retro orbitária, maior à direita e incapacitante. Há queixa importante de náuseas associada ao quadro. O manejo imediato deve ser:
- a** Tomografia de Crânio sem contraste
 - b** Administração de AINEs, triptanos e antieméticos
 - c** Analgesia com opioide e dipirona
 - d** Oxigenoterapia
 - e** altas doses de corticoides
- 29.** Homem, pardo, 29 anos comparece ao atendimento de rotina na unidade básica de saúde. Está assintomático. No exame físico apresenta PA 182 x 93mmHg. Nega qualquer histórico de hipertensão previamente. A conduta mais apropriada é:
- a** Iniciar IECA ou BRA. Controle em 30 dias.
 - b** Iniciar diurético tiazídico. Controle em 30 dias.
 - c** Nifedipino imediatamente. Observação de 12 horas.
 - d** Internação hospitalar.
 - e** Investigar ambulatorialmente causas secundárias de hipertensão.

30. As imunodeficiências primárias decorrem em geral de síndromes clínicas herdadas e que apresentam um padrão de evolução característico na dependência do grau de comprometimento e do padrão de imunidade comprometida. Em relação ao seu quadro clínico, é correto afirmar que:

- a) pacientes podem apresentar alterações neurológicas focais de início recente, redução dos níveis de consciência, com exame de neuroimagem mostrando lesão intracraniana com efeito de massa e associado a IgM positiva para toxoplasma.
- b) pacientes com pneumonia recorrente, com mais de um episódio em intervalo de 01 ano, podem fechar o diagnóstico acima, não sendo necessário outras investigações complementares.
- c) história de dispneia e tosse não produtiva de início recente nos últimos 3 meses, associado a infiltrado intersticial difuso bilateral e evidenciado ao RX de tórax, com ausência de pneumonia bacteriana, têm-se como primeira impressão diagnóstica um quadro de imunodeficiência primária.
- d) placas eritemato-violáceas na pele ou mucosa que, após biópsia, mostra positividade na PCR para o HHV8, são patognômicos de imunodeficiência primária combinada grave.
- e) Telangiectasias na conjuntiva e flexura, associada a gengivoestomatite herpética recorrente e manchas "*café-au-lait*" são achados clínicos compatíveis com imunodeficiência primária.

31. O fenômeno de Lúcio, variante do estado reacional hansênico tipo 2, é provavelmente mediado por imunocomplexos e caracteriza-se por reação cutânea grave que ocorre principalmente em doentes portadores de hanseníase virchowiana. Em relação a esta forma evolutiva da hanseníase, é correto afirmar que:

- a) o quadro é caracterizado por lesões eritemato-infiltradas com limites externos pouco nítidos, por vezes simétricas e localizadas em praticamente todo o corpo.
- b) lesões circinadas ou anulares, assimétricas, com pouco ou nenhum comportamento neurítico, são achados característicos ao exame clínico.
- c) há ocorrência de lesões dolorosas, enegrecidas e necróticas, com bordas talhadas a pique consequente a processo trombótico-oclusivo de vasos superficiais.
- d) caracteriza-se clinicamente por lesões que, clinicamente e histopatologicamente, assemelham-se a dermatofibromas, em geral ricas em BAAR.
- e) ocorre quadro de doença auto agressiva com astenia, emagrecimento, febre, vasculite, uveíte, orquiepididimite e neurite aguda.

32. A microcefalia congênita associada à infecção pelo vírus Zika é um problema de saúde pública que tem despertado grande interesse das autoridades por comprometer o desenvolvimento do sistema nervoso central de crianças de mães que desenvolveram infecção pelo vírus durante a gestação. Em relação a estes quadros, é correto afirmar que:

- a) mães infectadas pelo vírus Zika podem apresentar quadro clínico caracterizado por rash maculopapular, febre, cefaleia, dor ocular, artralgia e mialgia, que são um conjunto de sinais e sintomas patognômicos de infecção pelo Zika vírus.
- b) não é encontrado RNA viral no tecido neural dos pacientes em questão, o que levou à interpretação de que as alterações observadas no cérebro são mediadas exclusivamente por mecanismos imunopatológicos sem ação viral direta.
- c) alterações como microcefalia, hemorragia intraventricular, microcalcificação, agria, adelgaçamento do manto cortical, ausência parcial ou completa do corpo caloso, são alterações observadas no sistema nervoso central dos fetos.
- d) histologicamente o tecido neural de fetos infectados pelo vírus Zika apresentam alterações espongiiformes, acompanhada de perda neuronal e gliose reativa, sem infiltrado inflamatório e com pesquisa de RNA viral negativa pela pesquisa por técnicas de biologia molecular.
- e) há alterações espongiiformes e perda neuronal com visualização de frequentes inclusões citopáticas em neurônios decorrentes da ação viral sobre o citoesqueleto.

33. Paciente do sexo masculino, 50 anos de idade, procurou o serviço de clínica médica de um hospital geral de ensino pois notou quadro de 5 meses de evolução com inchaço das pernas e falta de ar. Ao exame físico, não apresenta febre, e à ausculta pulmonar são observados estertores difusos em base pulmonar. Apresenta frequência cardíaca de 80 bpm, regular, sem murmúrios, atritos ou galopes, mas há uma divisão ampliada de S2. A radiografia de tórax revela aumento da borda direita do coração, juntamente a sinais de derrames pleurais bilaterais. Os exames laboratoriais mostram troponina sérica I <0,4 ng/mL. A condição clínica que representa o diagnóstico mais provável é:

- a) Cardiomiopatia alcoólica
- b) Miocardite viral
- c) Valva aórtica bicuspe
- d) Fibrose intersticial pulmonar
- e) Pericardite constritiva

- 34.** Uma paciente de 35 anos de idade, sexo feminino, apresentar dor lombar há cerca de 6 meses. Ao exame físico a paciente não apresenta achados dignos de nota. A análise da urina mostra hematuria microscópica, sem proteinúria ou glicosúria. A tomografia computadorizada abdominal revela uma massa sólida de 6 cm no pólo superior do rim direito. Realizada nefrectomia direita e o histopatológico revela ao nível da lesão ninhos de células com citoplasma transparente. O achado laboratorial que provavelmente estará associado a essa lesão é:
- a** Catecolaminas aumentadas
 - b** Hiponatremia
 - c** Hiperaldosteronemia
 - d** Hipercalcemia
 - e** Sorologia para HBsAg positiva
- 35.** A alteração renal que está associada a um quadro clínico de hipertrofia prostática em um homem de 85 anos com dificuldade miccional e que apresenta os seguintes achados laboratoriais: Sódio 139 mmol/L, potássio 4,0 mmol/L, cloreto 104 mmol/L, CO₂ 25 mmol/L, creatinina 1,9 mg/dL e glicose 81 mg/dL é:
- a** Atrofia cortical
 - b** Glomerulonefrite rapidamente progressiva
 - c** Carcinoma de célula renais
 - d** Necrose papilar
 - e** Rim policístico
- 36.** Em relação às neoplasias de tireoide é correto afirmar que:
- a** o carcinoma papilífero é o tipo mais comum de câncer de tireoide em crianças e em geral a exposição a radiação é um fator etiológico preponderante nesses casos de neoplasia.
 - b** no geral, em adultos, o carcinoma folicular da tireoide corresponde a cerca de 80% do total de casos dessas neoplasias.
 - c** carcinomas de tireoide são mais frequentes em homens que em mulheres jovens numa proporção de 4:1.
 - d** tumores menos diferenciados e conseqüentemente mais agressivos ocorrem em indivíduos mais jovens.
 - e** tumores de tireoide em crianças em geral apresentam comportamento biológico menos agressivo.
- 37.** Você detecta em uma mulher assintomática de 29 anos um sopro aspirativo 3+/4+, mais intenso na ponta com irradiação para a axila esquerda. O sopro começa logo após B1 e continua até A2, sem variar em timbre ou amplitude (tipo platô). Também não varia com a respiração. 3 semanas após terminar trinta e três sessões de tratamento radioterápico para carcinoma de cordas vocais. A pressão arterial 110/70mmHg; a frequência de pulso 80 por minuto. Os pulsos venoso, jugular e carotídeo estão normais. Além de uma doença de 80 dias de duração aos 10 anos, que a deixou sem ir à escola em virtude de dor e desconforto nos joelhos e tornozelos, a paciente nega outras doenças. O diagnóstico mais provável, nesse caso, é:
- a** Estenose subaórtica hipertrófica
 - b** Sopro de Austin Flint
 - c** Regurgitação mitral
 - d** Sopro funcional
 - e** Estenose aórtica
- 38.** Na avaliação funcional de cirróticos para determinar a gravidade, é utilizada a classificação de Child-Pugh que inclui cinco variáveis. Outro escore funcional adotado para a doença hepática é o MELD (Modal for End-Stage Liver Disease), mais simples e com melhor capacidade de prever a sobrevida em hepatopatas, quando comparado à classificação de Child-Pugh. O escore de MELD é calculado por uma equação logarítmica neperiana que utiliza as seguintes variáveis:
- a** Bilirrubinas – INR – Creatinina
 - b** Albumina – Glicose – Tempo de protrombina
 - c** Ureia – Sódio – Albumina
 - d** Sódio – INR – Glicose
 - e** Bilirrubina indireta – Albumina – Creatinina
- 39.** Um homem de 55 anos, previamente saudável, apresenta-se com confusão mental iniciada dois dias antes. Tem história de hipertensão arterial, artrite gotosa, hipotireoidismo e tabagismo de 20 maços/ano. Usa Alisquireno 150mg/dia e tiroxina 100mcg/dia. Os exames laboratoriais no sangue incluem: sódio- 122mEq/l, potássio- 4,0mEq/l, cloro- de 90mEq/l, bicarbonato- 23 mEq/l, creatinina- 1,2mg/dl, glicose- 130mg/dl e TSH normal. Sua pressão arterial é 130 x 80 mmHg sem hipotensão postural. Sua urina encontra-se concentrada com sódio urinário de 60mEq/l. O paciente não tem edema. O dado da história relevante que pode auxiliar na elaboração do diagnóstico desse paciente, é a/o:
- a** Artrite gotosa
 - b** Uso de Alisquireno
 - c** Hipertensão arterial
 - d** Hipotireoidismo
 - e** Tabagismo

- 40.** Um homem de 78 anos de idade portador de fibrilação atrial crônica que não está em uso de anticoagulação, que procura o pronto atendimento de um hospital com quadro súbito de dor no abdome inferior seguida de diarreia sanguinolenta. O diagnóstico mais provável para esse caso, é:
- a** Sangramento de divertículo do cólon direito
 - b** Angiodisplasia do ceco
 - c** Câncer de cólon ascendente
 - d** Colite isquêmica
 - e** Colite pseudomembranosa
- 41.** Paciente de 63 anos de idade, sexo masculino, admitido na emergência com quadro de dor em fossa ilíaca esquerda, febre e dor a palpação no quadrante inferior esquerdo do abdômen. Próximo passo a ser tomado para esclarecimento diagnóstico, é:
- a** Ultrassonografia de abdômen
 - b** Laparotomia exploradora
 - c** Raio-X de abdômen
 - d** Tomografia de abdômen
 - e** Raio-X de tórax em ortostase
- 42.** No processo de cicatrização, nossa principal proteína estrutural, o colágeno, é a mais atuante para que não haja complicação nesta fase da cirurgia. Dos elementos abaixo, o que **NÃO** faz parte da molécula do colágeno, é:
- a** Ferro
 - b** Ácido Ascórbico
 - c** Glicina
 - d** Prolina
 - e** Cálcio
- 43.** Paciente de 18 anos de idade, sexo masculino, foi admitido no pronto atendimento em estado crítico, após queda do telhado de sua casa ao tentar consertar sua antena de televisão. Encontra-se falando claramente; com respiração rápida; Frequência Cardíaca de 122bmp; Pressão arterial de 95 x 55mmHg; Glasgow 13 e várias escoriações no tórax. A primeira conduta após a admissão é:
- a** Colar cervical
 - b** Punção pleural
 - c** Oxigênio sob máscara
 - d** Drenagem torácica em selo d'Água
 - e** Avaliação do cirurgião
- 44.** O sinal da "dupla bolha" na radiografia simples AP de abdome em ortostatismo é patognomônico de:
- a** Pâncreas anular
 - b** Duplicação de duodeno
 - c** Divertículo de duodeno
 - d** Atresia duodenal
 - e** Úlcera gástrica perfurada
- 45.** Na Classificação morfológica de Bormann, os carcinomas tipo I são:
- a** Polipóides
 - b** Ulcerados
 - c** Difusos
 - d** Ulcerados e Infiltrantes
 - e** Lesão difusamente Infiltrativa
- 46.** Os sinais de Chvostek (contração do músculo facial após leve estímulo na frente da orelha) e Trousseau (espasmo carpopedal após insuflação de manguito no braço acima da pressão sistólica) estão presentes no distúrbio hidroeletrólítico:
- a** Hipernatremia
 - b** Hipocalemia
 - c** Hipocalcemia
 - d** Hipercalemia
 - e** Hipercalemia
- 47.** A presença de febre no pós-operatório é relativamente frequente, ocorrendo em cerca de 22-33% dos pacientes submetidos a operações de médio a grande porte. A principal causa de febre nas primeiras 24h de pós-operatório é:
- a** Atelectasias pulmonares
 - b** Infecção pós-operatória de sítio cirúrgico
 - c** Deiscência anastomótica
 - d** Infecção pós-operatória não-cirúrgica
 - e** Hipertermia maligna
- 48.** São indicações de Laparotomia Exploradora em trauma fechado, **EXCETO**:
- a** Hipotensão Arterial persistente com Lavado Peritoneal Diagnóstico positivo.
 - b** Pneumoperitônio.
 - c** Extravasamento de contraste (oral/endovenoso) na cavidade peritoneal pela TC.
 - d** Lesão pancreática com ruptura de ducto de Wirsung pela TC.
 - e** Hematoma Hepático subcapsular, não expansivo, envolvendo 30% da superfície.
- 49.** Menina de 14 anos vítima de atropelamento por moto deu entrada em Hospital de referência de trauma levada pelo SAMU com colar cervical, imobilizado em prancha longa com FC: 140, PA: 80X60 mmHg, pálida e sudoreica. MV+ bilateralmente, dor abdominal à palpação superficial e profunda sem descompressão brusca positiva. Após reposição volêmica de 2000 ml de soro ringer lactato a paciente apresenta FC:120, PA: 90x70mmHg. O próximo passo é:
- a** Laparotomia Exploradora
 - b** Ultrassom de abdome (FAST)
 - c** Lavado peritoneal
 - d** Tomografia de abdome com contraste
 - e** Raio X de tórax e abdome.

50. Criança de 5 anos deu entrada em Hospital de trauma vítima de queda de uma árvore de 3 metros de altura. Hemodinamicamente estável, abdome flácido, levemente doloroso à palpação em hipocôndrio esquerdo. A TC de abdome com contraste revelou líquido livre na cavidade abdominal e lesão de baço grau II. A criança foi internada em UTI para tratamento conservador do trauma e os exames seriados revelaram hemoglobina da entrada 8,0 , hemoglobina de controle após 6 horas : 6,0 ; no exame físico após 6 horas a criança estava consciente, orientada, com dor abdominal e encontrava-se pálida , fc: 130 , PA: 100x50 mmHG . Foi então levada ao Centro Cirúrgico onde foi realizado laparotomia exploradora e esplenectomia. Sobre este caso, é correto afirmar que :

- a** poderia ter sido realizado lavado peritoneal na entrada.
- b** não havia necessidade de internação em UTI.
- c** a criança corre o risco de sepse por Pneumococo no pós operatório.
- d** não há necessidade de realização de raio X de coluna cervical.
- e** a criança apresentava choque hipovolêmico grau IV na reavaliação .

51. Sobre os ferimentos de transição toracoabdominal, é correto afirmar que:

- a** sempre devemos explorar digitalmente para verificar penetração nas cavidades .
- b** a toracosopia não é um bom método para avaliação do diafragma.
- c** em casos de ferimentos com traumatopnéia, devemos ocluir totalmente o ferimento para melhora do padrão respiratório.
- d** pacientes com esse tipo de ferimento em transição toracoabdominal em parede anterior esquerda geralmente necessitam de janela pericárdica.
- e** laparoscopia pode ser realizada nos ferimentos de transição toracoabdominal posterior.

Observe o caso clínico abaixo para responder à questão 52

Eletricista de 45 anos vítima de choque elétrico e queda de 5 metros de altura dá entrada inconsciente, com colar, imobilizado, Glasgow 5. Após intubação, com saturação 99%, o paciente tem FC 100, PA: 120x80. Realizou TC de crânio que mostrou a imagem abaixo.



FONTE: Google- Medicinanet.Com.Br

52. Sobre o caso clínico acima, é correto afirmar que:

- a** existe provável lesão de artéria meníngea média.
- b** é imprescindível instalar manitol e dexametasona como tratamento medicamentoso.
- c** caso este paciente fique hipertenso enquanto aguarda a avaliação do neurocirurgião de sobreaviso, tratamos com Nitroprussiato de sódio.
- d** internar o paciente em Semi Intensiva e repetir a tomografia de crânio em 48 horas.
- e** trata-se de um Hematoma Subdural com necessidade de abordagem cirúrgica.

Observe o caso clínico abaixo para responder à questão 53

Uma senhora de 90 anos dá entrada em um setor de urgência de Hospital público com poucos recursos, com queixa de dor abdominal há três dias, principalmente em hipocôndrio esquerdo, piora progressiva, queda do estado geral e a família procurou atendimento pois a idosa começou também a apresentar febre. Nega comorbidades, refere apenas constipação crônica. No exame físico apresentava, dor em hipocôndrio esquerdo com descompressão brusca positiva, febril ao toque, fc 120 bpm e PA: 100 x 60 mm Hg. Realizou rotina radiológica de abdome agudo. Com a imagem abaixo:



FORNTE: ACERVO PESSOAL DA AUTORA

53. Sobre o caso clínico acima, é correto afirmar que:

- a) a paciente deve ser orientada a iniciar antibioticoterapia via oral com ciprofloxacina e pode receber alta da unidade de emergência.
- b) deve-se complementar o estudo de imagem com Tomografia de Abdome para melhor elucidação do quadro e conduta.
- c) provável diagnóstico de tumor colorretal, devendo a paciente ser encaminhada ao serviço de oncologia para Terapia Neoadjuvante e posterior cirurgia.
- d) o raio X mostra Pneumonia de base esquerda, devendo o médico plantonista entrar com antibiótico e alta com orientações de retorno caso a febre não melhore.
- e) trata-se de abdome agudo perfurativo com indicação de Laparotomia.

54. Paciente de 35 anos, chega ao seu consultório com queixa de "azia, queimação e empachamento", diz que realiza endoscopia todo ano pois tem gastrite crônica e refluxo, assim como diz já ter tido H. pylori 2 vezes e tratou. Ao coletar a história, ele refere uso de omeprazol há mais de 10 anos. A última endoscopia realizada há 15 dias demonstra Esofagite de Refluxo, pangastrite e o histopatológico da biópsia esofágica revela células calcificiformes com metaplasia intestinal com displasia de baixo grau, sem atipias, biópsia gástrica com gastrite crônica ativa e H. pylori negativo. Sobre este caso, é correto afirmar que:

- a) trata-se de acalasia e o paciente necessita realizar cardiomiectomia a Heller.
- b) o paciente deve manter o uso de inibidor de bomba de prótons e associar um procinético por 8 semanas.
- c) o diagnóstico é esôfago de Barret e está indicado cirurgia de Nissen.
- d) não se usa mais phmetria ou manometria para auxílio diagnóstico nesses casos.
- e) trata-se de refluxo ácido e o paciente deve evitar frituras, frutas ácidas, café, álcool e tabaco por um ano e então repetir a endoscopia.

55. Sobre a Doença celíaca, afirma-se que:

- a) não é fator de risco para adenocarcinoma ou linfoma de intestino delgado.
- b) caracteriza-se por hiperplasia das vilosidades intestinais.
- c) é mais comum em homens, porém as mulheres tem quadros mais graves.
- d) pode haver má absorção, esteatorréia, deficiências de vitamina B12, D, K e ácido fólico.
- e) o diagnóstico é tardio e depende exclusivamente de imunohistoquímica.

56. Em relação ao transplante renal é correto afirmar que:

- a) não existe superioridade dos resultados da enxertia quando comparados doadores vivos e doadores cadáveres.
- b) o exame padrão ouro para estudo da vascularização do doador é o Ultrassom Doppler colorido de Aorta, troncos viscerais e vasos Ilíacos.
- c) quando os rins possuem tamanhos e funções semelhantes, opta-se pela retirada do rim esquerdo no doador vivo.
- d) a retirada em bloco dos rins, com Aorta e Cava inferior, é mais vantajosa em doadores adultos do que crianças.
- e) anastomose arterial do enxerto é realizada, na grande maioria das vezes, na própria Aorta, em adultos.

57. Sobre os aneurismas de Artéria Poplítea, é correto afirmar que:

- a** a proporção é igual entre os sexos.
- b** a correção endovascular apresenta resultados muito superiores à técnica aberta.
- c** os aneurismas de Poplítea rompem mais do que trombosam.
- d** o acometimento bilateral é praticamente nulo.
- e** representam a maioria dos aneurismas arteriais verdadeiros periféricos.

58. Recém nascido do sexo masculino apresenta flacidez abdominal, criptorquidia bilateral e dilatação pielocalicial bilateralmente. O provável diagnóstico, nesse caso, é:

- a** Síndrome de Noonan
- b** Síndrome de Bloom
- c** Síndrome de prune belly
- d** Síndrome de Edwards
- e** Síndrome de Bardet-Biedl

Leia o caso clínico abaixo para responder as questões 59 e 60

Paciente do sexo masculino, 64 anos, raça negra, canhoto, 110kg, diabético e hipertenso, com perda progressiva da função renal. No momento possui clearance de creatinina de 15ml/min, mantendo-se este, em queda. Paciente possui todas as veias dos membros superiores pérveas e de bom calibre, assim como pulsos amplos e cheios ao exame físico dos membros superiores. A ecografia vascular confirmou tais informações.

59. O acesso de eleição para confecção da fístula neste paciente é:

- a** Fístula Radio-cefálica esquerda
- b** Fístula Braquio-cefálica direita
- c** Fístula Braquio-basílica direita
- d** Fístula Braquio-cefálica esquerda
- e** Fístula Radio-cefálica direita

60. Sua equipe irá realizar este procedimento com anestesia local (Lidocaína 2% sem vasoconstritor). O volume máximo do anestésico para este paciente é:

- a** 17,5ml
- b** 27,5ml
- c** 22ml
- d** 20ml
- e** 25ml

61. Paciente de 25 anos, primigesta, com 36 semanas de gestação, vem apresentando picos de pressão arterial desde 24 semanas, chegando à 180/120 mmHg apesar do uso de nifedipina e metildopa em dose máxima, fez 5 consultas de pré-natal. Nega: cefaléia, febre, dor epigástrica, alterações visuais, convulsões ou outros sintomas. Submetida a miomectomia de três miomas uterinos há dois anos. Seus exames complementares mostram: transaminases quatro vezes maior que o normal, desidrogenase láctica= 800 UI/L, plaquetas=70 000/mm³, hemoglobina= 9,6 g/dL, esquizócitos em sangue periférico, leucócitos= 13 000/ mm³. Toque vaginal: colo grosso posterior e impérvio. Dentre as opções abaixo, a principal hipótese diagnóstica para esta gestante e a conduta mais adequada são:

- a** Síndrome HELLP e cesariana.
- b** Síndrome HELLP e indução do parto com misoprostol.
- c** Síndrome HELLP e tratamento clínico, mantendo a gravidez.
- d** hepatite transinfeciosa e cesariana.
- e** hepatite transinfeciosa e indução do parto com misoprostol.

62. Primigesta chega à urgência obstétrica apresentando, dor em hipogástrio intensa tipo cólica. Ao exame físico: altura uterina= 8 cm, batimentos cardíacos fetais inaudíveis, sangramento vaginal vermelho vivo intenso com material amorfo de permeio, toque vaginal= colo pérvio 2 cm e com contorno uterino normal. Pressão arterial= 100/60 mmHg, pulso cheio e forte= 67 pulsações por minuto. Ultrassonografia mostrando na cavidade uterina ecos amorfos e feto morto de 400 g e com idade estimada em 19 semanas. a principal hipótese diagnóstica e a conduta mais adequada, nesse caso, são:

- a** aborto retido e conduta expectante
- b** aborto inevitável incompleto e curetagem uterina imediata
- c** aborto inevitável incompleto e misoprostol seguido de curetagem uterina
- d** aborto retido e aspiração manual intra-uterina
- e** aborto inevitável completo e misoprostol seguido de curetagem uterina

- 63.** Puérpera no 7º dia de pós-parto normal, evoluindo com febre, cansaço e indisposição há 3 dias. Nega outras queixas. fez pré-natal completo e sem intercorrências. O recém nascido pesou 2800 g e o parto foi eutócico. Há 3 anos também teve parto normal, sem intercorrências, com filho pesando 3500 g. Nega outras gestações ou cirurgias prévias. Exame físico: Temperatura axilar= 38,20; mamas com secreção láctea sem flogose; loquiação de odor fecalóide vermelho escura em pequena quantidade; útero hipoinvoluído e dolorido ao toque vaginal; abdome plano normotenso, indolor, sem massas palpáveis; sinal de Giordano negativo bilateralmente; ausculta pulmonar sem ruídos adventícios e murmúrio vesicular presente bilateralmente. A principal hipótese diagnóstica é:
- a** Infecção urinária
 - b** Infecção intestinal
 - c** Rotura uterina
 - d** Endometrite
 - e** Pneumonia
- 64.** Primigesta, com diabetes gestacional controlada e já em tratamento adequado para infecção urinária, com 32 semanas de gestação, queixando-se de dor em baixo ventre. Ao exame físico apresenta: 3 contrações uterinas de 30 segundos em 10 minutos, tônus uterino normal, bolsa amniótica íntegra, colo pérvio para 1 centímetro e cardiotocografia com padrão tranquilizador. Dentre as opções terapêuticas abaixo, a mais necessária neste caso é:
- a** Antiespasmódico
 - b** Tocolítico
 - c** Analgésico
 - d** Conduta expectante
 - e** Cesariana
- 65.** Primípara, submetida a cesárea devido descolamento prematuro de placenta. Apresentou sangramento intenso no pré e intra-operatório, recebendo 4 bolsas de concentrado de hemácias. O recém-nascido pesou 2500 g. Aproximadamente 2 horas após a cesárea a paciente evoluiu com hemorragia via vaginal intensa necessitando novamente de transfusão de hemácias. Ao exame físico: fundo uterino 2 centímetros abaixo da cicatriz umbilical, útero globoso e de consistência fibroelástica, PA= 90/50 mmHg, hipocorada 2+/4, pulso cheio= 105 ppm. Fez-se revisão de canal de parto e não foi identificada nenhuma alteração. Foi realizada curagem uterina na qual não foi percebido restos placentários intrauterinos. A placenta foi examinada e todos os cotilédones estavam presentes. O abdome apresenta-se plano, normotenso e indolor à palpação. Das opções abaixo, a principal hipótese diagnóstica e tratamento de primeira escolha é:
- a** coagulação intravascular disseminada e transfusão de plaquetas, plasma e crioprecipitado
 - b** atonia uterina e histerectomia imediata
 - c** coagulação intravascular disseminada e Heparina
 - d** acretismo placentário e histerectomia imediata
 - e** atonia uterina, iniciar tratamento com massagem uterina e uterotônicos
- 66.** Gestante de 8 semanas, assintomática nos últimos dois meses, traz os seguintes exames de rotina pré-natal: sorologia para toxoplasmose com imunofluorescência indireta positiva para IgG e IgM, além de teste ELISA IgG de Aidez para toxoplasmose = 85%. Dentre as opções abaixo a conduta mais adequada é:
- a** informar à paciente de que a mesma adquiriu a infecção no primeiro trimestre de gestação, podendo haver graves sequelas para o feto e realizar o abortamento terapêutico.
 - b** informar à paciente de que a mesma adquiriu a infecção no primeiro trimestre de gestação, podendo haver graves sequelas para o feto, mas manter a gravidez.
 - c** informar à paciente de que a mesma muito provavelmente adquiriu a infecção antes da gestação e que os riscos para o feto são mínimos com relação à toxoplasmose.
 - d** realizar imediatamente amniocentese diagnóstica para pesquisa de toxoplasmose fetal.
 - e** realizar imediatamente Cordocentese diagnóstica para pesquisa de toxoplasmose fetal.

67. Uma paciente de 32 anos, relatando amenorreia há 5 meses, sempre teve ciclos irregulares com atrasos menstruais. Foram solicitados beta HCG-gonadotrofina coriônica humana (negativo), TSH-hormônio tireostimulante (normal) e FSH- hormônio folículo-estimulante (normal). Ao exame físico tem sobrepeso e pele acneica. Foi feito teste de progesterona e a paciente menstruou. Dentre as opções abaixo a principal hipótese diagnóstica é:

- a) Aderências uterinas
- b) Falência ovariana precoce
- c) Prenhez ectópica
- d) Síndrome da insensibilidade aos androgênios
- e) Anovulação crônica

68. Uma jovem de 19 anos procura o pronto-socorro de Ginecologia com queixa de lesões vulvares dolorosas que surgiram 5 dias após um contato sexual desprotegido. As lesões vêm aumentando progressivamente, e, após alguns dias, percebeu "íngua" dolorosa na "virilha esquerda". Ao exame, observam-se úlceras dolorosas e múltiplas nos lábios menores e maiores, com diâmetros variáveis, purulentas, facilmente sangrantes ao toque e presença de linfonodos de volume aumentado em região inguinal esquerda. Considerando o quadro clínico, dentre as opções abaixo, o agente etiológico mais provável e o tratamento são:

- a) *Haemophilus ducreyi*, azitromicina
- b) *Neisseria gonorrhoeae*, metronidazol
- c) *Treponema pallidum*, penicilina benzatina
- d) *Klebsiella granulomatis*, itraconazol
- e) *Trichomonas vaginales*, metronidazol

69. Uma paciente de 28 anos chega ao consultório de ginecologia referindo corrimento vaginal esbranquiçado e prurido intenso em região vulvar há 3 dias. Ao exame físico: observam-se grandes lábios com hiperemia moderada e sinais de escoriação; o conteúdo vaginal é esbranquiçado grumoso, em grande quantidade e aderido às paredes vaginais, sem odor. Na maioria das vezes os testes diagnósticos são dispensáveis em casos de corrimento vaginal. No entanto pede-se que diante deste quadro, escolha-se a melhor associação entre agente etiológico e teste diagnóstico, que são:

- a) *Gardnerella vaginalis* - presença de clue cells
- b) *Candida sp.* - presença de hifas no exame a fresco
- c) *Candida sp.* - teste das aminas
- d) *Gardnerella vaginalis* - teste de Schiller positivo
- e) *Candida sp* - PH vaginal alcalino

70. Paciente de 48 anos, nuligesta, IMC= 23 kg/m², refere que levanta cerca de 8 vezes a noite para urinar e que na maioria das vezes precisa ir às pressas ao banheiro, com medo de se urinar. Relata ainda que esta situação vem interferindo em sua vida social pois chegou a urinar nas roupas, pois não alcançou o banheiro a tempo. Nega comorbidades. Ao exame físico: ausência de perdas urinárias na manobra de Valsalva e ausência de distopias genitais. A principal hipótese diagnóstica e seu respectivo tratamento, nesse caso, são:

- a) incontinência urinária de esforço, tratar com cirurgia de "sling".
- b) bexiga hiperativa, tratar com colinérgicos.
- c) bexiga hiperativa, tratar com cirurgia de "sling".
- d) incontinência urinária de esforço, tratar com adrenérgicos.
- e) bexiga hiperativa, tratar com anticolinérgicos.

Leia o caso clínico abaixo para responder as questões 71, 72 e 73:

Maria Izabel, 21 anos, nuligesta, com amenorreia de 9 semanas, apresentando sangramento vaginal pequeno há 1 dia e dor pélvica discreta. Realizou Beta-HCG com resultado positivo. Ao exame no serviço de urgência, apresentava-se corada, hidratada, FC: 82bpm, PA: 140x80 mmHg. No exame especular observou-se ausência de sangramento ativo pelo colo. No toque vaginal, o colo encontrava-se grosso e impérvio.

71. De acordo com o caso descrito, pode-se considerar os seguintes diagnósticos diferenciais:

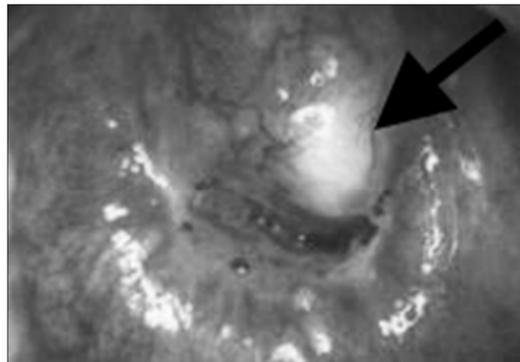
- a) Doença Trofoblástica Gestacional (DTG), Descolamento Prematuro de Membranas (DPP) e aborto em curso.
- b) ameaça de abortamento, DTG e aborto retido.
- c) aborto retido, gestação ectópica e rotura de vasa prévia.
- d) DTG, rotura de vasa prévia e aborto incompleto.
- e) DPP, ameaça de abortamento e aborto retido.

72. Maria Izabel realizou exame de Ultrassonografia transvaginal no serviço de urgência que revelou imagem intra-uterina em "flocos de neve". O diagnóstico mais provável, nesse caso, é:

- a) mola hidatiforme
- b) gestação ectópica íntegra
- c) aborto retido
- d) aborto completo
- e) incompetência istmo-cervical

- 73.** Em relação ao provável diagnóstico, a melhor conduta frente ao caso é:
- expectante e repetir a ultrassonografia em 2 semanas
 - aspiração da cavidade uterina à vácuo
 - histerectomia
 - cerclagem do colo do útero
 - laparotomia exploradora
- 74.** Patrícia, 19 anos, hímen íntegro, vem ao consultório queixando-se de ausência de menstruação há 6 meses. Refere que desde a sua menarca, aos 12 anos, sua menstruação sempre foi irregular, com intervalos que chegam a até 9 meses. Diz que desde os 13 anos tem problemas com acne, seborreia e aparecimento excessivo de pelos pelo corpo. Sobre o quadro exposto, é correto afirmar que:
- trata-se de uma amenorreia primária, pois a paciente sempre apresentou este padrão menstrual.
 - uma provável causa da amenorreia é um septo vaginal transverso.
 - não há necessidade de dosar Prolactina e função tireoidiana em sua investigação.
 - deve-se pensar em Síndrome dos Ovários Policísticos (SOP) com a causa da amenorreia.
 - pelos critérios de Rotterdam, para fechar diagnóstico de SOP, a paciente necessita ter imagem de ovários policísticos na ultrassonografia.
- 75.** Sobre a Síndrome de Fitz-Hugh-Curtis é correto afirmar que:
- é a presença de tecido cicatricial intra-uterino (sinéquias intra-uterinas).
 - é a agenesia mülleriana total, ou seja, a paciente não desenvolve nenhuma estrutura mülleriana.
 - caracteriza-se pelo pan-hipopituitarismo após hemorragia grave pós-parto ou hipotensão resultante.
 - é um distúrbio congênito caracterizado por anosmia e hipogonadismo hipogonadotrófico.
 - trata-se de aderências fibrosas perihepáticas pelo processo inflamatório, sendo uma complicação da doença inflamatória pélvica.
- 76.** Sobre doenças benignas da mama é correto afirmar que:
- todo fibroadenoma deve ser excisado.
 - a maior parte dos cistos mamários surgem da metaplasia apócrina do ácino lobular.
 - cistos mamários não necessitam de maior investigação, independente de sua classificação (se simples ou complexo).
 - nos tumores filoides, as células são monoclonais e neoplásicas, porém eles sempre são benignos.
 - descargas mamilares mult ductais que ocorrem após expressão devem ser consideradas patológicas e devem ser avaliadas.

Observe a imagem abaixo para responder à questão 77



Fonte: O'Connor, 2002.

- 77.** A seta, na imagem que demonstra uma foto de Colposcopia, indica:
- mioma parido
 - pólipo Endocervical
 - cisto do Ducto de Gartner
 - ectopia
 - cisto de Naboth
- 78.** Joana, 29 anos, nuligesta, tenta engravidar há 2 anos sem sucesso. Relata dismenorreia progressiva desde a menarca, dispareunia de profundidade e dor pélvica crônica. Diante deste quadro, o melhor método diagnóstico complementar para ter o diagnóstico definitivo é:
- Laparoscopia
 - Ultrassonografia Transvaginal
 - Dosagem de Ca 125 e Ca 19-9
 - Histerossalpingografia
 - Tomografia Computadorizada de pelve
- 79.** Paola, 22 anos, nuligesta, assintomática, vai ao ginecologista pela primeira vez para realizar exames de rotina. Dentre eles, realizou exame de ultrassonografia transvaginal que evidenciou imagem sólido-cística em topografia de ovário esquerdo, com sombra acústica posterior e linhas acentuadas e pontos que representam cabelo no seu interior, de aproximadamente 5 cm em seu maior diâmetro. O provável diagnóstico e a conduta mais adequada, nesse caso, são:
- cisto funcional. Repetir o ultrassom em 6 a 8 semanas.
 - Teratoma maduro. Cistectomia por laparoscopia ou laparotomia.
 - Hidrossalpinge. Salpingectomia por laparoscopia ou laparotomia.
 - Abscesso tubo-ovariano. Tratamento clínico com antibioticoterapia.
 - Leiomioma ovariano. Ooforectomia por laparoscopia ou laparotomia.

- 80.** Júlia, 32 anos, nuligesta, com Lúpus Eritematoso Sistêmico com anticorpos antifosfolípidos positivos, vai ao ginecologista pois quer iniciar algum método anticoncepcional, já que seu reumatologista suspendeu tudo o que ela estava acostumada a usar. Diante deste quadro, o método anticoncepcional que apresenta menor risco, mais seguro para a Júlia é:
- a) pílula de etinilestradiol com levonorgestrel
 - b) pílula de desogestrel isolado
 - c) DIU com levonorgestrel
 - d) DIU de cobre
 - e) coito interrompido
- 81.** Lactente de 8 (oito) meses de idade, nascida a termo, e com as vacinas em dia desde o nascimento, mas não possui marca da vacina BCG. De acordo com o Programa Nacional de Imunização do Ministério da Saúde do Brasil – PNI, 2017 a melhor conduta, nesse caso é:
- a) não revacinar e realizar o teste tuberculínico
 - b) revacinar e não realizar teste tuberculínico.
 - c) revacinar e realizar teste tuberculínico após 72h da vacinação.
 - d) realizar teste tuberculínico e revacinar imediatamente após o teste.
 - e) não revacinar e não realizar teste tuberculínico.
- 82.** Lactente de 6 (seis) meses de vida chegou ao pronto atendimento de uma UPA com quadro de diarreia há 48 horas. Iniciou com vômitos (3 episódios), já cedidos. Evacuu neste período 7 vezes com fezes líquidas. Recebeu uma dose de antiemético e vem tomando soro caseiro. Ao exame físico, turgor dos olhos normal, não tem sede e o sinal da prega se desfez imediatamente. Ainda faz aleitamento materno, mas não exclusivo. Segundo a OMS, a conduta adequada para este caso é:
- a) Plano A e manter a alimentação, suplementar zinco.
 - b) Plano B e manter a alimentação, suplementar zinco.
 - c) Plano B, manter a alimentação, não suplementar zinco.
 - d) Plano A, suspender a alimentação, não suplementar zinco.
 - e) Plano C, suspender a alimentação, suplementar zinco.
- 83.** Criança em atendimento apresenta hemograma anemia hipocrômica e microcítica. O diagnóstico direciona-se para:
- a) Microesferocitose e Alfa Talassemia
 - b) Microesferocitose e Deficiência de G6PD
 - c) Beta Talassemia e Anemia falciforme
 - d) Deficiência de G6PD e Anemia Ferropriva
 - e) Anemia ferropriva e Beta Talassemia
- 84.** Um recém-nascido do sexo feminino a termo, parto cesariano com cinco dias de vida pesando 2.950g em aleitamento materno exclusivo. Ao exame, observa-se icterícia até zona 4 de Kramer sem outras alterações no exame físico, com Teste de Coombs direto negativo. O nível de bilirrubina dosado na consulta que foi de 9mg/dl com predomínio de bilirrubina indireta. A conduta correta, neste caso, é:
- a) recomendar internação hospitalar para fototerapia contínua.
 - b) recomendar internação hospitalar para exsanguíneo transfusão.
 - c) suspender o aleitamento materno e introduzir fórmula láctea de partida.
 - d) incentivar o aleitamento materno e introduzir complemento com fórmula láctea de partida.
 - e) incentivar o aleitamento materno exclusivo e o banho de sol diariamente.
- 85.** Lactente com infecção do trato urinário, vômitos e comprometimento do estado geral é necessário iniciar o tratamento com antimicrobianos. A droga de escolha nesta situação é:
- a) Axetil-Cefuroxime
 - b) Ceftriaxona
 - c) Cefprozil
 - d) Ampicilina
 - e) Cefalotina

86. Quanto aos acidentes por submersão, é correto afirmar que:

- I. Afogamento é o dano respiratório causado por submersão ou imersão em líquido não corporal, com presença de interface ar/água nas vias aéreas da vítima e consequente impedimento da respiração.
- II. A fisiopatologia pode ser explicada por parada voluntária da respiração, seguida de laringoespasma à presença de líquido na orofaringe ou na laringe, estando a vítima impedida de respirar, dificultando as trocas gasosas, resultando em hipoxia e acidose.
- III. O afogamento em água aquecida tem melhor prognóstico em crianças que em águas frias, pois a temperatura da água tem efeito protetor cerebral, em casos de hipoxia.
- IV. A morte por afogamento, geralmente advém de uma das situações clínicas a seguir: morte cerebral por lesão hipóxico-isquêmica; síndrome do desconforto respiratório agudo, disfunção de múltiplos órgãos ou sepse por pneumonia aspirativa ou infecções nosocomiais.
- V. Manobras de aquecimento da vítima logo após o resgate não estão indicadas, por não modificar o prognóstico.

A alternativa que contém todas as afirmativas corretas é:

- a** I, II, III, IV e V
- b** I, II e IV
- c** I e IV
- d** III e V
- e** IV

87. Quanto ao trauma pediátrico, é correto afirmar que:

- a** pode-se considerar indicações de intubação orotraqueal: parada cardiocirculatória; falha de manutenção de via aérea pérvia com outros métodos; choque hemorrágico, com necessidade de intervenção cirúrgica; coma; TCE grave.
- b** a sequência rápida de intubação esta contraindicada no trauma pediátrico.
- c** cricotireoidostomia não deve ser realizada em pediatria, independente da idade da criança.
- d** no trauma abdominal fechado com instabilidade hemodinâmica, não há necessidade de exames de imagem para elucidação diagnóstica, devendo o paciente ser levado ao centro cirúrgico para abordagem imediata.
- e** no trauma de tórax, em casos de pneumotórax aberto, deve-se ocluir totalmente o ferimento, até a avaliação cirúrgica.

88. Nos casos de intoxicação exógena em pediatria, quanto a sua condução, deve-se:

- I. Realizar screening toxicológico: aspirado de conteúdo gástrico até 4 horas após a ingestão, coleta de sangue e urina entre 4 e 24 horas após ingestão.
- II. Deve-se realizar a remoção do agente toxicológico, reduzindo assim, a diminuição da exposição do organismo, reduzindo o tempo e/ou superfície de exposição.
- III. A lavagem gástrica não é mais indicada como rotina.
- IV. Deve-se realizar medidas que promovam a excreção rápida do agente toxicológico absorvido pelo organismo, como diurese forçada pelo uso de diuréticos.
- V. O uso de antídotos, quando indicados, devem sempre ser realizados.

A alternativa que contém todas as afirmativas corretas é:

- a** I e III
- b** II e IV
- c** I e IV
- d** II, III e IV
- e** I, II, III, IV e V

89. Em relação as queimaduras elétricas em Pediatria, analise as afirmativas abaixo.

- I. Os acidentes com baixa voltagem são mais comuns em crianças e acontecem em casa por isolamentos defeituosos de extensões ou aparelhos elétricos.
- II. Todas as lesões de comissura labial ou facial, devem ser avaliadas por especialista e encaminhadas a centro especializado.
- III. As queimaduras elétricas maiores são mais graves que queimaduras por ação térmica direta e mais difícil de serem avaliadas.
- IV. Podem provocar lesões miocárdicas, neurológicas, coagulopatias, musculares, mas não provocam danos ao rim.
- V. Monitorização continua por 24 horas, além de solicitação de eletrocardiograma, gasometria arterial e EAS, devem fazer parte do atendimento inicial.

A alternativa que contém todas as afirmativas corretas é:

- a** IV
- b** II e IV
- c** I, III e V
- d** I, II, III e V
- e** I, II, III, IV e V

90. Lactente com 40 dias de vida, com relato de cianose as mamadas, taquipneia desde o nascimento e ganho ponderal insuficiente. Solicitado ecocardiograma que evidenciou: estenose pulmonar infundibulovalvar, CIV e cavalgamento de aorta. O melhor diagnóstico para o caso acima é:

- a** transposição das grandes artérias
- b** tetralogia de Fallot
- c** CIA
- d** PCA
- e** defeito do septo Av

91. Recém nascido com 18 dias de vida, apresentando distensão abdominal e vômitos biliosos persistentes, desde o nascimento. Seio materno exclusivo. Rx de abdômen evidenciou imagem da dupla bolha. O diagnóstico provável, nesse caso, é:

- a** refluxo gastroesofágico
- b** estenose hipertrófica de piloro
- c** atresia duodenal
- d** alergia ao leite de vaca
- e** atresia de esôfago

92. Quanto às medidas de precaução no paciente hospitalizado com varicela, analise as afirmativas abaixo.

- I. Deve-se manter os pacientes com varicela em precaução de contato e transmissão por aerossol após o início do rash e enquanto houver vesícula.
- II. Para os expostos suscetíveis: precauções aéreas e contato do 8^o-21^o dia após o início do rash do paciente-fonte.
- III. Para neonatos nascidos de mãe com varicela, 5 dias antes do parto ou 48 horas após, deve-se deixar em precaução de contato e administrar imunoglobulina humana antivaricela-zoster.
- IV. Vacinação contra varicela para imunocompetentes suscetíveis (aqueles que não tiveram a doença ou não foram vacinados) após até 120 horas do contato com caso índice.

A alternativa que contém todas as afirmativas corretas é:

- a** I
- b** II
- c** III
- d** IV
- e** I, II, III, IV e V

93. Quanto a anemia falciforme, analise as afirmativas abaixo.

- I. As crises álgicas são as mais comuns e mais frequentes causas de internação hospitalar, sendo a dactilite muitas vezes, a primomanifestação.
- II. As medidas gerais de crises álgicas incluem detecção de fatores precipitantes: acidose, desidratação, hipóxia e quadro infeccioso.
- III. Na dor intensa, deve-se hiperhidratar e fazer morfina.
- IV. Febre, tosse, taquipneia, dispneia, dor torácica, hipoxemia e acentuação de anemia são frequentes na síndrome torácica.
- V. Rx tórax, hemograma, gasometria, reticulócitos, pcr e hemocultura fazem parte da investigação diagnóstica.

A alternativa que contém todas as afirmativas corretas é:

- a** I, II, III, IV e V
- b** I, II, IV e V
- c** I, III e V
- d** I, II e III
- e** II e IV

94. Criança de 4 anos de idade, previamente hígida, é levada ao pronto atendimento devido aparecimento de equimoses e petéquias pelo corpo há 2 dias. Mãe nega sintomas constitucionais e relata quadro de infecção de vias aéreas superiores há uma semana. Ao exame físico, criança estrófica, em bom estado geral, ausência de hepatoesplenomegalia ou adenomegalia. Solicitado hemograma que demonstrou plaquetas de 25.000, sem outras alterações. Esfregaço sanguíneo com aumento de volume de algumas plaquetas, sem outras alterações. Sobre o caso descrito, é correto afirmar que:

- a** trata-se de um caso de Trombocitopenia Imune Primária, estando indicado mielograma para confirmação diagnóstica.
- b** está indicada transfusão de plaquetas para o paciente, tendo em vista o alto risco de sangramento secundário a plaquetopenia.
- c** trata-se de um caso de Trombocitopenia Imune Primária, sendo indicada internação hospitalar e pulsoterapia com metilprednisolona.
- d** o paciente apresenta sinal de alerta para doença neoplásica, sendo obrigatória a realização de mielograma e sorologias para afastar infecção.
- e** trata-se de um caso de Trombocitopenia Imune Primária, podendo ser acompanhado ambulatorialmente em serviço de hematologia.

- 95.** O Estado de Mal Convulsivo é a emergência neurológica mais comum da infância, definido pela maioria dos autores como "uma crise epiléptica única ou por crises epiléticas subintrantes e sem recuperação da consciência entre os eventos com duração igual ou superior a 30 minutos". Sobre o Estado de Mal Convulsivo é correto afirmar que:
- a** são etiologias de quadro agudo o uso de antibióticos endovenosos (cefalosporinas, penicilinas e metronidazol) e convulsão febril.
 - b** a fenitoína é droga de primeira escolha na emergência na tentativa de abortar a crise convulsiva.
 - c** o uso de benzodiazepínicos deve ser desencorajado devido sua meia vida curta, sendo indicado o uso de fenobarbital em dose de ataque.
 - d** caso não seja conseguido acesso venoso periférico na urgência, um acesso venoso central deve ser rapidamente obtido.
 - e** o Estado de Mal Convulsivo é sempre generalizado, podendo ser do tipo tônico, clônico, ou tônico-clônico.
- 96.** Lactente de 8 meses de idade, com coriza hialina e tosse há 4 dias, apresenta choro excessivo, febre alta há 24 horas. Realizada otoscopia que evidenciou membrana timpânica abaulada e opacificada à direita. Sobre o caso descrito, assinale a alternativa correta.
- a** Trata-se de Otite Media Aguda e a conduta é expectante, já que na maioria dos casos há resolução favorável sem antibioticoterapia.
 - b** As alterações são compatíveis com Otite Media Aguda e o tratamento de escolha é antibiótico e corticoide tópicos, associados a analgesia.
 - c** Trata-se de Otite Externa, devendo ser iniciado prednisolona oral e antibiótico tópico por 5 dias.
 - d** O diagnóstico é Otite Media Aguda e está indicado antibioticoterapia com Amoxicilina e reavaliação em 48 a 72 horas para avaliar resposta terapêutica.
 - e** Trata-se de Otite Externa, devendo ser iniciado prednisolona oral e Amoxicilina por 5 dias.
- 97.** Menina de 10 anos de idade, apresenta febre de até 39°C há 7 dias, associada a artrite muito dolorosa que iniciou em joelho esquerdo e atualmente encontra-se em cotovelo direito. Exames laboratoriais revelam leucocitose e elevação de VHS e PCR, ASLO 800 (normal até 200). Sobre o caso descrito, marque a alternativa correta.
- a** A paciente preenche critérios para Febre Reumática, devendo receber profilaxia primária com Penicilina G Benzatina e realizar ecocardiograma para pesquisa de cardite reumática.
 - b** Deve ser solicitado ecocardiograma e caso haja estenose de valva mitral ou aórtica, confirma o diagnóstico de Febre Reumática, com indicação de receber Penicilina G Benzatina e corticoterapia.
 - c** A paciente preenche critérios para Febre Reumática, devendo receber profilaxia primária com Penicilina G Benzatina a cada 15 dias durante 3 meses, além de ácido acetilsalicílico em dose anti-inflamatória.
 - d** As alterações citadas não são suficientes para fechar diagnóstico de Febre Reumática, devendo ser pesquisados os demais critérios diagnósticos e realizado diagnóstico diferencial com Lúpus Eritematoso Sistêmico juvenil.
 - e** As alterações citadas não são suficientes para fechar diagnóstico de Febre Reumática, devendo ser pesquisados os demais critérios diagnósticos e realizar mielograma para excluir leucemia.

98. Menina de 08 anos de idade, há 7 dias iniciou quadro de febre alta, associada a adenomegalia cervical (gânglio móvel, doloroso, fibroelástico, de 2 cm de diâmetro). No quinto dia de febre, foi atendida em serviço de urgência, recebeu diagnóstico de adenite bacteriana, sendo prescrito amoxicilina com clavulanato. No dia seguinte, evoluiu com exantema macular disseminado, língua em framboesa e hiperemia de orofaringe, eritema conjuntival bilateral. Novamente atendida na urgência, a amoxicilina foi trocada por claritromicina devido a hipótese diagnóstica de farmacodermia, porém sem melhora da febre. Sobre o caso, assinale a alternativa correta.

- a** A evolução desfavorável da paciente fala a favor de doença viral, devendo ser solicitadas sorologias virais, suspenso antibiótico e prescrito apenas sintomáticos.
- b** A paciente tem quadro clínico compatível com escarlatina, devendo receber uma dose de penicilina G benzatina e ser reavaliada em 72 horas (período esperado para resposta terapêutica).
- c** Trata-se de mononucleose com reação exantemática desencadeada pela amoxicilina, devendo-se suspender o antibiótico, fazer tratamento de suporte e sintomáticos.
- d** A paciente preenche critérios para doença de Kawasaki, devendo receber imunoglobulina humana endovenosa na dose de 2 g/Kg e ácido acetilsalicílico inicialmente em dose anti-inflamatória.
- e** Devem ser solicitados exames de triagem para doenças infecciosas e fazer diagnóstico diferencial com Lúpus Eritematoso Sistêmico Juvenil caso não se encontre a causa dos sintomas.

99. A Infecção do Trato Urinário (ITU) é uma das doenças mais comuns na faixa etária pediátrica, podendo acarretar diversas complicações, desde sepsis até insuficiência renal crônica. Sobre a ITU em crianças, é correto afirmar que:

- a** é comum ocorrer disúria em lactentes, representada por choro durante a micção.
- b** disúria em pré-escolares e escolares é um sintoma patognomônico de ITU, autorizando tratamento empírico com antibióticos.
- c** crianças com bacteriúria assintomática não devem ser tratadas, pois o tratamento pode induzir a maior resistência bacteriana.
- d** crianças com histórico de ITU de repetição, sem anormalidades estruturais, não necessitam receber antibiótico profilático.
- e** a uretrocistografia miccional é o primeiro exame a ser realizado para investigação das causas de ITU na infância.

100. Criança de 4 anos de idade, com antecedente de dermatite alérgica, é levada ao pronto atendimento por sua mãe com queixa de tosse seca e dificuldade de respirar. Os sintomas se iniciaram há 2 horas após exposição a fumaça. Ao exame, criança agitada, com frequência respiratória de 50 incursões por minuto, com uso de musculatura acessória (tiragem intercostal e subcostal, saturação de oxigênio de 92% em ar ambiente, ausculta pulmonar com sibilos difusos. Sobre a conduta frente ao paciente descrito, assinale a alternativa correta.

- a** A droga de escolha para o tratamento inicial é um broncodilatador beta2-agonista, sem uso de oxigênio devido seus efeitos deletérios e saturação maior que 90%.
- b** Deve-se ofertar oxigênio ao paciente para manter saturação maior que 94%, iniciar ataque com beta2-agonista inalatório associado a uma dose de beta2-agonista oral.
- c** Deve-se ofertar oxigênio ao paciente para manter saturação maior que 97%, iniciar ataque com beta2-agonista inalatório associado a dexametasona oral 2 mg/kg/dia.
- d** O tratamento de escolha inclui beta2-agonista inalatório a cada 20 minutos por 3 vezes, associado a sulfato de magnésio via intravenosa e metilprednisolona 4 mg/kg/dia.
- e** Deve-se ofertar oxigênio ao paciente para manter saturação maior que 94%, iniciar ataque com beta2-agonista inalatório a cada 20 minutos por 3 vezes e avaliar a necessidade de corticoide oral.



UNIVERSIDADE DO ESTADO DO PARÁ
PROCESSO SELETIVO UNIFICADO PARA RESIDÊNCIA MÉDICA 2018

Grupo A: Acesso Direito

Especialidades: Anestesiologia, Cirurgia Geral, Clínica Médica, Dermatologia, Ginecologia e Obstetrícia, Medicina de Família e Comunidade, Neurocirurgia, Neurologia, Ortopedia e Traumatologia, Pediatria, Psiquiatria, Radiologia e Diagnóstico por Imagem

GABARITO DO CANDIDATO

O gabarito poderá ser copiado, **SOMENTE**, no espelho constante no final do boletim de questões disponibilizado para este fim que somente será destacado no final de sua prova, pelo fiscal de sua sala.

QUESTÃO	ALTERNATIVA	QUESTÃO	ALTERNATIVA	QUESTÃO	ALTERNATIVA	QUESTÃO	ALTERNATIVA
1		26		51		76	
2		27		52		77	
3		28		53		78	
4		29		54		79	
5		30		55		80	
6		31		56		81	
7		32		57		82	
8		33		58		83	
9		34		59		84	
10		35		60		85	
11		36		61		86	
12		37		62		87	
13		38		63		88	
14		39		64		89	
15		40		65		90	
16		41		66		91	
17		42		67		92	
18		43		68		93	
19		44		69		94	
20		45		70		95	
21		46		71		96	
22		47		72		97	
23		48		73		98	
24		49		74		99	
25		50		75		100	