



UNIVERSIDADE DO ESTADO DO PARÁ

PROCESSO SELETIVO UNIFICADO PARA RESIDÊNCIA MÉDICA 2022

Grupo A: ACESSO DIRETO

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

NOME COMPLETO

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

BOLETIM DE QUESTÕES

N° DE INSCRIÇÃO

--	--	--	--	--	--	--

LEIA, COM ATENÇÃO, AS SEGUINTES INSTRUÇÕES

1. Este boletim de questões é constituído de:
 - **100 questões objetivas.**
2. Confira se, além desse boletim de questões, você recebeu o cartão-resposta destinado à marcação das respostas das 100 questões objetivas.
3. No **CARTÃO-RESPOSTA**
 - a) Confira seu nome e número de inscrição e especialidade que você se inscreveu na parte superior do **CARTÃO-RESPOSTA** que você recebeu.
 - b) No caso de não coincidir seu nome e número de inscrição, devolva-o ao fiscal e peça-lhe o seu. Se o seu cartão não for encontrado, solicite um cartão virgem, o que não prejudicará a correção de sua prova.
 - c) Verifique se o Boletim de Questões, está legível e com o número de páginas correto. Em caso de divergência, comunique ao fiscal de sua sala para que este providencie a troca do Boletim de Questões. **Confira, também, na Capa do Boletim de Questões e no rodapé das páginas internas, o nome do pré-requisito para a especialidade pleiteada.**
 - d) Após a conferência, assine seu nome no espaço correspondente do **CARTÃO-RESPOSTA**, do mesmo modo como foi assinado no seu documento de identidade, utilizando caneta esferográfica de tinta preta ou azul.
 - e) Para cada uma das questões existem 5 (cinco) alternativas, classificadas com as letras **a, b, c, d, e**. Só uma responde corretamente ao quesito proposto. Você deve marcar no Cartão-Resposta apenas uma letra. **Marcando mais de uma, você anulará a questão**, mesmo que uma das marcadas corresponda à alternativa correta.
 - f) **O CARTÃO-RESPOSTA não pode** ser dobrado, nem amassado, nem rasgado.

ATENÇÃO

6. Quando for marcar o Cartão-Resposta, proceda da seguinte maneira:
 - a) Faça uma revisão das alternativas marcadas no Boletim de Questões.
 - b) Assinale, inicialmente, no Boletim de Questões, a alternativa que julgar correta, para depois marcá-la no Cartão-Resposta definitivamente.
 - c) Marque o Cartão-Resposta, usando caneta esferográfica com tinta azul ou preta, preenchendo completamente o círculo correspondente à alternativa escolhida para cada questão.
 - d) Ao marcar a alternativa do Cartão-Resposta, faça-o com cuidado, evitando rasgá-lo ou furá-lo, tendo atenção para não ultrapassar os limites do círculo.
 Marque certo o seu cartão como indicado:
CERTO ●
 - e) Além de sua resposta e assinatura, nos locais indicados, não marque nem escreva mais nada no Cartão-Resposta.
 - f) **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.**
7. Releia estas instruções antes de entregar a prova.
8. Assine na lista de presença, na linha correspondente, o seu nome, do mesmo modo como foi assinado no seu documento de identidade.

LEMBRE-SE

4. A duração desta prova é de **4 (quatro) horas**, iniciando às **8 (oito) horas** e terminando às **12 (doze) horas**.
5. É terminantemente proibida a comunicação entre candidatos.

BOA PROVA

1. Considere que um teste rápido para COVID-19, está sendo utilizado em um estado onde sua prevalência é 25%. O que se espera dos Valores Preditivos Positivo (VPP), Valores Preditivos Negativo (VPN) e da Especificidade (E) deste teste se, o mesmo for aplicado em outro estado, onde a prevalência da infecção é 50%:

- a) diminuirá, aumentará, aumentará.
- b) diminuirá, aumentará, será mantida.
- c) aumentará, aumentará, diminuirá.
- d) aumentará, diminuirá, será mantida.
- e) diminuirá, diminuirá, será mantido.

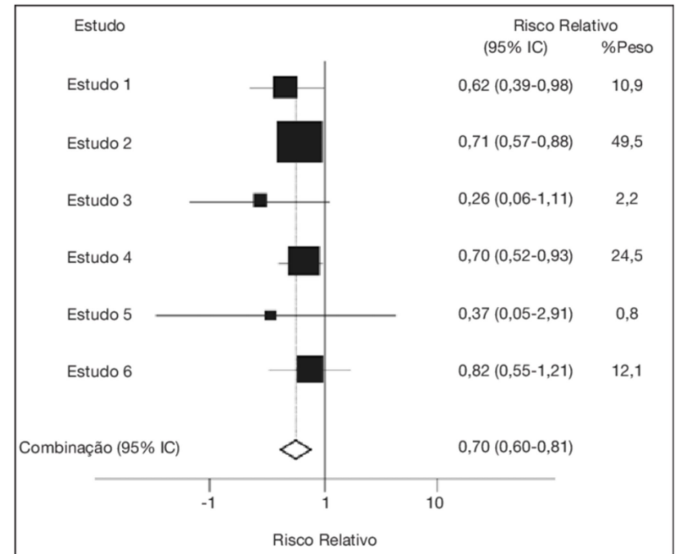
2. Paciente de 45 anos, hipertenso e diabético há dez anos, comparece na Unidade de Pronto Atendimento, com quadro de acidente vascular cerebral, sendo classificado como vermelho pelo Protocolo Manchester. O princípio doutrinário do SUS que está sendo observado pelo Protocolo de Manchester é:

- a) Universalidade
- b) Equidade
- c) Igualdade
- d) Integralidade
- e) Hierarquização

3. Paciente de 64 anos sofreu queda com fratura em cabeça de fêmur, sendo internada em hospital de referência, submetida a cirurgia com colocação de placa estabilizadora, e instituído analgesia pós-operatória e fisioterapia com estímulo respiratório, o nível de prevenção e a indicação da fisioterapia pós operatória no caso descrito é:

- a) Primária
- b) Secundária
- c) Terciária
- d) Quaternária
- e) Quaternária institucional

Observe a imagem abaixo para responder a Questão 4



4. Ao participar de um congresso internacional, você assiste um palestrante expor os resultados de sua metanálise sobre uma droga para o tratamento específico. Ao analisar o gráfico *forest plot*, acima, é correto interpretar que:

- a) o resultado final da metanálise não foi estatisticamente significativo.
- b) o estudo com maior impacto no resultado final da metanálise foi o 5.
- c) o estudo 2 foi o mais questionável dos estudos usados.
- d) apenas os estudos 1, 2 e 4 foram significativos estatisticamente.
- e) o estudo 3, 5 e 6 foram estatisticamente significativos.

Leia o Texto abaixo para responder à Questão 5

"... Razão, Taxa ou Coeficiente de mortalidade materna é o indicador utilizado para conhecer o nível de morte materna (...) calculado pela relação do n.º de mortes 'maternas' ou de 'mulheres durante a gestação ou até 42 dias após o término da gestação', independentemente da duração ou da localização da gravidez. É causada por qualquer fator relacionado ou agravado pela gravidez ou por medidas tomadas em relação a ela" (Laurenti, 2000).

5. A equação que representa o indicador no Texto acima é:
- "Número de óbitos femininos, por 10 mil nascidos, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado" (OPAS, 2002).
 - "Número de óbitos de gestantes, por 100 mil nascidos, vivos ou mortos, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado" (OPAS, 2002).
 - "Número de óbitos de gestantes por diversas causas, por 100 mil nascidos, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado" (OPAS, 2002).
 - "Número de óbitos femininos por causas maternas, por 10 mil nascidos vivos, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado" (OPAS, 2002).
 - "Número de óbitos femininos por causas maternas, por 100 mil nascidos vivos, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado" (OPAS, 2002).

Leia o Texto para responder à Questão 6

"...Introdução: Embora os efeitos positivos da atividade física na saúde global sejam bem documentados, a prática esportiva está associada a um risco maior de lesões; especialmente no futebol profissional, o risco é substancial.

Objetivo: O objetivo primário deste estudo foi investigar a incidência de lesões em atletas do sexo masculino que competem em campeonatos regionais de futebol. O objetivo secundário foi determinar a prevalência de lesões.

Métodos: Neste estudo prospectivo, a incidência e a prevalência de lesões foram avaliadas e jogadores acompanhados usando uma versão adaptada do questionário de estudo da Liga dos Campeões da UEFA.

Resultados: Este estudo incluiu 310 atletas do sexo masculino de 10 equipes, com idade 26,53 +ou- 4,75 anos, estatura 180,93 +ou- 6,49 cm e peso 79,32 +ou- 8,29 kg, durante 4 meses de acompanhamento. Foram registradas 92 lesões, o que representa uma prevalência de 29,68%. A parte do corpo que teve lesões mais frequentes foram os membros inferiores (86,9%). Os principais tipos de lesão foram ruptura/distensão muscular (37,0%), entorse/ligamento (19,6%) e outras lesões (14,1%). As lesões foram causadas principalmente durante corrida/sprint (33,7%), chute (12,0%) e salto/aterrissagem (6,5%). A incidência de lesões foi de 15,88 +ou- 8,57, 2,04 +ou- 1,09 e 3,65 +ou- 1,50 lesões/1.000 horas de exposição durante jogos, treinamento e jogos/treinamento, respectivamente. O tempo de afastamento na temporada variou de 1 a 50 dias e a gravidade das lesões foi a seguinte: leve (25%), menor (22,8%), moderada (43,5%) e grave (8,7%).

Conclusão: O presente estudo sugere que existe maior incidência de lesões durante os jogos em comparação com os treinos entre jogadores do sexo masculino em campeonatos regionais de futebol. Os membros inferiores são a região mais acometida, com maior prevalência de ruptura/distensão na região da coxa durante a corrida/sprint..."

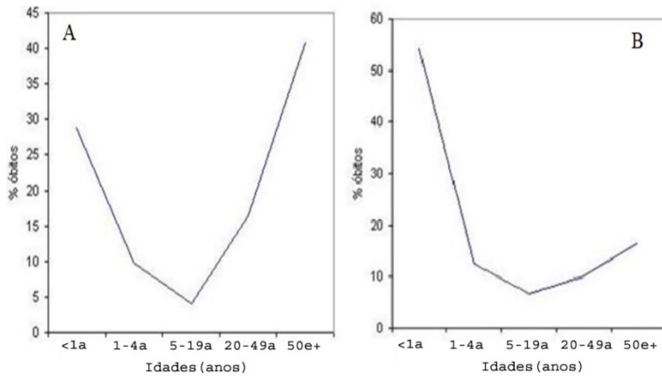
(DRUMMOND, Felix Albuquerque et al. INCIDÊNCIA DE LESÕES EM JOGADORES DE FUTEBOL-MAPPINGFOOT. Revista Brasileira de Medicina do Esporte, v. 27, p. 189-194, 2021.)

6. O tipo do estudo acima é:
- Caso-controle.
 - Ensaio clínico.
 - Ecológico.
 - Coorte.
 - Epidemiológico retrospectivo.

- 7.** Paciente de 74 anos, diabético e com insuficiência renal crônica (ESTAGIO 3), veio trazido ao pronto socorro com quadro de confusão mental e agitação psicomotora súbita, sem febre, e sem evacuar há quatro dias, com queixa de dor abdominal e sangue nas fezes. Familiar relata história pregressa de doença diverticular, diagnosticado em colonoscopia de rotina. Paciente foi internado e iniciou antibioticoterapia e volume controlado para a IRC, porém evoluiu com parada cardiorrespiratória, foi submetida a reanimação sem sucesso. Neste caso, a declaração de óbito, no tópico "condições e causas do óbito" deve constar:
- a** Parte I: a. Choque Sepséptico; b.Sepse; c.Diverticulite; d.Doença diverticular; Parte II: Diabetes e IRC
 - b** Parte I: a. Choque Sepséptico; b.Sepse; c.Diverticulite; d. IRC Parte II: Diabetes
 - c** Parte I: a. Disfunção múltiplas de órgãos; b.Sepse; c.Diverticulite; d.Doença diverticular Parte II: Diabetes e IRC
 - d** Parte I: a. Disfunção múltiplas de órgãos b. Sepse grave; c.Sepse; d.Diverticulite; Parte II: Diabetes e IRC
 - e** Parte I: a. Disfunção múltiplas de órgãos b. Choque Sepséptico; c.Sepse; d.Diverticulite; Parte II: Diabetes e IRC
- 8.** Paciente do sexo feminino, de 71 anos, hipertensa e com catarata em ambos os olhos, comparece a Unidade Básica de Saúde para consulta de rotina acompanhada da filha, que questiona a você, quais exames de rotina (rastreio), a sua mãe deverá fazer diferente dela, que tem 47 anos. Nesse sentido, é correto afirmar que:
- a** deverá ser solicitado somente para a mãe o sangue oculto nas fezes, para rastreio de câncer de colón.
 - b** deverá ser solicitado mamografia para filha e mãe, sendo realizado este anualmente.
 - c** deverá ser solicitado somente para filha colpocitologia oncótica, sendo repetido com intervalo de três anos se for sem alterações citológicas.
 - d** deverá ser solicitado para a filha e para mãe glicemia em jejum, para rastreio de DM.
 - e** deverá ser solicitado para mãe e filha rastreio de tireoidopatias, com intervalo de cinco anos.
- 9.** Paciente de 24 anos, gestante com 9 semanas, comparece a Unidade Básica de Saúde para iniciar o pré-natal de baixo risco, relata um pouco de enjoo matinal, negam demais queixas. Os exames necessários na primeira consulta do pré natal de baixo risco, preconizado pelo Ministério da Saúde são:
- a** Tipagem Sanguínea, Hb/Ht, VDRL, Glicemia em jejum, urina rotina e urocultura, Anti-HIV 1 e 2, HBsAg, Toxoplasmose IgM e IgG, Sorologia para Rubéola, Sorologia Citomegalovírus, colpocitologia oncótica caso não tenha realizado no ano anterior.
 - b** Tipagem Sanguínea, Hb/Ht, VDRL, Glicemia em jejum e hemoglobina glicada, ultrassonografia morfológica, urina rotina e urocultura, Anti-HIV 1 e 2, HBsAg, Toxoplasmose IgM e IgG, Sorologia para Rubéola, Sorologia Citomegalovírus, c colpocitologia oncótica caso não tenha realizado no ano anterior.
 - c** Tipagem Sanguínea, Hb/Ht, VDRL, Glicemia em jejum, ultrassonografia morfológica, urina rotina e urocultura, Anti-HIV 1 e 2, HBsAg, Toxoplasmose IgM e IgG, Sorologia para Rubéola, Sorologia Citomegalovírus, colpocitologia oncótica caso não tenha realizado no ano anterior.
 - d** Tipagem Sanguínea, Hb/Ht, VDRL, Glicemia em jejum, ultrassonografia morfológica, urina rotina e urocultura, Anti-HIV 1 e 2, HBsAg, Toxoplasmose IgM e IgG, Sorologia para Rubéola, Sorologia Citomegalovírus.
 - e** Tipagem Sanguínea, Hb/Ht, VDRL, Glicemia em jejum, urina rotina e urocultura, Anti-HIV 1 e 2, HBsAg, Toxoplasmose IgM e IgG, colpocitologia oncótica caso não tenha realizado no ano anterior.
- 10.** Paciente do sexo masculino, de 14 anos, veio a consulta na Unidade básica de saúde, acompanhado da mãe, que relata que filho anda choroso e isolado. Ao conversar isoladamente com o paciente, ele apresenta pensamentos suicidas, mas não queria que sua mãe soubesse, pois ela é muito ansiosa. A conduta mais segura, neste caso, deve ser:
- a** internar o paciente para evitar evento catastrófico, com autorização dos pais, já que este é menor de idade.
 - b** conversar com o paciente que deverá compartilhar a informação com os pais e responsáveis, já que, este é menor de idade.
 - c** conversar com o paciente que deverá compartilhar a informação com os pais e responsáveis, já que, há o risco à vida.
 - d** preservar a vontade do paciente, então será mantida a condição em sigilo.
 - e** preservar o sigilo profissional, com base no Código de Ética Médica, então não poderá conversar com os responsáveis do paciente.

- 11.** Cuidado paliativo é a definição prática do cuidado integral a saúde, sendo assim, são preceitos que **NÃO** são do cuidado paliativo:
- a** promover o alívio da dor e demais sintomas angustiantes e não buscar antecipar nem adiar a morte.
 - b** afirmar a vida e reconhecer a morte como um processo natural e oferecer um sistema de suporte à família que permita que ela cuide do paciente até o final.
 - c** integrar os aspectos psicológicos e espirituais como parte dos cuidados ao paciente.
 - d** não realizar condutas invasivas, mesmo quando estas são necessárias para prolongar a vida do paciente de forma confortável.
 - e** oferecer um sistema de suporte para ajudar o paciente a viver tão ativamente quanto possível até a morte.
- 12.** A estruturação da cobertura da atenção básica, assim como a organização da rede de urgência e emergência e saúde mental, devem ser prioridade das secretarias municipais de saúde. Assim, usando como exemplo a cidade de Bagre no estado do Pará, com 31.325 habitantes, assinale a alternativa que indica quantas Equipes Saúde da Família - ESF seriam necessárias, assim como, quantas Unidades de Pronto Atendimento- UPA e Centro de Atendimento Psicossocial- CAPS são necessários e quais as repercussões negativas de uma baixa cobertura de um destes três sistemas de atenção à saúde.
- a** ESF seriam 8, com o baixo número poderia ocorrer descontrole de doenças crônicas e de controle de doenças infectocontagiosas como Hanseníase.
 - b** CAPS seriam 2, sendo que sua ausência, haveria possível marginalização dos pacientes com este perfil, assim não ocorrendo educação em saúde mental e suporte as famílias.
 - c** UPA seria 1, sendo que sua ausência, repercuti em maior numero de eventos letais agudos com desfecho de óbitos, aumentando como um todo a incidência de óbitos por doenças agudas tratáveis desta população.
 - d** ESF seriam 7, sendo que sua ausência, haveria possível ausência de assistência a saúde, principalmente relacionado a rastreios, o que poderia aumentar os custos com doenças preveníveis em nível de prevenção secundária.
 - e** Não teria número necessário para abertura de uma unidade de pronto atendimento, assim, seria importante articular com consorcio bipartite (municípios e estado), para abertura de hospital regional ou uma UPA tipo III, de grande porte, para atender toda a população de um conjunto de pequenos municípios da região.
- 13.** Paciente do sexo masculino, 48 anos, sobrepeso, com dislipidemia, hipertensão primária e diabetes, vem a consulta de rotina na unidade básica de saúde, com MRPA (Monitorização residencial de pressão arterial), com pressão média acima do traçado. Como meta no plano terapêutico, este paciente já faz uso de dois anti-hipertensivos, antes de instituir mudanças farmacológicas deve-se rever:
- a** diário alimentar do paciente, focando em alimentos ricos em fibras e baixo teor de sódio 2 gramas de sódio/diário (5 gramas de cloreto de sódio/diário), além da redução de açúcares refinados.
 - b** atividades físicas: focadas em atividades anaeróbicas, de 30 - 40 minutos, no mínimo três vezes por semana e atividades físicas de impacto, duas vezes por semana sem ou com supervisão profissional.
 - c** não haverá grandes impactos na instituição de atividades física ou mudanças alimentares, então deverá instituir um terceiro anti-hipertensivo.
 - d** para melhor adesão do paciente ao tratamento, deverá explicar as complicações a longo prazo das doenças que ele apresenta, e que estas podem ser controladas com a instituição de medicamentos e que isto é o suficiente para prevenir eventos catastróficos.
 - e** a adesão a farmacologia atual, deverá ser revista, pedindo ao paciente explicar como está fazendo as medicações, sendo importante o entendimento do paciente em seguir as orientações sem opinar com as condutas farmacológicas instituídas.
- 14.** Como responsável sanitário de uma instituição, você foi acionado para dar um parecer de como deve ser o teste para detectar um surto de uma doença transmissível pelo contato físico apenas. Neste caso, a conduta é que qualquer suspeita este paciente deverá ser afastado para investigação, portanto o perfil deste teste diagnostico deve ter:
- a** alta sensibilidade, já que, dão poucos resultados falso positivos.
 - b** alta especificidade, já que, rastreios devem buscar menos resultados falso positivos.
 - c** alta sensibilidade, já que, rastreios devem buscar menos resultados falso positivos.
 - d** alta especificidade, já que, dão poucos resultados falso negativo.
 - e** alta sensibilidade, já que, dão poucos resultados falso negativo.

Observe o Gráfico abaixo para responder à questão 15



15. Em um espaço de 10 anos as curvas de Nelson Moraes passaram do perfil A para perfil B, isso pode ser explicado por:

- a) provavelmente esta população teve melhoria na qualidade dos serviços de saúde prestados, assim tendo melhor controle das doenças letais previsíveis.
- b) provavelmente ocorreu alteração, de forma negativa, na qualidade dos serviços de saúde prestados a esta população, tendo maior número de óbitos em pessoas em fase produtiva.
- c) provavelmente esta população teve alteração na qualidade do pré natal e assistência neonatal, assim tendo melhor controle dos óbitos nesta faixa etária.
- d) importante visualizar que houve melhoria nas mortes entre pessoas idosas, significando que a qualidade do atendimento a esta população melhorou.
- e) as curvas não demonstram mudanças significativas na letalidade de 20-49 anos, o que demonstra não haver impacto na mão de obra ativa desta população.

16. Sistemas de informação em saúde são a base para os gestores tomarem decisões mais eficientes, efetivas e eficazes. Assim, a origem dos dados que alimentam a base de dados e decisões gerenciais podem ser tomadas usando os dados:

- a) SINASC (Sistema de Informações de Nascidos Vivos): alimentado pelas certidões de nascimento; auxilia o gestor em investimentos quanto a organização e disposição dos serviços de vacinação.
- b) Sistema de Mortalidade Materna: alimentado pelas declarações de óbito; é limitado para ser usado como base para estratégias no planejamento familiar.
- c) SINAN (Sistema de Notificação de Agravos de Notificação): alimentado pelas fichas de notificação compulsória; a limitação deste banco de dados é relacionada a intervenção em saúde de agravos sociais, como violência doméstica.
- d) SIM (Sistema de Informação sobre Mortalidade): alimentado pelas declarações de óbitos; pode utilizar esta base de dados para delimitar o nível de qualidade da saúde em uma região.
- e) SIH (Sistema de Informação Hospitalar): alimentado pelos setores de regulação hospitalar; poderá auxiliar quanto a organização do atendimento ambulatorial dos hospitais.

17. A tuberculose continua sendo infecção comum no Brasil, sobre o abandono do tratamento, o caso abaixo que está caracterizado como abandono e a conduta correta a:

- a) paciente não fez uso de suas medicações por vinte e dois dias, deverá ser classificado como abandono do tratamento, solicitando a culta e teste de sensibilidade, porém não é necessário reiniciar o tratamento.
- b) paciente não fez uso das medicações por quarenta e cinco dias, deverá ser classificado como abandono, solicitando a culta e teste de sensibilidade, mas não é necessário reiniciar o tratamento, mantendo o esquema do momento interrompido.
- c) paciente não fez as medicações por trinta e dois dias, não deverá ser classificado como abandono, e não é necessário solicitar a culta e teste de sensibilidade, porém o tratamento deverá ser reiniciado.
- d) paciente não fez as medicações por vinte e quatro dias, não sendo classificado como abandono, porém deverá ser solicitado a culta e teste de sensibilidade, e não reiniciar o tratamento do início.
- e) paciente não fez as medicações por quarenta e três dias, sendo classificado como abandono, solicitando a culta e teste de sensibilidade, e deverá reiniciar o tratamento do início.

- 18.** Paciente com DM2 vem a UBS para reavaliação, fazendo uso de Metformina e Glibenclamida, doses máximas em uso destas medicações há sete anos, faz dieta recomendada, porém apresenta polidipsia e nocturia há vinte dias, nega adesão a atividade física regular. A conduta que deverá ser tomada, neste caso, é:
- a se a HbA1c > 8, assim deverá iniciar insulino terapia.
 - b orientar que é normal a nocturia e polidipsia e persistir na dieta e medicações.
 - c incluir um terceiro hipoglicemiante oral, independente de exames laboratoriais.
 - d se a HbA1c > 7,0 deverá iniciar insulino terapia, independente de sintomas.
 - e rever uso adequado das medicações, porém já instituir um terceiro hipoglicemiante oral.
- 19.** Paciente de 17 anos comparece a Unidade básica para consulta de rotina, relata estar com parceiro sexual fixo, tendo tido duas relações desprotegidas, nega uso de anticoncepcionais hormonais, e gostaria de fazer o preventivo. Neste caso, deve-se proceder:
- a não realizar o atendimento já que a paciente é menor de idade.
 - b orientar o uso de preservativos, indicar a vacinação de HPV caso não tenha feito e iniciar o rastreio de ISTs, além da coleta da colpocitologia oncótica.
 - c orientar a paciente praticar a privação sexual, já que, é muito jovem para iniciar sua vida sexual.
 - d iniciar colpocitologia oncótica, assim como rastreio para as ISTs, além de orientar o uso de preservativos e uso oral de anticoncepcional.
 - e orientar a paciente o uso de preservativos, fazer o rastreio de ISTs e explicar que ainda não tem idade para iniciar o rastreio da colpocitologia oncótica.
- 20.** A mãe trouxe filho de oito meses, para atualizar o calendário vacinal, que ficou desatualizado por conta da pandemia COVID-19, relata que a última vacina foi a meningocócica aos três meses. Neste caso, a melhor decisão a ser tomada é:
- a a criança deverá realizar pentavalente, VIP, pneumocócica e meningocócica segunda dose.
 - b a criança deverá realizar rotavírus, pentavalente, VIP, pneumocócica e meningocócica segunda dose.
 - c a criança deverá realizar rotavírus, pentavalente, VOP, pneumocócica e meningocócica segunda dose.
 - d a criança deverá realizar rotavírus, VIP, pneumocócica e meningocócica segunda dose.
 - e a criança deverá realizar pentavalente, VOP, pneumocócica e meningocócica segunda dose.
- 21.** Sobre a indicação de transfusão de hemocomponentes, é **INCORRETO** afirmar que:
- a em geral, a transfusão de uma unidade de concentrado de hemácias aumenta a dosagem de hemoglobina em 1 mg/dL, caso não haja sangramento ativo.
 - b não havendo contra indicações, e na inexistência de sangramento ativo, a transfusão de plaquetas está indicada, profilaticamente, em valores < 60.000/L, segundo o Ministério da Saúde.
 - c em trombocitopenias induzidas por heparina, as transfusões de plaquetas aumentam consideravelmente o risco de trombose.
 - d em neurocirurgias e cirurgias oftalmológicas, é recomendado que a contagem de plaquetas esteja em torno de 100.000/L, imediatamente antes do procedimento.
 - e hospitais que atendam pacientes vítimas de trauma devem ter protocolo de transfusão maciça vigente.
- 22.** Paciente, masculino, 58 anos, trazido pelo SAMU com história de cefaleia, confusão mental e crise convulsiva há cerca de 1 hora em seu domicílio. No momento, com cefaleia persistente, apresentando os seguintes sinais vitais: PAS 215 mmHg, PAD 120 mmHg, FC 93 bpm, FR 18 irpm, Glicemia Capilar 83 mg/dL, Sat. O₂ 97% em ar ambiente. No exame físico, sem déficits neurológicos focais, consciente e orientado, Escala de Coma de Glasgow = 15, pupilas isofotorreagentes. Ausculta respiratória: murmúrios vesiculares presentes, sem ruídos adventícios. Ausculta cardíaca: Bulhas cardíacas normofonéticas, ritmo cardíaco regular. A abordagem mais adequada, no departamento de emergência, deste caso deve incluir:
- a exame de fundo de olho.
 - b monitorização multiparâmetros, oxigenoterapia suplementar com intubação traqueal.
 - c infusão de noradrenalina e furosemida endovenosa.
 - d glicose a 50% 40 mL.
 - e fenitoína 30-45 mg/kg endovenoso.

- 23.** Paciente, feminino, 14 anos, dá entrada acompanhada de genitora no departamento de emergência com história de dispnéia e tosse seca há 2 dias. Relata piora de mal estar respiratório nas últimas horas, com dificuldade para deambular e falar. Nega febre. Ao exame físico, evidenciou-se: ruim estado geral, acianótica, afebril, PAS 114 mmHg, PAD 68 mmHg, FC 102 bpm, FR 24 irpm, Glicemia Capilar 97 mg/dL, Sat. O₂ 93% em ar ambiente. Consciente e orientada, Glasgow = 15. Ausculta respiratória: murmúrios vesiculares diminuídos globalmente, com sibilos expiratórios esparsos, sem tiragem intercostal. Pele e anexos sem alterações. Relata histórico de asma sem acompanhamento. Nega uso de medicamentos de uso contínuo. Considerando o quadro clínico acima, a abordagem clínica mais adequada:
- a) epinefrina intramuscular é recomendada, mesmo na ausência de anafilaxia.
 - b) é uma paciente em crise asmática grave e a infusão de sulfato de magnésio deve ser instituída na urgência.
 - c) aminofilina na dose de 240 mg endovenoso é uma opção, caso a saturação de oxigênio permaneça menor que 94% em uso de catéter nasal de oxigênio.
 - d) mesmo na ausência de evidências de infecção, é indicada antibioticoterapia com ceftriaxona 2g endovenoso de imediato.
 - e) aferição do pico de fluxo (peak flow) pode ser utilizada na reavaliação a cada hora.
- 24.** Na abordagem da pneumonia bacteriana no departamento de emergência pode ser recomendado:
- a) solicitar radiografia de tórax para os doentes que não tenham contra-indicações à radiação.
 - b) utilizar o escore CURB-65 para predizer o risco de o paciente necessitar de suporte ventilação mecânica.
 - c) prescrever antibioticoterapia para pneumonias não complicadas por pelo menos 10 dias.
 - d) em razão da alta prevalência de infecção por M. tuberculosis no Brasil, a prescrição de quinolona respiratória deve ser primeira opção.
 - e) prescrever corticoide endovenoso em pacientes com pneumonia grave, mesmo na ausência de choque refratário.
- 25.** Paciente, masculino, 48 anos, pessoa em situação de rua, é trazido para atendimento pelo SAMU após ser encontrado desacordado por populares próximo ao Bar do Parque. Imediatamente após a entrada na unidade de graves, o paciente vomita restos alimentares misturados com laivos de sangue. Ao exame físico: paciente emagrecido, desidratado, ictérico, acianótico, mucosas hipocoradas. Consciente e desorientado em tempo e espaço, Glasgow = 13. Ausculta respiratória: murmúrios vesiculares presentes, bilateralmente, com estertor crepitante em base direita. Ausculta cardíaca: bulhas normofonéticas, ritmo regular. Abdome: semigloboso, flácido, indolor à palpação, piparote positivo. Extremidades: sem edema. Sinais vitais: PAS 97 mmHg, PAD 55 mmHg, PAM 69, FC 101 bpm, FR 20 irpm, Glicemia Capilar 74 mg/dL, Sat. O₂ 94% em ar ambiente, temperatura axilar 37,3°C. Considerando-se o quadro acima e a melhor abordagem inicial do paciente no departamento de emergência, é correto afirmar que:
- a) deve ser prescrita furosemida 20 mg endovenosa após a expansão volêmica em paciente ascítico com choque séptico.
 - b) o paciente está em choque hipovolêmico, e deve receber noradrenalina endovenosa antes da ressuscitação volêmica com coloide.
 - c) história de doença hepática ou cardíaca indicam a realização de endoscopia digestiva alta, preferencialmente nas primeiras 12h.
 - d) a presença de ascite contraindica a ressuscitação hemodinâmica com a infusão de cristalóide.
 - e) a hipoglicemia indica intoxicação por metanol, devendo-se prescrever o uso de carvão ativado ou lavagem gástrica.
- 26.** São preditores de via aérea difícil para intubação traqueal, **EXCETO**:
- a) Obesidade.
 - b) Abertura da boca < 3 dedos.
 - c) Mallampati III.
 - d) Intubação traqueal prévia
 - e) Restrição à mobilidade cervical.

27. A sequência rápida de intubação (SRI) consiste na utilização de sedativo e bloqueador neuromuscular (BNM) em paciente pré-oxigenado. Sobre essa técnica, e os passos necessários para seu sucesso, é correto afirmar que:

- a) a pré-oxigenação antecede a preparação das medicações a serem utilizadas no procedimento, para que se garanta o fornecimento máximo de oxigênio ao paciente.
- b) a fase de pré-intubação (ou otimização) deve corrigir condições que aumentem o risco para o paciente, podendo-se indicar infusão de drogas vasoativas.
- c) no último passo, pós-intubação, a medida de CO_2 expirado deve ser realizada somente após conexão do paciente ao ventilador pulmonar.
- d) na indicação do uso de fentanil para pacientes em SRI, sua infusão deve ser rápida, para diminuir o risco de síndrome do tórax rígido.
- e) antes de iniciar a SRI deve-se proceder à infusão contínua de BNM de meia vida curta para garantir o sucesso do procedimento.

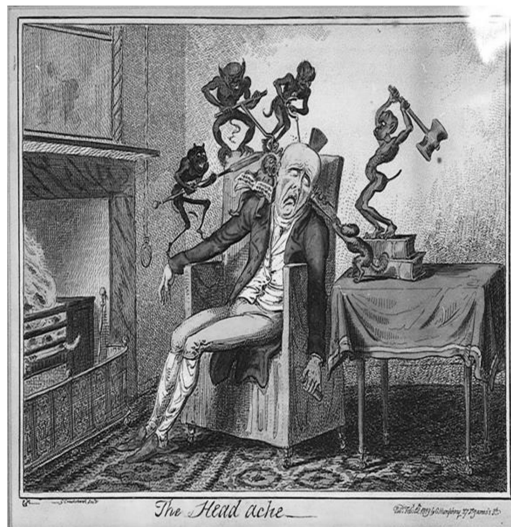
28. A insuficiência respiratória aguda é a principal indicação de ventilação mecânica na urgência. Com base nessa afirmação, a alternativa correta é:

- a) mesmo em quadros de insuficiência respiratória em que a intubação traqueal estiver indicada, é recomendado iniciar ventilação não invasiva para evitar intubação.
- b) a gasometria arterial é pouco útil na diferenciação entre insuficiência respiratória aguda tipo 1 e tipo 2.
- c) pacientes em insuficiência respiratória aguda grave podem ser pronados por mais de 12h ao dia quando não houver contra-indicação.
- d) em pacientes que necessitem de ventilação mecânica invasiva, valores da relação $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2$ entre 150 e 250 mmHg são considerados normais.
- e) ao exame físico, frequência cardíaca acima de 130 bpm é o sinal mais frequentemente encontrado em pacientes com insuficiência respiratória aguda.

29. No atendimento a pacientes vítimas de acidente botrópico (jararaca), é correto afirmar que:

- a) abscesso não é uma complicação neste tipo de acidente, estando mais associado ao acidente crotálico.
- b) é indicado solicitar o tempo de coagulação na admissão e após 24h de observação do doente. Se o Tempo de Coagulação permanecer alterado, está indicada dose adicional de soro antibotrópico.
- c) devido à ação proteolítica do veneno botrópico, está indicado o uso de torniquetes, a fim de evitar a necrose tecidual.
- d) o tratamento consiste na administração de soro antibotrópico (SAB) endovenoso em 8 - 10 ampolas para quadros leves, e 10 - 12 ampolas para quadros graves.
- e) se estabelecido o diagnóstico de síndrome compartimental, a fasciotomia deve ser evitada para não disseminar o veneno botrópico, mesmo que as condições de hemostasia do paciente permitam.

As cefaleias, historicamente, são apresentadas em diversas obras artísticas, como observado na imagem abaixo:



30. Dentre os tipos de cefaleia, a cefaleia tipo tensão (CTT), também chamada de cefaleia tensional, é um dos mais encontrados na população em geral. Sobre esta condição, é correto afirmar que:

- a) atividade física habitual não costuma agravar a CTT.
- b) o dolorimento à palpação manual pericraniano não é frequentemente encontrado.
- c) anti-inflamatórios não esteroidais (AINEs) estão proscritos na CTT.
- d) a CTT crônica pode ser definida com episódios que ocorrem < 07 dias/mês.
- e) a CTT geralmente é mais frequentemente caracterizada por dor unilateral.

31. Homem, 32 anos, procedente de Santarém (PA), apresenta há 2 meses quadro de intensa astenia, associada a perda ponderal (5% do peso basal), febre intermitente e aumento do volume abdominal. Ao exame físico, nota-se hepatoesplenomegalia, leve palidez cutâneo-mucosa e edema de membros inferiores +/4+. Exames bioquímicos demonstram pancitopenia, velocidade de hemossedimentação 80mm/h (VR: até 15) e albumina 2,9 g/dL (VR: 3,5 e 5,5). Realizado mielograma que acusou formas de *Leishmania* spp. intra e extracelulares. O tratamento de escolha para o paciente em questão é:

- a) Sulfadizina + Pirimetamina + Ácido fólico.
- b) Antimoniato-N-metil glucamina.
- c) Cloroquina + primaquina.
- d) Benznidazol.
- e) Praziquantel.

32. Lúcia, 45 anos, residente na Ilha do Marajó (PA), é trazida para internação hospitalar devido a sintomas urêmicos iniciados há dois dias após acidente ofídico crotálico, ocorrido durante atividade laboral. Na chegada, além de náuseas persistentes, notou-se redução do volume urinário. Os exames bioquímicos admissionais mostraram: ureia 126 mg/dL (VR: 10-45), creatinina 4,4 mg/dL (VR: 0,50-1,20), potássio 7,3 mmol/L (VR: 3,5-5,5) e sódio 134 mg/dL (VR: 135-145 mmol/L). O eletrocardiograma realizado apresentou: achatamento da onda P, o aumento do segmento PR e onda T apiculada (em tenda). A partir desses achados, a medida prioritária para estabilizar a membrana miocárdica, de forma a prevenir arritmias é a:

- a) Sulfato de Magnésio.
- b) Bicarbonato de sódio.
- c) Gluconato de cálcio.
- d) Cloridrato de propafenona.
- e) Propranolol.

Leia o texto abaixo para responder a questão 33

“Aos 43 anos, John Kennedy foi o homem mais jovem eleito para a presidência dos Estados Unidos. Ao que tudo indicava, ele era a imagem da saúde e da vitalidade. Mas, na verdade, ele tinha o mais complexo histórico de saúde de qualquer pessoa a ocupar a Casa Branca. Dentre os seus diagnósticos figuravam: doença de Addison autoimune, tireoidite de Hashimoto e doença celíaca”. (Fonte: Mandel LR. Endocrine and autoimmune aspects of the health history of John F. Kennedy. Ann Intern Med. 2009 Sep 1;151(5):350-4.)

33. De acordo com o Texto acima, é correto afirmar que:

- a) o tratamento para doença de Addison deve ser feito com doses baixas e diárias de glicocorticoide. Caso o paciente apresente febre ou alguma outra situação de estresse clínico, este deve ser orientado a suspender a tomada da medicação neste dia.
- b) a tireoidite linfocítica de Hashimoto é diagnosticada quando o paciente apresenta níveis de TSH persistentemente aumentados, associados a anti-TPO positivo. Os títulos deste anticorpo devem ser continuamente dosados para monitorizar a resposta ao tratamento.
- c) na suspeita de doença celíaca, títulos baixos de anticorpos transglutaminase tecidual são suficientes para firmar o diagnóstico, por ser o exame padrão-ouro para o diagnóstico. Casos suspeitos com anticorpos negativos, podem ser submetidos à biópsia gástrica.
- d) na doença de Addison, a deficiência de mineralocorticoide pode resultar em hipovolemia, hipotensão postural, desidratação e distúrbios hidroeletrólíticos, como hiponatremia e hipercalemia. Como manifestação clínica, o paciente pode apresentar avidez por sal.
- e) a união dessas três doenças caracterizam a síndrome poliglandular autoimune tipo 1. O diagnóstico de qualquer doença autoimune, aumenta o risco do desenvolvimento de outras ao longo da vida, e terapias imunossupressivas podem ser instituídas preventivamente após o primeiro diagnóstico.

Avalie os casos clínicos, abaixo, para responder à Questão 34

Caso 1: Mulher, 48 anos, hipertensa grau 1, em uso monoterapia anti-hipertensiva, evoluiu com **edema de membros inferiores** bilateral.

Caso 2: Homem, 38 anos, apresentou **hiperuricemia** e crise de gota após introdução de uma medicação para controle pressórico.

Caso 3: Mulher, 45 anos, obesa e diabética, em uso do mesmo medicamento há 12 anos, apresenta-se com **hipovitaminose B12**.

34. Os medicamentos que apresentam, respectivamente, maior probabilidade de estar implicados na gênese dos efeitos colaterais destacados acima, são:
- anlodipino – hidroclorotiazida - metformina
 - lisinopril – furosemida – glibenclamida
 - metildopa – nifedipino – orlistate
 - losartana – losartana – pioglitazona
 - clortalidana - atenolol – exenatida
35. Em um paciente com anemia hemolítica intravascular, espera-se usualmente a redução do marcador:
- Bilirrubina indireta.
 - Reticulócitos.
 - Haptoglobina
 - Desidrogenase láctica.
 - Hemoglobinúria.
36. Segundo as Recomendações Consensuais para infecções do trato urinário emanadas em conjunto pelas Sociedades de Infectologia (SBI), Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO), Urologia (SBU) e Patologia Clínica (SBPC/ML), em 2020, são regimes antimicrobianos de primeira linha para o tratamento de cistite não complicada em mulheres não-grávidas:
- Fosfomicina trometamol e Nitrofurantoina.
 - Ampicilina Sulfametoxazol+Trimetoprima.
 - Ceftriaxona e Metronidazol.
 - Cefalexina e levofloxacino.
 - Ciprofloxacino e clindamicina.
37. Após avaliação de um paciente internado por pé diabético infectado - com uso por tempo prolongado de ceftriaxona e clindamicina - que evoluiu com quadro de febre e mais de 10 episódios/dia de diarreia aquosa, levantou-se a hipótese de colite pseudomembranosa. O exame que tem maior importância para confirmação deste diagnóstico é:
- Parasitológico de Fezes (MIF).
 - Pesquisa das toxinas A e B.
 - Cápsula endoscópica.
 - Calprotectina fecal.
 - Reação de Widal.
38. Homem, 48 anos, diabético tipo 2 há 5 anos, em uso de metformina XR 2g/dia, obeso (IMC 33 kg/m²) e com doença renal do diabético (TFG: 48 mL/min/1,73 m² – CKD-EPI), vem à consulta com seguintes exames: glicemia 160 mg/dL, hemoglobina glicada: 8,4% e peptídeo C 2,8 (VR: 1,1 até 4,4 ng/ml). A terapia antidiabética que deve ser prioritariamente introduzida para este paciente é:
- Saxagliptina
 - Empagliflozina
 - Pioglitazona
 - Insulina degludeca
 - gliclazida
39. Mariângela, 60 anos, apresentou quadro de herpes zoster em região torácica há 2 semanas e desde então vem apresentando quadro de intensa dor em “queimação” e “choques” na região acometida (neuralgia pós-herpética). A alternativa que apresenta o tratamento que pode ser prescrito para manejo crônico da dor neuropática e quando, preferencialmente, você encaminharia esta paciente para vacinação contra herpes-zoster é:
- Amitriptilina; vacinar imediatamente.
 - Codeína; vacinar imediatamente.
 - Dexametasona; um ano após o quadro agudo.
 - Gabapentina; um ano após o quadro agudo.
 - Duloxetina; não existe mais indicação de vacinação contra herpes-zoster.
40. Na avaliação de um paciente obeso com esteatose hepática grau III associada a um aumento de transaminases, o médico assistente aventou a possibilidade de se tratar da esteato-hepatite Metabólica (EHM – ou “MASH”, em inglês). Sobre este caso, assinale a alternativa correta.
- Exames de imagem, como ultrassom e ressonância magnética abdominais são capazes de avaliar a extensão (grau) da infiltração gordurosa hepática e distinguir esteatose de esteato-hepatite.
 - Biopsia hepática é uma exame mandatório para confirmar diagnóstico em todos os casos e para o screening de carcinoma hepatocelular, complicação mais precoce desta condição clínica.
 - A metformina é recomendada como tratamento específico padrão-ouro para MASH, pois diversos estudos têm demonstrado sua eficácia na melhora histológica do grau de fibrose.
 - No manejo deste paciente, é prudente investigar também outras condições clínicas, como hepatites virais e doença hepática alcoólica, bem como marcadores e critérios da síndrome metabólica.
 - Trata-se de uma condição clínica muito prevalente, mas não se tem observado sua associação com cirrose hepática. Componentes antioxidantes, como a silimarina, são o tratamento de escolha.

- 41.** Homem de 67 anos de idade, hipertenso e tabagista de longa data, dá entrada no setor de emergência sudoréico, frequência cardíaca de 120 bpm, pressão arterial 80x40 mmHg, dor abdominal difusa com massa pulsátil no mesogastro. O diagnóstico e conduta, neste caso, são:
- a) Dissecção de aorta tipo A de Stanford. Iniciar betaloqueador, solicitar raio x de tórax para confirmar alargamento do mediastino.
 - b) Isquemia mesentérica. Analgesia com morfina e anticoagulação com heparina.
 - c) Aneurisma de aorta abdominal roto. Ultrassom à beira do leito e avaliação urgente do cirurgião.
 - d) Aneurisma de aorta abdominal roto. Tomografia computadorizada sem contraste e avaliação urgente do cirurgião.
 - e) Aneurisma de aorta abdominal roto. Tomografia computadorizada com contraste endovenoso e avaliação urgente do cirurgião.
- 42.** Uma paciente de 72 anos de idade chega ao hospital com quadro de dor abdominal de início agudo há cerca de 8 horas. É ex-tabagista e usuária contumaz de dipirona, diclofenaco e captopril. Ao exame apresenta descompressão brusca dolorosa em hipocôndrios direito e esquerdo e no epigastro, além de sinal de Jobert positivo. A hipótese diagnóstica, neste caso, é:
- a) Colecistite aguda
 - b) Úlcera gástrica perfurada
 - c) Apendicite aguda
 - d) Diverticulite
 - e) Isquemia mesentérica
- 43.** Um homem de 22 anos de idade foi vítima de ferimento por arma branca no 4º espaço intercostal direito na linha paraesternal, chega com as vias aéreas pervias, murmúrio vesicular abolido à direita, timpanismo na parede anterior do hemitórax direito, turgência de veias jugulares, bulhas cardíacas normofonéticas e pressão arterial 90x60 mmHg. A hipótese diagnóstica e conduta imediata corretas, neste caso, são:
- a) Pneumotórax simples. Drenagem torácica sob selo d'água.
 - b) Pneumotórax hipertensivo. Drenagem torácica sob selo d'água.
 - c) Pneumotórax aberto. Curativo de 3 pontas.
 - d) Pneumotórax aberto. Drenagem torácica sob selo d'água.
 - e) Pneumotórax hipertensivo. Toracocentese de alívio.
- 44.** Homem de 80 anos apresentando quadro súbito de hemiparesia esquerda. É tabagista e diabético. A provável fonte emboligênica, neste caso, é:
- a) placa aterosclerótica promovendo uma estenose na artéria inominada.
 - b) placa aterosclerótica promovendo uma estenose na artéria carótida externa direita.
 - c) placa aterosclerótica promovendo uma estenose na artéria carótida interna esquerda.
 - d) placa aterosclerótica promovendo uma estenose na artéria carótida externa esquerda.
 - e) placa aterosclerótica promovendo uma estenose na artéria cerebral média esquerda.
- 45.** Uma paciente de 56 anos apresentava dor em cólica no hipocôndrio direito há 5 dias no interior do Estado, hoje chegou à capital apresentando-se icterica, temperatura axilar de 39º e com dor à palpação do hipocôndrio direito. O quadro descrito e as condutas iniciais para o mesmo são:
- a) Colecistite aguda. Colecistectomia.
 - b) Colangite (tríade de Reynolds). Hidratação, correção de distúrbios hidroeletrólíticos e antibioticoterapia.
 - c) Colecistite aguda. Hidratação, correção de distúrbios hidroeletrólíticos e antibioticoterapia.
 - d) Colangite. Colecistectomia.
 - e) Colangite (tríade de Charcot). Hidratação, correção de distúrbios hidroeletrólíticos e antibioticoterapia.
- 46.** No intraoperatório de uma laparotomia exploradora em um paciente vítima de ferimento por arma branca na parede anterior do abdome o cirurgião se depara com um hematoma retroperitoneal em zona 2 esquerda. A melhor conduta, neste caso, é:
- a) explorar o hematoma pela manobra de Cattell apenas caso seja pulsátil.
 - b) explorar o hematoma pela manobra de Mattox.
 - c) explorar o hematoma pela manobra de Cattell.
 - d) explorar o hematoma pela manobra de Mattox apenas caso seja pulsátil.
 - e) explorar o hematoma pela manobra de Kocher.

- 47.** Uma paciente de 47 anos está sendo submetida a uma colecistectomia convencional. A incisão realizada, a artéria e a estrutura da árvore biliar ligados durante esta cirurgia, são, respectivamente:
- a** incisão de Pfannenstiel, artéria cística, ducto colédoco.
 - b** incisão de McBurney, artéria cística, ducto cístico.
 - c** incisão de Kocher, artéria hepática direita, ducto cístico.
 - d** incisão de Rocky Davis, artéria cística, ducto cístico.
 - e** incisão de Kocher, artéria cística, ducto cístico.
- 48.** Um senhor de 70 anos está internado com uma síndrome consumptiva; apresenta icterícia e uma massa visível, palpável e indolor na topografia do ponto cístico. O sinal semiológico encontrado e um diagnóstico compatível seriam:
- a** Sinal de Courvoisier-Terrier; neoplasia de cabeça de pâncreas.
 - b** Sinal de Courvoisier-Terrier; neoplasia de calda de pâncreas.
 - c** Sinal de Faget; neoplasia de cabeça de pâncreas.
 - d** Sinal de Faget; neoplasia de calda de pâncreas.
 - e** Sinal de Courvoisier-Terrier; neoplasia de vesícula biliar.
- 49.** Durante uma hernioplastia inguinal pela técnica de Bassini é correto afirmar que:
- a** o ligamento de Cooper é aproximado ao tendão conjunto.
 - b** o ligamento de Bassini é aproximado ao tendão conjunto.
 - c** o ligamento inguinal é aproximado ao tendão conjunto.
 - d** utiliza-se uma tela inabsorvível para reforçar o soalho da região inguinal.
 - e** utiliza-se uma tela absorvível para reforçar o soalho da região inguinal.
- 50.** Um paciente de 68 anos está internado na UTI no 2º pós-operatório de uma embolização de um aneurisma cerebral roto que resultou em AVC hemorrágico. Passou a apresentar edema e empastamento de coxa e panturrilha direitas. Um ultrassom Doppler confirmou o diagnóstico de trombose da veia femoral comum direita. A melhor conduta neste caso seria:
- a** Heparina não fracionada.
 - b** Heparina de baixo peso molecular.
 - c** Filtro de veia ilíaca.
 - d** Filtro de veia femoral.
 - e** Filtro de veia cava inferior.
- 51.** Homem, 55 anos, foi submetido a sua primeira cirurgia, uma herniorrafia inguinal à direita, no intra-operatório foi identificado que o saco herniário fazia protrusão medialmente aos vasos epigástricos inferiores. A classificação de Nyhus dessa hérnia é:
- a** Tipo I
 - b** Tipo II
 - c** Tipo III A
 - d** Tipo IV A
 - e** Tipo IV B
- 52.** Mulher, 33 anos, vítima de queimaduras de segundo grau acometendo 45% da área de superfície corporal, o principal parâmetro para avaliar se está bem hidratada é:
- a** monitorização da pressão arterial média invasiva.
 - b** dosagem da creatinina sérica.
 - c** monitorização pressão venosa central.
 - d** monitorização débito urinário.
 - e** avaliação clínica da hidratação das mucosas.
- 53.** Homem, 43 anos, pedreiro, teve queda de escada, deu entrada na urgência, eupneico, saturação de oxigênio em ar ambiente 97%, falando, PA 120 x 80 mmHg, FC 88 bpm, Glasgow 15, sem sinal de TCE, sem achados de trauma torácico e sem trauma abdominal, sendo identificado exclusivamente fratura fechada de fêmur direito, foi submetido a cirurgia pela equipe da ortopedia. No segundo dia de pós-operatório evoluiu com dispneia súbita e rebaixamento do nível de consciência, sendo necessário intubação oro-traqueal. O diagnóstico mais provável, nesse caso, é:
- a** edema pulmonar e cerebral.
 - b** embolia gordurosa.
 - c** tromboembolismo pulmonar.
 - d** lesão axonal difusa.
 - e** choque séptico por pneumonia.
- 54.** Mulher, 36 anos, em pós-operatório imediato de cirurgia bariátrica, recebe dose 3x maior que o preconizado de enoxaparina, e evolui com sangramento profuso pela ferida operatória, mas ainda mantém estabilidade hemodinâmica. A droga de escolha que pode ser usada como antidoto é:
- a** Vitamina K
 - b** Protamina
 - c** Criopreceptado
 - d** Concentrado de plaquetas
 - e** Plasma fresco congelado

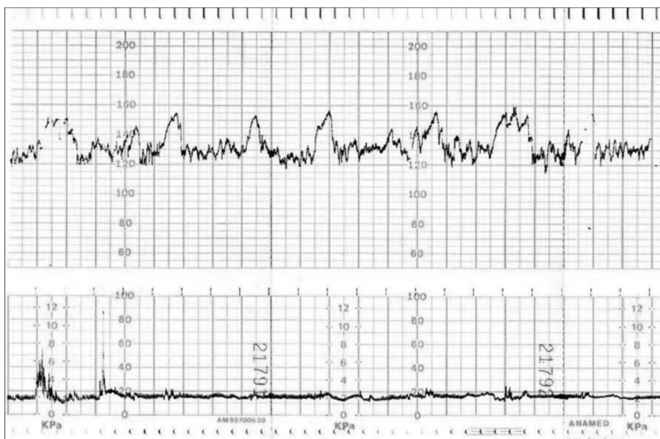
- 55.** Homem, 26 anos vítima de acidente automobilístico, era motoqueiro e evolui com hemiseção da medula a direita ao nível da vértebra T8. Sobre esse assunto, é correto afirmar que:
- a) o Paciente evoluirá com a síndrome do segundo neurônio motor.
 - b) o segmento medular lesionado será T12.
 - c) a perda de função motora abaixo do segmento medular lesionado será à esquerda.
 - d) a perda da sensibilidade térmica abaixo do segmento medular lesionado será à esquerda.
 - e) a perda da estereognosia abaixo do segmento medular lesionado será à esquerda.
- 56.** Homem, 55 anos, foi admitido no pronto socorro com hematêmese volumosa, encontrava-se hemodinamicamente estável e foi submetido a endoscopia digestiva alta, sendo localizada úlcera sangrante na parede posterior da segunda porção do duodeno, foi tentado injeção de hemostáticos sem sucesso, permanecendo o sangramento, sendo indicado arteriografia com embolização. A artéria responsável pela região que sangra é a:
- a) artéria duodenopancreática superior posterior
 - b) artéria gastroduodenal
 - c) artéria gástrica esquerda
 - d) artéria gastroepiplóica direita
 - e) artéria gástrica curta
- 57.** Mulher, 48 anos, da entrada no pronto socorro com dor lombar a direita tipo cólica que irradia para flanco direito e grandes lábios, com início há 5 dias, associado com episódios de hematúria, apresenta péssimo estado geral, estando hipocorada, sudoreica, febril com temperatura axilar de 39,50. PA 110 x 75 mmHg e FC 110 bpm e Leucocitose de 29 mil. TC evidenciou cálculo de 8 mm em ureter proximal direito. Além da instituição de antibioticoterapia, hidratação e analgesia, outra conduta que deve ser realizada é:
- a) drenagem da via urinária com cateter duplo J sem a retirada do cálculo ureteral.
 - b) realização da terapia expulsiva medicamentosa com tansulosina.
 - c) realização de litotripsia extracorpórea.
 - d) realização de ureterolitotripsia endoscópica e colocação de duplo j.
 - e) observação clínica por 72 horas para aguardar melhora clínica e submetê-la a procedimento cirúrgico.
- 58.** Mulher, 57 anos, com alteração do hábito intestinal e com hematoquezia, foi submetida a colonoscopia e ressonância de pelve que identificaram adenocarcinoma bem diferenciado de reto a 1 cm da linha pectínea, T3N1. A melhor conduta, nesse caso é:
- a) amputação abdominoperineal.
 - b) quimioterapia e radioterapia (esquema de Nigro).
 - c) quimioterapia neoadjuvante seguido de retossigmoidectomia.
 - d) quimioterapia e radioterapia neoadjuvante e reestadiamento após para decidir qual a cirurgia a ser realizada.
 - e) amputação abdominoperineal seguido de quimioterapia e radioterapia adjuvante.
- 59.** Mulher, 51 anos, foi submetida a gastrectomia parcial com ressecção completa de GIST de 6 cm, com índice mitótico de 14/50 campo de alta potência, presença de mutação c-Kit positiva e sem metástase no estadiamento. A conduta, nesse caso, é:
- a) realizar quimioterapia adjuvante.
 - b) realizar quimioterapia e radioterapia adjuvante.
 - c) totalizar gastrectomia.
 - d) só acompanhamento clínico com exames de estadiamento a cada 6 meses.
 - e) realizar terapia alvo adjuvante com inibidor da tirosina quinase.
- 60.** Mulher, 63 anos, hipertensa, diabética e com insuficiência renal crônica, identifica-se em exame de rotina aneurisma fusiforme de aorta infrarrenal de 4,5 cm de diâmetro, assintomático. A melhor conduta, nesse caso é:
- a) colocação de prótese de aorta abdominal por via laparotômica.
 - b) colocação de endoprótese de aorta por via endovascular.
 - c) intervir apenas quando o aneurisma tiver mais de 6,5 cm de diâmetro.
 - d) intervir apenas quando o aneurisma tiver mais de 6,0 cm de diâmetro.
 - e) intervir apenas quando o aneurisma tiver mais de 5,5 cm de diâmetro.

- 61.** Paciente GI P0, 28 semanas de gestação, soropositiva para o vírus da imunodeficiência humana (HIV), chegou ao pronto atendimento da maternidade apresentando um abscesso de glândula de Bartholin. Ao exame obstétrico foi observada altura uterina de 28cm, batimentos cardíofetais em 144 bpm, colo uterino impérvio, sem perda de líquido e dinâmica uterina ausente. Diante do caso a melhor conduta é:
- a) ablação com nitrato de prata.
 - b) fistulização.
 - c) tratamento ambulatorial com antibióticos de largo espectro.
 - d) conduta expectante.
 - e) internação imediata, remoção completa da glândula e antibióticos de largo espectro.
- 62.** Paciente G6 P5 A0, 41 semanas de gestação, 28 anos de idade, com história prévia de 05 partos vaginais, diagnóstico obstétrico patológico atual de diabetes gestacional (feto no percentil 56 e líquido amniótico normal), evoluiu para parto via vaginal após indução com misoprostol em menos de 03 horas de trabalho de parto. Após a dequitação apresentou hemorragia profusa, com atonia uterina e puérpera com instabilidade hemodinâmica. Os fatores de risco associados a hemorragia no referido caso são:
- a) multiparidade, diabetes gestacional, pós-datismo e parto induzido.
 - b) nuliparidade e parto taquitéico.
 - c) parto induzido e idade materna.
 - d) parto induzido, multiparidade e parto taquitéico.
 - e) diabetes gestacional e idade materna.
- 63.** SCV, 32 anos de idade, nuligesta, sem desejo reprodutivo, queixa ausência de menstruação nos últimos 13 meses, e refere que antes tinha ciclos menstruais. Ao exame físico apresenta galactorreia, e os níveis de prolactina estão 09 vezes acima do valor de referência. Trouxe a consulta ainda um exame de beta-hCG sérico negativo e uma ressonância magnética que evidencia o diagnóstico de tumor hipofisário de 1,3cm. Quanto ao tratamento desta paciente, a melhor opção é:
- a) trata-se de um macroadenoma hipofisário, que deve ser tratado cirurgicamente assim que diagnosticado, pelo risco de compressão do quiasma óptico
 - b) o tratamento inicial a ser empregado é um fármaco agonista dopaminérgico, para reduzir a produção de prolactina e o tamanho tumoral.
 - c) trata-se de um microadenoma hipofisário, então, por ser um tumor benigno, pode-se utilizar apenas anticoncepcional para normalizar o ciclo menstrual e impedir a gestação.
 - d) o tratamento inicial deve ser feito repondo estrogênios, pelo risco de osteoporose
 - e) deve-se prescrever inicialmente um fármaco antagonista dopaminérgico para reduzir a produção de prolactina e o tamanho tumoral.
- 64.** Gestante 41 anos de idade, G2 P0 A1, deu entrada no pronto atendimento obstétrico com níveis elevados de pressão arterial e apresentando quadro convulsivo. Foi prescrito hidralazina e sulfato de magnésio no esquema de Zuspan (dose de ataque e manutenção). Após 07 horas de evolução foi observada diminuição significativa dos reflexos patetares, frequência respiratória de 12 irpm, diurese de 10 mL/hora e dosagem sérica de magnésio de 13 mEq/L. Para o referido caso a melhor conduta é:
- a) suspender o sulfato de magnésio e associar difenil-hidantoína.
 - b) trocar o esquema com sulfato de magnésio para o esquema Pritchard.
 - c) suspender o sulfato de magnésio e fazer o gluconato de cálcio a 10%.
 - d) manter o sulfato de magnésio e fazer o gluconato de cálcio a 10%.
 - e) manter o sulfato de magnésio e associar difenil-hidantoína.

65. Gestante de 40 anos, parda, hipertensa, G7 P6 (partos vaginais), após 2 horas em período expulsivo, a paciente se queixou de dor na escápula e evoluiu com hipotensão, desaceleração dos batimentos cardíacos fetais e ao toque vaginal foi observada subida da apresentação, que antes estava no plano zero de DeLee. Diante do exposto, a principal hipótese diagnóstica é:

- a) parto de evolução habitual.
- b) rotura uterina.
- c) rotura de vasa prévia.
- d) placenta prévia.
- e) descolamento prematuro de placenta.

66. Paciente de 32 anos de idade, GI P0 AI, no decorrer de 35 semanas e 5 dias de gestação, foi admitida no pronto atendimento com queixa de perda de líquido via vaginal em grande quantidade, há uma hora e meia. Apresenta-se em bom estado geral, pressão arterial de 110/70mmHg, afebril, altura uterina de 33cm, feto em apresentação cefálica e dorso à direita, dinâmica uterina ausente, exame especular evidencia líquido amniótico saindo pelo orifício externo do colo uterino. Toque vaginal: colo impérvio, grosso e posterior. A cardiotocografia está abaixo. Diante do caso apresentado, a melhor conduta é:



- a) internação, antibioticoterapia profilática e corticoterapia.
- b) cesariana imediata.
- c) solicitar ultrassonografia obstétrica para estudo da vitalidade, pois a cardiotocografia é categoria II.
- d) corticoide (duas doses de 12 mg de betametasona) com posterior indução do trabalho de parto.
- e) preparo do colo com misoprostol e posterior indução, diante da cardiotocografia categoria I.

67. Paciente de 58 anos, G1 P0 A1, refere menopausa aos 48 anos de idade, peso: 60 kg, altura:1,62m. Nega ter realizado terapia hormonal na pós menopausa. Chega ao consultório por queixa de sangramento vaginal em pequena quantidade, ocorrido há uma semana. Ao exame ginecológico é observada mínima quantidade de sangramento ao exame especular. Foi então indicada histeroscopia para avaliação. Diante do exposto, a causa mais provável desse sangramento é:

- a) mioma submucoso.
- b) atrofia endometrial.
- c) hiperplasia de endométrio.
- d) carcinoma endometrial.
- e) pólipos endometrial.

68. Mulher de 35 anos, nuligesta, apresentando há 8 meses dor suprapúbica associada a enchimento vesical, acompanhada de dispareunia, disúria, urgência miccional, aumento da frequência miccional, tenesmo e noctúria. Nega outros sintomas. Sem achados no exame físico geral, no exame abdominal, no toque vaginal e no exame especular. Exame de sedimento urinário está normal. O diagnóstico mais provável é:

- a) Síndrome do intestino irritável.
- b) Síndrome da bexiga dolorosa.
- c) Doença inflamatória pélvica.
- d) Neuralgia e síndrome miofascial.
- e) Fibromialgia.

69. A inexistência da menarca, isto é, a ausência da primeira menstruação espontânea, caracteriza a amenorreia primária, que deve ser investigada quando a menarca **NÃO** ocorrer até:

- a) os 11 anos de idade e sendo observada completa ausência de caracteres sexuais secundários.
- b) os 15 anos de idade em meninas com caracteres sexuais secundários presentes.
- c) 5 anos após o início do desenvolvimento das mamas, se isto se deu antes dos 10 anos de idade.
- d) os 13 anos de idade em meninas com caracteres sexuais secundários presentes.
- e) os 10 anos de idade e sendo observada completa ausência de caracteres sexuais secundários.

- 70.** Mulher de 49 anos queixando-se de fogachos e sudorese noturna, todos os dias, há 3 meses. Nega outras queixas. Há cerca de 1 ano os ciclos menstruais duram de 40 a 45 dias. Relata os seguintes diagnósticos prévios em tratamento: hipertensão arterial sistêmica, hipotireoidismo e lúpus eritematoso sistêmico, todos devidamente controlados. Mamografia, colpocitologia oncótica e ultrassonografia transvaginal estão normais. Sobre a terapia de reposição hormonal para esta paciente é correto afirmar que:
- a** está contra-indicada devido apresentar hipertensão arterial sistêmica.
 - b** está contra-indicada devido apresentar hipotireoidismo.
 - c** está contra-indicada devido apresentar lúpus eritematoso sistêmico.
 - d** não está indicada, devendo-se optar por terapia não farmacológica.
 - e** não está indicada, devendo-se optar por reposição de cálcio e vitamina D.
- 71.** Mulher de 35 anos, assintomática, comparece ao consultório de ginecologia trazendo uma colpocitologia oncológica com o seguinte resultado: Células escamosas atípicas, não podendo excluir lesão intraepitelial de alto grau (ASC-H). Segundo orientações do Ministério da saúde o seguimento deve ser realizado da seguinte forma:
- a** solicitação imediata de colposcopia.
 - b** indicação imediata de conização.
 - c** repetir colpocitologia oncológica do colo em 1 ano.
 - d** repetir colpocitologia oncológica do colo em 6 meses.
 - e** repetir colpocitologia oncológica do colo em 3 meses.
- 72.** Mulher de 22 anos comparece ao serviço de urgência e emergência obstétrica referindo intenso sangramento vaginal. Relata que já havia realizado a primeira consulta de pré-natal e que estava com 2 meses de atraso menstrual. Nega febre. Exame físico: pressão arterial igual a 110/70 mmHg, temperatura axilar de 36^o Celsius, sangramento uterino vermelho vivo de intensidade moderada sem odor, colo pérvio para 1 cm, útero intra-pélvico de pequeno volume, eliminando material amorfo entremeadado ao sangue pelo colo uterino. Exame de fração Beta da gonadotrofina coriônica humana positivo. Leucograma normal. Ultrassonografia transvaginal mostra ecos amorfos intra-uterinos e ausência de feto ou embrião. O diagnóstico e a respectiva conduta, neste caso, são:
- a** abortamento completo e conduta conservadora com orientação e retorno ao domicílio.
 - b** abortamento retido e esvaziamento uterino com curetagem uterina.
 - c** aborto infectado, antibioticoterapia e esvaziamento uterino.
 - d** abortamento retido e esvaziamento uterino com aspiração manual intra-uterina.
 - e** abortamento incompleto e esvaziamento uterino com aspiração manual intra-uterina.
- 73.** Secundigesta com 37 anos de idade e com 34 semanas de gestação busca atendimento no serviço de urgência e emergência devido cefaleia, escotomas e epigastralgia. A pressão arterial de admissão é de 190/120 mmHg. Durante a consulta a paciente evolui com convulsões tônico-clônicas seguidas de parada cardiorrespiratória. O monitor mostra assistolia. Durante os procedimentos de reanimação cardiopulmonar, a conduta mais adequada é:
- a** administrar 1 mg de epinefrina o mais rápido possível.
 - b** realizar desfibrilação com desfibrilador bifásico a 200 joules.
 - c** a cesária deve ser realizada se não houver reversão do quadro após 10 minutos de reanimação.
 - d** as compressões devem ter frequência de 60 a 100 compressões por minuto.
 - e** deve-se evitar o uso de desfibrilador mesmo em caso de ritmo chocável.

- 74.** Primigesta com 21 anos de idade, 33 semanas de gestação, com hipertensão arterial desde a 26^o semana de gravidez, em uso de metildopa 2 gramas ao dia, comparece a urgência e emergência obstétrica referindo cefaléia, epigastralgia, visão turva, sangramento vaginal e dor em baixo ventre. Nega outras queixas. Nega outros episódios de sangramento na gravidez. Exame físico: pressão arterial= 160/110 mmHg; dinâmica uterina presente; tônus uterino aumentado, pequeno sangramento via canal cervical, colo impérvio. Com base no caso acima descrito as impressões diagnósticas são:
- hipertensão arterial crônica e placenta de inserção baixa.
 - pré-eclâmpsia e placenta de inserção baixa.
 - pré-eclâmpsia e rotura uterina.
 - iminência de eclâmpsia e descolamento prematuro de placenta.
 - iminência de eclâmpsia e rotura uterina.
- 75.** Feminino, 18 anos, vem à consulta trazida pela mãe, com o relato de nunca ter menstruado. Traz exames laboratoriais e apresenta níveis elevados de FSH (Hormônio Folículo Estimulante). Esqueceu o exame de ultrassonografia pélvica em casa. Ao exame físico: Peso 50Kg; Altura: 1,58m; IMC: 20. Genitália externa feminina, hímen íntegro. Estadiamento de Tanner M (Mamas)1 e P (Pelos) 1. Diante do exposto, o diagnóstico desta adolescente é:
- Amenorreia hipotalâmica.
 - Agenesia dos ductos de Muller.
 - Disgenesia Gonadal.
 - Deficiência de 5-alfa-redutase.
 - Síndrome da Insensibilidade Androgênica.
- 76.** Feminino, 73 anos, apresenta incontinência urinária e sensação de peso na vagina há 4 anos. Ao exame físico da genitália utilizando a classificação de POP-Q: ponto Aa= +3; ponto Ba= +5; ponto C= -8; ponto D= -9; ponto Ap= +2; ponto Bp= +2; CVT=10cm. Obedecendo aos critérios da Sociedade Internacional de Continência (ICS), o diagnóstico completo é:
- prolapso de parede vaginal anterior Estádio II e prolapso uterino de 3^o grau.
 - prolapso de paredes vaginais anterior e posterior, Estádio III.
 - prolapso uterino de 3^o grau, isolado.
 - alongamento hipertrófico de colo (sem prolapso uterino) e prolapso de parede anterior Estádio II.
 - prolapso uterino de 2^o grau com alongamento hipertrófico de colo e prolapsos de parede vaginal anterior e de parede posterior, Estádio III.
- 77.** A estabilidade da pelve feminina é dada pela ação do aparelho de sustentação, integrando o assoalho pélvico. Reconhecer as estruturas que o compõe é fundamental para orientação e tratamento direcionados, especialmente, nos casos de incontinência urinária e prolapso genitais. A principal estrutura responsável pela sustentação do assoalho pélvico é:
- ligamentos redondos
 - ligamentos uterosacros
 - fáscia endopélvica
 - músculo elevador do ânus
 - músculo transverso profundo do períneo
- 78.** Feminino, 29 anos, comparece em consulta ginecológica de rotina, assintomática. Nuligesta, refere ciclos menstruais mensais e está em uso de contraceptivo oral combinado. Nega queixas intestinais. Ao exame físico, palpa-se massa de 7-8 cm em região anexial esquerda, fibroelástica, móvel e indolor. A ultrassonografia transvaginal evidencia formação sólido-cística de medidas 6,2 x 5,6 cm, em topografia de anexo esquerdo, contendo áreas hiperecogênicas produtoras de sombra acústica (calcificações), áreas hipocóicas com debris e algumas septações. Apresenta Dopplerfluxometria sem alterações. Diante do exposto, o diagnóstico do caso apresentado é:
- cistoadenoma mucinoso de ovário.
 - cistoadenocarcinoma seroso ovariano.
 - endometrioma.
 - cisto tecaluteínico.
 - cisto dermoide.
- 79.** A infecção persistente de subtipos oncogênicos do Papilomavirus Humano (HPV) é a grande responsável pelo Câncer de Colo de Útero. Conhecer o genoma viral, o ciclo de vida do HPV, as regiões reguladoras e as oncoproteínas são fundamentais para entender porque umas pessoas desenvolvem o câncer e outras, não. Baseado no exposto, assinale a alternativa que contem as duas oncoproteínas presentes na molécula do HPV responsáveis pela processo de carcinogênese do colo uterino.
- E1 e E2
 - L1 e L2
 - E2 e E4
 - L1 e E1
 - E6 e E7

- 80.** Feminino, 32 anos, nuligesta, foi diagnosticada há 6 meses com Insuficiência Ovariana Prematura (IOP). Ela é caracterizada pela perda da função ovariana antes dos 40 anos e pode impactar, negativamente, no planejamento familiar do casal. Reconhecer o quadro clínico e realizar o diagnóstico precocemente permitem intervenção e tratamento precoces. Segundo as recomendações atuais da Febrasgo (Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia 2020.2), o diagnóstico de IOP pode ser firmado através de:
- a** 2 dosagens de FSH > 25mUI/ml, com intervalo entre as coletas de pelo menos 4 semanas.
 - b** 3 Coletas seriadas de FSH, com intervalos de 0, 3 e 7 dias. A presença de 2 valores de FSH>25mUI/ml confirmam o diagnóstico.
 - c** 2 dosagens de FSH < 25mUI/ml, com intervalo entre as coletas de pelo menos 4 semanas.
 - d** 3 Coletas seriadas de FSH, com intervalos de 0, 3 e 7 dias. A presença de 2 valores de FSH<15mUI/ml confirmam o diagnóstico.
 - e** 3 Coletas seriadas de FSH<15mUI/ml, com intervalos de 0, 3 e 7 dias, confirmam o diagnóstico.
- 81.** Jose Pedro, 2 anos de idade, é levado ao posto de saúde de seu bairro por sua mãe devido quadro de diarreia de grande volume, com aspecto gorduroso e restos alimentares, associada a distensão abdominal e flatulência há 5 dias. Mãe nega sangue ou muco nas fezes. Diante desse quadro, assinale abaixo o agente parasitário que poderia estar causando tais sintomas no paciente, e seu respectivo tratamento são:
- a** *Ascaris lumbricoides*/ Albendazol dose única
 - b** *Entamoeba histolytica*/ Albendazol por 5 dias
 - c** *Giardia lamblia*/ Secnidazol
 - d** *Giardia lamblia*/ Albendazol por 3 dias
 - e** *Trichuris trichiura*/ Albendazol por 3-7 dias
- 82.** Lactente de 6 meses de idade é levado ao pronto atendimento por apresentar febre moderada e diminuição do apetite há 3 dias, sem outras queixas. O exame físico é normal e o pediatra solicitou exames laboratoriais, dentre eles um exame de análise de urina e uma urocultura. Nesse contexto, é correto afirmar que:
- a** caso a análise de urina demonstre nitrito positivo, o diagnóstico de infecção do trato urinário estará definido.
 - b** a coleta da urina deve ser realizada com saco coletor, o qual deve ser trocado a cada 20 minutos para manter sua alta especificidade.
 - c** a sondagem vesical é um método invasivo que não deve ser realizado de rotina pelo alto risco de ascensão do agente bacteriano.
 - d** a urocultura, quando coletada por punção suprapúbica, confirma o diagnóstico de infecção do trato urinário se houver crescimento de qualquer patógeno.
 - e** caso a análise de urina demonstre nitrito positivo e leucocitúria, o diagnóstico de infecção do trato urinário estará definido.
- 83.** Criança de 5 anos de idade, pesando 8 kg e com estatura de 100 cm (ambos com Z score <-3), foi admitida em um hospital pediátrico para tratamento da desnutrição grave de causa primária. Ao exame físico, criança emagrecida, com edema em pés, hipoativa, com cabelos finos e quebradiços, eupneica e hipotérmica. Nesse contexto, é correto afirmar que:
- a** deve ser iniciada dieta hiperproteica e hipercalórica devido quadro de desnutrição grave desde a fase de estabilização.
 - b** caso a glicemia capilar esteja abaixo de 54 mg/dL o paciente deve receber tratamento para hipoglicemia.
 - c** devem ser solicitados exames para triagem infecciosa e, caso seja confirmada infecção, iniciar antibioticoterapia.
 - d** a suplementação de vitaminas, sais minerais e ferro fazem parte do tratamento desde a fase de estabilização.
 - e** em caso de diarreia com desidratação grave, o paciente deve receber expansão volêmica com 20 ml/kg de solução glicofisiológica.

- 84.** Paciente de 3 anos de idade, previamente hígido, é atendido na UPA com queixa de diarreia aquosa, de grande volume, com várias evacuações ao dia há 2 dias. Hoje a mãe notou a criança mais hipoativa e com a diurese diminuída. Na avaliação clínica foram observados olhos fundos, mucosas ressecadas, choro sem lágrima e pulsos muito fracos. Mãe informa que o peso na semana anterior era de 12 kg. Com base no caso exposto, assinale a alternativa correta.
- a** Deve ser iniciado plano C de reidratação, com 240 ml de solução fisiológica 0,9% via endovenosa em 30 minutos.
 - b** Há sinais de desidratação, devendo ser iniciado tratamento com soro de reidratação oral por gavagem, 1200 ml em 4-6 horas.
 - c** Após reestabelecimento da volemia do paciente, pode ser reiniciada a dieta via oral e seguir o plano A para prevenir nova desidratação.
 - d** Deve ser iniciada a expansão volêmica com 360 ml de solução fisiológica a 0,9% em 30 minutos seguida de 840 ml ringer lactato em 2 horas e meia.
 - e** A solução de manutenção deve ser instalada após o desaparecimento dos sinais de desidratação, com 1.100 ml de Soro glicosado a 10% e 22 ml de KCl a 10%.
- 85.** Recém nascido a termo, com peso de 3.500 g ao nascimento, nasceu de parto cesáreo devido trabalho de parto prolongado, com APGAR 7/9 e clampeamento imediato de cordão, em aleitamento materno exclusivo, é atendido em sua primeira consulta com o médico do posto de saúde, que deve tomar a seguinte conduta:
- a** iniciar profilaxia da anemia ferropriva aos 180 dias de vida com 1 mg/kg/dia de ferro elementar até os dois anos de idade.
 - b** orientar manter aleitamento materno exclusivo até o sexto mês de vida, não havendo assim a necessidade de suplementação de ferro ou vitaminas.
 - c** iniciar profilaxia da anemia ferropriva aos 90 dias de vida com 1 mg/kg/dia de ferro elementar até os dois anos de idade.
 - d** iniciar profilaxia da anemia ferropriva aos 90 dias de vida com 3 mg/kg/dia de ferro elementar até os dois anos de idade.
 - e** iniciar profilaxia da anemia ferropriva aos 180 dias de vida com 4 mg/kg/dia de ferro elementar até os dois anos de idade.
- 86.** As vacinas compreendem um dos grandes avanços da medicina, sendo responsável pela erradicação e prevenção de doenças infectocontagiosas em todo o mundo. O Programa Nacional de Imunizações (PNI) do Brasil contempla não só crianças e adolescentes, como também adultos e idosos, sendo considerado um dos melhores do mundo. Em relação as vacinas, é correto afirmar que:
- a** uma criança de 2 meses de idade deve ter recebido a BCG, uma dose da vacina Hepatite B e uma dose da vacina meningocócica C.
 - b** a vacina Influenza deve ser administrada em crianças entre 6 meses e 5 anos e 11 meses de idade, exceto as portadoras de imunodeficiência.
 - c** aos 6 meses de idade a criança deve receber a primeira dose da vacina febre amarela e aos 4 anos, a dose de reforço.
 - d** a tetra viral é administrada aos 15 meses de idade, estando contraindicada para pacientes imunossuprimidos.
 - e** a vacina BCG deve ser aplicada em recém nascidos o mais precocemente possível, desde que tenham peso acima de 1.500 g.
- 87.** Dona Ana, mãe de dois filhos, levou seu primogênito de 3 anos de idade em consulta médica queixando-se de que ele não ganha peso, apresenta diarreias frequentes e abdômen sempre distendido. Fez uma pesquisa rápida do Google e achou que os sintomas do filho são compatíveis com doença celíaca, e ela quer saber se seu filho pode ter essa doença. O médico lhe explicou, corretamente, que:
- a** a doença celíaca é secundária a uma reação alérgica ao trigo e os sintomas de seu filho são compatíveis.
 - b** o anticorpo transglutaminase IgA é o exame de triagem da doença e a confirmação é feita com biópsia de duodeno.
 - c** deve ser excluído o glúten da dieta, imediatamente, pois a clínica é soberana e muito sugestiva da doença.
 - d** trata-se de doença autoimune, onde há dificuldade em digerir a lactose, causando sintomas semelhantes ao que seu filho apresenta.
 - e** o principal diagnóstico diferencial da doença é ascaridíase, devendo esta ser inicialmente descartada antes de prosseguir com a investigação.

- 88.** Pré-escolar de 6 anos de idade apresenta quadro de edema generalizado há 5 dias. Mãe relata urina em volume normal, clara e espumosa. Realizou os seguintes exames: dosagem de albumina sérica= 1,5 g/dL (valor de referência 3,5-5,5), colesterol total= 350 mg/dL (valor de referência 170-199), C4= 22 mg/dL (valor de referência 16-38), C4=110 g/dL (Valor de referência 90-180), análise de urina= proteínas +++, ausência de hemácias, ausência de hemoglobina, proteinúria de 24 horas= 2.600 mg/24 horas. Nesse contexto, as opções terapêuticas abaixo podem ser adotadas, **EXCETO**:
- a Restrição hídrica
 - b Corticoterapia
 - c Reposição de albumina
 - d Dieta hipossódica
 - e Imunossupressores
- 89.** Recém-nascido de 39 semanas de idade gestacional, nascido de parto cesáreo, APGAR 9/9, tipo sanguíneo A-, pesando 3.200 g, filho de mãe secundigesta, apresentou icterícia com 20 horas de vida. Mãe realizou pré-natal completo com sorologias todas negativas, sem infecção durante a gestação, tipo sanguíneo O+. Nesse caso a conduta correta é:
- a observar a progressão da icterícia após as 24 horas de vida do bebê e iniciar investigação caso haja elevação dos níveis de bilirrubinas.
 - b suspender o aleitamento materno por se tratar, possivelmente, de icterícia do leite materno.
 - c prescrever fórmula láctea por se tratar de icterícia do aleitamento materno, visto que não há fatores de risco para icterícia patológica.
 - d solicitar dosagem de bilirrubinas totais e frações e investigar hemólise devido a possibilidade de incompatibilidade ABO.
 - e indicar fototerapia imediatamente, além de coletar exames para avaliar a necessidade de exsanguineotransfusão devido incompatibilidade Rh.
- 90.** Escolar de 8 anos de idade apresenta dor em membros inferiores, recorrente, difusa, preferencialmente a noite há 12 meses. Mãe relata piora com o frio e melhora com aquecimento, massagem e analgésicos comuns. Exame físico sem alterações. Em relação ao caso exposto, é correto afirmar que:
- a é compatível com dor recorrente benigna em membros (dor de crescimento), devendo ser orientado manter massagem, aquecimento e exercícios físicos regulares.
 - b existe sinal de alerta para doença orgânica, devendo ser solicitados exames complementares para afastar tumor ósseo e leucemia linfoblástica aguda.
 - c é compatível com dor recorrente benigna em membros (dor de crescimento), que será confirmada caso exames complementares (FAN, fator reumatoide, hemograma e VHS) estejam normais.
 - d deve ser investigado febre reumática com ASLO, hemograma, provas inflamatórias e ecocardiograma, já que o Brasil é um país de alto risco para esta doença.
 - e o fato de a dor ser bilateral torna pouco provável o diagnóstico de dor de crescimento, devendo ser investigadas causas inflamatórias e neoplásicas, além de fibromialgia juvenil.

91. As questões relacionadas a alimentação, são queixas frequentes nos ambulatórios de pediatria e quando são os adolescentes que apresentam tal comportamento, em virtude das informações recebidas, muitas vezes distorcidas do mundo tecnológico, tal fato é ainda mais preocupante. Ante o exposto, analise as afirmativas abaixo e assinale a alternativa correta.

- I. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), os transtornos alimentares (TAs) são considerados "um conjunto de transtornos psiquiátricos de origem genética, hereditária, psicológica e/ou social", caracterizados por perturbação persistente na alimentação.
- II. A pandemia promoveu isolamento social e um maior contato com o mundo digital, de forma que o adolescente passa a entender o mundo "virtual" como uma das únicas referências na relação com o corpo e perde a experiência "real" com as pessoas, favorecendo assim, o aparecimento dos TAs.
- III. A distorção perceptual é a incapacidade de reconhecer a dimensão corporal e seus segmentos de forma precisa, associada à distorção atitudinal que é a intensa insatisfação e preocupação com o corpo, gerando atitudes e comportamentos negativos e destrutivos. Desta forma, a construção neuropsíquica do mapa corporal depende das aferências do sistema somatossensorial em parte, inviabilizada pela nova realidade de isolamento social dos jovens.
- IV. O comportamento alimentar na adolescência sofre influência da mídia e, também dos amigos e é relacionado ao estilo de vida, priorizando a rapidez e praticidade em obter alimentos de fácil acesso e consumo. Nesse contexto, as escolhas alimentares saudáveis se tornam cada vez mais difíceis, sendo a depressão, o transtorno psiquiátrico mais comum em adolescentes e adultas que apresentam o conjunto de TA, responsável por taxas elevadas de suicídio (25%).
- V. Encorajar as refeições em família, pois é o ambiente primordial para o enfrentamento dos TAs, além de esclarecer sobre a construção da imagem corporal positiva no ambiente familiar, estando atento à percepção corporal que os adolescentes relatam de si mesmo, são pontos importantes no combate aos TAs.

A alternativa que contém todas as afirmativas corretas é:

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

92. De acordo com relatório publicado em 2018 pela Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS), Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) e Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA), a taxa mundial de gravidez adolescente é estimada em 46 nascimentos para cada mil adolescentes e jovens mulheres entre 15 e 19 anos. No Brasil, um em cada cinco bebês nasce de uma mãe com idade entre 10 e 19 anos, podendo chegar a 65 nascidos filhos por mil mulheres dessa faixa etária (18%). Ante o exposto, analise as afirmativas abaixo.

- I. A exposição aos estímulos presentes no meio no qual se desenvolvem - acrescido da diminuição da idade da menarca, acaba promovendo um incentivo para o início da atividade sexual em idades mais precoces sem, no entanto, prepará-los para o exercício saudável e consciente, evitando ISTs (infecções sexualmente transmissíveis) e à gravidez precoce com a correta anticoncepção.
- II. A gestante adolescente deve receber atenção especial nos períodos pré-natal, natal e puerperal, no sentido de superar as dificuldades com o apoio do parceiro, da família e da equipe de saúde. Os profissionais de saúde desempenham papel importante ao reconhecer os momentos críticos em que suas intervenções são necessárias para assegurar a saúde de ambos e da nova composição e arranjos familiares.
- III. Pode-se dizer que as mães adolescentes amamentam com a mesma frequência e pelo mesmo tempo quando em comparação com mães adultas, bem como não parece haver relação com níveis de escolaridade e gestações prévias.
- IV. Não há diferença no leite materno produzido por mães adultas e mães adolescentes.
- V. A idade materna, exposição previa a experiência de aleitamento materno, rede de apoio e grau de escolaridade são fatores sócio-demográficos culturais que interferem no aleitamento materno da mãe adolescente.

A alternativa que contém todas as afirmativas corretas é:

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

93. Analise as afirmativas abaixo e a seguir, assinale a alternativa correta.

- I. Sorologia positiva de HIV em adolescentes, deve-se quebrar sigilo profissional e comunicar aos familiares e à parceria sexual.
- II. Experimentação de psicoativos (sem sinais de dependência), autoriza o médico a manutenção do sigilo profissional.
- III. Uso escalonado (cada vez maior) de álcool e outras drogas, mesmo que haja sinais de dependência química, não autoriza o médico a quebra de sigilo profissional.
- IV. As novas formas de comunicação na era da informática, autorizam o médico a prescrever tratamento ou outros procedimentos sem exame direto do paciente, mesmo quando não haja urgência ou emergência.
- V. Gravidez ou abortamento devem ser comunicados a família, mesmo que haja necessidade de quebra de sigilo médico.

A alternativa que contém todas as afirmativas corretas é:

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

Analise o quadro clínico abaixo para responder às questões 94 e 95.

Lactente com 2 anos de idade, com relato de vômito e dor abdominal intensa, seguido de broncoespasmo 2 horas após ingestão de brigadeiro. Relato de broncoespasmo prévio durante infecção de vias aéreas superiores há 90 dias.

Trazido a urgência pediátrica para atendimento, sendo evidenciado ao exame físico:

Hipoatividade, palidez cutaneomucosa, hidratado limítrofe, dispneico, pálido

OF: hiperemia de lábios

Ap: sibilos difusos Fr: 58 ipm Tiragem intercostal e subcostal So₂: 90% em ar ambiente

Ac: bcnf rcr 2t, ss FC: 180 bpm Pulsos amplos PCP: 1 seg Pa: 60x40 mmHg

Abd: flácido, difusamente dolor a palpação, sem visceromegalia

SN: hipoativo, ECG14

Sem edemas

Sem lesões de pele

94. Com base no quadro clínico acima, o provável diagnóstico é:

- a** asma brônquica
- b** choque séptico
- c** bronquiolite
- d** anafilaxia
- e** choque hipovolêmico

95. Após suplementação de oxigênio e acesso venoso periférico para expansão volêmica do paciente descrito no quadro clínico acima, a prioridade de tratamento medicamentoso é:

- a** Adrenalina IM
- b** Salbutamol inalatório
- c** Hidrocortisona EV
- d** Ampicilina EV
- e** Noradrenalina EV

96. A dor torácica é uma causa frequente de encaminhamento de crianças e adolescentes para o cardiologista pediátrico, embora raramente esteja relacionada a problemas cardíacos nessa faixa etária, gera extrema preocupação dos pais, levando o pediatra muitas vezes a encaminhar o paciente ao especialista. Ante o exposto, analise as afirmativas abaixo.

- I. A dor idiopática apresenta geralmente uma evolução crônica. Os pacientes com costochondrite manifestam dor relacionada à atividade física prévia ou infecção respiratória. Pode ser de leve a moderada intensidade, geralmente unilateral, que piora com a movimentação e a respiração.
- II. A dor musculoesquelética ocorre geralmente por contusão na musculatura do dorso, peitoral e ombro após exercício ou trauma e está relacionada com a prática de esportes, lutas ou acidentes.
- III. A dor psicogênica é mais comum em adolescentes e frequentemente desencadeada por uma situação de estresse, como morte ou separação na família, fracasso escolar ou abuso sexual.
- IV. A dor do tipo anginosa ocorre em aperto, desencadeada por exercício, emoção, frio, excesso alimentar, localizada no precórdio ou na área subesternal com irradiação para o pescoço, mandíbula, braços, dorso ou abdome.
- V. Dor anginosa com exame cardiológico anormal (exame físico, Rx de tórax ou ECG); História familiar de miocardiopatia hipertrófica, síndrome do QT longo ou outra doença cardíaca hereditária. Além de família muito ansiosa em paciente com dor crônica e recorrente, são indicações de encaminhamento ao cardiologista pediátrico.

A alternativa que contém todas as afirmativas corretas é:

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

97. Recém nascido com 18 horas de vida, nascido de parto normal, sem intercorrências, Apgar:8/10, apresentando cianose central, sem melhora com suplementação de oxigenioterapia. Ao exame físico:

Hipoativo, cianótico, taquipneico, hidratado, anictérico.

Ap: mv +, sra FR: 70 ipm, sem desconforto respiratório SO₂: 68%

AC: BCNF RCR 2t, sem sopros FC: 180 bpm
PA: 65x40mmhg PCP:4 seg

Abd: flácido, fígado 2 cm rcd

SN: hipoativo, fontanela normotensa

Sem edemas. Sem diferença de amplitude de pulsos em membros superiores e inferiores.

Rx tórax: aumento do índice cardiorádico com aumento da vascularização pulmonar. A silhueta cardíaca apresenta uma forma oval. Aguarda ecocardiograma. Dx:90 mg/dl

Pré natal sem intercorrências. Sem rotura prematura de membranas. Líquido amniótico claro e com grumos. IG: 38 sem e 4 dias. Peso nascimento: 2,8 kg. Diante o exposto, o quadro clínico provável, bem como a medida clínica mais adequada devem ser:

- a** coarctação da aorta / cirurgia de urgência
- b** transposição das grandes artérias / Prostaglandina E1
- c** CIA / atrioseptoplastia
- d** sepsis precoce / ampicilina + gentamicina
- e** bronquiolite / B2 inalatório

98. Menino de 8 anos de idade, evoluindo com distensão e dor abdominal há 5 dias. Refere vômitos escurecidos há 48 h. Sem eliminação de fezes ou flatos há 48 h. Mãe relata piora do estado geral há 24 h.

Ao exame : letárgico, hipocorado, desnutrido, hidratado limitrofe, taquipenia leve, sem sinais de desconforto respiratório, anictérico

Of: ndn

Ap: mv +, sra FR:30 ipm, sem desconforto SO₂:98%

Ac: BCNF rcr 2t, ss Fc: 140 bpm pcp: 2 seg
PA: 90 x60 mmhg

Abd: globoso, dolor a palpação profunda, hipertimpanico; difícil palpar viscromegalia

Sn: letárgico; sem sinais de irritação meníngea

Rx abdômen: imagem sugestiva de miolo de pão.

Diante do exposto, o diagnóstico e conduta mais apropriada são:

- a** apendicite / apendicectomia
- b** doença do refluxo/ medidas antirefluxo
- c** colecistite/ colecistectomia
- d** obstrução intestinal por áscaris/ decompressão gástrica por 48 h/ hidratação venosa/ óleo mineral
- e** gastroenterite/ sais de reidratação oral

99. Quanto as medidas de proteção e de controle da disseminação do coronavírus na população pediátrica, recomenda-se:

- I. Lavagem regular das mãos com água e sabão ou uso de álcool gel a 70%.
- II. Evitar ambientes com aglomerações (ex. transportes públicos, supermercados, shoppings) Além de manter o distanciamento social de 1 a 2 metros em locais públicos e viagens devem ser canceladas ou adiadas sempre que possível.
- III. Suspender as vacinas contra Influenza e Pneumococcus, porque podem produzir sintomas que podem confundir com a COVID-19.
- IV. Uso de máscaras a partir de 1 ano de idade.
- V. Deve-se manter o tratamento imunossupressor dos pacientes que fazem uso dos mesmos para tratamento de doenças crônicas. Não existem informações suficientes sobre o efeito do uso destas medicações em uma possível infecção pelo novo coronavírus, a suspensão da medicação pode acarretar reativação da doença de base, com necessidade de internação hospitalar, que poderia aumentar ainda mais o risco de infecção.

A alternativa que contém todas as afirmativas corretas é:

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

Leia o caso clínico abaixo para responder à questão 100

Lactente com 11 meses de idade, evoluindo há 24 horas com diarreia profusa, 8 vezes ao dia, líquida, com odor fétido, sem sangue, acompanhada de vômitos (5 vezes ao dia). Sem febre. Não consegue comer há 12 h, com piora importante do estado geral. Previamente hígido. Aleitamento materno exclusivo até 6º mês de idade.

Ao exame: letárgico, pálido, taquicênico, olhos encovados

Of: saliva espessa

AP: MV +, sra FR: 60 ipm sem tiragem SO₂: 90%

Ac: BCNF RCR 2T, sem sopros FC: 180 bpm Pulsos periféricos finos

PCP: 5 segundos PA: 60x40 mmHg

Abd: globoso, distendido, flácido, RHA aumentados

SN: letárgico.

100. O diagnóstico provável no caso acima é:

- a) choque hipovolêmico compensado.
- b) choque hipovolêmico hipotensivo.
- c) choque séptico obstrutivo compensado.
- d) Gastroenterite sem choque.
- e) alergia alimentar.



UNIVERSIDADE DO ESTADO DO PARÁ
PROCESSO SELETIVO UNIFICADO PARA RESIDÊNCIA MÉDICA 2022

Grupo A: ACESSO DIRETO

Especialidades: Anestesiologia, Cirurgia Cardiovascular, Cirurgia Geral, Clínica Médica, Dermatologia, Ginecologia e Obstetrícia, Infectologia, Medicina da Família e Comunidade, Medicina de Emergência, Medicina Intensiva, 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	