

**PROCESSO SELETIVO PARA ACESSO À
RESIDÊNCIA MÉDICA - 2014
UNAERP - 1º ANO**

Nome: _____

Inscrição Nº: _____

Data: 03/12/2013

1ª Fase: Prova Teórica Local: Divisão de Pós Graduação - Lato Sensu - UNAERP

INSTRUÇÕES PARA PROVA

1. A prova é composta por 100 questões de múltipla escolha;
2. Cada questão possui uma alternativa correta;
3. Assinale as respostas na folha de gabarito com caneta esferográfica de cor preta ou azul. As questões rasuradas ou com mais de uma resposta serão consideradas erradas;
4. Você terá 4 horas para a resolução da prova;
5. Permanência mínima na sala de 01h30min;
6. Ao final entregue o caderno de questões e a folha de gabarito;

CLÍNICA MÉDICA

1- Paciente 26 anos, sexo masculino, diagnóstico de infecção por HIV há cerca de 6 anos. Iniciou tratamento antiretroviral há 4 anos quando na ocasião apresentava CD4 = 70 células e carga viral = 150.000 cópias/mL. Há 18 meses abandonou o tratamento. Chega na urgência com queixas de febre há 1 semana, acompanhada de cefaleia holocraniana e diminuição de força em dimídio direito. Tem história de alergia a sulfametoxazol-trimetoprim e AAS. Ao exame físico estava afebril, levemente taquipnéico, hipocorado (+2/+6), com adenomegalias em toda cadeia cervical e axilar. Hemodinamicamente estável, ausculta cardiopulmonar normal. Exame neurológico apresentava diminuição de força grau II em dimídio direito, nuca livre e alerta. Qual a conduta correta a ser estabelecida:

- a) Neurotoxoplasmose e linfoma do SNC são as principais possibilidades diagnósticas e portanto deve ser realizado imediatamente exame do LCR e iniciada terapia com sulfadiazina + pirimetamina + ácido folínico, além de biópsia linfonodal para comprovação diagnóstica;
- b) Criptococose é a principal hipótese diagnóstica, por se tratar da infecção do SNC mais frequente em pacientes com infecção por HIV e seu tratamento deverá ser realizado com anfotericina-B;
- c) Manitol na dose de 1mg/Kg/peso, em bolus, deverá ser administrado imediatamente, antes mesmo de realizar exame de neuro-imagem, pois trata-se de um quadro de síndrome de hipertensão intracraniana;
- d) Aguardar resultado de biópsia de gânglio para iniciar tratamento.
- e) Neurotoxoplasmose é a principal hipótese diagnóstica e seu tratamento deverá ser realizado com clindamicina + pirimetamina + ácido folínico, se tomografia computadorizada apresentar lesão com imagem sugestiva, mesmo que LCR apresente testes imunológicos negativos para toxoplasmose;

2- O Tétano, doença infecciosa, não contagiosa, habitualmente é conduzido em unidades especializadas de pacientes críticos, por necessitar de equipe qualificada na sua condução. Em relação ao seu tratamento é incorreto afirmar:

- a) Penicilina cristalina e metronidazol são os antibióticos habitualmente empregados, objetivando erradicar os bacilos ainda existentes em focos infecciosos;
- b) Imunoglobulina hiperimune antitetânica, preferencialmente homóloga, deverá sempre ser empregada com a finalidade de neutralizar toxina tetânica ainda circulante;
- c) Desbridamento cirúrgico de focos existentes só deverão ser realizados após a administração de imunoglobulina antitetânica hiperimune;
- d) Sedação com benzodiazepínicos e neurolépticos e uso de agentes bloqueadores neuromusculares são usualmente empregados para o controle dos espasmos paroxísticos que costumam ocorrer nos casos mais graves.
- e) Após resolução da doença, os pacientes não necessitam receber vacinação antitetânica, pois estão naturalmente imunizados por período de aproximadamente 10 anos;

3- GNV, sexo feminino, 12 anos, é acompanhada por Anemia Falciforme. Iniciou queixas constantes de cefaleia em região occipital pulsátil. Optou-se pela realização de ressonância magnética de crânio que evidenciou Moya Moya. Qual a conduta a ser tomada nesse caso:

- a) Submeter a paciente à transfusão de troca a fim de obter uma Hb S < 30%
- b) iniciar hidroxiuréia na dose inicial de 15 mg/Kg/dia
- c) submeter a paciente a transfusão simples a fim de obter uma Hb > 10
- d) Indicar imediatamente transplante de medula óssea alogênico

e) apenas observação, já que é esperado esse achado em exames de imagem de portadores de anemia falciforme.

4- MHS, 24 anos, sexo feminino, encontra-se assintomática há 5 meses, quando foi submetida a uma extração dentária e apresentou abundante sangramento logo após o procedimento. Já havia sido submetida anteriormente a este procedimento sem complicações. Há 2 meses iniciou quadro de epistaxe e gengivorragia à escovação de dentes e há cerca de 3 semanas iniciou com quadro de lesões puntiformes avermelhadas pelo corpo, principalmente em MMII, e aparecimento de manchas roxas por todo o corpo. Há 1 semana apresenta-se com fraqueza intensa, tonturas, zumbido e dispnéia. Procurou um PS que fez encaminhamento para este ambulatório. Nega historia familiar. BEG, moderadamente descorada, afebril, acianótica, anictérica, hidratada. PA: 110X60 mmHg FC:110bpm Mucosas: úmidas, descoradas, petéquias em palato, hemorragia conjuntival bilateralmente. Pele: petéquias em MMII e tronco. Equimoses em MMSS e MMII. Palidez cutânea. Sem adenomegalias. MVFD s/RA. RCR em 2T s/S. Abdome: sem visomegalias, sem dor a palpação. **Exames laboratoriais:** Hb: 10 g/dl Ht: 30% Gb: 7000, sem desvio Plaqueta: 25000 mm³ Ferritina: 10 µg/L Ferro sérico: 19 µg/dl Saturação de ferro: 10% CD: negativo Anti-HIV e anti-HCV: negativo. Punção de Medula Óssea: Medula levemente hiperclular com relação leuco-eritoblástica 1:1. Serie vermelha moderadamente hiperclular. Serie leucocitária sem alterações. Serie megacariocítica abundante no esfregaço. Qual a principal hipótese diagnóstica:

- Leucemia mielóide aguda
- Púrpura trombocitopenia idiopática
- Doença de Von Willebrand
- Síndrome de Bernard-Soulier
- Trombastenia de Glanzmann

5- S.E.M. 73ª, branca, economista aposentada, comparece ao consultório acompanhada de familiares. A queixa principal é de esquecimento que se iniciou a aproximadamente 1,5 anos e segundo familiares tem evoluído. Por vezes se perde e tem feito confusão no reconhecimento de parentes. Possui DM2 e hipertensão arterial. Sempre foi obesa mas ultimamente tem perdido um pouco do seu peso habitual.No exame físico há sobrepeso e PA 150 x 90 mm Hg Mine Exame do Estado Mental = 22. A paciente trouxe exame de imagem cerebral mostrando área de pequeno infarto cerebral e ligeira atrofia hipocampal. Qual o provável diagnóstico do quadro neurológico?

- Demencia de Lewy
- Demência de Alzheimer
- Demencia Vascular
- Demência vascular e Lewy
- Demência vascular e Alzheimer

6- Paciente feminina de 27 anos pesando 112 kg e medindo 1,65 m com história de obesidade há 5 anos, com várias tentativas de emagrecimento por conta própria, porém nunca supervisionada por médico ou nutricionista. De antecedentes, possui diabetes mellitus tipo 2 e hipertrigliceridemia leve de diagnóstico recente, além de depressão maior que há 2 anos acompanha com psiquiatria com internação curta há 4 meses por tentativa de suicídio. Qual seria a melhor opção de tratamento para esta paciente?

- Indicar cirurgia de Fobi-Capella uma vez que a paciente é muito obesa e este tipo de procedimento proporciona a maior perda ponderal

- b) Indicar banda gástrica por ser o procedimento com menor risco, levando em conta as comorbidades da paciente
- c) Contra-indicar a cirurgia no momento e iniciar rimonabanto para tratamento da síndrome metabólica
- d) Contra-indicar a cirurgia bariátrica no momento uma vez que ainda não possui indicação cirúrgica absoluta e indicar tratamento clínico supervisionado com dieta hipocalórica, atividade física e, eventualmente, medicação por no mínimo 2 anos
- e) Indicar cirurgia de Scopinaro pela obesidade acentuada
- 7- Um homem que recebeu placebo devido a uma dor discreta relata, após 30 minutos, que a dor desapareceu. A conclusão mais apropriada seria de que o homem:
- Apresenta um transtorno de conversão
 - Apresenta um transtorno dissociativo
 - Está simulando
 - Não tinha uma dor verdadeira desde o início
 - Responde a placebos
- 8- Um paciente com 42 anos, masculino e branco apresenta esofagite de refluxo há mais de cinco anos. A última endoscopia digestiva que ele realizou foi há dois anos, na qual evidenciou-se esofagite erosiva e “esôfago de Barrett” - Grau V de Savary-Miller. Este paciente refere que persiste com pirose e regurgitação e atualmente está sem tratamento medicamentoso devido condição financeira insatisfatória. Qual a melhor conduta abaixo a ser seguida?
- Encaminhar o paciente para tratamento cirúrgico, pois, o paciente tem refratariedade ao tratamento clínico para a DRGE e a última endoscopia já mostrou o “esôfago de Barrett”;
 - Realizar tratamento com esomeprasol 40 mg/dia, durante oito semanas, pois, o paciente não tem indicação cirúrgica uma vez que não tem hérnia hiatal;
 - Indicar nova endoscopia digestiva para avaliação da esofagite e do “esôfago de Barrett”, podendo inclusive solicitar pHmetria esofágica de 24 horas, manter tratamento medicamentoso com IBP e depois discutir o tratamento cirúrgico se necessário;
 - Solicitar pHmetria esofágica de 24h horas para melhor avaliação da esofagite e indicação de melhor tratamento com Inibidor da bomba prótica;
 - Indicar ablação endoscópica imediata do “epitélio de Barrett”, pois, este achado é o responsável pela persistência dos sintomas, e além do mais, este procedimento é menos invasivo do que o tratamento cirúrgico.
- 9- Homen de 28 anos, natural da zona rural da Bahia, iniciou quadro de palpitações, tendo procurado atendimento ambulatorial, quando foi identificado ritmo cardíaco irregular em virtude de apresentar extrassístoles ventriculares frequentes. A segunda bulha apresentava desdobramento amplo e fixo, não sendo auscultados sopros cardíacos. O eletrocardiograma demonstrou desvio do QRS para a esquerda ($>60^\circ$), padrão rsR em V1 com ondas S observadas em precordiais esquerdas. O ecocardiograma mostrou área discinética na ponta do VE. O provável diagnóstico é:
- Cardiomiopatia arritmogênica ventricular
 - Cardiomiopatia hipertrófica apical
 - Cardiomiopatia chagásica crônica
 - Cardiomiopatia restritiva
 - Cardiomiopatia idiopática

- 10- Paciente de 58 anos, masculino, com hipertensão arterial de longa data, com dislipidemia, apresenta-se ao setor de emergência com quadro de dor em região anterior do tórax, lancinante, com irradiação para a região dorsal. Ao exame físico: PA:80/50mmHg; FC = 110 bpm; FR = 32 irpm; Sat O2 = 92% (ar ambiente); extremidades frias; ACV = RCR (B3), sopro diastólico 4+/6+ em borda esternal esquerda; pulso carotídeo célere, com pressão venosa central normal. O eletrocardiograma evidencia corrente de lesão subepicárdica em parede inferior. Diante do quadro clínico descrito, o diagnóstico clínico mais provável é:
- Ruptura de aneurisma de aorta torácica, com tamponamento cardíaco
 - Infarto do miocárdio de parede inferior, com comprometimento do ventrículo direito
 - Dissecção aguda da aorta tipo B de Stanford, com tamponamento cardíaco e insuficiência aórtica
 - Dissecção aguda de aorta tipo A de Stanford, com comprometimento de coronária direita e insuficiência aórtica
 - Ruptura de aneurisma de aorta abdominal

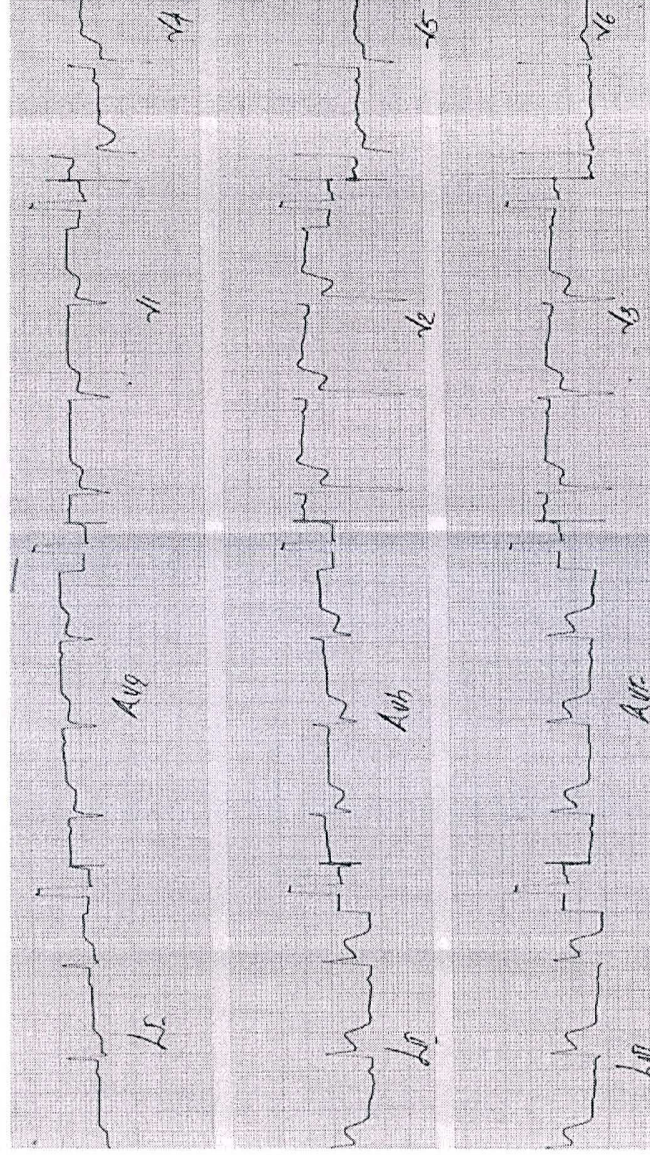
11- RMS, 47 anos, pardo, trabalhador rural aposentado, natural e procedente de Água Comprida MG, procurou o hospital com queixa de falta de ar. Paciente com antecedente de miocardiopatia informa que há 7 dias apresentou piora da dispnéia que passou a acontecer para esforços habituais (tomar banho, caminhar no plano), acompanhada de tosse seca, edema de membros inferiores e aumento do volume abdominal. Há 3 dias refere que só consegue dormir sentado e apresenta dispnéia mesmo em repouso. Hoje, apresentou piora da dispnéia e tosse com expectoração rósea, sendo necessário procurar o Pronto Socorro. AP: nega DM, HAS e DLP. Refere 2 internações por “água no pulmão”(sic). AF: mãe falecida aos 37 anos por problemas cardíacos, pai possui marcasso cardíaco e irmão com problemas intestinais. HCV: tabagista 20 anos/maço, nega etilismo, habitou zona rural até os 40 anos. Ex. Físico: REG, dispneico, pulsos presentes e simétricos, FC= 102bpm, FR= 36irpm, PA= 122/74mmHg. Presença de estase jugular 3+/4+. ACV: Coração em ritmo de galope com presença de B3, sopro sistólico regurgitativo mitral e tricúspide 3+/6+. AR: MV presente bilateralmente, diminuído em bases, ESC difusos bilateralmente e roncoss discretos. ABDOME: fígado a 4cm do rebordo costal direito, presença de ascite discreta a moderada. ECG: ritmo sinusal, alargamento do QRS, com padrão de RSR' em V1 e V2 e S empastado em V5 e V6 e BDASE. Ecocardiograma: Fração de ejeção (Teicholz): 33%. Dilatação das cavidades cardíacas direitas e esquerdas, presença de aneurisma apical em ventrículo esquerdo, Insuficiência mitral e tricúspide. Assinale a alternativa incorreta:

- devido ao Bloqueio de ramo esquerdo observado no ECG, o paciente deverá ser encaminhado para implante de marcapasso, já que se encontra em estágio D.
- o paciente encontra-se no perfil hemodinâmico B e necessita receber diurético e nitroglicerina IV.
- a etiologia mais provável para a miocardiopatia é a Doença de Chagas.
- após compensação clínica o paciente deverá receber enalapril, carvedilol e espironolactona, pois são representantes das três classes de medicamentos que modificam a mortalidade da doença.
- a presença de ortopnéia, estase jugular e terceira bulha tem grande especificidade no diagnóstico de Insuficiência Cardíaca.

A partir do caso clínico abaixo, responda as questões de número 12 e 13:

JCF, 52 anos, diabético e tabagista procurou o P.S. com queixa de dor tipo aperto em região epigástrica, com irradiação para a região retroesternal e mandíbula, acompanhada de náuseas e

sudorese intensa. PA= 90/50mmHg, FC= 104bpm, Pulmões: MV presente bilateralmente, sem RA. Coração: rítmico, sem sopros, bulhas normofonéticas. Pulsos: presentes e simétricos.
ECG: Responda as questões 12 e 13:



12- Assinale a alternativa correta:

- Trata-se de um IAM com supra de parede anterior e o paciente deverá ser encaminhado para angioplastia primária.
- Trata-se de um IAM com supra de parede inferior e o paciente deverá receber imediatamente nitrato e morfina para alívio da dor.
- Trata-se de um IAM com supra de parede anterior e o paciente deverá receber Trombolítico, AAS, nitrato, clopidogrel e heparina.
- Trata-se de um IAM sem supra de ST de alto risco, devendo o paciente ser encaminhado para realização de Cineangiogramia de urgência.
- Trata-se de um IAM de parede inferior e deverá ser traçado V7 e V8 e V3R e V4R . O paciente deverá ser encaminhado para trombólise imediata (mecânica ou química).

13- No quinto dia de internação hospitalar o paciente evoluiu com hipotensão arterial, hipofonese de bulhas, turgência jugular e pulso paradoxal. Traçado novo ECG que demonstrou complexos de baixa voltagem. Qual o provável diagnóstico?

- Ruptura da parede livre do ventrículo esquerdo pós infarto.
- Insuficiência mitral aguda isquêmica, por ruptura do músculo papilar.
- CIIV (comunicação interventricular) pós infarto.
- Tromboembolismo Pulmonar.
- Síndrome de Dressler.

14- Paciente do sexo masculino, portador de cirrose alcoólica, é submetido a paracentese de alívio, com retirada de 12 litros de líquido sem infusão concomitante de volume intravenoso. Se apresenta ao pronto atendimento 7 dias depois com rebaixamento do nível de consciência, sendo que os familiares informam que nos 2 dias anteriores ele apresentou náuseas, soluços e desde ontem não esta urinando. Ao exame REG, descorado 2/4+, hidratado, afebril, PA 100x 70 mmHg, FC 80. Abd globoso, normotenso, RHA normoativos, sem dor a descompressão brusca.

Exames solicitados: creatinina 5,2 mg%, Na 129 mEq/l K 3,7 mEq/l Bicarbonato 31 mEq/l.

Urina I densidade 1010, leucócitos 1/campo hemácias ausentes.

A causa mais provável para esta descompensação, com base nas informações oferecidas é:

- a) Peritonite bacteriana espontânea
- b) Lesão renal aguda por necrose tubular aguda
- c) Síndrome hepatorenal
- d) Insuficiência renal aguda pré renal
- e) Choque séptico

15- Uma mulher de 22 anos esta em tratamento de amigdalite purulenta há 9 dias com amoxicilina com melhora das dores, porém voltou a apresentar febre baixa. Ao exame físico verifica-se exantema macular em MMII, MMSS e tronco. Os exames laboratoriais disponíveis são os seguintes: creatinina 1,2 mg%, Na 136 mEq/l, K 4,8 mEq/l . Cloreto 109 mEq/l, bicarbonato 18 mEq/l . Urina I densidade 1010, leucócitos 15-20 campo, hemácias 4-5 /campo, proteína +/++++. Hemograma Hb 13 Ht 43% GB 13000 (leucócitos 70% eosinófilos 9%, linfócitos 12%, monócitos 9%). Esta paciente provavelmente deve apresentar:

- a) Um quadro de glomerulonefrite difusa e aguda
- b) Doença de Berge,
- c) Nefropatia lúpica classe III
- d) Insuficiência renal crônica estágio II,
- e) Nefrite túbulo-intersticial aguda

16- Paciente de 59 anos apresentou-se com crise de cólicas lombar à esquerda, irradiada para hipogastro, acompanhada de macrohematúria. O exame de urina I revela campo tomado por hemácias e leucócitos 3000/ ml. A radiografia simples de abdome não mostra alterações, e a ultrassonografia realizada de urgência mostra imagem de 0,8 mm de diâmetro em pelve renal esquerda, formadora de sombra acústica posterior. Após o alívio da dor paciente é encaminhado para seguimento clínico ambulatorial. Dos tratamentos abaixo, o que pode aumentar a formação de cálculos é:

- a) Bicarbonato de sódio
- b) Citrato de potássio
- c) Alopurinol
- d) Restrição dietética de purinas
- e) Restrição dietética de sódio

17- Um paciente de 65 anos hospitalizado por pneumonia, aparentava emagrecimento e referiu na história progressa um episódios de dispepsia. Seus exames laboratoriais evidenciaram: Cálcio sérico 13,8 mg/dl; fosfato sérico 2,7 mg/dl; creatinina 1,4 mg/dl; Uréia 60 mg/dl; iPTH 22 pg/ml (N: 10-65). Qual dos diagnósticos abaixo é o mais provável:

- a) desidratação
- b) hiperparatireoidismo secundário
- c) hiperparatireoidismo primário

- d) hipercalcemia de neoplasia maligna
- e) hipertireoidismo

18 - Paciente portador de DPOC, retorna ao ambulatório trazendo nova espirometria: CVF = 2,43L (95% do previsto) e pós broncodilatador = 2,43L (95% do previsto) VEF₁ = 1,75L (60% do previsto) e pós broncodilatador = 1,90 (65% do previsto) VEF₁/CVF = 0,63 e pós broncodilatador = 0,66

Observando a espirometria, concluímos que o paciente tem DPOC:

- a) Leve
- b) Moderada
- c) Grave
- d) Muito grave
- e) Pela espirometria foi descartada a hipótese de DPOC

19- Paciente K.L.M. , 59 anos, feminino, procura um médico com história de cansaço, perda lenta e progressiva do apetite, intolerância a carnes, emagrecimento, zumbido no ouvido e moscas volantes. Desconhece ser portadora de qualquer doença e nunca fez seguimento médico. Nega qualquer outra queixa dos diversos aparelhos; ao exame encontra-se emagrecida, pálida, hidratada, sem massas palpáveis no abdômen, Giordano negativo. Pulmões limpos, ausculta cardíaca com sopro sistólico++/6+ pancardiaco, PA 180 X 120mmHg, edema +/- em MMII. Qual o provável diagnóstico nefrológico e quais os resultados de exames compatíveis com este quadro clínico :

- a) Lesão renal aguda, Hb 11,2 Ht 32 pH 7.38 HCO₃ 22 creatinina 3.2 ureia 76, potássio 4.4
- b) Doença renal crônica, Hb 8,2 Ht 24 pH 7.25 HCO₃ 18 creatinina 8.2 ureia 176, potássio 6.4
- c) Lesão renal aguda, Hb 11,2 Ht 32 pH 7.45 HCO₃ 28 creatinina 8.2 ureia 176, potássio 5.4
- d) Doença renal crônica, Hb 11,2 Ht 32 pH 7.45 HCO₃ 28 creatinina 8.2 ureia 176, potássio 4.4
- e) Lesão renal aguda, Hb 10,2 Ht 31 pH 7.25 HCO₃ 18 creatinina 6.7 ureia 176, potássio 5.4

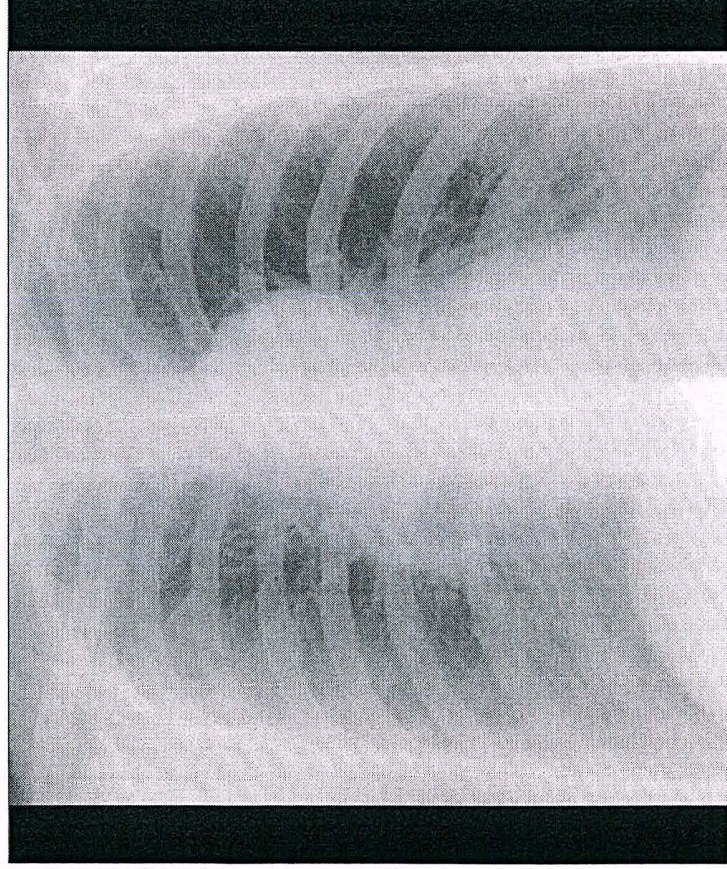
20- Paciente de 40 anos chega à sala de urgência na maca da ambulância com relato de ser encontrado há 5 minutos caído na rua após convulsão. Está bem vestido, limpo, pálido e consciente, e não liberou esfíncteres. Você faz o exame neurológico; o paciente está completamente lúcido e orientado, sem sinais localizatórios de tratos longos, nervos cranianos e meninges. Enquanto pede exames laboratoriais, familiar chega e informa que paciente era completamente sadio até há 6 meses quando episódios semelhantes ocorreram quase mensalmente, o mesmo acontecendo com irmão mais velho e com o pai, que teve morte súbita durante o sono. Assinale a resposta incorreta:

- a) Certamente não é uma crise epiléptica generalizada tônico-clônica
- b) Se tiver alteração ST em V1-V3 possivelmente é síndrome de Brugada
- c) Síndrome do QT longo é outra possibilidade
- d) Trata-se de Epilepsia do Lobo Temporal
- e) Hipoglicemia é pouco provável, mas faça glicosimetria capilar

CLÍNICA CIRÚRGICA

21- Paciente do sexo ♂, 24 anos, caucasiano, refere quadro subfebril (t: 37,5°C), astenia, perda ponderal de cerca de 20% do peso habitual com 1 ano de evolução. Procurou 3 vezes UBS que

solicitou exames laboratoriais gerais onde foi evidenciada anemia progressiva (9,8g/dl). Sem comorbidades e demais exames laboratoriais normais. Clinicamente e hemodinamicamente estável. Realizada radiografia de tórax em PA- imagem abaixo. Qual das alternativas abaixo é a mais pertinente na investigação do caso correlacionando clínica e hipótese diagnóstica?



- a) Arteriografia – Dissecção de aorta.
- b) RNM – Neoplasia pulmonar.
- c) Espirometria com teste com broncodilatador – DPOC
- d) CT de tórax com contraste – Linfoma Hodgkin
- e) Endoscopia Digestiva Alta – Mediastinite

22- Paciente de 48 anos, sexo ♂, no terceiro dia de pós-operatório de bilobectomia média – inferior, devido a carcinoma epidermóide de pulmão T3N2M0, começa a apresentar borbulhamento de grande intensidade por drenos torácicos. Realizada broncoscopia que evidenciou deiscência, de cerca de 0,5cm da sutura mecânica, do brônquio intermediário. O paciente não apresenta insuficiência respiratória ou alteração hemodinâmica. Qual das alternativas abaixo apresenta a conduta mais adequada na condução desta intercorrência?

- a) Implantação de um terceiro dreno de tórax em 2° EIC na linha hemiclavicular.
- b) Tentativa de oclusão da fistula com cola biológica durante a broncoscopia e suspender pressão positiva durante fisioterapia respiratória.
- c) Reoperação do paciente para nova sutura cirúrgica pelo risco de aumento da fistula.
- d) Oclusão intermitente dos drenos torácicos.
- e) Sedação e assistência ventilatória com volume corrente baixo.

23- Homem, 63 anos, bancário aposentado, comparece em consultório médico com queixa de dor epigástrica muito frequente, há 4 meses, que melhora com a alimentação, sem irradiação. Relata ser ex-tabagista (interrompeu o uso do cigarro há cerca de 10 anos). Refere histórico familiar

relevante para neoplasia gástrica. Ao exame físico não apresenta alterações gerais ou específicas relevantes. Considerando-se esse quadro clínico, foi feita hipótese diagnóstica de Câncer Gástrico. Qual das afirmações abaixo está de acordo com o Consenso Brasileiro sobre Câncer Gástrico, publicado pelos Arquivos Brasileiros de Cirurgia Digestiva (vol. 26, n.1, jan./mar. 2013)?

- a) Nesse momento da investigação deve ser solicitada Endoscopia Digestiva Alta para o diagnóstico, e, confirmado o diagnóstico, a cirurgia videolaparoscópica está contra-indicada;
- b) Após a investigação e o estadiamento da situação clínica acima, a Laparoscopia Diagnóstica é indicada como complemento da abordagem inicial;
- c) Nas situações como a citada, com a confirmação de Câncer Gástrico, é sempre parte integrante do procedimento cirúrgico (Gastrectomia Subtotal; Gastrectomia Total) a indicação da Esplenectomia, com o intuito de realizar uma cirurgia com finalidade oncológica;
- d) A Endogastrectomia nesse quadro clínico está indicada se confirmado Câncer Gástrico precoce, como terapêutica e no caso de Câncer Gástrico avançado como procedimento paliativo.
- e) Ao se confirmar a hipótese diagnóstica de Câncer Gástrico com metástases, na situação clínica acima descrita, é consenso que a ressecção gástrica fica restrita às complicações (perfuração, sangramento, obstrução);

24- Paciente LCM, 36 anos deu entrada no consultório médico com quadro de epigastralgia em faixa com irradiação para o dorso iniciada há dois dias. Relata péssimos hábitos sociais e alimentares (com ingestão de alimentos gordurosos diariamente), etilista pesado e diário, sedentário. Ao exame físico apresentava dor e tensão no andar superior do abdome, ruídos hidroaéreos positivos, abdome flácido em mesogastro e hipogastro. Evacuando e eliminando flatos normalmente. PA: 120/80 mmHg e pulso 86 bpm. Na consulta foram solicitados exames complementares como dosagem de amilase sérica de urgência (57 Unid/dl) endoscopia digestiva alta e ultrassonografia abdominal. Foi prescrito um inibidor de bomba prótonica (Omeprazol) e antiespasmódico (Butilbrometo de escopolamina). Na madrugada do dia seguinte, o paciente apresentou piora da dor procurando o 'pronto socorro'. Sudoréico, afebril, com piora da dor epigástrica, náuseas, vômitos e parada de eliminação de flatos e fezes. PA: 80/40 mm Hg, pulso: 100 bpm. Realizada rotina radiográfica de abdome agudo não apresentando nenhuma alteração. Na endoscopia digestiva alta apresentou gastrite leve e abaulamento da parede posterior do estômago. Eletrocardiograma e dosagem de troponina sérica não apresentaram anormalidades, no entanto a dosagem de amilase sérica estava no nível de 735 Unid/ml e a de triglicérides de 6000 mg/dl. A tomografia de abdome total mostrou borramento da gordura peri pancreática e edema difuso da glândula. Com base exclusivamente nos dados apresentados acima, pergunta-se:

- a) O Critério de Ranson serve como preditor precoce da gravidade da enfermidade observada acima e com os dados acima incluídos são suficientes para a classificação segundo esse critério;
- b) O caso clínico apresentado acima tem como único fator etiológico a hipertrigliceridemia;
- c) No caso acima são descritos objetivamente os Sinais de Gray-Turner e de Cullen, que permitem o diagnóstico da enfermidade;
- d) Os Critérios de Balthazar avaliam por meio da tomografia computadorizada do abdome o grau de gravidade dessa enfermidade por reconhecer eventuais complicações;
- e) A escala APACHE II é um escore clínico amplamente utilizado na avaliação de gravidade em pacientes críticos, mas é contra indicada em situações semelhantes àquela citada no caso clínico.

25- Qual das opções seguintes não faz parte do tratamento do quelóide:

- a) Radioterapia
- b) Ressecção completa do quelóide
- c) Pressão local
- d) Uso de placa de silicone sobre o quelóide
- e) Injeção de corticosteróide local

26- Qual das seguintes células é o principal coordenador da fase proliferativa da cicatrização:

- a) Fibroblasto
- b) Plaqueta
- c) Macrófago
- d) Neutrófilo
- e) Mastócito

27- “Embora alguns procedimentos cirúrgicos sobre o fígado tenham sido executados no final do século XIX e primeira metade do século XX, a moderna cirurgia hepática parece iniciar-se por volta de 1950. Para tanto contribuíram, sobremaneira, os estudos anatômicos do fígado, de caráter funcional, desenvolvidos por McIndoe e Counseller¹, Hjortsjo², Goldsmith e Woodburne³ e, principalmente, os trabalhos de Couinaud⁴, que estabeleceram, definitivamente, a segmentação hepática.” Triviño T, Abib SCV. **Surgical Anatomy of the Liver**. Acta Cir. Bras. vol.18 no.5 São Paulo Sep./Oct. 2003. Baseado no conhecimento da segmentação hepática, assinale a alternativa correta. A hepatectomia esquerda compreende a ressecção de quais segmentos?

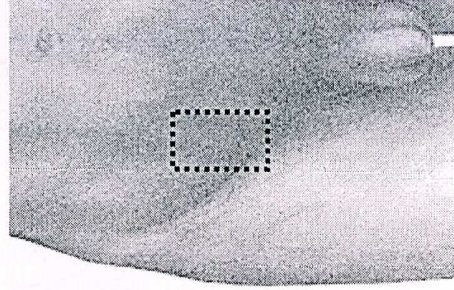
- a) segmentos II e III.
- b) segmentos I, II, III e IV
- c) segmentos II, III e IV.
- d) segmentos IV, V e VI
- e) segmentos VII e VIII.

28- “O diagnóstico da dor abdominal crônica de origem parietal constitui dificuldade específica exigindo, não raro, abordagem multidisciplinar. Condição incapacitante, comum a ambos os sexos, afeta com maior frequência pacientes do sexo feminino. Está comumente relacionada ao comprometimento dos nervos sensitivo-cutâneos da parede abdominal, quer seja na cirurgia aberta ou videolaparoscópica. Com frequência o paciente é encaminhado para consulta psiquiátrica, submetido a videolaparoscopia ou exames de alto custo, antes de ter seu diagnóstico firmado. O custo estimado da investigação pode atingir cifras elevadas. É mais comum na hernioplastia inguinal, na cirurgia da pelve ou nas cirurgias com acesso lombar.”

Ferraz ED. **Nerve Entrapment Syndrome Not Forgotten Entity in Laparoscopic Era**. Rev. Bras. de Videocirurgia. ISSN: 1679-1796 ANO 5 Vol.5 Nº 3 -Jul/Set 2007

Baseado no conhecimento dos dermatômos da região inguinal, assinale a alternativa correta.

Um paciente que foi submetido à herniorrafia inguinal direita, segundo Bassini, e apresenta dor na região demarcada, tem lesão de qual nervo?



- a) nervo filio-inguinal
- b) nervo filio-hipogástrico
- c) nervo gênito-femoral
- d) nervo ínguino-genital
- e) nervo filio-genital

29- Paciente de 45 anos, do sexo feminino, dá entrada no Pronto Socorro com dor em andar superior do abdômen, de início no epigástrico com irradiação para hipocôndrio direito e esquerdo e também para o dorso, associado a vários episódios de vômitos. Ao exame: REG, anictérica, abdômen distendido e doloroso a palpação de todo andar superior com defesa abdominal. Realizado ultrassonografia abdominal que revelou colelitíase, colédoco sem dilatação e pâncreas de difícil avaliação. Foi internada sendo tratada com hidratação e analgesia, sendo que após 48 hs, a paciente encontra-se em bom estado geral, sem dor e com apetite. Qual seria a conduta mais apropriada para o caso?

- a) Colecistectomia convencional com exploração das vias biliares;
- b) Colecistectomia vídeo laparoscópica com exploração das vias biliares;
- c) Colecistectomia vídeo laparoscópica com colangiografia intra-operatória;
- d) CPER com papilotomia seguida de colecistectomia vídeo laparoscópica;
- e) Observar clinicamente o paciente

30- Os colangiocarcinomas foram estudados e classificados por Bismuth e Corlette em 1975. De acordo com esta classificação, um tumor obstruindo a confluência, não havendo acometimento superior dos ramos principais seria classificado como:

- a) Tipo I
- b) Tipo II
- c) Tipo IIIa
- d) Tipo IIIb
- e) Tipo IV

31- G.R.B. 58 anos foi vítima de colisão moto x ônibus, sendo o condutor da moto, deu entrada na Unidade de Pronto Atendimento apresentando abertura ocular ao estímulo verbal, palavras confusas e retirada inespecífica. PA: 80 x 50 mmHg, FC: 40 bpm, saturação de O₂: 50% em Ar Ambiente, MV diminuído em Hemitórax Direito. Baseado nos protocolos internacionais de Atendimento ao Politraumatizado, qual seria sua conduta inicial:

- a) Intubação Orotraqueal para proteção das Vias Aéreas;
- b) 02 acessos calibrosos para reposição volêmica;
- c) Toracocentese de alívio;
- d) Sedação e Intubação Orotraqueal devido quadro neurológico;
- e) Avaliação de retirada do colar cervical.

32- M.A.T. 75 anos, vítima de atropelamento por caminhão deu entrada consciente e orientada, referindo dor torácica, desconto respiratório devido colar cervical, dor abdominal difusa, com hematoma em abdômen direito.PA: 80x60 mmHg, FC: 160bpm, Saturação de O²: 90% em Ar Ambiente, MVFD com estertores crepitantes em base pulmonar direito abdômen distendido, crepitações em palpação da Bacia e sudorese fria. Qual é o diagnóstico e a melhor conduta de imediato:

- a) Trauma abdominal fechado e reposição volêmica;
- b) Pneumotórax e Punção de alívio;
- c) Tórax Instável e IOT;
- d) Fratura de Bacia e Imobilização pélvica;
- e) Hemotórax e Drenagem de Tórax.

33- Paciente do sexo feminino, branca, com 30 anos, estado físico ASA I foi admitida uma hora antes do procedimento cirúrgico, quando foi avaliada pelo serviço de anestesia. A cirurgia programada era exérese de neuroma plantar direito. Negava quaisquer outras doenças e/ou sintomas concomitantes. Fazia uso de anticoncepcional oral há três anos e foi tabagista dos 18 aos 29 anos. Referia fumar de vinte a trinta cigarros por dia. O exame físico geral era normal, com FC = 78 bpm e PA = 140 x 85 mmHg. Os exames laboratoriais pré-operatórios também estavam normais. A duração do procedimento cirúrgico foi estimada em 45 minutos. Realizou-se punção venosa no dorso da mão direita com catéter 18G e foi iniciada hidratação com solução de Ringer Lactato. Foi colocado um manguito pneumático na panturrilha direita, com pressão de 300 mmHg. Quarenta minutos depois encerrou-se o procedimento cirúrgico sem nenhuma intercorrência. A paciente foi encaminhada para a sala de recuperação pós-anestésica e duas horas mais tarde, foi levada para a enfermaria. Oito horas depois apresentava-se sem pulso pedioso e tibial posterior direito, acompanhado de palidez e queda de temperatura no pé do mesmo lado. Qual a **melhor** conduta para essa paciente?

- a) embolectomia da artéria tibial posterior direita e suas ramificações
- b) tromboembolectomia da veia femoral comum direita
- c) heparinização plena e manter com warfarínicos
- d) aquecimento do membro e heparinização plena
- e) aquecimento do membro e encaminhar para realização de uma ultrassonografia

34- J.C.S., sexo masculino, 64 anos, recorreu ao Hospital São Paulo em Junho de 2002 na sequência de hematemeses e melenas com 24 horas de evolução, acompanhadas de um episódio de lipotímia. Neste intervalo de tempo negava dor abdominal, precordialgia, dispnéia e "alterações do trânsito intestinal". Negava consumo de AINE's e terapêutica com agentes anticoagulantes. O doente referia a realização de *by-pass* aorto-bifemural por aneurisma da aorta, intervenção realizada em 1998; e ainda HA controlada com antagonistas dos canais de cálcio. Apresentava-se consciente e colaborante, com palidez de pele e mucosas, hemodinamicamente estável, sem alterações na ausculta cardio-pulmonar, bem como no exame abdominal, verificando-se a existência de melenas no toque retal. Analiticamente destacava-se anemia normocrômica normocítica (Hb: 10,5 g/dL - N: 12,0 - 15,0 g/dL) e leucocitose com neutrofilia

(21.000/L - N: 4000-11.000 - com 86% de PMN). O valor do azoto ureico era normal (8 mg/dL - N: 4- 16 mg/dL). Foi submetido a endoscopia digestiva alta que além de constatar a existência de sangue digerido e coágulos no lúmen gástrico, verificou uma lesão na 3ª porção do duodeno na qual se observava um coágulo aderente e, na sua porção mais inferior um segmento de uma malha metálica. Qual o seu diagnóstico e melhor conduta?

- corpo estranho, indicar laparotomia exploratória
- fístula aorto- entérica, encaminhar para um serviço de cirurgia vascular
- tumor vascular, indicar arteriografia digital
- corpo estranho, avaliação da psiquiatria
- tumor de duodeno, indicar tomografia computadorizada

35- Um paciente sofreu um trauma fechado com fratura de pelve óssea. Após colocação de soda vesical não houve saída de urina Qual seria o seu próximo passo ?

- Ultrassom de bexiga
- CT de abdômen e de pelve
- Uretrocistoscopia
- Uretrocistografia retrógrada
- Urografia excretora.

36- Um paciente de 65 anos, com IPSS de 25 é submetido a uma avaliação de próstata e durante a investigação ele retorna com os seguintes exames: Psa = 2,3 ng/ml. Creatinina =3,5 (VN= 1,4). Urina I= 200 leucócitos por campo Urocultura = 100.000 col/ml de E. coli, . Ultrassom de vias urinárias: Hidronefrose moderada bilateral. Qual seria a sua conduta considerando que ao toque retal a próstata estava aumentada, aproximadamente 80 gramas, lisa indolor sem nódulos ou áreas endurecidas?

- tratar a ITU
- tratar a ITU e dar alfa bloqueador
- tratar a ITU e dar finasterida
- indicar cirurgia imediatamente
- sondar o paciente e tratar ITU

37- Assinale a alternativa correta em relação às fistulas digestivas:

- As fistulas digestivas espontâneas são as mais comuns e apresentam alto índice de cicatrização com o tratamento conservador.
- O trajeto da fistula menor do que 2 cm, fistula lateral ao segmento digestivo e fistula duodenal são fatores favoráveis para a cicatrização espontânea de fistula digestiva.
- O débito da fistula é um marcador prognóstico da cicatrização espontânea. São consideradas fistulas de baixo débito aquelas que no paciente em jejum drenam, em 24 h, um volume inferior a 200 ml.

- I e II são verdadeiras
- II e III são verdadeiras
- I, II e III são verdadeiras
- I e III são verdadeiras
- Apenas III é verdadeira

38- Em relação aos tumores da cárdia podemos afirmar, exceto::

- a) O sintoma principal desta doença é a disfagia seguida de odinofagia e emagrecimento.
- b) O esfago de Barrett está associado a todos os tumores da cárdia.
- c) A gastrectomia total é a melhor indicação cirúrgica para os tumores da cárdia Siewert III.
- d) Observa-se, atualmente, um aumento significativo da prevalência desses tumores nos países ocidentais.
- e) O tipo histológico mais frequente nas neoplasias da transição esofagagástrica é o adenocarcinoma.

39- F.E.S.A., 10 anos, natural e procedente de Unai-MG . QP: "dor na coxa há 3 dias". Mãe refere que criança apresenta dor em coxa esquerda há 3 dias, associada à edema local, hiperemia discreta , dor e dificuldade de movimentação. Apresentou um pico febril 24 horas antes da internação. Há 12 horas evoluiu com dor em hemitórax direito e taquidispnéia moderada. Procurou atendimento médico na cidade de origem, sendo encaminhado para o Hospital Geral. No Hospital Geral: Fáscties dolorosa, febre, taquidispnéia moderada, com creptos discretos à direita e sem sibilos. FR= 40ipm. Continuava queixando de dor e edema em coxa esquerda, sem capacidade de deambular. A dor era na região anterior da coxa, sem irradiação, conseguia flexionar e extender o joelho ipsilateral, raio-x de tórax: Infiltrado em base direita. Qual o próximo exame de imagem que voce pediria?

- a) Rx de MIE e US com doppler
- b) Tomografia computadorizada do tórax
- c) Ressonancia magnética do MIE
- d) US do abdome
- e) Ecocardiograma

40- Paciente masculino, 33 anos, sofre trauma em joelho direito e evolui com lesão de ligamento cruzado anterior. Passados dois meses da correção cirúrgica do ligamento cruzado anterior apresenta: edema, dor e massa pulsátil em fossa poplíteia do membro inferior direito, que se apresenta com aumento do seu volume no decorrer deste período. Ao exame clínico, o paciente apresenta pulso femoral, poplíteo, tibial posterior e pedioso palpáveis, e apresentava massa pulsátil, por volta de 7 cm de diâmetro, à palpação da fossa poplíteia direita. Qual a sua hipótese diagnóstica?

- a) pseudoaneurisma da artéria poplíteia
- b) trombose da artéria poplíteia
- c) cisto de Baker
- d) aneurisma da artéria femural profunda
- e) trombose venosa na artéria poplíteia

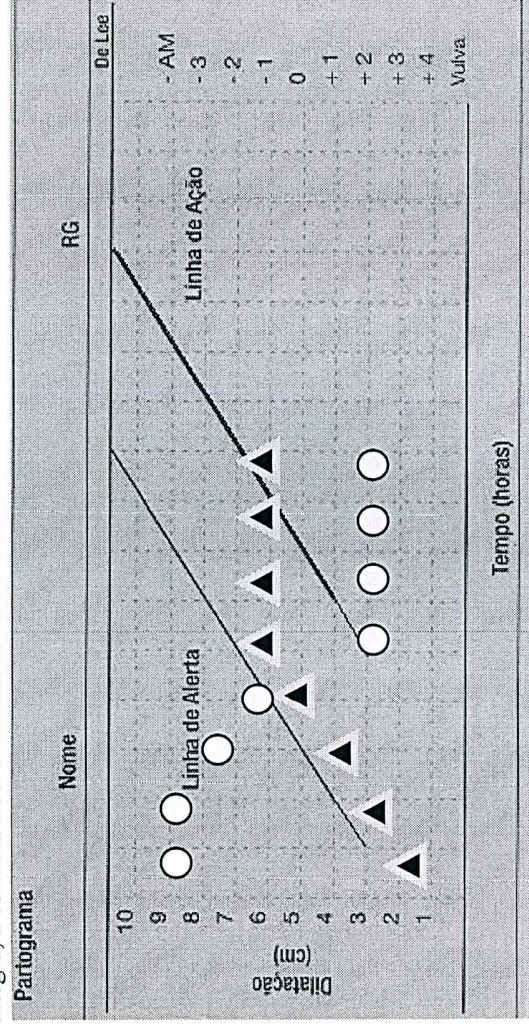
GINECOLOGIA/OBSTETRÍCIA

41- Paciente com 27 anos, após parto normal, apresenta na hemorragia de grande volume, nos primeiros 30 minutos após a saída da placenta. A sequencia correta para diagnóstico, por ordem crescente de frequência de ocorrência, consta na alternativa:

- a) Verificação do tônus, verificação de lacerações de órgãos internos e no trajeto, verificação de restos placentários e teste de coagulação da paciente;
- b) Teste da coagulação da paciente, verificação do tônus uterino, detecção de lacerações de estruturas e retirada de restos placentários;
- c) Retirada de restos de placenta se houver, massagem uterina, teste da coagulação da paciente e verificação de lacerações de trajeto e órgãos internos;
- d) Correção de eventuais lacerações de trajeto, teste de coagulação da paciente, massagem uterina e retirada de restos placentários, se houver;

- e) Teste de coagulação da paciente, retirada de restos placentários se houver, verificação de lacerações de trajeto e massagem uterina.
- 42- Em relação a profilaxia de isomunização Rh, durante a realização do parto, todas as medidas abaixo devem ser realizadas, EXCETO:
- Proteção de feridas operatórias;
 - Uso cauteloso de ocitócicos;
 - Realização da manobra de Credet para encurtar a retirada da placenta, evitando o maior contato do sangue fetal com a mãe;
 - Esvaziamento hemático do cordão;
 - Evitar a realização de manobra de Kristeller.
- 43- Gestante de 35 semanas, com dois partos cesáreas anteriores, encontra-se em trabalho de parto pré-termo, há três horas, com 4 cm de dilatação. Enquanto montava a sala de cesárea, a paciente referiu tonturas e melhora da dor. Neste momento, a pressão está em 80 mmHg x 40 mmHg. Ao palpar o abdômen, você sente facilidade em palpar o feto, com batimentos inaudíveis. O provável diagnóstico e o tratamento a ser realizado constam, respectivamente, na alternativa:
- Descolamento prematuro de placenta normalmente inserida, laparotomia exploradora de urgência;
 - Rotura de vasa prévia, parto cesárea de emergência;
 - Rotura de seio marginal, parto cesárea de emergência;
 - Rotura uterina, laparotomia exploradora de urgência;
 - Descolamento prematuro de placenta, parto cesárea de emergência.

- 44- Em relação ao partograma abaixo, com vitalidade preservada, contrações efetivas e bolsa íntegra, a conduta a ser realizada é:



- Aguardar mais duas horas, até atingir linha de ação, para resolução via alta;
- Parto cesárea;
- Parto fórceps de alívio;
- Instalação de ocitocina para correção de distócia funcional;
- Amniotomia e reavaliação em uma hora.

45- RTC, 29 anos G2P1, faz pré-natal e vem para o projeto nascer com exame de SIDA positivo.

No parto, a melhor conduta deve ser:

- a) Evitar amniotomia .
- b) Fazer parto normal.
- c) Promover clampamento tardio do cordão.
- d) Aspiração vigorosa de vias aéreas (retirar toda secreção aspirada).
- e) Não lavar RN com água e sabão, somente secar com toalha.

46- A “Apoadura Mamária” ocorre nas primeiras 72 horas do puerpério, desencadea-se pelas elevadas dosagens das concentrações de estrogênio, progesterona porque estes hormônios estimulam a hipófise a produzir quantidade de prolactina suficiente para seu efeito lactogênico pleno.

- a) A asserção é verdadeira e a razão é falsa.
- b) A asserção e a razão são verdadeiras e a razão explica a asserção.
- c) A asserção é falsa e a razão é verdadeira.
- d) A asserção e a razão são falsas.
- e) A asserção e a razão são verdadeiras porém a razão não explica a asserção.

47- A.D. G2 P1 C1 com 36 semanas de gravidez, apresenta ultrassonografia com Dopplervelocimetria Fetal evidenciando diminuição do Índice de Resistência na Artéria Cerebral Média. Este achado:

- a) é normal
- b) chama-se centralização e é encontrado em casos de hipóxia fetal
- c) é normal em casos de Doença Hipertensiva Específica da gestação
- d) é normal em casos de feto ativo à cardiocografia anteparto
- e) é normal em casos de “período de repouso do feto”

48- AVR 23 anos faz pre natal na UBS III e não sabe a DUM A biometria ultrassonográfica fetal realizada no terceiro trimestre gestacional evidenciou redução proporcional do diâmetro bi-parietal fetal e da circunferência abdominal, ou seja valores abaixo do normal para a idade gestacional. Dentre as possibilidades diagnósticas abaixo, marque a mais provável:

- a) bolsa rota
- b) gravidez protraída
- c) hipotireoidismo fetal
- d) macrosomia fetal
- e) retardo de crescimento uterino simétrico

49- Paciente de 25 anos, primigesta, está grávida e apresenta pequeno sangramento vaginal. Tem ciclos irregulares e diz que sua ultima menstruação foi há 8 semanas.

O único ultrassom realizado mostra a presença de saco gestacional de contornos regulares, porém, sem vesícula vitelínica e sem ecos embrionários no interior. A melhor conduta será.:

- a) Fazer curetagem.
- b) Estimular a contratibilidade uterina.
- c) Fazer BHCG
- d) Repetir ultrassom em dentro de 7-10 dias
- e) Deixar evoluir espontaneamente

50- Primigesta com 37 semanas de gravidez, trazida ao pronto-socorro, referindo dor abdominal e sangramento vaginal há 30 minutos. Ao exame físico: pressão arterial de 90 x 60 mmHg, palpação abdominal de útero hipertônico, com batimentos cardíacos fetais de 100 bpm. Exame especular: sangramento escuro pelo orifício externo do colo uterino. Ao toque: colo grosso, pérvio para 3 cm. Diante do caso, a hipótese diagnóstica e a melhor conduta são:

- a) Placenta prévia, amniotomia e indução do trabalho de parto;
- b) Descolamento prematuro de placenta, amniotomia e parto cesárea;
- c) Placenta prévia, amniotomia e parto cesárea;
- d) Ruptura uterina e parto cesárea;
- e) Descolamento prematuro de placenta, indução do trabalho de parto e realização de parto fórceps de alívio.

51- PAG, 9 anos, veio acompanhada da mãe que relata que a filha menstruou há 1 mês. Notou aparecimento das mamas aos 7 anos e de pêlos na região vulvar há 8 meses. Relata também odor axilar, acne leve e corrimento amarelado na calcinha. A criança apresenta peso e altura > P97 para a idade. A respeito do caso clínico descrito, assinale a resposta correta:

- a) Provavelmente trata-se de um quadro de tumor ovariano produtor de estrogênio, causa mais comum de puberdade precoce.
- b) -O Rx do punho para avaliação da idade óssea deve ser sempre realizado, e uma diferença maior que 1 ano da idade cronológica confirma o diagnóstico de puberdade precoce, mas não define a causa.
- c) Deve-se realizar a dosagem das gonadotrofinas basais, que, se vierem elevadas, falam a favor de pseudo-puberdade precoce.
- d) Se as gonadotrofinas basais vierem baixas, deve-se realizar um teste do GnRh; considera-se padrão responsivo uma elevação dos níveis de LH abaixo de 200% do valor basal, o que fala a favor de ativação do eixo (HH0) Hipotálamo-Hipófise-Ovariano, corroborando a hipótese de puberdade precoce verdadeira.
- e) Se as gonadotrofinas basais vierem normais, deve-se realizar um teste do GnRh; considera-se padrão responsivo uma elevação dos níveis de LH acima de 200% do valor basal, o que fala a favor de ativação do eixo (HH0) Hipotálamo-Hipófise-Ovariano, corroborando a hipótese de puberdade precoce verdadeira.

52- Escolha **uma** alternativa (A,B,C,D,E) conforme os critérios abaixo, e que corresponda exatamente com as assertivas das questões:

- I- O carcinoma do colo do útero é considerado Doença Sexualmente Transmissível(DST).

- II- É grande a associação do câncer de colo com HPV(human papiloma vírus).

- a) As duas assertivas estão erradas.
- b) A primeira assertiva está correta e a segunda está errada.
- c) A primeira assertiva está errada e a segunda está correta.
- d) As duas assertivas estão corretas e a segunda **não** justifica a primeira
- e) As duas assertivas estão corretas e a segunda justifica a primeira

53- Paciente diabética, obesa e hipertensa, é submetida a histerectomia total abdominal. No quarto dia de pós-operatório, apresenta- se desidratada, com hipotermia e sinais de toxicidade sistêmica. No flanco direito, observou-se área de pele eritematosa, dolorosa, quente e crepitante. Após 24 horas, tornou-se indolor, cianótica e com formação de bolhas na superfície. Qual a hipótese diagnóstica?

- a) Abscesso sub-aponeurótico.
- b) Fascite necrotizante.
- c) Abscesso intra-abdominal.
- d) Abscesso intra-pélvico.
- e) Síndrome de Fournier

54- Paciente, 33 anos, nuligesta, após conização por lesão escamosa de alto grau, localizada no canal endocervical, o exame histopatológico mostrou margem cirúrgica comprometida. A conduta é:

- a) citologia e colposcopia.
- b) curetagem do canal.
- c) nova conização.
- d) pan-histerectomia.
- e) histeroscopia

55- Paciente de 36 anos apresentou, na citologia oncótica, células escamosas atípicas de significado indeterminado (ASC-US), com presença de células multinucleadas. Foi submetida a duas novas citologias com intervalos de seis meses, cujos resultados foram normais. A conduta é:

- a) citologia anual.
- b) colposcopia.
- c) curetagem endocervical.
- d) colposcopia com biópsia dirigida.
- e) conização

56- Paciente de 60 anos, G4P4A0C0, tabagista, menopausada há 10 anos, refere episódio de sangramento na pós-menopausa há 3 dias. Ao exame ginecológico, nenhuma lesão em vulva, vagina e colo. Realizado USTV que identificou espessura endometrial de 6 mm. Nega uso de terapia hormonal. Comorbidades associadas: obesidade grau 2, diabética tipo 2 e hipertensa.

Assinale a alternativa correta sobre a propedêutica deste caso.

- a) Não há preocupação em prosseguir investigação neste caso pois a principal causa de sangramento nesta faixa etária é atrofia.
- b) A referida paciente apresenta fatores de risco para câncer de ovário e não de endométrio.
- c) A curetagem é superior a histeroscopia devido a maior quantidade de material retirado durante o procedimento para diagnóstico.
- d) A histeroscopia é superior a curetagem devido a localização precisa de lesões em cavidade endometrial.
- e) Em ordem decrescente de causas para o sangramento pós-menopausa temos: câncer de endométrio, atrofia, hiperplasia/pólipo endometrial.

57- ABC, 30 anos, G 0 P 0 A 0 , com irregularidade menstrual importante nos últimos dois anos, do tipo oligomenorréia, com DUM há 6 meses, apresentado fogachos intensos , secreta vaginal e irritabilidade importantes. Faz seguimento por depressão, usando fluoxetina 20mg/d . É portadora de hipotireoidismo, controlado com administração de levotiroxina sódica na dose de 50mcg/d nos últimos seis anos, após Tireoidite de Hashimoto. Apresenta ao exame ginecológico vagina com poucas rugosidades, pálida e com baixa umidade. Os níveis de FSH sérico são elevados (114 mUI/ml) e a citologia vaginal apresenta predomínio de células profundas. O IMC é de 19,3 Kg/m². O diagnóstico mais provável é de :

- a) Tumor ovariano produtor de estrogênio
- b) Ovário policístico (SOP)
- c) Falência ovariana prematura (FOP)
- d) Anovulação Hipotalâmica
- e) Hiperprolactinemia Primária

58- Paciente 18 anos, nuligesta, submetida a laparotomia para retirada de tumor anexial com cápsula íntegra. O exame histopatológico de congelação revelou teratoma imaturo. A conduta operatória é:

- a) anexectomia unilateral, coleta de lavado peritoneal, omentectomia infracólica e abordagem linfonodal unilateral.
- b) pan-histerectomia, coleta de lavado peritoneal, omentectomia infracólica e abordagem linfonodal.
- c) anexectomia bilateral, coleta de lavado peritoneal, omentectomia infracólica e abordagem linfonodal.
- d) cirurgia de Wertheim-Meigs.
- e) Ooforectomia unilateral exclusiva.

59- Paciente de 31 anos, parceiro fixo, com infertilidade primária com diagnóstico de leiomioma uterino submucoso com 4 cm de diâmetro ao USGTV. Nega dores e sangramento irregular. Neste caso a conduta inicial para a queixa da paciente é:

- a) embolização da artéria que irriga o mioma
- b) miomectomia convencional a céu aberto
- c) miomectomia histoscópica minimamente invasiva
- d) fertilização "in vitro"
- e) primariamente excluir outras causas de infertilidade

60- Paciente de 32 anos de idade com febre, mialgia, adenopatia inguinal, apresenta na vulva, lesões iniciadas há uma semanas. Na citologia do esfregaço das lesões encontram-se bactérias compatíveis com espiroquetas. O diagnóstico é

- a) cancro duro.
- b) donovanose.
- c) cancro mole
- d) doença de Behçet.
- e) linfogranuloma venéreo

PEDIATRIA

61- Mãe traz filho de 11 anos para a consulta médica pois acha que a criança está ficando mais baixa que os seus colegas de escola. Ao exame físico: criança em bom estado geral, corada e hidratada. Tórax e abdome sem alterações. Peso: 26kg (p10); Altura: 125cm (<p3); IMC:16,6 (p50). Estadiamento puberal: G1P1. Baseado nesse caso, assinale a opção **incorreta**:

- a) De acordo com os dados antropométricos, pode-se dizer que o paciente apresenta baixa estatura.
- b) A velocidade de crescimento seria importante para diferenciar uma variante da normalidade de causa patológica.
- c) Se houver um atraso de idade óssea, pode-se pensar em baixa estatura familiar.
- d) A baixa estatura pode ser a primeira manifestação de algumas doenças crônicas.
- e) Entre as causas endócrinas para essa baixa estatura, pode-se citar o hipotireoidismo e deficiência de GH.

62- Você está de plantão em um serviço de saúde e chega uma grávida em período expulsivo. Após o nascimento você avalia o recém-nascido, que está bem, corado e ativo. Ao exame físico

da genitália, você observa que o pênis está bem formado, mas não consegue palpar testículos na bolsa escrotal e nem no canal inguinal. Baseado nesse caso, assinale a opção **incorreta**:

- deve ser liberado a declaração de nascido vivo com o sexo masculino até que se esclareça o diagnóstico.
- poderia ser dosado a 17OH-progesterona para confirmar um possível diagnóstico de hiperplasia adrenal.
- poderia ser um caso de criptorquidia bilateral, principalmente se o recém-nascido fosse prematuro.
- o sexo genético seria esclarecido após a realização de um exame de cariótipo.
- o exame de ultrassonografia ajudaria a esclarecer o diagnóstico ao se observar a presença ou não dos testículos e a genitália interna.

63- Em relação ao teste de Triagem Auditiva Neonatal [Emissões Otoacústicas Evocadas (EOAE) e Potenciais Auditivos Evocados do Tronco Encefálico (PEATE)] qual das alternativas abaixo é verdadeira?

- Ambos os testes são poucos sensíveis.
- PEATE é mais afetado pelo fluido do ouvido médio do que a EOEA.
- EOAE leva mais tempo que a PEATE.
- EOAE detecta perda auditiva variando de 500 a 2000 Hz.
- Recomenda-se que RNs que permaneceram em UTI neonatal realizem o PEATE

64- Você atente em consulta de puericultura um lactente de 4 meses de idade. A mãe informa que há 3 semanas iniciou por iniciativa própria suco de frutas no período da manhã e deseja iniciar as papas. Antes recebia apenas leite materno. Como você classifica a prática de aleitamento desta criança?

- Aleitamento materno exclusivo.
- Aleitamento materno predominante.
- Aleitamento materno complementado.
- Aleitamento materno misto.
- Aleitamento artificial.

65- Durante o plantão na maternidade você é chamado para avaliar um recém-nascido com 8 horas de vida apresentando desconforto respiratório. Ao exame encontra aumento do diâmetro ântero-posterior torácico, frequência respiratória de 75 irpm, retração subcostal e intercostal, hiperfonesse de segunda bulha em foco pulmonar e saturação de oxigênio de 83% no oxímetro de pulso. Revisando o prontuário não houve intercorrência no pré-natal e o parto foi cesariana com apresentação pélvica, bolsa rota no ato com líquido amniótico meconial. Em relação ao provável diagnóstico, assinale a alternativa incorreta:

- Apresenta maior incidência conforme o aumento da idade gestacional.
- A radiografia de tórax pode apresentar infiltrados grosseiros, com áreas de condensação, áreas de hiperaeração e pneumotórax.
- A somatória de eventos pode culminar na síndrome de hipertensão pulmonar persistente.
- Pneumonite química não participa da fisiopatologia.
- Macrossomia fetal e apresentação pélvica são fatores de risco associados à causa do quadro.

66- Um recém-nascido com 14 horas de vida apresenta-se icterico até zona I. O valor de bilirrubina total foi 7,2 mg/dL e de bilirrubina indireta 7,0 mg/dL. A tipagem sanguínea materna é

A, Rh negativo e do recém-nascido O, Rh positivo. O teste de Coomb direto foi positivo. Assinale a alternativa correta em relação ao caso:

- A administração de imunoglobulina humana anti-D está indicada nas primeiras 72 horas após o parto com objetivo de proteger os conceptos de futuras gestações.
- Está contraindicada a imunoglobulina humana anti-D uma vez que o recém-nascido é Rh positivo e Coombs direto positivo
- Se houver incompatibilidade sanguínea, será pelo grupo ABO.
- O quadro é de icterícia neonatal fisiológica, pois o valor de bilirrubina está abaixo de 12 mg/dL.
- É necessário aguardar o teste de Coombs indireto para avaliar se a mãe foi sensibilizada.

67- Um paciente pediátrico, obeso, precisa ter a sua pressão arterial (PA) aferida em suas consultas de rotina. Deve-se levar em consideração 3 fatores do paciente para se determinar o valor adequado de sua PA. Assinale a alternativa que os compreende:

- peso e idade
- IMC e estatura
- IMC e peso
- estatura e sexo (gênero)
- peso e sexo (gênero)

68- Qual das alternativas abaixo apresenta a correlação aproximada entre percentil de IMC (%IMC) e Score Z, respectivamente:

- 50 e +1
- 85 e +2
- 15 e -1
- 3 e -3
- 1 e -4

69- Criança com 1 mês de vida em aleitamento materno exclusivo está apresentando evacuações com muco e estrias de sangue e nunca tomou leite de vaca, no entanto recebeu de um pediatra a hipótese diagnóstica de alergia ao leite de vaca. Referente a esse assunto assinale a alternativa correta.

- A fração do leite de vaca que mais frequentemente causa alergia em lactentes é a lactose.
- As manifestações gastrointestinais em lactentes são predominantemente causadas por reação imunológica mediada por IgE.
- As fórmulas de aminoácidos não são eficazes para o tratamento de lactentes com alergia ao leite de vaca, pois possuem alta osmolalidade e alergenidade.
- O diagnóstico de alergia ao leite de vaca não procede em crianças com aleitamento materno exclusivo.
- Nos lactentes em aleitamento materno exclusivo, com suspeita de alergia ao leite de vaca, a prescrição de dieta de restrição de leite de vaca para a nutriz é a medida inicial mais apropriada.

70- Criança do sexo feminino, com 1 mês de vida, aleitamento materno exclusivo, nasceu com 3 kg e atualmente está com 3.700g. A mãe relata única queixa de que a criança que evacuava cerca de 6 a 8 vezes ao dia, fezes amolecidas, agora não evacua há 5 dias. Qual a conduta mais correta?

- Receitar óleo mineral para criança.
- Manter aleitamento materno e orientar a mãe que é normal o ocorrido.

- c) Solicitar Ultrassonografia de abdome.
- d) Encaminhar para o cirurgião pediátrico.
- e) Receitar fórmula láctea para complementar o leite materno.

71- Paciente de 9 meses com história de telarca desde o nascimento, com aumento progressivo. Mãe nega pubarca. Ao exame físico: desvio padrão do comprimento em +2,2, do IMC em +1,9, Tanner M3P1. Desvio padrão do alvo genético de estatura em +0,2. Com relação ao diagnóstico provável, propedêutica e tratamento deste caso, é correto afirmar:

- a) A ausência de pubarca descarta a possibilidade de doença, devendo esta criança ser apenas seguida clinicamente.
- b) Se no exame físico houver a presença de mancha café com leite deverá ser solicitado exame de densitometria óssea pela possibilidade de tratar-se do diagnóstico de síndrome de McCunne Albright.
- c) A realização de teste de estímulo do LH faz-se mandatória para que seja descartada a possibilidade de puberdade precoce central dependente de gonadotrofinas.
- d) Caso o estradiol esteja elevado, com LH pré-púbere, deverá ser solicitado exame de ultrassonografia pélvica.
- e) Pela faixa etária da paciente deve tratar-se de um caso de telarca precoce variante, devendo ser feito o tratamento com agonista de GnRH caso a velocidade de crescimento esteja aumentada e a idade óssea avançada.

72- Um lactente do sexo feminino de 45 dias de vida, que nasceu com 2980 gramas e pesa hoje 3700 gramas (percentil 15):

- a) Teve ganho de peso adequado, pois está acima do percentil 3 do peso.
- b) Teve ganho de peso insuficiente, pois deveria ter dobrado o seu peso de nascimento.
- c) Teve ganho de peso suficiente, pois ganhou mais de 15 gramas por dia.
- d) Teve ganho de peso insuficiente, pois ganhou menos de 20 gramas por dia.
- e) Teve ganho de peso insuficiente, pois ganhou menos de 35 gramas por dia.

73- Lactente masculino de 4 meses de vida, em aleitamento materno exclusivo, é atendido em consulta de puericultura, com queixa materna de que o bebê é muito magro. Ganho ponderal de 25 gramas no último mês. Tem desvio-padrão do IMC em -0.8 e exame físico geral sem alterações. Qual a conduta a ser tomada nesta consulta?

- a) Como o ganho de peso foi insuficiente deverá ser introduzida fórmula de primeiro semestre em complemento ao leite materno.
- b) Para que não seja exposto precocemente ao leite de vaca presente nas fórmulas, uma alternativa para melhorar o ganho de peso seria introduzir papa de frutas e de legumes.
- c) Deve ser mantido em aleitamento materno exclusivo, explicando à mãe que o seu leite é suficiente até os 6 meses de vida.
- d) Deverá ser investigada a técnica das mamadas, visto que o baixo ganho ponderal pode estar relacionado a erros, como não esvaziar ao menos uma mama, o que garante a ingestão do leite posterior, rico em gorduras e responsável pelo ganho de peso.
- e) Deverá ser solicitado exame de urina I, pois a infecção do trato urinário costuma ser uma causa frequente e assintomática de baixo ganho ponderal em meninos nesta faixa etária.

74- Na investigação de uma pubarca precoce em que se faça a hipótese diagnóstica de hiperplasia adrenal congênita por deficiência de 21-hidroxilase, quais são os exames que devem ser obrigatoriamente solicitados?

- a) LH, FSH e estradiol
- b) 17α -hidroxiprogesterona, androstenediona e testosterona
- c) idade óssea e 17α -hidroxiprogesterona
- d) idade óssea e androstenediona
- e) idade óssea e testosterona

75- Pré-escolar de 4 anos com quadro febril iniciado há 12 horas evoluiu há 2 horas com uma convulsão clônica com duração de 20 minutos. Mãe levou a emergência onde encontrava-se alerta 30 minutos após crise e febril com temperatura de 39° C. Considerando o diagnóstico mais provável é correto afirmar.

- a) Ainda que a hipótese mais provável seja convulsão febril está indicado a punção lombar pela gravidade da crise convulsiva.
- b) A presença de sinais respiratórios altos iria favorecer o diagnóstico.As infecções virais são fatores de risco bem estabelecidos para o desenvolvimento de crise convulsiva febril
- c) A convulsão febril pode ocorrer em qualquer momento de doença febril e deve ser considerada em crianças previamente hígidas como hipótese principal.
- d) Este quadro pode evoluir para epilepsia pela característica da crise descrita, no entanto tem menor chance de evoluir para crise convulsiva febril recorrente
- e) A família deve ficar atenta e oferecer antitérmico para a criança com uma temperatura mais baixa do que o habitual para prevenir uma nova crise.

76- Adolescente de 14 anos com queixa de dor e náuseas há 3 horas. Refere início súbito da dor que vem aumentando de intensidade. Ao exame apresenta dor e edema escrotal e reflexo cremastérico ausente. Considerando o diagnóstico mais provável a alternativa incorreta seria?

- a) A púrpura de Henoch- Schoenlein faz parte do diagnóstico diferencial de torsão testicular assim como hérnia encarcerada e hidrocele comunicante.
- b) Mesmo que ocorra melhora da dor com manobras manuais para reposicionar o testículo mantém-se a indicação cirúrgica imediata
- c) O reflexo cremastérico presente afasta o diagnóstico de torsão testicular.
- d) O pico dos casos de torsão testicular acontece na puberdade e não está relacionada a trauma ou atividade física
- e) O diagnóstico é confirmado com ultrassonografia simples de bolsa escrotal ou quando disponível com cintilografia escrotal para avaliar a irrigação testicular.

77- Lactente de 11 meses deu entrada na UPA Ribeirão com história de queda do berço há 40 minutos. Mãe relata que colocou a criança no berço e foi ao armário pegar as roupinhas para trocar a criança quando ouviu o choro e a criança estava no chão. Refere que o filho anda desde os 10 meses de idade.

Considerando o caso acima e o diagnóstico mais provável é incorreto afirmar:

- a) Está indicada radiografia dos esqueletos apendicular e axial independente dos achado ao exame físico.
- b) A incidência de hemorragia retiniana está diretamente relacionada com alterações no exame de imagem e o quadro clínico da criança na admissão.
- c) A presença de fraturas de costela pode auxiliar na elucidação diagnóstica.
- d) Nesta situação espera-se encontrar hematomas principalmente em região parietal ou occipital.
- e) Havendo hemorragia intracraniana é mais provável que ela seja epidural do que subdural.

78- A mãe de um lactente de 3 meses viu na televisão uma reportagem sobre uma criança que sofreu afogamento na piscina de casa durante uma festa familiar. Ela decidiu, então buscar informações para prevenir acidentes com o seu filho. Quais das informações abaixo não deveria ser transmitida a esta mãe?

- O uso de itens de segurança, como boias de braço e coletes salva-vidas, na piscina diminuem a ocorrência de afogamentos.
- Ao preparar o banho da criança deve-se sempre colocar primeiro a água fria e após a água quente.
- Ao preparar mamadeira deve-se dar preferência a esquentá-la em banho-maria e nunca colocar o leite para aquecer no micro-ondas.
- Os locais mais comuns para acidentes doméstico são, por ordem decrescente: cozinha, banheiro, corredor, escada, quarto e sala.
- 2,5 cm de nível líquido são suficientes para causar um afogamento em lactentes.

79- Pré-escolar de 3 anos chega à UPA Ribeirão com queixa do abdominal. A mãe refere que a criança ingeriu o conteúdo do frasco de paracetamol quando a mãe foi a cozinha buscar água para ela. A intoxicação com paracetamol está associada mais frequentemente com toxicidade de qual dos seguintes:

- Sistema nervoso central
- Rins
- Pâncreas
- Fígado
- Medula óssea

80- Você atende um lactente de 6 meses com queixa de “secreção ocular”. O pai descreve uma secreção amarelada que faz com que o olho da criança amanheça grudado nos últimos 3 dias. Ao exame, a criança sorri e você percebe uma secreção hialina unilateral e um pouco de secreção amarelada. A conjuntiva está branca. A criança fixa o olhar e segue sua mão 180°. Qual o diagnóstico mais provável?

- Dacriocistite
- Obstrução do ducto lacrimal
- Conjuntivite viral
- Conjuntivite por *Chlamydia trachomatis*
- Conjuntivite por *Neisseria gonorrhoeae*

SAÚDE DA FAMÍLIA

81- A efetividade de um Médico de Família não depende somente de suas habilidades clínicas, mas também de sua capacidade administrativa. Diante desta afirmação, assinale a alternativa correta.

- O MFC deve formular objetivos, decidir metas isoladamente e depois repassá-las para sua equipe de trabalho.
- Juntamente com sua equipe, o MFC deve formular objetivos, definir a população de seu serviço, avaliar necessidades, alocar prioridades e formular políticas.
- O MFC deve aguardar determinações de uma gestão central para cumprir as ordens estabelecidas.
- O MFC não deve interferir em rotinas administrativas.
- A enfermeira é responsável pela administração da Equipe

82- Na abordagem da ansiedade, o MFC deve excluir a possibilidade do quadro ser causado por efeito adverso de fármacos. Assinale a alternativa que apresenta a classe de fármacos que pode causar sintomas de ansiedade.

- a) Antidepressivos inibidores seletivos da recaptação da serotonina.
- b) Beta-bloqueadores.
- c) Antidepressivos tricíclicos.
- d) Anticoncepcionais hormonais orais.
- e) Biguanidas.

83- A importância da família para o MFC é inerente ao paradigma da Medicina de Família e Comunidade, que não separa a doença da pessoa e nem a pessoa do ambiente. Sobre abordagem familiar, assinale a alternativa correta.

- a) O Médico de Família não tem nenhum outro compromisso com os integrantes da família além da responsabilidade de conduzir a terapia.
- b) Entre famílias de imigrantes, a primeira geração nascida na nova cultura tende a manter os valores de seus pais.
- c) Uma das tarefas críticas durante a etapa do casamento é a de lidar com a falta de privacidade enquanto pais.
- d) O descontentamento prolongado com o sexo do recém-nascido é um sinal de alto risco no período pós-natal.
- e) A conferência familiar é pouco útil em casos de doenças que ameacem a vida ou gerem incapacidades

84- Existem importantes justificativas teóricas e empíricas para a função da Atenção Primária à Saúde (APS) como “porta de entrada” de um sistema de saúde. Sobre esta característica da APS, assinale a alternativa correta.

- a) O tipo de médico não determina a acessibilidade da atenção.
- b) Informações referentes à acessibilidade da atenção devem ser averiguadas tanto no nível da população quanto no nível das unidades.
- c) A atenção ao primeiro contato envolve capacidade de atenção e desempenho da atenção.
- d) O acesso à atenção não reduz a morbidade, pois para esta os fatores de riscos intrínsecos desempenham um papel mais importante.
- e) A presença de um especialista focal na APS é sinônimo de uma atenção mais resolutiva e flexível

85- Qual dos grupos de pacientes o Médico de Família e Comunidade deve reavaliar anualmente?

- a) Aqueles com risco cardiovascular maior ou igual a 15% em cinco anos.
- b) Aqueles com risco cardiovascular maior ou igual a 10% em cinco anos.
- c) Aqueles com risco cardiovascular entre 5% e 10% em cinco anos.
- d) Aqueles com risco cardiovascular maior ou igual a 5% em cinco anos.
- e) Aqueles com risco cardiovascular menor do que 5% em cinco anos.

Em uma comunidade onde a prevalência estimada do câncer colo-retal é de 15%, 280 pacientes foram submetidos ao exame de rastreamento dessa neoplasia pela pesquisa de sangue oculto nas fezes. 127 exames foram positivos para o sangue oculto e dentre esses, a biópsia dirigida por colonoscopia confirmou a presença de câncer colo-retal em 32 pacientes. À partir dessas informações responda às questões **86- 92**:

86- A pesquisa de sangue oculto corresponde a uma estratégia de:

- a) redução de incidência.
- b) prevenção primária.
- c) prevenção secundária.
- d) prevenção terciária.
- e) prevenção quaternária.

87- O número esperado de falso-negativos é igual a:

- a) oito
- b) dez
- c) doze
- d) quinze
- e) dezoito

88- Qual a sensibilidade do teste ?

- a) 25%
- b) 60%
- c) 62%
- d) 76%
- e) 93%

89- Qual a especificidade do teste ?

- a) 25%
- b) 60%
- c) 62%
- d) 76%
- e) 93%

90- Qual o valor preditivo positivo do teste?

- a) 25%
- b) 60%
- c) 62%
- d) 76%
- e) 93%

91- Qual o valor preditivo negativo do teste ?

- a) 25%
- b) 60%
- c) 62%
- d) 76%
- e) 93%

92- Qual a acurácia do teste ?

- a) 25%
- b) 60%
- c) 62%
- d) 76%
- e) 93%

93- Relacione os principais desenhos de estudos com suas características e indicações ?

- I. Ensaios Clínicos Randomizados
- II. Estudos de Coorte
- III. Estudos de caso controle
- IV. Estudos transversais
 - a. prospectivo
 - b. retrospectivo
 - c. avaliação de eficácia
 - d. avaliação de risco
 - e. doenças prevalentes
 - f. doenças raras
 - g. subdivisão dos grupos a partir da variável independente
 - h. subdivisão dos grupos a partir da variável dependente
 - i. Acurácia de exames diagnósticos

A associação correta é:

- a) Ia, IIc, IIIe, IVi
- b) Ib, IIc, IIIf, IVh
- c) Ic, IIg, IIIh, IVh
- d) Ia, IIc, IIIh, IVi
- e) Ic, IIe, IIIg, IVh

94- Em relação ao risco atribuível podemos afirmar:

- a) equivale à probabilidade de doença entre os expostos
- b) equivale à probabilidade de doença entre os não expostos
- c) representa proporção de incidência entre expostos e não expostos
- d) quando for menor que um indica proteção
- e) representa o excesso de casos nos expostos em relação aos não expostos

95- O estudo WHI (Women's Health Initiative) avaliou os riscos e benefícios da terapia de reposição hormonal (TH) em mais de 10.000 mulheres usuárias e não usuárias da TH . Os resultados mostraram os seguintes intervalos de confiança (IC 95%) para o risco relativo:

Desfecho Clínico	IC (95%)
Doença Cardíaca Isquêmica fatal	0,7-1,87
Doença Cardíaca Isquêmica não fatal	1,02-1,72
Acidente Vascular encefálico fatal	0,58-2,5
Acidente Vascular encefálico não fatal	1,08-2,08
Trombose venosa profunda	1,49-2,87
Câncer de mama invasivo	1,00-1,59
Câncer de endométrio	0,47-1,47
Câncer colo-retal	0,43-0,92
Fraturas vertebrais	0,44-0,98

Diante destes resultados podemos afirmar que a terapia de reposição hormonal (TH):

- a) se associa ao incremento de risco de acidente vascular encefálico não fatal
- b) se associa ao incremento de risco de doença coronária isquêmica fatal

- c) se associa a proteção para doença cardíaca isquêmica fatal
- d) se associa ao incremento de risco para câncer de endométrio
- e) se associa ao incremento de risco para câncer colo-retal

96- O que é Índice de Envelhecimento?

- a) Quociente entre a população idosa atual e a de 5 anos atrás
- b) Quociente entre a população idosa atual e a de 10 anos atrás
- c) Quociente entre a população idosa e a população jovem
- d) Quociente entre a população idosa de uma região em relação a população do país
- e) Quociente entre a população idosa local e uma população referência

97- Você atua como médico, em um Programa de Saúde da Família. Em sua área de abrangência existem pacientes acamados, sem condições de ir até a Unidade de Saúde. Uma das agentes comunitárias relata a você que o Sr. J.G.S.T., 89 anos, sem antecedentes psiquiátricos de qualquer espécie vem apresentando alucinações visuais, desorientação temporoespacial e agitação psicomotora, especialmente ao entardecer. Dentre outras informações consta ainda que o Sr. J.G.S.T. está em uso de antibiótico para tratamento de infecção urinária. O diagnóstico mais provável:

- a) Demência por múltiplos infartos
- b) Psicose reativa
- c) Depressão psicótica
- d) Delirium
- e) Transtorno de pânico

98- Você é chamado por cuidadores de um paciente que se encontra acamado e vem apresentando perda cognitiva e outras manifestações características de Hidrocefalia Normobárica. Estas outras manifestações seriam:

- a) confusão mental e alucinações visuais
- b) perda recente de memória e agnosia
- c) ataxia de marcha e incontinência urinária
- d) nistagmo e confusão mental
- e) rigidez parkinsoniana e alucinações visuais

99- Escolha a alternativa mais completa em relação à definição dos Cuidados Paliativos:

- a) Tratamento das complicações do paciente terminal por equipe de médicos e enfermeiros.
- b) Abordagens terapêuticas farmacológicas prestadas ao doente terminal.
- c) Intervenções médicas para o controle eficaz da dor proveniente do câncer.
- d) Cuidados ativos totais, multidisciplinares, prestados aos pacientes e às suas famílias.
- e) Cuidados prestados por profissionais de saúde que visam a prolongar a vida.

100- Roberto nasceu há dois dias e, pelos seus antecedentes familiares, suspeita-se que seja portador de imunodeficiência humoral e celular. Quais vacinas são contraindicadas para o Roberto, agora e caso se confirme a hipótese diagnóstica?

- a) BCG, tetra viral, meningococo C
- b) Salk, rotavírus, febre amarela
- c) Rotavírus, tríplice viral, BCG
- d) Pneumococo 10 valente, tríplice bacteriana, gripe
- e) Hepatite B, hepatite A, gripe