

NOME

INSCRIÇÃO

SALA

LUGAR

DOCUMENTO

DATA DE NASC

ESPECIALIDADE

PROVA DE MÚLTIPLA ESCOLHA – ACESSO DIRETO

ASSINATURA DO CANDIDATO

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS

Faculdade de Ciências Médicas

Tipo de Prova

W

RESIDÊNCIA MÉDICA 2015

Concurso de Admissão - 2015

Prova Múltipla Escolha (16/11/2014)

ACESSO DIRETO



UNICAMP

COREME / FCM / COMVEST

INSTRUÇÕES AOS CANDIDATOS

- Verifique se este caderno contém um total de 80 questões, numeradas de 1 a 80. Caso contrário, solicite ao fiscal da sala outro caderno completo.
- Verifique se no início do caderno há uma folha com os valores laboratoriais de referência para consulta durante a prova.
- A prova terá duração de **4 horas**, incluindo o tempo para preenchimento da folha de respostas.
- Cada candidato receberá uma folha de respostas, que deverá ser devidamente assinada e preenchida com **caneta esferográfica preta**.
- As folhas de respostas deverão permanecer sem qualquer sinal de dobra ou amassado.
- Não deixe questões sem resposta.
- Não será permitido o uso de celulares, calculadoras e outros equipamentos eletrônicos.
- **Preencha apenas uma letra (alternativa) para cada questão. Mais de uma anulará a questão.**
- Observe que todas as respostas devem estar marcadas em **preto**, não cinza.
- O candidato só poderá sair após 2 horas do início da prova.
- Somente será permitida a saída de um candidato da sala de exames quando acompanhado por um fiscal.
- As folhas de respostas que não forem entregues após **4 horas** do início da prova serão recolhidas.
- **O caderno de prova deverá ser entregue ao final da prova.** Sugerimos que reserve alguns minutos da prova para copiar o gabarito na folha recebida, para posterior conferência com o gabarito oficial.
- A prova e o gabarito oficial serão divulgados pela *internet* nos *site* **<http://www.fcm.unicamp.br/fcm/residencias-em-saude>** a partir das 19 horas de 16/11/2014.

BOA PROVA

VALORES DE REFERÊNCIA DOS EXAMES LABORATORIAIS ACESSO DIRETO 2014

ITEM	VALOR DE REFERÊNCIA	ITEM	VALOR DE REFERÊNCIA
Albuminúria	<30mg/24h ou < 30mg/g de creatinina	Proteínas Séricas	
AST	10-30 U/L	Albumina	3,4-4,8 g/dL
ALT	10-40 U/L	α1-globulina	0,1-0,3 g/dL
Bilirrubina total	0,2-1,0 mg/dL	α2-globulina	0,4-1 g/dL
Bilirrubina direta	0,1-0,4 mg/dL	β-globulina	0,5-1,1g/dL
Colesterol total	<200 mg/dL	γ-globulina	0,8-1,6g/dL
C3	0,9-1,8 g/L	Hemograma	
C4	0,1-0,4 g/L	Hb (Hemoglobina)	12-14 mg/dL
Cálcio	8,4-10 mg/dL	Ht (hematócrito)	35-49 %
CR (Creatinina)	0,4-1,2 mg/dL	HCM	26-34 g/L
Ferro sérico – Homem	45-160 µg/dL	VCM	78-100 fl
Ferro sérico – Mulher	30-160 µg/dL	Leucócitos	6.000-8.000/mm ³
Fósforo Inorgânico	2,7-4,5 mg/dL	Plaquetas	150.000-400.000/mm ³
K (Potássio)	3-5-5,5 mEq/L	Reticulócitos	25.000 a 75.000/mm ³
Fator Reumatóide	0-39 U/ml	Líquido pleural	
FSH	5-30mUI/mL	Glicose	70-99mg/dL
LH	5-25UI/L	Hemácias	zero
Prolactina	2-29ng/mL	Leucócitos	< 1000/mm ³
Na (Sódio)	135-145 mEq/L	Desidrogenase láctica (LDH)	100-200UI/L
Hb glicada	4-6%	pH	7,6-7,64
PTH	15-65pg/mL	Adenosina deaminase (ADA)	< 40 U/L
PSA total	< 4,0ng/mL	Urinálise	
Proteína/Creatinina urinárias	<0,2 g/g	Densidade urinária	1.005-1035
TIBC	242-450 µg/dL	Hematúria	<5/campo
Triglicérides	<200 mg/dl	Leucocitúria	<5/campo
Troponina	< 14 ng/L	Osmolalidade urinária	50-1.200 mOsm/Kg
U (Ureia)	15-45 mg/dL	Proteinúria	<0,15 g/24h
Tempo de Protrombina (TP)	11-12,5 seg		
Tempo de Tromboplastina Parcial ativada (TTPa)	30-43 seg		
R	< 1,2		
RNI	< 1,25		
Fibrinogênio	200-400 mg/dL		

1. Mulher, 90a, branca, queixa-se de tosse e expectoração amarelada há 2 dias. Sem comorbidades. Exame físico: lúcida; peso= 80kg; PA= 140x80mmHg; FR= 18irpm; temperatura 37,5°C; oximetria de pulso= 97% (ar ambiente). Coração: bulhas rítmicas normofonéticas sem sopros. Pulmão: murmúrio vesicular presente com estertores crepitantes em base direita. Radiograma de tórax: opacidade em base direita. Exames laboratoriais: Creatinina sérica= 1,0mg/dL; Hemograma: Hb= 13,7g/dL; Leucócitos= 13500/mm³ com neutrofilia. **EM RELAÇÃO À TAXA DE FILTRAÇÃO GLOMERULAR ESTIMADA (TFG_e) E À INTERNAÇÃO:**

- a. A TFG_e está acima de 90mL/min e não há necessidade de internação.
- b. A TFG_e está acima de 90mL/min e a paciente deve ser internada.
- c. A TFG_e está em torno de 50mL/min e não há necessidade de internação.
- d. A TFG_e está em torno de 50mL/min e a paciente deve ser internada.

2. Mulher, 16a, queixa-se de dor abdominal de forte intensidade há 12 horas. Exame físico: desidratada ++/4+; descorada +/4+; T= 36,2°C; FC= 134bpm; FR= 32irpm; oximetria de pulso= 96% (ar ambiente); PA= 96x64mmHg. Ausculta cardíaca e pulmonar normais. Abdome: levemente distendido com dor difusa à palpação profunda; punhopercussão lombar: negativa. Rigidez de nuca: ausente. Extremidades: frias. Glicemia capilar= 342mg/dL. **A CONDUTA INICIAL É:**

- a. Tomografia de abdome.
- b. Administração de insulina.
- c. Hidratação e dosagem de potássio.
- d. Dosagem de amilase e lipase.

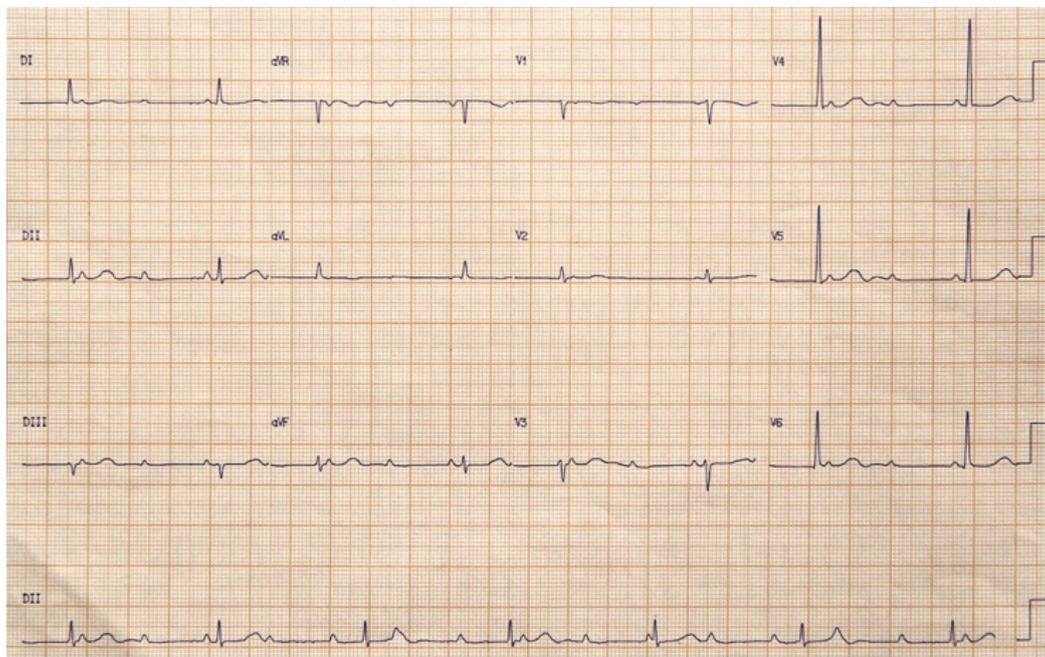
3. Homem, 55a, procura o pronto atendimento por piora da falta de ar. Antecedentes pessoais: portador de doença respiratória crônica, tabagista de 40 anos-maço. Exame físico: consciente; orientado; cianose de extremidades; PA= 150x100mmHg; FR= 25irpm; FC= 98bpm; oximetria de pulso= 88% (ar ambiente). Tórax: respiração abdominal, diminuição da expansibilidade, murmúrio vesicular presente e diminuído globalmente. Após nebulização com suplementação de O₂ 10 L/min, o paciente começou a apresentar sonolência. Gasometria arterial: pH= 7,1; PaO₂= 78mmHg; PCO₂= 80mmHg; HCO₃= 14mEq/L. **EM RELAÇÃO À HIPERCAPNIA, ASSINALE A ALTERNATIVA CORRETA:**

- a. Pode acontecer após a suplementação de O₂, devido à piora na ventilação/perfusão e à diminuição do volume minuto.
- b. Existe uma relação linear entre PCO₂ e ventilação; com hipoxemia, os quimiossensores ficam menos sensíveis a hipercapnia.
- c. Respiração mais superficial e aumento da frequência respiratória auxiliam na redução da hipercapnia.
- d. Um diafragma mais retificado permite uma maior pressão na expiração com aumento de PCO₂.

4. Mulher, 62a, com antecedente de diabetes e hipertensão arterial, foi internada por pielonefrite e está em tratamento com amicacina. Exames laboratoriais: Ureia sérica= 122mg/dL e creatinina sérica= 3,4mg/dL. **OS EXAMES QUE DIFERENCIAM INSUFICIÊNCIA RENAL AGUDA DE INSUFICIÊNCIA RENAL CRÔNICA SÃO:**

- a. Cálcio sérico e cintilografia renal.
- b. Fosfato sérico e ultrassonografia de rins e vias urinárias.
- c. Fração de excreção de sódio e cintilografia renal.
- d. Paratormônio (PTH) sérico e ultrassonografia de rins e vias urinárias.

5. Homem, 72a, queixa-se de tontura e cansaço há 2 dias. Hoje apresentou queda da própria altura ao se levantar. Antecedente pessoal: hipertensão arterial em uso de metoprolol e hidroclorotiazida. Realizou o ECG abaixo:



A CONDUTA É:

- a. Realizar cateterismo cardíaco.
- b. Suspende hidroclorotiazida e repor potássio.
- c. Realizar estudo eletrofisiológico.
- d. Inserir marcapasso temporário.

6. Homem, 58a, queixa-se de lesões avermelhadas em pernas e tronco há 3 semanas, com piora progressiva. Há 2 semanas, refere dificuldade para escrever com a mão esquerda, que está mais fraca, e refere que o pé direito está “caído”. Há 1 semana, evoluiu com dificuldade para respirar e escurecimento da urina. Exame físico: consciente; orientado; FC= 108bpm; FR= 28irpm; PA= 172x88mmHg; SatO₂=94% (ar ambiente). Tórax: murmúrio vesicular simétrico, com estertores crepitantes em bases e campos médios bilateralmente. Edema de membros inferiores +/4+. Pele: presença de lesões eritematosas puntiformes e elevadas em membros inferiores, tronco e membros superiores. Neurológico: diminuição da força muscular em primeiro e segundo dedos da mão esquerda, hipoestesia da eminência tenar da mesma mão e da face medial do braço esquerdo, pé direito caído, com hipoestesia no dorso. **A HIPÓTESE DIAGNÓSTICA É:**

- a. Polineuropatia sensitivomotora distal.
- b. Mononeurite múltipla.
- c. Polirradiculopatia desmielinizante.
- d. Mielite transversa.

7. Homem, 75a, é internado com quadro de infecção de trato urinário. Após o terceiro dia, apresenta-se confuso, agitado, desorientado, com alteração do ciclo de sono e vigília, com piora à noite. Estável hemodinamicamente, apresentando exames laboratoriais dentro dos valores de referência. **O DIAGNÓSTICO E UM FATOR DE RISCO PARA ESSA DOENÇA SÃO:**

- a. Transtorno dissociativo; ausência dos familiares no ambiente hospitalar.
- b. Episódio maníaco; disfunção auditiva.
- c. Esquizofrenia; quadro semelhante prévio.
- d. *Delirium*; disfunção visual.

8. Homem, 78a, refere que não está conseguindo controlar a pressão arterial há 3 meses. Antecedentes pessoais: tabagista, hipertenso há 20 anos, em uso de hidroclorotiazida. Exame físico: corado; hidratado; FC= 72bpm; PA= 168x112mmHg. Pescoço: sopro audível na topografia de carótida direita. Coração: ausculta cardíaca sem alterações. Extremidades: pulso pedioso e radial esquerdos diminuídos. **A PROPEDEÚTICA DIAGNÓSTICA A SER REALIZADA É:**

- a. Ecocardiograma.
- b. Ultrassonografia com Doppler de membro inferior esquerdo.
- c. Angiotomografia de aorta.
- d. Monitorização Ambulatorial da Pressão Arterial (MAPA).

9. Mulher, 48a, apresenta quadro de dor torácica ventilatório-dependente há 2 meses. Há 2 semanas, refere melhora da dor e falta de ar progressiva. Radiograma de tórax: opacidade homogênea à direita, compatível com derrame pleural. Realizada toracocentese. Líquido pleural: proteína= 4,8g/dL; glicose= 23mg/dL; leucócitos= 720/mm³ (linfócitos= 78%, monócitos= 12%, neutrófilos= 10%); hemácias= 432/mm³; LDH= 1234UI/L; Adenosina deaminase (ADA)= 52U/L. **A HIPÓTESE DIAGNÓSTICA É:**

- a. Neoplasia de mama metastática.
- b. Insuficiência cardíaca.
- c. Lúpus eritematoso.
- d. Tuberculose.

10. Homem, 38a, técnico de enfermagem, hígido e sem antecedentes mórbidos, acidentase com agulha utilizada em punção venosa de paciente com diagnóstico de hepatite (sorologias positivas para vírus da hepatite B e negativas para HIV). Sorologias do profissional: HBsAg: não reagente; anticorpo anti-HBs: reagente, anti-HBc IgG: não reagente. **ESSA SOROLOGIA INDICA:**

- a. Vacinação prévia para hepatite B.
- b. Infecção prévia pelo vírus da hepatite B.
- c. Infecção aguda pelo vírus da hepatite B.
- d. Necessidade de revacinação para hepatite B.

11. Homem, 57a, negro, há 7 meses refere mal estar, cansaço fácil, fadiga, náuseas, diminuição do apetite e emagrecimento de 5kg no período. Está em tratamento regular para hipertensão arterial sistêmica com betabloqueador e inibidor de enzima conversora de angiotensina. É diabético em uso de insulina há 6 anos. Procurou o Pronto Socorro, por duas vezes, pois sua pressão estava muito baixa e desmaiou, sendo orientado a suspender o inibidor de enzima conversora de angiotensina. Exame físico: PA sentado= 90x62 mmHg; PA em pé= 70x58 mmHg; FC= 74bpm; Oximetria de pulso = 96% (em ar ambiente); corado; hidratado. Pulmões: murmúrio vesicular presente sem ruídos adventícios. Coração: bulhas rítmicas normofonéticas sem sopros. Membros inferiores: ausência de edema. Exames laboratoriais: Na sérico= 121mEq/L; K sérico= 5,4mEq/L; glicemia= 67mg/dL; creatinina sérica= 1,2mg/dL e ureia sérica= 42mg/dL. **O**

DIAGNÓSTICO É:

- a. Insuficiência renal crônica.
- b. Insuficiência suprarrenal primária crônica.
- c. Hiperaldosteronismo primário.
- d. Hiper cortisolismo primário.

12. Mulher, 54a, acompanhada por artrite reumatoide, há 6 meses em uso de inibidor de fator de necrose tumoral. Refere diminuição do apetite há 4 meses, já emagreceu 6 kg. Nega febre, refere sudorese durante a noite e tosse com expectoração amarelada em moderada quantidade. Exame físico: PA= 128x74 mmHg; FC= 76 bpm; FR= 20 irpm; Oximetria de pulso= 96% (ar ambiente); Índice de Massa Corpórea= 21 kg/m². Regular estado geral. Pulmões: murmúrio vesicular presente, estertores em ápice esquerdo. Coração: bulhas rítmicas normofonéticas, sopro sistólico suave em foco mitral irradiado para axila. **O EXAME COMPLEMENTAR E A CONDUTA PARA O DIAGNÓSTICO SÃO:**

- a. Radiograma de tórax; prescrição de ceftriaxone e azitromicina.
- b. Ecocardiografia; prescrição de vancomicina.
- c. Radiograma de tórax; prescrição de isoniazida, rifampicina, pirazinamida e etambutol.
- d. Ecocardiografia; prescrição de penicilina e gentamicina.

13. Mulher, 38a, negra, procura atendimento com queixa de fraqueza, desânimo e inapetência há 6 meses, com piora progressiva. Nega outras queixas. Exame físico: PA= 110x70mmHg; FC= 92 bpm; descorada 2+/4+. Exames laboratoriais: Hb= 9,0g/dL; Htc= 27%; VCM= 77fl; HCM= 22pg; ferro sérico= 32µg/dL e TIBC= 400µg/dL. **A CLASSIFICAÇÃO MORFOLÓGICA E A CAUSA DA ANEMIA SÃO:**

- a. Hipocrômica, microcítica; deficiência de ferro.
- b. Normocrômica, normocítica; doença crônica.
- c. Hipocrômica, microcítica; traço talassêmico.
- d. Normocrômica, normocítica; doença falciforme.

14. Homem, 67a, diabético, há 6 dias em tratamento por infarto agudo do miocárdio. Após pesadelo, sente dor precordial intensa, em aperto e sudorese profusa. Exame físico: FC= 96 bpm. Pulmão: murmúrio vesicular sem ruídos adventícios. Coração: bulhas rítmicas normofonéticas sem sopros. No momento, o eletrocardiograma não apresenta alterações isquêmicas. Exames laboratoriais: Troponina= 20ng/L (Valor referência < 14,0ng/L).

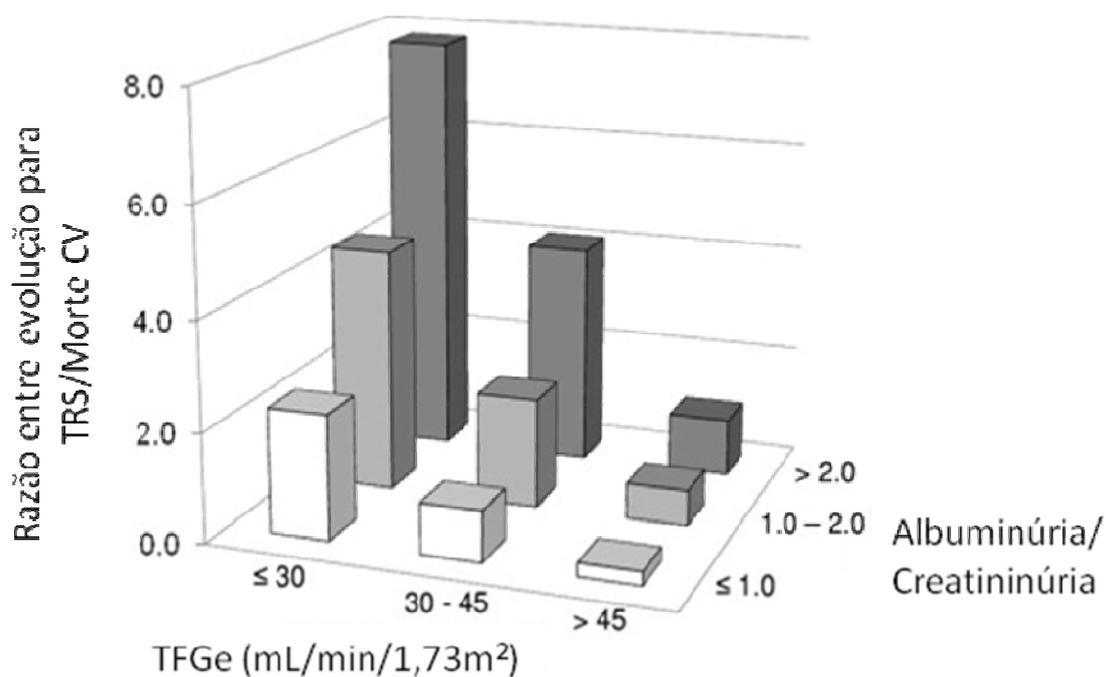
QUAL A CONDUTA:

- a. Trombólise
- b. Angiografia coronariana
- c. *Bypass* coronariano
- d. Dosagem seriada de creatina fosfoquinase fração miocárdica.

15. Homem, 78a, há 2 meses queixa-se de falta de ar, com piora progressiva. Aos grandes esforços, sente queimação retroesternal e em uma destas ocasiões, sentiu tonturas, escurecimento visual e quase desmaiou, melhorando ao se deitar. Para conseguir dormir, eleva a cabeceira da cama e, mesmo assim, acorda com cansaço todas as noites, melhora quando senta. Refere inchaço nas pernas. Exame físico: PA= 128x88 mmHg; FC= 108 bpm; bom estado geral; extremidades quentes; jugulares túrgidas a 45 graus; pulsos carotídeos diminuídos. Pulmões: murmúrio vesicular presente com estertores crepitantes em bases. Coração: bulhas rítmicas normofonéticas, com desdobramento de B2 na expiração e B4 audível em mesocárdio e foco mitral e sopro sistólico paraesternal à direita, irradiando para carótidas. **A AUSCULTA CARDÍACA REFERE-SE A:**

- a. Galope atrial e estenose aórtica.
- b. Galope atrial e insuficiência tricúspide.
- c. Galope ventricular e insuficiência aórtica.
- d. Galope ventricular e estenose aórtica.

16. A figura abaixo, publicada no *American Journal of Clinical Disease*, 59 (1), jan 2012, 75-83, mostra a razão entre evolução para terapia renal substitutiva (TRS) e morte cardiovascular (CV), de acordo com a taxa de filtração glomerular estimada (TFGe) e a albuminúria em pacientes diabéticos do tipo 2 com nefropatia.



DE ACORDO COM ESSA FIGURA, PODEMOS DIZER QUE, PARA ESSE GRUPO DE PACIENTES:

- Quanto maior a proteinúria, maior o risco de progressão de doença renal.
- Quanto maior a TFGe, menor o risco de morte.
- O risco de evolução para TRS é maior do que o risco de morte por doença CV.
- A albuminúria é um indicador de risco de morte cardiovascular.

17. Mulher, 17a, relata dor abdominal e episódios de diarreia com muco há 3 meses e saída de secreção pela região perineal há 2 meses. Exame físico: descorada ++/4+; IMC= 17 kg/m². Abdome: levemente distendido e doloroso à palpação de fossa ilíaca direita, descompressão brusca indolor. Inspeção perianal: orifício fistuloso perianal e outro no intróito vaginal com descarga purulenta; inspeção dinâmica e toque retal sem alterações.

A HIPÓTESE DIAGNÓSTICA E OS EXAMES COMPLEMENTARES INDICADOS SÃO:

- a. Doença de Crohn; trânsito intestinal e ileocolonoscopia.
- b. Doença de Crohn; tempo de trânsito cólico e ileocolonoscopia.
- c. Retocolite ulcerativa; ressonância magnética de pelve e ileocolonoscopia.
- d. Retocolite ulcerativa; trânsito intestinal e colonoscopia.

18. Homem, 21a, com fratura de fêmur devido à queda de muro sobre a coxa esquerda, a qual permaneceu comprimida por 1 hora. **PARA PREVENÇÃO DA INJÚRIA RENAL AGUDA, A CONDUTA É:**

- a. Infusão contínua de manitol e enoxaparina.
- b. Infusão de solução cristalóide e alcalinização da urina.
- c. Infusão de solução cristalóide e enoxaparina.
- d. Infusão de manitol e coleta de creatinina.

19. Menino, 2 meses, chega a unidade de emergência com historia de vômitos não-biliosos pós-alimentares há 20 dias. Exame físico: Bom estado geral; irritado; FC=140 bpm; FR=50 irpm; mucosas secas; choro sem lágrimas; fontanela levemente deprimida; turgor pastoso; sem outras alterações. **QUAL O DISTÚRBO ÁCIDO-BÁSICO E ELETROLITICO ESPERADO:**

- a. Alcalose metabólica e hipocloremia
- b. Alcalose metabólica e hiperclorémia
- c. Acidose metabólica e hipocloremia
- d. Acidose metabólica e hiperclorémia

20. Homem, 50a, é encaminhado com diagnóstico de pneumonia. Refere disfagia cervical, tosse, salivação excessiva, regurgitação espontânea de alimentos não digeridos, com odor fétido e halitose há 5 anos, com piora progressiva há 6 meses. Nega anorexia, odinofagia e rouquidão. **A HIPÓTESE DIAGNÓSTICA E O EXAME COMPLEMENTAR SÃO:**

- a. Acalásia e manometria de esôfago.
- b. Divertículo de Zencker e esofagograma.
- c. Doença do refluxo gastroesofágico e pHmetria esofágica.
- d. Hérnia hiatal deslizante e endoscopia digestiva alta.

21. Mulher, 43a, assintomática, realizou exame periódico da empresa e foi auscultado sopro diastólico em foco mitral +++/4+. Radiograma de tórax: índice cardiorácico aumentado. Ecocardiografia: prolapso incontinente da valva mitral, com ruptura de cordoalha tendínea do folheto posterior, diâmetro diastólico ventricular esquerdo moderadamente aumentado e fração de ejeção do ventrículo esquerdo de 45%.

ASSINALE A ALTERNATIVA CORRETA:

- a. O reparo valvar deve ser indicado mesmo com a paciente assintomática.
- b. O prolapso associado à ruptura de cordoalha tendínea indica a troca valvar.
- c. A etiologia provável é reumática, apesar de não haver antecedente.
- d. O tratamento é conservador com reavaliação ecocardiográfica anual.

22. QUAL DAS SEGUINTESS CONDIÇÕES NECESSITA ACOMPANHAMENTO COLONOSCÓPICO PERIÓDICO PARA PREVENÇÃO DO ADENOCARCINOMA COLORRETAL?

- a. Pólipo hiperplásico.
- b. Endometriose colônica.
- c. *Melanosis coli*.
- d. Adenoma tubular.

23. Homem, 22a, vítima de acidente motociclistico, sofreu traumatismo craneencefálico grave, sendo submetido a procedimento cirúrgico. No quinto dia de pós-operatório, sob ventilação mecânica na UTI, evoluiu com midríase fixa bilateral. **PARA INICIAR O PROTOCOLO DE MORTE ENCEFÁLICA É NECESSÁRIO:**

- a. Suspender a sedação e analgesia.
- b. Realizar teste de apneia.
- c. Realizar eletroencefalograma.
- d. Suspender drogas vasoativas.

24. Mulher, 25a, vítima de agressão física, deu entrada no pronto socorro com dor abdominal. Exame físico: PA= 80x40mmHg; FC= 130bpm. Pulmões: murmúrio vesicular simétrico bilateral. Abdome: distendido, descompressão brusca dolorosa. Toque retal: sem alteração. Ultrassonografia *FAST*: líquido livre nos espaços hepatorenal e hepatoesplênico. Realizada reanimação volêmica e laparotomia exploradora com reparação das lesões intracavitárias. No fechamento da cavidade abdominal as alças intestinais estavam edemaciadas. Durante o ato cirúrgico foram administrados 10 litros de solução cristalóide, 4 unidades de concentrado de hemácias e 4 unidades de plasma fresco congelado. No terceiro dia de pós-operatório, sob ventilação mecânica, a pressão intra-abdominal (PIA) é de 15 mmHg. **A CONDUTA É:**

- a. Adequar, se necessário, a analgesia e o relaxamento da parede abdominal.
- b. Realizar tomografia computadorizada de abdome e laparotomia se líquido livre.
- c. Indicar laparotomia exploradora e peritoneostomia.
- d. Administrar corticoide e adequar, se necessário, parâmetros de ventilação.

25. Homem, 21a, vítima de acidente motociclistico em alta velocidade, deu entrada no pronto socorro consciente, sem evidências de fraturas. Exame físico: FC= 80bpm; FR= 16 irpm; PA= 122x80 mmHg; apresenta escoriações em hipocôndrio e flanco direito e dor local. Htc= 40% e Hb= 13,0 g/dL. Tomografia computadorizada de abdome: lesão hepática grau II e líquido livre no espaço hepatorenal e cavidade pélvica. Internado em UTI para monitorização. No controle de 12 horas de internação: FC= 84bpm; FR= 18irpm; PA= 118x76mmHg; Htc= 30% e Hb= 9,7g/dL. **A CONDUTA É:**

- a. Repetir a tomografia computadorizada do abdome.
- b. Tratamento conservador não cirúrgico.
- c. Indicar transfusão sanguínea.
- d. Indicar laparotomia exploradora.

26. Homem, 16a, refere queda de bicicleta com impacto do lado direito do tórax. Chega à unidade de emergência com dor torácica, consciente, leve desconforto respiratório. Exame físico: FR= 22irpm; FC= 84 bpm; PA= 116x76 mmHg; Oximetria de pulso= 95% (ar ambiente). Pulmões: murmúrio vesicular diminuído à direita. Radiograma de tórax: traqueia centrada, pequeno/moderado pneumotórax e obliteração do seio costofrênico direito, fraturas do 5° e 6° arcos costais direitos. **A CONDUTA É:**

- a. Drenagem torácica sob selo d'água.
- b. Toracocentese de alívio.
- c. Ventilação não invasiva.
- d. Controle radiográfico após 12 h.

27. Homem, 48a, tabagista e etilista há 25 anos, procura atendimento médico por lesão em hálux esquerdo e muita dor, inclusive em repouso, há uma semana. Relata que há 5 anos vem sentindo dor na planta do pé ao caminhar rápido por distâncias maiores do que 500 metros. Não faz acompanhamento médico. Exame físico: pulsos poplíteos presentes e ausência de pulsos nos pés. Lesão na ponta do dedo, com aspecto de escara negra e seca, com a pele ao redor avermelhada. **O DIAGNÓSTICO É:**

- a. Pé diabético.
- b. Neuropatia por etilismo.
- c. Poliarterite nodosa.
- d. Tromboangeíte obliterante.

28. Homem, 24a, chega ao Pronto Socorro após acidente automobilístico em que foi arremessado contra o volante do automóvel com conseqüente trauma da face. Exame físico: dor à palpação na região do nariz com alargamento da porção superior do mesmo e hematoma. Radiograma de face: fratura dos ossos nasais. **O TEMPO PARA O TRATAMENTO DA FRATURA E A JUSTIFICATIVA PARA ESSE INTERVALO SÃO:**

- a. Uma semana; desaparecimento do edema.
- b. Três dias; avaliação adequada de outras lesões.
- c. O mais rapidamente possível; evitar deformidades permanentes.
- d. Imediatamente; preservar a via aérea pérvia.

29. Homem, 67a, procura atendimento médico queixando-se de rouquidão há 45 dias. Tem antecedente de etilismo e tabagismo. **APÓS EXAME FÍSICO, A PROPEDÊUTICA DIAGNÓSTICA É REALIZAR:**

- a. Tomografia computadorizada com contraste da região cervical.
- b. Ressonância magnética cervical.
- c. Laringoscopia.
- d. Ultrassonografia cervical.

30. Homem, 54a, procura o pronto-socorro com queixa de fezes enegrecidas e fétidas há dois dias e um episódio de vômito com coágulos. Antecedente de etilismo há 40 anos. Exame físico: regular estado geral; descorado ++/4+; desidratado +/4+; anictérico; acianótico; FR= 22irpm; FC= 110bpm; PA= 90x60mmHg. Tórax: murmúrio vesicular presente e diminuído em bases; ginecomastia. Abdome: globoso, ascite presente, fígado não palpável, baço a 2 cm do rebordo costal esquerdo. Pele: aranhas vasculares em face anterior do tórax e abdome. Membros inferiores: edema ++/4+. **ASSINALE A ALTERNATIVA CORRETA:**

- a. O risco de óbito neste episódio é de aproximadamente 30%.
- b. O risco de recorrência de sangramento é abaixo de 10%.
- c. O risco de óbito independe do grau de disfunção hepática.
- d. O risco de recorrência de sangramento independe do tamanho das varizes.

31. Homem, 25a, informa diagnóstico de retocolite ulcerativa em cólon e reto há 10 anos. Apresenta dor articular desde o diagnóstico, com piora importante nos últimos 2 anos. Refere prurido e dor abdominal vaga há 18 meses, evoluindo com icterícia há 3 meses. Está em uso de anti-fator de necrose tumoral alfa e azatioprina, sem línica. **APÓS A RETOCOLECTOMIA TOTAL ESPERA-SE:**

- a. Manutenção da artralgia.
- b. Diminuição do risco de neoplasia de vias biliares.
- c. Evolução da colangite esclerosante e cirrose.
- d. Melhora do prurido.

32. Homem, 63a, refere que há cerca de 1 ano vem apresentando dificuldade para iniciar a micção, fazendo muito esforço durante a mesma com jato urinário fraco e sensação de esvaziamento incompleto da bexiga. Toque retal: próstata aumentada com peso de aproximadamente 60g; consistência fibroelástica; sem nódulos. **A CONDUTA INICIAL É:**

- a. Solicitar dosagem de antígeno específico da próstata sérico (PSA), ureia, creatinina, análise do sedimento urinário e urocultura.
- b. Realizar ultrassonografia transabdominal para determinação do volume prostático e detecção de nódulos.
- c. Realizar biópsia guiada por ultrassonografia antes de se indicar a ressecção transuretral.
- d. Prescrever alfa-agonista isolado ou associado com inibidor da 5-alfa-redutase.

33. Homem, 15a, solicita consulta em uma Unidade Básica de Saúde com queixa de ter ficado com a boca torta. Nega qualquer outra queixa. Relata ter tido episódio semelhante há cerca de 4 anos e que regrediu. Exame físico: apagamento dos sulcos frontais e nasogeniano à direita, não fecha o olho esquerdo, diminuição do piscamento, desvio de rima para a direita restante do exame neurológico sem alterações. **ESTA PARALISIA FACIAL É:**

- a. Periférica à direita.
- b. Periférica à esquerda.
- c. Central à direita.
- d. Central à esquerda.

34. Mulher, 14a, previamente hígida, vem para avaliação após ter desmaiado em um acampamento de bandeirantes. Refere que após 48 horas de acampamento, por volta de 8 horas da manhã, quando estavam em formação para hastear a bandeira, lembra-se apenas de uma leve tontura e desmaiou. Nega outros sinais e sintomas e quando recobrou a consciência, conseguiu levantar-se sem problemas. Exame físico: IMC= Percentil 85; FC= 60bpm; FR= 14irpm; PA= 100x60 mmHg; sem outras alterações. **A**

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA É:

- a. Hipoglicemia.
- b. Síndrome convulsiva.
- c. Hipotensão postural.
- d. Síndrome vasovagal.

35. Menino, 45 dias de vida, em aleitamento materno exclusivo, está há 3 dias com baixa aceitação oral. Há 2 dias apresentou alguns episódios de vômitos, palidez e há 1 dia está icterício. Nega febre, sem antecedentes relevantes. Exame físico: regular estado geral; FR= 40 irpm; FC= 178 bpm; T= 38,8°C; descorado +/-; palidez cutânea +/-; icterícia +/-+. **ALÉM DA HEMOCULTURA, UM EXAME A SER REALIZADO É:**

- a. Ecocardiograma.
- b. Sorologia para dengue.
- c. Urocultura.
- d. Proteína C reativa

36. Atualmente, em lactentes não amamentadas com leite materno, o uso de fórmulas lácteas tem sido cada vez mais estimulado porque o leite de vaca possui:

- a. Menor carga osmótica.
- b. Deficiência de sódio.
- c. Menor quantidade de proteínas.
- d. Maior possibilidade de contaminação.

37. Lactente, 3 meses, nascido a termo, com peso adequado para a idade gestacional, em aleitamento materno exclusivo, com bom ganho ponderal. Hemograma de 7 dias atrás devido palidez cutânea: Hb= 10,4 g/dL; Htc= 38%; VCM= 95 fL; HCM= 32 pg. **A**

CONDUTA É:

- a. Aleitamento materno exclusivo e sulfato ferroso (5mg/kg/dia).
- b. Aleitamento misto com leite fortificado com ferro.
- c. Aleitamento materno exclusivo.
- d. Aleitamento materno exclusivo e sulfato ferroso (1mg/kg/dia).

38. Menino, 10a, refere febre alta há 3 dias e manchas vermelhas pelo corpo há 1 dia. Retornou da Europa há 15 dias. Nunca foi vacinado por opção dos pais. Exame físico: Regular estado geral; fácies catarral; T= 39,5°C; FC= 110bpm; FR= 36irpm. Orofaringe: manchas puntiformes brancas com eritema ao redor em mucosa oral. Pele: exantema maculopapular eritematoso e difuso. **ASSINALE A ALTERNATIVA CORRETA:**

- a. A encefalite é uma complicação grave, de início precoce e frequente.
- b. O tratamento é antitérmico, hidratação, higiene nasal e ocular e imunoglobulina intravenosa.
- c. Se houver contato com criança susceptível, esta deverá receber a vacina dentro de 3 dias.
- d. Trata-se de uma doença transmitida por vetor.

39. Menino, 9a, chega ao hospital após queda do telhado há 40 minutos; mãe refere perda da consciência por 5 minutos, seguida de vômitos, confusão mental e sonolência. Exame físico: hematoma em região têmporo-parietal esquerda, palidez cutâneo mucosa, pulsos finos, pupilas anisocóricas, Escala de Coma de Glasgow= 8. **A PRIMEIRA**

CONDUTA É:

- a. Realizar tomografia de crânio
- b. Realizar radiograma de crânio e, se evidência de fratura, tomografia de crânio
- c. Puncionar veia periférica e administrar dexametasona.
- d. Intubação orotraqueal

40. Menina, 5a, previamente hígida. Mãe refere tosse, febre, dor torácica e cansaço há 3 dias. Exame físico: apática; FR= 36irpm; FC= 142bpm; T= 39°C; oximetria de pulso= 92% (ar ambiente); retração subcostal. Pulmões: murmúrio vesicular diminuído à direita. Radiograma de tórax: opacidade homogênea em lobo inferior direito, com obliteração do seio costofrênico ipsilateral. **A CONDUTA E O AGENTE ETIOLÓGICO SÃO:**

- a. Internação, toracocentese, penicilina cristalina; *S. pneumoniae*.
- b. Tratamento domiciliar, amoxicilina dose dobrada; *S. pneumoniae*.
- c. Internação, drenagem torácica, cefalosporina terceira geração; *S. aureus*.
- d. Tratamento domiciliar, macrolídeo; *M. pneumoniae*.

41. Lactente, 3 meses, portador de Síndrome de Down, comparece à consulta médica com história de cansaço às mamadas e baixo ganho de peso desde o nascimento. **A HIPÓTESE DIAGNÓSTICA É:**

- a. Hipotonia da síndrome.
- b. Doença do refluxo gastroesofágico.
- c. Cardiopatia congênita.
- d. Dificuldade de aleitamento materno.

42. Menino, 18 meses, adotado aos 4 meses, sem informações sobre a família biológica. Os pais adotivos referem: 3 episódios de pneumonia com necessidade de internação, uma delas em terapia intensiva; 4 episódios de otite média aguda supurada bilateral; episódios recorrentes de candidíase oral e perineal; padrão evacuatório de fezes líquidas uma a duas vezes por dia. A criança frequenta a creche meio período, desde os 8 meses.

NO PRESENTE CASO DEVE-SE INICIALMENTE:

- a. Investigar imunodeficiência primária.
- b. Investigar infecção pelo HIV.
- c. Atribuir o quadro clínico à frequência à creche.
- d. Atribuir o quadro clínico à imaturidade do sistema imunológico, próprio da idade.

43. Lactente, 9 meses, previamente hígida. Mãe refere febre há 12 horas, vômitos e irritabilidade. Nas últimas 2 horas, na vigência de febre, apresentou 2 episódios de tremores e cianose de extremidades com duração de alguns minutos. Exame físico: Regular estado geral; FC= 165bpm; FR= 56irmp; T= 38,8°C; palidez cutânea; alternando períodos de irritabilidade e sonolência; membrana timpânica com hiperemia bilateral.

NESTE CASO A ALTERNATIVA CORRETA É

- a. A hipótese diagnóstica é otite média aguda e o tratamento é amoxicilina.
- b. Indica-se antitérmico e reavaliação clínica quando afebril.
- c. Indica-se realização de hemograma, sedimento urinário e radiograma de tórax.
- d. Indica-se punção de líquido e antibiótico endovenoso empírico.

44. Mulher, 22a, G1P0A0, em acompanhamento pré-natal e sem complicações. Chega em trabalho de parto. **EM RELAÇÃO À REANIMAÇÃO NEONATAL, O QUE DEVE SER OBSERVADO É:**

- a. Presença de mecônio, frequência respiratória, tônus e idade gestacional do recém-nascido.
- b. Presença de mecônio, ritmo respiratório, tônus e idade gestacional do recém-nascido.
- c. Frequência cardíaca, ritmo respiratório, tônus e idade gestacional do recém-nascido.
- d. Frequência cardíaca, frequência respiratória, tônus e cor.

45. Recém-nascido a termo, adequado para a idade gestacional, APGAR 09/10, sem alterações ao exame físico. Antecedente: mãe com sífilis diagnosticada e tratada 15 dias antes do parto. **A CONDUTA INICIAL É:**

- a. Observar clinicamente o RN, pois a mãe fora tratada ao diagnóstico.
- b. Realizar estudo radiológico de ossos longos, punção lombar e hemograma com plaquetas para orientar o tratamento.
- c. Realizar seguimento ambulatorial com consultas mensais até o sexto mês de vida e bimensais do sexto ao décimo segundo mês de vida.
- d. Administrar penicilina procaína por 10 dias se houver alteração líquórica e hematológica.

46. Recém-nascido pré-termo tardio e pequeno para idade gestacional, sem alterações ao exame físico. **A CONDUTA É:**

- a. Realizar rastreamento de hipoglicemia por meio de fita reagente no RN com sinais e/ou sintomas relativos ao distúrbio metabólico.
- b. Estimular o aleitamento materno com suplementação por meio de fórmula láctea pelo risco de hipoglicemia.
- c. Realizar rastreamento de hipoglicemia por dosagem sérica no RN independentemente de sinais e/ou sintomas relativos ao distúrbio metabólico.
- d. Realizar rastreamento de hipoglicemia por meio de fita reagente no RN independentemente de sinais e/ou sintomas relativos ao distúrbio metabólico.

47. Menino, 4 meses, previamente hígido, procura atendimento médico com história de tosse seca e coriza há 3 dias, nas últimas 24 horas evoluiu com febre baixa não medida, cansaço e vômitos pós-alimentares. Exame físico: FR= 68irpm; FC= 158bpm; T= 37,8°C; bom estado geral. Pulmões: murmúrio vesicular presente simétrico, diminuído em base direita, sibilos disseminados e tempo expiratório prolongado. **QUAL O TIPO DE INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA E A TOPOGRAFIA ANATÔMICA ACOMETIDA:**

- a. Obstrutiva e via aérea inferior.
- b. Restritiva e via aérea inferior.
- c. Obstrutiva e via aérea superior.
- d. Restritiva e via aérea superior.

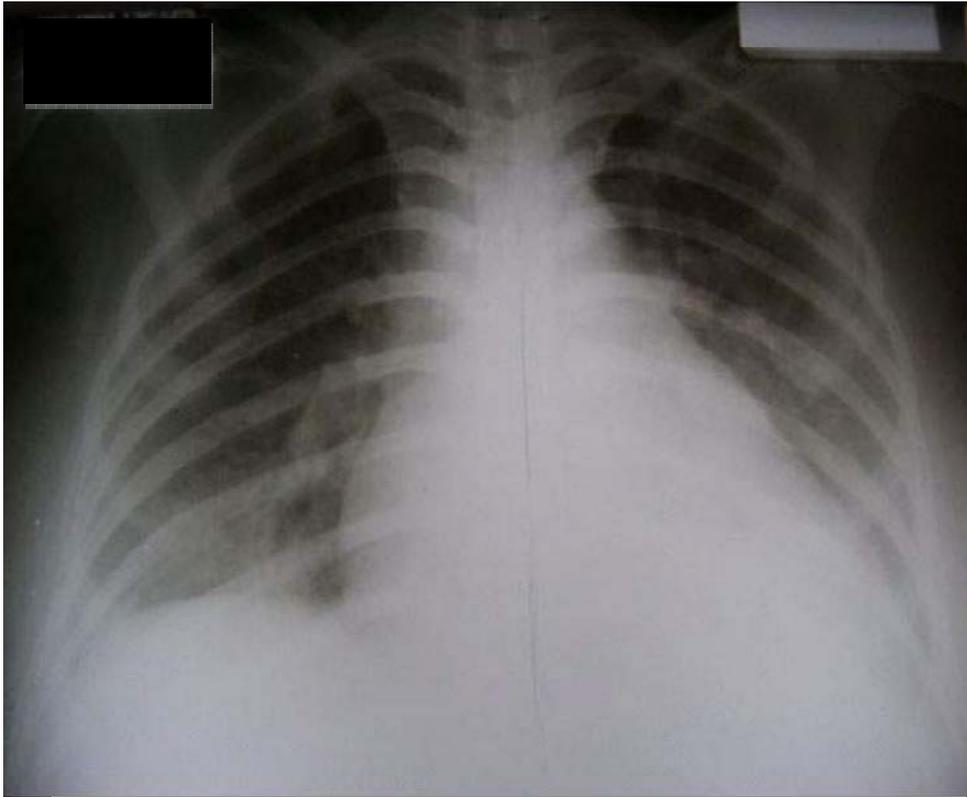
48. Lactente, 8 meses. Mãe refere aumento do número de evacuações e alteração da consistência das fezes há 2 meses, sendo que há uma semana refere aparecimento de laivos de sangue e vômitos. Hábito intestinal= 5-7 vezes ao dia. Acha que filho está mais irritado e com “cólica”. Aleitamento materno exclusivo até 6 meses. Há 2 meses introduziu fórmula láctea, frutas e papa de cereal, legumes e carne com boa aceitação. Hábito urinário sem alterações. Nega outros problemas de saúde. Antecedentes familiares: asma e rinite. Exame físico: FR= 36irpm; FC= 116bpm; T= 36,8°C. Peso e estatura no percentil 50. Bom estado geral, corado, hidratado. Pele: lesões pruriginosas, eczematosas em face, ao redor da boca, braços e pernas. Abdome normal. **O DIAGNÓSTICO E A FISIOPATOGENIA SÃO:**

- a. Alergia à proteína do leite de vaca e reação imune mediada ou não por IgE.
- b. Intolerância à lactose e reação imune mediada ou não por IgE.
- c. Alergia à proteína do leite de vaca e deficiência de lactase.
- d. Intolerância à lactose e deficiência de lactase.

49. Mulher, 19a, com pré-natal adequado, e níveis pressóricos normais evoluiu para parto normal a termo, sem intercorrências. No alojamento conjunto, após 18 horas do parto, a paciente apresentou convulsão tonicoclônica generalizada. **QUAL A HIPÓTESE DIAGNÓSTICA E AS CONDUTAS:**

- a. Eclâmpsia atípica; iniciar fenitoína endovenosa e solicitar exame de imagem.
- b. Eclâmpsia puerperal; iniciar sulfato de magnésio e avaliação laboratorial.
- c. Eclâmpsia atípica; iniciar sulfato de magnésio e solicitar avaliação do neurologista.
- d. Eclâmpsia puerperal; iniciar benzodiazepínico e solicitar exame de imagem.

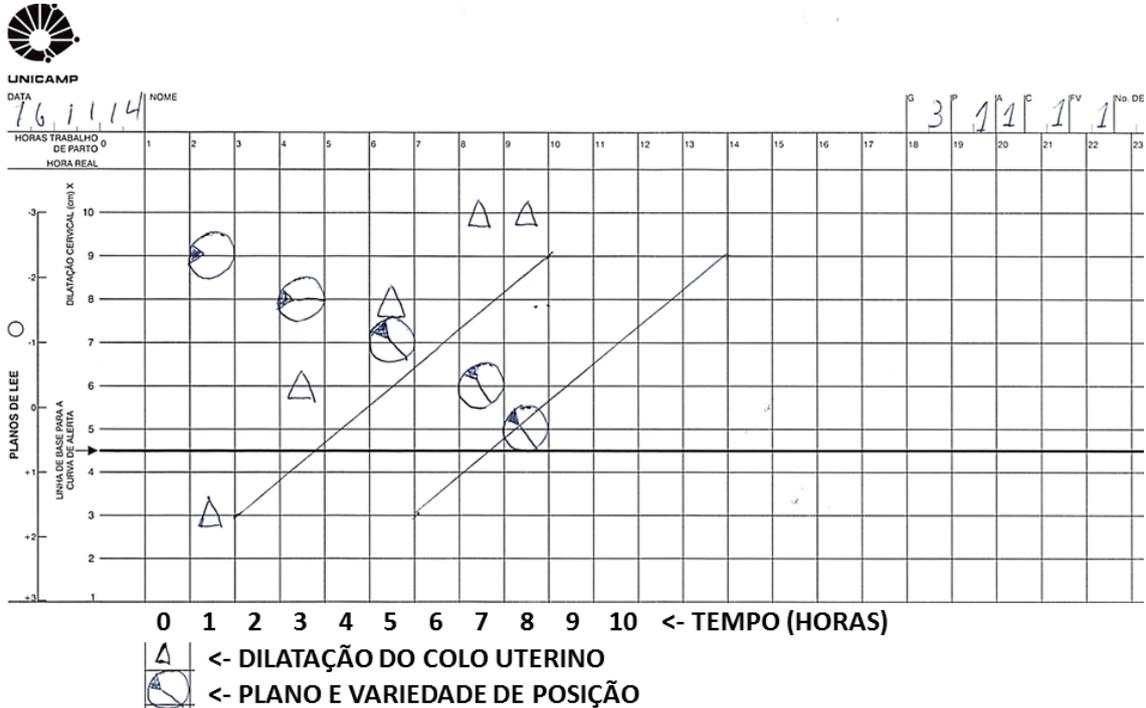
50. Mulher, 39a, negra, G5P5A0, chega ao Pronto Atendimento no quinto dia após parto normal. Refere que, desde o parto, apresenta falta de ar progressiva, cansaço, dor no peito e aumento do inchaço nas pernas. Nega antecedentes mórbitos. Exame físico: descorada +/4+; T= 36,5°C; FC= 110bpm; FR= 26irpm; PA= 140x80mmHg. Hemograma: Hb= 10.8g/dl; Htc= 37%; Leucócitos= 6.890/mm³; Plaquetas= 220.000/mm³. Radiograma de tórax:



O DIAGNÓSTICO É:

- a. Tromboembolismo pulmonar.
- b. Cardiomiopatia periparto.
- c. Infarto agudo do miocárdio.
- d. Edema pulmonar secundário à pré-eclâmpsia atípica.

51. Gestante, 22a, G3P1(C1)A1, idade gestacional= 40 semanas, em trabalho de parto, sob analgesia peridural. Dinâmica uterina: 5 contrações fortes com duração de 45 segundos cada em 10 minutos e boa vitalidade fetal pela cardiotocografia. Partograma abaixo:



O DIAGNÓSTICO E A CONDUTA SÃO:

- a. Período expulsivo maior que 1h, por desproporção cefalopélvica; cesárea imediata.
- b. Parada secundária da descida, com linha de ação ultrapassada; fórceps de alívio.
- c. Período pélvico prolongado, com progressão da descida; manter acompanhamento.
- d. Período pélvico prolongado por desproporção cefalopélvica; cesárea imediata

52. Mulher, 31a, hígida, primigesta, idade gestacional= 18 semanas. Retorna à consulta de Pré Natal. Exames laboratoriais: HBsAg= não reagente; Anti-HBc= não reagente; rubéola IgM= não reagente; IgG= não reagente. Tem histórico vacinal desconhecido. **AS VACINAS RECOMENDADAS PELO MINISTÉRIO DA SAÚDE SÃO:**

- a. Hepatite B, influenza, tríplice viral e tríplice bacteriana acelular adulto.
- b. Hepatite B, influenza e tríplice bacteriana acelular adulto ou dupla bacteriana adulto.
- c. Hepatite B, hepatite A e dupla bacteriana adulto.
- d. Hepatite B, tríplice viral e tríplice bacteriana acelular adulto.

53. Mulher, 35a, G3P2(C2)A0, idade gestacional= 29 semanas. Refere antecedente de cirurgia bariátrica há 14 meses. Faz pré-natal regularmente, com tratamento para anemia com sulfato ferroso (800mg/dia) desde as 16 semanas. Exames laboratoriais às 28 semanas de gestação: Hb= 10,5g/dL; VCM= 110fL; leucócitos= 3200/mm³; com presença de neutrófilos hipersegmentados; plaquetas= 150000/mm³. **A CAUSA DA ANEMIA É:**

- a. Deficiência de cobalamina.
- b. Deficiência de tiamina.
- c. Deficiência de niacina.
- d. Deficiência de piridoxina.

54. Mulher, 25a, G1P0A0, idade gestacional= 26 semanas. Refere febre, dor lombar há 1 dia e inapetência. Exame físico: regular estado geral; T= 38,5°C; PA= 90x50mmHg; FC= 120bpm. Exame obstétrico: altura uterina= 25cm; batimentos cardíacos fetais= 180bpm. Fita urinária: nitrito positivo e leucoesterase ++/4+. Colhidos inicialmente urocultura e hemograma. **AS CONDUTAS SÃO:**

- a. Antibioticoterapia ambulatorial via oral e retornar para resultado de exames
- b. Internar, antibioticoterapia via oral e urocultura de controle após alta hospitalar.
- c. Antibioticoterapia ambulatorial via oral, retornar para resultados de exames e indicar profilaxia antibiótica.
- d. Internar, antibioticoterapia intravenosa, indicar profilaxia antibiótica e uroculturas periódicas.

55. Mulher, 26a, G3P2(C1)A0, idade gestacional= 41 semanas e vitalidade fetal normal. Interna para indução de trabalho de parto por gestação pós-termo. Exame físico: altura uterina= 34cm. Toque vaginal: Índice de Bishop= 4. **QUAL A ESCOLHA MAIS SEGURA PARA O BINÔMIO MÃE-FETO:**

- a. Preparo prévio do colo uterino com laminária e, após, misoprostol 25mcg por via vaginal a cada 6 horas.
- b. Misoprostol 25mcg por via vaginal a cada 6 horas até dinâmica efetiva.
- c. Preparo prévio do colo uterino com cateter de Foley e, após, ocitocina por via intravenosa em esquema progressivo.
- d. Uso simultâneo de cateter de Foley e ocitocina por via intravenosa em esquema progressivo.

56. Mulher 32a, G3P2, idade gestacional= 25 semanas. Refere ter “Rh negativo” e o pai da criança tem “Rh positivo”. Teste indireto da antiglobulina (Coombs indireto)= positivo com identificação de anticorpo anti-Lewis A, classe IgM. **A CONDUTA É:**

- a. Acompanhar o feto com dopplerfluxometria de artérias cerebrais.
- b. Repetir Coombs indireto com 28 semanas.
- c. Realizar cordocentese.
- d. Realizar amniocentese.

57. Mulher, 25a, refere último período menstrual há 7 semanas. Refere estar em uso de dispositivo intrauterino (DIU). Teste de beta-hCG urinário= positivo. A paciente refere que deseja continuar a gestação. Exame ginecológico: corda do DIU visível em colo uterino. **A CONDUTA É:**

- a. Retirar o DIU durante o exame ginecológico.
- b. Manter o DIU até vigésima semana.
- c. Retirar o DIU se sangramento ou se sinais infecciosos.
- d. Manter o DIU e agendar consultas de pré-natal.

58. Mulher, 27a, está sendo tratada com hormônio folículo estimulante recombinante porque deseja engravidar. Tem diagnóstico de hipogonadismo hipogonadotrófico. **NA MEDIDA EM QUE OS FOLÍCULOS CRESCEREM, ESPERA-SE QUE OS NÍVEIS SÉRICOS DE ESTROGÊNIOS:**

- a. Aumentem até o final da indução da ovulação.
- b. Permaneçam estáveis até o final da indução da ovulação.
- c. Diminuem até o final da indução da ovulação.
- d. Aumentem inicialmente e diminuam ao final da indução da ovulação.

59. Mulher, 62a, G3P2A1, casada, procura unidade básica de saúde após ter notado um nódulo na mama esquerda. Está em terapia hormonal com estrógeno e progesterona. Refere nunca ter realizado mamografia. Exame físico: Mama esquerda: nódulo bem delimitado, de 4cm, móvel e indolor em quadrante superior lateral; Mama direita: normal. Mamografia: mama esquerda com um nódulo de 2,5x3,8cm, homogêneo, circunscrito em quadrante superior lateral; mama direita sem alterações. **A CONDUTA É:**

- a. Trocar a terapia hormonal por isoflavona e realizar ultrassonografia de mama.
- b. Trocar a terapia hormonal por isoflavona e realizar biópsia excisional.
- c. Suspender a terapia hormonal e realizar ultrassonografia de mama.
- d. Suspender a terapia hormonal e realizar biópsia excisional.

60. Mulher, 60a, procura unidade básica de saúde referindo sangramento vaginal intermitente há 3 meses. Antecedentes: G4P4, menopausa há 12 anos, sem terapia hormonal. Exame físico: IMC= 29kg/m²; PA= 140x92mmHg. Exame ginecológico: vagina trófica, colo epiteliado com junção escamocolumnar não visível; vestígios de sangue em fundo de saco posterior e útero de forma, volume e consistência normais. Histerossonografia: lesão polipoide de 5mm de extensão em região de fundo uterino, ausência de espessamento endometrial. **DEVE-SE REALIZAR:**

- a. Biópsia com cateter de Pipelle.
- b. Histeroscopia cirúrgica.
- c. Teste da progesterona.
- d. Curetagem uterina.

61. Mulher, 26a, G2P2, sem métodos contraceptivos, casada, procura unidade básica de saúde referindo dor em baixo ventre quando faz movimentos de agachar e levantar. Exame ginecológico: útero de forma, tamanho e consistência normais, anexo esquerdo não palpável e anexo direito aumentado de volume. Ultrassonografia transvaginal: ovário direito de 9x7x6cm, com cisto simples de 8x6x6cm com sombra acústica. Dosagem de CA125= 98U/mL. **A CONDUTA É:**

- a. Laparoscopia para ooforectomia com biópsia de congelação.
- b. Bloqueio hormonal com antagonista de hormônio liberador de gonadotrofinas.
- c. Repetir ultrassonografia em 4 a 6 semanas.
- d. Realizar dosagens séricas de alfa-feto proteína, antígeno carcinoembrionário e fração beta da gonadotrofina coriônica.

62. Mulher, 48a, retorna a unidade básica de saúde com resultado de exame citopatológico cervical sugestivo de carcinoma epidermoide invasor. Antecedentes: G3P3, usuária de dispositivo intrauterino, tabagista de mais de 30 anos-maço. Exame ginecológico: vagina trófica, colo epiteliado com junção escamocolunar parcialmente visível; útero de forma, volume e consistência normais. Colposcopia: zona de transformação tipo 2, com epitélio acetobranco denso e orifícios glandulares espessados, penetrando o canal cervical. Biópsia de fragmento colpodirigida: carcinoma escamoso com invasão estromal menor que um milímetro, não sendo possível avaliar a extensão lateral. **A CONDUTA É:**

- a. Histerectomia total com preservação dos ovários.
- b. Histerectomia total com salpingo-ooforectomia bilateral.
- c. Conização.
- d. Histerectomia total radical com salpingo-ooforectomia bilateral e linfadenectomia pélvica (Wertheim-Meigs).

63. Mulher, 21a, procura consultório médico com queixa de descarga vaginal branca, inodora, intermitente, há 2 anos. Nega prurido. Refere ser sexualmente ativa. Método contraceptivo= preservativo masculino. Exame ginecológico: pequena quantidade de conteúdo vaginal de coloração branca; pH vaginal= 4,5. Exame microscópico: leucócitos +/4+, presença de bacilos gram-positivos e raros cocos gram-positivos. **O DIAGNÓSTICO É:**

- a. Vaginite por monília.
- b. Vaginite citolítica.
- c. Alergia ao látex.
- d. Conteúdo vaginal fisiológico.

64. Mulher, 54a, queixa-se de secura vaginal e relações sexuais dolorosas. Refere ondas de calor que não a incomodam, e episódios ocasionais de incontinência urinária quando tosse. Antecedentes pessoais: trombose venosa profunda em membro inferior direito após colecistectomia, há 10 anos; menopausa aos 49a, sem uso pregresso de terapia hormonal e em acompanhamento com clínico da unidade de saúde por colesterol HDL baixo e triglicérides elevados, e recentemente adotou exercícios e mudanças de dieta. Antecedentes familiares: pai, tabagista, morreu de doença coronariana aos 44a. Exame ginecológico: atrofia vulvar. Exame de urina sem alterações. **A CONDUTA É PRESCREVER:**

- a. Estrógenos por via transdérmica.
- b. Inibidores seletivos da recaptção de serotonina.
- c. Creme vaginal contendo estrógenos.
- d. Terapia oral com estrógeno e progesterona.

65. “Não está claro que evidências cientificamente sólidas poderiam esperar informar a maioria das decisões clínicas que devem ser tomadas na prática médica diária. Estudos clínicos controlados, aleatórios, por sua própria natureza, requerem que as condições da pesquisa sejam cuidadosamente especificadas e controladas, impedindo, assim, a inclusão de populações que não atendem aos critérios para inclusão no estudo.” (Barbara Starfield, 2002). **CONSIDERANDO A AFIRMAÇÃO ACIMA, A ALTERNATIVA CORRETA É:**

- a. Os programas de ação para as doenças mais prevalentes dispensam a necessidade de consideração dos estudos clínicos controlados aleatórios.
- b. A consideração da complexidade do processo saúde-doença, a continuidade do cuidado e o vínculo terapêutico contribuem com os processos de decisão clínica.
- c. O viés de seleção em estudos clínicos controlados aleatórios impede a utilização de seus resultados para a população geral.
- d. A afirmação está correta, pois os estudos clínicos controlados aleatórios apresentam problemas na formulação da pesquisa.

66. As Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina, publicadas em 2014, incluíram o conceito da clínica ampliada. **A RESPEITO DESSE CONCEITO, A ALTERNATIVA CORRETA É:**

- a. A articulação e escolha de conhecimentos necessários para construção da melhor proposta terapêutica devem ser singulares a cada momento.
- b. A abordagem da clínica ampliada permite aos profissionais de saúde eliminar a influência de variáveis não biológicas na prática clínica.
- c. Consultas com maior duração são sempre melhores que consultas com menor duração.
- d. A proposta da clínica ampliada contribui no enfrentamento do excesso de autonomia dos pacientes ambulatoriais.

67. A Política Nacional de Humanização (PNH) do Ministério da Saúde tem como um dos seus dispositivos a proposta de Projeto Terapêutico Singular (PTS). **ASSINALE A ALTERNATIVA CORRETA:**

- a. O PTS é destinado a orientar o trabalho dos profissionais de enfermagem.
- b. A afirmação da hierarquia entre os profissionais da equipe é um fundamento importante para a elaboração do PTS.
- c. Na elaboração do PTS, deve-se considerar a hipótese de transferências na relação entre pacientes e profissionais.
- d. É uma função exclusiva do coordenador da equipe escolher os casos prioritários para a elaboração do PTS.

68. Foi iniciado um ensaio clínico fase III para avaliar uma nova droga antineoplásica em comparação a um medicamento usual. **ASSINALE A ALTERNATIVA CORRETA:**

- a. O acompanhamento do grupo controle deverá ser feito com placebo e duplo cego.
- b. Os pacientes devem ser aleatorizados nos grupos de seguimento antes da administração dos esquemas terapêuticos.
- c. Por motivos éticos, é desejável que os pacientes saibam a qual esquema terapêutico estão submetidos durante o seguimento.
- d. A nova droga deve ser administrada preferencialmente aos pacientes com estádios menos avançados.

69. Em um estudo fase III para avaliar uma nova droga antineoplásica em comparação a um medicamento usual, obteve-se a taxa de recidiva de 5,0 casos por 100 pacientes/ano no grupo com a nova droga e de 6,1 casos por 100 pacientes/ano no grupo controle. A razão entre as taxas foi de 1,2 (Intervalo de Confiança-IC 95% 0,9-1,5) para o grupo de intervenção. A incidência de efeitos adversos graves foi de 10,0 por 100 pacientes/ano (IC 95% 7,1 – 12,2) entre os tratados com a nova droga e de 9,0 por 100 pacientes/ano (IC 95% 8,2 – 14,0) no grupo controle. **ASSINALE A ALTERNATIVA CORRETA:**

- a. O estudo não demonstrou diferenças significativas de taxas de recidiva e de incidência de efeitos adversos graves entre as drogas.
- b. O aumento da taxa de recidiva de 20% entre os tratados contra indica a sua utilização.
- c. O estudo demonstrou que a frequência de efeitos adversos graves é maior entre os pacientes com a nova droga.
- d. A redução absoluta de riscos de efeitos adversos com a nova droga foi de 10%.

70. Um estudo comparando a mortalidade por doenças cerebrovasculares em 2 regiões de uma cidade, apresentou os seguintes resultados.

Faixa etária	Região 1		Região 2	
	População (n)	Óbitos (n)	População (n)	Óbitos (n)
0-14 anos	50.000	2	20.000	1
15-59 anos	300.000	50	40.000	10
≥ 60 anos	200.000	500	10.000	50
Coeficiente geral de óbitos por 100.000 habitantes	100,4		87,1	

EM RELAÇÃO À DOENÇA CEREBROVASCULAR, ASSINALE A ALTERNATIVA CORRETA:

- O risco de doença é maior na região 1 em todas as faixas etárias.
- O maior número de mortes indica o maior risco de morrer.
- Não é possível comparar a mortalidade por faixas etárias, pois as populações são heterogêneas.
- O coeficiente de mortalidade na população total de cada região não permite comparar o risco de morrer entre as regiões.

71. DENTRE AS SITUAÇÕES EPIDEMIOLÓGICAS ABAIXO, ASSINALE A ALTERNATIVA QUE SE REFERE A EPIDEMIA/SURTO:

- Aumento brusco da prevalência de Síndrome da Imunodeficiência Adquirida em uma população que passa a ter acesso à assistência médica.
- Triplicação do número de internações por doenças respiratórias em julho e agosto em comparação com janeiro e fevereiro.
- Aumento da incidência de diarreia entre os participantes de uma festividade.
- Aumento das notificações de sífilis no adulto após implantação de um ambulatório de doenças sexualmente transmissíveis.

72. EM RELAÇÃO À COMUNICAÇÃO DE ACIDENTE DE TRABALHO (CAT), ASSINALE A ALTERNATIVA CORRETA:

- a. É necessário confirmar onexo causal antes de abrir a CAT.
- b. Nas doenças ocupacionais, não é necessário abrir a CAT.
- c. A abertura da CAT é ato privativo do especialista em Medicina do Trabalho.
- d. A CAT é também um instrumento de vigilância em saúde.

73. Mulher, 55a, é acompanhada com o diagnóstico de câncer. No planejamento terapêutico, é proposta a utilização de uma nova droga que, em outro país, está em experimentação. CONSIDERANDO O CÓDIGO DE ÉTICA MÉDICA, A PRESCRIÇÃO DESTA NOVA DROGA É PERMITIDA:

- a. Quando houver aprovação no país de origem.
- b. Quando o Ministério da Saúde autorizar.
- c. Se houver superioridade clínica em relação às drogas em uso no Brasil.
- d. Em situação de terminalidade.

74. Homem, 36a, comparece ao pronto atendimento relatando febre, cefaleia, fraqueza, diarreia, vômitos, dor abdominal, inapetência, odinofagia de 3 dias de evolução. SERÁ CONSIDERADO CASO SUSPEITO DE EBOLA SE O PACIENTE RETORNOU:

- a. Da África há 10 dias e apresentar enterorragia.
- b. Da África há 25 dias e apresentar hepatomegalia.
- c. Da Nigéria há 8 dias e apresentar linfadenomegalia.
- d. De Serra Leoa há 21 dias com ou sem gengivorragia.

75. Homem, 28a, é trazido a uma unidade de emergência com história de que ingeriu uma pastilha de carbureto de cálcio há 20 minutos, em tentativa de suicídio. Refere dor epigástrica. A CLASSIFICAÇÃO DE RISCO E A CONDUTA SÃO:

- a. Laranja; lavagem gástrica e observação.
- b. Vermelha; lavagem gástrica e solicitar conduta específica ao centro de informação toxicológica local ou ao 0800 722-6001 da rede nacional.
- c. Laranja; lavagem gástrica e solicitar conduta específica ao centro de informação toxicológica local ou ao 0800 722-6001 da rede nacional.
- d. Vermelha; solicitar conduta específica ao centro de informação toxicológica local ou ao 0800 722-6001 da rede nacional.

76. SOBRE A SITUAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA DE DOENÇAS EMERGENTES, PODE-SE AFIRMAR QUE:

- a. A transmissão da febre chikungunya não ocorre por contato pessoa a pessoa.
- b. A febre hemorrágica pelo vírus ebola é transmitida pelo ar ou pela água.
- c. Todos os anos ocorrem epidemias de influenza nas estações frias nos países do hemisfério norte e sul.
- d. A vacina contra a influenza tem a mesma composição desde a sua síntese na década de 1960.

77. A Intervenção Breve é uma técnica de motivação direcionada a usuários de álcool e outras drogas, com diagnóstico de “uso de risco”. A INTERVENÇÃO BREVE:

- a. É uma prática de prevenção primária.
- b. Amplia o conceito de redução de danos.
- c. É direcionada ao uso de drogas lícitas.
- d. Aplica-se para tratar casos graves de uso de drogas.

78. “Os padrões de relacionamento em gerações anteriores podem fornecer modelos implícitos de funcionamento familiar na próxima geração”. O INSTRUMENTO PARA OBTER ESTA INFORMAÇÃO É:

- a. Ecomapa.
- b. Rede Social Significativa.
- c. Visita domiciliar.
- d. Genograma.

79. Homem, 16a, cortador de cana, estava trabalhando e no retorno para a casa, sofreu queda do caminhão, seguido de atropelamento, com múltiplas escoriações e fraturas em membros inferiores. A NOTIFICAÇÃO É:

- a. Compulsória em até 12 horas.
- b. Compulsória em até 24 horas.
- c. Facultativa.
- d. Compulsória em até 7 dias.

80. Existe um forte engajamento social em relação ao câncer de mama. A avaliação do impacto deste engajamento seguramente deve considerar a mortalidade pela doença na população feminina. **EM RELAÇÃO AOS INDICADORES BRASILEIROS, ASSINALE A**

ALTERNATIVA CORRETA:

- a. O câncer de mama é primeira causa de morte entre mulheres.
- b. A letalidade da doença é 5 por cem mil habitantes.
- c. A mortalidade proporcional é de 20%.
- d. O coeficiente de mortalidade reflete o risco de morrer por câncer de mama.