

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

X

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	Hemácias	zero
LH	5-25UI/L	Leucócitos	< 1000/mm ³
Prolactina	2-29ng/mL	Desidrogenase láctica (LDH)	100-200UI/L
Na (Sódio)	135-145 mEq/L	pH	7,6-7,64
Hb glicada	4-6%	Adenosina deaminase (ADA)	< 40 U/L
PTH	15-65pg/mL	Urinálise	
PSA total	< 4,0ng/mL	Densidade urinária	1.005-1035
Proteína/Creatinina urinárias	<0,2 g/g	Hematúria	<5/campo
TIBC	242-450 µg/dL	Leucocitúria	<5/campo
Triglicérides	<200 mg/dl	Osmolalidade urinária	50-1.200 mOsm/Kg
Troponina	< 14,0 ng/L	Proteinúria	<0,15 g/24h
U (Ureia)	15-45 mg/dL		
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 em torno de 50mL/min e não há necessidade de internação.
- b. A TFG_e está em torno de 50mL/min e a paciente deve ser internada.
- c. A TFG_e está acima de 90mL/min e não há necessidade de internação.
- d. A TFG_e está acima de 90mL/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. Hidratação e dosagem de potássio.
- b. Dosagem de amilase e lipase.
- c. Tomografia de abdome.
- d. Administração de insulina.

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

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. Fração de excreção de sódio e cintilografia renal.
- b. Paratormônio (PTH) sérico e ultrassonografia de rins e vias urinárias.
- c. Cálcio sérico e cintilografia renal.
- d. Fosfato 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 estudo eletrofisiológico.
- b. Inserir marcapasso temporário.
- c. Realizar cateterismo cardíaco.
- d. Suspende hidroclorotiazida e repor potássio.

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

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

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

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

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. Infecção aguda pelo vírus da hepatite B.
- b. Necessidade de revacinação para hepatite B.
- c. Vacinação prévia para hepatite B.
- d. Infecção prévia pelo vírus da 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. Hiperaldosteronismo primário.
- b. Hiperkortisolismo primário.
- c. Insuficiência renal crônica.
- d. Insuficiência suprarrenal primária crônica.

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

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

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:

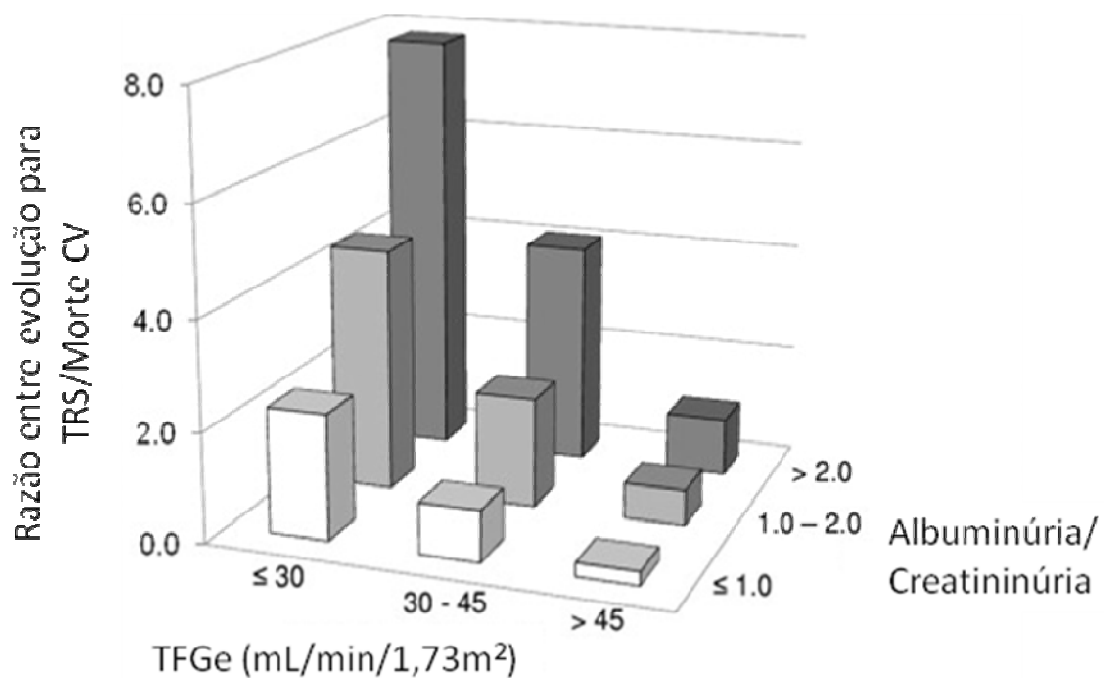
- a. *Bypass* coronariano
- b. Dosagem seriada de creatina fosfoquinase fração miocárdica.
- c. Trombólise
- d. Angiografia coronariana

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

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:

- 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.
- Quanto maior a proteinúria, maior o risco de progressão de doença renal.
- Quanto maior a TFGe, menor o risco de morte.

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

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 CONDOTA É:**

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

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

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

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

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

23. Homem, 22a, vítima de acidente motociclistico, sofreu traumatismo cranioencefálico 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. Realizar eletroencefalograma.
- b. Suspende drogas vasoativas.
- c. Suspende a sedação e analgesia.
- d. Realizar teste de apneia.

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

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

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

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

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

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. Laringoscopia.
- b. Ultrassonografia cervical.
- c. Tomografia computadorizada com contraste da região cervical.
- d. Ressonância magnética 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 independe do grau de disfunção hepática.
- b. O risco de recorrência de sangramento independe do tamanho das varizes.
- c. O risco de óbito neste episódio é de aproximadamente 30%.
- d. O risco de recorrência de sangramento é abaixo de 10%.

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

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

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. Central à direita.
- b. Central à esquerda.
- c. Periférica à direita.
- d. Periférica 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. Hipotensão postural.
- b. Síndrome vasovagal.
- c. Hipoglicemia.
- d. Síndrome convulsiva.

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

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

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

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

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

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, drenagem torácica, cefalosporina terceira geração; *S. aureus*
- b. Tratamento domiciliar, macrolídeo; *M. pneumoniae*
- c. Internação, toracocentese, penicilina cristalina; *S. pneumoniae*
- d. Tratamento domiciliar, amoxicilina dose dobrada; *S. 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. Cardiopatia congênita.
- b. Dificuldade de aleitamento materno.
- c. Hipotonia da síndrome.
- d. Doença do refluxo gastroesofágico.

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

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

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

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

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

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

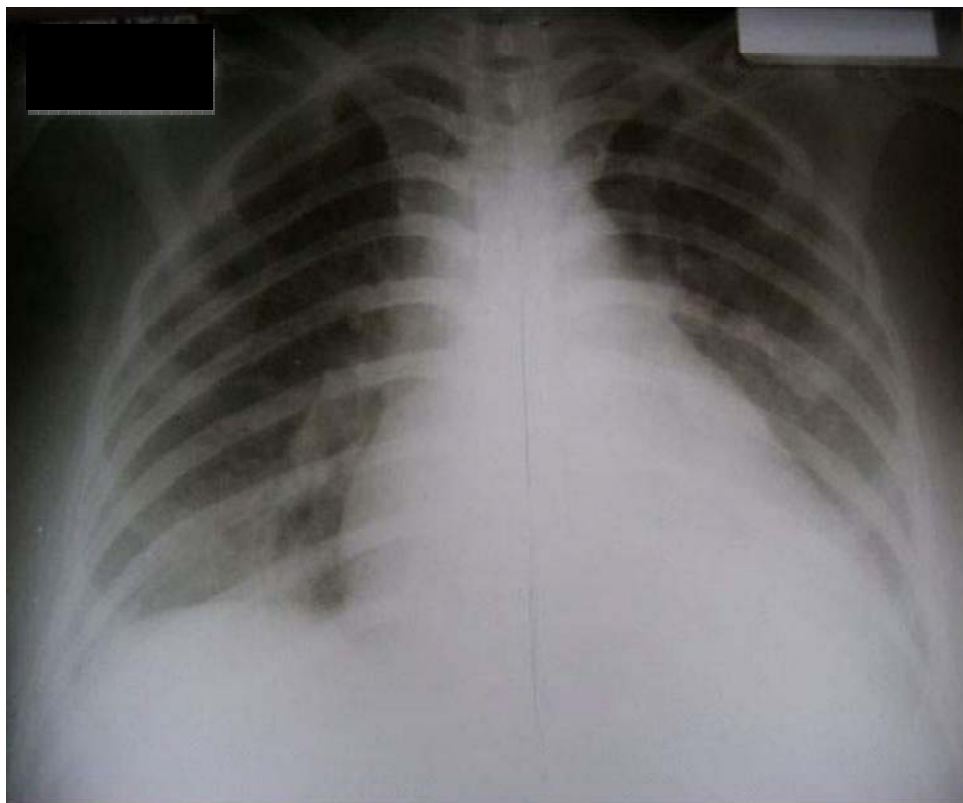
48. Lactente, 8 meses. Mãe refere aumento do número de evacuações e alteração da consistência das fezes há 2 meses, sendo que há uma semana refere aparecimento de laivos de sangue e vômitos. Hábito intestinal= 5-7 vezes ao dia. Acha que filho está mais irritado e com “cólica”. Aleitamento materno exclusivo 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 deficiência de lactase.
- b. Intolerância à lactose e deficiência de lactase.
- c. Alergia à proteína do leite de vaca e reação imune mediada ou não por IgE.
- d. Intolerância à lactose e reação imune mediada ou não por IgE.

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

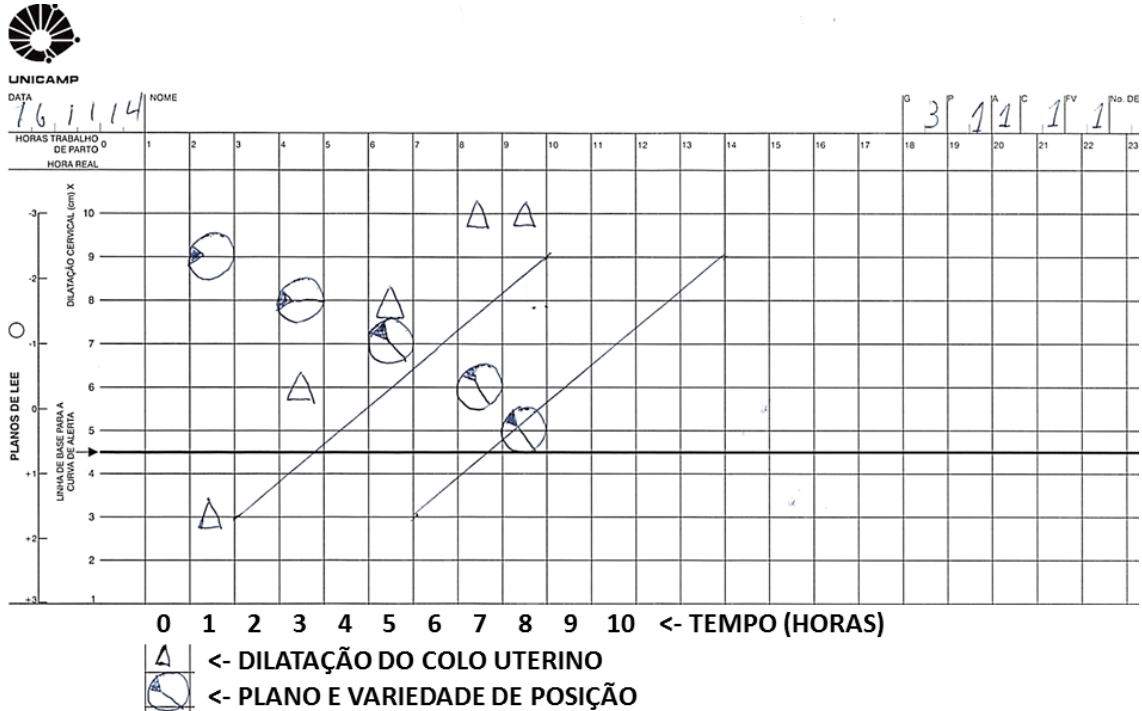
50. Mulher, 39a, negra, G5P5A0, chega ao Pronto Atendimento no quinto dia após parto normal. Refere que, desde o parto, apresenta falta de ar progressiva, cansaço, dor no peito e aumento do inchaço nas pernas. Nega antecedentes mórbidos. Exame físico: descorada +/4+; T= 36,5°C; FC= 110bpm; FR= 26irpm;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



O DIAGNÓSTICO É:

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

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

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, hepatite A e dupla bacteriana adulto.
- b. Hepatite B, tríplice viral e tríplice bacteriana acelular adulto.
- c. Hepatite B, influenza, tríplice viral e tríplice bacteriana acelular adulto.
- d. Hepatite B, influenza e tríplice bacteriana acelular adulto ou dupla bacteriana 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 niacina.
- b. Deficiência de piridoxina.
- c. Deficiência de cobalamina.
- d. Deficiência de tiamina.

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

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

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

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

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. Diminuam até o final da indução da ovulação.
- b. Aumentem inicialmente e diminuam ao final da indução da ovulação.
- c. Aumentem até o final da indução da ovulação.
- d. Permaneçam estáveis até o 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. Suspender a terapia hormonal e realizar ultrassonografia de mama.
- b. Suspender a terapia hormonal e realizar biópsia excisional.
- c. Trocar a terapia hormonal por isoflavona e realizar ultrassonografia de mama.
- d. Trocar a terapia hormonal por isoflavona 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 escamocolunar 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. Teste da progesterona.
- b. Curetagem uterina.
- c. Biópsia com cateter de Pipelle.
- d. Histeroscopia cirúrgica.

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

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

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

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

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

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

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. Na elaboração do PTS, deve-se considerar a hipótese de transferências na relação entre pacientes e profissionais.
- b. É uma função exclusiva do coordenador da equipe escolher os casos prioritários para a elaboração do PTS.
- c. O PTS é destinado a orientar o trabalho dos profissionais de enfermagem.
- d. A afirmação da hierarquia entre os profissionais da equipe é um fundamento importante 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. Por motivos éticos, é desejável que os pacientes saibam a qual esquema terapêutico estão submetidos durante o seguimento.
- b. A nova droga deve ser administrada preferencialmente aos pacientes com estádios menos avançados.
- c. O acompanhamento do grupo controle deverá ser feito com placebo e duplo cego.
- d. Os pacientes devem ser aleatorizados nos grupos de seguimento antes da administração dos esquemas terapêuticos.

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

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:

- 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.
- 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.

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

- 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.
- 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.

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

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

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

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

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 solicitar conduta específica ao centro de informação toxicológica local ou ao 0800 722-6001 da rede nacional.
- b. Vermelha; solicitar conduta específica ao centro de informação toxicológica local ou ao 0800 722-6001 da rede nacional.
- c. Laranja; lavagem gástrica e observação.
- d. Vermelha; lavagem gástrica e 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. Todos os anos ocorrem epidemias de influenza nas estações frias nos países do hemisfério norte e sul.
- b. A vacina contra a influenza tem a mesma composição desde a sua síntese na década de 1960.
- c. A transmissão da febre chikungunya não ocorre por contato pessoa a pessoa.
- d. A febre hemorrágica pelo vírus ebola é transmitida pelo ar ou pela água.

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

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

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

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