

# ACESSO DIRETO – PROVA 1

## Instruções para a realização da prova

- Esta prova é composta de 80 questões de **múltipla escolha**. Para cada questão, há 4 alternativas, devendo ser marcada apenas uma.
- Assine a folha de respostas com caneta esferográfica preta e transcreva para essa folha as respostas escolhidas.
- Ao marcar o item correto, preencha completamente o campo correspondente, utilizando caneta esferográfica **preta**.
- Não deixe nenhuma das questões em branco na folha de respostas.
- A duração total da prova é de 4 horas. **NÃO** haverá tempo adicional para transcrição de gabarito.
- Você somente poderá deixar a sala após 2h do início da prova, podendo levar consigo **APENAS** o **CONTROLE DE RESPOSTAS DO CANDIDATO** e a **DECLARAÇÃO DE PRESENÇA** (abaixo).

V

RESIDÊNCIA MÉDICA 2018 – 1ª FASE  
ACESSO DIRETO – PROVA 1

### CONTROLE DE RESPOSTAS DO CANDIDATO – PROVA 1 V

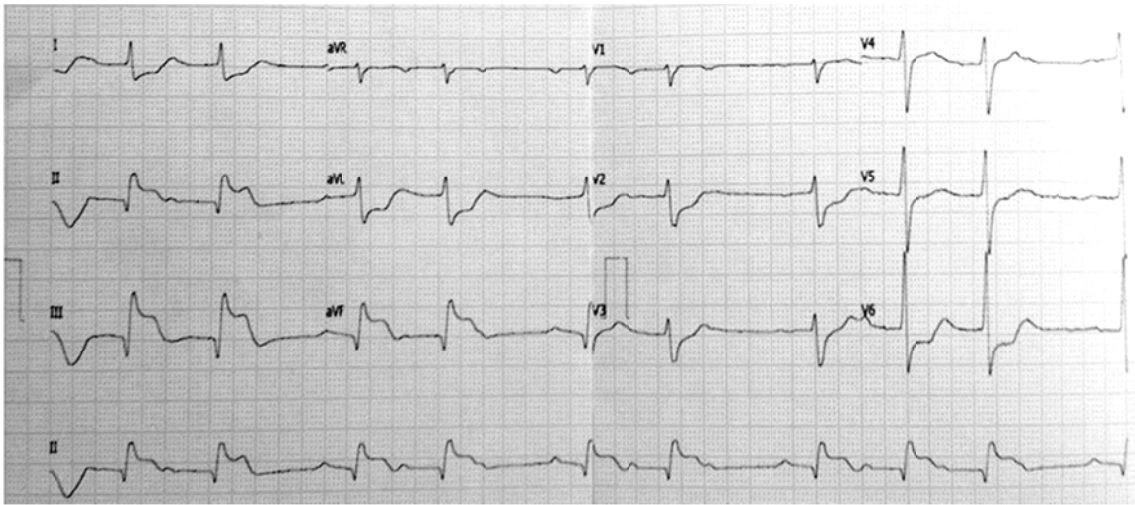
1		11		21		31		41		51		61		71	
2		12		22		32		42		52		62		72	
3		13		23		33		43		53		63		73	
4		14		24		34		44		54		64		74	
5		15		25		35		45		55		65		75	
6		16		26		36		46		56		66		76	
7		17		27		37		47		57		67		77	
8		18		28		38		48		58		68		78	
9		19		29		39		49		59		69		79	
10		20		30		40		50		60		70		80	

**RASCUNHO**

**VALORES DE REFERÊNCIA**

Hb (hemoglobina)	12-14 g/dL	Tempo protrombina (TP)	11-12,5 seg.
Ht (hematócrito)	35-49%	Tempo de tromboplastina ativada (TTPA)	30-43 seg.
HCM	26-34 g/L	R	< 1,2
VCM	78-100fl	RNI	< 1,25
Reticulócitos	25.000 – 75000 mm <sup>3</sup> 0,5 – 1,5%	Fibrinogênio	200-400 mg/dl
Leucócitos	5.000 – 10.000 mm <sup>3</sup>	Eletroforese de hemoglobina	HbA1 > 95% HbA2 1,5 – 3,7% Hb fetal < 2%
Plaquetas	150.000 a 4000.000mm <sup>3</sup>		
Albuminúria	< 30mg/24h	AST	10-30 U/L
Proteinúria	< 0,15g/24h	ALT	10-40 U/L
		Fosfatase Alcalina	Homem 40 – 129 U/L Mulher 35 – 104 U/L
Proteína/creatinina urinária	< 0,2 g/g	Bilirrubina total	0,2- 1,0 mg/dl
		Bilirrubina direta	0,1 – 0,4 mg/dl
Colesterol total	< 200mg/dL	Sódio	135 – 145 mEq/L
HDL colesterol	> 40 mg/dL	Potássio	3,5 – 5,5 mEq/L
LDL colesterol	< 130 mg/dL	Cálcio	8,4 – 10 mg/dL
Triglicérides	< 160 mg/dL	Cloreto	98 – 106 mMol/L
		Fosforo inorgânico	0,8 – 1,4 mmol/L 2,7 – 4,5 mg/dL
		Lactato	0,5 – 1, 6 mMol/L
		Glicemia	74-99 mg/dL
Albumina	3,4 – 4,8 g/dL	FSH	5 – 30 mi/mL
Alfa 1 globulina	01, - 0,3 g/dL	LH	5 – 25 mUI/mL
Alfa 2 globulina	0,4 – 1,0 g/dL	Prolactina	2 – 29 ng/mL
Beta globulina	0,5 – 1,1 g/dL	PTH	15 – 65 pg/mL
Gama globulina	0,8 – 1,6 g/dL	TSH	2 –11 µU/mL
		T4 livre	0.9 – 1,8ng/dL
Complemento C3	0,9 – 1, 8 g/L	25 OH vitamina D	30 – 50 ng/mL
Complemento C4	0,1 – 0,4 g/L	TIBC	242 – 450 µg/dL
Fator Reumatoide	Negativo	Ferro sérico	30 – 160 µg/dL
FAN	Negativo	Creatinofosfoquinase (CK)	Homem < 171 U/L Mulher < 145 U/L
Anticorpo anti-peptídeo citrulinado cíclico	Negativo	Creatinina	0,4 – 1,2 mg/dL
Anti-SM	Negativo	Ureia	15 – 45 mg/dL
Lactatodesidrogenase (LDH)	140-271 U/L	Haptoglobina	30 – 230 mg/dL
Gasometria arterial	pH 7,35 – 7,45 PO2 83 – 108 mmHg PCO2 32 – 48 mmHg HCO3 19 – 24 mmmol/L BE -2 – 3 mmol/L		

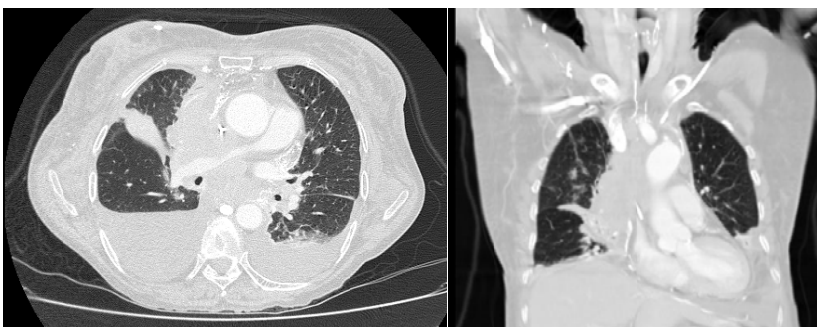
1. Mulher, 56a, tabagista e diabética, refere dor precordial irradiada para o membro superior esquerdo e náuseas há três horas. Eletrocardiograma:



**A LOCALIZAÇÃO DO INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO É NA PAREDE:**

- a. Infero-posterior.
- b. Infero-lateral.
- c. Infero-anterior.
- d. Anterior.

2. Mulher, 61a, procura Unidade de Emergência com história de dispneia progressiva há 1 semana. Antecedentes pessoais: tabagismo 40 maços/ano. Exame físico: FR= 36irpm, FC= 130bpm, turgência jugular e telangiectasias na porção superior do tórax; Pulmões: murmúrio vesicular reduzido em bases bilateralmente, com percussão maciça. Tomografia de tórax:



**A CONDUTA INICIAL É:**

- a. Toracocentese para alívio e diagnóstico.
- b. Radioterapia de mediastino e quimioterapia.
- c. Diurético e inibidor de enzima conversora de angiotensina.
- d. Hemoculturas e antibioticoterapia de amplo espectro.

3. Mulher, 43a, em investigação por fraturas recorrentes por pequenos traumas. Antecedentes pessoais: hipertensão arterial, nefrolitíase e constipação intestinal há dois anos. Inventário ósseo: fratura de rádio e ulna esquerdos e de calcâneos consolidadas, osteopenia intensa em ossos da mão e crânio com aspecto em sal e pimenta. **O ACHADO ELETROCARDIOGRÁFICO MAIS PROVÁVEL É:**

- a. Ondas T apiculadas.
- b. Elevação do segmento ST.
- c. Encurtamento do intervalo QT.
- d. Bloqueio AV do segundo grau Mobitz II.

4. Mulher, 19a, assintomática, procura atendimento médico para resultado de exame (CMIA positivo), coletado devido a suposto diagnóstico de sífilis em antigo parceiro. Exame físico: sem alterações. **A CONDUTA É:**

- a. Solicitar exames treponêmico (TPHA ou FTA-Abs) e não treponêmico (VDRL), sorologias para hepatite B, C e HIV. Confirmar cobertura vacinal contra hepatite B. Aconselhar sobre uso de preservativo.
- b. Iniciar tratamento com penicilina benzatina 2.400.000U intramuscular por semana, por 3 semanas seguidas. Solicitar VDRL de controle duas semanas após fim do esquema terapêutico.
- c. Coletar liquor: se normal, tratar com penicilina benzatina 2.400.000U intramuscular/semana/3 semanas; se alterado, tratar com ceftriaxona 2g intravenoso/dia/14 dias. Solicitar VDRL duas semanas após fim do tratamento.
- d. Aconselhamento acerca de uso de preservativo. Como é assintomática e não há alterações no exame físico, trata-se de resultado falso positivo do teste de triagem (CMIA).

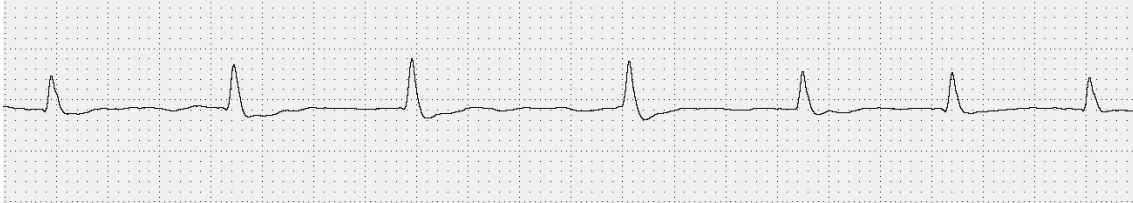
5. Homem, 37a, procura o Pronto Atendimento com quadro de febre há três dias, não medida, acompanhada de tosse preferencialmente noturna, cefaleia na região frontal, de moderada intensidade, ao longo de todo o dia e que melhora a noite e secreção nasal esbranquiçada e fluida, bilateralmente. Sem outras queixas. Antecedente pessoal: tabagismo 1,2 maços/ano. Exame físico: Bom estado geral, FR= 16 irpm, FC= 72bpm; hiperemia conjuntival bilateral; dor à dígito-pressão de região frontal, bilateralmente. Oroscofia: presença de secreção perolácea em retrofaringe, com hiperemia de pilares amigdalianos bilateralmente. **ALÉM DA ORIENTAÇÃO PARA O TABAGISMO, O TRATAMENTO É:**

- a. Hidratação oral, inalação com salina e instilação de salina nasal bilateral várias vezes ao dia.
- b. Amoxicilina+clavulanato 500mg via oral 3x/d por 14 dias, budesonida aerossol oral, 400mcg 2x/d.
- c. Azitromicina 1g via oral 1x/d por 5 dias, nebulização com salbutamol 4x/dia.
- d. Budesonida aerossol oral, 400mcg 2x/d, instilação de salina nasal várias vezes ao dia.

6. Homem, 45a, vem ao ambulatório de infectologia assintomático, trazendo duas sorologias (sendo um deles imunoenzimático de 4ª geração e o outro de imunoblot) positivas para o vírus da imunodeficiência humana (HIV). **A CONDUTA É:**

- a. Realizar sorologias confirmatórias (teste molecular seguido de western-blot) e considerar tratamento após confirmação do diagnóstico de infecção pelo HIV.
- b. Iniciar imediatamente terapia antirretroviral, com associação de tenofovir, lamivudina e dolutegravir, independente da carga viral e da contagem de linfócitos-T CD4+ em sangue periférico.
- c. Coletar carga viral (CV) e contagem de linfócitos-T CD4+ em sangue periférico e indicar terapia antirretroviral caso CV > 2 log ou contagem de linfócitos-T CD4+ < 500mm<sup>3</sup>.
- d. Coletar carga viral (CV) e contagem de linfócitos-T CD4+ em sangue periférico e indicar terapia antirretroviral caso CV > 3 log ou contagem de linfócitos-T CD4+ < 200mm<sup>3</sup>.

7. Mulher, 75a, procura atendimento médico por palpitações há um ano. Antecedentes pessoais: hipertensa, diabética de longa data e um acidente vascular cerebral há três meses. Em uso de atenolol 25 mg/dia, anlodipina 10 mg/dia, metformina 2550 mg/dia e glimepirida 4mg/dia. Exame físico: PA= 144x82mmHg, neurológico: força grau III e paresia em perna direita. Eletrocardiograma:



**A CONDUTA É INICIAR:**

- a. Aspirina e varfarina.
- b. Varfarina.
- c. Omega 3.
- d. Aspirina e clopidogrel.

8. Homem, 53a, foi admitido no hospital com icterícia e dor abdominal inespecífica. Antecedentes pessoais: cirrose alcoólica há quatro anos (Child-Pugh A6) mantendo ingestão diária de bebida alcoólica. Exame físico: Icterícia 2+/4+; teleangiectasias; abdome: fígado não palpável, baço percutível, ausência de ascite; Neurológico: normal; membros: sem edema. Bilirrubina total= 22,3 mg/dL, ALT= 83 UI/mL, AST= 40UI/mL, RNI= 1,53, Plaquetas= 97.000mm<sup>3</sup>. Radiograma de tórax: opacidade com broncograma aéreo em base de pulmão direito. Evoluiu com hipotensão e elevação dos níveis de creatinina após início de cefepime. **O DIAGNÓSTICO É:**

- a. Hepatite fulminante secundária antibioticoterapia.
- b. Insuficiência hepática crônica agudizada.
- c. Hepatite viral fulminante.
- d. Choque séptico.

9. Homem, 31a, trazido ao Pronto Socorro após apresentar crise convulsiva; acompanhante refere que paciente ingeriu alguma substancia misturada com bebida alcoólica há 5 horas. Antecedentes pessoais: etilismo e depressão. Exame físico: PA= 150x80 mmHg, FC= 70 bpm, Saturação de O<sub>2</sub>(ar ambiente) = 80%. Pulmões: murmúrio vesicular presente com estertores crepitantes bilateralmente; Escala de Coma de Glasgow= 3, pupilas mióticas, sialorreia. Gasometria: pH= 7,06, pO<sub>2</sub>= 60mmHg, pCO<sub>2</sub>=43mmHg, HCO<sub>3</sub>= 11,6mEq/L. **O DIAGNÓSTICO É INTOXICAÇÃO POR:**

- a. Antidepressivo tricíclico.
- b. Cocaína.
- c. Benzodiazepínico.
- d. Carbamato.

10. Mulher, 57a, admitida em Pronto Atendimento desacordada e apresentando movimentos involuntários de extremidades. Em uso de tiamina e dieta nasoenteral 625 kcal/dia há dois dias por desnutrição grave. Antecedentes pessoais: doença de Crohn perianal, etilismo. Exame físico: Neurológico: Escala de Coma de Glasgow= 9, mioclonias de membros, IMC (estimado)=16kg/m<sup>2</sup>. Albumina= 1,9 mg/dL, fósforo= 0,27 mmol/L. **O DIAGNÓSTICO É:**

- a. Encefalopatia de Wernicke-Korsakoff.
- b. Síndrome de realimentação.
- c. Deficiência de niacina.
- d. Beribéri.

11. Homem, 23a, refere dor no quadril e dificuldade para andar há duas horas após crise convulsiva. Antecedentes pessoais: insuficiência renal crônica. Creatinina= 8,9 mg/dL, Ureia= 194 mg/dL, Cálcio= 4 mg/dL, Fósforo= 6,2 mg/dL, Fosfatase alcalina= 27UI/dL PTH= 488 pg/mL. Radiograma de pelve: fratura da cabeça do fêmur direito. **O DIAGNÓSTICO É:**

- a. Hiperparatiroidismo primário.
- b. Osteomalácia por deficiência de vitamina D.
- c. Osteíte fibrosa por hipocalcemia.
- d. Osteodistrofia renal.



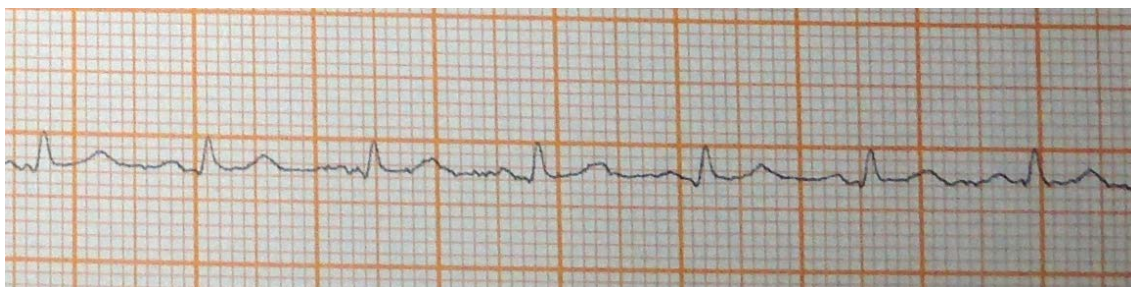
12. Mulher, 43a, procura o Pronto Socorro queixando-se de mal-estar geral, inapetência, cefaleia e febre (38 ~ 38,5 °C) há dois dias. Nega vômito ou alterações do hábito intestinal ou urinário. Mora na divisa Campinas/Sumaré (SP), chegou há 5 dias de Diamantina (MG), onde havia permanecido também por cinco dias. Exame físico: Regular estado geral, descorada ++/4+, desidratada ++/4+, icterícia +++/4+, FC= 120 bpm, FR= 23irpm, PA = 100x70 mmHg. Pele: sem lesões, Abdome: plano, flácido, fígado a 10 cm da borda costal direita, superfície lisa, consistência diminuída e doloroso à palpação; Baço palpável a 5 cm da borda costal esquerda. **A CONDUTA ALÉM DA COLETA DE EXAMES LABORATORIAIS E DE REPOSIÇÃO VOLÊMICA É SOLICITAR:**

- a. Líquido cefalorraquidiano (citologia, bioquímica e cultura).
- b. Teste rápido e exame parasitológico para malária.
- c. Teste rápido para dengue e MAC-ELISA para febre amarela.
- d. Sorologias para Chikungunya e Zika vírus.

13. Homem, 51a, acompanhado em Unidade Básica de Saúde por dislipidemia, assintomático, em tratamento medicamentoso há seis meses. A dosagem atual de creatinofosfoquinase = 363 U/L. **A CONDUTA EM RELAÇÃO AO HIPOLIPEMIANTE É:**

- a. Trocar.
- b. Suspende.
- c. Manter.
- d. Diminuir a dose.

14. Mulher, 52a, diabética, em uso de metformina 1700mg/d, é diagnosticada com fibrilação atrial em janeiro de 2016. Ecocardiograma e dosagens de TSH e T4 livre realizados em fevereiro de 2016 não mostram alterações. Em março de 2016, faz cardioversão e inicia uso contínuo de amiodarona. Em abril de 2017 refere perda de peso de 4 Kg e taquicardia há 2 meses. Nesta época, faz novos exames, que mostram TSH= <0,01  $\mu$ UI/mL; T4 livre= 2,12 ng/dL. ECG (DII longo):



**A ALTERNATIVA CORRETA É:**

- a. Hipertireoidismo não detectado no exame de abril de 2016.
- b. Há indicação de cardioversão.
- c. Betabloqueador está contraindicado.
- d. Hipertireoidismo induzido por amiodarona em 2017.

15. Homem, 82a, é admitido referindo falta de ar e inchaço progressivos há duas semanas. Antecedentes pessoais: miocardiopatia dilatada. Medicações: carvedilol 25mg/dia, enalapril 20mg/dia e furosemida 40 mg/dia. Exame físico: Regular estado geral, FC= 102 bpm, PA= 112x68mmHg, Pulmões: murmúrio vesicular presente, estertores crepitantes bilateralmente; membros: edema de membros inferiores, sacral e perineal 4+/4+. Creatinina= 1,5 mg/dL, ureia= 68mg/dL, potássio= 5,2 mEq/L. Nos quatro primeiros dias de internação faz uso de furosemida 20mg, intravenoso de 8/8h, com melhora significativa das queixas. No quinto dia de internação refere tonturas, sem dispneia. Exame físico: FC= 88 bpm, PA= 96X54 mmHg, edema de membros inferiores 2+/4+. Potássio= 3,5 mEq/L, Creatinina= 3,8mg/dL e ureia = 202mg/dL. **A**

**CONDUTA É:**

- a. Iniciar espironolactona.
- b. Diminuir a dose de carvedilol.
- c. Iniciar diálise.
- d. Suspender o diurético e hidratar.

16. Mulher, 63a, com história de mãos e pés arroxeados com a mudança da temperatura e cansaço há seis meses. Exame físico: úlceras digitais cicatrizadas. Fator anti-núcleo= 1/1280, com padrão antientromérico. Tomografia Computadorizada de Tórax: Pulmões: hiperlucentes e padrão em vidro fosco difusamente. Teste de função pulmonar: Capacidade vital forçada= 65% do normal, provável padrão restritivo e difusão de monóxido de carbono= 18,5% (normal 76-140%). **O DIAGNÓSTICO É:**

- a. Fibrose pulmonar idiopática.
- b. Lupus eritematoso sistêmico.
- c. Esclerose sistêmica.
- d. Sarcoidose.

**17. A CONDUTA PARA O PACIENTE QUE FAZ USO DE WARFARINA NO PERÍODO PRÉ-OPERATÓRIO É:**

- a. Suspender a dose de warfarina do dia anterior, iniciando heparina de baixo peso molecular em dose profilática.
- b. Ajustar a dose de warfarina para manter RNI abaixo de 1,5 no dia da cirurgia, iniciando heparina de baixo peso molecular em dose terapêutica.
- c. Suspender a dose de warfarina cinco dias antes do procedimento, iniciando heparina de baixo peso molecular em dose terapêutica.
- d. Substituir a dose de warfarina por anticoagulante oral inibidor de fator Xa trinta dias antes do procedimento.

18. Mulher, 40a, procura Pronto Socorro referindo dor súbita no abdome superior com irradiação para os demais quadrantes há duas horas, com piora gradativa, acompanhada de náuseas. Nega febre. Antecedentes pessoais: tabagismo 20 maços/ano; anti-inflamatório oral para hérnia de disco (2-3x/semana). Exame físico: PA= 110 x 80 mmHg, FC= 110 bpm, FR= 24 irpm, oximetria de pulso (ar ambiente) = 96%; Abdome: plano, tenso e sem cicatriz cirúrgica; dígito percussão, palpação superficial e profunda dolorosos e descompressão brusca presente em todos quadrantes. **A CONDUTA É:**

- a. Ultrassonografia de abdome total.
- b. Radiograma simples de tórax ortostático.
- c. Endoscopia digestiva alta.
- d. Analgesia e hidratação.

19. Homem, 21a, chega no Pronto Socorro por hematoquezia há 40 minutos. Sem comorbidades. Exame físico: PA= 80x40 mmHg; FC= 124 bpm; FR= 20 irpm; oximetria de pulso (ar ambiente) = 90%. Realizado: suplementação de oxigênio, exames laboratoriais e reposição volêmica com sucesso. **AS CONDUTAS SEGUINTE SÃO:**

- a. Omeprazol e endoscopia digestiva alta.
- b. Preparo intestinal e colonoscopia.
- c. Antibioticoterapia e tomografia computadorizada de abdome.
- d. Jejum e ultrassonografia de abdome total.

20. Homem, 19a, colidiu sua motocicleta contra um muro a 100 km/h. Exame físico: PA= 130x80 mmHg, FC= 94 bpm, FR= 22 irpm, oximetria de pulso (ar ambiente) = 98%, Escala de Coma de Glasgow= 15. Radiograma de tórax: fraturas no primeiro e segundo arcos costais e clavícula esquerdos e alargamento de mediastino. **A CONDUTA É:**

- a. Endoscopia digestiva alta.
- b. Angiotomografia.
- c. Mediastinoscopia.
- d. Broncoscopia flexível.

21. Homem, 21a, é levado à Unidade de Pronto Atendimento após queda de uma viga de concreto sobre tórax. Exame físico: PA= 100x70 mmHg, FC= 110 bpm, FR= 36 irpm, oximetria de pulso (sob máscara de O<sub>2</sub> 15l/min) = 89%; Tórax: escoriações, hematomas e crepitação à palpação à direita, movimento paradoxal, murmúrio vesicular diminuído em base direita. Radiograma de tórax no leito: opacificação no terço médio e inferior direito e fraturas em dois pontos do quinto ao oitavo arcos costais. **A HIPÓXIA É CAUSADA POR:**

- a. Movimento paradoxal pelo retalho móvel.
- b. Contusão pulmonar e dor pelas fraturas.
- c. Hipotensão arterial.
- d. Hemotórax à direita.

22. Homem, 54a, submetido a hepatectomia, com sangramento aumentado no intra-operatório devido a intercorrências cirúrgicas, recebendo mais de dez unidades de concentrado de hemácias num período de seis horas. **NO PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATO PODERÁ OCORRER:**

- a. Hipocalcemia.
- b. Hipercalcemia.
- c. Hipernatremia.
- d. Hipocalemia.

23. Menina, 3a, submetida a correção de coarctação da aorta via toracotomia esquerda há dois dias. Durante a troca do frasco de drenagem torácica notou-se secreção leitosa em todo o sistema. **A CONDUTA É:**

- a. Jejum e nutrição parenteral.
- b. Troca do sistema do dreno.
- c. Toracoscopia.
- d. Pleurodese química.

24. Mulher, 31a, portadora de coledocolítiase, foi submetida à Colangiopancreatografia retrograda endoscópica + papilotomia e exploração das vias biliares, com retirada dos cálculos. Após retorno da sedação apresentou dor epigástrica intensa, sem melhora com medicação. Exame físico: consciente, icterícia 2+/4+, corada, hidratada, acianótica, PA= 110x75 mmHg, FC= 98 bpm, FR= 20 irpm; Abdome: plano, normotenso, dor a palpação profunda em epigastro, descompressão brusca negativa, digitopercussão indolor, sem visceromegalia. **O DIAGNÓSTICO A SER INVESTIGADO É:**

- a. Perfuração duodenal.
- b. Hepatite medicamentosa.
- c. Lesão de colédoco.
- d. Sepses de foco abdominal.

25. Homem, 27a, deu entrada no Pronto Socorro após queda da escada. Exame físico: consciente, acianótico, PA= 130x85 mmHg, FC= 98 bpm, FR= 20 irpm; Membros: membro inferior direito com deformidade e edema na perna. Radiograma do membro: fratura da tíbia e fíbula direitas. Após seis horas da retificação e imobilização com tala da perna, evoluiu com parestesia, dor intensa local e pulso pedioso diminuído em comparação ao contralateral. **A CONDUTA É:**

- a. Flebografia.
- b. Fasciotomia.
- c. Otimização da analgesia.
- d. Embolectomia.

26. Mulher, 34a, deu entrada no Pronto Socorro com dor e distensão abdominal difusa há três dias, acompanhada de náuseas, parada de eliminação de fezes e flatos. Nega hipertensão, diabetes, etilismo e tabagismo. Antecedentes pessoais: duas cesáreas e histerectomia. Radiograma simples de abdome ortostático e decúbito dorsal horizontal: presença de alças intestinais dilatadas com nível hidroaéreo e pregas coniventes. **AS PREGAS CONIVENTES PERTENCEM A SEGUINTE ESTRUTURA:**

- a. Colón ascendente.
- b. Estômago.
- c. Sigmoides.
- d. Intestino delgado.

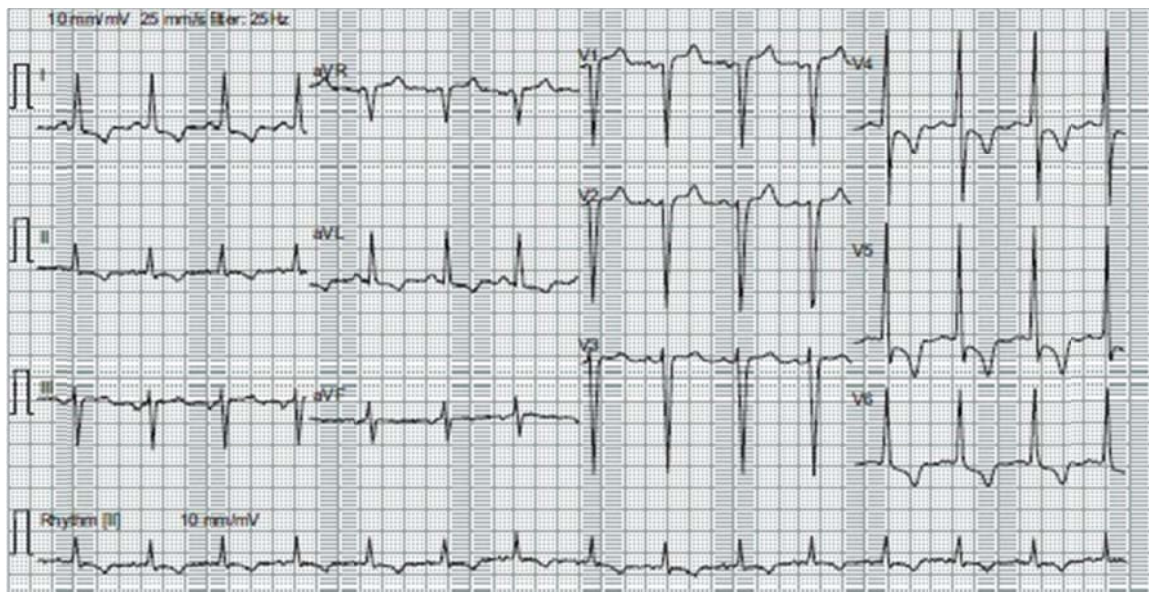
27. Criança, 5a, em consulta de puericultura, foi auscultado sopro sistólico em foco pulmonar e desdobramento fixo da segunda bulha. Segundo a mãe, a criança é ativa, alimenta-se bem, não tendo notado nada de errado com o filho. **A HIPÓTESE DIAGNÓSTICA E A JUSTIFICATIVA PARA OS ACHADOS SEMIOLÓGICOS SÃO:**

- a. Persistência do canal arterial, o desdobramento fixo é devido à hipertensão pulmonar.
- b. Tetralogia de Fallot, o desdobramento fixo é devido à malformação da valva pulmonar.
- c. Comunicação interventricular, o sopro é devido ao fluxo pela CIV da direita para a esquerda.
- d. Comunicação interatrial, o sopro é devido ao hiperfluxo pulmonar.

28. Homem, 65a, procura o Pronto Socorro referindo parada de eliminação de flatos e fezes, aumento do abdome e náuseas há cinco dias. Nega febre e vômitos. Antecedentes pessoais: tabagismo 1 maço/dia/50 anos e hipertensão arterial. Exame físico: bom estado geral, desidratado +/4+, descorado +/4+, FR= 18 irpm, acianótico; Abdome: distendido e hipertimpânico globalmente. Radiograma do abdome: distensão desde o ceco até cólon descendente, ausências de pregas coniventes e de ar em ampola retal. **O DIAGNÓSTICO É:**

- a. Obstrução do intestino delgado.
- b. Suboclusão em alça fechada.
- c. Câncer obstrutivo de sigmoide, com válvula ileocecal continente.
- d. Megacólon tóxico.

29. Homem, 72a, trazido a um Pronto Atendimento com queixa de ter apresentado dor no peito seguida de um desmaio quando ajudava a esposa a arrastar um armário, há uma hora. Nos últimos três meses teve várias vezes sensação que vai desmaiar, com tonturas e escurecimento da vista quando se esforça, o que o obriga a se sentar, havendo melhora. Antecedente pessoal: hipertensão arterial em uso de captopril 75mg/dia. Exame físico: PA= 140x82 mmHg, FC= 96 bpm; Coração: Bulhas ritmicas com Sopro sistólico em foco aórtico com irradiação para a região cervical direita. Eletrocardiograma:



**A HIPÓTESE DIAGNÓSTICA É:**

- Estenose aórtica reumática.
- Infarto Agudo do miocárdio.
- Bloqueio atrioventricular Mobitz tipo I.
- Estenose aórtica calcificada.

30. Homem, 35a, procurou serviço médico com nódulo indolor no testículo direito, observado durante o banho há três dias. Exame físico: Genitais: nódulo de 1cm de diâmetro, de consistência muito endurecida e indolor, sem sinais inflamatórios em testículo direito. **OS EXAMES A SEREM SOLICITADOS PARA DIAGNÓSTICO SÃO:**

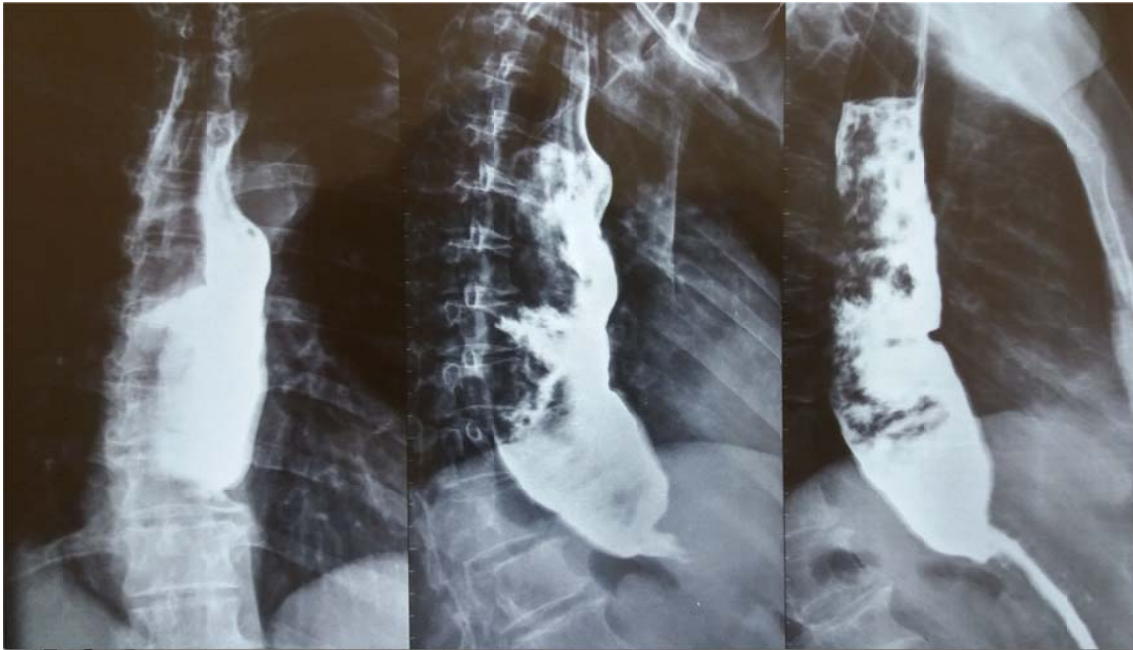
- Cintilografia e ultrassonografia doppler de testículo.
- Ultrassonografia doppler de testículo e tomografia computadorizada abdominal.
- Ultrassonografia de testículo, alfa-feto proteína e beta-HCG.
- Ultrassonografia de testículo, reação Mantoux e pesquisa de BAAR.



31. Mulher, 58a, com dor em fossa ilíaca esquerda e baixo ventre há sete dias e dor miccional, disúria e saída de ar no final da micção há três dias. Antecedentes pessoais: histerectomia há 15 anos e tabagismo 10 maços/ano. **A CAUSA DESSA CONDIÇÃO É:**

- a. Doença de Crohn de no ângulo de Treitz.
- b. Câncer de colo uterino remanescente.
- c. Câncer de bexiga com invasão do trígono.
- d. Diverticulite complicada de cólon.

32. Mulher, 52a, apresenta disfagia há 20 anos, que teve início com alimentos líquidos evoluindo há um ano para sólidos associado a perda de 10 kg/1ano. Refere retorno do alimento para cavidade oral após alimentação. Realizou tratamento com sintomáticos até o momento. Antecedentes pessoais: hipertensão controlada, procedente da região rural do sul da Bahia. Procurou a Unidade Básica de Saúde para prosseguir o acompanhamento médico. Traz esofagograma:



**O DIAGNÓSTICO É**

- a. Doença do refluxo gastresofágico.
- b. Esôfago quebra-nozes.
- c. Megaesôfago.
- d. Espasmo esofágico inferior.

33. Lactente, 3m, chega à Emergência, pálido, pouco responsivo, com cianose labial. Exame físico: Regular estado geral, afebril, FR= 68 irpm, saturação Oxigênio (ar ambiente) = 79% PA= 40x20mmHg, pulsos periféricos finos, tempo de enchimento capilar= 4 seg. Monitor cardíaco: FC= 220bpm, QRS estreito, dificuldade de visualização da onda P, ritmo regular. **O DIAGNÓSTICO E A CONDUTA SÃO:**

- a. Taquicardia supra ventricular; cardioversão sincronizada.
- b. Taquicardia sinusal; analgésico
- c. Taquicardia ventricular; adenosina.
- d. Taquicardia ventricular; desfibrilação elétrica.

34. Menina, 8a, trazida à Unidade de Emergência por apresentar diplopia e alteração da fala há um dia. Exame físico: ptose palpebral bilateral e diplopia; Exame oftalmológico: redução gradativa da força em músculo reto lateral e músculo elevador da pálpebra bilateralmente. Questionada, criança lembrou de ter “pisado em espinho” na tarde anterior. Pé esquerdo com ponto de inoculação eritematoso em 4º dedo. Creatinofosfoquinase= 4425U/L; exame sumário de urina: Hb= positiva. **O DIAGNÓSTICO É DE ACIDENTE:**

- a. Crotálico.
- b. Elapídico.
- c. Loxocélico.
- d. Botrópico.

35. Menino, 2a, trazido a Unidade de Pronto Atendimento por apresentar há dois dias, tosse, febre e vômitos. Antecedentes pessoais: comunicação interventricular, em uso de digoxina e furosemida por via oral e cinco pneumonias anteriores, última há três meses. Exame físico: Regular estado geral, hipoativo, Temp.= 38°C, FR= 58 irpm, FC= 160 bpm, tempo de enchimento capilar= 2 segundos, saturação de oxigênio (ar ambiente) = 86%; Tórax: retração subcostal; Abdome: fígado palpável à 5 cm do rebordo costal direito, borda romba. Gasometria arterial: pH= 7,21; pO<sub>2</sub>= 65mmHg; pCO<sub>2</sub>= 55 mmHg; HCO<sub>3</sub>= 13 mEq/l. Radiograma de tórax: cardiomegalia global e opacidade difusa em bases pulmonares. **AS HIPÓTESES DIAGNÓSTICAS SÃO:**

- a. ICC descompensada, insuficiência respiratória, acidose mista.
- b. ICC descompensada, insuficiência respiratória, acidose respiratória.
- c. Pneumopatia crônica, cardiopatia congênita, acidose metabólica.
- d. Pneumopatia crônica, cardiopatia congênita, acidose respiratória.

36. Menina, 15m, chega à Emergência com quadro de febre, vômitos e alternando irritabilidade e letargia há um dia. Mãe refere que a urina está diminuída. Exame físico: Regular estado geral, T= 38,6°C, PA= 90x60 mmHg, FC= 170 bpm, FR=50 irpm, palidez cutânea, mucosas secas, anictérica, acianótica, pulsos periféricos finos, perfusão periférica= 4 seg. Pele: lesões arroxeadas em membros inferiores e abdome, não desaparecem à digito pressão. Nas várias tentativas de punção venosa periférica, apresenta sangramento profuso. **A HIPÓTESE DIAGNÓSTICA É:**

- a. Choque séptico.
- b. Síndrome hemolítico urêmica.
- c. Choque hipovolêmico.
- d. Púrpura de Henoch-Schonlein.

37. Lactente, 3m, encaminhado para investigação de meningite, chega à Emergência com quadro de choro inconsolável. Exame físico: chorosa, sudoreica, FC= 190 bpm; T= 39°C; Neurológico: hiperreflexia global e pupilas midriáticas. **A TOXÍNDROME A SER PENSADA É:**

- a. Anticolinérgica.
- b. Anticolinesterásica.
- c. Simpatomimética.
- d. Extrapiramidal.

38. Menina, 6a, chega na Unidade de Emergência com quadro clínico de febre alta há cinco dias, disfagia e sialorreia. Nos últimos dois dias, vem queixando-se de dor em região cervical posterior e mãe percebeu alteração da voz. Exame físico: Regular estado geral, T= 39°C, FR= 34 irpm, FC= 140 bpm, tempo de enchimento capilar= 2 segundos, adenomegalia cervical anterior esquerda, móvel, diâmetro 3 cm, sem sinais inflamatórios; Orofaringe: dificuldade de abertura da cavidade oral; Neurológico: rigidez cervical presente. **O DIAGNÓSTICO É:**

- a. Meningite bacteriana.
- b. Supraglotite.
- c. Abscesso retrofaríngeo.
- d. Adenite bacteriana.

39. Recém-nascido, 10 dias, vem para primeira consulta acompanhado pela mãe. Nega problemas gestacionais, do parto e queixas atuais. Embora a mãe negue ingestão de bebidas alcoólicas, exceto cerveja durante a gestação, no exame físico são detectadas alterações compatíveis com Síndrome alcoólica fetal (SAF). **É**

**IMPORTANTE EXPLICAR PARA A MÃE QUE:**

- a. Não se preocupe, pois após um ano de vida nada mais será percebido.
- b. Não se preocupe, pois como tomou cerveja, não haverá problemas.
- c. A SAF não tem cura, mas a intervenção precoce ameniza os efeitos.
- d. O uso de ácido fólico poderá reverter as sequelas causadas pelo álcool.

40. Menina, 8a, previamente hígida, retorna para verificar resultados de exames. Há cerca de 45 dias teve uma linfadenomegalia febril. Atualmente sem queixas e com exame físico sem alterações. Sorologia toxoplasmose= IgM e IgG positivas. A mãe fica muito insegura e tem muitas perguntas. **A CONDUTA É:**

- a. A criança não pode voltar para a escola por mais 15 dias para não transmitir a doença.
- b. Como a criança é previamente hígida, não há necessidade de tratamento medicamentoso.
- c. O agente é um protozoário, com tropismo para músculo sendo o homem o hospedeiro definitivo.
- d. É uma doença autolimitada, mas o paciente deve ser acompanhado em ambulatório especializado pelas possíveis complicações.

41. Menina, 4a, previamente hígido, frequenta creche. Há três dias com mal-estar e febre e há um dia com vermelho na pele. Exame: FC= 90bpm, FR= 20irpm, lesões eritematosas nas regiões zigomáticas, preservando região central da face e exantema reticulado em tronco e extremidades. **O AGENTE ETIOLÓGICO E UMA**

**COMPLICAÇÃO SÃO:**

- a. Herpes vírus 6 e 7; complicações neurológicas.
- b. Coxsackievirus A16 e A10; complicações cardíacas.
- c. Vírus do sarampo; pneumonia.
- d. Parvovírus B19; manifestações hemorrágicas.



44. Lactente, 45 dias, é atendido em unidade de emergência com coriza, obstrução nasal, tosse e cansaço há cinco dias. A tosse intensificou-se nas últimas 12 horas, com episódios de cianose e pausas respiratórias. Exame físico: FR= 72 irpm, Temp.= 36°C, oximetria de pulso (ar ambiente) = 89%, tempo de enchimento capilar= 2 segundos; Tórax: retração subcostal e de fúrcula esternal, murmúrio vesicular presente, simétrico, com estertores subcrepitantes, roncos e sibilos difusos bilateralmente. Radiograma de tórax: hiperinsuflação bilateral e opacidade heterogênea em ápice direito. **O CASO DEVE SER CONDUZIDO COMO INFECÇÃO POR:**

- a. *Chlamydia trachomatis*.
- b. *Streptococcus pneumoniae*.
- c. Influenza H1N1.
- d. *Bordetella pertussis*.

45. Lactente, 21 dias de vida é trazido à Unidade de Emergência com história de febre medida de 38,5°C. Mãe nega outros sintomas. Está em aleitamento materno exclusivo e vem ganhando peso. Nascido de parto normal a termo sem intercorrências. Exame físico: sem alterações. **ALÉM DA COLETA DE HEMOGRAMA E SEDIMENTO URINÁRIO/ UROCULTURA, OS EXAMES INDICADOS SÃO:**

- a. PCR de nasofaringe para Influenza, coprocultura e radiograma de tórax.
- b. Hemocultura, líquido, velocidade de hemossedimentação e proteína C reativa.
- c. Radiograma de tórax, hemocultura, coprocultura e proteína C reativa.
- d. PCR de nasofaringe para Influenza, líquido e velocidade de hemossedimentação.

46. Menino, 12a, chega à unidade de emergência com queixa de dor abdominal e vômitos há dois dias. Antecedente pessoal: diabetes melito tipo 1 há quatro anos, em uso de insulina NPH 12 UI pela manhã e 6 UI à tarde. Exame físico: regular estado geral, consciente, orientado, mucosas secas, FC= 140 bpm, FR= 30 irpm, PA= 100X70 mmHg, tempo de enchimento capilar= 3 segundos. Abdome: plano, flácido, ruídos hidroaéreos presentes, sem sinais de irritação peritoneal. Gasometria arterial: pH= 7,25; bicarbonato= 8 mEq/l, glicemia= 340 mg%. **OS DIAGNÓSTICOS E AS CONDUTAS SÃO:**

- a. Hiperglicemia e desidratação; reposição volêmica com cristaloides e bicarbonato.
- b. Hiperglicemia e desidratação; reposição volêmica com coloides e infusão de insulina.
- c. Gastroenterite e desidratação; hidratação oral e insulina simples intramuscular.
- d. Cetoacidose diabética; reposição volêmica com cristaloides e infusão de insulina.

47. Rapaz, 16a, hígido, chega à UBS com queixa de ardor para urinar há dois dias e febre baixa e mal-estar há 24 horas. Antecedente pessoal: nega drogas e álcool, pratica esportes, sexo eventualmente, última vez há quatro dias. Exame: FR= 16irpm; FC= 100bpm; T= 37,9°C; Abdome: Sinal de Giordano= negativo; Genital: secreção mucoide abundante em uretra. **A CONDUTA É:**

- a. Ciprofloxacina.
- b. Sulfametoxazol-trimetoprina.
- c. Ciprofloxacina e azitromicina.
- d. Azitromicina.

48. Menino, 3a, é recebido na sala de pronto atendimento de uma UBS após ter sido picado por uma abelha há cerca de 10 minutos. Mãe refere choro inconsolável com intensa irritabilidade. Exame físico: FC= 136 bpm; FR= 50 irpm; rubor facial e estridor laríngeo; Face: edema de lábios e língua; Pulmões: murmúrio vesicular presente e simétrico bilateralmente e alguns sibilos; Pele: placas de urticária. **O DIAGNÓSTICO E A CONDUTA SÃO:**

- a. Alergia a picada de inseto, dexclorferinamina oral.
- b. Angioedema, corticoide endovenoso.
- c. Anafilaxia, adrenalina intramuscular.
- d. Urticária, loratadina oral.

49. Mulher, 30a, procura Unidade Básica de Saúde referindo corrimento vaginal amarelo esverdeado em grande quantidade com odor fétido, dor durante relação sexual e ardor ao urinar há 14 dias. Exame ginecológico: secreção vaginal em grande quantidade amarelada, pH= 5, teste das aminas= negativos; paredes vaginais e ectocérvice hiperemiados e o colo uterino: aspecto de framboesa, teste do iodo: tigróide. **O DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO SÃO:**

- a. Candidíase vaginal; fluconazol oral para o casal.
- b. Vaginose bacteriana; metronidazol vaginal.
- c. Candidíase vaginal; nistatina vaginal.
- d. Tricomoníase; metronidazol oral para o casal.

50. Mulher, 35a, G0P0, vem referindo dor pélvica cíclica há 5 anos, retorna em consulta ginecológica para resultado de exame. Nunca fez uso de método contraceptivo. Ecografia transvaginal e abdominal: cisto ovariano de conteúdo espesso 3 cm e nódulo em região de ureter direito, com hidronefrose leve à direita. **A**

**CONDUTA É:**

- a. Prescrever contraceptivo oral combinado contínuo por 3 meses e repetir ecografia.
- b. Prescrever acetato de medroxiprogesterona intramuscular e repetir ecografia em 3 meses.
- c. Realizar exérese cirúrgica do cisto e do nódulo.
- d. Prescrever progestagênio oral contínuo, repetir ecografia em 6 meses.

51. Mulher, 55a, branca, comparece ao Ambulatório de Ginecologia queixando-se de sensação de calor intenso pelo corpo, principalmente em região de tórax e face, 10 vezes ao dia, durando aproximadamente 10 minutos, há três anos. Frequentemente acorda à noite devido ao “calorão”. Já tentou usar roupas mais leves e frequentar ambientes ventilados, porém não notou melhora dos sintomas. Refere baixa ingestão de cálcio. Antecedente Pessoal: menopausa há dois anos, nega cirurgia, e comorbidades. Antecedentes familiares: negativo para neoplasias. Exame ginecológico: normal. Densitometria óssea: T-score de -2,2 em coluna lombar total e T-score de -1,3 em colo femoral. Mamografia: BIRADS® 2. **A CONDUTA É**

**PRESCREVER:**

- a. Cálcio, vitamina D e terapia hormonal com estrógeno e progesterona.
- b. Cálcio, vitamina D e atividade física.
- c. Alendronato sódico, vitamina D e atividade física.
- d. Cálcio, vitamina D e terapia hormonal com estrógeno.



52. Mulher, 32a, G3P3C0, sem parceiro fixo, comparece ao Pronto Atendimento queixando-se de dor em baixo ventre há sete dias, com piora nas últimas horas. Método anticoncepcional: acetato de medroxiprogesterona de depósito 150 mg intramuscular a cada três meses, há dois anos, última dose há dois meses e meio. Relata ausência de sangramento menstrual há vários meses. Exame físico: regular estado geral, corada, FR= 28 irpm, 38,8°C, FC= 110 bpm, PA=: 80x50 mmHg. Abdome: plano, doloroso à palpação superficial e descompressão brusca positiva. Exame ginecológico: colo uterino sem lesões macroscópicas, presença de secreção endocervical abundante, opalescente e viscosa exteriorizando-se pelo orifício externo. Toque vaginal: útero de volume normal, doloroso à mobilização do colo, anexo direito doloroso à mobilização e aumentado de volume. Ultrassonografia transvaginal: útero de tamanho normal, sem conteúdo intracavitário, anexo esquerdo normal, tuba direita dilatada com nodulação de 3,5x3,0 cm de aspecto heterogêneo, moderada quantidade de líquido espesso em cavidade peritoneal. **O DIAGNÓSTICO E CONDUTA SÃO:**

- a. Doença inflamatória pélvica; tratamento ambulatorial com doxiciclina 100 mg via oral de 12/12 horas associado a metronidazol 500 mg via oral de 12/12 horas por 14 dias e ceftriaxone 500 mg intramuscular dose única e reavaliar em 3 dias.
- b. Doença inflamatória pélvica com abscesso tubo-ovariano roto; laparotomia exploradora e antibioticoterapia endovenosa.
- c. Gestação ectópica rota em anexo direito; laparotomia exploradora e salpingectomia a direita.
- d. Doença inflamatória pélvica associada a hidrossalpinge à direita; internação para antibioticoterapia endovenosa e reavaliação com ultrassonografia transvaginal em 2 dias.

53. Primigesta, 27a, comparece ao Pronto Atendimento com queixa de sangramento via vaginal volumoso e cólicas intensas há dois dias, com piora nas últimas quatro horas. Idade gestacional de 12 semanas e 4 dias por ultrassonografia realizada há duas semanas cujo laudo foi normal. Exame físico: regular estado geral, descorada 3+/4+, FC= 120 bpm, PA= 90x60 mmHg, FR= 26 irpm, afebril. Abdome: plano, flácido, discretamente doloroso à palpação profunda, descompressão brusca negativa. Exame especular: sangramento ativo em grande quantidade pelo colo uterino com saída de material compatível com restos ovulares; toque vaginal: útero aumentado para 10 semanas, com orifício interno pérvio para uma polpa digital, anexos de volume normal.

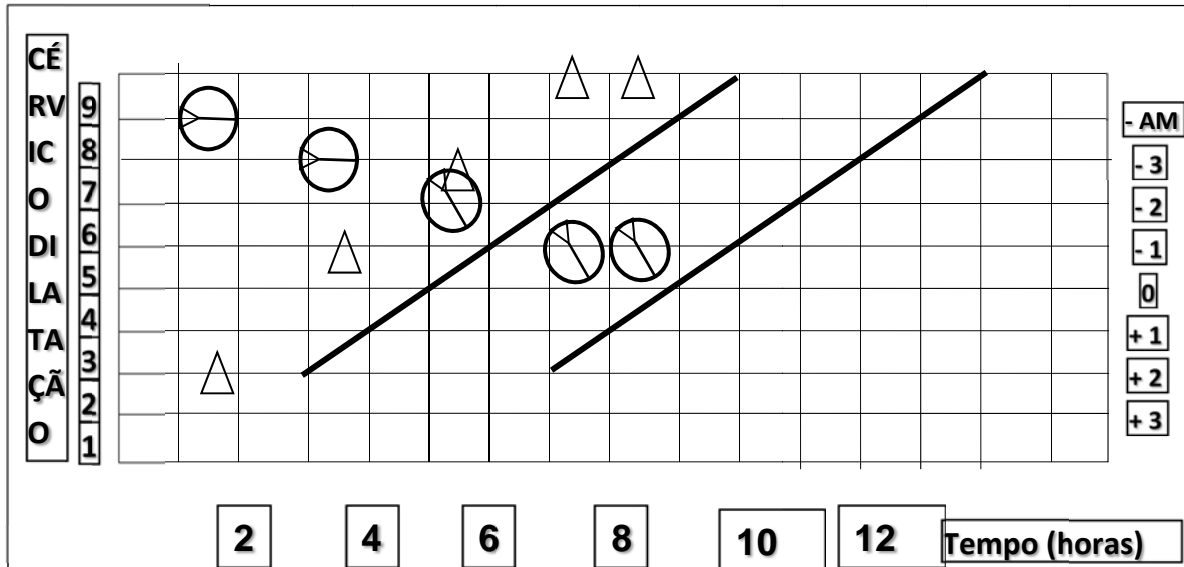
**O DIAGNÓSTICO E A CONDUTA SÃO:**

- a. Aborto retido; prescrever misoprostol 100 µg via vaginal de 6/6 horas e após 4 doses proceder com curetagem uterina.
- b. Aborto incompleto; internação hospitalar, estabilização hemodinâmica e curetagem uterina.
- c. Aborto incompleto; prescrever misoprostol 100 µg via vaginal de 4/4 horas e após 3 doses proceder com curetagem uterina.
- d. Aborto em curso; internação hospitalar e reavaliação em 6 horas.

54. Mulher, 29a, comparece ao Pronto Atendimento queixando-se de sangramento vaginal em pequena quantidade há três dias. Não se recorda com exatidão da data da última menstruação, porém acredita que está atrasada. Exame físico: bom estado geral, corada, FR= 16 irpm, FC= 84 bpm, PA= 110x80 mmHg; Abdome: plano, flácido, indolor à palpação, descompressão brusca negativa. Exame especular: colo uterino sem lesões macroscópicas, sangramento em “borra de café” em pequena quantidade coletado em fundo de saco vaginal, ausência de sangramento ativo; toque vaginal: útero de volume aparentemente normal, colo uterino impérvio, anexos indolores à mobilização e de volume normal. Teste de β-hCG urinário: positivo. Ultrassonografia transvaginal realizada no mesmo dia: útero de volume normal, cavidade endometrial sem alterações com linha endometrial de 10 mm, ovários e anexos sem alterações ecográficas. **O DIAGNÓSTICO E A CONDUTA SÃO:**

- a. Aborto completo; alta do pronto atendimento e retorno em 15 dias na UBS.
- b. Gestação ectópica; internação para laparoscopia diagnóstica.
- c. Aborto completo; retorno para reavaliação ultrassonográfica em 7 dias.
- d. Gestação de localização indeterminada; solicitar dosagem de β-hCG sérico quantitativo.

55. Primigesta de 40 semanas de idade gestacional, admitida em trabalho de parto, submetida a analgesia com 6 cm de dilatação, quando já apresentava bolsa rota. A partir desse momento foi conduzida com ocitocina mantendo 4 contrações fortes, em média, em 10 minutos. A evolução do parto está representada no partograma abaixo:



**A CONDUTA É:**

- Fórcipe de Kielland por distócia de rotação.
- Cesárea por distócia funcional.
- Fórcipe de Simpson para abreviação do período expulsivo.
- Cesárea por desproporção céfalo-pélvica.

56. Adolescente, 16a, com idade gestacional de 20 semanas inicia pré-natal. Refere ter perdido a carteira de vacinação e não sabe referir imunizações prévias. **A ORIENTAÇÃO DE VACINAS NA GESTAÇÃO É:**

- Realização de vacina para influenza e de tríplice bacteriana acelular independente de vacinação prévia para tétano.
- Pela idade materna não há necessidade de realizar qualquer imunização além da vacina de influenza.
- Nessa idade gestacional não deve ser realizada qualquer imunização pelo risco de embriopatia.
- Administração de dupla tetânica e da vacina de hepatite B independente do status sorológico.

57. Mulher, 27a, G2 P2 FV2, 70º dia de puerpério, comparece ao Centro de Saúde para revisão de parto e orientação de anticoncepção. Aleitamento misto desde o 7º dia de vida do recém-nascido. Nega sangramento vaginal após loquiação. Início da atividade sexual há 15 dias, sem método anticoncepcional. Exame ginecológico: normal. **EM RELAÇÃO A ANTICONCEPÇÃO DEVE-SE:**

- a. Iniciar anticoncepcional oral combinado imediatamente, pois a paciente está em aleitamento misto.
- b. Orientar aleitamento materno exclusivo e iniciar minipílula, pois esta é eficaz até o sexto mês de puerpério na presença de aleitamento.
- c. Inserir dispositivo intrauterino na consulta e orientar abstinência sexual por 15 dias.
- d. Orientar aleitamento materno exclusivo e condom; retorno em 15 dias para teste de gravidez, com orientação de método se teste for negativo

58. Primigesta de 40 semanas de idade gestacional é admitida em trabalho de parto com toque vaginal de 4cm, 100% esvaecido, apresentação cefálica em plano -2 de De Lee. A frequência cardíaca fetal está em 150 bpm, rítmica e a dinâmica uterina se apresenta com 4 contrações fortes de 45 segundos em 10 minutos. Duas horas após evolui para parto vaginal sem analgesia. **AS COMPLICAÇÕES ASSOCIADAS A ESSA EVOLUÇÃO SÃO:**

- a. Inversão uterina, hipotonia uterina e hemorragia cerebral no recém-nascido.
- b. Hipotonia/atonia uterina, laceração de trajeto e hemorragia cerebral no recém-nascido.
- c. Acretismo placentário, hemorragia do quarto período, hemorragia retiniana no recém-nascido.
- d. Laceração de trajeto, sofrimento fetal agudo e retenção placentária.

59. Mulher, 32a, G3P2A0C0, idade gestacional de 23 semanas é encaminhada para o ambulatório de gravidez de alto risco por ser Rh negativa e apresentar prova de Coombs Indireto positivo com identificação de anticorpo anti-Lewis A, classe IgM. O pai da criança é Rh positivo, com fenotipagem de heterozigoto para o sistema Rh. Refere não ter recebido imunoglobulina anti-D profilática após o último parto. **A CONDUÇÃO É:**

- a. Realizar estudo de dopplerfluxometria de artérias cerebrais fetais e, se alterado, indicar investigação de anemia fetal.
- b. Indicar cordocentese, já que há 50% de chance do feto atual ser Rh negativo.
- c. Se persistir o mesmo resultado de Coombs indireto, há indicação de imunoglobulina anti-D no pós parto.

d. Repetir a prova de Coombs indireto e indicar investigação de anemia fetal, apenas se houver titulação elevada de anticorpos.

60. Primigesta, 16a, apresenta os seguintes dados no cartão de pré-natal:

	1	2	3	4	5
Data consulta	01/02	15/03	30/04	28/05	25/06
Ig (sem)	12	18	24	28	32
Peso (kg)	62	64	68	72	76
PA (mmHg)	100 x 50	90 x 50	110 x 70	130 x 90	150 x 100
Edema	-	-	+	++	+++
AU (cm)	12 sem	18	22	24	26
BCF	-	152	156	148	Ausente
Retorno (sem)	6	6	4	4	Ultrassonografia de urgência

**O DIAGNÓSTICO É**

- a. Hipertensão arterial crônica, restrição de crescimento e óbito fetal.
- b. Pré-eclâmpsia, restrição de crescimento e óbito fetal.
- c. Pré-eclâmpsia complicada com iminência de eclampsia e óbito fetal.
- d. Hipertensão arterial crônica, pré-eclâmpsia e óbito fetal.

61. Mulher, 35a, na quarta gestação com antecedente de três cesáreas, idade gestacional de 38 semanas é admitida com queixa de perda de líquido por via vaginal. Antecedente pessoais: infecção urinária com 28 semanas e urocultura de controle, coletada com 30 semanas com resultado negativo; pesquisa de estreptococo do grupo B positiva com 36 semanas. Exame obstétrico: altura uterina= 34 cm; batimentos cardíacos fetais= 148 bpm; dinâmica uterina: ausente; exame especular: grande quantidade de líquido claro em fundo de saco vaginal e colo aparentemente pérvio para 2cm. **A CONDUTA É:**

- a. Indução de parto com ocitocina, pois é uma amniorrexe prematura de termo.
- b. Expectante por até 24 horas após antibioticoprofilaxia para estreptococo do grupo B.
- c. Realização de cesárea após antibioticoprofilaxia para estreptococo do grupo B.
- d. Cesárea imediata sem necessidade de antibioticoprofilaxia.

62. Mulher, 31a, G3P2, encaminhada ao Pré-Natal de alto risco com 19 semanas. Antecedente pessoal: 2 partos pré-termo com 24 e 27 semanas de gestação. Ultrassonografia obstétrica: colo uterino de 15mm. **O DIAGNÓSTICO E A CONDUTA SÃO:**

- a. Insuficiência istmo cervical, cerclagem.
- b. Insuficiência istmo cervical, pessário.
- c. Trabalho de parto prematuro, cerclagem de urgência.
- d. Trabalho de parto prematuro, pessário.

63. Um médico da saúde da família deverá organizar grupos de orientação para mulheres da região atendida pela Unidade Básica de Saúde em que trabalha por ocasião do “Outubro Rosa”. **COM RELAÇÃO AOS FATORES DE RISCO PARA O CÂNCER DE MAMA, DEVERÁ ORIENTAR QUE:**

- a. Obesidade não é elencada como fator de risco para o câncer de mama na pós-menopausa.
- b. Tratamento radioterápico por malignidades não-sólidas em tórax de mulheres jovens não é fator de risco estabelecido para o câncer de mama.
- c. Tabagismo e uso de pílulas anticoncepcionais orais combinadas são fatores de risco controversos em relação ao desenvolvimento da neoplasia maligna da mama.
- d. Amamentação não é considerado fator protetor para o câncer de mama em população de risco habitual.

64. Mulher, 72a, com adenocarcinoma mamário tipo não-especial Ec IIb diagnosticado por mamotomia, é encaminhada a centro oncológico de serviço universitário para tratamento. Foram solicitados revisão do estudo anatomopatológico e imunohistoquímica dos blocos e lâminas da biópsia prévia. **O PRINCIPAL FATOR PROGNÓSTICO INDEPENDENTE NO CÂNCER DE MAMA EM SUAS FASES INICIAIS É:**

- a. As características dos linfonodos axilares após avaliação cirúrgica por biópsia de linfonodo sentinela ou por dissecação linfonodal axilar completa.
- b. O tamanho tumoral (considerar o maior tamanho observado entre a mamografia e o estudo anatomopatológico).
- c. A determinação do Ki-67 por estudo imunohistoquímico.
- d. A determinação do Her-2 por hibridização in situ por fluorescência (FISH).

65. Em uma escola de segundo grau com 200 alunos foram notificados três casos de caxumba no último mês em estudantes de 15 a 18 anos. **ASSINALE A CORRETA:**

- a. Para ser chamado de surto e dar início à investigação epidemiológica, a incidência deve ser maior que 2% na população sob risco.
- b. Trata-se de um surto de caxumba que deve ser notificado à vigilância epidemiológica.
- c. Deve-se notificar casos graves e complicações à vigilância epidemiológica, pois a caxumba não é uma doença de notificação compulsória.
- d. O período de transmissibilidade da caxumba é ao redor de cinco dias após o início dos sintomas, limitando o seu potencial de transmissão.

66. Um estudo multicêntrico avaliou a correlação entre as taxas de incidência de câncer de pele em diferentes faixas etárias e as horas médias de insolação diárias em diferentes regiões do planeta. **TRATA-SE DE UM ESTUDO:**

- a. Coorte, onde os indivíduos foram seguidos quanto à exposição ao sol em diferentes regiões do planeta.
- b. Ecológico, pois foram analisados agregados espaciais com dados ambientais médios.
- c. Transversal, pois foram analisadas as incidências médias de câncer de pele em diferentes faixas etárias.
- d. Caso controle, pois foram analisados os casos de câncer de pele e comparados quanto à exposição ao sol.

67. Considerando o tema prioritário da campanha “novembro azul”, de promoção à saúde do homem (MINISTÉRIO DA SAÚDE 2016), e a principal causa de morte da população masculina de 20 a 59 anos no Brasil, **ASSINALE A CORRETA:**

- a. A campanha prioriza o câncer de próstata, principal causa de morte desta população.
- b. A campanha não tem impacto na principal causa de morte desta população.
- c. O rastreamento de câncer de próstata tem demonstrado impacto na mortalidade.
- d. O preconceito é o principal obstáculo para diminuição da mortalidade desta população.

68. Um médico na atenção primária atende em consulta eventual uma mulher de 32 anos. Ao interrogar sobre o motivo da consulta é informado de que ela está no último dia de férias e requisita um atestado para três dias de afastamento do trabalho. Interrogada sobre qual problema de saúde apresenta, a paciente informa que não está doente, mas insiste na necessidade do atestado. O médico tem um bom vínculo terapêutico com a paciente, tendo conduzido o pré-natal do seu filho de 2 anos e atendido a família em problemas sem maior gravidade. **ASSINALE A CORRETA:**

- a. O profissional deve informar a paciente que fornecer o atestado seria inadequado do ponto de vista ético e encerrar a consulta.
- b. O profissional deve informar a paciente que fornecer o atestado seria inadequado do ponto de vista ético e censurar a paciente.
- c. O profissional deve explorar os motivos que levaram a paciente a solicitar o atestado.
- d. O profissional deve consultar a equipe sobre a melhor decisão e conversar com a paciente em um retorno breve.

69. O coeficiente de mortalidade geral por 1000 indivíduos nos países desenvolvidos europeus é mais alto quando comparado com o mesmo coeficiente em vários países em desenvolvimento. **ASSINALE A CORRETA:**

- a. A diferença se deve essencialmente à maior concentração de pessoas no terceiro mundo.
- b. Os maiores coeficientes de mortalidade nos países em desenvolvimento são resultantes da melhor capacidade de notificação.
- c. A diferença se deve principalmente à qualidade dos registros de mortes entre os países.
- d. A diferença no risco de morrer se deve às diferentes estruturas etárias das populações.



70. Um estudo estimou o impacto do tratamento com trombolítico (StrepKin®) em pacientes com infarto agudo do miocárdio, elegíveis para receber a medicação. O grupo que recebeu a medicação foi comparado com controles (sem medicação) em relação à mortalidade hospitalar, considerando o intervalo entre o início dos sintomas e a administração da medicação (em horas). **ASSINALE A CORRETA:**

Intervalo entre o início dos sintomas e a medicação (horas)	StrepKin® % mortes	Controles % mortes	Risco Relativo	Intervalo Confiança 95%
≤ 3	9,2	12,0	0,74	0,63-0,87
3-6	11,7	14,1	0,80	0,66-0,98
6-9	12,6	14,1	0,87	0,64-1,19
9-12	15,8	13,6	1,19	0,75-1,87

- O uso do trombolítico teve efeito relevante na mortalidade até 9 horas após o início dos sintomas.
- O risco relativo de infarto no grupo com uso da medicação em relação aos controles representa a incidência de morte que conseguiu ser evitada.
- O risco de morrer após 9 horas do início dos sintomas é significativamente maior entre os controles.
- É possível obter efeitos benéficos da StrepKin® se administrada até 6 horas do início dos sintomas.

71. Paciente, 78a, cardiopata com arritmia cardíaca controlada com medicamentos, apresentou quadro gripal com coriza, tosse, febre, cefaleia e dor no corpo. Após 6 dias a tosse e a febre pioraram e apresentou dor torácica e dispneia aos esforços. Na internação, exame físico: regular estado geral, FR= 30 irpm, FC= 98 bpm, PA= 100x60 mmHg, Pulmões: estertores em base direita; Coração: bulhas arrítmicas normofonéticas, sem sopros. Radiograma de tórax: opacidade em base direita; Hemograma: leucocitose com desvio à esquerda. Eletrocardiograma: extrassístoles esporádicas. Evoluiu com deterioração clínica e óbito.

<p><b>Causa da morte</b></p> <p>Parte I</p> <p>Doença ou estado que causou diretamente a morte</p>	<p>a</p>
<p><b>Causas antecedentes</b></p> <p>Estados mórbidos que produziram a causa acima registrada, mencionando-se em último lugar a causa básica</p>	<p>b</p> <p>c</p> <p>d</p>
<p>Parte II</p> <p>Outras condições significativas que contribuíram para a morte, e que não entraram, porém, na cadeia acima</p>	

**OS DIAGNÓSTICOS A SEREM PREENCHIDOS NA DECLARAÇÃO DE ÓBITO ACIMA SÃO RESPECTIVAMENTE:**

- a. Parte I: a) insuficiência respiratória; b) pneumonia; c) gripe e Parte II: cardiopatia.
- b. Parte I: a) gripe; b) pneumonia; c) insuficiência respiratória e Parte II: arritmia.
- c. Parte I: a) insuficiência cardíaca; b) insuficiência respiratória; c) pneumonia e Parte II: gripe.
- d. Parte I: a) insuficiência cardíaca; b) insuficiência respiratória; c) arritmia e Parte II: pneumonia.

72. CONSIDERANDO A HIPÓTESE DE QUE A PRINCIPAL CAUSA DO PROGRESSIVO DECLÍNIO NA MORTALIDADE POR TUBERCULOSE MANTENHA-SE RELEVANTE NA ATUALIDADE, O PROBLEMA MAIS SIGNIFICATIVO PARA UM EVENTUAL AUMENTO DA PREVALÊNCIA DA DOENÇA É:

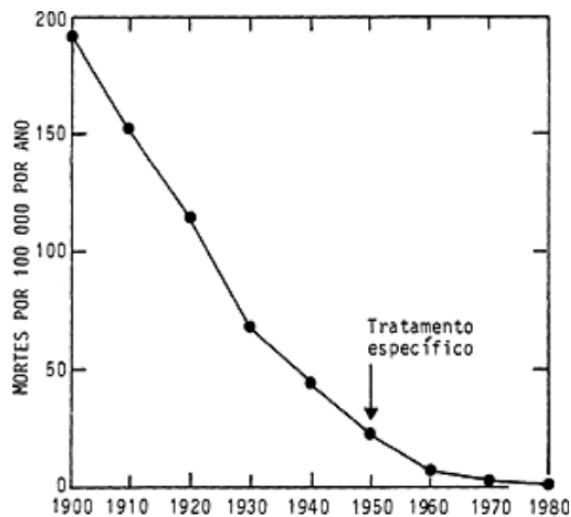
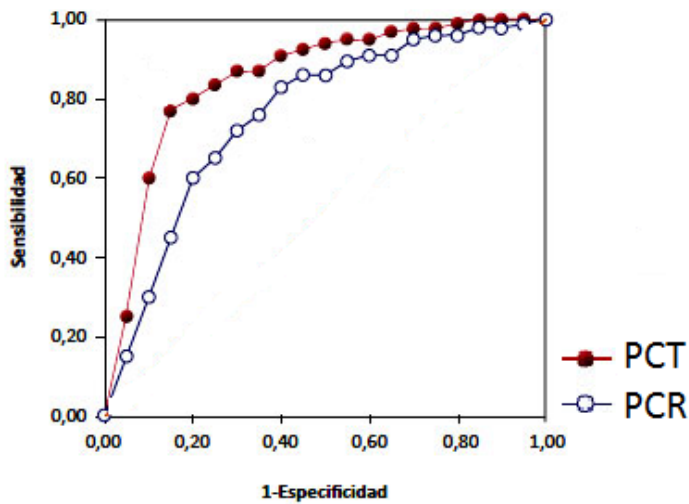


Fig. 1 - Declínio das taxas de mortalidade por tuberculose respiratória nos Estados Unidos de 1900 a 1980.  
Fonte: Fries e Crapo<sup>6</sup> (1981)

- A falta de investimento em novas medicações.
- A piora das condições socioeconômicas da população.
- O aumento na prevalência de imunodeficiências.
- A proliferação de cepas resistentes ao tratamento.

73. Um estudo comparou biomarcadores de processos inflamatórios (PCT procalcitonina e PCR proteína C reativa) e sua capacidade de predição de má evolução clínica de crianças internadas em UTI. Considerando a figura:



**ASSINALE A CORRETA:**

- a. O ponto de corte para separar o exame positivo do negativo depende da área sob a curva do teste.
- b. O desempenho dos biomarcadores é semelhante no decorrer da evolução clínica pois a sensibilidade é contrabalançada pela especificidade.
- c. A área sob a curva pode não expressar a performance do teste pois a especificidade varia conforme os pontos de corte.
- d. Os valores preditivos dos biomarcadores independem da sensibilidade e da especificidade dos testes.

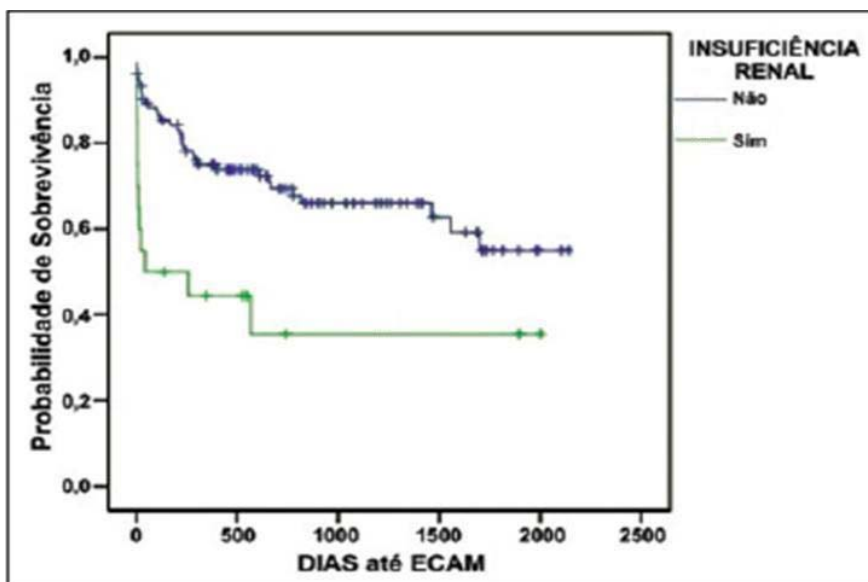
74. O Ministério da Saúde adota os critérios de Schilling para classificar as doenças de acordo com sua relação com o trabalho. A classificação considera como Grupo I as doenças que tem o trabalho como causa necessária; Grupo II aquelas para as quais o trabalho é fator contributivo, mas não necessário; e Grupo III quando o trabalho atua como provocador de um distúrbio latente ou agravador de uma doença já estabelecida. **INCLUEM EXEMPLOS DOS GRUPOS I, II E III DE SCHILLING, RESPECTIVAMENTE:**

- a. Acidentes de trabalho, asma e câncer.
- b. Doenças osteomusculares, intoxicação por chumbo e câncer.
- c. Silicose, doenças osteomusculares e dermatite de contato.
- d. Intoxicação por chumbo, silicose e hipertensão arterial.

**75. O CONCEITO DE EPIZOOTIAS, COMO A DE FEBRE AMARELA NO BRASIL PODEM SER DEFINIDAS COMO:**

- a. Transmissão endêmica na população, associada a vetores artrópodes silvestres.
- b. Aumento de casos de febre amarela em humanos que se infectaram nas matas.
- c. Aumento de casos em animais de forma não usual.
- d. Doença em animais silvestres com potencial de circulação em humanos.

76. Estudo da sobrevivência de pacientes submetidos a intervenção coronária no infarto agudo do miocárdio que desenvolveram ou não insuficiência renal aguda (IRA) até a ocorrência de eventos cardíacos adversos maiores (ECAM) são apresentados na figura abaixo (Lanza et al., Rev. Bras. Cardiol. Invas. 2008; 16(4): 422-428).



**A CORRETA É:**

- a. Mais de 50% dos pacientes sem IRA sobreviveram sem ECAM até o final do estudo.
- b. ECAM ocorreram em 40% dos pacientes com IRA antes dos dias 100 dias de evolução.
- c. Houve maior perda de seguimento entre os pacientes com IRA.
- d. ECAM ocorreu com maior incidência na segunda metade do período de seguimento dos pacientes.

77. Você é convidado a participar da elaboração da política de saúde regional para o câncer de mama. Dados atualizados informam que o tratamento tem começado, em média, 120 dias depois do diagnóstico e 60% das mulheres ao iniciarem o tratamento estão com tumores palpáveis. **A PRIORIDADE INICIAL DESTA POLÍTICA É:**

- a. Aumentar a oferta de mamografia e reforçar campanhas de sensibilização.
- b. Estimular o auto exame e qualificar o fluxo para a Atenção Primária.
- c. Qualificar a Atenção Primária e aumentar a oferta de Atenção Especializada.
- d. Aumentar a oferta de ultrassonografia para as mulheres jovens na Atenção Primária.

78. Homem, 42a, procura atendimento por cegueira abrupta. Antecedente pessoal: trabalhador informal de funilaria e pintura, trabalha com a porta da garagem aberta, mas dias antes do quadro, estava chovendo e acabou trabalhando com a porta fechada. Foi solicitada ao Laboratório de toxicologia a análise química dos produtos com os quais trabalha. **ALÉM DO THINNER, É ESPERADO ENCONTRAR:**

- a. Metanol.
- b. Benzeno.
- c. Etanol.
- d. Chumbo.

79. Em reunião geral com os trabalhadores de uma Unidade Básica de Saúde (UBS), o coordenador, analisando sua população adscrita, apresenta as seguintes informações: (i) piora importante dos indicadores socioeconômicos; (ii) aumento de conflitos com os profissionais da UBS; (iii) existência de poucos espaços públicos de lazer na região; (iv) numerosas agremiações religiosas e bares; (v) aumento progressivo na prescrição de psicofármacos pela UBS (atualmente 20% fazem uso); e (vi) população total estável. **DENTRE AS HIPÓTESES E AS PROPOSTAS APONTADAS NA REUNIÃO, ASSINALE A ALTERNATIVA CORRETA:**

- a. Os dados sobre os fármacos demonstram que a UBS está cumprindo com seu atributo social ao facilitar a adaptação da população ao novo contexto socioeconômico.
- b. A criação, pela Secretaria Municipal de Saúde, de um CAPS (Centro de Atenção Psicossocial) na região, resolveria o problema de saúde mental da comunidade.
- c. Colocar cartazes informando que o desacato ao funcionário público no exercício da atividade é um crime, seria a solução para o aumento de conflitos com os usuários.

d. Os fármacos e as religiões podem se apresentar como soluções mágicas, supostamente capazes de desfazer angústias sem compreender suas causas.

80. Você atua na área de “Saúde e Segurança” de uma multinacional desenvolvendo atividades de prevenção, promoção e atenção à saúde dos mais de 2.800 funcionários. O Conselho Diretor decidiu pela redução de 10% dos trabalhadores. Tendo em vista que “saúde frágil/debilitada” foi um dos critérios para demissão, a diretoria de Recursos Humanos (RH) lhe solicita: (i) relação dos funcionários e número de vezes em que foram atendidos no último ano; (ii) informações resumidas do estado de saúde de cada um. **ALÉM DE RECUSAR-SE A ENTREGAR A LISTA SUA CONDOTA É:**

- a. Redigir carta ao RH posicionando-se contrariamente a essa medida produtora de sofrimentos e iniquidades.
- b. Encaminhar ao RH os dados estatísticos para compreensão dos problemas de saúde dos trabalhadores.
- c. Formalizar denúncia ao CRM da solicitação feita pela empresa.
- d. Comunicar ao RH que está proibido de revelar informações confidenciais.