



MINISTÉRIO DA DEFESA – SECRETARIA-GERAL
SECRETARIA DE PESSOAL, ENSINO, SAÚDE E DESPORTO
HOSPITAL DAS FORÇAS ARMADAS – DIREÇÃO TÉCNICA DE ENSINO E PESQUISA
DIVISÃO DE ENSINO – COMISSÃO DE RESIDÊNCIA MÉDICA
PROCESSO SELETIVO PÚBLICO PARA ADMISSÃO DE MÉDICOS RESIDENTES – 2017
EDITAL Nº 01/RM/2016

ÁREA / ESPECIALIDADE (101)

Anestesiologia, Cirurgia Geral, Clínica Médica, Obstetrícia e Ginecologia, Oftalmologia, Ortopedia e Traumatologia, Otorrinolaringologia, Psiquiatria e Radiologia e Diagnóstico por Imagem.

Data e horário da prova:

Domingo, 11/12/2016, às 9h

INSTRUÇÕES

- Você receberá do fiscal:
 - um caderno de questões da prova objetiva contendo 50 (cinquenta) questões de múltipla escolha, com 5 (cinco) alternativas de resposta cada uma, e apenas uma alternativa correta; e,
 - um cartão de respostas ótico personalizado.
- Verifique se a numeração das questões, a paginação do caderno da prova objetiva e a codificação do cartão de respostas ótico estão corretas.
- Verifique se a área/especialidade selecionada por você está explicitamente indicada nesta capa.
- Quando autorizado pelo fiscal do IADES, no momento da identificação, escreva no espaço apropriado do cartão de respostas, com a sua caligrafia usual, a seguinte frase:

A melodia de seu cântico.

- Você dispõe de 3 (três) horas para fazer a prova objetiva, devendo controlar o tempo, pois não haverá prorrogação desse prazo. Esse tempo inclui a marcação do cartão de respostas ótico.
- Somente após decorrida 1 (uma) hora do início da prova, você poderá entregar seu cartão de respostas ótico e o caderno de provas e retirar-se da sala.
- Somente será permitido levar o caderno de questões da prova objetiva ao término do tempo destinado para a sua realização.
- Deixe sobre a carteira apenas o documento de identidade e a caneta esferográfica de tinta preta, fabricada de material transparente.
- Não é permitida a utilização de qualquer aparelho eletrônico de comunicação.
- Não é permitida a consulta a livros, dicionários, apontamentos e apostilas.
- Você somente poderá sair e retornar à sala de aplicação de provas na companhia de um fiscal do IADES.
- Não será permitida a utilização de lápis em nenhuma etapa da prova.

INSTRUÇÕES PARA A PROVA OBJETIVA

- Verifique se os seus dados estão corretos no cartão de respostas da prova objetiva. Caso haja algum dado incorreto, escreva apenas no(s) campo(s) a ser(em) corrigido(s), conforme instruções no cartão de respostas.
- Leia atentamente cada questão e assinale, no cartão de respostas ótico.
- O cartão de respostas ótico não pode ser dobrado, amassado, rasurado ou manchado e nem pode conter nenhum registro fora dos locais destinados às respostas.
- O candidato deverá transcrever, com caneta esferográfica de tinta preta, as respostas da prova objetiva para o cartão de respostas.
- A maneira correta de assinalar a alternativa no cartão de respostas é cobrir, fortemente, com caneta esferográfica de tinta preta, o espaço a ela correspondente.
- Marque as respostas assim: ●

QUESTÃO 1

Paciente H. L. S., 52 anos de idade, é levado ao pronto-socorro por familiares, apresentando quadro de rebaixamento do nível de consciência e de agitação psicomotora. Os informantes negam antecedentes patológicos, uso de medicação contínua ou alergia aos fármacos habituais. Na sala de emergência, após as medidas iniciais, o paciente segue retirando-se dos estímulos dolorosos, desorientado e com abertura ocular aos estímulos dolorosos, com PA de 84 mmHg x 62 mmHg e frequência cardíaca de 97 batimentos/minuto. A análise gasométrica arterial apresenta como valores: pH = 7,15; HCO_3^- = 6 mEq/litro; PCO_2 = 18 mmHg; Na^+ = 135 mEq/litro; Cl^- = 114 mEq/litro; e K^+ = 4,5 mEq/litro.

Considerando o caso apresentado, assinale a alternativa que indica a pontuação na escala de Glasgow após as medidas iniciais, a PCO_2 esperada para o distúrbio gasométrico, o valor do hiato iônico e o diagnóstico gasométrico final.

- (A) Glasgow 10; PCO_2 = 17 mmHg; hiato iônico = 15; acidose metabólica simples com hiato iônico normal.
- (B) Glasgow 11; PCO_2 = 18 mmHg; hiato iônico = 16; acidose metabólica simples com hiato iônico normal.
- (C) Glasgow 12; PCO_2 = 16 mmHg; hiato iônico = 17; acidose metabólica mista com hiato iônico aumentado.
- (D) Glasgow 9; PCO_2 = 15 mmHg; hiato iônico = 10; acidose metabólica simples com hiato iônico reduzido.
- (E) Glasgow 12; PCO_2 = 18 mmHg; hiato iônico = 14; acidose metabólica mista com hiato iônico normal.

QUESTÃO 2

L. A. P., 42 anos de idade, bancário, comparece ao ambulatório de clínica médica para avaliação. Ele relata ao médico residente que passa por quadro de dispnéia, ortopnéia, dispnéia paroxística noturna e rouquidão há três anos, com piora recente, inclusive com um episódio de hemoptico. Aponta ainda que apresentou dois episódios de síncope no trabalho, após intensa angústia, sudorese fria e tremores em extremidades superiores. Clinicamente, apresenta discreto edema em membros inferiores. O exame do aparelho respiratório encontra-se dentro dos parâmetros de normalidade. O aparelho cardiovascular apresenta ritmo irregular, percebendo-se ruflar diastólico após estalito de abertura e B1 e P1 hiperfonéticas.

Com base nesse caso e nos exames complementares, assinale a alternativa que indica o quadro da paciente.

- (A) Estenose aórtica; eletrocardiograma esboça aumento atrial esquerdo e hipertrofia ventricular esquerda; ecocardiograma com hipertrofia ventricular esquerda concêntrica, separação reduzida das cúspides da valva aórtica e *doppler* mostrando gradiente acentuado nos casos graves.
- (B) Insuficiência mitral; eletrocardiograma esboça aumento atrial esquerdo e hipertrofia ventricular esquerda; ecocardiograma com aumento de ventrículo esquerdo, hipertrofia ventricular esquerda e *doppler* com grande jato regurgitante.

- (C) Estenose mitral; eletrocardiograma esboça aumento atrial esquerdo e hipertrofia ventricular direita; ecocardiograma com movimento restrito dos folhetos de valva mitral e *doppler* tricúspide pode revelar hipertensão pulmonar.
- (D) Insuficiência aórtica; eletrocardiograma esboça aumento atrial esquerdo e hipertrofia ventricular esquerda; ecocardiograma mostra, para os casos crônicos, grande aumento de ventrículo esquerdo e, para os agudos, ventrículo esquerdo pequeno e pré-fechamento de válvula mitral.
- (E) Insuficiência pulmonar; eletrocardiograma esboça aumento atrial direito e hipertrofia ventricular direita; ecocardiograma mostra, para os casos crônicos, grande aumento de ventrículo direito e, para os agudos, ventrículo direito pequeno e pré-fechamento de válvula tricúspide.

QUESTÃO 3

Paciente W. S. S., 20 anos de idade, sexo feminino, 60 kg, é admitida no pronto-socorro com quadro de confusão mental e rebaixamento do nível de consciência. Os familiares informam que ela esteve internada por três dias em um serviço de referência para tratamento de um quadro de encefalite herpética. O relatório médico de alta apontava drenagem, por sonda nasogástrica, de aproximadamente 2.000 mL de estase ao dia, além do uso de manitol e da infusão de 2.000 mL de solução glicosada 5% por dia. O exame físico revela PA de 70 mmHg x 40 mmHg, frequência cardíaca de 140 batimentos por minuto, extremidades frias e tempo de enchimento capilar de sete segundos, veias jugulares colabando com a respiração e oligoanúria.

Em relação ao caso clínico relatado e ao exame físico, assinale a alternativa correta.

- (A) A paciente apresenta elevado grau de depleção do espaço intracelular, causando os manifestos sinais de choque hipovolêmico.
- (B) A paciente apresenta depleção aproximada de 25% a 35% do componente vascular, fato que impacta na pressão de perfusão renal, levando à oligoanúria.
- (C) As soluções adequadas para reposição de volume e de eletrólitos, nesse caso, são as salinas hipertônicas, como Ringer-lactato e salina a 3%. Estas, quando infundidas em velocidades adequadas, levam à restauração de volume circulante e de eletrólitos.
- (D) Durante a primeira hora, é importante infundir volume suficiente para controlar os sinais de instabilidade hemodinâmica. Como medida clínica auxiliar, pode-se utilizar a quantificação da diurese, além de ser mandatória a monitorização da pressão venosa central.
- (E) A paciente apresenta aproximadamente 12 litros de volume de espaço extracelular, enquanto o déficit estimado corresponde a 40% a 50%. O volume que deverá ser infundido será entre 4,8-6,0 litros de salina isotônica.

QUESTÃO 4

D. H. S. R., 17 anos de idade, sexo feminino, chega ao pronto-socorro acompanhada pela mãe e apresentando queixa de urina de coloração levemente avermelhada, além de espumosa. Apresenta antecedente recente de infecção de vias aéreas. Ao exame físico, está hipocorada +2/+4 e apresenta frequência cardíaca de 85 batimentos/minuto, pressão arterial de 125 mmHg x 100 mmHg e edema +1/+4 em membros inferiores. Achados relevantes do laboratório são creatinina plasmática de 4,8 mg/dL, hipoproteinemia significativa, IgA com títulos normais, queda acentuada da fração C3 do complemento, proteinúria +3/+4 e hematúria microscópica, com hemácias eumórficas e cilindros hialinos.

A respeito do caso hipotético apresentado, é correto afirmar que o quadro clínico corresponde a

- (A) glomerulonefrite mesângiocapilar, doença que predomina em adultos jovens femininos com faixa etária em idade inferior a 30 anos. A presença de infecção de vias aéreas precede o quadro em torno de 40%. Na microscopia óptica, há hiperplasmicidade, expressão da matriz mesangial e duplicação da membrana basal glomerular.
- (B) glomerulonefrite hipocomplementêmica, doença que acomete proporcionalmente homens e mulheres jovens e com idade inferior a 20 anos, cursando com doença renal crônica e agudizações da doença renal crônica. A infecção de vias aéreas está associada ao quadro em até 53% dos casos. Na microscopia óptica, há hiperplasmicidade, matriz mesangial íntegra e membrana basal glomerular com depósitos de IgA e fração C3 do complemento, mesmo na vigência de títulos normais.
- (C) glomerulonefrite parietoproliferativa, doença que acomete jovens femininos até a segunda década de vida. Pode haver relação com infecção de vias aéreas em até 60% dos casos, podendo cursar com IgA em títulos normais ou elevados, assim como hematúria micro e macroscópica. Na microscopia óptica, observam-se deposição de imunocomplexos e fração C3 do complemento, variável na matriz mesangial e na membrana basal glomerular.
- (D) glomerulonefrite membranoproliferativa, doença que acomete homens e mulheres na proporção 4:1, em qualquer faixa etária, porém com predomínio em adultos jovens. Os pródromos são infecções de vias aéreas, na grande maioria dos casos, podendo evoluir com crises intermitentes e doença renal crônica, na vigência de títulos normais de IgA, e títulos elevados de IgG e IgM. Na microscopia óptica, há a presença de concreções celulares do espaço de Bowman.
- (E) nefropatia de Berger, doença que acomete qualquer faixa etária, sendo frequente entre os 20 e 30 anos de idade, com predomínio do sexo masculino na proporção 3:1. A apresentação clínica mais comum são surtos de hematúria macroscópica ou microscópica associada a infecções inespecíficas do trato respiratório superior. Pode cursar com títulos de IgA normais ou elevados, em até 50% dos casos. A microscopia óptica pode variar com deposição predominante de IgA no mesângio à imunofluorescência.

QUESTÃO 5

Paciente D. G. F., 40 anos de idade, sexo feminino, vítima de acidente automobilístico com três óbitos no local, foi admitida em UTI após a estabilização do quadro de traumatismo cranioencefálico grave. Ela segue estável hemodinamicamente sem uso de drogas vasoativas, com necessidade de suporte ventilatório e sem sedação há 48 horas. O laboratório clínico não aponta distúrbios hidroeletrólíticos e metabólicos, a gasometria arterial está dentro dos parâmetros de normalidade, temperatura central é de 36,5 °C e PAM = 80 mmHg.

Com base nesse caso clínico e considerando os preceitos legais e as Diretrizes para Avaliação e Validação do Potencial Doador de Órgãos em Morte Encefálica, assinale a alternativa correta.

- (A) A paciente é classificável como elegível para a doação, pelos critérios da Organização Mundial de Saúde. Essa denominação descreve aquele paciente sob suspeita de morte encefálica, que apresenta lesão encefálica, grave ou catastrófica de origem conhecida, e Glasgow 3 na escala de coma, e que necessita de ventilação mecânica.
- (B) A sepse sempre contraindica a doação de órgãos. O potencial doador que se apresente séptico, mesmo com estabilidade hemodinâmica e (ou) redução progressiva de vasopressores, não pode ser doador, pelo fato da transmissibilidade da infecção.
- (C) A morte encefálica pode ser definida objetivamente por coma aperceptivo com ausência de atividade motora espinal, ausência de reflexos de tronco e apneia. Destaca-se que o paciente deve apresentar lesão encefálica de causa conhecida, irreversível e capaz de provocar o quadro, ausência de evidências de intoxicação exógena ou de uso de drogas depressoras do sistema nervoso central (SNC), ausência de distúrbios hidroeletrólíticos ou acidobásicos graves, temperatura corporal central idealmente $\geq 35^{\circ}\text{C}$ e PAM ≥ 60 mmHg.
- (D) O diagnóstico de morte encefálica deve ser confirmado por, no mínimo, dois médicos, sendo um deles especialista em neurologia ou neurocirurgia. O intervalo mínimo entre as duas avaliações clínicas necessárias para a caracterização da morte encefálica varia conforme a faixa etária, sendo para adultos o intervalo de seis horas. Não exclui o diagnóstico de morte encefálica a ocorrência de reflexos flexores ou extensores, podendo considerar-se o uso de bloqueadores neuromusculares na prevenção destes durante a estimulação.
- (E) A causa do coma aperceptivo e arreflexo pode ser imputada aos medicamentos depressores do SNC, mesmo quando utilizados em doses terapêuticas usuais. Um dos exemplos a ser ponderado é o uso do fenobarbital enteral e da dexmedetomidina.

Área livre

QUESTÃO 6

P. P. S., 58 anos de idade, sexo masculino, etilista crônico e portador de cirrose hepática, é admitido com quadro de hematemese moderada e melena, associado à queda do estado geral. Clinicamente observa-se paciente grave, icterico +2/+4, afebril, consciente e orientado. Ele apresenta ascite volumosa, circulação colateral tipo porta, aranhas vasculares e ginecomastia moderada. No pronto-socorro, após as medidas iniciais, realiza-se paracentese com débito de oito litros de líquido ascítico turvo, encaminhado ao laboratório juntamente à amostra de sangue. Na análise do laboratório, obtêm-se gradiente soro-ascite albumina = 1,3 g/dL; adenosina deaminase do líquido ascítico = 10 UI; contagem de polimorfonucleares = 252/mm³; no plasma, ureia = 80 mg/dL e creatinina = 1,9 mg/dL. Acultura do líquido e do sangue não apresentaram crescimento de aeróbios e anaeróbios.

Com relação ao caso clínico apresentado, assinale a alternativa correta.

- (A) Os achados são compatíveis com peritonite bacteriana secundária com cultura negativa, que deve ser tratada como infecção polimicrobiana e com predomínio de gram negativos e anaeróbios entéricos. O tratamento deverá ser realizado com terapia antibiótica combinada, via endovenosa e oral, e o antibiótico de eleição é o ciprofloxacino nas respectivas doses para as vias de administração.
- (B) A análise laboratorial é diagnóstica para uma ascite neutrocítica cultura-negativa e deve ser tratada como um caso de peritonite bacteriana espontânea clássica. O tratamento poder ser realizado com cefotaxima 2 g de oito em oito horas por cinco dias, associadamente à albumina para redução da incidência de disfunção renal.
- (C) Considerando apenas o volume de líquido ascítico removido, a albumina total que deve ser infundida é de 24 g a 30 g. O cálculo leva em conta a dose de 8 g a 10 g de albumina por litro de líquido ascítico removido após cinco litros de débito.
- (D) Todos os pacientes cirróticos com peritonite bacteriana prévia devem receber profilaxia durante os três primeiros meses com norfloxacino 400 mg/dia ou ciprofloxacino 750 mg/semana.
- (E) O quadro clínico-laboratorial é compatível com peritonite bacteriana espontânea, devendo ser realizada nova paracentese diagnóstica prévia ao tratamento. O antibiótico de eleição é o ceftriaxone 1 g/dia a 2 g/dia durante cinco dias, e a albumina destina-se à correção por drenagem maior que cinco litros do líquido ascítico.

QUESTÃO 7

Paciente O. L. S., 65 anos de idade, sexo masculino, branco, trabalhador rural, comparece ao serviço de atendimento com queixa de mancha na fronte com crescimento progressivo nos últimos oito anos, tendo se originado de uma pinta na região. O paciente negou dor no local ou prurido. Clinicamente, trata-se de lesão plana e assimétrica, com bordos irregulares e heterocromia em tons de marrom, medindo 4,5 cm no maior diâmetro. Na região cervical, sobressaem alguns linfonodos de consistência amolecida, indolores e móveis.

Quanto a esse caso clínico, assinale a alternativa que apresenta a hipótese diagnóstica e a lesão originária corretas.

- (A) Melanoma lentigo maligno com origem em lentigo maligno.
- (B) Melanoma acral lentiginoso com origem em nevo atípico.
- (C) Melanoma nodular com origem em nevo amelanótico.
- (D) Nevo displásico com origem em nevo melanocítico.
- (E) Melanoma desmoplásico com origem em nevo de Spitz.

QUESTÃO 8

A. A. C., 78 anos de idade, sexo feminino, comparece ao ambulatório com queixa de rouquidão progressiva há três meses. Refere que associadamente vem apresentando quadro de tosse com hemoptoico, dispneia e disfagia para sólidos, inclusive se alimentando, no momento, com alimentos liquidificados. Negou perda ponderal importante nos últimos seis meses, assim como outras queixas. Faz uso irregular de levotiroxina 88 mcg há 10 anos. Clinicamente é percebido aumento difuso da tireoide, de aspecto endurecido e com aparente nodulação que segue na direção do estremo torácico, sendo os linfonodos cervicais palpáveis e sem alterações. Pela ultrassonografia cervical, solicitada por outro clínico, observa-se parênquima heterogêneo com múltiplos pequenos nódulos, grande nodulação de crescimento expansivo em direção ao tórax, com aspecto misto e com trama vascular periférica aumentada e medindo 12 cm no maior eixo.

Acerca do caso clínico exposto, assinale a alternativa correta.

- (A) Os sintomas de tosse com hemoptoico, dispneia e disfagia para sólidos sugerem invasão locorregional e malignidade. A disфонia relatada corresponde ao encarceramento do nervo laríngeo colateral, responsável pela inervação da musculatura das pregas vocais.
- (B) A hipercalcitoninemia está associada à disseminação dos carcinomas papilar e folicular de tireoide, podendo provocar manifestações a distância, como prurido, rubores e diarreia.
- (C) No rastreamento dos nódulos tireoidianos, aqueles que apresentam diâmetro máximo maior que 1,0 cm e menor que 1,5 cm são elegíveis para biópsia por aspiração com agulha fina. Estatisticamente, 20% dessas biópsias produzem material citológico adequado, mas diagnosticamente indeterminado. Para nódulos com essas características, considera-se que a respectiva natureza histológica é maligna, sendo impositiva a realização de cirurgia.
- (D) O carcinoma medular da tireoide origina-se das células C derivadas das cristas neurais, sendo classificado como tumor epitelial com características neuroendócrinas. As células C têm atividade biossintética diversa e secretam, entre outros, calcitonina e antígeno carcinoembriogênico (CEA), importantes marcadores séricos desse tipo histológico.
- (E) A biópsia por aspiração com agulha fina é o exame mais preciso para excluir ou confirmar a doença maligna em pacientes que apresentam nódulo suspeito e níveis de TSH normais. A ultrassonografia cervical não é necessária antes da biópsia, mesmo considerando que o respectivo uso auxilia a definir precisamente o tamanho da lesão, se tem natureza cística ou sólida e se há nódulos adicionais.

QUESTÃO 9

Paciente F. N. M., 43 anos de idade, sexo masculino, trabalhador da construção civil, comparece ao serviço de atendimento com queixa de manchas na pele. Aponta que o quadro tem evolução aproximada de três anos, lento e progressivo, com manchas distribuídas por todo o corpo e sensação de queimação e de formigamento em mãos e pés. Essas manchas eram pálidas inicialmente, havendo acentuação da tonalidade para avermelhadas e queda de fâneros cutâneos na face. Clinicamente observam-se múltiplas máculas mal delimitadas, hiperemiadas e difusamente distribuídas em tronco e membros, associadas a espessamento dos nervos ulnar esquerdo e sural direito. Na pesquisa laboratorial de Barr para a linfa removida de uma das lesões, o resultado foi positivo (+++).

Considerando o quadro clínico apresentado, assinale a alternativa que apresenta, respectivamente, a classificação do paciente pelos critérios da OMS e o tratamento preconizado pelo Ministério da Saúde.

- (A) Forma tuberculoide e tratamento com seis doses mensais e supervisionadas de rifampicina associada a dapsona e clofazimina, conforme esquema.
- (B) Forma dimorfa e tratamento com 12 doses mensais de rifampicina associada a dapsona, conforme esquema.
- (C) Forma indeterminada e tratamento com seis doses mensais e supervisionadas de dapsona e clofazimina, conforme esquema.
- (D) Forma multibacilar e tratamento com 12 doses mensais e supervisionadas de rifampicina associada a dapsona e clofazimina, conforme esquema.
- (E) Forma virchowiana e tratamento com 12 doses supervisionadas de pirazinamida e etambutol associadas a rifampicina.

QUESTÃO 10

A doença de Wilson é um distúrbio autossômico recessivo do metabolismo do cobre, provocando, em última instância, acúmulo progressivo desse metal no organismo. Trata-se de doença de incidência rara, e as manifestações clínicas incluem doença hepática, anormalidades neuropsiquiátricas, doenças esqueléticas e síndrome tubular renal. Quanto a essa entidade patológica, assinale a alternativa correta.

- (A) Os alelos do gene da doença de Wilson (ATP7A) são responsáveis pela codificação de uma ATPase transportadora de cobre, expressa principalmente no cérebro e fígado. No fígado do doente, a metalação da ceruloplasmina encontra-se comprometida, refletindo baixos níveis de ceruloplasmina e de cobre sérico total. A tradução dos achados fisiopatológicos responde pela sobrecarga maciça de cobre no fígado e pela excreção deficiente pela bile.
- (B) Embora seja técnica invasiva, a agulha percutânea de biópsia hepática para determinação quantitativa de cobre hepático continua a ser padrão-ouro no diagnóstico. Valores de cobre hepático superiores a 200 mg por grama de peso seco são diagnósticos.
- (C) Na apresentação hepática, os sinais e sintomas incluem icterícia, hepatomegalia e ascite. Os efeitos endócrinos secundários à doença hepática podem incluir puberdade precoce ou hipermenorreia, além de ginecomastia e de aranhas vasculares, como ocorre nos casos de cirrose hepática.

- (D) Além dos depósitos no cérebro e fígado, o olho é sítio primário de deposição do cobre na doença de Wilson, produzindo o anel de Kayser-Fleischer e a catarata em girassol. Esse anel corresponde ao depósito de cobre na periferia da íris, sendo considerado sinal patognomônico da doença.
- (E) A estratégia terapêutica com penicilina tem base na capacidade de formação de quelatos ao cobre, não corrigindo o defeito básico de excreção do cobre na bile, mas aumentando significativamente a excreção urinária de cobre. Esse mecanismo evita a sobrecarga de cobre e os respectivos efeitos.

Pediatria

Questões de 11 a 20

QUESTÃO 11

Um recém-nascido apresenta exantema maculoso, icterícia, petéquias e algumas vesículas, coriza hemorrágica e lesões ósseas com imagens radiológicas de osteocondrite.

Acerca do caso clínico apresentado, assinale a alternativa que corresponde ao diagnóstico mais provável.

- (A) Sífilis congênita.
- (B) Infecção pelo herpesvirus.
- (C) Infecção por pseudomonas.
- (D) Infecção por *Streptococcus* beta-hemolítico do grupo B.
- (E) Doença hemorrágica do recém-nascido.

QUESTÃO 12

Em uma unidade básica de saúde, chega pela primeira vez um paciente de 2 anos de idade com história de crises convulsivas e de alterações no desenvolvimento visual, auditivo e, principalmente, motor. Ao interrogar a mãe do paciente, constata-se que essas alterações tiveram início logo após o nascimento dele, de modo que a hipótese principal levantada é a de paralisia cerebral infantil.

A respeito do diagnóstico apresentado, a etiologia mais frequente desse quadro é

- (A) hemorragia cerebral.
- (B) malformações congênitas.
- (C) anoxia cerebral.
- (D) placenta prévia.
- (E) kernicterus.

QUESTÃO 13

Lactente, 9 meses de idade, apresentou quadro agudo de febre alta durante quatro dias. Após a cessação desse quadro, apareceu abruptamente um exantema maculopapular róseo que desapareceu espontaneamente em dois dias, sem pigmentação nem descamação.

Quanto a esse caso clínico, assinale a alternativa que corresponde ao diagnóstico mais provável desse paciente.

- (A) Sarampo.
- (B) Rubéola.
- (C) Escarlatina.
- (D) Eritema infeccioso.
- (E) Exantema súbito.

QUESTÃO 14

O pediatra é chamado por uma enfermeira, responsável pelo plantão da maternidade de um hospital, e questionado acerca de um recém-nascido de 6 horas de vida, que se encontra internado em alojamento conjunto com a mãe. Ela informa que os pais estão ansiosos quanto à possibilidade de uma malformação cardíaca do paciente, uma vez que há casos na família. Após examinar o paciente e não encontrar alterações, orienta os familiares, bem como a equipe de enfermagem, em relação à realização do teste do coraçãozinho, que é conduzida de forma universal como parte da triagem neonatal do Sistema Único de Saúde (SUS). O teste permite identificar precocemente graves malformações cardíacas e, caso apresente resultado alterado, o paciente deve ser submetido a um exame de ecocardiograma para confirmar o diagnóstico.

Acerca do caso apresentado, da técnica recomendada pelo Ministério da Saúde e do resultado do teste, assinale a alternativa correta:

- (A) Aferir a saturação de oxigênio (SpO_2) no membro superior direito e em um dos membros inferiores, entre 12 e 24 horas de vida, antes da alta hospitalar. O resultado normal é saturação periférica maior ou igual a 90% em ambas as medidas e diferença menor que 3% entre as medidas. Caso qualquer medida da SpO_2 esteja alterada, uma nova aferição deverá ser realizada após 12 horas. Caso o resultado se confirme, um ecocardiograma deverá ser realizado prontamente.
- (B) Aferir a saturação de oxigênio (SpO_2) no membro superior esquerdo e em um dos membros inferiores, entre 24 e 48 horas de vida, antes da alta hospitalar. O resultado normal é saturação periférica maior ou igual a 90% em ambas as medidas e diferença menor que 3% entre as medidas. Caso qualquer medida da SpO_2 esteja alterada, uma nova aferição deverá ser realizada após uma hora. Caso o resultado se confirme, um ecocardiograma deverá ser realizado prontamente.
- (C) Aferir a saturação de oxigênio (SpO_2) no membro superior direito e em um dos membros inferiores, entre 36 e 48 horas de vida, antes da alta hospitalar. O resultado normal é saturação periférica maior ou igual a 95% em ambas as medidas e diferença menor que 3% entre as medidas. Caso qualquer medida da SpO_2 esteja alterada, uma nova aferição deverá ser realizada após 12 horas. Caso o resultado se confirme, um ecocardiograma deverá ser realizado prontamente.
- (D) Aferir a saturação de oxigênio (SpO_2) no membro superior direito e em um dos membros inferiores, entre 24 e 48 horas de vida, antes da alta hospitalar. O resultado normal é saturação periférica maior ou igual a 95% em ambas as medidas e diferença menor que 3% entre as medidas. Caso qualquer medida da SpO_2 esteja alterada, uma nova aferição deverá ser realizada após uma hora. Caso o resultado se confirme, um ecocardiograma deverá ser realizado prontamente.
- (E) Aferir a saturação de oxigênio (SpO_2) no membro superior esquerdo e em um dos membros inferiores, entre 12 e 24 horas de vida, antes da alta hospitalar. O resultado normal é saturação periférica maior ou igual a 90% em ambas as medidas e diferença menor que 3% entre as medidas. Caso qualquer medida da SpO_2 esteja alterada, uma nova aferição deverá ser realizada após 12 horas. Caso o resultado se confirme, um ecocardiograma deverá ser realizado prontamente.

QUESTÃO 15

Lactente, 2 meses de idade, é atendido em um hospital universitário com quadro de desidratação secundária a vômitos volumosos em repetição e perda de peso. A mãe refere que os vômitos surgiram há um mês e sempre são de conteúdo alimentar e após alimentação, sem outras queixas. Ao exame físico, observa-se que o paciente está desidratado e hipotativo e apresenta pequena massa palpável (oliva) no epigástrico.

A respeito desse quadro, a hipótese diagnóstica mais provável é de

- (A) estenose hipertrófica do piloro (EHP).
- (B) pâncreas anular.
- (C) refluxo gastroesofágico (RGE) fisiológico.
- (D) atresia duodenal.
- (E) gastroenterite infecciosa.

QUESTÃO 16

Ao examinar um recém-nascido, encontra-se restrição de crescimento intrauterino, nariz antevertido, micrognatia, ausência de sulco nasolabial, lábio superior fino e fissuras palpebrais pequenas.

Em relação ao caso clínico apresentado, assinale a alternativa que corresponde à droga provavelmente consumida pela genitora do paciente.

- (A) Cocaína.
- (B) Heroína.
- (C) Álcool.
- (D) Cannabis.
- (E) Ecstasy.

QUESTÃO 17

Ao avaliar um caso suspeito de baixa estatura sem outros dados relevantes na anamnese e, após avaliação do peso e da estatura pessoal e familiar, da velocidade de crescimento e de outros dados antropométricos básicos, qual seria o primeiro exame complementar a ser realizado?

- (A) Exame parasitológico de fezes seriadas.
- (B) Hemograma.
- (C) Teste do suor.
- (D) Raios X de mão e punho esquerdos.
- (E) Urocultura.

QUESTÃO 18

Considere que um lactente com quadro agudo de anemia hemolítica, insuficiência renal e trombocitopenia, que apareceram posteriormente a um quadro de diarreia com sangue, recebeu o diagnóstico final de síndrome hemolítico-urêmica (SHU).

Embora a ocorrência dessa síndrome esteja relacionada a diversos determinantes, como formas hereditárias da doença, administração de medicamentos e patógenos variados, a respectiva causa principal é a infecção por

- (A) *Salmonella*.
- (B) *Escherichia Coli*, produtora de Shiga toxina (STEC).
- (C) *Campylobacter*.
- (D) rotavírus.
- (E) *Neisseria meningitidis*.

QUESTÃO 19

Um casal chegou ao pronto atendimento com o filho de 4 meses de idade, referindo que eles, há uma semana, estiveram expostos a um quadro respiratório leve. Há dois dias, o filho começou a apresentar espirros, coriza hialina e diminuição do apetite, febre de 38 °C e dificuldade respiratória com tosse e irritabilidade. Ao exame físico, é evidente a presença de sibilância, marcado esforço respiratório, com batimentos de asas do nariz e tiragem subcostal. Os raios X de tórax mostraram pulmões hiperinsuflados. Hemograma sem alterações significativas.

Considerando o caso apresentado, assinale a alternativa que corresponde à principal hipótese diagnóstica para esse paciente.

- (A) Asma brônquica.
- (B) Sinusite.
- (C) Corpo estranho na traqueia.
- (D) Insuficiência cardíaca congestiva.
- (E) Bronquiolite.

QUESTÃO 20

No pronto-socorro de um hospital pediátrico, é atendido um paciente de 6 anos de idade, cuja mãe relata que, há duas semanas, ele apresentou um quadro de faringoamigdalite aguda, sendo tratado na unidade básica de saúde. Há dois dias, começou a ter hematúria macroscópica, oligúria, edema, febre, dor abdominal e cefaleia.

Com base no caso apresentado, assinale a alternativa que indica o diagnóstico mais provável.

- (A) Febre reumática.
- (B) Lupus eritematoso sistêmico (LES).
- (C) Febre de origem obscura.
- (D) Glomerulonefrite difusa aguda (GNDA).
- (E) Púrpura trombocitopênica.

Cirurgia Geral Questões de 21 a 30

QUESTÃO 21

Paciente, 60 anos de idade, em investigação de anemia por perda de origem indeterminada, comparece para mostrar resultados de exames de endoscopia digestiva alta e colonoscopia. Queixa-se ainda de alteração do hábito intestinal, intercalando entre diarreia e constipação, de distensão abdominal e cólicas, hematoquezia e de tenesmo anal. Em razão desse quadro, retorna ao consultório em busca de orientação médica quanto ao risco de câncer colorretal.

Considerando esse caso clínico, é correto afirmar que o fator de risco reconhecido para o desenvolvimento de câncer colorretal (CCR) esporádico é a (o)

- (A) idade avançada.
- (B) polipose adenomatosa familiar (PAF).
- (C) câncer colorretal hereditário não associado à polipose (HNPCC).
- (D) polipose juvenil.
- (E) síndrome de Peutz-Jeghers.

QUESTÃO 22

Paciente com perda ponderal e anorexia, astenia, plenitude pós-prandial, vômitos, náuseas e dispepsia crônica comparece para definição diagnóstica. Ao exame, há dor à palpação epigástrica, massa palpável em epigastro, hepatomegalia e nódulos de Virchow e de Irmã Maria José, além de ascite. Paciente relata também episódio isolado de hematêmese e de melena.

Acerca do caso apresentado, é correto afirmar que, no câncer gástrico, entre os sinais propedêuticos de doença avançada, o que mais se traduz em carcinomatose peritoneal é o (a)

- (A) nódulo de Virchow.
- (B) nódulo de Irmã Maria José.
- (C) prateleira de Blummer.
- (D) gânglio de Irish.
- (E) ascite.

QUESTÃO 23

Paciente com hiporexia e perda ponderal, astenia, diarreia e vertigem comparece para avaliação médica. Ao exame, observa-se paciente icterício. Ele refere dorsalgia progressiva nos últimos anos, e nega antecedentes pessoais patológicos. Trouxe resultados de exames de rotina, todos inalterados, exceto pela glicemia de jejum de 200 mg/dL.

A respeito do caso exposto, e considerando os tumores pancreáticos, é correto afirmar que o (a)

- (A) principal tumor pancreático é o neuroendócrino, e o tipo histológico mais comum é o infiltrante.
- (B) localização mais frequente é a cauda do pâncreas (70% dos casos).
- (C) sexo feminino é fator de risco e tem relação inquestionável com o uso de anticoncepcionais hormonais orais – o tumor é mais comum entre aquelas acima de 30 anos de idade, que fazem uso de anticoncepcionais por mais de cinco anos.
- (D) câncer de pâncreas é o tumor gastrointestinal mais agressivo; apenas 5% dos pacientes com esse quadro sobrevivem após cinco anos.
- (E) maioria é sintomática na respectiva fase inicial.

QUESTÃO 24

Paciente com dor abdominal, hiporexia e astenia comparece ao consultório para avaliação. Ela nega doenças pregressas e relata apenas o uso de anticoncepcional.

Quanto ao caso clínico apresentado, e considerando a hipótese diagnóstica de tumor hepático, é correto afirmar que o tumor

- (A) maligno mais comum no fígado é o hepatocarcinoma.
- (B) maligno primário do fígado mais comum é a metástase, em especial do câncer prostático.
- (C) hepático mais comum é a metástase, em especial do câncer colorretal.
- (D) hepático primário mais comum é o hepatocarcinoma, presente em até 80% da população em geral.
- (E) hepático mais comum é o hemangioma, presente em até 8% da população em geral.

QUESTÃO 25

Paciente, 50 anos de idade, vai ao hospital logo pela manhã, chamando pelo respectivo médico, pois iniciou quadro de icterícia e dor abdominal tipo cólica há alguns dias, com piora até o momento. Ao ser admitido, ele foi submetido a ultrassonografia, que resultou no seguinte laudo: ausente distensão de vesícula biliar, presença de imagem sugestiva de cálculo em região de infundíbulo. Posteriormente, o paciente foi submetido a procedimento cirúrgico, em que se constatou a presença de invasão de dois terços do ducto hepático comum pelo cálculo relatado no ultrassom.

Em relação ao diagnóstico apresentado nesse caso, a classificação no momento da cirurgia é do tipo

- (A) IV.
- (B) V.
- (C) IIb.
- (D) IIa.
- (E) III.

QUESTÃO 26

Paciente, 32 anos de idade, apresenta quadro de diarreia intensa há três dias, sem melhora com hidratação intensa prescrita em consulta médica no serviço de atendimento de emergência, próximo à respectiva casa. Refere uso de antibióticos há 30 dias em internação pregressa, porém relata também apresentar outros episódios de diarreia em ocasião distinta, quanto havia sido despedida de emprego anterior. Como antecedente de tratamento em andamento, atualmente faz uso de ansiolítico específico. Mediante esse quadro, o médico levanta as hipóteses de doença intestinal inflamatória e de colite pseudomembranosa.

Com relação a esse caso clínico, assinale a alternativa correta.

- (A) Se constatada a doença pseudomembranosa, a hipótese de doença intestinal inflamatória deverá ser momentaneamente descartada, em razão do critério de Roma IIIA.
- (B) A presença de toxina A ou B confirma o diagnóstico de doença intestinal inflamatória.
- (C) Os antidiarreicos estão proscritos na doença intestinal inflamatória.
- (D) Pseudomembranas são encontradas em 70% das endoscopias de casos de colite pseudomembranosa.
- (E) O uso de ansiolíticos permite a fisiopatogenia da colite pseudomembranosa.

QUESTÃO 27

L. B., 65 anos de idade, dá entrada no pronto-socorro com quadro de abdome agudo obstrutivo. Relata quadro de colecistite aguda há três semanas e nega hérnia ou cirurgia prévia.

Nesse caso, considerando-se a possibilidade de fêleo biliar, o diagnóstico radiológico clássico é denominado tríade de Rigler, que compreende a (o)

- (A) distensão do delgado, a aerobilia e calcificações pancreáticas.
- (B) distensão do delgado, a aerobilia e a presença de imagem em ampola retal em miolo de pão.

- (C) distensão do delgado, a aerobilia e a presença de imagem com calcificação no quadrante inferior direito do abdome.
- (D) padrão em grão de café, a aerobilia e a presença de imagem em U invertido.
- (E) distensão intestinal, a ausência de ar no reto e a perda da redundância das flexuras do cólon.

QUESTÃO 28

Paciente, 42 anos de idade, sexo masculino, foi internado para tratamento cirúrgico eletivo de hérnia inguinal à direita, com dois anos de evolução. Durante o ato operatório, após abertura do saco herniário em hérnia tipo Nyhus IIIB, identificou-se segmento ileal no respectivo interior, com divertículo de Meckel de base larga, sem evidentes sinais de inflamação, o qual foi tratado conservadoramente, por meio de redução para a cavidade peritoneal.

Com base nas informações apresentadas e no caso clínico, o epônimo da hérnia especial descrita é hérnia

- (A) de Richter.
- (B) de Littré.
- (C) de Amyand.
- (D) de Garengot.
- (E) ventrolateral de Spiegel.

QUESTÃO 29

Paciente, 55 anos de idade, sexo feminino, branca, apresentou sinais clínicos sugestivos de miastenia gravis há aproximadamente três meses. A prova terapêutica com neostigmina evidenciou melhora da disfagia e ptose palpebral. Na radiografia de tórax, observou-se imagem ocupando o mediastino anterior com projeção à direita. A tomografia computadorizada de tórax revelou a presença de massa no mediastino anterior, sendo indicado o tratamento cirúrgico. A evolução pós-operatória foi boa, sem complicações.

Com relação à localização de tumores no mediastino anterior, há como exemplos de doenças mais frequentes as chamadas 4T, que são timoma, teratoma, tireoide e terrível linfoma, sendo o mais comum o (a)

- (A) teratoma.
- (B) bócio mergulhante.
- (C) timoma.
- (D) tireoide intratorácica.
- (E) terrível linfoma.

QUESTÃO 30

Paciente T. A. G., 55 anos de idade, tabagista, hipertenso, chega ao pronto-socorro apresentando dor torácica com irradiação para dorso, além de dissociação de pulsos de 30 mmHg entre membros superiores. O exame físico revela FC = 112 bpm; PA = 176 mmHg x 100 mmHg; SatO₂ = 96%.

Considerando o quadro apresentado, assinale a alternativa que indica a melhor conduta a ser adotada.

- (A) Tomografia computadorizada e controle pressórico.
- (B) Arteriografia com cirurgia imediata.
- (C) Eletrocardiograma com protocolo MONAB.
- (D) Radiografia de tórax e antibioticoterapia.
- (E) Cintilografia e analgesia.

QUESTÃO 31

Paciente, 26 anos de idade, G2P1C1A0, idade gestacional de 36 semanas, antecedente de pré-eclâmpsia grave em gestação anterior, é encaminhada do pré-natal para avaliação no pronto-socorro em razão de PA, aferida hoje, = 150 mmHg x 100 mmHg. Ao exame, observou-se BCF = 150 bpm, dinâmica uterina ausente. O toque vaginal revelou colo grosso, posterior, dilatado em 2 cm, bolsa íntegra e polo cefálico flutuante. A rotina laboratorial evidenciou proteinúria +/4+, sem alterações bioquímicas. Após 30 minutos da internação, a paciente evolui com sangramento uterino de moderado volume e hipertonia uterina, BCF = 100 bpm nesse momento.

Com base no caso clínico apresentado, assinale a alternativa que indica, respectivamente, o diagnóstico mais provável e a conduta a ser adotada.

- (A) Sangramento em razão da dilatação do colo uterino. Deve ser realizada cardiotocografia para avaliar o bem-estar fetal.
- (B) Placenta prévia. Deve ser feita ultrassonografia obstétrica com *doppler* para avaliar o sítio de inserção placentária e descartar sofrimento fetal.
- (C) Ruptura uterina. Cesárea imediata.
- (D) Descolamento prematuro de placenta. Ultrassom obstétrico com perfil biofísico fetal para confirmar se há descolamento da placenta e avaliar o bem-estar fetal.
- (E) Descolamento prematuro de placenta. Cesárea imediata.

QUESTÃO 32

Considere hipoteticamente paciente, 32 anos de idade, G1P0, idade gestacional de 37 semanas e um dia, com obesidade grau 1 e diagnóstico de diabetes gestacional. É solicitada pelo respectivo obstetra a realização de perfil biofísico fetal, pois a paciente apresenta diminuição importante da movimentação fetal há dois dias.

Com base nesse caso clínico e nos conhecimentos médicos a ele relacionados, assinale a alternativa que apresenta os itens avaliados no perfil biofísico fetal.

- (A) Movimento respiratório fetal, mobilograma registrado pela gestante, tônus muscular e *doppler* fetal.
- (B) Movimento respiratório fetal, movimento fetal, volume de líquido amniótico e *doppler* fetal.
- (C) Cardiotocografia basal, movimento respiratório fetal, movimento fetal, tônus fetal e volume de líquido amniótico.
- (D) Cardiotocografia basal, movimento respiratório fetal, tônus fetal, volume de líquido amniótico e *doppler* fetal.
- (E) Movimento respiratório fetal, mobilograma registrado pela gestante, movimento fetal, volume de líquido amniótico e *doppler* fetal.

QUESTÃO 33

Paciente de 35 anos de idade, três partos normais anteriores, atraso menstrual de 15 dias, dosagem de BHCG quantitativo sérico = 1.600 é levada ao pronto-socorro em razão de dor pélvica, pior em fossa ilíaca esquerda, e de sangramento transvaginal vermelho vivo em pequeno volume.

Ao exame físico, encontraram-se PA = 100 mmHg x 60 mmHg, FC = 5 bpm. Hipocorada +/4+. Apresenta abdome plano, doloroso à palpação, sem sinais de irritação peritoneal. Foi realizado ultrassom transvaginal que identificou cavidade uterina vazia e massa em anexo esquerdo medindo 4 cm, com embrião vivo.

Com base nessa situação hipotética, assinale a alternativa correta.

- (A) O tratamento conservador com metotrexate é a primeira escolha, tendo em vista que a paciente está estável hemodinamicamente e que a massa apresenta apenas 4 cm.
- (B) Essa paciente deve ser abordada cirurgicamente, o que pode ser feito por laparoscopia, já que ela se encontra estável hemodinamicamente e com massa íntegra.
- (C) A dosagem do BHCG deve ser repetida em 48 horas e, se houver queda, a paciente deve ser mantida em observação clínica, repetindo-se a dosagem de BHCG semanalmente até que o valor chegue a zero.
- (D) Essa paciente deve ser abordada cirurgicamente para realização de salpingectomia bilateral.
- (E) Novo ultrassom transvaginal deve ser realizado em duas semanas, para avaliar se houve progressão para abortamento tubário.

QUESTÃO 34

Paciente, 18 anos de idade, G1P0, pré-natal sem intercorrências, comparece ao pronto-socorro de obstetrícia por ruptura prematura de membranas ovulares há cinco horas. Está com 40 semanas e três dias de idade gestacional. Cultura para *Streptococcus B* hemolítico realizada com 36 semanas teve resultado positivo. Ao exame físico, obtiveram-se BCF = 142 bpm, DU = 2/30 segundos/10 minutos, toque vaginal = colo 50% apagado, dilatado em 4 cm, bolsa rota, líquido claro, polo cefálico em -3 de De Lee.

Com base no caso clínico apresentado, em relação à profilaxia para *Streptococcus*, assinale a alternativa correta.

- (A) Caso a paciente complete 18 horas de bolsa rota, deve ser iniciada profilaxia para *Streptococcus*, preferencialmente com penicilina cristalina intravenosa.
- (B) A paciente deveria ter iniciado tratamento com cefalexina 500 mg de seis em seis horas por sete dias durante o pré-natal, assim que recebeu o resultado do exame.
- (C) Caso fosse realizada cesárea eletiva com 39 semanas, com bolsa íntegra, deveria ter sido feita profilaxia para *Streptococcus* durante a indução anestésica.
- (D) A profilaxia deve ser iniciada imediatamente, já que a paciente se encontra em trabalho de parto.
- (E) Caso a paciente apresente febre durante o trabalho de parto, a conduta apropriada é o tratamento com penicilina benzatina.

QUESTÃO 35

Paciente, 24 anos de idade, G4P4C1A0, dá entrada no pronto-socorro de obstetrícia com queixa de contrações a cada cinco minutos. Possui diagnóstico de diabetes gestacional, sendo controlada com dieta. Ao exame físico, encontram-se BCF = 142 bpm, dinâmica uterina = 3/30 segundos/10 minutos, colo 50% apagado, dilatado 5 cm, bolsa íntegra, polo cefálico em -2 de De Lee. Após duas horas, a paciente mantém colo inalterado, e é indicada cesariana por parada de progressão.

Caso essa paciente solicite laqueadura tubária durante o procedimento e apresente ata assinada por dois médicos e registrada no cartório há mais de 60 dias antes do parto, o médico assistente deve informar que

- (A) irá fazer a laqueadura, tendo em vista a multiparidade em paciente jovem.
- (B) não irá fazer a laqueadura, já que esse procedimento só pode ser realizado, no momento da cesárea, se a paciente tiver comprovada necessidade ou cesarianas sucessivas anteriores.
- (C) não irá fazer a laqueadura, porque a paciente possui menos de 25 anos de idade.
- (D) irá fazer a laqueadura, porque a paciente possui ata.
- (E) irá fazer a laqueadura porque ter acesso ao método contraceptivo que escolher é um direito da paciente.

QUESTÃO 36

Paciente, 29 anos de idade, refere ciclos menstruais irregulares, chegando a ficar seis meses sem menstruar. Nega uso de métodos anticoncepcionais. Vai ao consultório, pois está casada há cinco anos e não conseguiu engravidar desde então. Levou ultrassom transvaginal mostrando útero com 50 cm³, miométrio homogêneo, ovários aumentados de volume, com múltiplos folículos periféricos. Ao exame físico, obtiveram-se IMC = 28 kg/m², índice de Ferriman Gallwey = 14, acantose *nigricans* no pescoço. Apresenta abdome plano, sem massas palpáveis, indolor. Exame especular e toque vaginal sem alterações.

Nesse caso clínico, os critérios para definir o diagnóstico como síndrome de ovários policísticos

- (A) não são suficientes, já que é necessário dosar LH e FSH para avaliar se a relação entre os dois é 3:2.
- (B) não são suficientes, já que é necessário comprovar aumento de androgênios séricos representados pela testosterona livre, androstenediona e S-DHEA para definição diagnóstica.
- (C) são suficientes, já que a paciente em questão apresenta hiperandrogenismo clínico e ultrassom sugestivo de ovários policísticos.
- (D) são suficientes, já que a paciente apresenta sobrepeso e irregularidade menstrual.
- (E) são suficientes, considerando que a paciente apresenta infertilidade primária de longa data.

QUESTÃO 37

Paciente, 52 anos de idade, apresenta queixa de perda urinária episódica quando ri ou tosse. Hipertensa, faz uso de losartana há três anos. G4P4C0A0, sua última menstruação foi aos 47 anos de idade. Ao exame físico, encontra-se IMC = 29 kg/m². Foi realizado o POP-Q com o seguinte resultado: Aa +3, Ba +6, C -2, Hg 4, Cp 1,5, TVL 7, Ap -3, Bp -2, D -9.

Com relação a esse caso clínico, é correto afirmar que o diagnóstico é de

- (A) prolapso uterino.
- (B) incontinência urinária de urgência.
- (C) enterocele.
- (D) prolapso de cúpula vaginal.
- (E) cistocele.

QUESTÃO 38

Paciente, 23 anos de idade, comparece ao consultório ginecológico com queixa de úlcera vulvar indolor. Nega trauma local. Há dois dias, apresenta febre de cerca de 38 °C. Ao ser indagada, relata relação sexual desprotegida há duas semanas. Ao exame físico, percebe-se bom estado geral, afebril, além de lesão ulcerada na fúrcula vaginal, única, região inguinal com adenomegalia dolorosa, drenando secreção purulenta espontaneamente por múltiplos orifícios.

No caso clínico apresentado o diagnóstico mais provável é

- (A) cancro mole.
- (B) cancro duro.
- (C) úlcera de Lipschutz.
- (D) linfogranuloma venéreo.
- (E) donovanose.

QUESTÃO 39

Paciente, 14 anos de idade, chega ao consultório ginecológico acompanhada pela mãe. Ambas estão aflitas, pois a adolescente ainda não apresentou a primeira menstruação. Telarca aos 12 anos de idade, pubarca aos 13 anos de idade, sem antecedente cirúrgico ou uso de medicações crônicas. Nega coitarca. Ao exame físico, apresenta estatura = 1,57 m e peso corporal = 53 kg. M3P2 na classificação de Tanner. Inspeção vulvar sem alterações.

Nesse caso clínico, a primeira conduta será

- (A) realizar investigação hormonal com dosagem sérica de FSH, LH, estradiol, androstenediona e S-DHEA.
- (B) prescrever análogo de GnRH.
- (C) realizar acompanhamento clínico e tranquilizá-las de que o desenvolvimento puberal está dentro do esperado.
- (D) prescrever anticoncepcional para avaliar a presença de menstruação.
- (E) realizar ultrassom transvaginal e cariótipo para descartar síndrome de Klinefelter.

QUESTÃO 40

Paciente, 33 anos de idade, compareceu ao consultório ginecológico, pois, há dois meses, notou nódulo na mama direita, móvel e indolor, com cerca de 2 cm de diâmetro. Está preocupada porque a irmã faleceu há um ano em decorrência de câncer de mama. Foi realizada ultrassonografia mamária, que evidenciou nódulo ovalado, com maior diâmetro paralelo à pele, medindo 2,0 cm x 1,0 cm x 1,5 cm, com contornos bem definidos e margens regulares.

Nesse caso clínico, é indicada(o)

- (A) quadrantectomia com marcação de linfonodo sentinela.
- (B) controle ultrassonográfico em seis meses.
- (C) PAAF.
- (D) mastotomia.
- (E) mastectomia direita com reconstrução mamária.

QUESTÃO 41

A emissão da declaração de óbito (DO) é um ato privativo do médico pela legislação do País, e o respectivo preenchimento correto é de responsabilidade ética e jurídica desse profissional. Esse documento é tão importante quanto a certidão de nascimento, pois encerra a existência e corresponde ao documento-base do Sistema de Informações sobre Mortalidade do Ministério da Saúde (SIM/MS). Com base no exposto, nos apontamentos e nas orientações do Ministério da Saúde sobre a DO, assinale a alternativa correta.

- (A) Ao médico é permitida a cobrança de honorários pela emissão de DO, desde que pactuado com os familiares do morto. Isso é válido apenas para os profissionais que trabalham em assistência particular.
- (B) O médico deve registrar as causas da morte, anotando, preferencialmente, apenas um diagnóstico por linha e o tempo aproximado entre o início da doença e a morte. Cumpre destacar a importância da exatidão nos apontamentos diagnósticos; por exemplo, anotar parada cardíaca, parada cardiorrespiratória ou falência múltipla de órgãos.
- (C) Em um serviço de obstetrícia de alto risco, comparece uma mãe usuária de *crack* em franco trabalho de parto, sem idade gestacional definida. O recém-nascido apresenta intenso esforço respiratório, sendo necessárias as medidas de suporte, sobrevivendo o óbito três minutos após o nascimento. O peso apresentando foi de 495 gramas e a estatura de 24,5 centímetros. Nessa situação, o médico não deve emitir DO, pois considera-se como aborto o produto da concepção com menos de 500 gramas e 25 centímetros.
- (D) O ato médico de examinar e de constatar o óbito poderá ser cobrado, desde que se trate de paciente particular a quem o médico não vinha prestando assistência.
- (E) A DO deverá ser emitida para peças anatômicas retiradas por ato cirúrgico ou para membros amputados. Esse documento será levado ao cemitério, caso o destino da peça venha a ser o sepultamento.

QUESTÃO 42

Paciente G. G. D., 65 anos de idade, sexo masculino, portador de doença de Chagas com comprometimento cardíaco, é admitido com histórico de distensão progressiva do abdome. Relata que, há dois dias, vem apresentando fraqueza intensa, febre não aferida e dor abdominal intensa. Apresenta-se obstipado há três dias, com diagnóstico prévio de megacólon há dois anos. O examinador percebe, às 7h15min, intensa diaforese e hipotensão (60 mmHg x 40 mmHg), solicitando hemograma e bioquímica, bem como exame radiográfico de abdome. Na imagem do abdome, percebe-se sinal do grão de café e piora infecciosa significativa. O médico efetua escalonamento de antibióticos, otimiza drogas vasoativas e comunica a equipe de cirurgia. Às 12h, sobrevém parada cardiorrespiratória após insucesso nas manobras de ressuscitação, sendo o óbito constatado às 12h20min.

Com base no caso exposto, assinale a alternativa que apresenta o preenchimento correto da linha A da parte I da declaração de óbito.

- (A) Parada cardiorrespiratória.
- (B) Peritonite aguda.
- (C) Megacólon chagásico crônico.
- (D) Choque séptico.
- (E) Volvo de sigmoide.

QUESTÃO 43



Há vários modelos para representar a determinação social da saúde. No Brasil, a Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (2008) escolheu o modelo de Dahlgren e Whitehead (1991), por ser simples e de fácil compreensão e pela clara visualização gráfica.

MENDES, Eugênio Vilaça. *As redes de atenção à saúde*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 549 p.

A respeito da temática de determinantes sociais da saúde e da análise do modelo de determinação social de Dahlgren e Whitehead, assinale a alternativa correta.

- (A) As condições socioeconômicas, culturais e ambientais gerais estão no centro do modelo, com as respectivas características individuais de idade, sexo e herança genética que, evidentemente, exercem influência sobre os respectivos potencial e condições de saúde.
- (B) Melhorar as condições de vida e de trabalho e o acesso a serviços essenciais, tais como educação, serviços sociais, habitação, saneamento e saúde, é fundamental para promover equidade em saúde.
- (C) A mudança de comportamentos não saudáveis (tabagismo, uso excessivo de álcool e de outras drogas, alimentação inadequada, sobrepeso ou obesidade, sexo não protegido e outros) é feita especialmente por meio de intervenção clínica e no campo da atenção especializada.
- (D) A análise do modelo de determinação social da saúde leva a opções de intervenção individual e clínica para atuação nos diferentes níveis de determinação, seja no estilo de vida dos indivíduos, nas redes sociais e comunitárias, nas condições de vida e trabalho, e nas condições socioeconômicas, culturais e ambientais gerais.
- (E) Os comportamentos e os estilos de vida, como a dieta inadequada, o sobrepeso ou a obesidade, a inatividade física, o tabagismo, o uso excessivo de álcool e de outras drogas e as práticas sexuais não protegidas, estão vinculados somente ao livre arbítrio das pessoas.

QUESTÃO 44

A Lei nº 8.080/1990 é umas das maiores conquistas sociais das últimas décadas. Esse instrumento dispõe quanto às condições para a promoção, a proteção e a recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Com base no exposto, assinale a alternativa que apresenta as competências da direção municipal do Sistema Único de Saúde (SUS).

- (A) Planejar, organizar, controlar e avaliar as ações e os serviços de saúde e gerir e executar os serviços públicos de saúde.
- (B) Acompanhar, controlar e avaliar as redes hierarquizadas do SUS.
- (C) Participar da formulação da política e da execução de ações de saneamento básico.
- (D) Formular, avaliar e apoiar políticas de alimentação e nutrição.
- (E) Participar na formulação e na implementação das políticas de controle das agressões ao meio ambiente, de saneamento básico e relativas às condições e aos ambientes de trabalho.

QUESTÃO 45

A notificação compulsória corresponde à comunicação obrigatória à autoridade de saúde, sendo obrigatória para os médicos, outros profissionais de saúde ou responsáveis pelos serviços públicos e privados de saúde, que prestam assistência ao paciente, em conformidade com o art. 8º da Lei nº 6.259/1975. Considerando essas informações e a regulamentação dos agravos de notificação compulsória, assinale a alternativa correta.

- (A) As autoridades de saúde garantirão a divulgação atualizada dos dados públicos da notificação compulsória para profissionais de saúde, órgãos de controle social e a população em geral. Não é exigido o sigilo das informações pessoais dos integrantes, obedecendo ao princípio de publicidade no direito administrativo.
- (B) A notificação compulsória semanal (NCS) corresponde àquela que deve ser realizada em até duas semanas epidemiológicas, a contar da ocorrência do agravo.
- (C) A notificação negativa não se trata de notificação da modalidade compulsória, pois subentende-se que a não notificação de agravos à autoridade sanitária corresponde à ausência de casos durante aquele período epidemiológico.
- (D) A notificação compulsória imediata (NCI) corresponde à notificação realizada em até 60 minutos, a contar do conhecimento da ocorrência de doença, de agravo ou de evento de saúde pública, pelo meio de comunicação mais rápido disponível.
- (E) A vigilância sentinela corresponde ao modelo de vigilância realizada a partir de estabelecimento de saúde estratégico para a vigilância de morbidade, de mortalidade ou de agentes etiológicos de interesse para a saúde pública, com participação facultativa, segundo norma técnica específica estabelecida pela Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS).

QUESTÃO 46

A Lei nº 8.142/1990 aborda as instâncias colegiadas Conferência de Saúde e Conselho de Saúde, espaços importantes em que se oportuniza a participação da comunidade. Considerando as informações apresentadas, assinale a alternativa correta.

- (A) A Conferência de Saúde reunir-se-á anualmente com a representação dos vários segmentos sociais.
- (B) O Conselho de Saúde, em caráter provisório e deliberativo, trata-se de órgão colegiado composto por representantes do Poder Executivo, Legislativo e Judiciário.
- (C) O Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems) terão representação no Conselho Nacional de Saúde.
- (D) A representação dos usuários nos Conselhos de Saúde e Conferências será igualitária em relação a cada segmento.
- (E) A Conferência de Saúde atua no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros.

QUESTÃO 47

A Estratégia de Saúde da Família foi proposta como um modelo de assistência à saúde que permite a reestruturação dos serviços de saúde, servindo de espaço para melhora da acessibilidade ao usuário. Para tanto, utiliza-se do princípio da descentralização do Sistema Único de Saúde (SUS), que gera nos municípios a necessidade de limitar cada sistema de saúde com base no território e na população definida. No que refere a essas informações e ao arcabouço legal do SUS, assinale a alternativa correta.

- (A) A regionalização da assistência tem por objetivo reorganizar e centralizar o sistema no âmbito municipal, isto é, visando a obter melhores soluções segundo o perfil epidemiológico.
- (B) A territorialização corresponde ao processo de análise do território, visando a uma base organizacional dos sistemas de saúde e do planejamento de vigilância em saúde.
- (C) As ações de vigilância em saúde devem ser estabelecidas com base territorial local, não se fazendo necessária a inclusão de condições ambientais e de acesso aos serviços.
- (D) O território é um espaço limitado exclusivamente por ação político-administrativa, em que se edificam e exercitam os poderes do Estado e das pessoas, de grande importância para a definição de estratégias para as políticas públicas.
- (E) Na elaboração dos diagnósticos territoriais, há necessidade de conhecimento das condições de vida e de saúde da população. A informação não subentende a obtenção de dados primários e a respectiva sistematização, ficando a organização para um segundo momento.

QUESTÃO 48

O Decreto nº 7.508/2011 serve à regulamentação da Lei nº 8.080/1990 e estatui que o acesso universal e equânime às ações de saúde se inicia pelas portas de entrada no Sistema Único de Saúde (SUS), completando-se por meio da rede hierarquizada, segundo a complexidade dos serviços. Com base no arcabouço legal apresentado, assinale a alternativa que indica as portas de entrada nas Redes de Atenção à Saúde (RAS).

- (A) A definição das portas de entrada depende de cada gestor estadual e municipal, seguindo os preceitos da descentralização e de hierarquização e considerando as características da Região de Saúde. A criação das novas portas não necessita de justificativa nas comissões intergestores, pois a finalidade da aplicação é no município.
- (B) A única porta de entrada na RAS é pela atenção primária e, partindo desta, o paciente segue um fluxo de referência e contrarreferência.
- (C) A atenção primária, a atenção de urgência e emergência, a atenção psicossocial e os serviços especiais de acesso aberto são as portas de entrada aos serviços da RAS. Novas portas podem ser abertas mediante justificativa técnica e de acordo com o pactuado nas comissões intergestores, considerando as características da Região de Saúde.
- (D) Cada região de saúde tem por prerrogativa a autonomia para deliberar quanto às portas de entrada, visando ao perfil epidemiológico de cada municipalidade, implicando melhor resolutividade e equidade no acesso.
- (E) O Conselho Nacional de Saúde (CNS) estabelecerá as diretrizes a serem observadas na elaboração dos planos de saúde, de acordo com as características epidemiológicas, e da organização de serviços nos entes federativos e nas Regiões de Saúde. Sendo assim, cabe ao CNS o apontamento das portas em cada município.

QUESTÃO 49

O maior desafio que se enfrenta na construção de um sistema público de saúde é a desfragmentação do sistema existente para que se atenda a população de forma adequada nas respectivas necessidades em saúde. Em relação às informações expostas, assinale a alternativa que apresenta somente as características das Redes de Atenção à Saúde.

- (A) Organizadas por componentes isolados; cuidado profissional; o sujeito é o paciente.
- (B) Financiamento por procedimento; organizadas por níveis hierárquicos; gestão da oferta.
- (C) Ênfase nas ações curativas; voltadas para os indivíduos; proativas.
- (D) Financiamento por capitação ou por um ciclo completo de atendimento a uma condição de saúde; organizadas por um contínuo de atenção; o sujeito é agente de saúde.
- (E) Organizadas por uma rede poliárquica; cuidado profissional; voltadas para uma população.

QUESTÃO 50

A atual política de saúde mental brasileira é resultado da mobilização de usuários, de familiares e de trabalhadores da saúde, iniciada nos anos de 1980, que tinha por objetivo a mudança da realidade dos manicômios. O movimento de luta antimanicomial foi impulsionado por diversas forças no sentido de promover a desinstitucionalização por meio da criação de serviços com forte inserção no território. Quanto às práticas em saúde mental e ao respectivo arcabouço legal, assinale a alternativa correta.

- (A) O território é um componente fundamental na organização dos serviços da atenção básica, pois é com base nele que se estabelecem limites geográficos e de cobertura populacional que ficam sob a responsabilidade clínica e sanitária das equipes de saúde. Esse mesmo princípio deve ser aplicado e suficiente para entender a sociodinâmica que as pessoas e os grupos estabelecem entre si.
- (B) A coesão social tem sido sugerida como um indicador de saúde das coletividades. Entre as situações que podem ameaçar a coesão social, encontra-se o aumento do individualismo e do consumismo. Como resposta adequada e possível às ameaças à coesão social, pode-se entender a ampliação e a articulação de políticas públicas intersetoriais, pelo estímulo dos grupos comunitários existentes e pela melhoria das condições sociais em geral.
- (C) A principal ferramenta de trabalho em saúde mental na atenção primária é o uso de psicoterapia adequada ao caso, associado ao arsenal farmacológico de apoio. Há que se considerar o uso de estruturas de apoio para atingir os melhores desfechos clínicos.
- (D) O tratamento visará, como finalidade permanente, à reinserção social do paciente no respectivo meio. Portanto, o paciente há longo tempo hospitalizado ou para o qual se caracterize situação de grave dependência institucional, decorrente do próprio quadro clínico ou de ausência de suporte social, será objeto de política específica de reabilitação psicossocial no ambiente intra-hospitalar e, se possível, ao término desta, receberá alta para o domicílio.
- (E) Os territórios existenciais, entendidos como espaços subjetivos individuais, representam espaços e processos de circulação das subjetividades da pessoa. São territórios que se configuram, desconfiguram e reconfiguram a partir das possibilidades, agenciamentos e relações que as pessoas estabelecem entre si.

Área livre