

PROVA GERAL

(ANESTESIOLOGIA; CIRURGIA CARDIOVASCULAR; (CARDIO TORÁCICA); CIRURGIA GERAL; CLÍNICA MÉDICA;
DERMATOLOGIA; GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA; MEDICINA EM EMERGÊNCIA; MEDICINA INTENSIVA;
NEUROCIRURGIA; NEUROLOGIA; OFTALMOLOGIA; ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA; OTORRINOLARINGOLOGIA;
PATOLOGIA; PEDIATRIA; PSIQUIATRIA; RADIOLOGIA E DIAGNÓSTICO POR IMAGEM)

TIPO 1 – BRANCA



SUA PROVA

- Além deste caderno contendo **100 (cem)** questões objetivas, você receberá do fiscal de prova o cartão de respostas;
- As questões objetivas têm **5 (cinco)** opções de resposta (A, B, C, D e E) e somente uma delas está correta.



TEMPO

- Você dispõe de **5 (cinco) horas** para a realização da prova, já incluído o tempo para a marcação do cartão de respostas;
- **3 (três) horas** após o início da prova, é possível retirar-se da sala, sem levar o caderno de questões;
- A partir dos **30 (trinta) minutos** anteriores ao término da prova é possível retirar-se da sala **levando o caderno de questões**.



NÃO SERÁ PERMITIDO

- Qualquer tipo de comunicação entre os candidatos durante a aplicação da prova;
- Anotar informações relativas às respostas em qualquer outro meio que não seja o caderno de questões;
- Levantar da cadeira sem autorização do fiscal de sala;
- Usar o sanitário ao término da prova.



INFORMAÇÕES GERAIS

- Verifique se seu caderno de questões está completo, sem repetição de questões ou falhas. Caso contrário, **notifique imediatamente o fiscal de sala**, para que sejam tomadas as devidas providências;
- Confira seus dados pessoais, especialmente nome, número de inscrição e documento de identidade e leia atentamente as instruções para preencher o cartão de respostas;
- Para o preenchimento do cartão de respostas, use somente caneta esferográfica, fabricada em material transparente, com tinta preta ou azul;
- Assine seu nome apenas no(s) espaço(s) reservado(s) no cartão de respostas;
- Confira seu cargo, cor e tipo do caderno de questões. Caso tenha recebido caderno de cargo ou cor ou tipo **diferente** do impresso em seu cartão de respostas, o fiscal de sala deve ser **obrigatoriamente** informado para o devido registro na ata da sala;
- Reserve tempo suficiente para o preenchimento do seu cartão de respostas. O preenchimento é de sua responsabilidade e **não será permitida a troca do cartão de respostas em caso de erro cometido pelo candidato**;
- Para fins de avaliação, serão levadas em consideração apenas as marcações realizadas no cartão de respostas;
- A FGV coletará as impressões digitais dos candidatos na lista de presença;
- Os candidatos serão submetidos ao sistema de detecção de metais quando do ingresso e da saída de sanitários durante a realização das provas.

Boa prova!

Clínica Médica

1

Mulher, 34 anos, apresenta tosse seca e dispneia há 8 semanas, associadas à lesão cutânea infiltrada em asa nasal sugestiva de lúpus pérmio. Nega febre, calafrios e sudorese noturna. Radiografia de tórax sugestiva de alargamento da região hilar, complementada por tomografia computadorizada de tórax, que revela linfadenopatia mediastinal e nódulos com distribuição perilinfática nos lobos superiores.

A prova de função pulmonar foi compatível com distúrbio restritivo leve. Na sequência da investigação, realizou-se broncoscopia com EBUS: o lavado broncoalveolar (BAL) foi negativo para BAAR, GeneXpert e prata-metenamina de Grocott (GMS).

A punção aspirativa transbrônquica guiada por EBUS (EBUS-TBNA) de linfonodo mediastinal demonstrou granulomas epitelioides não caseosos, com células gigantes multinucleadas e ausência de necrose.

Com base nos dados clínicos, radiológicos e histopatológicos, o diagnóstico mais provável é de

- (A) tuberculose pulmonar.
- (B) histoplasmose disseminada.
- (C) poliarterite nodosa (PAN).
- (D) sarcoidose pulmonar.
- (E) carcinoma broncogênico.

2

A nefropatia por IgA é uma das formas mais comuns de glomerulonefrite no mundo. Pode ocorrer em qualquer faixa etária, mas apresenta maior incidência entre a segunda e a terceira décadas de vida. O achado característico é a demonstração, na imunofluorescência da biópsia renal, de depósitos de IgA na região mesangial.

Em relação ao tema, avalie as afirmativas a seguir.

- I. A hematúria microscópica é característica da doença, sendo tipicamente dismórfica à sedimentoscopia.
- II. Episódios de hematúria macroscópica podem ocorrer em associação com infecções de vias aéreas superiores.
- III. A síndrome nefrótica constitui uma apresentação frequente da doença.

Está correto o que se afirma em

- (A) I, II e III.
- (B) I e II, apenas.
- (C) II, apenas.
- (D) I e III, apenas.
- (E) I, apenas.

3

Com relação à Semiologia Cardíaca, avalie as afirmativas a seguir e assinale (V) para a afirmativa verdadeira e (F) para a falsa.

- () Na estenose aórtica, o sopro é sistólico em diamante (crescendo-decrescendo), audível principalmente no foco aórtico, com irradiação típica para a fúrcula e as carótidas, podendo estar associado ao fenômeno de Gallavardin, presença de B4 e pulso *parvus et tardus*.
- () Na insuficiência aórtica, o sopro é diastólico aspirativo, melhor audível no foco aórtico acessório, com o paciente sentado e inclinado para frente (anteflexão do tronco) e em expiração forçada, com intensidade aumentada pela manobra de *handgrip*, podendo estar associado à B3, ao sopro de Austin Flint e a pulso em martelo d'água (Corrigan).
- () Na cardiomiopatia hipertrófica, o sopro é sistólico, audível em bordo esternal inferior esquerdo, com intensidade que aumenta durante a manobra de Valsalva ou ortostatismo e diminui com o agachamento, podendo estar associado à B4 e à presença de pulso bisferiens.

As afirmativas são, respectivamente,

- (A) V – V – F.
- (B) V – F – V.
- (C) V – V – V.
- (D) F – V – V.
- (E) F – F – V.

4

A Síndrome de Lise Tumoral representa uma emergência metabólica potencialmente fatal no paciente oncológico, sendo classicamente associada a terapias que induzem rápida destruição celular.

Sobre a Síndrome de Lise Tumoral, assinale a afirmativa correta.

- (A) A alcalinização urinária é uma medida preventiva amplamente recomendada para reduzir a deposição de cristais renais.
- (B) A rasburicase atua corrigindo distúrbios como hipocalcemia e hipermagnesemia, sendo indicada principalmente nesses contextos.
- (C) O tratamento inicial da Leucemia Linfoblástica Aguda e do Linfoma de Burkitt raramente leva à Síndrome de Lise Tumoral, sendo considerada uma complicação incomum.
- (D) A insuficiência renal aguda associada à Síndrome de Lise tumoral pode resultar dos efeitos combinados da hiperuricemia e da hiperfosfatemia sobre os rins.
- (E) Hipercalemia e hipocalcemia fazem parte dos critérios diagnósticos laboratoriais obrigatórios da Síndrome de Lise Tumoral.

5

Um homem de 60 anos comparece à consulta de acompanhamento. Ele tem histórico de hipertensão arterial e insuficiência cardíaca com fração de ejeção reduzida (FEVE = 35%). Usa atualmente enalapril e metoprolol. Há três meses, seu médico introduziu um novo medicamento para melhorar o controle pressórico e reduzir os sintomas de congestão.

Desde então, o paciente relata dor e aumento do volume mamário bilateral, que lhe causa constrangimento. Nega secreção pelo mamilo, alterações cutâneas ou dor em outras regiões. O exame físico mostra pressão arterial de 122/70 mmHg, frequência cardíaca de 66 bpm, melhora do edema de membros inferiores e testículos sem alterações.

O mecanismo de ação do medicamento mais provavelmente responsável pelo efeito adverso descrito, é

- (A) antagonista do receptor de aldosterona.
- (B) antagonista do receptor de angiotensina II.
- (C) bloqueador beta-1 adrenérgico.
- (D) inibidor do cotransportador sódio-glicose 2 (SGLT2).
- (E) bloqueador do canal de cálcio tipo L.

6

Durante o exame neurológico de um paciente adulto, foram observados:

- estrabismo divergente ao teste de motricidade ocular;
- assimetria da mímica facial;
- elevação assimétrica do palato mole à fonação.

Com base nesses achados de nervos cranianos, avalie as afirmativas a seguir.

- I. A paralisia do III par craniano pode cursar com estrabismo divergente, podendo estar associada à ptose e à midríase.
- II. Na lesão central do VII par craniano, ocorre acometimento de toda a hemiface ipsilateral; já a lesão periférica tende a poupar os movimentos da musculatura frontal e o fechamento ocular.
- III. O comprometimento dos nervos IX e X pode se manifestar por elevação assimétrica do palato e alteração da voz (disfonia).

Está correto o que se afirma em

- (A) I e II, apenas.
- (B) II e III, apenas.
- (C) I e III, apenas.
- (D) I, II e III.
- (E) I, apenas.

7

Uma mulher de 45 anos procura atendimento ambulatorial por dificuldade progressiva para deambular, nos últimos 4 meses. Refere parestesias em mãos e pés, associadas a tropeços frequentes e dificuldade para realizar movimentos finos, como abotoar roupas.

Há cerca de um ano apresenta esteatorreia crônica e episódios ocasionais de distensão abdominal, ainda em investigação. Relata perda ponderal discreta de 3 kg, apesar de apetite preservado (IMC: 25 kg/m²). Ao exame físico, observa-se redução da sensibilidade vibratória e da propriocepção em todos os membros, força muscular discretamente diminuída de forma difusa, marcha de base alargada com sinal de Romberg positivo e reflexos reduzidos nos membros inferiores. Exames laboratoriais de rotina mostram hemoglobina, eletrólitos e glicemia dentro da normalidade.

Uma causa provável para os achados descritos é a deficiência da vitamina

- (A) A.
- (B) C.
- (C) D.
- (D) E.
- (E) K.

8

Um homem de 75 anos apresenta deterioração progressiva da função renal acompanhada de alterações cutâneas, três semanas após ter sido submetido a reparo eletivo de aneurisma de aorta abdominal. Tem antecedentes de hipertensão arterial, tabagismo e doença arterial periférica.

O exame físico revela *livedo reticularis* em membros inferiores e dor em pododáctilos com coloração azulada, apesar de pulsos periféricos palpáveis. A investigação laboratorial mostra elevação progressiva da creatinina sérica e eosinofilia.

A urinálise evidencia discreta leucocitúria, sem proteinúria significativa. A biópsia renal mostra fendas alongadas, em forma de agulhas, e vazias no interior de arteríolas ocluídas.

Nesse caso, o diagnóstico mais provável é

- (A) ateroembolismo (embolização por cristais de colesterol).
- (B) embolia gordurosa.
- (C) infarto renal agudo por trombose arterial.
- (D) embolia pulmonar.
- (E) vasculite leucocitoclástica.

9

Mulher de 60 anos, com longa história de hipertensão arterial mal controlada e tabagismo, é levada ao pronto-socorro após desenvolver cefaleia súbita, intensa, descrita como “a pior de sua vida”, durante subida de escada. Logo após o início da dor, apresentou breve perda de consciência.

No momento da avaliação, encontra-se sonolenta, com fotofobia, cefaleia difusa intensa e rigidez de nuca. O exame neurológico não identificou déficit focal. Sinais vitais: PA 186 x 106 mmHg e FC 88 bpm. A tomografia computadorizada de crânio sem contraste foi inconclusiva. A punção lombar revelou líquido xantocrômico, com aumento difuso do número de hemácias em todos os tubos coletados.

Assinale o mecanismo mais provável para a condição apresentada.

- (A) Angiopatia amiloide cerebral.
- (B) Trombose de seio venoso intracraniano.
- (C) Ruptura de aneurisma sacular cerebral.
- (D) Ruptura de veias de ponte.
- (E) Ruptura de artéria meníngea.

10

Uma mulher de 30 anos procura o pronto-socorro devido a episódios recorrentes de cólicas abdominais, intensificados nos últimos dias, acompanhados de fadiga persistente. Refere ainda episódios ocasionais de dormência em mãos e pés, além de dificuldade de concentração. Recentemente, tratou infecção de vias aéreas com antibióticos e analgésicos. Nega febre, vômitos, diarreia, icterícia, mialgia ou alteração do hábito intestinal. Não faz uso de álcool nem tabaco, e segue dieta restritiva para controle de peso.

Ao exame, apresenta-se ansiosa, porém orientada. O abdome é discretamente doloroso à palpação profunda, sem sinais de irritação peritoneal. O exame neurológico mostra redução da sensibilidade dolorosa em distribuição tipo “bota e luva”. Exames laboratoriais revelam hiponatremia leve, albumina normal e ausência de proteinúria. Apesar de negar queixas urinárias irritativas, a paciente relata episódios frequentes de escurecimento da coloração da urina.

O exame complementar mais adequado para confirmar a hipótese diagnóstica inicial é realizar

- (A) dosagem sérica de C4 e inibidor de C1.
- (B) dosagem urinária de porfobilinogênio (PBG).
- (C) pesquisa de anticorpos anti-RNP.
- (D) pesquisa de anticorpos anti-GAD.
- (E) eletroforese de proteínas urinárias.

11

Um homem de 39 anos procura atendimento ambulatorial por congestão nasal persistente e dor facial há 6 meses. Nas últimas semanas, passou a apresentar tosse com hemoptise e dispneia progressiva. Refere também febre baixa recorrente, fadiga e perda de 5 kg nesse período.

Ao exame físico, observam-se úlceras na mucosa nasal, estertores crepitantes difusos em ambos os pulmões e púrpura palpável nos membros inferiores. Os exames laboratoriais revelam anemia normocítica, creatinina de 2,3 mg/dL e hematúria com cilindros hemáticos. A radiografia de tórax evidencia múltiplos nódulos, alguns cavitados, associados a opacidades bilaterais em regiões hilo pulmonares.

Esses achados sugerem, entre as hipóteses diagnósticas, uma vasculite primária associada a autoanticorpos dirigidos contra antígenos, que estão presentes no seguinte tipo celular:

- (A) células parietais gástricas.
- (B) pneumócitos tipo II.
- (C) neutrófilos.
- (D) plaquetas.
- (E) células da junção neuromuscular.

12

Um homem de 28 anos vem à consulta para avaliação clínica e traz dúvidas em relação a exames pré-admissionais recentes. Refere sentir-se bem e estar assintomático. Nega história prévia de icterícia, uso de drogas intravenosas ou transfusão sanguínea.

A sorologia para hepatite B revelou:

- HBsAg: negativo;
- Anti-HBs: positivo;
- Anti-HBc: negativo;
- HBeAg: negativo;
- Anti-HBe: negativo.

Dentre as opções a seguir, assinale a que melhor descreve a situação sorológica desse paciente em relação à hepatite B.

- (A) Infecção aguda pelo vírus da hepatite B.
- (B) Infecção crônica pelo vírus da hepatite B.
- (C) Infecção prévia resolvida por hepatite B.
- (D) História de vacinação contra hepatite B.
- (E) Suscetibilidade à infecção pelo vírus da hepatite B.

13

Um homem de 70 anos procura atendimento ambulatorial devido à tosse persistente e a uma fadiga, nos últimos 3 meses. Relata também perda de peso não intencional e alguns episódios de tosse acompanhados de hemoptise. É tabagista crônico, com carga de 45 maços/ano. Nega febre ou infecções respiratórias recentes.

Ao exame físico, observa-se redução do murmúrio vesicular no terço superior do hemitórax direito.

A tomografia de tórax evidencia massa cavitada localizada no lobo superior direito. Foi agendada broncoscopia para investigação diagnóstica complementar.

Exames laboratoriais revelam:

- Hemoglobina: 13,4 g/dL (VR: 13,5–17,5 g/dL);
- Leucócitos: 7.200/mm³ (VR: 4.000–11.000/mm³);
- Plaquetas: 275.000/mm³ (VR: 150.000–450.000/mm³);
- Sódio sérico: 139 mEq/L (VR: 135–145 mEq/L);
- Potássio sérico: 4,1 mEq/L (VR: 3,5–5,0 mEq/L);
- Cálcio sérico: 12,5 mg/dL (VR: 8,5–10,5 mg/dL);
- Albumina sérica: 4,0g/dl (VR: 3,5-5,0 g/dL);
- Paratormônio: 5 pg/mL (VR: 15–65 pg/mL);
- Creatinina sérica: 0,9 mg/dL (VR: 0,7–1,3 mg/dL).

Com base nesse quadro clínico, o diagnóstico mais provável é

- (A) carcinoma de pequenas células de pulmão.
- (B) tumor carcinoide brônquico.
- (C) mesotelioma pleural.
- (D) hamartoma pulmonar.
- (E) carcinoma escamoso de pulmão.

14

Uma mulher de 60 anos procura o pronto-socorro com quadro de dor abdominal tipo cólica em quadrante inferior e diarreia há quatro dias. Refere de seis a sete evacuações diárias, aquosas, sem muco ou sangue. Relata náuseas, mas sem vômitos ou febre. Os sintomas iniciaram cerca de uma semana após o término de um tratamento de dez dias com clindamicina para abscesso dentário. Nega doenças intestinais prévias, viagens recentes ou contato com pessoas com sintomas semelhantes.

No exame físico, encontra-se afebril, com dor à palpação no quadrante inferior esquerdo, sem sinais de irritação peritoneal. Exames laboratoriais mostram função renal preservada e hemograma sem alterações significativas.

Dos agentes a seguir, assinale o mais provável responsável pelo quadro clínico dessa paciente.

- (A) *Escherichia coli* enteroinvasiva.
- (B) *Shigella* spp.
- (C) *Clostridium difficile*.
- (D) *Salmonella enterica*.
- (E) *Escherichia coli* entero-hemorrágica.

15

Um homem de 39 anos procura atendimento devido à dor epigástrica em queimação e episódios de diarreia aquosa. Os sintomas vêm se mantendo há mais de um ano e pioram em jejum, apresentando melhora parcial com uso de antiácidos. Nos últimos três meses, houve piora dos sintomas preexistentes, associada a perda ponderal de 6 kg. O exame físico não revelou alterações relevantes.

A endoscopia digestiva alta evidenciou múltiplas úlceras no duodeno e jejuno proximal.

Diante desses achados endoscópicos, deve-se solicitar exame laboratorial de dosagem de

- (A) peptídeo intestinal vasoativo (VIP).
- (B) colecistocinina (CCK).
- (C) polipeptídeo pancreático.
- (D) somatostatina.
- (E) gastrina sérica.

16

Sobre as manifestações clínicas e laboratoriais do lúpus eritematoso sistêmico (LES), avalie as afirmativas a seguir.

- I. O envolvimento das membranas serosas, como pleurite ou pericardite, pode ocorrer como manifestação da doença.
- II. A trombocitose (plaquetas > 450.000/mm³) é considerada critério hematológico característico do LES.
- III. A proteinúria persistente (> 0,5 g/24h) não é reconhecida como manifestação renal da doença.

Está correto o que se afirma em

- (A) I, apenas.
- (B) II, apenas.
- (C) I e III, apenas.
- (D) II e III, apenas.
- (E) I e II, apenas.

17

Um homem de 64 anos procura atendimento ambulatorial por fadiga progressiva e perda ponderal não voluntária de 6 kg, nos últimos 2 meses. Relata náuseas ocasionais e desconforto abdominal difuso, sem relação com alimentação ou evacuação, e nega sangramentos. A filha notou coloração amarelada discreta na pele recentemente. Tabagista há 40 anos, faz uso ocasional de bebidas alcoólicas aos fins de semana.

Ao exame, apresenta icterícia, sem dor ou massas palpáveis. Exames laboratoriais mostram padrão colestático discreto. A tomografia abdominal evidencia lesão tumoral na cabeça do pâncreas com dilatação da via biliar. A biópsia por ultrassom endoscópico confirma adenocarcinoma pancreático.

Dos fatores a seguir, assinale o mais associado ao desenvolvimento desse tipo de tumor.

- (A) Intolerância à lactose.
- (B) Colelitíase.
- (C) Tabagismo.
- (D) Hipercalcemia.
- (E) Síndrome do intestino irritável.

18

Mulher de 38 anos, com diagnóstico prévio de hipotireoidismo em uso de levotiroxina, com exames recentes (TSH e T4 livre) dentro da normalidade, procura atendimento ambulatorial por fadiga intensa, perda de 4 kg nos últimos 2 meses e náuseas recorrentes.

Ao exame físico, destaca-se hiperpigmentação difusa da pele, mais evidente em áreas expostas ao Sol. Nega febre, tosse ou sudorese noturna.

Os exames laboratoriais revelam:

- sódio sérico de 128 mEq/L;
- potássio de 6,1 mEq/L;
- cortisol plasmático matinal de 2 µg/dL (valor de referência: 5–25 µg/dL);
- hemoglobina de 13,2 g/dL;
- leucócitos totais normais com eosinofilia leve (800/µL);
- proteína C-reativa dentro da normalidade.

Com base nesses achados, a fisiopatologia mais provável da condição apresentada é

- (A) a supressão crônica do eixo hipotálamo-hipófise-adrenal por uso de glicocorticoides exógenos.
- (B) a destruição autoimune da adrenal com perda de secreção de glicocorticoides e mineralocorticoides.
- (C) a produção ectópica de ACTH por neoplasia neuroendócrina.
- (D) a redução da secreção de ACTH pela hipófise anterior.
- (E) o defeito congênito na conversão de colesterol em pregnenolona.

19

Uma mulher de 35 anos apresenta episódios recorrentes de mudança de coloração e dor nos dedos das mãos, ao serem expostos ao frio. Refere que os dedos ficam inicialmente pálidos e dormentes, depois arroxeados, tornando-se em seguida eritematosos e dolorosos.

Relata, ainda, fadiga, rigidez em mãos e punhos, pirose e disfagia de condução para alimentos sólidos. Ao exame, observa-se espessamento cutâneo na região das mãos, com esclerodactilia e redução da abertura oral. O exame físico pulmonar, cardiovascular e abdominal é normal. Exames laboratoriais revelam fator antinuclear (ANA) positivo, com padrão centromérico na imunofluorescência.

O diagnóstico mais provável é

- (A) lúpus eritematoso sistêmico.
- (B) miastenia gravis.
- (C) polimiosite.
- (D) esclerose sistêmica cutânea limitada.
- (E) hipotireoidismo de Hashimoto.

20

Homem de 60 anos apresenta quadro de cansaço aos esforços há 4 meses, dor abdominal e sangramento persistente nas fezes. O exame físico revela mucosas descoradas e massa palpável em quadrante inferior esquerdo.

Diante da hipótese de anemia ferropriva associada a sangramento gastrointestinal crônico, esperam-se da cinética do ferro as seguintes características:

- (A) reticulócitos aumentados, ferro sérico elevado, ferritina elevada, TIBC reduzido e IST aumentado.
- (B) reticulócitos reduzidos, ferro sérico reduzido, ferritina reduzida, TIBC aumentado e IST reduzido.
- (C) reticulócitos aumentados, ferro sérico normal, ferritina normal, TIBC normal e IST normal.
- (D) reticulócitos reduzidos, ferro sérico reduzido, ferritina elevada, TIBC reduzido e IST normal.
- (E) reticulócitos aumentados, ferro sérico elevado, ferritina reduzida, TIBC aumentado e IST aumentado.

Cirurgia Geral

21

O paciente é um homem de 62 anos, obeso (IMC 34), hipertenso controlado com losartana e diabético tipo 2 em uso de metformina. Ele foi indicado para colecistectomia eletiva devido à colelitíase sintomática recorrente.

Na consulta pré-operatória, apresenta dispneia leve aos grandes esforços, sem dor torácica. Ao exame físico, PA 135 x 80 mmHg, FC 78 bpm, ausculta cardíaca normal, saturação O₂ 97% em ar ambiente. O ECG mostra hipertrofia ventricular esquerda. O paciente não apresenta história de infarto, angina instável ou insuficiência cardíaca descompensada.

Nesse caso, a conduta mais adequada em relação à avaliação do risco cirúrgico será

- (A) indicar teste ergométrico antes da cirurgia, pois todo paciente com comorbidades deve ser estratificado com teste funcional.
- (B) solicitar ecocardiograma transtorácico de rotina para avaliar fração de ejeção antes de liberar a cirurgia.
- (C) suspender a cirurgia até otimizar o controle glicêmico e encaminhar para avaliação cardiológica, pois se trata de cirurgia de médio risco com comorbidades relevantes.
- (D) prosseguir com a cirurgia, mantendo o controle clínico das comorbidades, sem necessidade de exames adicionais, pois não há critérios de alto risco cardiovascular.
- (E) cancelar a cirurgia eletiva, pois o paciente tem risco cardiovascular aumentado e não deve ser submetido a procedimentos eletivos.

22

Uma mulher de 78 anos, portadora de hipertensão controlada, apresenta colelitíase sintomática e foi indicada para colecistectomia eletiva. Relata fadiga aos mínimos esforços, histórico de duas quedas nos últimos 6 meses e perda de peso não intencional de 5 kg no último ano.

No exame físico:

- IMC 20 kg/m²;
- pressão arterial 128/70 mmHg;
- FC 74 bpm;
- ausculta cardíaca normal. A avaliação laboratorial está dentro da normalidade.

Para essa paciente, a conduta mais adequada quanto à avaliação de risco cirúrgico é

- (A) prosseguir com a cirurgia sem necessidade de avaliação adicional, pois não há doença cardíaca ativa.
- (B) cancelar a cirurgia, pois a fragilidade contra-indica qualquer procedimento eletivo.
- (C) avaliar a fragilidade como fator de risco independente e considerar medidas de otimização pré-operatória, incluindo suporte nutricional e fisioterapia.
- (D) solicitar teste ergométrico, pois pacientes idosos devem sempre ser submetidos a estratificação funcional antes da cirurgia.
- (E) solicitar ecocardiograma de rotina para todos os pacientes idosos antes de qualquer cirurgia abdominal.

23

O paciente é um homem de 58 anos com diagnóstico de adenocarcinoma de cólon direito, que foi indicado para colectomia eletiva. Relata perda de 12% do peso corporal nos últimos 3 meses, inapetência e fadiga. IMC atual: 18 kg/m².

Ao exame físico, apresenta atrofia muscular difusa e hipoalbuminemia (2,8 g/dL). Não há evidências de sepse ou obstrução intestinal aguda.

Nesse caso, a conduta mais adequada em relação ao suporte nutricional pré-operatório será

- (A) prosseguir diretamente para a cirurgia, pois a nutrição prévia não altera os desfechos.
- (B) solicitar apenas suplementação de vitaminas e minerais, sem necessidade de suporte calórico-proteico.
- (C) adiar a cirurgia até que o paciente atinja IMC > 20, independentemente do tempo necessário.
- (D) indicar suporte nutricional exclusivo por via parenteral total, mesmo na ausência de falência intestinal.
- (E) iniciar suporte nutricional oral ou enteral por pelo menos 7 a 14 dias antes da cirurgia eletiva, se possível.

24

Sua equipe é a responsável por um paciente de 62 anos, submetido, há 7 dias, à colectomia esquerda por neoplasia. Evolui com febre, taquicardia, dor abdominal difusa e saída de secreção purulenta pela ferida operatória.

Exame físico: abdome distendido, defesa involuntária difusa. Hemograma mostra leucocitose.

Nesse caso, a principal complicação cirúrgica e a conduta imediata adequada são, respectivamente,

- (A) íleo paralítico e tratamento conservador com hidratação venosa e correção hidroeletrólítica.
- (B) infecção do sítio cirúrgico superficial e antibiótico oral e curativos locais.
- (C) fístula anastomótica e reabordagem cirúrgica com lavagem e drenagem.
- (D) obstrução mecânica e observação, pois geralmente cursa sem febre ou secreção purulenta.
- (E) abscesso intra-abdominal tardio e drenagem percutânea guiada por imagem.

25

Paciente feminina, de 48 anos, obesa, foi submetida à histerectomia abdominal há 6 dias. Evolui com dispnéia súbita, taquicardia, dor torácica pleurítica e saturação de O₂ em 84%.

Exame físico: estertores discretos à ausculta pulmonar.

Nesse caso, a complicação cirúrgica mais provável e a conduta inicial mais adequada são

- (A) pneumonia lobar / iniciar antibiótico empírico.
- (B) atelectasia / realizar fisioterapia respiratória intensiva.
- (C) tromboembolismo pulmonar / iniciar anticoagulação com heparina.
- (D) embolia gasosa / reposicionar em decúbito lateral esquerdo.
- (E) infarto agudo do miocárdio / encaminhar para cateterismo cardíaco imediato.

26

Paciente, 70 anos, foi submetido à gastrectomia subtotal por câncer gástrico. No 4º dia de pós-operatório, apresenta febre (39 °C), taquicardia, hipotensão (PA 85 x 60 mmHg), taquipneia e alteração do nível de consciência. O exame físico revela pele fria, extremidades mal perfundidas, débito urinário reduzido.

Nesse caso, a principal hipótese diagnóstica e a conduta inicial imediata a ser adotada são

- (A) choque hipovolêmico por sangramento oculto e reposição volêmica com cristaloides.
- (B) trombose venosa profunda e anticoagulação com heparina.
- (C) insuficiência cardíaca descompensada e uso de diuréticos.
- (D) atelectasia extensa e fisioterapia respiratória intensiva.
- (E) sepse pós-operatória e coleta de culturas, antibiótico de amplo espectro e reposição volêmica precoce.

27

No Serviço de Emergência, dá entrada uma mulher de 60 anos que apresenta dor torácica súbita e intensa após episódio de vômitos repetidos. O exame físico mostra taquicardia, febre, enfisema subcutâneo cervical. Na TC de tórax, há extravasamento de contraste do esôfago distal para mediastino.

Nesse caso, a principal hipótese diagnóstica e a conduta inicial mais adequada são

- (A) ruptura espontânea do esôfago (síndrome de Boerhaave) / estabilização clínica, antibióticos e drenagem cirúrgica precoce.
- (B) esofagite erosiva / IBP e dieta líquida.
- (C) perfuração por corpo estranho / retirada endoscópica.
- (D) pneumotórax espontâneo / drenagem torácica simples.
- (E) refluxo gastroesofágico grave / cirurgia antirrefluxo.

28

Paciente, sexo masculino, de 58 anos, tabagista e etilista, com história clínica de esôfago de Barrett, diagnosticado há 5 anos. Refere disfagia progressiva para sólidos, odinofagia e emagrecimento de 2 kg em 3 meses. Uma endoscopia mostra lesão estenosante no terço distal do esôfago. A biópsia teve, como diagnóstico histopatológico, adenocarcinoma.

A melhor conduta terapêutica com intenção curativa será

- (A) radioterapia exclusiva.
- (B) miotomia de Heller.
- (C) quimioterapia paliativa isolada.
- (D) esofagectomia com linfadenectomia regional.
- (E) dilatação endoscópica seriada.

29

Homem de 52 anos, etilista crônico, cirrótico por hepatite C, é admitido no pronto-socorro com hematêmese volumosa e instabilidade hemodinâmica. A endoscopia digestiva alta mostra sangramento ativo de varizes esofágicas de grosso calibre.

Diante desse caso, a conduta inicial mais apropriada será

- (A) iniciar propranolol oral imediatamente.
- (B) apenas iniciar reposição volêmica sem intervenção.
- (C) indicar esplenectomia de urgência.
- (D) realizar cirurgia de derivação portossistêmica imediatamente.
- (E) realizar ligadura elástica endoscópica das varizes.

30

Paciente de 44 anos apresenta dor epigástrica intensa, diarreia crônica e perda ponderal. Endoscopia mostra múltiplas úlceras duodenais distais. Dosagem sérica: gastrina = 1.500 pg/mL (VR < 150). Teste de secretina positivo (elevação paradoxal da gastrina). Uma TC de abdome sugere nódulo pancreático na cabeça.

A conduta mais adequada, nesse caso, será

- (A) ressecção cirúrgica do gastrinoma, após localização tumoral adequada.
- (B) apenas tratamento clínico com IBP em altas doses, sem investigação adicional.
- (C) pancreatetectomia total profilática, devido ao risco de múltiplos tumores.
- (D) radioterapia abdominal como tratamento de primeira escolha.
- (E) colectomia subtotal, pois diarreia é o principal sintoma.

31

Uma paciente de 63 anos apresenta emagrecimento de 12 kg em 3 meses, anorexia e plenitude pós-prandial precoce. Uma endoscopia digestiva alta mostra lesão vegetante e infiltrativa no antro gástrico. A biópsia caracteriza um adenocarcinoma gástrico. TC de abdome mostra ausência de metástases à distância e doença restrita ao estômago.

A conduta cirúrgica mais apropriada para o caso será

- (A) gastrectomia total com linfadenectomia D2.
- (B) gastrectomia subtotal distal com linfadenectomia D2.
- (C) apenas gastrojejunostomia paliativa.
- (D) radioterapia exclusiva.
- (E) endoscopia terapêutica com mucosectomia.

32

Paciente de 58 anos, submetido a laparotomia por apendicite complicada há 10 anos, apresenta dor abdominal difusa, vômitos biliosos, distensão abdominal e ausência de evacuação há 36h.

Exame físico: abdome distendido, timpanismo difuso, sem sinais peritoneais. RX de abdome mostra níveis hidroaéreos em alças delgadas e ausência de ar no cólon.

Diante desse caso, a conduta inicial mais adequada será

- (A) colonoscopia de urgência para descompressão.
- (B) cirurgia imediata com laparotomia exploradora obrigatória.
- (C) antibioticoterapia isolada, sem outras medidas.
- (D) tratamento conservador com hidratação, descompressão nasogástrica e observação clínica.
- (E) alta hospitalar após analgesia.

33

Na emergência do seu hospital dá entrada uma mulher de 75 anos, com história de constipação crônica, que apresenta distensão abdominal progressiva, dor difusa e vômitos. Uma telerradiografia do abdome mostra distensão de alça sigmoide em “grão de café”. Não há sinais clínicos de peritonite.

Diante desse quadro, a sua conduta inicial será

- (A) radioterapia abdominal.
- (B) laparotomia imediata com colectomia total obrigatória.
- (C) antibioticoterapia isolada e observação.
- (D) alta hospitalar após analgesia.
- (E) colonoscopia descompressiva com passagem de sonda retal.

34

No hospital, você é chamado para um parecer no serviço de Obstetrícia. A paciente é uma gestante de 28 semanas, com dor abdominal difusa iniciada em epigástrio, migrando para hipocôndrio direito. Tem febre baixa e uma leucocitose moderada. Realiza-se uma USG, que mostra o apêndice aumentado de 10 mm, sem líquido livre.

Diante desse caso, a sua conduta será indicar

- (A) observação clínica até o parto.
- (B) apendicectomia laparoscópica, com cuidados para evitar aumento da pressão intra-abdominal.
- (C) radioterapia abdominal para controle inflamatório.
- (D) apenas antibióticos até a regressão da dor.
- (E) apendicectomia aberta obrigatória por laparotomia mediana.

35

Você atende a um paciente, de 36 anos, que foi submetido à gastrectomia vertical (*Sleeve*) há 2 anos. Queixa-se de parestesias em extremidades, dificuldade de marcha e língua dolorosa. O hemograma mostra anemia macrocítica.

A principal hipótese diagnóstica é deficiência de

- (A) ferro.
- (B) vitamina K.
- (C) vitamina D.
- (D) vitamina B12.
- (E) ácido fólico.

36

Sua paciente é uma mulher de 42 anos que apresenta um nódulo tireoidiano de 2,5 cm, detectado em ultrassonografia. O exame mostra nódulo sólido, hipoeoico, com microcalcificações e margens irregulares. Não há linfonodos palpáveis.

Diante desse caso, a melhor conduta inicial será

- (A) radioiodoterapia diagnóstica.
- (B) tireoidectomia total imediata.
- (C) punção aspirativa por agulha fina (PAAF) guiada por ultrassonografia.
- (D) observação clínica e ultrassonografia em 6 meses.
- (E) exérese cirúrgica por lobectomia sem biópsia prévia.

37

Paciente de 45 anos apresenta lesão pigmentada irregular, 1,8 mm de espessura (Breslow) em região plantar. Não há linfonodomegalias palpáveis.

Diante desse caso, a conduta cirúrgica indicada é

- (A) ressecção com margem de 1 cm.
- (B) radioterapia adjuvante do leito operatório.
- (C) ressecção com margem de 5 mm + observação clínica.
- (D) ressecção com margem de 3 cm obrigatória em todos os melanomas.
- (E) ressecção com margem de 2 cm + biópsia de linfonodo sentinela.

38

Homem de 52 anos, obeso, etilista crônico, apresenta hérnia umbilical de 4 cm, redutível, assintomática, descoberta em exame de rotina.

A conduta recomendada, segundo as diretrizes cirúrgicas, é

- (A) observação indefinida, pois hérnias umbilicais em adultos não complicam.
- (B) antibioticoterapia preventiva.
- (C) redução manual e acompanhamento ambulatorial.
- (D) correção cirúrgica eletiva com uso de tela.
- (E) hernioplastia somente se houver encarceramento.

39

Mulher de 48 anos chega ao pronto-socorro com febre alta, icterícia e dor em hipocôndrio direito. Na avaliação, apresenta pressão arterial (PA) 85 x 50 mmHg e confusão mental. Realizou exame físico doloroso em hipocôndrio direito, sem sinais peritoneais.

Diante desse caso, a conduta prioritária será

- (A) observação clínica.
- (B) alta hospitalar após analgesia.
- (C) radioterapia abdominal.
- (D) apenas antibióticos orais.
- (E) reanimação hemodinâmica + antibióticos endovenosos e descompressão biliar urgente (CPRE).

40

Você atende a uma mulher de 42 anos que apresenta crises recorrentes de cefaleia, palpitações e sudorese intensa. PA em repouso: 180 x 110 mmHg. Exames de catecolaminas urinárias: elevadas. TC de abdome mostra massa de 4 cm em adrenal direita.

Diante desse quadro, a conduta cirúrgica adequada é

- (A) adrenalectomia imediata, sem preparo pré-operatório.
- (B) radioterapia abdominal profilática.
- (C) adrenalectomia, após preparo com bloqueio alfa-adrenérgico.
- (D) quimioterapia exclusiva com ciclofosfamida.
- (E) apenas acompanhamento clínico, sem cirurgia.

Pediatria

41

Lactente de 18 meses é trazido para atendimento ambulatorial com sangramento intestinal vivo, indolor e intermitente, há aproximadamente 6 meses. Não há perda ponderal. Hemograma apresenta anemia microcítica e hipocrômica. Está em bom estado geral e o exame físico é normal.

A hipótese diagnóstica para o caso é

- (A) intolerância à lactose.
- (B) volvo intestinal.
- (C) intussuscepção intestinal.
- (D) alergia à proteína do leite de vaca (APLV).
- (E) divertículo de Meckel.

42

Pré-escolar de 3 anos, com diarreia crônica, distensão abdominal e baixo peso, é submetido à investigação e o diagnóstico de doença celíaca é confirmado.

O tratamento nesse caso é

- (A) dieta isenta de glúten por toda a vida.
- (B) dieta sem lactose.
- (C) com uso de probióticos.
- (D) com dieta isenta de proteína do leite de vaca.
- (E) com dieta sem carboidrato.

43

Escolar de 8 anos é trazido à emergência com queixa de inapetência, “urina escura e inchaço nas pernas e face”, de início há uma semana, associados à oligúria. Realizou tratamento para impetigo duas semanas antes do início dos sintomas. Ao exame, encontra-se em regular estado geral, com edema em membros inferiores e periorbitário, e hipertensão arterial.

A hipótese diagnóstica, nesse caso, é

- (A) síndrome nefrótica.
- (B) glomerulonefrite aguda pós-estreptocócica.
- (C) vasculite por IgA.
- (D) pielonefrite aguda.
- (E) nefropatia por IgA.

44

Um escolar de 9 anos, sexo masculino, é trazido à consulta pediátrica de rotina, e sua mãe questiona quando ele deverá receber a vacina de papilomavírus humano (HPV), no Sistema Único de Saúde.

De acordo com as recomendações do Programa Nacional de Imunizações do Ministério da Saúde, a vacinação contra o HPV, nesse caso,

- (A) deve ser feita com uma dose a partir de 11 anos.
- (B) deve ser feita com duas doses.
- (C) não está indicada, pois a recomendação é apenas para sexo feminino.
- (D) deve ser feita com duas doses a partir de 11 anos.
- (E) deve ser feita com uma única dose.

45

Durante consulta de puericultura de um lactente de 7 meses, ao conferir a história imunológica, você identifica que foi administrada uma dose da vacina de Influenza aos 6 meses de vida.

De acordo com as recomendações do Programa Nacional de Imunizações, a orientação sobre a vacinação de Influenza no caso apresentado é

- (A) administrar uma dose em um ano.
- (B) administrar uma dose com 12 meses de idade.
- (C) administrar uma dose em um ano com 0,5 mL.
- (D) completar o esquema com uma dose.
- (E) dizer que o esquema vacinal está completo.

46

Menino, 7 meses, é trazido para consulta pediátrica de rotina, e a mãe quer saber quando será a próxima dose da vacina meningocócica no Sistema Único de Saúde. Ela traz a Caderneta de Vacinação do menor e, até o momento, foram administradas duas doses da vacina meningocócica C (a primeira aos 3 e a segunda aos 5 meses de vida).

Sobre a vacinação contra meningite, seguindo a recomendação do Programa Nacional de Imunizações vigente a partir de julho de 2025, nesse caso, a orientação é

- (A) administrar uma dose de reforço da vacina meningocócica C aos 12 meses.
- (B) administrar uma dose de reforço da vacina meningocócica ACWY aos 12 meses.
- (C) administrar uma dose de reforço da vacina meningocócica C aos 15 meses.
- (D) administrar uma dose de reforço da vacina meningocócica C imediatamente.
- (E) ressaltar que a vacinação meningocócica C está completa.

47

Lactente de 12 meses é trazido à consulta pediátrica porque a mãe, que coabita com ele, recebeu diagnóstico de tuberculose pulmonar (forma bacilífera), há 10 dias. O menor está assintomático, recebeu BCG ao nascer, tem radiografia de tórax normal e prova tuberculínica de 7 mm.

A conduta para o lactente é

- (A) iniciar tratamento para tuberculose ativa.
- (B) repetir a prova tuberculínica em 8 semanas.
- (C) realizar acompanhamento clínico por 8 semanas.
- (D) repetir radiografia de tórax em 8 semanas.
- (E) iniciar tratamento preventivo para tuberculose.

48

Um lactente de 2 meses é internado com tosse paroxística precedida de sintomas gripais, e o diagnóstico de coqueluche é confirmado.

A antibioticoterapia de primeira escolha para o tratamento da coqueluche deve ser feita com

- (A) azitromicina por 3 dias.
- (B) azitromicina por 5 dias.
- (C) sulfametoxazol e trimetopim por 7 dias.
- (D) eritromicina por 5 dias.
- (E) claritromicina por 5 dias.

49

Um lactente de 10 meses é trazido ao ambulatório de Pediatria porque está apresentando febre e tosse há aproximadamente um mês, além de perda de peso (não aferida) no período. Já realizou tratamento por duas vezes, com antibioticoterapia oral, desde o início dos sintomas, sem melhora. A radiografia de tórax atual demonstra adenomegalia hilar à direita.

A mãe, que é a cuidadora do menor, recebeu diagnóstico de tuberculose pulmonar há uma semana (baciloscopia do escarro +++). A prova tuberculínica do lactente em questão é de 9 mm, seu exame físico é normal, e encontra-se abaixo do Z score -3 nas curvas peso para idade e índice de massa corporal para idade.

De acordo com o Sistema de Pontuação para Diagnóstico de tuberculose em Crianças do Ministério da Saúde, o somatório foi de

- (A) 50 pontos, e a recomendação é iniciar tratamento para tuberculose ativa.
- (B) 35 pontos, e a recomendação é iniciar tratamento para tuberculose ativa.
- (C) 40 pontos, e a recomendação é iniciar tratamento para tuberculose ativa.
- (D) 30 pontos, e a recomendação é iniciar tratamento para tuberculose ativa à critério clínico.
- (E) 25 pontos, e a recomendação é iniciar tratamento para tuberculose ativa.

50

A frequência respiratória (FR) deve sempre ser aferida em caso de criança com infecção respiratória aguda, visando o diagnóstico de pneumonia adquirida na comunidade.

Na ausência de febre ou sibilância, no momento do exame físico, a FR classificada como taquipneia, de acordo com a faixa etária, é

- (A) ≥ 60 irpm nos menores de 2 meses de idade.
- (B) ≥ 40 irpm naqueles entre 2 e 11 meses de idade.
- (C) ≥ 20 irpm naqueles entre 1 e 4 anos de idade.
- (D) ≥ 30 irpm naqueles entre 1 e 4 anos de idade.
- (E) ≥ 50 irpm nos menores de 2 meses de idade.

51

As crises convulsivas febris são aquelas que ocorrem em crianças neurologicamente normais com menos de 6 anos de idade.

Sobre a convulsão febril, é correto afirmar que

- (A) um período de sonolência após o evento ictal de alguns minutos é incomum.
- (B) não ocorre durante infecções virais ou bacterianas.
- (C) em geral, ocorre no início da elevação rápida da temperatura.
- (D) não acontece a recorrência após o primeiro episódio.
- (E) não está relacionada à febre decorrente da vacinação contra alguns vírus.

52

Pré-escolar de 3 anos é trazido à emergência com queixa de dor óssea em membros inferiores, de início há aproximadamente 30 dias, que vem apresentando piora progressiva. Além da queixa algica, apresenta febre associada.

Ao exame, apresenta palidez, petéquias e equimoses difusas, hepatoesplenomegalia e linfomegalias generalizadas. O hemograma realizado evidencia anemia, hiperleucocitose (50 mil leucócitos/ mm^3), presença de blastos e trombocitopenia.

De acordo com os dados apresentados, o diagnóstico mais provável é

- (A) mononucleose infecciosa.
- (B) leucemia linfóide aguda.
- (C) artrite reumatóide juvenil.
- (D) trombocitopenia imune primária.
- (E) anemia aplástica.

53

A bronquiolite viral aguda (BVA) é uma infecção viral que acomete as vias aéreas de pequeno calibre dos lactentes. É uma das principais causas de morbimortalidade e internação hospitalar, dentre as afecções respiratórias no primeiro ano de vida.

Acerca do diagnóstico da BVA, é correto afirmar que

- (A) a radiografia de tórax é necessária mesmo nos casos leves.
- (B) o hemograma é fundamental para descartar infecção bacteriana.
- (C) é feito com base na história clínica e no exame físico.
- (D) a gasometria está indicada em todos os casos para comprovar hipóxia.
- (E) o isolamento do vírus sincicial é fundamental.

54

Lactente de 1 mês de vida apresenta vômitos há 15 dias, não biliosos, em jato, que ocorrem 30 minutos após a mamada. A mãe se queixa de que ele apresenta uma fome insaciável, apesar dos vômitos. Ao exame do abdome, há uma tumoração móvel na topografia paramediana do quadrante superior direito.

A hipótese diagnóstica, nesse caso, é

- (A) doença do refluxo gastroesofágico.
- (B) alergia à proteína do leite de vaca.
- (C) hiperplasia congênita de suprarrenal.
- (D) estenose hipertrófica do piloro.
- (E) esofagite eosinofílica.

55

A melanose pustulosa transitória neonatal é uma dermatose benigna que acomete 1 a 4% dos recém-nascidos.

Sobre a doença em questão, é correto afirmar que

- (A) são lesões vesicopustulosas que acometem apenas o tronco.
- (B) as lesões vesicopustulosas estão presentes desde o nascimento.
- (C) na evolução, as lesões não se rompem, mantendo aspecto de vesículas.
- (D) é mais observada em crianças com fototipos I e III.
- (E) as lesões não acometem palmas e plantas.

56

Lactente de 18 meses é trazido à emergência com febre há 3 dias, evoluindo com pápulas e vesículas distribuídas em região oral, mãos e pés (principalmente em palmas e plantas).

A hipótese diagnóstica para o caso é

- (A) herpes zoster.
- (B) varicela.
- (C) sarampo.
- (D) síndrome mão-pé-boca.
- (E) eritema multiforme.

57

A hipertensão arterial sistêmica é um problema de saúde pública mundial, que tem sofrido um aumento da prevalência nos casos pediátricos, principalmente associado ao sobrepeso e obesidade nessa faixa etária.

Na faixa etária de 1 a 13 anos, a hipertensão arterial sistêmica é definida como um valor da média da pressão arterial sistólica e/ou diastólica, aferida em três ou mais ocasiões diferentes, maior ou igual ao

- (A) percentil 50 para sexo, idade e percentil de altura.
- (B) percentil 50 para sexo, idade e percentil de peso.
- (C) percentil 90 para sexo, idade e percentil de altura.
- (D) percentil 95 para sexo, idade e percentil de altura.
- (E) percentil 95 para sexo, idade e percentil de peso.

58

O teste do coraçõzinho foi realizado em um recém-nascido a termo com 24 horas de vida e evidenciou saturação no membro superior direito de 96% e no membro inferior esquerdo de 95%.

Esse resultado está

- (A) alterado e deve ser repetido dentro de uma hora.
- (B) dentro dos valores da normalidade.
- (C) alterado e deve ser realizado um ecocardiograma.
- (D) normal, mas, por ser exame de triagem, deve ser repetido em uma hora.
- (E) alterado e deve ser repetido em uma semana.

59

Dois irmãos, um de 4 anos e outro de 9 anos, são trazidos à consulta pediátrica de rotina, sem queixas. Seus dados antropométricos foram aferidos e plotados nos gráficos de crescimento. O menino de 4 anos encontrava-se com o índice de massa corporal (IMC) entre o escore Z +1 e +2; o de 9 anos, com o IMC acima do escore Z +3.

As classificações do IMC do menino de 4 anos e do de 9 anos são, respectivamente, de

- (A) risco de sobrepeso e sobrepeso.
- (B) risco de sobrepeso e obesidade grave.
- (C) obesidade e obesidade grave.
- (D) sobrepeso e obesidade.
- (E) obesidade grave e obesidade.

60

Escolar de 8 anos apresenta lesões papulovesiculares eritematosas, muito pruriginosas, acometendo espaços interdigitais, axilas, punhos e regiões interglúteas. A mãe apresenta lesões semelhantes.

A hipótese diagnóstica, nesse caso, é

- (A) dermatite atópica.
- (B) dermatite de contato.
- (C) exantema viral.
- (D) escabiose.
- (E) *Tinea cruris*.

Obstetrícia e Ginecologia

61

Parturiente em expulsivo optou por parir em posição de quatro apoios. Após a liberação do polo cefálico, observou-se retração da cabeça contra o períneo (sinal da tartaruga) e falha da restituição da cabeça.

Após chamar por ajuda, a primeira conduta a ser tomada, nesse caso, é

- (A) aplicar pressão fúndica simultânea à tração cefálica para liberar o ombro.
- (B) realizar a manobra de McRoberts.
- (C) manter a paciente em quatro apoios e realizar pressão suprapúbica dirigida ao ombro anterior.
- (D) realizar episiotomia ampla e proceder diretamente à extração do braço posterior como primeira medida.
- (E) executar manobra de Zavanelli (reposição cefálica) seguida de cesariana.

62

Mulher de 26 anos, primípara, 7 semanas após parto vaginal sem intercorrências, refere que há 1 mês apresenta humor persistentemente deprimido, tem perda de interesse pelas atividades, sente culpa excessiva, fadiga, redução do apetite e insônia de manutenção.

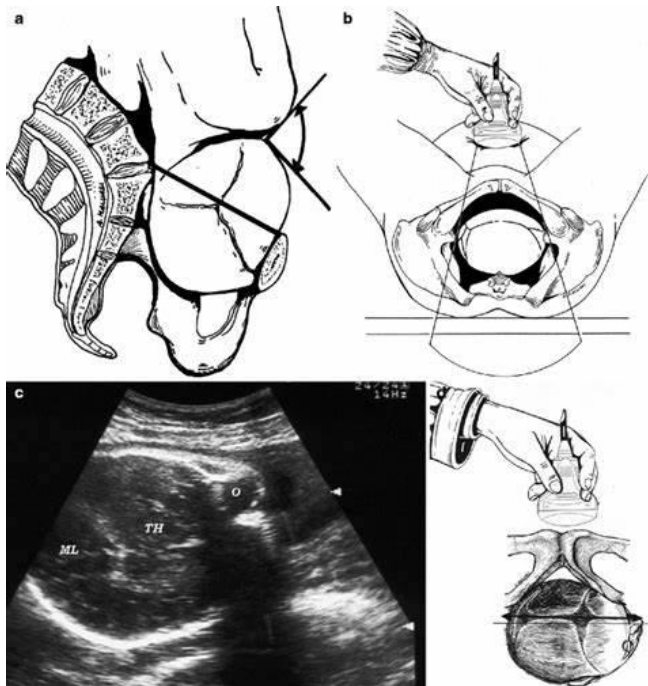
Refere dificuldade relevante para cuidar do recém-nascido e para retomar atividades habituais. Escore da Escala de Depressão Pós-natal de Edimburgo EPDS = 17 no dia de hoje. Nega uso de álcool ou drogas. Exame do estado mental: colaborativa, discurso coerente, orientada no tempo e no espaço, sem agitação psicomotora; sinais vitais normais.

A conduta terapêutica mais apropriada, nesse momento, é

- (A) proceder à observação expectante, sem intervenção medicamentosa e reavaliar em 4-6 semanas.
- (B) proceder à psicoterapia de suporte como única intervenção.
- (C) iniciar antidepressivo com inibidor seletivo de recaptção de serotonina, com possibilidade de associação à psicoterapia.
- (D) prescrever carbonato de lítio em dose terapêutica plena.
- (E) proceder à eletroconvulsoterapia.

63

Gestante em trabalho de parto. O exame clínico e a ultrassonografia intraparto sugerem insinuação da cabeça fetal com deslocamento da sutura sagital em direção ao púbis, como mostram as imagens.



Assinale a opção que descreve corretamente o achado, na ordem apresentada.

- (A) Obliquidade de Naegele; sutura sagital próxima ao sacro; parietal anterior como ponto apresentador.
- (B) Obliquidade de Litzmann; sutura sagital próxima à sínfise púbica; parietal posterior como ponto apresentador.
- (C) Sinclitismo; sutura sagital equidistante entre sacro e sínfise, sem parietal predominante.
- (D) Deflexão grau I (bregma); apresentação de bregma com sutura sagital central.
- (E) Deflexão grau II (naso); apresentação de bregma com sutura sagital central.

64

Primípara a termo tem indicação de cesariana eletiva por feto em apresentação pélvica. No momento da internação na maternidade, encontrava-se com bolsa íntegra, fora de trabalho de parto. Trazia, de seu pré-natal, cultura vaginorretal para *Streptococcus agalactiae* negativa.

Em relação à necessidade de antibioticoprofilaxia nessa cesariana, é correto afirmar que

- (A) não é necessário fazer antibiótico, pois a bolsa está íntegra.
- (B) não é necessário fazer antibiótico, pois a cultura vaginorretal para *Streptococcus agalactiae* é negativa.
- (C) deve-se administrar cefazolina venosa até 60 minutos antes da incisão cutânea.
- (D) deve-se administrar antibiótico logo após a incisão da pele.
- (E) deve-se administrar antibiótico após o clampeamento do cordão umbilical para reduzir exposição neonatal.

65

Gestante de 32 anos, G3P2, 39 semanas, em trabalho de parto ativo. Durante o exame, a bolsa se rompe espontaneamente com saída abundante de líquido claro. Imediatamente após a ruptura, a ausculta revela bradicardia fetal sustentada em torno de 70 bpm. Ao exame vaginal, o médico percebe estrutura pulsátil à frente da apresentação fetal em posição cefálica alta.

A conduta mais adequada, para esse caso, é

- (A) reintroduzir a estrutura palpada no útero e aguardar a progressão espontânea do parto.
- (B) indicar amnioinfusão profilática e aguardar melhora da frequência cardíaca fetal.
- (C) iniciar ocitocina em infusão contínua para acelerar o trabalho de parto e permitir parto vaginal rápido.
- (D) realizar parto vaginal instrumental imediato com fórceps, independentemente da dilatação cervical.
- (E) colocar a paciente em posição genupeitoral, elevar manualmente a apresentação e indicar cesariana imediata.

66

Gestante de 28 anos, G2P1, 17 semanas de gestação, procura emergência obstétrica com quadro de sangramento transvaginal de pequena intensidade associado à cólica uterina. Ao exame especular, observa-se o colo uterino aparentemente fechado. A ultrassonografia evidenciou o conceito sem batimentos cardíacos, compatível com morte fetal. Hemodinâmica estável.

A melhor conduta para esse caso é

- (A) conduta expectante, pois há 90% de chance de absorção fetal espontânea.
- (B) curetagem uterina de urgência.
- (C) aspiração manual intrauterina após amadurecimento cervical com misoprostol dose única.
- (D) indução medicamentosa com misoprostol até expulsão fetal.
- (E) microcesariana de urgência.

67

Gestante de 26 anos, G2P1, iniciou pré-natal no 2º trimestre com VDRL reagente 1:64 e FTA-ABS positivo. Foi tratada adequadamente com penicilina benzatina em dose compatível com a fase da doença. Após 3 meses, apresenta VDRL 1:16, e no 6º mês de gestação, o VDRL é 1:8. O FTA-ABS permanece positivo.

Assinale a interpretação correta desse seguimento sorológico.

- (A) O tratamento foi ineficaz, pois o FTA-ABS não negativou.
- (B) Houve reinfecção, já que o VDRL permanece positivo.
- (C) O tratamento deve ser repetido, pois o VDRL não zerou, após 6 meses.
- (D) O FTA-ABS deveria ser utilizado para controle de cura, já que o VDRL não é confiável para esse fim.
- (E) A resposta foi adequada ao tratamento.

68

Gestante de 29 anos, G2P1, realiza pré-natal de rotina e apresenta sorologia positiva para HTLV-1, confirmada em dois testes diferentes. Evolui sem intercorrências durante a gestação, chegando ao parto com recém-nascido saudável.

Em relação à orientação quanto ao aleitamento materno, assinale a afirmativa correta.

- (A) O aleitamento materno é contraindicado, devendo ser substituído por fórmula láctea.
- (B) O aleitamento materno exclusivo até 6 meses é recomendado, pois reduz risco de transmissão.
- (C) O aleitamento materno deve ser mantido, mas complementado com fórmula, para reduzir risco de transmissão.
- (D) A amamentação só deve ser evitada se a carga viral materna for elevada.
- (E) Recomenda-se amamentação cruzada (com outra nutriz soronegativa para HTLV-1/2).

69

Gestante de 32 anos, G2P1, 29 semanas, em seguimento pré-natal, apresenta TOTG 5 g de detrosol com os seguintes resultados: jejum: 90 mg/dL, 1 h: 185 mg/dL, 2 h: 150 mg/dL. Foi orientada a iniciar plano alimentar fracionado. No controle glicêmico domiciliar, trouxe ao seu médico os seguintes valores médios de glicemia: jejum: 102-108 mg/dL, 2 h pós-prandial: 135-148 mg/dL.

Considerando o quadro, a conduta correta a ser adotada é

- (A) repetir TOTG.
- (B) intensificar a dieta.
- (C) associar exercício físico leve à dieta.
- (D) iniciar pioglitazona.
- (E) iniciar insulina.

70

Mulher de 22 anos, G1P0, procura a emergência com quadro de emagrecimento, sudorese intensa, palpitações, taquicardia e hipertensão arterial. Refere também sangramento transvaginal irregular há 3 semanas, de moderada intensidade.

Ao exame físico, apresenta tireoide sem aumento palpável e útero aumentado. Ultrassonografia obstétrica é compatível com a imagem a seguir:



Assinale o mecanismo fisiopatológico mais provável para explicar os sintomas dessa paciente.

- (A) Produção aumentada de T3 e T4 pela estimulação direta da hipófise.
- (B) Níveis elevados de gonadotrofina coriônica humana.
- (C) Mutações germinativas do receptor de TSH, levando à hiperplasia tireoidiana.
- (D) Formação de autoanticorpos estimuladores contra o receptor de TSH.
- (E) Degeneração nodular tóxica da tireoide associada à gestação.

71

Mulher de 29 anos, HIV+, carga viral indetectável, CD4 560 células por mm³, em uso de tenofovir/lamivudina/efavirenz (uma vez que apresentou intolerância ao dolutegravir).

Relata sangramento menstrual abundante e deseja um método altamente eficaz de longa duração, com mínimo de interações medicamentosas e que melhore o padrão de sangramento.

Considerando a condição da paciente e seu desejo, a melhor opção contraceptiva é

- (A) implante de etonogestrel.
- (B) DIU de levonorgestrel.
- (C) contraceptivo oral combinado de baixa dose.
- (D) pílula só de progestagênio contínua.
- (E) acetato de medroxiprogesterona intramuscular, a cada 12 semanas.

72

Mulher de 34 anos, assintomática, imunocompetente, útero *in situ*. Ingressou no programa primário de rastreio de câncer de colo uterino mediante análise de HPV-DNA do Ministério da Saúde. A amostra coletada veio positiva em painel estendido para HPV de alto risco não 16/18. A paciente não tem história prévia de lesões ou rastreios alterados.

A melhor conduta é

- (A) manter rastreamento de rotina com DNA de HPV, a cada 5 anos.
- (B) realizar seguimento semestral com DNA de HPV.
- (C) realizar citologia reflexa.
- (D) encaminhar para colposcopia.
- (E) proceder à conização diagnóstica.

73

Mulher de 27 anos, G1P0, usuária de DIU de cobre há 2 anos, procura a emergência relatando atraso menstrual de 6 semanas, náuseas e mamas doloridas. Ao exame especular, observa-se colo íntegro, com fio do DIU visível no orifício externo. O teste rápido de gravidez é positivo.

A conduta diagnóstica imediata é

- (A) solicitar ultrassonografia transvaginal para confirmar a localização da gestação.
- (B) reassegurar a paciente de que, com o fio visível, trata-se de gravidez intrauterina viável.
- (C) solicitar radiografia de abdômen para localizar o DIU e confirmar gravidez.
- (D) solicitar histeroscopia para avaliar a posição do DIU em relação à gestação.
- (E) prescrever progesterona e seguir a gestação.

74

Mulher de 24 anos, nuligesta, procura atendimento na clínica da família queixando-se de corrimento vaginal abundante, amarelado, bolhoso, com odor desagradável, associado a prurido vulvar e dispareunia. Ao exame especular, observa-se colo uterino hiperemiado com aspecto em “morango”. Foi realizada coleta de secreção vaginal para análise a fresco em soro fisiológico.

Assinale o achado laboratorial compatível com o diagnóstico mais provável desse caso.

- (A) Presença de células epiteliais recobertas por bacilos Gram variáveis.
- (B) Hifas e brotamentos.
- (C) Estruturas celulares móveis flageladas.
- (D) Lactobacilos predominantes, bacilos Gram positivos longos.
- (E) Ausência de leucócitos e microbiota vaginal escassa.

75

Paciente de 17 anos procura consulta por ausência de menstruação desde a puberdade. Refere desenvolvimento mamário desde os 13 anos e presença de pelos pubianos normais. Nega galactorreia, hirsutismo ou sintomas vasomotores. Ao exame físico, a genitália externa apresenta-se normal. Ultrassonografia pélvica mostra útero ausente e ovários normais.

O diagnóstico mais provável é

- (A) síndrome de Mayer Rokitansky-Küster-Hauser.
- (B) síndrome de Turner.
- (C) hiperprolactinemia.
- (D) insuficiência ovariana prematura.
- (E) síndrome de Asherman.

76

Mulher de 23 anos, previamente saudável, procura pronto-socorro com dor abdominal em hipocôndrio direito há 3 dias, irradiada para ombro direito, de forte intensidade, associada a febre baixa e a corrimento vaginal purulento. Nega litíase biliar prévia.

Ao exame, apresenta dor à palpação do hipocôndrio direito sem icterícia. O exame ginecológico revela dor à mobilização do colo uterino. Ultrassonografia de abdome superior mostra vesícula biliar de paredes finas, sem cálculos, vias biliares sem dilatação.

O diagnóstico mais provável é

- (A) colecistite calculosa aguda.
- (B) hepatite viral aguda.
- (C) síndrome de Fitz-Hugh-Curtis.
- (D) pancreatite aguda.
- (E) abscesso hepático amebiano.

77

Adolescente de 15 anos procura o pronto atendimento acompanhada da mãe, relatando que sofreu violência sexual há cerca de 12 horas. Refere penetração vaginal sem uso de preservativo. Ao exame, encontra-se emocionalmente abalada, sem sinais de trauma grave. Menstruações regulares, sendo a última menstruação há 20 dias. Não faz uso de anticoncepção hormonal.

A conduta imediata mais adequada nesse caso é

- (A) orientar acompanhamento psicológico e agendar retorno em ambulatório especializado.
- (B) solicitar exames sorológicos e aguardar resultados antes de qualquer intervenção medicamentosa.
- (C) oferecer profilaxia pós-exposição para ISTs (HIV, hepatite B, sífilis), anticoncepção de emergência e encaminhar para apoio psicológico.
- (D) realizar curetagem uterina para prevenção de gestação indesejada.
- (E) prescrever anticoncepcional oral combinado por 3 meses para prevenir gravidez decorrente do abuso.

78

Paciente de 28 anos, G2P1, internada para cesariana eletiva a termo. Durante o ato cirúrgico, houve falha na checagem pré-operatória e foi realizada histerectomia total em vez de apenas a cesariana planejada. Após o procedimento, constatou-se que a paciente não apresentava nenhuma indicação para retirada do útero.

A classificação correta desse evento, em termos de segurança do paciente, é

- (A) complicação inevitável.
- (B) acidente.
- (C) evento adverso.
- (D) evento sentinela.
- (E) quase-erro.

79

Paciente de 49 anos, obesa (IMC 36) e diabética tipo 2, procura atendimento com queixa de menstruações irregulares e abundantes nos últimos 8 meses, associadas a episódios de sangramento intermenstrual. Refere fadiga progressiva e palpitações ocasionais. Ao exame, apresenta palidez cutâneo-mucosa. Ultrassonografia transvaginal mostra endométrio medindo 14 mm.

A conduta inicial mais adequada, nesse caso, é

- (A) prescrever anticoncepcional oral combinado para regularizar o ciclo.
- (B) iniciar ácido tranexâmico para controle do sangramento agudo.
- (C) realizar histeroscopia com biópsia de endométrio para investigação.
- (D) indicar histerectomia total imediata como primeira escolha.
- (E) solicitar hemograma e ferritina para orientar reposição férrea.

80

Mulher de 24 anos, nulípara, com história familiar de câncer de mama e ovário em parentes de primeiro grau, realizou testagem genética que confirmou mutação patogênica no gene BRCA1. Está assintomática e deseja saber quais medidas pode adotar para reduzir seu risco de câncer de mama.

Das opções a seguir, assinale a que representa a estratégia de prevenção primária mais eficaz do câncer de mama para essa paciente.

- (A) Iniciar rastreamento anual precoce com ressonância magnética das mamas.
- (B) Realizar mastectomia bilateral redutora de risco.
- (C) Utilizar tamoxifeno como quimioprevenção, após os 35 anos.
- (D) Indicar salpingo-ooforectomia redutora de risco, após completar desejo reprodutivo.
- (E) Solicitar mamografia anual, a partir dos 30 anos.

Medicina Preventiva e Social

81

Desde 2018, o Brasil conta com a Política Nacional de Vigilância em Saúde (PNVS), essencial para que doenças sigam prevenidas e controladas em todo o país.

As principais ações da PNVS são

- (A) a Vigilância epidemiológica, a Vigilância sanitária e a Vigilância nutricional.
- (B) a Vigilância epidemiológica, a Vigilância ambiental, a Vigilância em saúde do trabalhador e a Vigilância sanitária.
- (C) a Vigilância epidemiológica e a Vigilância sanitária.
- (D) a Vigilância epidemiológica, a Vigilância sanitária, a Vigilância nutricional e a Vigilância em saúde da mulher.
- (E) a Vigilância epidemiológica, a Vigilância sanitária, a Vigilância em saúde do trabalhador e a Vigilância em imunização.

82

Em relação ao rastreamento do câncer de colo do útero no Brasil, assinale a afirmativa correta, conforme as diretrizes do Ministério da Saúde (INCA, 2023).

- (A) Deve ser iniciado aos 21 anos, independentemente do início da vida sexual.
- (B) Deve ser realizado anualmente em todas as mulheres sexualmente ativas.
- (C) Deve ser iniciado aos 25 anos, e a cada 3 anos, após dois exames anuais normais consecutivos.
- (D) É recomendado para mulheres com sintomas.
- (E) Deve ser encerrado aos 50 anos de idade.

83

A população brasileira está envelhecendo rapidamente: o número de idosos mais que dobrou em poucas décadas e a idade média da população aumentou significativamente. Com isso, temos o desafio de garantir um envelhecimento saudável com prevenção de doenças, acompanhamento médico adequado e cuidado integrado.

Tendo em mente essas informações, considere que um idoso de 75 anos apresenta queixas de perda de memória, e dificuldade de realizar as atividades diárias.

A abordagem mais apropriada para avaliar a capacidade funcional desse paciente é

- (A) realizar exames de imagem cerebral, como tomografia computadorizada ou ressonância magnética.
- (B) utilizar escalas de avaliação cognitiva, como o Miniexame do Estado Mental (MEEM).
- (C) avaliar a capacidade funcional através de atividades instrumentais da vida diária (AIVD).
- (D) prescrever medicamentos para melhorar a memória sem avaliar a capacidade funcional.
- (E) encaminhar o paciente para um especialista sem realizar uma avaliação inicial.

84

O rastreamento de osteoporose em mulheres pós-menopáusicas com densitometria óssea (DXA) é indicado a partir da seguinte situação/idade, segundo as diretrizes brasileiras (SBOT, 2023):

- (A) a partir de 40 anos, em todas as mulheres.
- (B) apenas em mulheres que tenham histórico de fratura prévia.
- (C) somente após a menopausa completa (> 70 anos).
- (D) a partir dos 65 anos ou antes, se houver fatores de risco.
- (E) apenas se houver sintomas de dor óssea.

85

O objetivo principal da regionalização do SUS é

- (A) centralizar a gestão das ações de saúde nos municípios.
- (B) organizar a atenção à saúde por complexidade crescente, garantindo integralidade.
- (C) concentrar serviços de alta complexidade nas capitais estaduais.
- (D) garantir a participação social nos Conselhos de Saúde.
- (E) reduzir custos por meio de privatização de rede hospitalar.

86

Sobre os Conselhos de Saúde, previstos na legislação do SUS, assinale a afirmativa correta.

- (A) São órgãos consultivos que se reúnem a cada 4 anos.
- (B) São compostos apenas por representantes do Poder Público.
- (C) Devem ter caráter permanente e deliberativo, com composição paritária.
- (D) Funcionam apenas em nível federal, vinculados ao Ministério da Saúde.
- (E) Não têm poder de aprovar planos e relatórios de gestão.

87

O Ministério da Saúde mudou as diretrizes em relação ao rastreamento de câncer de mama, diante do aumento de casos nas mulheres mais jovens.

Considerando as diretrizes atuais para a prevenção do câncer de mama, a recomendação mais apropriada para uma mulher de 40 anos, com história familiar de câncer de mama em uma tia materna, mas sem outros fatores de risco conhecidos, é

- (A) realizar ressonância magnética de mama anual, a partir dos 40 anos.
- (B) realizar autoexame mensal e exame clínico anual.
- (C) iniciar mamografia bienal, a partir dos 50 anos.
- (D) iniciar mamografia anual, a partir dos 40 anos.
- (E) realizar teste genético para mutações BRCA1 e BRCA2.

88

Uma gestante de 26 anos, G2P1A0 com 12 semanas, inicia pré-natal na ESF (Estratégia da Saúde da Família).

Segundo as diretrizes do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN) e da Rede Cegonha, assinale a opção correta em relação ao número mínimo de consultas e intervenções obrigatórias para um pré-natal considerado adequado.

- (A) 3 consultas e 1 exame de ultrassom obstétrico e exames laboratoriais básicos.
- (B) 4 consultas, exame de HIV e sífilis e 1 vacina.
- (C) 6 consultas, exames laboratoriais básicos e testagem de ISTs.
- (D) 7 consultas e parto em hospital de referência terciária.
- (E) 7 consultas e acompanhamento odontológico.

89

Homem de 54 anos, IMC 30 kg/m², diagnóstico recente de Diabetes Tipo 2 (HbA1c = 8,1%). Sem comorbidades, sem uso de medicações. Pressão arterial: 128/78 mmHg.

Após aconselhamento sobre dieta e atividade física, a conduta inicial farmacológica mais adequada, segundo as diretrizes mais recentes, deve ser iniciar

- (A) insulina NPH noturna.
- (B) metformina.
- (C) sulfoniluréia (glicazida).
- (D) combinação metformina + inibidor de SGLT2.
- (E) agonista de GLP-1 isolado.

90

Mulher de 60 anos, hipertensa há 10 anos, DM2 controlado com metformina. PA média: 148 x 92 mmHg. TFG 58 mL/min/1,73m².

A melhor classe medicamentosa para iniciar ou intensificar o tratamento anti-hipertensivo é a de

- (A) beta-bloqueadores isolados.
- (B) diuréticos tiazídicos isolados.
- (C) inibidores da ECA (IECA).
- (D) antagonistas do canal de cálcio (verapamil).
- (E) bloqueadores alfa-adrenérgico (doxazosina).

91

Mulher de 58 anos, DM2 há 12 anos, relata visão borrada progressiva. HbA1c: 7,8%, PA: 136/84 mmHg, TFG: 78 mL/min.

O exame oftalmológico confirma retinopatia diabética não proliferativa.

A estratégia preventiva mais eficaz, para retardar a progressão dessa complicação, é

- (A) aumentar a dose de metformina.
- (B) intensificar o controle glicêmico e pressórico.
- (C) iniciar estatina em dose alta de uso contínuo.
- (D) utilizar insulina basal independentemente da glicemia.
- (E) suspender inibidor da enzima conversora de angiotensina (ECA) para proteger a retina.

92

Uma Unidade Básica de Saúde (UBS) inicia acompanhamento de um adolescente com asma leve persistente. O médico revisa o tratamento prescrito no pronto-socorro e orienta o uso regular de corticoide inalatório, agendando seguimento periódico.

Essa situação ilustra predominantemente o seguinte atributo essencial da Atenção Primária:

- (A) integralidade.
- (B) coordenação do cuidado.
- (C) longitudinalidade.
- (D) acesso de primeiro contato.
- (E) foco na comunidade.

93

Um homem negro de 55 anos, sem histórico familiar de câncer de próstata, comparece ao Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) buscando orientações sobre como reduzir seu risco de desenvolver a doença. Ele está preocupado com o fator racial de risco e deseja adotar medidas de prevenção primária baseada em evidências. Ele relata dieta rica em gorduras saturadas, sobrepeso e baixo consumo de vegetais.

Considerando os princípios da Medicina Preventiva e um maior nível de evidência disponível para redução do câncer de próstata clinicamente significativo, das seguintes orientações, assinale a que deve ser enfatizada pelo profissional de saúde como a estratégia de prevenção primária mais robusta.

- (A) Recomendar o rastreamento anual com toque retal e dosagem de Antígeno Prostático Específico (PSA), por serem medidas eficazes para impedir o avanço da doença.
- (B) Iniciar o uso de um suplemento diário de licopeno, devido às evidências conclusivas do seu potencial antioxidante na redução da proliferação celular prostática.
- (C) Sugerir o uso de Finasterida (5mg/dia), explicando que a quimioprevenção é a principal estratégia para indivíduos com fatores de risco aumentado, como a raça.
- (D) Aconselhar uma intervenção no estilo de vida, enfatizando o aumento da atividade física, a redução de gorduras saturadas e o consumo de uma dieta rica em verduras, frutas e grãos integrais, não fumar e evitar o consumo de álcool.
- (E) Recomendar uma abstenção total de consumo de laticínios, pois o cálcio está consistentemente associado a um aumento significativo do câncer de próstata.

94

Um homem de 55 anos, com histórico de Diabetes tipo 2 e dislipidemia, apresenta pressão arterial de 160 x 100 mmHg em uma consulta de rotina. Ele é fumante e tem um estilo de vida sedentário.

O principal objetivo do tratamento da hipertensão arterial nesse paciente é

- (A) reduzir a pressão arterial para valores normais (< 120 x 80 mmHg).
- (B) reduzir a pressão arterial para valores < 140 x 90 mmHg.
- (C) controlar os sintomas da hipertensão arterial.
- (D) prevenir complicações cardiovasculares.
- (E) reduzir o risco de doença renal crônica.

95

Pesquisadores avaliaram, em 2024, a relação entre exposição a agrotóxicos e incidência de linfoma em uma população rural, comparando grupos expostos e não expostos, e acompanhando-os por 10 anos.

Assinale a opção que apresenta o delineamento e a principal vantagem desse estudo.

- (A) Transversal: mede prevalência e causa simultaneamente.
- (B) Caso-controle: eficiente para doenças raras.
- (C) Coorte: permite estimar incidência e risco relativo.
- (D) Ecológico: útil para hipóteses populacionais.
- (E) Ensaio clínico: permite controle completo de fatores de confusão.

96

As Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (UNACON) e os Centros de Assistência de Alta Complexidade (CACON) desempenham um papel fundamental no tratamento dos diversos tipos de câncer no SUS.

A principal diferença entre essas unidades, em termos de atendimento oncológico, reside no fato de que

- (A) as UNACON oferecem assistência de alta complexidade em Oncologia para pacientes com câncer de alta complexidade, enquanto as CACON oferecem assistência integral e continuada para todos os tipos de câncer.
- (B) as UNACON são unidades hospitalares que atendem pacientes com câncer em estágio inicial, enquanto as CACON atendem pacientes com câncer em estágio avançado.
- (C) as UNACON oferecem tratamento quimioterápico para pacientes com câncer, enquanto as CACON oferecem apenas tratamento cirúrgico e radioterápico.
- (D) as UNACON são unidades que oferecem assistência de alta complexidade em Oncologia com foco em pesquisa clínica, enquanto as CACON oferecem assistência com foco em atendimento humanizado.
- (E) as UNACON oferecem assistência de alta complexidade em Oncologia com equipe multidisciplinar para os cânceres mais prevalentes, enquanto as CACON oferecem assistência integral para todos os tipos de câncer.

97

Uma equipe da Atenção Primária identifica um aumento expressivo de quedas na população de idosos, após troca de medicamentos benzodiazepínicos na rede municipal.

A ação prioritária da equipe da AP deve ser

- (A) notificar o evento ao Centro de Informação e Assistência Toxicológica (CIATox).
- (B) suspender imediatamente o medicamento em todos os pacientes.
- (C) realizar investigação de farmacovigilância e acionar a Vigilância Sanitária local.
- (D) classificar o evento ocorrido como erro técnico da equipe de Enfermagem.
- (E) encaminhar os casos ao hospital de referência para avaliação cuidadosa.

98

Uma residente em Medicina Preventiva está em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) e recebe uma paciente de 16 anos, imunocompetente, que nunca foi vacinada contra o Papilomavírus Humano (HPV). Além disso, a residente é questionada sobre o esquema vacinal para um paciente transplantado renal de 35 anos, que também não recebeu nenhuma dose.

Considerando as diretrizes atuais do Programa Nacional de Imunização (PNI), assinale a opção que apresenta as recomendações para esses 2 casos.

- (A) A adolescente de 16 anos não tem mais indicação de vacinação de rotina pelo PNI, mas o paciente renal de 35 anos deve receber o esquema de dose única.
- (B) A adolescente de 16 anos deve ser vacinada com dose única por meio de estratégia de resgate, e o paciente transplantado renal de 35 anos deve receber 3 doses (0, 2 e 6 meses).
- (C) Ambos os pacientes devem ser vacinados com dose única, pois o PNI adotou essa diretriz para todas as faixas etárias e condições clínicas.
- (D) A adolescente de 16 anos deve receber o esquema de 2 doses (0 e 6 meses) e o paciente transplantado renal de 35 anos não tem indicação de vacinação pelo PNI por causa da idade.
- (E) A adolescente de 16 anos tem indicação de 3 doses (0, 2 e 6 meses) devido à sua idade, e o paciente transplantado renal de 35 anos deve receber 2 doses (0 e 6 meses).

99

Uma das competências da Atenção Primária à Saúde (APS) é o cuidado da gestante de forma integral. Durante o período da gravidez, é natural e esperado que a paciente apresente ganho de peso.

Sabe-se, no entanto, que se houver excesso de ganho de peso nesse período, aumenta o risco de Diabetes gestacional.

O ganho de peso recomendado para uma mulher com IMC pré-gestacional entre 25 e 30 kg/m², para todo o período gestacional, deve estar entre

- (A) 5,0 kg e 10,0 kg.
- (B) 12,5 kg e 18,0 kg.
- (C) 7,0 kg e 11,5 kg.
- (D) 18,0 kg e 24,0 kg.
- (E) 10,5 kg e 16,0 kg.

100

Uma mulher de 25 anos tem diagnóstico confirmado de faringoamigdalite estreptocócica, sem histórico de alergias.

O tratamento antimicrobiano de primeira escolha, segundo as diretrizes atuais, é

- (A) amoxicilina-clavulanato, por 5 dias.
- (B) azitromicina, por 3 dias.
- (C) penicilina benzatina, dose única IM.
- (D) ceftriaxona IM, por 3 dias.
- (E) levofloxacino VO, por 5 dias.

Realização

