

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO PARANÁ

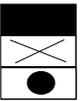
PROCESSO SELETIVO – EDITAL N.º 013/2025

PROVA OBJETIVA

RESIDÊNCIA MÉDICA – HUC

09 DE OUTUBRO DE 2025
SEM PRÉ-REQUISITO

**LEIA ATENTAMENTE AS
 INFORMAÇÕES E INSTRUÇÕES ABAIXO:**

1. Esta **PROVA** contém 100 questões numeradas de 01 a 100.
 2. Confira se sua **PROVA** contém a quantidade de questões correta. Em caso negativo, comunique imediatamente ao fiscal de sala para a substituição da prova.
 3. Verifique, no **CARTÃO-RESPOSTA**, se os seus dados estão registrados corretamente. Caso encontre alguma divergência, informe imediatamente ao fiscal de sala.
 4. Após a conferência do **CARTÃO-RESPOSTA**, assine seu nome no local indicado.
 5. Para as marcações do **CARTÃO-RESPOSTA**, utilize apenas caneta esferográfica, com ponta grossa e tinta **preta ou azul**.
 6. Para o preenchimento do **CARTÃO-RESPOSTA**, observe:
 - a. Para cada questão, preencher apenas uma resposta.
 - b. Preencha totalmente o espaço compreendido no retângulo correspondente à opção escolhida para resposta. A marcação em mais de uma opção anula a questão, mesmo que uma das respostas esteja correta.
- 

Preenchimento correto;
 Preenchimento incorreto;
 Preenchimento incorreto.
- A) O tempo disponível para esta prova é de 05 (cinco) horas, com início às 13:00 horas e término às 18:00 horas.
 7. Você poderá deixar o local de prova somente após as 14:00 horas.
 8. Você poderá levar o **CADERNO DE PROVA** a partir das 17:00 horas.
 9. Você poderá ser eliminado da **PROVA**, a qualquer tempo, no caso de:
 - a. ausentar-se da sala sem o acompanhamento do fiscal;
 - b. ausentar-se do local de provas antes de decorrida 1 (uma) hora do início da **PROVA**;
 - c. ausentar-se da sala de provas levando **CARTÃO-RESPOSTA** da Prova Objetiva e/ou **CADERNO DE PROVA**;
 - d. ser surpreendido, durante a realização da **PROVA**, em comunicação com outras pessoas ou utilizando-se de livro ou qualquer material não permitido;
 - e. fazer uso de qualquer tipo de aparelho eletrônico ou de comunicação, bem como protetores auriculares não autorizados pela Comissão;
 - f. perturbar, de qualquer modo, a ordem dos trabalhos, incorrendo em comportamento indevido;
 - g. não cumprir com o disposto no edital do Exame.

RESPOSTAS

1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.
11.	12.	13.	14.	15.	16.	17.	18.	19.	20.
21.	22.	23.	24.	25.	26.	27.	28.	29.	30.
31.	32.	33.	34.	35.	36.	37.	38.	39.	40.
41.	42.	43.	44.	45.	46.	47.	48.	49.	50.
51.	52.	53.	54.	55.	56.	57.	58.	59.	60.
61.	62.	63.	64.	65.	66.	67.	68.	69.	70.
71.	72.	73.	74.	75.	76.	77.	78.	79.	80.
81.	82.	83.	84.	85.	86.	87.	88.	89.	90.
91.	92.	93.	94.	95.	96.	97.	98.	99.	100.

EM BRANCO

PEDIATRIA

1. João, 8 anos, apresenta febre alta, dor abdominal no quadrante superior direito e perda de peso recente. Há duas semanas, ele teve episódios de diarreia com muco e sangue, seguidos de melhora temporária. Durante o exame físico, observa-se hepatomegalia dolorosa à palpação. Exames laboratoriais demonstram aumento das transaminases e eosinofilia. A ultrassonografia abdominal revela um abscesso hepático de 4 cm. Qual a parasitose que pode estar relacionada ao quadro clínico descrito?

Referência Bibliográfica: Sociedade Brasileira de Pediatria. Tratado de Pediatria. 6. ed. São Paulo: Editora Manole, 2024.

- A) Ascaris lumbricoides.
- B) Entamoeba histolytica.**
- C) Ancylostoma duodenale.
- D) Giardia lamblia.
- E) Taenia solium.

2. Lactente, 4 meses, vem ao pronto atendimento trazido pela mãe com queixa de hipoatividade e cianose importante com início do quadro há 4 horas. Mãe refere que tem cardiopatia congênita, faz seguimento e está aguardando cirurgia. Ao exame físico, paciente apresenta cianose importante saturação periférica de 67%, letárgico, taquidispneico, hipoativo. Na ausculta cardíaca, estava taquicárdico FC= 178 bpm, apresentava sopro sistólico discreto em foco pulmonar. CPP= MV + bilateral sem RA, TCS e TIC moderadas, pulsos periféricos presentes e simétricos em quatro membros, porém com cianose importante.

Referência Bibliográfica: Sociedade Brasileira de Pediatria. Tratado de Pediatria. 6. ed. São Paulo: Editora Manole, 2024.

Em relação ao caso, assinale a alternativa **CORRETA**.

- A) Paciente tem coarctação de aorta e com o fechamento do canal arterial, houve piora clínica.
- B) Paciente apresenta clínica de insuficiência cardíaca com diagnóstico provável CIA.
- C) Quadro típico de miocardiopatia obstrutiva de ventrículo esquerdo causando baixo débito sistêmico pulmonar.
- D) Trata-se de crise de hipoxemia que pode ocorrer com frequência nos pacientes com tetralogia de Fallot.**
- E) Crise de hipertensão pulmonar por cardiopatia de hiperfluxo que evoluiu para síndrome de Eisenmenger.

3. Com relação às recomendações atuais do Calendário de Imunização da Criança pelo Programa Nacional de Imunização, podemos afirmar que

Referência Bibliográfica: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-da-crianca/vacinacao/calendario-nacional-de-vacinacao> 2025

- A) dose zero da vacina contra o sarampo preferencialmente aos seis meses de vida.**
- B) a vacina contra o Meningo C deve ser feita aos 3 meses, 5 meses e aos 12 meses de vida.
- C) a segunda dose da vacina contra o rotavírus deve ser feita no máximo aos 7 meses e 29 dias.
- D) a vacina da pólio oral deve ser feita anualmente até os 5 anos de idade.
- E) a vacina contra a febre amarela não tem reforço para crianças que foram vacinadas antes dos 2 anos de idade.

4. Paciente masculino, 4 anos (20Kg) é admitido em setor hospitalar devido quadro de alternância entre irritabilidade e sonolência, associado a cianose central e periférica. Aferida saturação de O₂: 60% em ar ambiente. Relato de ingestão acidental de comprimidos de dapsona há 8 horas – pai em tratamento para vasculite urticariforme. Considerando o quadro clínico acima, compatível com metemoglobinemia e necessidade de tratamento com azul de metileno via endovenosa, cuja apresentação farmacêutica é:

Referências para a questão: Site do governo federal: www.cofen.gov.br Boas práticas: cálculo seguro. Vol II.2011.

Azul de metileno 1% - frasco 5ml

Qual a resposta **CORRETA**?

- A) Se a dose escolhida for 1mg/Kg por aplicação, será necessário aspirar da ampola 2,5ml.
- B) Se a dose escolhida for 1mg/Kg por aplicação, será necessário aspirar da ampola 1ml.
- C) Se a dose escolhida for 1mg/Kg por aplicação, será necessário aspirar da ampola 0,5ml.
- D) Se a dose escolhida for 1mg/Kg por aplicação, será necessário aspirar da ampola 0,2ml.
- E) Se a dose escolhida for 1mg/Kg por aplicação, será necessário aspirar da ampola 2ml.**

5. Criança, com 2 anos de idade, apresentando febre, hiperemia conjuntival bilateral, exantema maculopapular na face, tronco e membros, linfonodomegalia (1,5/1,5cm), móveis, fibroelásticos, indolores nas regiões cervicais, submandibulares e inguinais. Qual o diagnóstico mais provável?

Referência Bibliográfica: Sociedade Brasileira de Pediatria. Tratado de Pediatria. 6. ed. São Paulo: Editora Manole, 2024.

- A) Rubéola.
B) Exantema Súbito.
C) Mononucleose Infecciosa.
D) Sarampo.
E) Eritema Infeccioso.
6. Paciente, com 2 meses, vem para consulta de puericultura e atualização de carteirinha de vacina. Ao exame físico, observou-se baixo ganho de peso desde o nascimento (PN 3240g) e peso atual 3320g. Ausculta cardíaca presença de sopro sistólico +++/ VI holossistólico em bordo esternal esquerdo baixo e segunda bulha hiperfonética na área pulmonar. CPP: MV + bilateral, estertores raros com TSC e TIC leves, Abdome com fígado 2 cm RCD, pulsos presentes e simétricos com boa perfusão. A mãe refere dificuldade para mamar com cansaço e sudorese. Nega cianose. Na carteirinha está anotado teste do coraçãozinho normal, teste do olhinho normal. O bebê nasceu parto normal, foi termo adequado para idade gestacional. Em relação ao pré-natal, mãe tinha hipertensão arterial gestacional, fez uso de medicação com bom controle pressórico. Analisando esse quadro clínico, qual a hipótese diagnóstica para esse paciente?

Referência tratado de Pediatria SBP, 6ª edição 2024. Pág.1070.

- A) Comunicação interatrial moderada.
B) Estenose pulmonar crítica.
C) Comunicação interventricular com repercussão hemodinâmica.
D) Truncus arteriosus e hipertensão pulmonar.
E) Persistência de canal arterial e pode ser tratado com ibuprofeno.
7. Recém-nascido termo em alojamento conjunto, com 48 horas de vida, apresenta o seguinte teste do coraçãozinho saturação MSD de 98% e MID de 92%, foi repetido o teste após uma hora e manteve os mesmos valores. A conduta **CORRETA** nesse caso é:

Referência tratado de Pediatria da SBP, 6ª edição 2024.

- A) Considerar teste negativo, orientar alta com retorno ambulatorial na puericultura.
B) Repetir o teste em uma hora e se mantiver os mesmos valores, considerar como positivo e bebê deve ser submetido a uma avaliação cardiológica com ecocardiograma.
C) Teste é considerado positivo e paciente deve ser transferido para UTI neonatal para monitorar.
D) Teste inconclusivo, pode liberar alta do paciente se não houver sopro na ausculta cardíaca.
E) Manter paciente internado, repetir o teste em 24 horas.
8. Escolar de 12 anos é atendido em setor de emergência devido trauma bike-auto, com contusão pulmonar, sem repercussões clínicas. Paciente é avaliado, encontra-se estável e orientado pelo médico receber medicação analgésica, conforme seguinte prescrição:

Referências para a questão: Site do governo federal: www.cofen.gov.br Boas práticas: cálculo seguro. Vol II.2011.

Cetorolaco frasco (30mg/ml): aplicar 2ml diluídos em 98ml de soro glicosado, em equipo de soro (endovenoso) a _____ gotas/minuto, em 40 minutos.

Observação ** 1ml contém 20 gotas **

Qual a vazão (em gotas/minuto) a ser preenchida nesta prescrição?

- A) 20.
B) 30.
C) 40.
D) 50.
E) 60.

9. A anfotericina B (AmB) foi introduzida na prática clínica em 1959 e, por mais de 6 décadas, permaneceu como um importante medicamento salvador de vidas para uma ampla gama de doenças fúngicas endêmicas e oportunistas. No entanto, a formidável nefrotoxicidade da AmB, que se tornou um problema clínico maior nas décadas de 1980 e 1990 (...) criou uma necessidade médica urgente por alternativas de tratamento mais seguras, mas igualmente eficazes (...) incluindo a formulação complexo lipídico de anfotericina B (ABLC; Abelcet®)

Adler-Moore J *et cols* Clin Infect Dis. 2019 May 02;68(Suppl 4): S244-S259.

Referências para a questão: BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Gerência-geral de monitoramento de produtos sujeitos à vigilância sanitária (GGMON). Informações Técnicas: Anfotericina B Injetável. Brasília, 2018.

Considerando a necessidade de prescrição desta proposta terapêutica para um paciente adolescente (Peso= 50Kg) conforme a seguinte recomendação farmacêutica:

Abelcet® (Complexo lipídico de Anfotericina B)

Frasco- 100mg/20ml de suspensão NDC 57665-101-41 + 1 agulha filtro 5 μ

Sugestão para infusão: rediluição em solução com dextrose 5% para concentração final a 2mg/ml e tempo de infusão: 2,5mg/Kg/hora

Dose: 1-5mg/Kg/dia para infusão 1 vez ao dia

Qual a alternativa **CORRETA**?

- A) Se for realizado cálculo para dose de 1mg/Kg, a quantidade de medicação aspirada para posterior rediluição será 10ml.
- B) A formulação descrita necessita reconstituição para ser aplicada.
- C) Se for realizado cálculo para dose de 3 mg/Kg, a quantidade de solução de dextrose 5% a ser rediluída será 150ml.
- D) Conforme a recomendação farmacêutica, a medicação precisa ser rediluída em 20ml de solução de dextrose 5%.
- E) Se for cálculo para dose de 4mg/Kg, será necessário reconstituir a medicação em 40ml de soro.
10. Linfonodomegalia cervical, com crescimento progressivo em adolescentes, associado a febre, perda de peso e sudorese, sugere diagnóstico mais provável de

Referência: Tratado de Pediatria, 4ª edição, 2017. Volume 2, pg. 1548-49

- A) Linfoma Burkitt.
- B) Leucemia linfoblástica aguda.
- C) Linfoma de células T.
- D) Leucemia Mielocítica Aguda.
- E) Linfoma Hodgkin.
11. Qual a conduta imediata no setor de emergência para uma criança em tratamento quimioterápico com histórico de febre nas últimas 24 horas?

Referência: Tratado de Pediatria, 4ª edição, 2017. Volume 2, p. 1569.

- A) Prescrever antitérmico, solicitar exames e orientar retorno em 24 horas.
- B) Iniciar antibioticoterapia de amplo espectro e solicitar hemograma, pcr, hemocultura.
- C) Prescrever antitérmico, amoxicilina + clavulanato e orientar retorno em 24 horas.
- D) Solicitar hemograma, pcr, hemocultura e iniciar antibióticos após estes resultados.
- E) Pacientes com tífite deverão ser tratadas com cirurgia.
12. Criança com 4 anos de idade apresentando dor nas pernas, apatia e febre com 30 dias de evolução. Exame físico: palidez cutânea ++/4+, Temp: 39°C, hipoativa, linfonodomegalias nas regiões cervicais e submandibulares bilaterais, hepatoesplenomegalia e petéquias generalizadas. Qual o diagnóstico mais provável?

Referência: Tratado de Pediatria. 4ª edição, 2017. Volume 2, p. 1542.

- A) Leucemia linfoblástica aguda.
- B) Anemia aplástica.
- C) Linfoma Burkitt.
- D) Leucemia mieloblástica aguda.
- E) Púrpura trombocitopênica imunológica (PTI).

13. Menino, com 13 anos e 9 meses de idade, consulta com queixa que é o menor entre os seus amigos. Não faz uso de medicação crônica. Mãe informa que com 12 anos e 3 meses de idade a estatura era de 157 cm. Pai com 181 cm (percentil 75) e mãe com 172 cm (percentil 90). Ao exame, paciente com 161 cm (percentil 50), 56 kg (percentil 75), IMC 22 (percentil 85), pubarca estágio 2 pela escala de Tanner e testículos com 2 ml pelo Orquidômetro de Prader. Qual o diagnóstico do caso?

Referência: Erick J. Richmond Padilla, Alan D Rogol, Crianças e adolescentes com baixa estatura: Abordagem diagnóstica, UpToDate, <https://www.uptodate.com>

- A) Retardo constitucional de crescimento e puberdade.
- B) Doença celíaca.
- C) Síndrome de Klinefelter.
- D) Deficiência de hormônio de crescimento.**
- E) Paciente não apresenta falha de crescimento, pois a estatura está no percentil 50.

14. Em uma consulta de uma criança com falha de crescimento, uma pergunta frequente é a previsão de estatura do paciente na fase adulta. Quais são os parâmetros principais para estimativa da provável estatura na fase adulta?

Referência: Erick J. Richmond Padilla, Alan D Rogol, Crianças e adolescentes com baixa estatura: Abordagem diagnóstica, UpToDate, <https://www.uptodate.com>

- A) Estatura dos pais, estatura da criança e etiologia da falha de crescimento.
- B) Estatura de criança, etiologia da falha do crescimento e idade de início da doença.
- C) Estatura dos pais, idade óssea e etiologia da falha de crescimento.**
- D) Idade do início da falha de crescimento, etiologia da falha de crescimento e idade óssea.
- E) Estatura dos pais, estatura de criança e idade óssea.

15. A cetoacidose diabética é um distúrbio metabólico grave que apresenta características peculiares que devem ser consideradas no momento do tratamento. Assinale a resposta **CORRETA**.

Referência: Nicole Glaser . Diabetic ketoacidosis in children: Treatment and complications. UpToDate, <https://www.uptodate.com>

- A) A administração de insulina é o procedimento inicial mais importante no tratamento da cetoacidose diabética.
- B) A correção da desidratação é o procedimento inicial mais importante no tratamento da cetoacidose diabética.**
- C) Na admissão, o paciente apresenta hiperpotassemia e, portanto, não se deve administrar potássio sérico durante o tratamento da cetoacidose.
- D) Deve-se evitar o uso de glicose endovenosa devido a glicemia elevada na admissão.
- E) O uso de bicarbonato é fundamental para o tratamento da acidose metabólica na cetoacidose diabética.

16. RN de 5 dias, apresenta febre alta, irritabilidade e dificuldade para se alimentar. No exame físico, observa-se hipotonia e fontanela tensa. A amamentação se reduziu e a criança demonstra cianose leve. O exame de Líquor revela aspecto turvo, com pleocitose de 1500 células/mm³ predominantes polimorfonucleares, elevada proteína (150 mg/dL) e glicose baixa (30 mg/dL). Diante desse quadro, qual o esquema antimicrobiano indicado para o tratamento?

Referência Bibliográfica: Sociedade Brasileira de Pediatria. Tratado de Pediatria. 6. ed. São Paulo: Editora Manole, 2024.

- A) Vancomicina e Ceftriaxona.
- B) Vancomicina e Cefotaxima.
- C) Ampicilina e Vancomicina.
- D) Meropenem e Piperacilina com Tazobactam.
- E) Ampicilina e Cefotaxima.**

17. O diagnóstico de litíase urinária em crianças tem se tornado cada vez mais frequente. Dentre os principais fatores relacionados a este aumento, destaca-se o consumo aumentado de produtos alimentícios industrializados. Qual das seguintes alterações metabólicas que causam litíase está associado a este fato?

Referências: Secção ratado de pediatria /organização Sociedade Brasileira de Pediatria. 6. ed. - Barueri [SP]: Manole, 2024.

- A) Hipocitraturia.
- B) Hipercalcúria.**
- C) Hiperuricosúria.
- D) Cistinúria.
- E) Hiperossalúria.

18. Lactente de 8 meses é internado em Hospital Pediátrico de referência para investigação de quadro de baixo ganho de peso, quadros recorrentes de desidratação, associados a vômitos. A oferta de alimentos sempre foi adequada e já foram descartadas causas gastrointestinais. A equipe da Nefrologia pediátrica foi acionada e solicitaram, inicialmente, exame de Urina 1/ parcial de urina. Este é o resultado Parcial de urina: Densidade :1005, pH:5; proteína: 1+, glicose: 2+, hemoglobina: negativo, corpos cetônicos negativo, nitrito negativo, Hemácias :2000/mL, Leucócitos <1.000 /mL. Solicitam novo exame que mantém a glicosúria e a proteinúria, ao exame de sangue, apresenta função renal normal, hipocalcemia e acidose metabólica. Qual a sua principal suspeita neste caso?

Referências: Secção Tratado de pediatria /organização Sociedade Brasileira de Pediatria. 6. ed. - Barueri [SP]: Manole, 2024.

- A) Cetoacidose diabética.
- B) Acidose tubular renal tipo 1.
- C) Diabetes insipidus nefrogênico.
- D) Acidose tubular renal tipo 2.**
- E) Síndrome de Bartter.

19. Paciente de 10 anos, sexo feminino, vem para a 3ª consulta por estar apresentando níveis de PA acima do percentil 95 para a sua idade e percentil da altura. Há 6 meses teve fratura no pé esquerdo e parou as aulas de balé. Teve aumento de peso e, pelo IMC, está classificada como sobrepeso. Trouxe exames de sangue e urina na 2ª consulta sem alterações de função renal, discreto aumento de colesterol-LDL e urina sem alterações. Hoje retorna com exames de imagem: USG de rins e vias urinárias e Doppler de Artérias renais normais, Ecocardiograma com hipertrofia concêntrica do ventrículo esquerdo. As medidas de PA continuam acima dos valores de referência. Qual é a sua conduta?

Referências: Secção Tratado de pediatria /organização Sociedade Brasileira de Pediatria. 6. ed. - Barueri [SP]: Manole, 2024.

- A) Orienta mudança de estilo de vida e inicia anti-hipertensivo.**
- B) Orienta mudança de estilo de vida e aguarda evolução.
- C) Orienta mudança de estilo de vida e solicita monitorização ambulatorial da pressão arterial.
- D) Orienta mudança de estilo de vida e solicita fundoscopia.
- E) Orienta mudança de estilo de vida e inicia tratamento para dislipidemia.

20. Paciente de 16 anos fez uma dose da vacina tetravalente (HPV4) contra o HPV na UBS e a responsável gostaria de continuar a vacinação com a nonavalente (HPV9) para o HPV em clínica privada seguindo o Calendário da Sociedade Brasileira de Pediatria. Qual a orientação **CORRETA**?

Referências: Nota técnica da SBIIm 08/05/20

- A) 15 dias após a vacina HPV4, pode realizar a vacina HPV9 em esquema de duas doses, com intervalo de 30 dias.
- B) 30 dias após a vacina HPV4, pode realizar a vacina HPV9 em esquema de dose única.
- C) Não precisa de intervalo entre a HPV4 e a HPV9, sendo realizado apenas esquema de dose única.
- D) 60 dias após a dose da vacina HPV4, iniciar esquema de uma dose de HPV9.
- E) 60 dias após a dose da vacina HPV4, iniciar esquema de duas doses de HPV9, com seis meses de intervalo entre elas (0 – 6 meses).**

MEDICINA PREVENTIVA E SOCIAL

21. Um usuário do SUS, ao enfrentar dificuldades persistentes para conseguir consulta na Unidade de Saúde, deseja registrar uma reclamação formal para que sua demanda individual seja processada e mediada pela gestão. Considerando os diferentes instrumentos de gestão participativa e controle social previstos na estrutura do Sistema Único de Saúde (SUS), qual é o canal institucional primário e mais apropriado para o acolhimento e tratamento deste tipo de manifestação?

- A) O Conselho Municipal de Saúde, por ser a instância de controle social responsável pela deliberação e fiscalização das políticas públicas de saúde em nome da coletividade.
- B) A Ouvidoria-Geral do SUS, por ser o canal de escuta ativa desenhado para mediar conflitos e processar manifestações individuais (reclamações, denúncias, sugestões) do cidadão perante a gestão.**
- C) O Departamento Nacional de Auditoria do SUS (Denasus), por ser o órgão responsável por apurar irregularidades na aplicação de recursos financeiros e na conformidade dos serviços.
- D) O Ministério Público Estadual, por ser a instituição jurídica externa ao SUS acionada para a judicialização de demandas de saúde e defesa de direitos coletivos ou individuais difusos.
- E) A Secretaria Municipal de Saúde, por ser o órgão gestor responsável pela organização, planejamento e execução das ações e serviços de saúde no âmbito do município.

22. Uma mulher de 28 anos, previamente hígida e sem histórico significativo, procura a Unidade Básica de Saúde com queixa de dor no joelho esquerdo há três semanas. A dor é vaga, sem localização precisa, piora ao final do dia e não há sinais de alarme como febre, edema significativo, vermelhidão ou bloqueio articular. Não houve trauma. O exame físico é normal, exceto por uma leve sensibilidade à palpação difusa. Ela relata preocupação e solicita um exame de ressonância magnética, pois "quer saber logo o que tem".

Considerando os atributos da Atenção Básica, qual das seguintes abordagens representa a estratégia de manejo adequada para este caso?

- A) Solicitar imediatamente um painel completo de exames de imagem e laboratoriais (Ressonância Magnética, Raio-X, VHS e PCR) para garantir a exclusão de todas as patologias possíveis e tranquilizar a paciente.
- B) Acionar o princípio da "Coordenação do Cuidado" e da "Integralidade", encaminhando a paciente para um ortopedista para obter uma avaliação especializada e definir o diagnóstico e o tratamento.
- C) Focar na queixa principal e prescrever um anti-inflamatório não esteroidal (AINE) por 10 dias e fisioterapia, informando que a maioria dos casos se resolve com tratamento sintomático e intervenção precoce.
- D) Utilizar o tempo como uma ferramenta, optando pelo manejo expectante (ou *watchful waiting*) com retorno em 2 a 4 semanas para reavaliação, associado à orientação de medidas não farmacológicas e prescrição de anti-inflamatório não esteroidal (AINE).**
- E) Atender à solicitação da paciente para fortalecer o vínculo médico-paciente e solicitar a ressonância magnética, explicando que, embora provavelmente não seja necessário, isso servirá para tranquilizá-la e descartar qualquer dúvida.

23. Mariana, 32 anos, diagnosticada com esquizofrenia, apresenta delírios persecutórios de que está sendo vigiada por câmeras e se recusa a tomar a medicação oral, acreditando conter rastreadores. Ela mora com a irmã e um sobrinho pequeno, o que gera grande tensão familiar. A equipe de Saúde da Família (eSF), após diversas tentativas de abordagem, discute o caso em reunião multiprofissional e elabora estratégias de ação e cuidado. A enfermeira, que construiu um forte vínculo com a paciente, consegue apresentar propostas de tratamento e acompanhamento, e faz algumas adaptações seguindo as solicitações de Mariana, que aceita a medicação injetável de longa duração e o acompanhamento proposto pela eSF.

Considerando o caso clínico e os princípios da Atenção Primária à Saúde (APS), assinale a alternativa **CORRETA**.

- A) O sucesso do caso deveu-se à articulação da equipe multiprofissional na construção de um Projeto Terapêutico Singular (PTS), exemplificando a coordenação do cuidado e a longitudinalidade.**
- B) O diagnóstico psiquiátrico preciso e a prescrição medicamentosa foram os fatores determinantes para o sucesso, tornando as ações de vínculo da equipe secundárias no tratamento.
- C) A presença de um sobrinho no domicílio indicava a necessidade de internação compulsória imediata para garantir a segurança, sendo a abordagem domiciliar uma medida de risco.
- D) A intervenção deveria ter focado exclusivamente na família, pois a recusa de Mariana à medicação oral demonstra uma falha no suporte e na estrutura familiar.
- E) O diagnóstico psiquiátrico foi precipitado, assim como a prescrição inicial de medicamentos, colaborando para a quebra de vínculo com a equipe e gerando maior disfunção familiar.

24. Homem de 58 anos, hipertenso e diabético, procura a UBS por dor torácica leve, com 2 meses de evolução episódica, em pontada, sem relação com esforço, e duração de segundos, exame físico e ECG de repouso sem alterações, sem sinais de instabilidade. Solicita encaminhamento ao cardiologista para investigação. De acordo com a organização da APS e os fluxos de referência/contrarreferência do SUS, qual a conduta mais adequada da ESF?

Referência: Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: MS; 2017.

- A) Encaminhar eletivamente ao cardiologista, pois dor torácica, mesmo atípica, demanda avaliação especializada além da capacidade resolutiva da APS.
- B) Direcionar ao pronto-socorro de referência para investigação imediata, garantindo exclusão de síndrome coronariana aguda.
- C) Acompanhar na APS com estratificação, otimizar fatores, pactuar retorno; encaminhar se gravidade, falha terapêutica ou necessidade de recurso não disponível.**
- D) Manter seguimento na APS sem estratificação formal; orientar estilo de vida e solicitar retorno apenas se houver piora dos sintomas relatados.
- E) Solicitar exames de imagem avançados em nível secundário antes de decidir sobre eventual encaminhamento para avaliação cardiológica ambulatorial.

25. A Estratégia Saúde da Família (ESF) "Renascença", localizada em uma periferia urbana, é responsável pela área da "Comunidade da Colina". O Agente Comunitário de Saúde (ACS), durante suas visitas, identifica um aumento significativo de casos de diarreia e doenças de pele em crianças menores de cinco anos. Em paralelo, a equipe observa que a comunidade enfrenta um problema crônico de descarte irregular de lixo e esgoto a céu aberto, especialmente em um córrego que corta a região e é utilizado para lazer pelas crianças em dias quentes. As campanhas de orientação sobre higiene, embora realizadas, mostram-se insuficientes para conter o problema. Considerando o caso da Comunidade da Colina e os princípios da Atenção Primária à Saúde (APS), especialmente o conceito de territorialização e a organização da ESF, qual das seguintes abordagens representa a ação mais adequada e abrangente para o controle do problema?

- A) Intensificar a oferta de consultas e a disponibilidade de medicamentos na unidade de saúde para tratar os sintomas gastrointestinais e dermatológicos das crianças.
- B) Articular ações intersetoriais com a secretaria de saneamento básico e a associação de moradores para planejar ações conjuntas de limpeza do córrego e buscar soluções para o esgoto, especialmente nas áreas de maior risco socioambiental.
- C) Focar em ações de educação em saúde, com distribuição massiva de folhetos sobre higiene pessoal e os perigos do contato com água contaminada.
- D) Oferecer treinamento continuado para qualificação das equipes de saúde aumentando sua capacidade de definir diagnósticos e prescrever tratamentos medicamentosos baseados em evidência.
- E) Definir o território da equipe estritamente pelos limites geográficos do mapa do bairro, concentrando as visitas domiciliares apenas nas residências mais próximas à unidade de saúde para otimizar o tempo da equipe.

26. Após identificar uma disparidade nos indicadores de saúde da população em seu município, com piores resultados na população negra (alta prevalência de hipertensão e diabetes, baixa adesão ao pré-natal), a gestora Ana promove uma reunião com as equipes de Saúde da Família (eSF) para discutir as causas e construir um plano de ação. Durante a conversa, ela ouve os seguintes relatos dos profissionais:

- **Relato 1:** "O problema é que essa população não se cuida, falta adesão por uma questão cultural deles. A gente orienta, mas eles não seguem."
- **Relato 2:** "Não temos como dar atenção especial a um grupo. No SUS, o tratamento tem que ser igual para todos. Se começarmos a focar na população negra, estaremos sendo preconceituosos com os outros."
- **Relato 3:** "Nós preenchemos o quesito raça/cor na ficha de atendimento porque é obrigatório, mas nunca tivemos treinamento sobre a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) ou sobre como o racismo impacta a saúde. Sinceramente, não sabemos o que fazer com essa informação."

Considerando os relatos dos profissionais e os princípios do SUS, a análise de Ana deve concluir que os obstáculos para a melhoria dos indicadores de saúde da população negra estão primordialmente relacionados a:

- A) Uma falha de comunicação e a uma barreira cultural intrínseca à própria comunidade negra, que resiste às abordagens de saúde convencionais.
- B) Uma crise de financiamento na saúde municipal, que impede a contratação de equipes maiores e mais qualificadas para atender a todas as demandas com a mesma qualidade.
- C) Um preconceito individual e isolado de alguns profissionais, que pode ser resolvido com a remoção pontual desses trabalhadores.
- D) Inadequação da própria Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN), que se mostra teórica e desconectada da realidade dos serviços de saúde.
- E) Manifestações do racismo estrutural, que se expressam na reprodução de estereótipos (culpabilização da vítima), na falsa ideia de "neutralidade" do cuidado e na falta de preparo institucional para implementar políticas de equidade.

27. Um homem de 62 anos, com doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), diabetes e insuficiência cardíaca com fração de ejeção preservada, alterna consultas entre a Unidade Básica de Saúde, ambulatório de pneumologia e ambulatório de cardiologia. Recentemente, ele foi internado devido a uma exacerbação da DPOC. A equipe da APS agenda seguimento precoce pós-alta, revisa interações medicamentosas, checka duplicidades, solicita relatórios dos especialistas focais, compartilha um plano terapêutico em prontuário eletrônico e estabelece critérios de encaminhamento. Qual atributo da APS está mais diretamente evidenciado pela condução descrita?

- A) Coordenação, pela integração de informações e fluxos entre pontos de atenção com plano compartilhado.
- B) Longitudinalidade, pela sustentação do vínculo clínico em visitas periódicas com o mesmo profissional.
- C) Integralidade, pela oferta ampliada de ações de prevenção, reabilitação e cuidado clínico em um mesmo serviço.
- D) Acesso de primeiro contato, pelo acolhimento em necessidades novas e demanda imediata na UBS.
- E) Orientação familiar, pela inclusão de cuidadores e dinâmica doméstica na tomada de decisão.

28. Durante ação comunitária, mulher de 42 anos, assintomática e sem fatores de risco relevantes, solicita “check-up completo”, incluindo marcadores tumorais, PSA e tomografia de tórax “para descobrir doenças silenciosas”. Qual é a melhor abordagem na APS segundo o princípio da prevenção quaternária?

Referência: Brasil. Ministério da Saúde. Guia de Vigilância em Saúde. 5ª ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2022.

- A) Solicitar parte dos exames requeridos como estratégia de conciliação, mantendo os demais para avaliação em consultas subsequentes programadas.
 - B) Explicar riscos de testes sem indicação (falsos positivos, cascatas), reforçar promoção e ofertar apenas rastreamentos recomendados para idade e risco.**
 - C) Encaminhar à oncologia preventiva para definição especializada do escopo de exames, preservando vínculo e satisfação da usuária.
 - D) Atender integralmente ao pedido em respeito à autonomia, revisando resultados em retorno na própria APS de forma compartilhada.
 - E) Instituir rotina anual de exames laboratoriais, marcadores tumorais (PSA e CEA) e de imagem para detecção precoce de doenças.
29. Um paciente de 32 anos, vivendo com HIV, em uso regular de terapia antirretroviral, apresenta contagem de CD4 de 480 células/ μ L. Ele não possui registros de vacinas após a adolescência. Segundo o Programa Nacional de Imunizações (PNI) e recomendações específicas para adultos vivendo com HIV, qual é a conduta vacinal mais adequada?

Referência: Brasil. Ministério da Saúde. Manual de vacinação para pessoas vivendo com HIV. Brasília: Ministério da Saúde; 2022.

- A) Indicar apenas hepatite B e influenza anual, deixando as demais vacinas para acompanhamento futuro.
 - B) Indicar tríplice viral, hepatite B e influenza anual, mas adiar a vacinação pneumocócica até avaliação em centro de referência.
 - C) Indicar apenas vacinas inativadas (hepatite B, dT/dTpa, influenza), evitando qualquer vacina de vírus vivo por precaução.
 - D) Indicar esquema de hepatite B e pneumocócicas, mas não administrar tríplice viral em pessoas vivendo com HIV.
 - E) Indicar tríplice viral (duas doses), esquema completo para hepatite B (três doses), reforço de dT ou dTpa a cada 10 anos, vacinação anual contra influenza e esquema sequencial com vacinas pneumocócicas conjugada e polissacarídica.**
30. Mulher de 39 anos com enxaqueca episódica refere piora após mudança de emprego. Traz artigo da internet defendendo dieta muito restritiva “que curou 90% das crises”. Diz querer “tentar algo mais natural” e teme remédios preventivos. O passo mais alinhado ao método clínico centrado na pessoa, conforme Stewart, é:
- A) Esclarecer a baixa qualidade do artigo e propor teste terapêutico curto com betabloqueador, mantendo a dieta apenas como adjuvante se não atrapalhar adesão.
 - B) Orientar diário de cefaleia e adiar decisões, recomendando que suspenda a dieta até visita ao neurologista para evitar confusões na avaliação.
 - C) Respeitar a preferência pela dieta e fornecer plano alimentar detalhado, reservando farmacoprofilaxia para caso haja falha terapêutica após 12 semanas.
 - D) Validar o interesse da paciente e integrar a revisão crítica do material trazido a uma conversa sobre opções baseadas em evidências, negociando papéis e critérios de sucesso.**
 - E) Priorizar educação sobre gatilhos e uso correto de triptanos, deixando a discussão sobre o material da internet para o retorno, a fim de otimizar o tempo.
31. Um homem de 55 anos, previamente saudável, procura a UBS com queixa de **insônia há 7 meses**, com dificuldade para iniciar e manter o sono, em pelo menos quatro noites por semana. Refere fadiga diurna e queda no desempenho no trabalho. Tentou uso de **melatonina** e **valeriana**, com benefício mínimo. Eventualmente utilizou **zolpidem**, mas tem receio de dependência. O exame físico é normal e não há sinais de depressão grave. O médico deseja seguir as recomendações mais atuais para manejo da insônia crônica.
- Qual a conduta mais adequada neste caso?
- A) Iniciar terapia cognitivo-comportamental para insônia (CBT-I) como tratamento de primeira linha, podendo considerar hipnótico aprovado em curto prazo se necessário.**
 - B) Prescrever **melatonina** de forma contínua, pois é considerada o tratamento com maior evidência científica para insônia crônica.
 - C) Indicar **trazodona** em baixa dose como primeira escolha, já que é a medicação com aprovação específica para insônia.
 - D) Utilizar **antipsicóticos sedativos** (como quetiapina) em baixa dose, devido ao seu perfil de eficácia comprovada e segurança no longo prazo.
 - E) Prescrever **zolpidem em uso contínuo**, pois apresenta menor risco de dependência e deve ser preferido como tratamento inicial.

32. Recentemente, casos de personalidades públicas como o apresentador Fausto Silva (“Faustão”) geraram grande repercussão em torno da suposta “furada de fila” em transplantes no Brasil. Isso trouxe novamente ao debate como se organiza o acesso a órgãos e tecidos no Sistema Nacional de Transplantes (SNT).

De acordo com a legislação brasileira e as diretrizes do Ministério da Saúde, qual das alternativas descreve **CORRETAMENTE** o funcionamento da fila de transplantes no país?

- A) A prioridade é definida conforme critérios estaduais, podendo variar entre hospitais, e leva em conta disponibilidade de recursos locais além do tempo de espera do paciente.
- B) A ordem de alocação pode ser flexibilizada em situações específicas, como em pessoas públicas ou em pacientes com possibilidade de custear o procedimento de forma privada.
- C) A lista é única, sob coordenação nacional do SNT, sendo a distribuição operacionalizada em nível estadual ou regional, obedecendo critérios de gravidade, compatibilidade e tempo de espera.
- D) A lista funciona de modo cronológico, priorizando sempre quem se inscreveu primeiro de acordo compatibilidade imunológica, sem considerar parâmetros clínicos adicionais.
- E) A gestão da fila é compartilhada entre estados e hospitais, com critérios próprios de cada serviço, havendo autonomia para ajustes conforme a capacidade instalada da rede.

33. Em 2024, voltou ao debate nacional a dificuldade de fixar médicos em regiões remotas e vulneráveis do Brasil. Notícias destacaram a ampliação do Programa Mais Médicos e do Médicos pelo Brasil, voltados a suprir lacunas de profissionais na Atenção Básica.

De acordo com a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) e os princípios da Estratégia de Saúde da Família (ESF), qual é a forma **CORRETA** de compreender a organização da Atenção Primária no país?

- A) A Atenção Primária é um serviço de livre demanda, sem necessidade de definição territorial, voltado principalmente para atendimentos episódicos e de pronto atendimento.
- B) A organização da Atenção Primária é feita por hospitais gerais, que concentram o acompanhamento longitudinal e encaminham os casos de menor complexidade para as unidades de saúde.
- C) O objetivo central da ESF é garantir apenas cobertura médica, podendo dispensar a atuação de outros profissionais da equipe de saúde no cuidado continuado.
- D) A PNAB estabelece que a Atenção Básica seja estruturada prioritariamente em unidades especializadas, voltadas a condições crônicas de alta complexidade, como diabetes avançado e insuficiência cardíaca.
- E) A Atenção Primária é a porta de entrada preferencial do SUS, organizada por meio de equipes multiprofissionais da ESF, com adscrição territorial e vínculo longitudinal com a população adscrita.

34. Em 2025, diante do aumento expressivo de casos de **arboviroses**, o Ministério da Saúde reforçou a importância da integração entre a Atenção Primária e a Vigilância em Saúde para detecção precoce de complicações, notificação oportuna e monitoramento de grupos de risco.

De acordo com as diretrizes nacionais de vigilância epidemiológica, qual das alternativas está **CORRETA**?

- A) A confirmação diagnóstica da zika deve ser feita por RT-PCR em todos os casos suspeitos, independentemente da fase clínica, e não há obrigatoriedade de notificação em quadros leves.
- B) A notificação é compulsória para todos os casos suspeitos de dengue, zika e chikungunya, com prioridade de investigação laboratorial em gestantes, sendo indicado RT-PCR até o 5º dia de sintomas e sorologia após o 6º dia.
- C) A chikungunya deve ser notificada apenas em casos graves ou internados, ficando dispensada a notificação compulsória durante períodos interepidêmicos.
- D) A dengue requer confirmação laboratorial universal com sorologia e/ou PCR em todos os casos suspeitos, devendo o resultado anteceder a notificação no sistema.
- E) A prioridade da Atenção Primária no manejo das arboviroses é organizar encaminhamento hospitalar precoce para todos os casos confirmados, mesmo sem sinais de alarme, a fim de reduzir complicações populacionais.

35. Você é médico da Unidade Básica de Saúde (UBS) e acompanha há anos um paciente de 87 anos, portador de diabetes mellitus, hipertensão arterial sistêmica e doença pulmonar obstrutiva crônica avançada, em uso de oxigênio domiciliar. O paciente foi encontrado em óbito em seu domicílio por familiares, que procuram a UBS em busca de orientações sobre como proceder.

De acordo com as normas vigentes do Ministério da Saúde, qual deve ser a conduta **CORRETA** em relação à Declaração de Óbito (DO)?

- A) O médico assistente deve examinar o corpo e elaborar a DO, descrevendo a cadeia de causas que levou ao óbito, sem necessidade de encaminhamento ao IML ou SVO por se tratar de morte natural em paciente com doenças conhecidas.
- B) O médico deve encaminhar o caso ao SVO, pois óbitos em domicílio exigem avaliação complementar para emissão da DO, mesmo quando existem comorbidades documentadas.
- C) O encaminhamento ao IML deve ser considerado em todo óbito domiciliar, uma vez que a morte fora do hospital requer avaliação médico-legal antes do preenchimento da DO.
- D) O médico da UBS pode elaborar a DO apenas com base no histórico clínico e prontuário do paciente, sendo dispensável o exame direto do corpo no momento do óbito.
- E) O preenchimento da DO não deve ser realizado pelo médico da UBS, cabendo ao cartório de registro civil formalizar o óbito a partir das informações fornecidas pelos familiares.

36. Você é médico de uma Unidade de Saúde da Família (USF) e participa de uma reunião da Secretaria Municipal de Saúde. Durante a apresentação do relatório anual, são mostrados os seguintes indicadores do município:

- Taxa de mortalidade infantil: 28 por 1.000 nascidos vivos.
- Razão de mortalidade materna: 95 por 100.000 nascidos vivos.
- Cobertura vacinal contra poliomielite: 72%.
- Proporção de internações por condições sensíveis à atenção primária (ICSAP): 23%.

Ao discutir esses resultados com a equipe de gestão, qual é a interpretação mais adequada?

- A) A mortalidade infantil ainda é preocupante, mas a mortalidade materna está próxima do aceitável, restando como maior desafio a ampliação da cobertura vacinal e o acompanhamento dos indicadores hospitalares.
- B) Os resultados mostram avanços parciais, já que a mortalidade infantil é menor que 50/1.000, mas a baixa cobertura vacinal e a proporção de ICSAP mantêm o município em situação de vulnerabilidade sanitária.
- C) A taxa de ICSAP chama atenção como indicador de desempenho da atenção básica e a cobertura vacinal está adequada, porém a mortalidade infantil e materna precisam ser analisadas a parte pois sofrem influência de determinantes sociais além do setor saúde.
- D) A mortalidade infantil está acima da meta nacional, a mortalidade materna também se encontra elevada e a cobertura vacinal é insuficiente, exigindo revisão das estratégias locais.
- E) Os indicadores estão dentro de patamares considerados satisfatórios para municípios de médio porte, não havendo necessidade imediata de mudanças significativas na política de saúde local.

37. Após fortes chuvas e enchentes em um município de médio porte, diversos pacientes começaram a procurar a Unidade Básica de Saúde (UBS) com febre, mialgia intensa e cefaleia. Um dos pacientes, agricultor de 42 anos, relata contato direto com águas de enchente nos últimos dias. A equipe de saúde levanta a suspeita de **leptospirose** e discute a melhor conduta em termos clínicos e de vigilância.

Qual deve ser a orientação **CORRETA** da equipe?

- A) A notificação é obrigatória apenas nos casos graves de leptospirose, com insuficiência renal ou hemorragia pulmonar, sendo dispensável em casos leves atendidos na atenção primária.
- B) A conduta inicial deve priorizar exames confirmatórios, como sorologia de microaglutinação (MAT), antes de iniciar qualquer antibiótico ou realizar a notificação compulsória do caso.
- C) O paciente deve ser notificado imediatamente como caso suspeito de leptospirose, iniciar tratamento empírico com antibiótico adequado (ex.: doxiciclina ou penicilina) e receber suporte clínico, além de serem reforçadas ações de vigilância ambiental no território.
- D) O tratamento deve ser restrito ao ambiente hospitalar, mesmo em casos leves, já que o uso de antibióticos na atenção primária pode mascarar o diagnóstico definitivo.
- E) A notificação só deve ser feita após resultado laboratorial positivo, já que a notificação baseada apenas em critérios clínicos não é aceita no sistema de vigilância epidemiológica.

38. Durante uma consulta na Unidade de Saúde da Família (USF), um paciente de 68 anos, lúcido e orientado, portador de insuficiência cardíaca avançada, manifesta ao médico o desejo de **não ser submetido a internações hospitalares futuras** nem a medidas invasivas, preferindo cuidados exclusivamente paliativos. A família, no entanto, insiste para que ele seja hospitalizado sempre que houver piora clínica.

Qual deve ser a conduta ética do médico diante dessa situação?

- A) Atender ao pedido da família, mantendo as internações sempre que necessário, já que os familiares são responsáveis legais pelas decisões em saúde.
- B) Indicar internação hospitalar mesmo contra a vontade do paciente, pois condições graves como insuficiência cardíaca avançada obrigam o médico a realizar todos os tratamentos possíveis.
- C) Deixar de registrar a decisão do paciente em prontuário, para evitar futuros conflitos com familiares, mantendo apenas orientação verbal.
- D) Priorizar a decisão da equipe de saúde, que pode optar por internação em situações de risco, independentemente da manifestação de vontade do paciente.
- E) Respeitar a autonomia do paciente, registrando sua decisão no prontuário e orientando a família, priorizando medidas paliativas e de conforto de acordo com sua vontade expressa.

39. O **NordICC trial** (NEJM 2022) avaliou o rastreamento de câncer colorretal por colonoscopia em cerca de 85 mil adultos (50–64 anos). Após 10 anos, a análise **Intention-to-Treat** (ITT) — que considera todos os participantes conforme sua randomização inicial, mesmo sem adesão — mostrou redução da **incidência** (0,98% vs 1,20%; RR 0,82) mas não redução significativa da **mortalidade** (0,28% vs 0,31%; RR 0,90). Já a análise **Per-Protocol** (PP) — que considera apenas os que realizaram a colonoscopia — demonstrou reduções mais expressivas, inclusive de **mortalidade por câncer colorretal** (0,15% vs 0,30%; RR 0,50).

Com base na interpretação adequada das análises ITT e PP, assinale a alternativa **CORRETA**.

- A) O ITT perde validade em razão da baixa adesão, sendo o PP mais adequado para avaliar resultados, já que reflete apenas quem de fato foi submetido ao exame.
- B) O ITT representa a efetividade de oferecer a colonoscopia em nível populacional, com impacto modesto; já o PP mostra a eficácia do exame em quem aderiu, com benefícios mais consistentes.
- C) O benefício em PP é suficiente para afirmar que o rastreamento com colonoscopia reduz mortalidade populacional, mesmo que o ITT não tenha mostrado significância estatística.
- D) O uso de duas análises distintas compromete a interpretação, pois ITT e PP fornecem mensagens divergentes, o que enfraquece a aplicabilidade do estudo.
- E) A forma como o estudo foi conduzido não garante validade metodológica, uma vez que a randomização não elimina viés quando há baixa adesão ao exame.

40. — NNT no TNT (Treating to New Targets)

O ensaio **TNT** (NEJM 2005) randomizou 10.001 pacientes com DAC estável para **atorvastatina 80 mg vs atorvastatina 10 mg**, por mediana de **4,9 anos**. O desfecho primário (evento cardiovascular maior: morte por DAC, IAM não relacionado a procedimento, RCP após parada, ou AVC fatal/não fatal) ocorreu em **8,7%** (80 mg) vs **10,9%** (10 mg), correspondendo a **redução absoluta de risco de 2,2 pontos percentuais**. Com base nesses dados, qual é o **NNT aproximado** para prevenir **1** evento do desfecho primário no período do estudo?

- A) ≈ 22
- B) ≈ 30
- C) ≈ 46
- D) ≈ 60
- E) ≈ 80

GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA

41. O câncer do colo uterino, em algumas regiões do país, ocupa o segundo lugar em incidência e, em 2023, ocorreram 7.209 óbitos por câncer de colo do útero no Brasil, representando uma taxa de mortalidade de 4,79/100 mil mulheres. Frente a esta situação, o país aprovou, em julho de 2025, as Diretrizes Brasileiras para o Rastreamento do Câncer de Colo do Útero: Parte I - Rastreamento organizado utilizando testes moleculares para detecção de DNA-HPV Oncogênico. Nas recomendações dessas Diretrizes, mulheres com risco padrão que possuem o Teste oncogênico para os subtipos 16 e 18 positivo deverão seguir qual indicação frente a esse resultado?
- A) **Colposcopia.**
B) Repetir Teste DNA-HPV Oncogênico em 3 anos.
C) Expectante.
D) Repetir Teste DNA-HPV Oncogênico em 5 anos.
E) Coleta de Citopatológico.
42. A Classificação de POP-Q para estadiamento do Prolapso dos Órgãos Pélvicos é a maneira mais aceita para quantificar os prolapso das paredes vaginais. Em uma paciente com prolapso da parede vaginal anterior, qual ponto de POP-Q é descrito como o de maior prolapso e por isso deverá ser considerado para o estadiamento desta parede vaginal?
- A) Ap
B) Aa
C) B
D) A
E) **Ba**
43. Rastreamento é uma medida realizada por meio de testes diagnósticos em pessoas assintomáticas para estabelecer diagnóstico precoce com objetivo de reduzir morbimortalidade do agravo. O Ministério da Saúde estabelece no seu Protocolo Clínico e Diretrizes para Tratamento de ISTs, de 2022, o rastreamento para esses agravos. Com relação ao rastreamento de ISTs segundo as Diretrizes do Ministério da Saúde de 2022, assinale a alternativa **CORRETA**.
- A) Profissionais do sexo devem realizar testes de HIV e Sífilis a cada 3 meses.
B) **Pessoas de até 30 anos e com vida sexual ativa devem realizar testes de HIV e Sífilis anualmente.**
C) Pessoas privadas de liberdade com vida sexual ativa devem realizar testes de Hepatite B, C e Sífilis bianualmente.
D) Travestis e transexuais devem realizar testes de HIV, Sífilis, Chlamydia e Gonococo anualmente.
E) Pessoas que fazem uso abusivo de álcool e drogas devem fazer teste de HIV e Sífilis anualmente.
44. Você está atendendo na UPA uma adolescente vítima de violência sexual por pessoa desconhecida. O Centro Médico de acolhimento a essas vítimas fica em uma distância de 5 horas da UPA em que você está com a paciente. Após acolhê-la, você explica as medidas a serem tomadas. As alternativas a seguir descrevem algumas medidas a serem tomadas no atendimento de pessoas vítimas de violência sexual. Das alternativas a seguir, qual descreve corretamente algumas dessas medidas, segundo o Protocolo do Ministério da Saúde?
- A) Anamnese dirigida, Exame físico e PEP para HIV que deverá ser realizada com antirretrovirais após 72 horas da exposição.
B) Exame Físico e profilaxia para Vaginose Bacteriana com Metronidazol 400mg, 5 comprimidos via oral em dose única associado à Ceftriaxona 500mg Intramuscular em dose única.
C) Anamnese, Exame Geral e Ginecológico, Profilaxia para Sífilis com Penicilina G Cristalina 2,4 milhões UI aplicados Intra-muscular.
D) **Anticoncepção de emergência com Levonorgestrel 0,75mg - 2 comprimidos em dose única e providências policiais e judiciais cabíveis.**
E) Testagem rápida para Sífilis, HIV e Hepatites Virais B e C. Caso a vacinação da vítima seja incompleta, nenhuma medida deve ser tomada.

45. Paciente de 18 anos relata que há 1 ano tem ciclos amenorreicos. Nega patologias ou uso de medicações. Iniciou vida sexual há 2 meses, usa condon e quer usar anticoncepcional hormonal via oral. Ao exame físico possui IMC=28Kg/m², Escore de Ferriman-Gallwey de 12, acne na região de mento. Mamas, exame especular e toque vaginal sem achados alterados. Ela tem Teste de Gravidez negativo feito no dia anterior, os exames laboratoriais não estão alterados e ultrassonografia apresenta o seguinte resultado:
Ultrassonografia Transvaginal - Útero em AVF, 80cc, com textura homogênea, endométrio regular de 6mm, ovários aumentados 12cc com múltiplos cistos periféricos.
Considerando os benefícios secundários antiandrogênicos dos progestágenos qual é a melhor escolha para o caso desta paciente dentre os progestágenos listados abaixo?
- A) Ciproterona.
 - B) Etinilestradiol.
 - C) Levonorgestrel.
 - D) Gestodeno.
 - E) Noretisterona.
46. Paciente de 40 anos com queixa de sangramento uterino anormal. Ela relata dismenorreia e dispareunia de profundidade. Teve 2 gestações, sendo 1 nascimento por Cesárea e outro pela Via Vaginal. Nega patologias ou uso de medicações e nega história de câncer na família. Tem vida sexual ativa e a parceria fez vasectomia. Ao exame físico, você não observada nada digno de nota.
- Último Citopatológico há 3 meses sem alterações
 - Última ultrassonografia há 2 meses feita 5 dias antes da menstruação apresenta útero em AVF, com ecotextura heterogênea e a presença de cistos anecóicos e estrias radiadas partindo do endométrio. Útero com volume de 160cc, endométrio de 8mm, ovários direito e esquerdo com 8cc.
 - Hemograma não apresenta alterações
- Segundo a Classificação de PALM-COEIN, qual o diagnóstico?
- A) Causa Não Estrutural – Endometrial.
 - B) Causa Estrutural – Leiomiomatose.
 - C) Causa Não Estrutural – Ovariana.
 - D) Causa Não Estrutural – Não Classificada.
 - E) Causa Estrutural – Adeniose.
47. Você atende na UBS paciente de 20 anos, que relata ser homem trans e veio para orientações de hormonização. Das alternativas a seguir, qual é a mais adequada ao caso?
- A) Uma vez definido o diagnóstico de incongruência de gênero e decidido juntamente com o paciente e a equipe multidisciplinar pela TH, esta deverá ser realizada com estradiol.
 - B) No Brasil a hormonização é proibida, mesmo com diagnóstico definido de incongruência de gênero.
 - C) A hormonização com estradiol poderá ser iniciada mesmo sem diagnóstico definido de incongruência de gênero.
 - D) Uma vez definido o diagnóstico de incongruência de gênero e decidido juntamente com o paciente e a equipe multidisciplinar pela TH, esta deverá ser realizada com testosterona.
 - E) Uma vez definido o diagnóstico de incongruência de gênero pela equipe multiprofissional, a melhor conduta inicial é a cirúrgica para mudança de sexo.
48. Você atende uma paciente de 30 anos, com queixa de nódulo em mama esquerda. Ao examinar você identifica na mama esquerda a presença de nódulo fixo e retração de pele. A paciente nunca gestou e tem vida sexual ativa e usa DIU de Cobre. Como é filha adotiva, não conhece a história familiar. Dentre as alternativas abaixo, qual é a que melhor descreve a conduta para esta paciente?
- A) Solicitar Ultrassonografia de mamas, se os achados forem suspeitos de malignidade, indicar ressonância Magnética de mamas para planejar mastectomia.
 - B) Solicitar Ultrassonografia de mamas, se os achados forem suspeitos de malignidade, indicar biópsia guiada por ultrassonografia da mama.
 - C) Solicitar Mamografia e se Bi Rads 0 complementar o exame com Ultrassonografia de mamas.
 - D) Solicitar Mamografia, Ultrassonografia de Mamas e Ressonância Magnética para melhor investigação das mamas.
 - E) A conduta deverá ser o retorno da paciente após a menstruação para avaliar novamente as mamas por meio do exame físico.

49. Você atende uma paciente de 41 anos, que fez tratamento com quimioterapia para câncer de mama há 2 anos, foi tratada também com setorectomia da mama esquerda, radioterapia e atualmente está em uso de Tamoxifeno. Ela relata que há 7 meses iniciou com dificuldade para ter relação sexual, e que esta situação está gerando sofrimento especialmente no relacionamento dela com a parceria. Na anamnese dirigida, você identifica dificuldade de lubrificação vaginal, dispareunia e diminuição do desejo sexual. Não tem alergias, outras doenças e não usa outras medicações. No exame do órgão genital externo, não há alterações. No exame specular, ela possui colo uterino eptitelizado, atrofia de mucosa vaginal e conteúdo vaginal de aspecto fisiológico e escasso; no Toque vaginal bimanual, você não identifica nada digno de nota. Para o caso desta paciente, qual alternativa abaixo contém o tratamento mais adequado?
- A) Terapia hormonal com estrogênio e progesterona.
 - B) Terapia hormonal vaginal com estriol.
 - C) Uso de hidratantes vaginais a base de ácido hialurônico ou ácido poliacrílico.**
 - D) Orientações na consulta e nenhuma outra medida.
 - E) Testosterona em gel.
50. Você está atendendo uma paciente de 18 anos que veio à consulta para decidir qual método contraceptivo ela vai escolher. A paciente não tem contraindicação para nenhum deles e ela quer especificamente orientações sobre eficácia. Você explica para ela que existe um índice que é calculado pelo número de gestações não planejadas durante o uso do método em cada 100 mulheres durante um ano, chamado Índice de Pearl. Você começa a explicação falando que vai listar para ela os 3 métodos, dentre todos existentes, em ordem do melhor para o pior índice. Qual das alternativas abaixo tem a sequência ordenada correta dos 3 métodos com melhor para o pior índice de Pearl (na ordem do menor para o maior índice)?
- A) Implante subdérmico de Etonorgestrel, Injetável mensal combinado, Anticoncepcional hormonal oral combinado.**
 - B) Sistema intrauterino de Levonorgestrel, Anticoncepcional hormonal oral combinado, Implante subdérmico de Etonorgestrel.
 - C) Injetável mensal combinado, Anticoncepcional hormonal oral combinado, Sistema intrauterino de Levonorgestrel.
 - D) Injetável Trimestral, Dispositivo Intrauterino de Cobre, Sistema intrauterino de Levonorgestrel.
 - E) Dispositivo Intrauterino de Cobre, Progestogênio isolado, Diafragma.
51. Paciente de 38 anos, é G4A3, com história de ex-tabagismo, relata ainda 2 cirurgias prévias para miomectomia (1 por histeroscopia e outra por via abdominal laparoscópica). Como já teve 3 abortamentos, tem muita preocupação em perder o bebê. Ela tem vontade de ter parto vaginal e é resistente à cesárea. Como está com 41 semanas, sem nenhum sinal de trabalho de parto, com feto em boas condições, o médico do pré-natal indicou indução do parto e ela veio à consulta para saber se pode ou não fazer a indução. Das orientações abaixo, qual é a mais adequada para a paciente, considerando sua condição?
- A) A indução pode ser realizada desde que se use a metade da dose do misoprostol de 25mg.
 - B) A indução é contra indicada em pacientes com cicatriz uterina anterior (miomectomia).**
 - C) A indução pode ser realizada com o uso de Prostaglandinas até o nascimento.
 - D) A indução pode ser realizada ou não a depender da vontade da paciente.
 - E) A indução é contra indicada pela história de abortamento de repetição.
52. Considere que na data de hoje você atende uma paciente de 30 anos que veio à consulta de pré-natal e está sem queixas. Ela não tem patologias e a gestação não foi planejada, porém ela está feliz com a gravidez. Antes da gravidez, estava bem e não apresentava nenhum sintoma, sejam sistêmicos ou vulvovaginais. A DUM foi 22/08/2025 e ela mostra os seguintes resultados que haviam faltado na consulta anterior:
- Toxoplasmose IgG positivo com alta avidéz
 - Teste Imunológico Treponêmico - reagente
 - Teste não Treponêmico - reagente
 - Citomegalovírus IgG negativo e IgM negativo
 - HBsAg negativo
 - Ac Anti HIV-1 e Anti HIV-2 negativos
- Com base nos resultados acima, qual a conduta a ser seguida, segundo Protocolo do Ministério da Saúde?
- A) Tratamento da Toxoplasmose com Espiramicina e repetir sorologias em 2-3 semanas.
 - B) Solicitar teste de Avidéz para Toxoplasmose antes de iniciar o tratamento.
 - C) Repetir o Teste não Treponêmico (VDRL) antes de iniciar o tratamento.
 - D) Iniciar Tonofivir a partir do 3 trimestre até o parto para Hepatite B.
 - E) Tratamento imediato com Penicilina Benzatina e Teste não Treponêmico mensalmente.**

53. Você atende na Unidade de Pronto Atendimento uma paciente primípara de 40 anos, ela está no 15º dia pós parto e queixa-se de sangramento vaginal com odor fétido, febre não aferida e mal estar geral. Está em amamentação exclusiva e seu pré natal não teve intercorrências. No parto, teve rotura prematura de membranas e ficou 18 horas em trabalho de parto. Ela não tem doenças e não faz uso de medicações. Ao exame físico apresenta hipocorada ++/+++, T=39°C, FC=100bpm, PA = 100X70mmHg. Mamas ingurgitadas, pele sem hiperemia, expressão láctea. Abdomen - doloroso à palpação com útero amolecido e palpado na altura da cicatriz umbilical, lóquios serossanguinolento e com odor fétido, Toque com útero doloroso à mobilização. Com base no diagnóstico clínico, qual o tratamento é mais adequado para a paciente?
- A) Metronidazol 500mg IV 12/12hs + Clindamicina 900mg 8/8hs.
 - B) Azitromicina 500mg via oral dose única e Metronidazol 250mg via oral 12/12hs.
 - C) Cefalexina 500mg via oral 6/6hs + Metronidazol 250mg 12/12hs.
 - D) Clindamicina 600mg 8/8hs e Gentamicina 3,5 a 5mg/kg a cada 24hs.**
 - E) Histerectomia.
54. Você está de plantão no Hospital Universitário Cajuru e chega uma gestante de 35 semanas que sofreu um acidente automobilístico. Ela foi atendida pela equipe de socorristas e recebeu os primeiros socorros adequadamente. Ao chegar no hospital, a paciente estava consciente, estável do ponto de vista clínico. Após 1 hora, ela se queixa de dor forte abdominal. Ao examiná-la, observou-se tônus uterino aumentado, útero em ampulheta, com BCF de 110bpm, no toque vaginal, observou-se colo impérvio e sangramento vaginal. Com base no caso descrito, a principal hipótese é
- A) Trabalho de parto.
 - B) Rotura Prematura de Membranas.
 - C) Descolamento Prematuro de Placenta.**
 - D) Rotura Uterina.
 - E) Placenta Prévia.
55. A Ultrassonografia na gestação é um exame de baixo risco materno-fetal e pode esclarecer hipóteses diagnósticas, rastrear mal formações e esclarecer situações de risco especial. Com relação ao uso deste exame, aponte a alternativa **CORRETA** dentre as citadas a seguir.
- A) Durante a avaliação ultrassonográfica no primeiro trimestre, o bem-estar fetal deve ser observado pela presença de movimentos corporais e respiratórios, tônus e líquido amniótico.
 - B) Os parâmetros que podem ser examinados para o rastreamento de anomalias cromossômicas no segundo trimestre incluem: medida da translucência nucal e avaliação do osso nasal.
 - C) Existem evidências de que a avaliação do colo uterino é útil na predição de parto prematuro. A avaliação do comprimento do colo uterino pode ser realizada pelas vias transabdominal e transvaginal. A avaliação pela via transabdominal apresenta maior acurácia e melhor reprodutibilidade do que a transvaginal.
 - D) O melhor parâmetro ultrassonográfico de análise da datação da gestação é a medida do comprimento cabeçanádegas no segundo trimestre de gestação.
 - E) A ultrassonografia obstétrica de rotina do terceiro trimestre pode ser realizada após 34 semanas de gestação. Nessa fase, é possível estimar e projetar o peso ao nascimento.**
56. Você está na UBS e atende uma paciente de 18 anos que relata atraso menstrual de 10 dias. Ela é solteira, não sabe quem é o pai da criança, mora com os pais e está no cursinho pré-vestibular. Não tem patologias, nega uso de medicações ou tabagismo ou uso de drogas. Ela passou pela triagem e o teste de gravidez resultou positivo. As alternativas abaixo contêm alguns exames que deverão ser solicitados no pré-natal. Assinale a alternativa correta que contenha alguns dos exames de pré-natal de rotina que deverão ser solicitados nesta fase da gestação e para a paciente descrita?
- A) Hemograma, Glicemia, Teste de Tolerância Oral a Glicose (TOTG).
 - B) TSH, Anti-HIV e Rastreamento para Sífilis.**
 - C) Determinação direta e reversa ABO+Pesquisa fator RH + Teste direto de antiglobulina humana TIA caso o RH da mãe seja negative.
 - D) Urocultura, Pesquisa de *Streptococcus agalactiae* Tipo B-GBS, IgG e IgM antiToxoplasma.
 - E) Hemograma, Ultrassonografia transvaginal, Teste de Tolerância Oral a Glicose (TOTG).

57. Você está de plantão na UPA e atende uma gestante de risco habitual, com 38 semanas de gestação, em trabalho de parto, ela está com 7cm de dilatação e bolsa rota, feto único, você toca o acrômio do feto. O BCF é de 140bpm e boa movimentação fetal. Você precisa transferir a paciente para maternidade de referência e para que o plantonista entenda a urgência do caso, é necessário que se descreva corretamente a posição do feto. Das alternativas abaixo qual descreve **CORRETAMENTE** a estática fetal?

- A) Situação Transversa e Apresentação Córmica.
- B) Situação Longitudinal e Apresentação Cefálica.
- C) Situação Longitudinal e Apresentação Pélvica.
- D) Situação Córmica e Apresentação Transversa.
- E) Situação Pélvica e Apresentação Longitudinal.

58. Você atende uma paciente de 25 anos, gestante de 24 semanas, que está no pré-natal de baixo risco. Ela não tem patologias e nem alergias. Vem à consulta com queixa de corrimento branco e prurido vulvar. Ao exame físico, você identifica:

PA=110x70mmHg, AU=23cm, BCF=144bpm

Exame Ginecológico: Vulva hiperemiada com algumas escoriações. Especular: conteúdo vaginal branco, grumoso, espesso, pHmetria= 4,0, Teste das aminas negative

Qual o tratamento mais adequado para a patologia desta paciente descrita acima?

- A) Metronidazol 100mg/1gr via vaginal por 7 dias.
- B) Fluconazol 250mg via oral em dose única.
- C) Miconazol 2% - via vaginal por 7 dias.
- D) Nistatina 10.000UI/gr via vaginal por 5 dias.
- E) Metronidazol 500mg 12/12 hs por 7 dias.

59. Um dos indicadores em obstetrícia, além dos clássicos, como coeficiente de morte materna, mortalidade neonatal precoce, taxa de prematuridade etc., é a classificação de Robson (2001) para cesariana. A partir dessa classificação podem ser empreendidos esforços para a redução delas. O Ministério da Saúde inclusive utiliza Classificação de Risco Epidemiológico (Grupos de Robson) na plataforma integrada de vigilância em saúde. Assim, o controle do número de cesáreas e em que condições são feitas é um parâmetro de qualidade assistencial em obstetrícia. A classificação de Robson agrupa as gestantes conforme suas características obstétricas. Com relação a esta classificação, qual alternativa é **CORRETA** quanto aos parâmetros utilizados por ela?

- A) História de gestação anterior com natimorto; Número de fetos; Idade Gestacional; Idade Materna.
- B) Complicações em Cesárea anterior; História anterior de recém-nascido natimorto; Hipertensão na Gestação.
- C) Mal formação fetal; Idade gestacional; Número de fetos.
- D) Idade Gestacional; Mal formação fetal; Idade Materna.
- E) Paridade; Início do parto; Idade gestacional; Apresentação/Situação; Número de fetos.

60. A obesidade na gestação é considerada condição de risco. Há descrição de repercussões a curto e longo prazo para os filhos dessas pacientes. De forma geral, o Ministério da Saúde estabeleceu critérios para que a gestante obesa inicie (no primeiro trimestre) o pré-natal no risco habitual ou no alto risco. Qual afirmação é **CORRETA** quanto a esses critérios?

- A) Todas as pacientes obesas independentemente do IMC deverão ser encaminhadas ao Pré-natal de alto risco.
- B) Pré natal de risco habitual: IMC até 30Kg/m² sem comorbidades. Pré-natal de alto risco: IMC maior ou igual a 30Kg/m² ou com comorbidades.
- C) Pré natal de risco habitual: IMC até 35Kg/m² com comorbidades. Pré-natal de alto risco: IMC maior ou igual a 35Kg/m² ou com comorbidades.
- D) Pré-natal de risco habitual: IMC até 39,9Kg/m² sem comorbidades. Pré-natal de alto risco: IMC maior ou igual a 40Kg/m² ou com comorbidades.
- E) Todas as pacientes com IMC maior que 30 Kg/m² deverão ser encaminhadas ao pré-natal de alto risco depois do segundo trimestre.

CLÍNICA MÉDICA

61. Homem de 62 anos, portador de obesidade (IMC 34 kg/m²), hipertensão arterial e dislipidemia, procura o pronto atendimento por dor torácica retroesternal em aperto, iniciada há 40 minutos, irradiada para braço esquerdo e acompanhada de sudorese fria. Refere episódios prévios de dor aos esforços, mas nunca havia procurado atendimento. No pronto-socorro, apresenta PA de 138/84 mmHg, FC 92 bpm, FR 20 irpm, SatO₂ 95% em ar ambiente. O exame físico não mostra sopros cardíacos ou sinais de insuficiência cardíaca. O ECG demonstra **alterações isquêmicas em parede inferior, sem supra de ST ou sinais de oclusão coronária**. Após administração sublingual de nitrato, o paciente apresentou melhora significativa da dor. Foram realizadas duas dosagens de troponina ultrasensível, com intervalo de 2 horas, ambas normais (valores: 8 pg/mL e 10 pg/mL; referência do laboratório: <14 pg/mL). O escore GRACE calculado foi de **168 pontos**.

Qual deve ser a conduta mais adequada neste caso?

- A) Solicitar ecocardiograma de estresse para avaliar isquemia miocárdica antes de definir conduta invasiva.
B) Solicitar teste ergométrico convencional para avaliação funcional e seguimento clínico ambulatorial.
C) Indicar cateterismo cardíaco em até 24 horas.
D) Descartar doença coronariana aguda pela ausência de elevação da troponina, orientando apenas acompanhamento clínico.
E) Realizar angiotomografia coronariana para melhor caracterização anatômica e eventual decisão terapêutica posterior.
62. Homem de 72 anos, tabagista, com hipertensão e diabetes, procura o pronto-socorro com quadro de dispneia súbita há 6 horas, dor torácica ventilatório-dependente e tosse seca.

Exame físico:

- PA: 128/78 mmHg
- FC: 112 bpm
- FR: 26 irpm
- SatO₂: 90% em ar ambiente
- Temperatura: 37,2 °C
- Sem estertores, bulhas normofonéticas, sem sinais de choque.

Exames:

- Dímero-D elevado.
- AngioTC de tórax: trombo em artéria lobar direita.
- Ecocardiograma: função do ventrículo direito preservada.
- Troponina: normal.
- PESI calculado: classe III.

Qual a classificação de risco e a conduta adequada para este paciente?

- A) Risco alto – trombólise com alteplase 100 mg em 2 horas.
B) Risco intermediário baixo – iniciar enoxaparina 1 mg/kg a cada 12 horas.
C) Risco alto – anticoagulação com enoxaparina 1,5 mg/kg ao dia.
D) Risco intermediário alto – trombólise com alteplase 50 mg em bolus seguido de 50 mg em 2 horas.
E) Risco intermediário alto – anticoagulação com heparina não fracionada em infusão contínua (80 U/kg em bolus seguido de 18 U/kg/h).

63. Mulher de 55 anos, hipertensa em uso de losartana 50 mg/dia, procura pronto atendimento relatando que há meses não aferia sua pressão. Refere estar muito preocupada pois aferiu a pressão em casa e estava elevada, mas nega sintomas como cefaleia, dor torácica, dispneia, déficit neurológico ou alteração visual. Ao exame físico, apresenta PA de 190x110 mmHg, ausculta cardíaca e pulmonar sem alterações, exame neurológico sem déficits focais e fundo de olho sem sinais de retinopatia aguda.

De acordo com a Última diretriz Americana (**2025 AHA/ACC Guideline for the Prevention, Detection, Evaluation and Management of High Blood Pressure in Adults**), qual a conduta mais adequada neste caso?

- A) Ajustar o tratamento anti-hipertensivo oral, reforçar a aderência e programar seguimento ambulatorial, sem necessidade de reduzir a pressão de forma imediata no PA.
- B) Administrar captopril 25 mg por via sublingual, devido ao efeito rápido esperado para controle da pressão arterial, repetir a dose até que atinja PA Sistólica de 160mmHg.
- C) Prescrever anlodipino 5 mg por via oral, uma vez que apresenta início de ação imediato, mantendo observação por 3 horas para avaliar resposta inicial ao tratamento.
- D) Iniciar infusão de nitroprussiato em bomba, visando redução imediata de 25% da pressão arterial sob monitorização contínua.
- E) Ofertar atenolol 50 mg via oral em dose única, devido ao efeito anti-hipertensivo imediato e ação protetora cardíaca.

64. Homem de 67 anos, portador de hipertensão arterial e doença coronariana, é admitido no pronto-socorro por quadro de dispneia intensa, ortopneia, confusão mental e oligúria.

Exame físico:

- PA: 98/62 mmHg
- FC: 118 bpm
- FR: 28 irpm
- SatO₂: 89% em ar ambiente
- Extremidades frias, tempo de enchimento capilar >4s
- Estertores crepitantes em bases pulmonares
- Edema +++/4 em membros inferiores

Foi iniciado oxigenoterapia e furosemida intravenosa, com diurese discreta.

Qual medida farmacológica pode ser associada neste momento?

- A) Nitroprussiato.
- B) Noradrenalina.
- C) Dobutamina.
- D) Adrenalina.
- E) Atropina.

65. Após 48h de internação, o paciente mantém quadro grave, evoluindo com piora da perfusão tecidual. Foi realizada gasometria arterial com os seguintes resultados (FiO₂ 50%):

- pH: 7,25
- pCO₂: 30 mmHg
- HCO₃⁻: 14 mEq/L
- Na⁺: 138 mEq/L
- K⁺: 4,2 mEq/L
- Cl⁻: 90 mEq/L
- Lactato: 5,6 mmol/L

Qual o distúrbio gasométrico presente neste paciente?

- A) Acidose metabólica de ânion gap elevado isolada.
- B) Alcalose metabólica isolada.
- C) Acidose metabólica hiperclorêmica associada a alcalose respiratória.
- D) Acidose metabólica de ânion gap normal associada a alcalose respiratória.
- E) Acidose metabólica de ânion gap elevado associada a alcalose metabólica.

66. Homem de 61 anos, com histórico de doença coronariana crônica (angioplastia com stent há 3 anos), hipertensão arterial controlada e síndrome metabólica, retorna para consulta de acompanhamento. Está em uso de rosuvastatina 40 mg/dia, aspirina 100 mg/dia e ramipril 5 mg/dia. Relata adesão adequada ao tratamento, sem efeitos adversos relevantes.

Exames laboratoriais recentes:

- Colesterol total: 168 mg/dL
- LDL-C: 68 mg/dL
- HDL-C: 35 mg/dL
- Triglicerídeos: 302 mg/dL
- Glicemia de jejum: 104 mg/dL
- HbA1c: 5,8%
- Creatinina: 0,9 mg/Dl

IMC: 29,2 kg/m². PA: 126/78 mmHg.

Qual deve ser a conduta mais adequada para otimizar o perfil lipídico desse paciente?

- A) Iniciar fibrato para correção dos triglicerídeos elevados.
- B) Associar ezetimibe ao tratamento já em curso.
- C) Trocar a estatina de alta potência por outra de perfil diferente.
- D) Iniciar suplementação de ômega-3 para redução dos triglicerídeos.
- E) Associar vitamina E em altas doses para melhorar o perfil metabólico.

67. O paciente anterior manifesta preocupação com o excesso de peso e relata que alguns colegas utilizam semaglutida para emagrecimento. Ele questiona se essa medicação seria segura e eficaz para o seu caso, considerando o histórico de doença coronariana e sobrepeso (IMC: 29,2 kg/m²). Qual deve ser a resposta mais adequada?
- A) A semaglutida é perigosa em pacientes com doença coronariana, razão pela qual não está indicada, devendo-se recomendar apenas medidas de estilo de vida.
- B) A semaglutida não foi estudada em pacientes coronariopatas, portanto não seria recomendada, sendo priorizadas medidas não farmacológicas.
- C) A semaglutida é estudada, sendo segura e eficaz, mas os benefícios cardiovasculares ocorreram apenas em indivíduos com IMC acima de 30 kg/m²; no caso dele, teria apenas fins estéticos.
- D) A semaglutida é segura e eficaz, com benefício comprovado inclusive na redução de eventos cardiovasculares em pacientes com obesidade e doença coronariana.**
- E) A semaglutida não foi estudada especificamente em pacientes coronariopatas, mas extrapolações de estudos em obesidade sugerem benefício se o paciente tivesse IMC acima de 30 kg/m².
68. Homem de 34 anos, previamente hígido, é admitido no pronto-socorro em crise convulsiva tônico-clônica generalizada com duração de 8 minutos. Recebeu Diazepam 10 mg EV, com melhora inicial, mas recidiva em seguida. Após nova dose de benzodiazepínico, o paciente permanece com crise reentrante caracterizando. A equipe decide prosseguir o tratamento. Qual das condutas abaixo está **CORRETA** segundo as recomendações atuais?
- A) Administrar fenitoína EV na dose de 15–20 mg/kg, em infusão lenta (máx. 50 mg/min), com monitorização contínua de ritmo cardíaco e pressão arterial.**
- B) Administrar fenobarbital EV na dose de 20 mg/kg, em bolus rápido, para reduzir tempo de crise, sem necessidade de monitorização intensiva.
- C) Administrar fenitoína EV 1 g em bolus único, em infusão rápida em até 2 minutos, para atingir níveis séricos eficazes mais rapidamente.
- D) Administrar propafenona EV em dose de 30 mg/kg, em infusão de até 150 mg/min, visando encurtar o tempo total de administração.
- E) Administrar fenitoína EV na dose de 15–20 mg/kg, em bolus rápido em até 2 minutos, para alcançar concentrações plasmáticas eficazes precocemente.
69. Homem de 58 anos, portador de cirrose hepática por hepatite C, é admitido no pronto-socorro após episódio de hematemese volumosa iniciado há cerca de 1 hora. Refere história de ascite recorrente e edema de membros inferiores.

Exame físico:

- Estado geral comprometido, sudorese fria.
- PA: 82/48 mmHg
- FC: 118 bpm
- FR: 24 irpm
- SatO₂: 92% em ar ambiente
- Abdome distendido, com ascite moderada e circulação colateral abdominal.
- Pele ictérica, sem sinais de encefalopatia no momento.

Com base nesse quadro, qual deve ser a conduta inicial mais adequada?

- A) Iniciar carvedilol parenteral devido à taquicardia, aproveitando seu efeito de redução da pressão portal para prevenir novos episódios de sangramento.
- B) Realizar endoscopia digestiva alta imediatamente, antes da estabilização clínica, para identificar e tratar a fonte do sangramento.
- C) Realizar passagem de sonda nasogástrica e iniciar propranolol, considerando seu efeito na redução da pressão portal e prevenção secundária do sangramento.
- D) Indicar antibioticoterapia profilática com norfloxacino associado a lactulona por via enteral.
- E) Estabilizar clinicamente com reposição volêmica e iniciar octreotida em infusão contínua, visando controle do sangramento varicoso.**

70. Homem de 32 anos é admitido no pronto-socorro após ser encontrado inconsciente em sua residência, ao lado de vários frascos de medicamentos e produtos de limpeza. Chegou trazido pelo SAMU, sem informações adicionais.

Exame físico inicial:

- PA: 78/46 mmHg
- FC: 52 bpm
- FR: 10 irpm
- SatO₂: 89% em ar ambiente
- Temperatura: 35,6 °C
- Exame neurológico: pupilas puntiformes, responsivas, Glasgow 8.
- Pulmonar: estertores difusos bilaterais.
- Cutâneo: pele fria, sudorese intensa.

Considerando os achados clínicos, qual é o agente tóxico mais provável?

- A) Organofosforados (ex.: inseticidas agrícolas).
- B) Benzodiazepínicos (ex.: diazepam ou clonazepam).
- C) Anticolinérgicos (ex.: atropina ou difenidramina).
- D) Opioides (ex.: morfina ou metadona).**
- E) Beta-bloqueadores (ex.: propranolol ou carvedilol).

71. Homem de 67 anos, portador de hipertensão arterial sistêmica e doença renal crônica estágio 4, é admitido na enfermaria com queixa de fraqueza muscular e palpitações.

Exame físico:

- PA: 132/82 mmHg
- FC: 98 bpm, ritmo irregular
- FR: 20 irpm
- Sem sinais de congestão pulmonar, sem edemas periféricos.

Exames laboratoriais:

- Potássio sérico: 6,8 mEq/L
- Sódio: 138 mEq/L
- Creatinina: 2,8 mg/dL (TFG estimada 22 mL/min/1,73m²)
- Gasometria: pH 7,37 / HCO₃⁻ 21 mEq/L / pCO₂ 39 mmHg
- ECG: ondas T apiculadas difusas, alargamento do QRS.

Considerando o quadro de **hipercalemia grave em paciente com DRC**, qual das medidas abaixo é a mais eficaz para reduzir o potássio sérico de forma sustentada?

- A) Nebulização com brometo de ipratrópio a cada 6 horas.
- B) Cicloclicato de zircônio sódico por via enteral.**
- C) Administração de manitol endovenoso para induzir diurese osmótica.
- D) Uso de carbonato de lítio em baixa dose para promover troca catiônica renal.
- E) Infusão endovenosa de vitamina C associada a reposição de cálcio.

72. Mulher de 23 anos, portadora de diabetes mellitus tipo 1, é admitida no pronto-socorro com história de poliúria, poli-dipsia, náuseas, vômitos e dor abdominal nas últimas 24 horas.

Exame físico:

- PA: 92/58 mmHg
- FC: 124 bpm
- FR: 32 irpm, padrão de Kussmaul
- Temp: 37,4 °C
- Sinais de desidratação importantes

Exames laboratoriais:

- Glicemia: 482 mg/dL
- pH arterial: 7,18
- Bicarbonato: 11 mEq/L
- Ânion gap: 22
- Potássio sérico: 2,7 mEq/L
- Sódio corrigido: 134 mEq/L
- Creatinina: 1,3 mg/dL

Diante do quadro de **cetoacidose diabética**, qual deve ser a conduta inicial **CORRETA**?

- A) Iniciar insulina regular em bomba de infusão imediatamente, independente do potássio, já que a glicemia está acima de 250 mg/dL.
- B) Iniciar reposição volêmica seguida de insulina regular, sem necessidade de correção prévia do potássio, pois a acidose corrige o distúrbio eletrolítico.
- C) Iniciar reposição de potássio endovenoso antes de administrar insulina, monitorizando eletrólitos e ritmo cardíaco.**
- D) Iniciar insulina regular EV concomitantemente à reposição de potássio, pois ambas medidas aceleram a correção metabólica.
- E) Iniciar bicarbonato de sódio EV imediato, seguido de insulina regular, já que a acidose metabólica deve ser tratada prioritariamente.

73. Homem de 72 anos, portador de DPOC e hipertensão, encontra-se internado em UTI por pneumonia comunitária grave com sepse. Ele está em ventilação mecânica invasiva, em uso de noradrenalina 0,15 mcg/kg/min para manter PAM em torno de 65 mmHg.

Durante a monitorização hemodinâmica, é realizado ultrassom point-of-care (POCUS), que mostra veia cava inferior com colapso inspiratório de aproximadamente 55%.

Com base nesse achado, qual a interpretação **CORRETA** e a conduta mais adequada?

- A) O paciente é fluido-responsivo, devendo-se considerar expansão volêmica com cristalóide guiada pela monitorização clínica.**
- B) O paciente não é fluido-responsivo, devendo-se associar vasopressores e evitar fluidos.
- C) O paciente não é fluido-responsivo e apresenta congestão sistêmica, devendo-se associar diurético.
- D) O exame é inconclusivo para avaliação da responsividade volêmica, sendo necessário a avaliação do ventrículo direito na manobra de valsalva.
- E) O paciente é fluido-responsivo porém com falha de bomba, devendo-se considerar a associação de dobutamina.

74. Homem de 61 anos, portador de **diabetes mellitus tipo 2** há 15 anos, com bom controle glicêmico (HbA1c: 6,9%). Faz uso de metformina, empagliflozina (ISGLT2) e enalapril (IECA).

Exame físico:

- PA: 126/78 mmHg
- FC: 72 bpm
- IMC: 27 kg/m²
- Sem edemas periféricos

Exames laboratoriais:

- Creatinina: 1,6 mg/dL (TFG estimada 48 mL/min/1,73m²)
- Potássio sérico: 4,8 mEq/L
- Albuminúria de 650 mg/24h
- Hemoglobina: 13,6 g/dL
- Glicemia de jejum: 105 mg/DI

Qual das opções abaixo poderia ser utilizada para melhorar os desfechos renais e cardiovasculares?

- A) Gliclazida.
- B) Vericiguat.
- C) Sparsentan.
- D) Linagliptina.
- E) Finerenona.**

75. Homem de 68 anos, previamente hipertenso, comparece ao pronto-socorro após episódio de perda súbita da consciência durante caminhada. O evento ocorreu sem pródromos, com recuperação espontânea em menos de 1 minuto. A esposa nega movimentos tônico-clônicos, mordedura de língua ou incontinência esfinteriana.

Exame físico:

- PA: 112/70 mmHg
- FC: 56 bpm
- Ausculta cardíaca: sopro sistólico em foco aórtico irradiado para carótidas
- ECG: bloqueio de ramo esquerdo.

Diante desse quadro, qual deve ser a conduta mais adequada?

- A) Acompanhamento ambulatorial com cardiologia, visto que o paciente já se encontra estável após o episódio e apresenta recuperação rápida da consciência.
- B) Internação hospitalar para investigação, considerando o risco elevado pela ausência de pródromos e achados compatíveis com cardiopatia estrutural.**
- C) Realização de tilt-test em momento oportuno, uma vez que causas reflexas são a principal etiologia para o quadro em pacientes idosos.
- D) Observação clínica em pronto-socorro e liberação posterior, caso não ocorram novos episódios ou instabilidade hemodinâmica.
- E) Início de tratamento farmacológico para controle de sintomas, interpretando o episódio como de provável origem psicogênica.

76. Homem de 54 anos, previamente saudável, procura o pronto-socorro com história de tosse produtiva há 3 dias, febre de até 38,3 °C, dispneia progressiva limitante e dor torácica pleurítica.

Exame físico:

- PA: 118/74 mmHg
- FC: 104 bpm
- FR: 32 irpm
- Temp: 38,1 °C
- Saturação de O₂: 83% em ar ambiente
- Ausculta: crepitações difusas em base direita, murmúrio vesicular diminuído.

Exames laboratoriais:

- Leucócitos: 14.600/mm³ (com 12% bastões)
- Creatinina: 0,9 mg/dL
- Uréia: 36 mg/dL
- Glicemia: 102 mg/dL
- Gasometria arterial: PaO₂ = 51 mmHg (FiO₂ 21%)
- Radiografia de tórax: consolidação em base direita.

Qual a conduta inicial mais adequada neste caso?

- A) Internação hospitalar, iniciar Levofloxacino em monoterapia, fornecer oxigenoterapia de baixo fluxo e sem indicação de corticoide sistêmico.
- B) Internação hospitalar, iniciar Azitromicina endovenosa isolada, suplementar oxigênio conforme necessidade e não utilizar corticoide neste momento.
- C) Internação hospitalar, iniciar Ceftriaxona + Claritromicina, fornecer oxigenoterapia em alto fluxo e administrar Hidrocortisona sistêmica.**
- D) Internação hospitalar, iniciar Amoxicilina endovenosa, fornecer oxigenoterapia em máscara de Venturi e administrar Dexametasona sistêmica.
- E) Alta hospitalar, prescrever Claritromicina oral, hidratação oral e repetir radiografia de tórax em 7 dias para controle evolutivo.

77. Homem de 62 anos, previamente hipertenso, é admitido no pronto atendimento por déficit neurológico súbito iniciado há 2 horas: parestesia facial central à esquerda, disartria leve e parestesia braquial esquerda discreta.

Exame neurológico: NIHSS = 3 pontos.

TC de crânio: sem sinais de hemorragia ou alterações isquêmicas extensas.

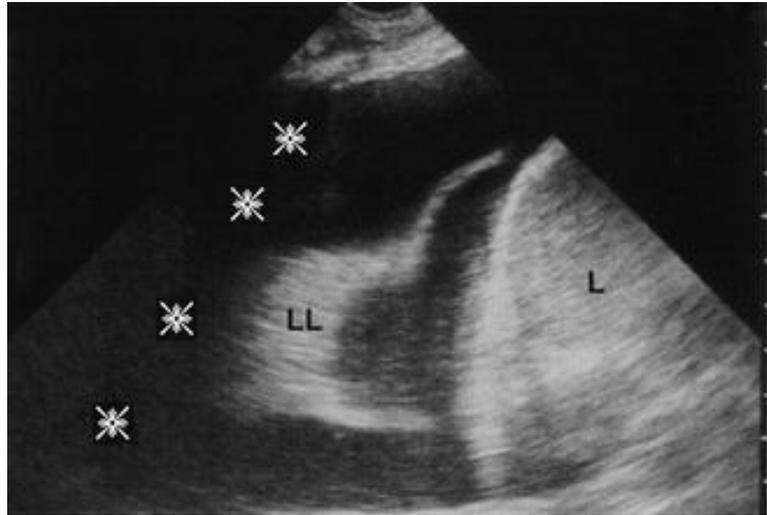
Paciente está hemodinamicamente estável e sem contraindicações para antiagregação.

Qual a conduta mais adequada neste caso?

- A) Iniciar anticoagulação plena com enoxaparina 1mg por kg a cada 12 horas subcutânea até elucidação da etiologia.
- B) Manter apenas aspirina em monoterapia, visto que o déficit foi mínimo.
- C) Indicar trombólise com alteplase intravenosa, com 0,9mg/kg sendo 10% realizado em bolus e o restante em 1 hora.
- D) Iniciar dupla antiagregação plaquetária com AAS + Clopidogrel, por tempo limitado, para prevenção de novos eventos.**
- E) Indicar trombectomia mecânica, pois atualmente é considerado o padrão ouro em pacientes com NIHSS superior a 2.

78. Homem de 61 anos, portador de hipertensão e tabagismo, procura o pronto-socorro por quadro de dispneia progressiva e febre há 3 dias. Ao exame físico, apresenta taquipneia, crepitações em base direita e saturação de O₂ em 88% em ar ambiente.

No atendimento inicial, você realiza ultrassonografia point-of-care (POCUS) segundo o **Protocolo BLUE**. No ponto **PLAPS** à direita, observa-se a seguinte imagem ultrassonográfica:



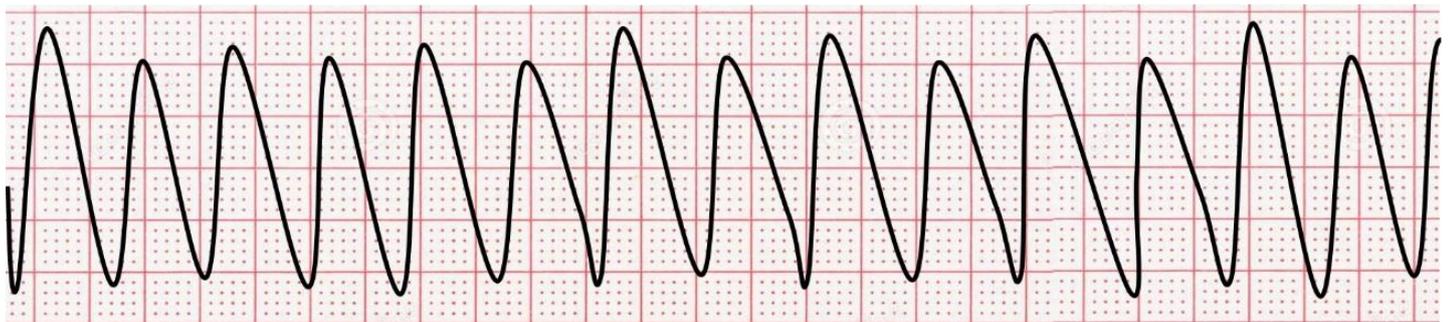
Lichtenstein, D.A. (2016). In: Lung Ultrasound in the Critically Ill. Springer

Qual o diagnóstico mais provável sugerido pelo achado ultrassonográfico?

- A) Broncoespasmo.
- B) Tromboembolismo pulmonar.
- C) Pneumotórax.
- D) Edema agudo de pulmão.
- E) Derrame pleural.**

79. Homem de 68 anos, previamente hipertenso e portador de doença coronariana, chega ao pronto atendimento com quadro súbito de palpitações intensas, tontura e rebaixamento do nível de consciência, com Escala de Coma de Glasgow de 6 Pontos, com pressão arterial de 62x34 mmHg, mas mantendo pulso palpável.

Na monitorização cardíaca, observa-se o traçado abaixo:



Fonte: <https://www.ecgedu.com/>

Qual deve ser a conduta imediata mais adequada para este paciente?

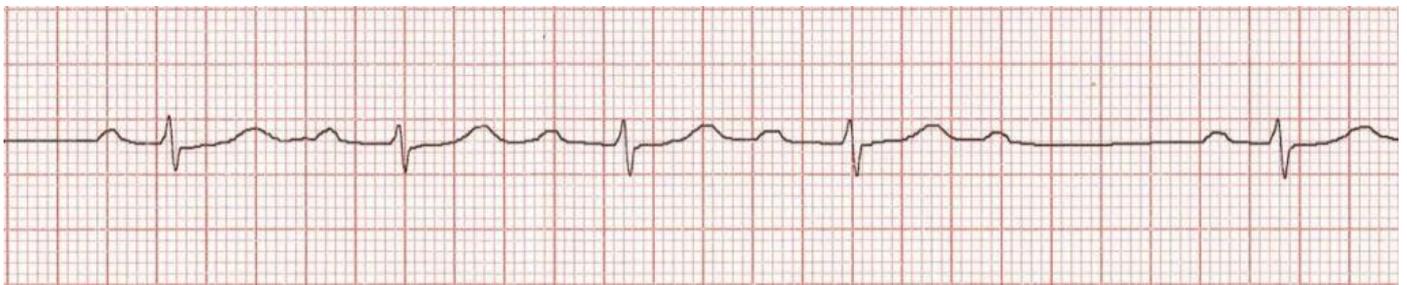
- A) Proceder com intubação orotraqueal para estabilização antes de medidas específicas.
- B) Realizar cardioversão elétrica sincronizada imediata.**
- C) Administrar amiodarona intravenosa como primeira intervenção.
- D) Realizar desfibrilação elétrica não sincronizada de forma imediata.
- E) Iniciar Expansão volêmica para controle da pressão.

80. Homem de 74 anos, previamente hipertenso e dislipidêmico, comparece ao pronto-socorro por episódios recorrentes de tontura e fraqueza nos últimos dias. Hoje apresentou pré-síncope durante caminhada curta.

Exame físico:

- PA: 118/66 mmHg
- FC: 42 bpm
- Ausculta cardíaca: bulhas normofonéticas, sem sopros
- Saturação O₂: 96% em ar ambiente

O ECG abaixo foi obtido na admissão:



Fonte: <https://litfl.com/>

Qual é o diagnóstico mais provável desse traçado?

- A) Bloqueio atrioventricular de 2º grau tipo Mobitz I.
- B) Bloqueio atrioventricular de 2º grau tipo Mobitz II.
- C) Bloqueio atrioventricular de alto grau.
- D) Bloqueio atrioventricular total (3º grau).
- E) Bradicardia sinusal com pausas sinusais prolongadas.

CIRURGIA GERAL

81. Os locais no osso escafoide em que ocorre a maioria das fraturas são

- A) Terço proximal e terço médio.
- B) Tubérculo e colo.
- C) Colo e terço médio.
- D) Terço proximal e tubérculo.
- E) Tubérculo e terço médio.

82. A complicação tardia mais comum após redução aberta e fixação interna de fraturas do rádio distal é

- A) Infecção superficial.
- B) Síndrome do túnel do carpo.
- C) Não união.
- D) Instabilidade ulnar.
- E) Rigidez articular.

83. Paciente de 52 anos, com pneumonia comunitária em tratamento hospitalar, apresenta derrame pleural à esquerda. Foram realizados exames em três pacientes diferentes:

- **Paciente A:** líquido pleural seroso, pH 7,35, glicose 90 mg/dL, DHL 180 U/L, sem bactérias à bacterioscopia.
- **Paciente B:** líquido turvo, pH 6,9, glicose 84 mg/dL, DHL 780 U/L.
- **Paciente C:** líquido sero-hemático, pH 7,25, glicose 60 mg/dL, DHL 350 U/L, bacterioscopia negativa.
- **Paciente D:** líquido claro, pH 7,40, glicose 100 mg/dL, DHL 180 U/L, sem evidência de células inflamatórias.
- **Paciente E:** líquido turvo, pH 7,28, glicose 75 mg/dL, DHL 480 U/L, bacterioscopia negativa.

Em qual dos pacientes a drenagem pleural está indicada de forma imediata?

- A) Paciente A.
- B) Paciente B.**
- C) Paciente C.
- D) Paciente D.
- E) Paciente E.

84. Homem de 69 anos, tabagista e hipertenso, foi diagnosticado com aneurisma de aorta abdominal infrarrenal em exame de imagem. Atualmente está assintomático. Achados da angiotomografia:

- Aneurisma infrarrenal fusiforme
- Diâmetro transverso máximo: 5,8 cm
- Extensão total: 6,5 cm
- Colos proximais de 2,2 cm
- Ausência de dissecação ou trombos murais significativos

Qual a conduta recomendada neste caso?

- A) Acompanhar com imagem semestral, pois o risco de ruptura ainda é baixo.
- B) Tratar clinicamente com controle de fatores de risco e reavaliar em 12 meses.
- C) Indicar reparo apenas se houver sintomas ou crescimento >1 cm/ano.
- D) Indicar reparo eletivo do AAA, já que apresenta diâmetro $\geq 5,5$ cm em homem.**
- E) Postergar a indicação até o aneurisma atingir $\geq 7,0$ cm.

85. Homem de 27 anos, vítima de acidente motociclístico, chega ao pronto-socorro em Glasgow 6 (A2V1M3), pupilas anisocóricas, pressão arterial 86/54 mmHg, frequência cardíaca 128 bpm, saturação de O₂ 89% em máscara de reservatório.

Na avaliação inicial, foi assegurada via aérea pérvia com IOT, acesso venoso calibroso e reposição volêmica inicial.

Qual deve ser a conduta imediata adequada?

- A) Manter medidas de suporte, garantir oxigenação, estabilizar hemodinamicamente, solicitar TC de crânio e contatar equipe de neurocirurgia para avaliação precoce.**
- B) Realizar hiperventilação agressiva de rotina, visando reduzir a pressão intracraniana em todos os casos de TCE grave.
- C) Administrar corticoide intravenoso, já que tem efeito comprovado na melhora de mortalidade no TCE grave.
- D) Postergar a realização de exames de imagem até estabilização completa em UTI, priorizando tratamento clínico inicial.
- E) Evitar encaminhamento precoce à neurocirurgia, pois a maioria dos casos de TCE grave pode ser manejada clinicamente.

86. Mulher de 64 anos, diabética e obesa, procura pronto-socorro com dor abdominal difusa, febre, taquicardia e hipotensão. O exame físico mostra sinais de irritação peritoneal difusa. A tomografia computadorizada evidenciou diverticulite sigmoide classificada como **Hinchey IV**.

Qual é a conduta mais adequada?

- A) Indicar apenas antibioticoterapia de amplo espectro, pois Hinchey IV pode evoluir com resolução espontânea.
- B) Realizar drenagem percutânea guiada por imagem como primeira linha, mesmo em peritonite difusa.
- C) Solicitar colonoscopia imediata antes da decisão cirúrgica, para confirmar a etiologia.
- D) Indicar laparoscopia diagnóstica sem ressecção, reservando cirurgia para falha clínica.
- E) Indicar laparotomia de emergência com ressecção do segmento colônico afetado e procedimento de Hartmann, associada a antibioticoterapia.**

87. Durante auditoria em um centro cirúrgico, avaliou-se a adesão às **Metas Internacionais de Segurança do Paciente** no perioperatório.

Qual das ações abaixo corresponde **CORRETAMENTE** a uma dessas metas?

- A) Priorizar a redução do tempo anestésico total, sendo este o objetivo central da meta de segurança cirúrgica.
- B) Conferir identidade do paciente, procedimento e sítio cirúrgico antes da indução anestésica, como parte essencial da meta “cirurgia segura”.**
- C) Permitir que o checklist cirúrgico seja opcional em procedimentos considerados de baixo risco.
- D) Realizar profilaxia antimicrobiana em qualquer momento do perioperatório, sem relação temporal com a incisão cirúrgica.
- E) Considerar dispensável a checagem de todos os membros da equipe, bastando a validação do cirurgião principal.

88. Você está de plantão na sala de emergência e será necessário realizar intubação orotraqueal em um paciente com trauma grave. Antes de prosseguir, a equipe discute as características dos principais agentes hipnóticos que podem ser utilizados.

Assinale a alternativa que associa **CORRETAMENTE** a droga ao seu perfil farmacológico.

- A) Propofol – indicado preferencialmente em pacientes instáveis hemodinamicamente, pois mantém pressão arterial.
- B) Quetamina – contraindicada em pacientes com asma por causar broncoconstrição significativa.
- C) Etomidato – Pode causar supressão adrenal transitória.**
- D) Midazolam – possui início de ação muito rápido e curta duração, sendo ideal como agente único na sequência rápida de intubação.
- E) Tiopental – promove efeito analgésico importante, sendo a melhor escolha para trauma com dor intensa.

89. Homem de 64 anos, portador de neoplasia gástrica, foi submetido a gastrectomia subtotal há 10 dias. Evoluiu no pós-operatório com íleo paralítico prolongado, mantendo-se em jejum por 9 dias, recebendo apenas hidratação endovenosa. Após introdução de dieta enteral em débito contínuo, apresentou quadro clínico compatível com **síndrome de realimentação**.

Qual das alterações abaixo faz parte das manifestações típicas desta síndrome?

- A) Hiperglicemia e hiponatremia isolada, secundárias ao excesso de carboidratos na dieta inicial.
- B) Hiperfosfatemia, hipercalemia e hipermagnesemia, decorrentes da liberação de eletrólitos pelos tecidos.
- C) Hipocalcemia isolada e alcalose respiratória, relacionadas ao aumento da ventilação minuto.
- D) Hipofosfatemia, hipocalemia e hipomagnesemia, resultantes do anabolismo celular súbito.**
- E) Hipernatremia e acidose metabólica, associadas à sobrecarga de fluidos intravenosos.

90. Durante o atendimento inicial de um paciente politraumatizado em choque hemorrágico, com rebaixamento do nível de consciência e necessidade de controle imediato da via aérea, a equipe decide realizar intubação orotraqueal sob sequência rápida induzida por drogas. Considerando as recomendações da **11ª edição do ATLS (2023)**, assinale a alternativa **CORRETA** em relação à escolha de fármacos para indução neste cenário.

- A) A quetamina é considerada uma droga adequada em pacientes com choque, pois mantém a pressão arterial e a perfusão tecidual, além de proporcionar broncodilatação.**
- B) O etomidato deve ser evitado em pacientes em choque por aumentar o risco de instabilidade hemodinâmica significativa.
- C) O midazolam é preferido na sequência rápida de intubação no trauma devido à sua ação ansiolítica e estabilidade cardiovascular.
- D) O propofol é a melhor opção para pacientes com TCE e instabilidade hemodinâmica, pois reduz a pressão intracraniana sem comprometer o débito cardíaco.
- E) A succinilcolina está contraindicada em todos os pacientes com trauma, independentemente do tempo de evolução, devido ao risco de hiperpotassemia.

91. Homem de 42 anos, previamente saudável, procura o pronto-socorro com dor lombar direita intensa, de início súbito há 6 horas, irradiada para fossa ilíaca e região inguinal. Refere náuseas, sem febre.

Exame físico:

- PA: 136/82 mmHg
- FC: 92 bpm
- SatO₂: 98% em ar ambiente
- Dor lombar direita importante, sem sinais peritoneais

Exames laboratoriais:

- Creatinina: 1,0 mg/dL
- Urina I: hematúria microscópica, sem leucocitúria
- Hemograma: leucócitos 8.400/mm³

TC de abdome sem contraste: cálculo ureteral distal direito de 6 mm, discreta hidronefrose ipsilateral.

Sobre a conduta mais adequada, assinale a **CORRETA**.

- A) Analgesia apenas com butilscopolamina endovenosa (Buscopan®), sem necessidade de outras medidas, visto que cálculos <1 cm eliminam espontaneamente.
- B) Internação hospitalar e colocação imediata de cateter duplo J, já que cálculos ureterais distais >5 mm não eliminam espontaneamente.
- C) Analgesia com AINE, hidratação, uso de alfabloqueador e acompanhamento, pois há chance de eliminação espontânea.**
- D) Encaminhar para litotripsia extracorpórea (LECO) de urgência, pois cálculos ureterais distais respondem melhor a tratamento intervencionista precoce.
- E) Manter analgesia com opioide de resgate e observar em pronto-socorro, sem necessidade de alfabloqueador, pois não há evidência para tratamento adjuvante.
92. Em relação ao manejo da pancreatite aguda segundo as atualizações mais recentes das diretrizes internacionais (IAP/APA, AGA, WSES), qual das alternativas abaixo está **CORRETA**?
- A) A realização precoce de CPRE (primeiras 24h) é indicada rotineiramente em todos os pacientes com pancreatite aguda biliar, independentemente da presença de colangite ou obstrução persistente da via biliar.
- B) O início precoce da nutrição enteral (por via oral ou sonda nasojejunal, conforme tolerância), preferencialmente dentro das primeiras 24–48 horas, está associado a menor risco de infecção e complicações em comparação ao jejum prolongado.**
- C) O uso de antibióticos profiláticos em pacientes com pancreatite aguda grave comprovadamente reduz mortalidade e é recomendado sistematicamente nas diretrizes atuais.
- D) A reposição volêmica agressiva nas primeiras 24 horas com solução salina isotônica mostrou-se superior à hidratação guiada por metas individualizadas, reduzindo complicações respiratórias e necessidade de UTI.
- E) A necrosectomia pancreática deve ser realizada precocemente (dentro da primeira semana) em pacientes com necrose infectada documentada, pois há benefício em reduzir sepse e complicações sistêmicas.
93. Paciente de 30 anos, gestante com 20 semanas, apresentou queixa de dor e edema de membro inferior esquerdo. Após consulta teve diagnóstico de Trombose venosa profunda. Das opções abaixo, qual tratamento está contraindicado para esta paciente:
- A) Heparina EV até o final da gestação de forma exclusiva.
- B) Enoxaparina Intravenosa até o final da gestação de forma exclusiva.
- C) Repouso complementar a terapia anticoagulante.
- D) Rivaroxabana 15mg a cada 12 horas por 21 dias.
- E) Enoxaparina com ponte para warfarina.**

94. Paciente de 40 anos, com história de diabetes melitus é admitido no pronto socorro com história de dor abdominal intensa, de início progressivo nas últimas horas, associado a náusea e evacuação com melena em pequena quantidade. Ao exame paciente com redução de ruídos hidro-aéreos, dor importante em abdome a palpação profunda, com abdome levemente distendido, flácido sem sinais de defesa abdominal. Afebril, taquicárdico e facies de sofrimento, vasos sublinguais murchos. Em relação a este caso, pode-se afirmar:

- A) A distensão ainda em fase inicial pelo curto espaço de tempo fazem pensar em oclusão intestinal e a presença de melena leva ao diagnóstico mais provável de tumor de reto.
- B) Abdome agudo nesta faixa etária mais comum é inflamatório e a ecografia, apesar de menor especificidade que a tomografia já pode fazer o diagnóstico e definir tratamento.
- C) Os vasos sublinguais murchos são sinais de falência cardíaca e a reposição líquida deve ser restrita e cuidadosa.
- D) A hipótese mais provável é de abdome agudo isquêmico e deve ser realizada uma angiotomografia para diagnóstico.**
- E) Este paciente tem uma HDB e deve ser encaminhado imediatamente a colonoscopia.

95. Um paciente masculino de 65 anos, tabagista pesado, com história de DPOC e angina estável (classe funcional II – CCS), é avaliado no ambulatório de cirurgia geral para uma colectomia eletiva por adenocarcinoma de cólon. Na consulta pré-anestésica, apresenta pressão arterial de 150/95 mmHg em uso irregular de anti-hipertensivos, saturação de O₂ em ar ambiente de 92% e ECG com sinais de isquemia subendocárdica antiga. O ecocardiograma mostra fração de ejeção de 40%.

Com base nas recomendações atuais de avaliação pré-operatória e estratificação de risco, assinale a alternativa **CORRETA**.

- A) O paciente deve obrigatoriamente realizar cinecoronariografia antes da cirurgia, uma vez que apresenta angina e disfunção ventricular esquerda.
- B) O uso de beta-bloqueador deve ser iniciado em dose plena 24 horas antes da cirurgia para redução do risco cardiovascular perioperatório.
- C) O exame de espirometria deve ser solicitado de rotina para todo paciente com DPOC candidato à cirurgia abdominal eletiva.
- D) A presença de saturação basal de O₂ <94% contraindica a realização de cirurgia eletiva, devendo-se aguardar otimização clínica completa para agendamento.
- E) A avaliação funcional com teste cardiopulmonar (VO₂ máximo e METs) pode ser útil para estimar o risco perioperatório, especialmente em pacientes com capacidade funcional incerta.**

96. Homem de 27 anos procura o pronto-socorro com dor abdominal há 24 horas, iniciada em região periumbilical, migrando para fossa ilíaca direita, associada a náuseas, anorexia e febre baixa. Ao exame físico, apresenta dor à palpação profunda em fossa ilíaca direita e sinal de Blumberg positivo. Exames laboratoriais mostram leucocitose com desvio à esquerda.

A respeito da apendicite aguda, assinale a alternativa **CORRETA**.

- A) O sinal de Rovsing é caracterizado pela dor referida em fossa ilíaca direita à compressão da fossa ilíaca direita, sendo altamente específico.
- B) O ultrassom abdominal é exame de primeira escolha em adultos jovens do sexo masculino, por apresentar maior acurácia que a tomografia computadorizada (TC).
- C) O tratamento cirúrgico preferencial é a apendicectomia, que pode ser realizada por via aberta ou laparoscópica, sendo esta última associada a menor taxa de complicações de ferida operatória.**
- D) Apendicite aguda retrocecal geralmente apresenta quadro clínico típico, com dor localizada precocemente em fossa ilíaca direita e sinais peritoneais intensos.
- E) A dor migratória de região periumbilical para fossa ilíaca direita é considerada achado tardio e pouco frequente da apendicite aguda.

97. Paciente feminino, de 40 anos, com 60kg, referindo apenas ser portadora de DIU, sem outras comorbidades e portadora de lipoma de dorso, com plano de exérese sob anestesia local. Considerando a dose tóxica de lidocaína em 5mg/kg e de 7mg/kg quando associado a epinefrina, qual a quantidade máxima de lidocaína 1% com epinefrina, que pode ser usada com segurança para este paciente:

- A) 30 a 40ml.**
- B) 50 a 60 ml.
- C) 60 a 70ml.
- D) 70 a 80ml.
- E) 80 a 100ml.

98. Homem, 62 anos, dor em hipocôndrio direito há 3 dias, febre 38,2 °C, PA 128x76, FC 96. Murphy positivo, leucócitos 15.200/mm³. US: parede 6 mm, cálculo impactado em infundíbulo, sem abscesso.

Qual a melhor conduta?

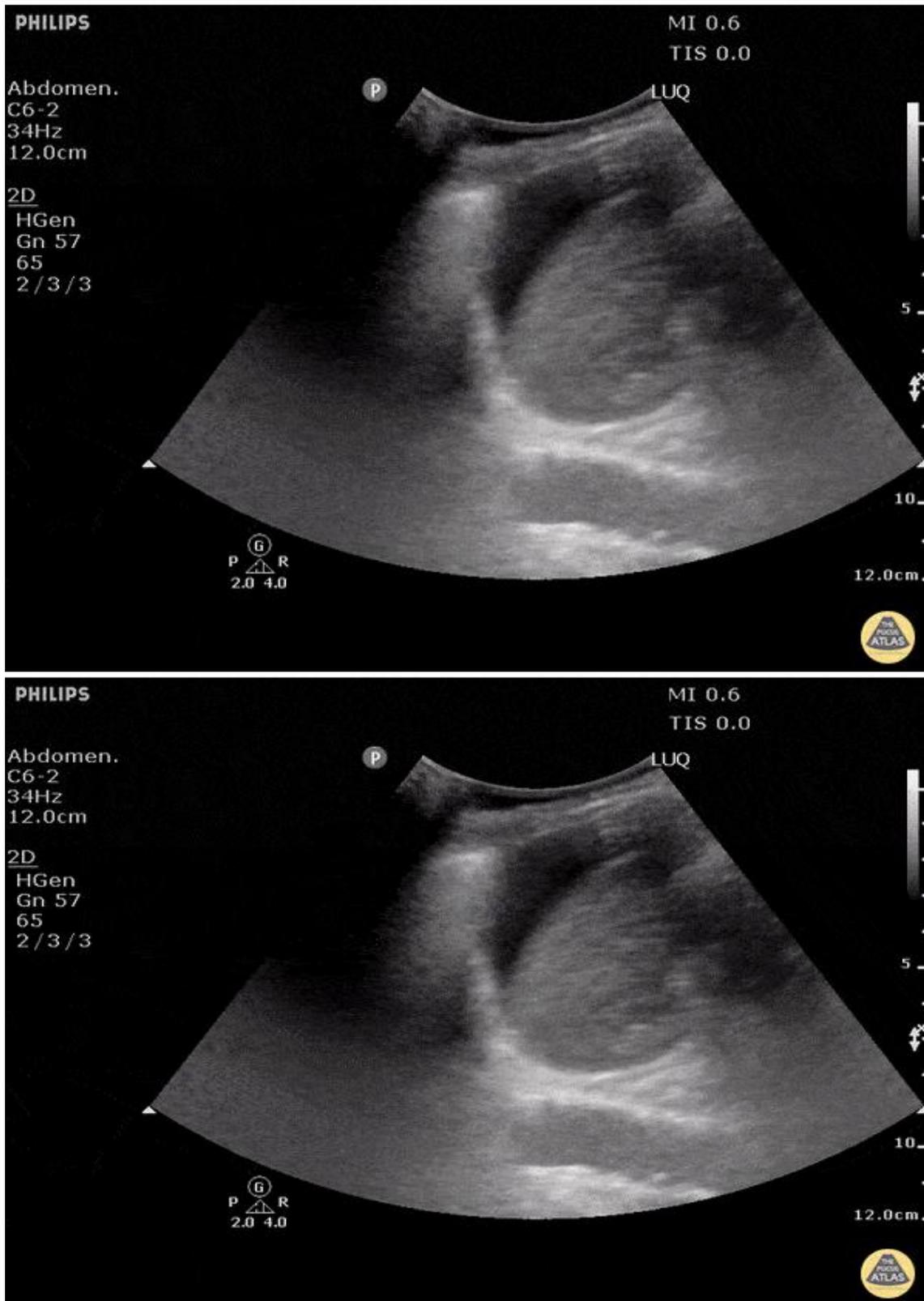
- A) Antibioticoterapia + colecistectomia em 6–8 semanas.
- B) Antibioticoterapia + colecistectomia laparoscópica precoce (mesma internação).**
- C) Drenagem percutânea e alta.
- D) Colecistectomia aberta imediata para todos.
- E) Somente Antibioticoterapia por 14 dias e alta.

99. Em relação à anatomia da região inguinal e sua importância na compreensão das hérnias inguinais, assinale a alternativa **CORRETA**.

- A) O anel inguinal profundo está localizado na fáscia transversal, lateralmente aos vasos epigástricos inferiores, sendo o ponto de saída das hérnias inguinais diretas.
- B) O ligamento de Cooper é a estrutura formada pelo espessamento da aponeurose do músculo transverso do abdome, sendo um reparo anatômico utilizado em correções posteriores do canal inguinal.
- C) O trígono de Hesselbach é formada pelo ligamento inguinal, pelos vasos epigástricos inferiores e pela borda lateral do músculo reto abdominal, delimitando a área de ocorrência das hérnias inguinais diretas.**
- D) O anel inguinal superficial é limitado medialmente pelo pilar lateral e lateralmente pelo pilar medial da aponeurose do músculo oblíquo externo.
- E) As hérnias femorais ocorrem acima do ligamento inguinal e medialmente à veia femoral, atravessando o anel inguinal profundo.

100. Homem de 28 anos, vítima de colisão automobilística, chega ao pronto-socorro instável hemodinamicamente (PA 78x40 mmHg, FC 136 bpm, SatO₂ 90% em O₂ suplementar). No atendimento inicial pelo protocolo ATLS, é realizada ultrassonografia abdominal (FAST), que mostra as seguintes imagens nos cortes hipocôndrio direito, hipocôndrio esquerdo e pelve (imagens abaixo).





Fonte: <https://www.thepocusatlas.com/>

Com base no protocolo FAST, qual a interpretação **CORRETA** e a conduta imediata?

- A) FAST negativo – estabilizar clinicamente e solicitar tomografia de abdome com contraste.
- B) FAST inconclusivo por artefatos – repetir o exame em 24 horas.
- C) FAST Positivo em Pelve – indicar laparoscopia diagnóstica.
- D) FAST negativo – liberar o paciente após observação clínica de 6 horas.
- E) FAST positivo para líquido livre intraperitoneal – indicar laparotomia exploradora imediata.**

EM BRANCO

EM BRANCO
