EINSTEIN
Hospital Israelita

PROGRAMAS DE RESIDÊNCIA MÉDICA
PROCESSO SELETIVO 2027

001. PROVA ESCRITA OBJETIVA (TEÓRICA)

ACESSO DIRETO

Programas: Anestesiologia | Cirurgia Geral | Clínica Médica | Ginecologia e Obstetrícia | Medicina de Emergência | Medicina de Família e Comunidade | Medicina Intensiva | Neurologia | Ortopedia e Traumatologia | Patologia | Patologia Clínica e Medicina Laboratorial | Pediatria | Psiquiatria | Radiologia e Diagnóstico por Imagem

- Você recebeu sua folha de respostas e este caderno contendo 75 questões objetivas.
- Confira seus dados impressos na capa deste caderno e na folha de respostas.
- Quando for permitido abrir o caderno, verifique se está completo ou se apresenta imperfeições. Caso haja algum problema, informe ao fiscal da sala para a devida substituição desse caderno.
- Leia cuidadosamente todas as questões e escolha a resposta que você considera correta.
- Marque, na folha de respostas, com caneta de tinta preta, a letra correspondente à alternativa que você escolheu.
- A duração da prova é de 4 horas, já incluído o tempo para o preenchimento da folha de respostas.
- Só será permitida a saída definitiva da sala e do prédio após transcorridas 2 horas do início da prova.
- Deverão permanecer em cada uma das salas de prova os 3 últimos candidatos, até que o último deles entregue sua prova e assine o termo respectivo.
- Ao sair, você entregará ao fiscal a folha de respostas e este caderno.
- Até que você saia do prédio, todas as proibições e orientações continuam válidas.

AGUARDE A ORDEM DO FISCAL PARA ABRIR ESTE CADERNO.

Nome do candidato

RG | Inscrição | Prédio | Sala | Carteira

FUNDAÇÃO vunesp

Confidencial até o momento da aplicação.

QUESTÃO 01

Paciente do sexo masculino, 62 anos, tabagista, hipertenso e diabético procura a unidade de emergência com dor precordial de forte intensidade, sudorese e vômitos iniciados há 1 hora. A perfusão periférica está diminuída, extremidades frias e pressão arterial de 80/40 mmHg. O eletrocardiograma evidencia supradesnível do segmento ST em parede anterior. Ecocardiograma realizado em situação de emergência demonstra disfunção ventricular severa com acinesia de parede anterior e apical.

Em relação ao caso descrito, assinale a alternativa correta.

(A) Deve-se iniciar suporte com balão intra-aórtico com objetivo de aumentar o débito cardíaco e aumentar a sobrevida em 6 meses.

(B) É necessário realizar imediatamente uma cineangiocoronariografia com angioplastia primária de artéria culpada com suporte de inotrópicos e vasopressores.

(C) É necessário transferir para a unidade de terapia intensiva para estabilização inicial com inotrópicos e vasoconstritores para, posteriormente, realizar cineangiocoronariografia em melhor condição clínica.

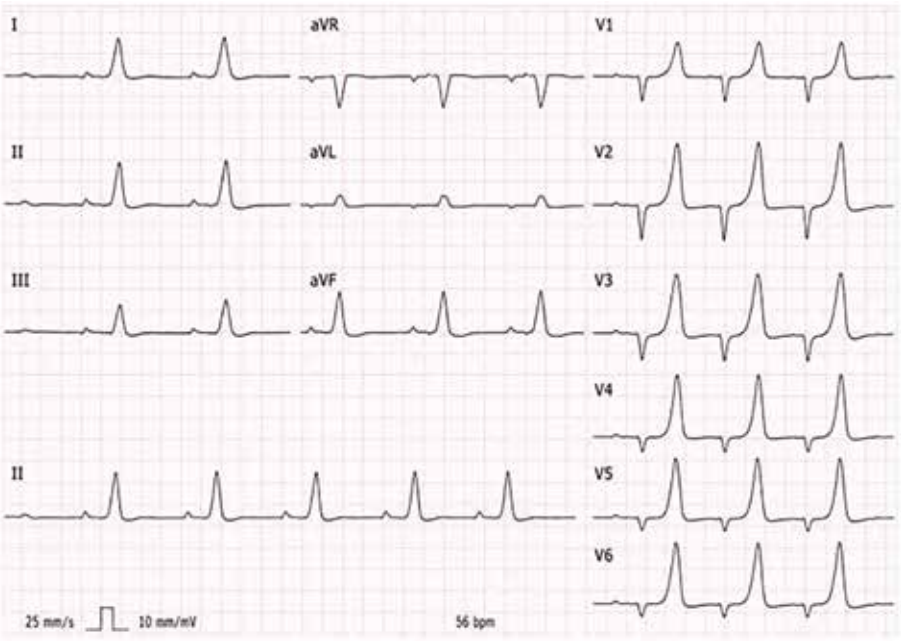
(D) Deve-se solicitar avaliação urgente do cirurgião cardíaco para o tratamento de provável complicação mecânica precoce do infarto.

QUESTÃO 02

Paciente do sexo masculino, 72 anos de idade, hipertenso e portador de doença renal crônica estágio 3b, procura o pronto-socorro por fraqueza muscular progressiva, náuseas e mal-estar há 1 dia. Refere quadro compatível com gastroenterite há 3 dias, com múltiplos episódios de diarreia e redução da ingesta hídrica. Faz uso de atenolol, losartana e espironolactona. Está consciente, PA: 102/64 mmHg, FC: 56 bpm.

Exames iniciais: potássio: 7,2 mEq/L, ureia: 180 mg/dL, creatinina: 3,5 mg/dL, bicarbonato: 14 mEq/L, gasometria arterial: pH 7,23, $PaCO_2$: 31 mmHg.

ECG realizado na admissão, demonstrado a seguir:



(Arquivo pessoal; imagem usada com autorização)

Qual é a conduta inicial mais adequada?

(A) Suspender losartana e espironolactona, administrar ciclossilicato de zircônio e reavaliar o potássio em 4 a 6 horas.

(B) Administrar cálcio intravenoso, insulina com glicose e bicarbonato, hidratação com cristaloide isotônico e monitorização.

(C) Iniciar furosemida intravenosa e hidratação. Não administrar cálcio endovenoso, pois pode piorar a bradicardia.

(D) Usar bicarbonato intravenoso como medida principal e indicar cálcio apenas se houver arritmia sustentada no monitor.

QUESTÃO 03

Homem, 62 anos, portador de cirrose de etiologia alcoólica, em uso domiciliar de furosemida 40 mg/dia, espironolactona 100 mg/dia e carvedilol 6,25 mg a cada 12 horas. Internado há 3 dias para tratamento de peritonite bacteriana espontânea (PBE) com ceftriaxona 1 g EV a cada 12 horas. Na admissão apresentava febre e dor abdominal; exames: creatinina: 1,3 mg/dL (VR: 0,7–1,3), ureia: 70 mg/dL (VR: 15–45), sódio: 137 mEq/L (VR: 135–145), potássio: 3,8 mEq/L (VR: 3,5–5,0), gasometria venosa sem alterações.

Hoje, os exames mostram: creatinina: 3,2 mg/dL, ureia: 170 mg/dL, sódio: 131 mEq/L, potássio: 4,6 mEq/L; gasometria venosa: pH 7,36 (VR: 7,35–7,45), bicarbonato: 23 mEq/L (VR: 22–26), pCO_2: 38 mmHg (VR: 35–45), Urina Tipo 1 sem alterações, FENA $<$ 1%. Paciente encontra-se em regular estado geral, com leve sonolência, PA: 110/70 mmHg, afebril, abdome ascítico e indolor à palpação, edema 1+/4+ em membros inferiores. A equipe assistente suspendeu os diuréticos da prescrição.

Considerando a hipótese mais provável, qual é a opção mais adequada para a próxima conduta?

(A) Iniciar Terlipressina + Albumina EV.

(B) Realizar expansão com Albumina EV por 24-48 horas.

(C) Escalonar antibioticoterapia.

(D) Indicar hemodiálise de urgência.

QUESTÃO 04

Mulher, 71 anos, portadora de hipertensão e osteoartrite de joelhos, em uso de Losartan 50 mg 1x ao dia, assintomática, em avaliação anual. Exame físico sem alterações. Exames: TSH: 0,02 mUI/L (VR: 0,4–4,5) e T4 livre normal. Retorna após 3 meses com novos exames: TSH: 0,04 mUI/L e T4 livre normal, TRAb e anti-TPO negativos.

Qual é a conduta mais adequada?

(A) Observação e repetição do TSH em 6 meses.

(B) Início de betabloqueador isolado e reavaliação laboratorial em 1 ano.

(C) Início de tratamento com Metimazol.

(D) Cintilografia e Ultrassom de tireoide e retorno em 3 meses.

QUESTÃO 05

Homem de 62 anos, hipertenso em uso de hidroclortiazida, ex-tabagista (50 maços/ano, cessou tabagismo há 2 anos), procura atendimento por tosse pouco produtiva diária pela manhã, com expectoração clara, há quatro anos. Refere ainda dispneia ao subir escadas há 2 anos, mas tolera caminhar no plano, embora de forma mais lenta que sua esposa, de 63 anos, e por vezes faz pausas para descanso. Nega ortopneia ou edema de membros inferiores. Há 1 mês teve uma pneumonia, que foi tratada com antibiótico oral, em casa. Nega outras idas a Pronto-Socorro no último ano. Ao exame físico, encontra-se em bom estado geral, eupneico em repouso, $SatO_2$: 94%, FC: 82ppm, PA: 150x85mmHg. Ausculta pulmonar e cardíaca inalteradas. Há 2 meses havia feito uma espirometria, que mostrava VEF1/CVF: 0,68, com VEF1 pré-broncodilatador de 78% e pós-broncodilatador de 82% do predito.

Assinale a alternativa que apresenta a melhor opção terapêutica para esse paciente n momento.

(A) Formoterol + budesonida inalados, de manutenção, e usar a mesma medicação para alívio de sintomas.

(B) Salbutamol ou Brometo de ipratrópio inalado para alívio de sintomas.

(C) Vilanterol + umeclidínio inalados, de manutenção, e salbutamol para alívio de sintomas.

(D) Formoterol + budesonida inalados, de manutenção, e salbutamol para alívio de sintomas.

QUESTÃO 06

Mulher de 28 anos, previamente saudável, portadora apenas de rinite alérgica. Durante período menstrual teve intensa cólica no hipogastro e medicou-se com Ibuprofeno. Após 30 min começou a evoluir com edema labial inferior, progressivo, até ficar deformante, levando-a ao Pronto Atendimento. Chegou referindo sensação de dispneia e de “aperto no pescoço”. Ao exame físico, não havia disfonia, notava-se edema deformante no lábio inferior, FC: 110ppm, FR: 18ipm, PA: 100x70mmHg, $satO_2$: 97% em ar ambiente, ausculta cervical normal e ausculta torácica sem ruídos adventícios.

Nesse momento, a melhor conduta é

(A) administrar anti-histamínico oral e observar evolução.

(B) administrar anti-histamínico e corticoide IV e observar evolução.

(C) administrar adrenalina, anti-histamínico e cristaloide via IV.

(D) colocar em posição supina e aplicar adrenalina IM no vasto lateral da coxa.

QUESTÃO 07

Uma mulher de 47 anos é admitida no departamento de emergência por rebaixamento do nível de consciência. Familiares relatam febre, tosse produtiva e prostração há quatro dias. Nas últimas 24 horas tornou-se progressivamente sonolenta.

Os familiares relatam que ela é diabética e faz uso de metformina e insulina NPH. Os seus sinais vitais são: PA: 78 × 42 mmHg, FC: 126 bpm, FR: 26 irpm, Temperatura: 39,2 ºC, Saturação: 90% em ar ambiente. Ela encontra-se sonolenta, desidratada, com extremidades frias e enchimento capilar de 5 segundos. Há crepitações em base pulmonar direita.

Exames:

Leucócitos: 23.500/mm^3
Na = 132mEq/L
K: 4,5mEq/L
Creatinina: 5,8 mg/dL
Ureia: 180 mg/dL
Lactato: 6,2 mmol/L
Cl = 94 mEq/L
Glicemia: 486 mg/dL
pH: 7,19
HCO_3^-: 10 mEq/L
$PaCO_2$: 25 mmHg
Radiografia de tórax evidencia consolidação em lobo inferior direito.

Após expansão volêmica inicial, permanece anúrica.

Qual dos seguintes exames complementares tem maior probabilidade de modificar a conduta imediata dessa paciente?

(A) Cortisol sérico.

(B) β-hidroxibutirato sérico.

(C) Procalcitonina.

(D) Albumina sérica.

QUESTÃO 08

Uma mulher de 34 anos é levada ao serviço de emergência após ser encontrada inconsciente pelo marido. O casal mora em uma pequena propriedade rural onde produz hortaliças para comercialização. A paciente apresentava humor deprimido, isolamento social e perda do interesse pelas atividades habituais. Na manhã da admissão, ao retornar do trabalho, o marido encontrou a paciente inconsciente no quintal da residência, sem sinais de trauma.
Na admissão, apresenta escore de Glasgow de 7 (abertura ocular 1, resposta verbal 2, resposta motora 4). Os sinais vitais são: temperatura: 36,2 ºC, pressão arterial: 88 × 54 mmHg, frequência cardíaca: 44 bpm, frequência respiratória: 26 irpm e saturação de oxigênio de 88% em ar ambiente.

Ao exame físico, observa-se miose bilateral, sialorreia intensa, lacrimejamento, sudorese profusa e secreção abundante em vias aéreas. A ausculta pulmonar evidencia roncos difusos e sibilos bilaterais. O abdome apresenta ruídos hidroaéreos aumentados, e há evacuação e diurese involuntárias. Durante o exame são observadas fasciculações musculares em membros superiores e inferiores. A glicemia capilar é de 118 mg/dL.

Qual dos seguintes medicamentos deve ser administrado imediatamente, além das medidas de suporte?

(A) Flumazenil.

(B) Atropina.

(C) Naloxona.

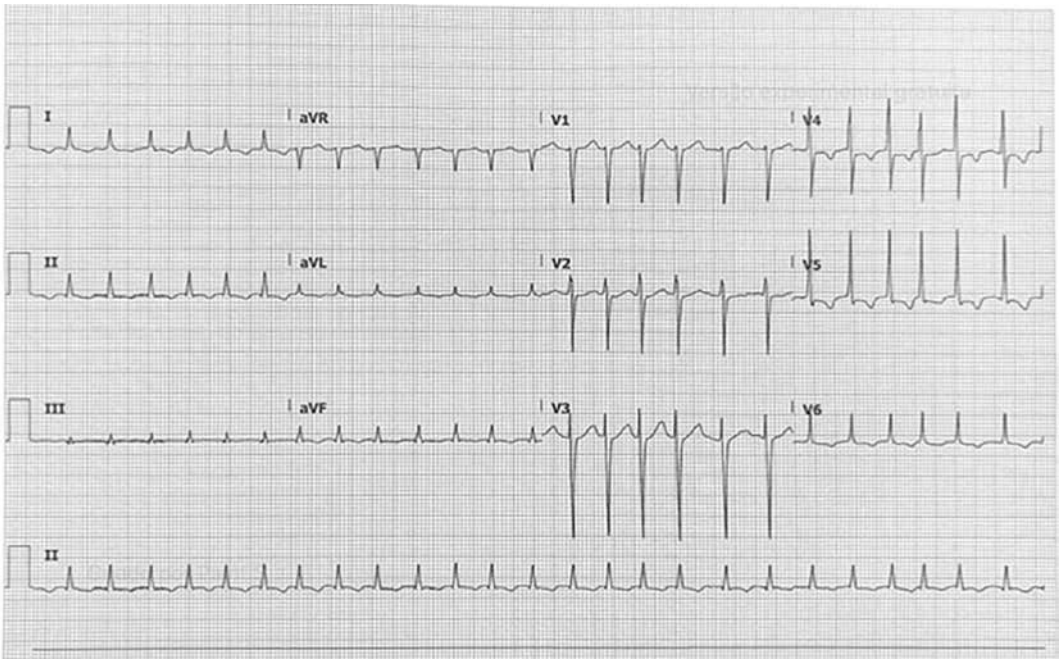
(D) Fisostigmina.

QUESTÃO 09

Homem de 52 anos, hipertenso em uso regular de losartana 50 mg 1x ao dia, procura pronto atendimento por palpitações irregulares e dispneia leve iniciadas há cerca de 72 horas após episódio de ingestão alcoólica excessiva em confraternização. Nega episódios prévios conhecidos.

Ao exame: PA: 126 × 78 mmHg, pulso: 138 bpm irregular, $SatO_2$: 98% em ar ambiente.

Ausculta pulmonar normal.
Ausculta cardíaca com Ritmo cardíaco irregular em 2 tempos.
Extremidades quentes bem perfundidas.
O ECG realizado está demonstrado a seguir:



(Arquivo pessoal; imagem usada com autorização)

Após controle da frequência cardíaca com betabloqueador, mantém palpitações e intolerância aos esforços habituais. ECG de controle com ritmo semelhante, mas com FC de 80. Realizou ecocardiograma transtorácico que evidenciou FEVE 64%, dimensões das câmaras cardíacas normais, sem cardiopatia estrutural relevante.

A melhor conduta no momento é

(A) manter controle da frequência cardíaca e reavaliar em acompanhamento ambulatorial, devido à possibilidade de reversão espontânea da arritmia.

(B) realizar cardioversão elétrica imediata após administração de heparina intravenosa.

(C) iniciar anticoagulação plena, realizar ecocardiograma transesofágico e, na ausência de trombo atrial, proceder cardioversão elétrica.

(D) iniciar anticoagulação plena e programar cardioversão elétrica em 48 horas.

QUESTÃO 10

Paciente do sexo feminino, 31 anos de idade, é admitida na sala de emergência com queixa de tontura e sonolência há um dia. Refere prostração intensa há vários dias e desenvolveu náuseas, dores abdominais e vômitos intensos no último dia. É previamente portadora de hipotireoidismo em uso de levotiroxina 75 mcg via oral uma vez ao dia, sem outras comorbidades ou uso de outras medicações. Ao exame de admissão, em mau estado geral, desidratada, abre os olhos ao chamado, confusa, Escala de coma de Glasgow 13, pressão arterial: 73/42 mmHg, frequência cardíaca: 138 bpm, ritmo cardíaco regular, pulso filiforme, tempo de enchimento capilar de 4 segundos, saturação: 96% em ar ambiente, frequência respiratória: 24 ipm, temperatura axilar: 37,7 ºC, abdome difusamente doloroso à palpação, sem dor a descompressão brusca, glicemia capilar: 51 mg/dL.

Para o manejo desse quadro, assinale a alternativa que apresenta a conduta mais adequada.

(A) Solucao cristaloide 250 mL intravenosa, no máximo, em bolus, considerando a baixa tolerabilidade a volume esperada.

(B) Início rápido de antibioticoterapia com ciprofloxacino 500 mg via oral após coleta de hemocultura e urocultura.

(C) Priorização de administração de hidrocortisona intravenosa antes do início de terapia vasopressora com noradrenalina.

(D) Correção de hipoglicemia com 15 g de carboidrato via oral e monitoramento com glicemia capilar após 15 minutos.

QUESTÃO 11

Paciente do sexo masculino, 28 anos de idade, previamente hígido, admitido em pronto-socorro por febre e dor torácica pleurítica direita há 3 semanas e dispneia progressiva. Exame físico compatível com derrame pleural, confirmado na radiografia. Submetido a toracocentese, com coleta de líquido amarelo-citrino, ligeiramente turvo e inodoro.

A análise do líquido e do sangue estão detalhadas a seguir:

Líquido pleural:
Dosagem de proteínas: 5,1g/dL
Desidrogenase lática: 232 U/L
Glicose: 76mg/dL
Ph 7,28 (7,40 a 7,66)
Adenosina deaminase: 74 U/L (<35 U/L)
Citologia: 2400 células/mm^3 (<1000 células/mm^3)
Diferencial: 86% linfócitos, 12% neutrófilos, 1% monócitos, <1% mesoteliócitos
Bacterioscopia negativa
Baciloscopia negativa
Teste rápido molecular para tuberculose negativo

Sangue:
Dosagem de proteínas: 7,3g/dL (6 a 8 g/dL)
Desidrogenase lática: 308 U/L (120 a 240 U/L)
Glicose: 81mg/dL (70 a 99mg/dL)

Com base nos resultados, é possível afirmar:

(A) a biópsia pleural para análise histopatológica e cultura é o padrão-ouro para confirmação diagnóstica.

(B) o teste rápido molecular associado a baciloscopia negativos tornam improvável o diagnóstico de tuberculose.

(C) testagem para HIV não faz parte da investigação complementar do paciente.

(D) a adenosina deaminase elevada em derrame pleural exclui as demais etiologias ao quadro.

QUESTÃO 12

Homem de 22 anos, previamente hígido, admitido no pronto atendimento uma hora após apresentar episódio compatível com crise tônico-clônica. À admissão, o paciente já havia recobrado a consciência; exame neurológico sem anormalidades.

Ele nega fatores desencadeantes para a crise, como privação de sono ou consumo excessivo de álcool. Nega uso regular de medicações. Refere história familiar de epilepsia – sua mãe teve crises convulsivas na adolescência.

Os exames laboratoriais iniciais estão todos dentro dos limites da normalidade. A tomografia de crânio é normal.

A respeito desse caso, assinale a alternativa correta.

(A) O diagnóstico de epilepsia não pode ser definido, pois o paciente apresentou apenas uma crise epiléptica não provocada.

(B) O diagnóstico de epilepsia pode ser confirmado se o paciente tiver uma crise provocada mais de 24 horas após a primeira crise.

(C) O diagnóstico de epilepsia pode ser afastado se o eletroencefalograma for normal.

(D) O diagnóstico de epilepsia pode ser confirmado, pois o paciente teve uma crise não provocada e tem história familiar positiva para epilepsia, indicando risco alto de recorrência.

QUESTÃO 13

Um paciente de 55 anos, hipertenso e diabético, apresenta quadro de endocardite bacteriana sub-aguda, com 21 dias de evolução. Era portador de valvopatia mitral. Tinha febre vespertina, fraqueza e perda de peso nesse período. À avaliação clínica tinha sopro sistólico evidente em posição mitral e sem sinais clínicos de embolização. O ecocardiograma transtorácico apresentava vegetação de 0,9 cm em valva mitral. De antecedente, relatava manipulação dentária extensa 35 dias antes dos sintomas. Três hemoculturas mostraram crescimento bacteriano.

Qual o provável agente e o melhor tratamento a ser instituído?

(A) *Staphylococcus aureus*; oxacilina.

(B) *Streptococcus mitis*; ceftriaxone.

(C) *Staphylococcus aureus*; oxacilina e gentamicina.

(D) *Streptococcus pneumoniae*; ceftriaxone e vancomicina.

QUESTÃO 14

Um paciente hígido de 25 anos é atendido durante um surto de dengue. Tinha febre, cefaleia retro-orbital e dores musculares que se iniciaram há 2 dias. Era assintomático antes e negava antecedente pessoal de dengue. O diagnóstico de dengue foi estabelecido.

Qual teste tem maior probabilidade de ter confirmado o diagnóstico nesse caso, no momento do diagnóstico?

(A) NS1 negativo, IgM positivo e IgG negativo.

(B) NS1 positivo, IgM negativo e IgG negativo.

(C) NS1 positivo IgM positivo e IgG negativo.

(D) NS1 negativo, IgM positivo e IgG positivo.

QUESTÃO 15

Um paciente de 18 anos, não vacinado para hepatite B, apresentou febre, artralgias, elevação de transaminases e bilirrubinas. Era usuário de drogas venosas ilícitas. Foi feito o diagnóstico de hepatite B por método sorológico.

Após 3 meses dos sintomas e do diagnóstico, já assintomático, repetiu a sorologia, que mostrou:

Anti-Hbs negativo

HBsAg positivo

Anti-HBc IgM negativo

Anti-HBc total positivo

Assinale a alternativa que melhor permite interpretar o resultado.

(A) Hepatite B crônica.

(B) Hepatite B aguda, com alta probabilidade de cura.

(C) Hepatite B aguda, com alta probabilidade de evolução para forma crônica.

(D) Hepatite B curada.

QUESTÃO 16

Um homem de 68 anos, portador de DPOC grave, encontra-se em ventilação mecânica invasiva no modo volume assistido-controlado (VCV). Está sedado, porém apresenta queda progressiva da pressão arterial (PA 82 × 48 mmHg) e aumento do esforço inspiratório. Os parâmetros do ventilador são: volume corrente: 500 mL; frequência respiratória: 24 irpm; fluxo inspiratório: 40 L/min; PEEP: 5 cmH_2O; FiO_2: 40%. Na análise gráfica do ventilador, observa-se que o fluxo expiratório não retorna à linha de base antes do início da inspiração seguinte. Dessa forma, qual é o ajuste ventilatório mais adequado?

(A) Aumentar a frequência respiratória para reduzir a $PaCO_2$.

(B) Aumentar a PEEP para 12 cmH_2O.

(C) Aumentar o fluxo inspiratório e reduzir a frequência respiratória.

(D) Reduzir o fluxo inspiratório para prolongar o tempo inspiratório.

QUESTÃO 17

Um homem de 54 anos procura o pronto-socorro por olho vermelho à direita há 8 horas. Refere dor intensa, piora progressiva, visão borrada, halos ao redor das luzes e dois episódios de vômitos. Ao exame, observa-se hiperemia difusa, edema de córnea e pupila em média midríase pouco reativa. Qual das alternativas apresenta o diagnóstico mais provável e a conduta mais adequada?

(A) Conjuntivite viral. Prescrever lágrimas artificiais, orientar medidas de higiene e tratamento sintomático.

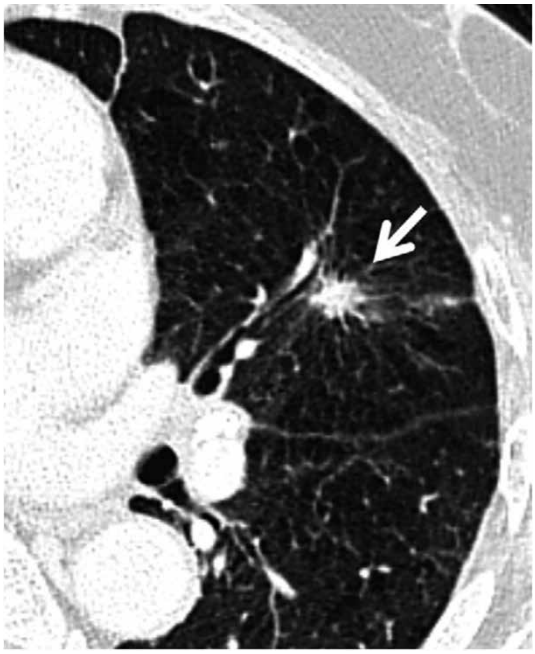
(B) Uveíte anterior. Iniciar corticoterapia tópica com fechamento ocular e encaminhar para investigação ambulatorial.

(C) Glaucoma agudo de ângulo fechado. Iniciar redução imediata da pressão intraocular, encaminhar ao oftalmologista com urgência.

(D) Ceratite bacteriana. Iniciar colírio antibiótico de amplo espectro e reavaliação em 48 horas por oftalmologista.

QUESTÃO 18

Um homem de 61 anos foi submetido a uma tomografia computadorizada de tórax, durante investigação em pronto-socorro, após um trauma leve do tórax. O exame revelou um nódulo pulmonar sólido, não calcificado, de 11 mm, localizado no lobo superior esquerdo, conforme apontado na imagem a seguir.



(MacMahon H *et al.* Radiology. 2017;284(1):228-243)

O paciente é ex-tabagista (28 maços-ano), cessou o hábito há 15 anos, apresenta enfisema centrolobular discreto e não possui história prévia de neoplasia. Com base nas recomendações para o manejo de nódulos pulmonares incidentais, assinale a alternativa correta.

(A) A realização de tomografia computadorizada de controle em seis meses é necessária para reavaliar as características da lesão e, de acordo com os achados evolutivos, definir a necessidade de PET/CT ou biópsia.

(B) A realização de PET/CT, biópsia ou combinação dessas estratégias deve ser considerada devido à morfologia do nódulo, às comorbidades e ao contexto clínico do paciente.

(C) As características da imagem aumentam a probabilidade de malignidade, porém, de acordo com as recomendações, o diâmetro do nódulo continua sendo o principal determinante da estratégia diagnóstica inicial.

(D) O risco clínico relativamente baixo e a ausência de sintomas respiratórios favorecem o acompanhamento tomográfico seriado, a despeito de outras características radiológicas.

QUESTÃO 19

Um homem de 46 anos procura atendimento para discutir rastreamento do câncer de próstata. Está assintomático e sem alterações ao exame físico. Seu pai foi diagnosticado com câncer de próstata aos 54 anos, e um tio paterno morreu em decorrência da doença aos 61 anos. O paciente pergunta se deve aguardar os 50 anos para iniciar o rastreamento, pois um colega lhe informou que antes dessa idade não há benefício comprovado.

De acordo com as recomendações atuais, qual é a conduta mais apropriada?

(A) Solicitar PSA, considerando que pacientes com história familiar significativa podem se beneficiar do início do rastreamento entre 40 e 45 anos.

(B) Orientar que o rastreamento seja iniciado aos 50 anos com PSA, uma vez que o antecedente familiar não modifica a idade de início.

(C) Solicitar PSA e ressonância magnética multiparamétrica como estratégia inicial de rastreamento, devido ao aumento do risco familiar.

(D) Iniciar o rastreamento com PSA e toque retal anuais, pois indivíduos com forte história familiar devem ser submetidos ao rastreamento anual.

QUESTÃO 20

Uma mulher de 47 anos foi encaminhada pelo ginecologista após realizar uma ultrassonografia de tireoide durante um *check-up* de rotina. Encontra-se assintomática, apresenta TSH dentro da faixa de normalidade e não possui história familiar de câncer de tireoide nem exposição prévia à radiação cervical.

A ultrassonografia evidenciou os seguintes achados:

– Nódulo 1: sólido, hipoecoico, totalmente envolto por tecido tireoidiano, com margens bem delimitadas, formato mais largo do que alto, sem microcalcificações, medindo 1,2 cm.
– Nódulo 2: espongiforme, medindo 2,3 cm, com halo completo, margens bem delimitadas, formato mais largo do que alto, sem microcalcificações.
– Ausência de linfonodos atípicos.

Considerando a estratificação ultrassonográfica do risco de malignidade e os critérios para indicação de punção aspirativa por agulha fina (PAAF), assinale a alternativa que apresenta, respectivamente, a classificação de risco e a conduta corretas para os nódulos 1 e 2.

(A) Suspeita intermediária, com PAAF por medir ≥1,0 cm; muito baixa suspeita, podendo ser puncionado ou apenas acompanhado.

(B) Alta suspeita, com PAAF por medir ≥1,0 cm; muito baixa suspeita, podendo ser puncionado ou apenas acompanhado.

(C) Suspeita intermediária, com PAAF por medir ≥1,0 cm; baixa suspeita, com PAAF por medir >1,5 cm.

(D) Suspeita intermediária, não havendo indicação de PAAF, sendo recomendado acompanhamento ultrassonográfico periódico; muito baixa suspeita, podendo ser submetida a PAAF ou apenas acompanhada clinicamente.

QUESTÃO 21

Uma mulher de 58 anos procura atendimento por dor, sensação de peso e edema vespertino em membros inferiores, com piora após longos períodos em pé. Ao exame físico, apresenta varizes calibrosas no território da veia safena magna, edema maleolar e hiperpigmentação na região supramaleolar medial da perna esquerda, sem lipodermatoesclerose, atrofia branca ou úlcera venosa, mesmo cicatrizada. O *duplex scan* evidencia refluxo da veia safena magna desde a junção safenofemoral até a perna, com tributárias varicosas associadas e sistema venoso profundo pérvio, competente e sem sinais de trombose ou obstrução. A paciente não apresenta comorbidades graves que contraindiquem qualquer procedimento invasivo. Com base na classificação clínica da doença venosa crônica e nas recomendações para seu tratamento, assinale a alternativa correta.

(A) A paciente é classificada como CEAP C4a. O tratamento deve ser inicialmente conservador, sendo a correção invasiva da insuficiência venosa superficial indicada em caso de persistência dos sintomas ou progressão clínica.

(B) A paciente é classificada como CEAP C4b. Deve-se associar medidas conservadoras ao tratamento invasivo da insuficiência venosa superficial, estratégia recomendada para pacientes com alterações tróficas da pele.

(C) A paciente é classificada como CEAP C4a. O tratamento invasivo pode ser considerado, porém não apresenta benefício adicional em relação ao tratamento conservador em pacientes com refluxo venoso superficial isoladamente.

(D) A paciente é classificada como CEAP C4a. O tratamento deve associar medidas conservadoras para alívio dos sintomas e correção invasiva da insuficiência venosa superficial, por apresentar melhor nível de evidência para pacientes sintomáticos.

QUESTÃO 22

Uma mulher de 64 anos, IMC de 33 kg/m^2, procura atendimento por dor no quadril esquerdo há dois anos, com piora progressiva. Refere dificuldade para caminhar mais de duas quadras, subir escadas e calçar os sapatos. Ao exame físico, apresenta marcha antálgica, dor à mobilização do quadril esquerdo, redução da rotação interna e da abdução, além de teste de FABER positivo. A radiografia da pelve evidencia redução do espaço articular superolateral, osteófitos marginais e esclerose subcondral.

Com base nas recomendações para o tratamento da osteoartrose do quadril, assinale a alternativa correta.

(A) Solicitar ressonância magnética do quadril para caracterizar melhor as alterações osteocondrais e periarticulares antes de definir a estratégia terapêutica mais adequada.

(B) Instituir tratamento multimodal com programa de exercícios, perda de peso e anti-inflamatório não esteroidal, na ausência de contraindicações, reavaliando a resposta clínica antes de procedimentos invasivos.

(C) Realizar infiltração intra-articular com corticosteroide para controle da dor, associada à analgesia e ao acompanhamento clínico, reavaliando posteriormente a necessidade de outras modalidades terapêuticas.

(D) Encaminhar para avaliação de artroplastia total do quadril, considerando a intensidade dos sintomas, a limitação funcional e os achados radiográficos como critérios suficientes para essa indicação.

QUESTÃO 23

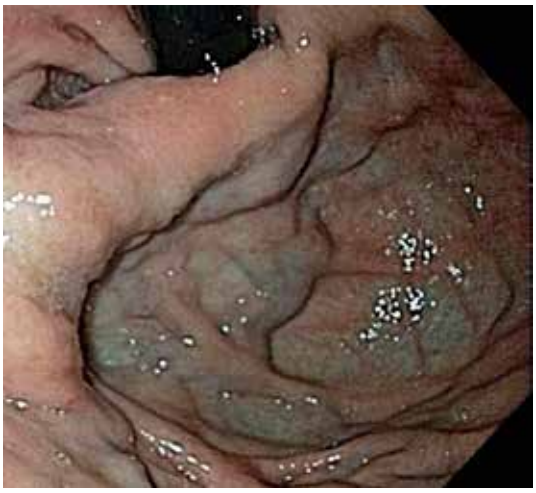
Homem de 46 anos, natural da Bahia, foi internado com pancreatite aguda necrotisante de etiologia alcoólica, tratada clinicamente, com internação prolongada, boa evolução e alta hospitalar. Mantém abstinência desde então.

Oito meses depois, procura o pronto-socorro com hematêmese de grande volume. Ao exame, apresenta-se descorado 2+/4+, com pressão arterial de 96 × 60 mmHg e frequência cardíaca de 112 bpm. O abdome está flácido e indolor, com baço palpável a 4 cm do rebordo costal esquerdo. Não há icterícia, ascite, telangiectasias ou eritema palmar.

Exames: hemoglobina 7,8 g/dL, plaquetas 138.000/mm^3, INR 1,0, albumina 4,2 g/dL, bilirrubina total 0,9 mg/dL, AST 28 U/L, ALT 24 U/L; sorologias para hepatites B e C negativas.

A familiar traz dois exames realizados na semana anterior ao sangramento:

- **Ultrassonografia de abdome com Doppler**: fígado de dimensões e ecotextura normais, veia porta pérvia com fluxo hepatopetal e esplenomegalia homogênea.
- **Endoscopia digestiva alta**: cuja imagem é apresentada a seguir, evidenciava apenas a alteração restrita ao fundo gástrico, com esôfago normal.



(arquivo pessoal; imagem usada com autorização)

Nota (imagem): Endoscopia digestiva alta realizada na semana anterior, em caráter eletivo e sem sangramento no momento do exame; fundo gástrico.

Após reposição volêmica, realiza-se nova endoscopia digestiva alta, agora em caráter de urgência, com hemostasia bem-sucedida do sangramento ativo em fundo gástrico e estabilização hemodinâmica.

O provável diagnóstico e o tratamento definitivo para o caso são, correta e respectivamente:

(A) hipertensão portal segmentar por trombose da veia esplênica; esplenectomia.

(B) pseudoaneurisma da artéria esplênica; embolização arterial.

(C) hipertensão portal por cirrose alcoólica; derivação portossistêmica intra-hepática transjugular (TIPS).

(D) hipertensão portal esquistossomótica; desconexão ázigo-portal com esplenectomia.

QUESTÃO 24

Homem de 72 anos estava no banho quando iniciou dor abdominal em cólica de moderada intensidade em baixo ventre, seguida de evacuação com moderada quantidade de sangue vivo. Procurou o pronto-socorro logo após o episódio. Colonoscopia de rastreamento realizada há 15 meses evidenciou diverticulose de cólon sigmoide e dois pólipos adenomatosos de 4 e 6 mm, adenomas com displasia de baixo grau, ressecados no mesmo exame. Usa ácido acetilsalicílico 100 mg/dia por doença coronariana. Nega febre, diarreia, alteração do hábito intestinal ou perda de peso.

Ao exame, apresenta-se descorado, com pressão arterial de 100 × 60 mmHg e frequência cardíaca de 108 bpm. O abdome é flácido e indolor, sem defesa, sem descompressão dolorosa e sem sinais de peritonite. O toque retal evidencia sangue vivo em dedo de luva, sem lesões tocáveis. A anuscopia não revelou presença de doenças orificiais.

Exames: hemoglobina 8,9 g/dL, leucócitos 8.400/mm^3, proteína C reativa 4 mg/L, INR 1,0.

Sobre o sangramento atual e sua relação com a doença diverticular, é correto afirmar que

(A) decorre da obstrução do colo do divertículo por conteúdo fecal endurecido, com inflamação de sua parede.

(B) decorre da erosão de arteríola no colo do divertículo e independe de inflamação.

(C) corresponde a diverticulite aguda Hinchey I, na qual o processo inflamatório erode o vaso.

(D) decorre da perfuração livre do divertículo para a cavidade peritoneal.

QUESTÃO 25

Homem de 35 anos, 70 kg, sofre queimadura por chama em incêndio domiciliar, com resgate imediato e sem confinamento em ambiente fechado. Dá entrada 2 horas após o acidente, consciente, sem rouquidão, sem escarro carbonáceo e sem queimaduras em face ou pescoço. Apresenta queimaduras profundas de segundo grau em tronco anterior e membro superior direito, estimadas em 30% da superfície corporal, não circunferenciais. Foi iniciada reposição volêmica com Ringer lactato calculada pela superfície corporal queimada, com sonda vesical de demora para monitorização.

Na sexta hora de reposição, encontra-se com pressão arterial de 118 × 76 mmHg, frequência cardíaca de 108 bpm e débito urinário de 20 mL/h, equivalente a 0,3 mL/kg/h, nas últimas 2 horas.

Diante desses parâmetros, a conduta adequada é

(A) administrar 1.000 mL de cristaloide em bolus, em infusão rápida.

(B) aumentar de forma gradual a velocidade de infusão do cristaloide.

(C) manter a velocidade atual de infusão do cristaloide e reavaliar o débito urinário na hora seguinte.

(D) associar albumina humana à reposição volêmica em curso.

QUESTÃO 26

Homem de 27 anos é admitido no pronto-socorro após colisão automobilística, com fratura fechada da diáfise femoral esquerda. No segundo dia de internação, evolui com dor intensa e aumento de volume da coxa esquerda, sendo indicado e realizado o procedimento cirúrgico ilustrado a seguir.



(Arquivo pessoal; ilustração usada com autorização)

A fisiopatologia da condição tratada pelo procedimento ilustrado é:

(A) elevação da pressão dentro do compartimento osteofascial acima da pressão de perfusão capilar, colabando a microcirculação e causando isquemia muscular e nervosa, ainda que os pulsos distais permaneçam palpáveis.

(B) elevação da pressão dentro do compartimento osteofascial acima da pressão arterial sistólica, interrompendo o fluxo no eixo arterial principal, de modo que a ausência de pulso distal é o marcador mais precoce.

(C) oclusão traumática aguda da artéria femoral, com interrupção do fluxo arterial distal e consequente isquemia muscular do membro.

(D) formação de trombo no sistema venoso profundo do membro, favorecida pela estase e pela lesão endotelial do trauma, com edema e empastamento decorrentes da obstrução do retorno venoso.

QUESTÃO 27

Mulher de 35 anos, sem comorbidades, é internada no quinto dia de dor epigástrica intensa com irradiação para o dorso, associada a náuseas e vômitos. À admissão: amilase 940 U/L, lipase 1.280 U/L, proteína C reativa acima de 700 mg/L, creatinina 1,68 mg/dL, AST 91 U/L, ALT 147 U/L e gama-GT 367 U/L. O APACHE II na admissão é de 11. A ultrassonografia mostra microcálculos móveis na vesícula biliar e colédoco de 0,6 cm, sem dilatação das vias biliares intra-hepáticas, e não há sinais de colangite. A tomografia da admissão mostra aumento difuso do pâncreas e densificação da gordura peripancreática, sem áreas definidas de hipoperfusão do parênquima. Recebe hidratação e analgesia, sem antibiótico.

A dor cede e a função renal normaliza, mas a paciente não tolera a dieta: em várias tentativas de reintrodução por via oral apresenta distensão abdominal, dor e vômitos, motivo pelo qual permanece internada.

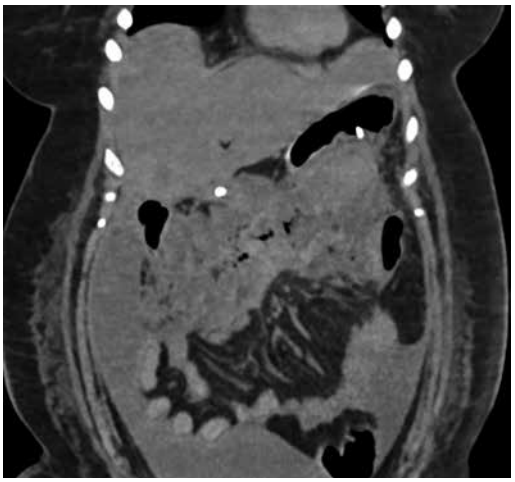
No 25º dia de internação apresenta febre de 38,7 ºC, taquicardia e piora do estado geral. Para investigação do quadro febril, realiza-se a tomografia de abdome cujos cortes estão nas Figuras 1, 2 e 3.

Figura 1: tomografia de abdome, corte axial.



(Arquivo pessoal; figura usada com autorização)

Figura 2: tomografia de abdome, corte coronal.



(Arquivo pessoal; figura usada com autorização)

Figura 3: tomografia de abdome, corte axial.



(Arquivo pessoal; figura usada com autorização)

Sobre a complicação demonstrada nas Figuras 1 e 2 e o dispositivo demonstrado na Figura 3, é correto afirmar:

(A) a complicação era prevenível por antibioticoprofilaxia prolongada, dada a gravidade prévia do quadro; o dispositivo tem por função principal a descompressão gástrica necessária no caso.

(B) a complicação não possui parede própria, sendo limitada por pseudocápsula; o dispositivo tem por objetivo drenar o conteúdo da coleção para o estômago.

(C) a nutrição enteral precoce reduz a incidência da complicação apresentada; o dispositivo tem por função nutrir o paciente.

(D) a complicação associa-se a pancreatite edematosa, sendo uma das causas de febre tardia; o dispositivo é responsável pela nutrição enteral.

QUESTÃO 28

Homem de 34 anos, vítima de queda de 4 metros de altura, chega ao pronto-socorro imobilizado em prancha rígida e colar cervical. O tempo de resgate, do local do acidente até a emergência, foi de 40 minutos. Na avaliação primária pelo ABCDE, a única alteração é a dor lombar de intensidade progressiva: via aérea pérvia, murmúrios vesiculares presentes e simétricos, pressão arterial de 124 × 78 mmHg, com frequência cardíaca de 88 bpm e e-FAST negativo, escala de coma de Glasgow 15 com pupilas isocóricas e fotorreagentes, sem hipotermia. Ao completar a exposição, durante o rolamento em bloco para exame do dorso, palpam-se crepitação e degrau na linha média da coluna toracolombar, com dor intensa à palpação local. O exame neurológico é normal, sem déficit motor ou sensitivo e com sensibilidade perineal preservada. O ortopedista de plantão foi acionado e informa que chegará em cerca de 10 minutos. Diante desse achado, a conduta adequada é

(A) manter o paciente sobre a prancha rígida até a chegada do ortopedista, prevista para 10 minutos.

(B) manter o paciente sobre a prancha e solicitar radiografia anteroposterior da coluna toracolombar na sala de trauma.

(C) retirar o paciente da prancha e instalar colete toracolombar rígido até a avaliação especializada.

(D) retirar o paciente da prancha mantendo o alinhamento, aguardando a avaliação da ortopedia no leito.

QUESTÃO 29

Homem de 46 anos comparece ao pronto-socorro com dor e edema no dorso da mão esquerda. Refere briga em bar quatro dias antes; estava etilizado, não se recorda do ocorrido e foi levado para casa por amigos, sem procurar atendimento na ocasião.

Ao exame de admissão, quatro dias depois: ferida linear de cerca de 8 mm no dorso da mão esquerda, na topografia da terceira articulação metacarpofalângica, com bordas maceradas e drenagem de secreção turva; edema e hiperemia no dorso da mão; dor intensa à mobilização passiva da metacarpofalângica, que o paciente mantém em semiflexão. Extensão ativa do dedo preservada. Temperatura axilar de 37,9 ºC. Radiografia da mão em duas incidências sem fratura, sem corpo estranho radiopaco e sem alterações ósseas.

Sobre a principal hipótese diagnóstica, é correto afirmar que se trata de

(A) celulite por *Staphylococcus epidermidis*, agente esperado nas feridas contaminadas por flora cutânea.

(B) artrite séptica da metacarpofalângica, devendo-se considerar a mesma microbiologia da mordedura humana.

(C) osteomielite da cabeça do metacarpo, cujo diagnóstico inicial pode ser estabelecido mesmo com radiografia simples normal.

(D) tenossinovite do tendão extensor, sustentada pelo edema dorsal e pela dor à mobilização do dedo.

QUESTÃO 30

Homem de 68 anos procura o pronto-socorro com dor em hipocôndrio direito há três dias, associada a icterícia e febre. Nega cirurgias abdominais e comorbidades. Ao exame, está lúcido e orientado, ictérico, com temperatura axilar de 38,5 ºC, pressão arterial de 118 × 70 mmHg, frequência cardíaca de 96 bpm, saturação de 97% em ar ambiente e diurese preservada.

Exames: leucócitos 14.200/mm^3 com desvio à esquerda; proteína C reativa 180 mg/L; plaquetas 78.000/mm^3; hemoglobina 12,9 g/dL; INR 1,1, creatinina 1,0 mg/dL; bilirrubina total 6,2 mg/dL com fração direta de 4,9 mg/dL; fosfatase alcalina 480 U/L; gama-GT 610 U/L; AST 120 U/L; ALT 140 U/L; amilase 92 U/L; lactato 1,8 mmol/L. Traz hemograma de rotina realizado três meses antes, com 240.000 plaquetas/mm^3.

A ultrassonografia de abdome mostra vesícula biliar com múltiplos cálculos, sem espessamento parietal, e colédoco de 11 mm com imagem ecogênica com sombra acústica em seu terço distal.

Foram iniciadas hidratação venosa e antibioticoterapia empírica de amplo espectro.

Considerando os critérios de Tóquio (TG18), assinale a alternativa que apresenta, respectivamente, a classificação de gravidade e a conduta adequadas.

(A) Colangite grau III; drenagem biliar de urgência.

(B) Colangite grau II; drenagem biliar em até 72 horas.

(C) Colangite grau II; drenagem biliar, apenas se não houver resposta em 24 horas.

(D) Colangite grau III; drenagem biliar, caso a leucocitose não ceda.

QUESTÃO 31

Adolescente de 15 anos apresenta lesões papulares-edematosas intensamente pruriginosas há dois meses, disseminadas pelo tronco, membros e face. As lesões são migratórias e desaparecem em até 24 horas. Não são relatadas outras queixas, e a paciente vem sendo tratada com anti-histamínicos de segunda geração, com algum alívio do prurido, mas não das lesões.

A investigação etiológica do quadro referido deve incluir

(A) painel amplo de imunoglobulinas E (IgE) específicas para alimentos e aditivos.

(B) pesquisa de autoanticorpos, sorologias infecciosas e parasitoses comuns.

(C) avaliação clínica, sem necessidade de investigação laboratorial neste momento.

(D) biópsia das lesões cutâneas com pesquisa de IgA tecidual em duas amostras.

QUESTÃO 32

Pré-escolar de 3 anos apresenta, há 4 dias, lesões bolhosas que acometem pequena extensão da superfície corporal. Atualmente as lesões se rompem facilmente, deixando áreas eritematosas com fina descamação periférica. A criança apresenta prurido leve, sem dor significativa. Não há febre nem prostração. Ao exame físico, observam-se múltiplas lesões com aspecto de erosões superficiais e colarete descamativo, restritas ao tronco e região perineal. Mucosas estão preservadas e o estado geral é bom.

Considerando o diagnóstico mais provável, qual é o tratamento adequado para este caso?

(A) Internação e antibioticoterapia venosa com oxacilina.

(B) Acompanhamento ambulatorial e aciclovir oral.

(C) Corticoterapia sistêmica e imunoglobulina intravenosa.

(D) Antibioticoterapia tópica com mupirocina nas lesões.

QUESTÃO 33

Em consulta de rotina, os pais de um menino de 2 anos e 8 meses mencionam dificuldades em lidar com o padrão evacuatório da criança, que, há cerca de 8 meses, consiste em evacuações dolorosas a cada 4–5 dias. Após um episódio de fissura anal, passou a esconder-se atrás do sofá e cruzar as pernas quando sente vontade de evacuar; apresenta episódios de escape fecal duas a três vezes por semana. Crescimento e desenvolvimento são adequados. Ao exame, observa-se massa fecal palpável em hipogástrio e fissura anal cicatrizada. Não há distensão abdominal, alterações neurológicas ou anorretais.

De acordo com recomendações atuais da Sociedade Brasileira de Pediatria e do consenso ESPGHAN/NASPGHAN 2025, o manejo terapêutico de primeira linha neste caso exige

(A) aumento da ingestão de fibras e líquidos e avaliação de necessidade medicamentosa após quatro semanas.

(B) desimpactação fecal com polietilenoglicol, que deve ser mantido posteriormente por tempo prolongado.

(C) radiografia de abdome para confirmar retenção fecal e laxativo após comprovação de fecaloma.

(D) enema retal com fosfato imediato e posterior manutenção com lactulose para minimizar o risco de recorrência.

QUESTÃO 34

Lactente de 6 meses, em aleitamento materno exclusivo, inicia alimentação complementar. A família segue dieta vegana e deseja que a criança siga o mesmo padrão alimentar. A dieta atualmente oferecida inclui cereais, leguminosas, frutas, verduras e legumes, sem qualquer alimento de origem animal. A criança recebe suplementação de vitamina B12, mantém crescimento adequado e desenvolvimento neuropsicomotor compatível com a idade.

Diante das informações obtidas e da avaliação clínica, qual é o manejo nutricional apropriado para esta lactente?

(A) Suplementar sistematicamente vitaminas C e D, ferro e folato (vitamina B9), além de manter o complexo B12.

(B) Iniciar suplementacao própria para a idade e avaliar necessidade complementar de cálcio, zinco, iodo e DHA.

(C) Assegurar o aporte energético-proteico adequado via aleitamento materno e acrescentar vitamina D e ferro.

(D) Manter apenas a suplementação de vitamina B12 e acompanhar a evolução antropométrica e neuropsicomotora.

QUESTÃO 35

Menino de 5 anos é levado à consulta de rotina. Aos 2 anos, apresentava estatura no percentil 75 da curva de crescimento. Nas avaliações subsequentes, observou-se redução progressiva da velocidade de crescimento, passando para o percentil 50 aos 3 anos e para o percentil 25 na consulta atual. O peso permaneceu proporcional à estatura, o exame físico é normal, e ambos os pais apresentam estatura dentro da média da população.

Qual é a interpretação mais adequada desse padrão de crescimento?

(A) A estatura permanece dentro da faixa de normalidade, e a redução dos percentis representa uma adaptação fisiológica ao potencial genético.

(B) O crescimento é considerado normal porque a criança permanece entre os percentis 3 e 97 de estatura, independentemente da trajetória prévia.

(C) A manutenção do peso proporcional à estatura praticamente exclui doença endócrina ou sistêmica como causa de desaceleração do crescimento.

(D) O cruzamento descendente de dois canais percentilares justifica investigação clínica, mesmo com estatura dentro da faixa de normalidade.

QUESTÃO 36

Uma criança de 6 anos, com doença em fase terminal, começa a apresentar mal-estar importante após a infusão de dieta por sonda nasogástrica. Após tentativas sem sucesso de reduzir os sintomas, os pais solicitam que a criança não receba mais nutrição artificial.

Nesse caso, a dieta

(A) não pode ser suspensa, por se tratar de um direito básico do paciente.

(B) pode ser suspensa visando proporcionar maior conforto ao paciente.

(C) não pode ser suspensa, pois sua retirada poderia acelerar a morte do paciente.

(D) pode ser suspensa sempre que houver solicitação dos responsáveis.

QUESTÃO 37

Paciente do sexo masculino de 12 anos, com queixa de dor escrotal à direita de moderada intensidade e início súbito, nega febre, vômitos ou sintomas urinários. Ao exame físico, testículos encontram-se em posição habitual, sem dor à palpação e com reflexo cremastérico preservado. À direita, dor focal à palpação do polo superior do testículo, onde se identifica pequeno nódulo e sinais de discreta hidrocele.

Qual é a hipótese diagnóstica mais provável?

(A) Torção testicular.

(B) Torção de apêndice testicular.

(C) Epididimite aguda.

(D) Orquite viral.

QUESTÃO 38

Lactente de 7 meses é trazido ao pronto atendimento por quadro de febre há 3 dias, associado a irritabilidade e recusa alimentar. Evolui com prostração e pouca diurese em fralda, o que levou a família a buscar atendimento médico. Ao exame, o paciente encontra-se sonolento, responde apenas a estímulos dolorosos, gemência expiratória, SpO_2 84% em ar ambiente; FC: 200 bpm; TEC: 5 segundos e extremidades frias.

Considerando a abordagem inicial do paciente grave, qual conduta deve ser priorizada de forma imediata?

(A) Ofertar oxigênio por máscara não reinalante e realizar expansão volêmica com cristaloide 20 mL/kg.

(B) Ofertar oxigênio por máscara não reinalante, iniciar protocolo de sepse e administrar antibioticoterapia.

(C) Iniciar ventilação com bolsa-válvula-máscara com oxigênio suplementar e preparar intubação orotraqueal imediata.

(D) Iniciar expansão volêmica imediata, com prioridade sobre suporte ventilatório, devido aos sinais de choque hipovolêmico.

QUESTÃO 39

Lactente de 2 meses, previamente hígido e ainda sem esquema vacinal completo, apresenta episódios de tosse intensa há 12 dias, associados a engasgos e vômitos após as crises. A mãe refere piora progressiva dos sintomas e relata que o irmão adolescente também apresenta tosse persistente nas últimas semanas. Ao exame físico, o lactente encontra-se afebril, com saturação de 96% em ar ambiente, sem sinais de pneumonia à ausculta pulmonar.

Considerando a principal hipótese diagnóstica e as recomendações atuais da Sociedade Brasileira de Pediatria, assinale a alternativa correta.

(A) Em lactentes menores de 6 meses, a presença de tosse por pelo menos 14 dias associada a guincho inspiratório permite definição da doença.

(B) Tosse associada à apneia, independentemente de sua duração, pode definir a doença em lactentes jovens.

(C) A presença de tosse por pelo menos 10 dias, associada a cianose ou engasgo, caracteriza caso suspeito nessa faixa etária.

(D) Apenas nos menores de 6 meses, história de tosse e contato próximo com caso confirmado caracterizam caso suspeito.

QUESTÃO 40

Menino de 6 anos de idade, hígido, é levado à Unidade Básica de Saúde (UBS) por apresentar diarreia e vômitos há dois dias. Os pais referem que os sintomas iniciaram após a irmã apresentar quadro semelhante. Negam febre ou sangue nas fezes. Ao exame clínico, paciente encontra-se irritado, com olhos fundos, mucosas secas, sede intensa, pulsos cheios e sem perda ponderal. Sinal da prega retorna lentamente.

Considerando a classificação do estado de hidratação segundo o Ministério da Saúde, qual é a conduta inicial preconizada?

(A) Alta após orientação para oferta de líquidos caseiros e/ou solução de reidratação oral (SRO) após cada episódio de diarreia ou vômito, mantendo-se alimentação habitual.

(B) Administração de solução de reidratação oral (SRO) na UBS (50 a 100 mL/kg no período de 4 a 6 horas), com reavaliação clínica subsequente.

(C) Expansão venosa com soro fisiológico 0,9% ou Ringer lactato (30 mL/kg) em ambiente hospitalar para controle de balanço hídrico.

(D) Administração de solução de reidratação oral (SRO) na UBS, na dose de 75 mL/kg, ao longo de 2 horas, com reavaliação clínica ao término desse período.

QUESTÃO 41

Menina de 11 anos, previamente hígida, é avaliada na Unidade Básica de Saúde (UBS) por ser contactante domiciliar de um caso de tuberculose pulmonar bacilífera, diagnosticado há 10 dias. A criança encontra-se assintomática, e o exame físico é normal. A prova tuberculínica (PT), realizada na avaliação inicial, mostrou enduração de 3 mm.

De acordo com as recomendações do Ministério da Saúde para investigação de contatos, qual é a conduta preconizada?

(A) Iniciar tratamento da infecção latente pelo *M. tuberculosis*, devido ao resultado da PT.

(B) Encerrar a investigação e orientar os familiares quanto aos sinais e sintomas de tuberculose.

(C) Solicitar baciloscopia de escarro antes de definir a conduta, ainda que sintomas respiratórios estejam ausentes.

(D) Repetir a PT após 8 semanas para avaliar eventual conversão decorrente da infecção pelo *M. tuberculosis*.

QUESTÃO 42

Menino de 2 anos é levado à consulta de puericultura. Os pais relatam que possuem uma piscina no quintal, utilizada frequentemente pela família. A criança já corre com segurança e costuma brincar no quintal. Os pais perguntam qual medida deve ser priorizada para reduzir o risco de afogamento.

Qual deve ser a recomendação prioritária aos pais?

(A) Matricular a criança em aulas de natação apropriadas para sua idade assim que possível.

(B) Manter supervisão de um adulto sempre que a criança estiver brincando.

(C) Instalar uma cerca de proteção com portão automático ao redor da piscina.

(D) Utilizar colete salva-vidas sempre que a criança permanecer próxima à piscina.

QUESTÃO 43

Menino de 7 anos, com diagnóstico de anemia falciforme, dá entrada no pronto-socorro com história de 1 dia de tosse, dor torácica e febre de 38,4 ºC. Ao exame físico, está em regular estado geral, com dor torácica nota 8 de 10, frequência respiratória de 34 respirações por minuto, saturação de oxigênio de 93% em ar ambiente e tiragem intercostal discreta. Ausculta pulmonar com estertores crepitantes em base direita. Hemograma com hemoglobina: 8,8 g/dL (hemoglobina basal: 9 g/dL). Feita ultrassonografia de tórax, que mostrou imagem compatível com consolidação em base direita.

Assinale a alternativa que apresenta a conduta mais adequada para o caso.

(A) Amoxicilina e claritromicina, oxigenioterapia, analgesia com codeína, hidratação.

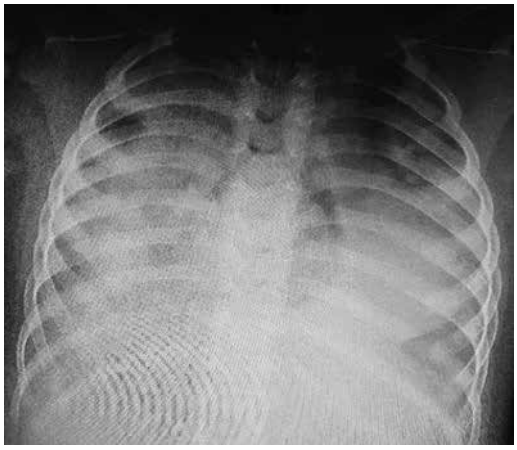
(B) Amoxicilina e azitromicina, analgesia com codeína, hidratação, transfusão de hemácias.

(C) Ceftriaxone e azitromicina, oxigenioterapia, analgesia com morfina, hidratação.

(D) Ceftriaxone e claritromicina, analgesia com morfina, transfusão de hemácias.

QUESTÃO 44

Menina de 1 ano, previamente hígida, com história de 4 dias de tosse e coriza, evoluindo com febre de até 39 ºC e desconforto respiratório, evolui com insuficiência respiratória e hipoxemia graves, sendo prontamente intubada na chegada ao hospital. RT-PCR positivo para influenza A. Após a intubação, é feita a seguinte radiografia de tórax:



(Arquivo pessoal; imagem usada com autorização)

Foi realizada a hipótese diagnóstica de síndrome do desconforto respiratório agudo pediátrico (PARDS). Neste caso, a classificação da PARDS como grave

(A) pode ser feita após o cálculo do índice de oxigenação.

(B) é confirmada pela importante alteração radiológica.

(C) é consequência da necessidade de ventilação mecânica.

(D) não pode realizada neste tempo curto de evolução.

QUESTÃO 45

Menino de 1 ano e 6 meses, previamente hígido, dá entrada no pronto-socorro com manchas roxas e pequenos pontos arroxeados espalhados por todo o corpo, de início há dois dias e com piora progressiva. Sem febre na história. Mãe relata quadro gripal já resolvido há dez dias. Ao exame físico, bom estado geral, corado, com petéquias e equimoses difusas. Sem linfonodomegalias, sem visceromegalias. Estatura e peso no percentil adequado. Hemograma com hemoglobina: 11,9 g/dL; volume corpuscular médio e hemoglobina corpuscular média normais, leucócitos: 9.000/mm^3 (61% linfócitos, 35% neutrófilos); plaquetas: 1.000 /mm^3.

Com base nos dados apresentados, qual é a hipótese diagnóstica mais provável?

(A) Trombocitopenia imune.

(B) Púrpura trombocitopênica trombótica.

(C) Leucemia linfoide aguda.

(D) Aplasia de medula óssea.

QUESTÃO 46

Uma mulher de 36 anos, assintomática, comparece à consulta para avaliação de rastreamento. Nunca realizou exames de imagem das mamas. Sua mãe teve câncer de mama diagnosticado aos 45 anos e uma tia materna, aos 48 anos. O painel multigênico germinativo da mãe não identificou variante patogênica ou provavelmente patogênica. O exame físico das mamas é normal e o risco estimado de câncer de mama ao longo da vida foi calculado em 27%.

Com base nas recomendações conjuntas da FEBRASGO, da Sociedade Brasileira de Mastologia e do Colégio Brasileiro de Radiologia, assinale a alternativa que apresenta a estratégia de rastreamento adequada para essa paciente.

(A) Mamografia e ultrassonografia mamária anuais, iniciadas a partir do momento atual.

(B) Ultrassonografia mamária anual a partir do momento atual e mamografia e ressonância magnética das mamas anuais, iniciadas a partir dos 40 anos de idade.

(C) Mamografia e ressonância magnética das mamas, ambas anuais, iniciadas a partir dos 40 anos de idade.

(D) Mamografia e ressonância magnética das mamas, ambas anuais, iniciadas a partir do momento atual.

QUESTÃO 47

Paciente de 35 anos, G4P0A3, com 8 semanas de gestação, comparece para início do pré-natal. Apresenta gestação única, tópica, com embrião compatível com a idade gestacional e atividade cardíaca presente.

Na história obstétrica, refere três perdas gestacionais anteriores: a primeira com 11 semanas, a segunda com 14 semanas e a terceira com 16 semanas. Em todas as gestações anteriores havia sido previamente documentada atividade cardíaca fetal e não foram identificadas malformações fetais. Nega quadro de dilatação cervical indolor ou rotura prematura das membranas. A investigação anatômica uterina foi normal. Nega antecedente pessoal de trombose.

Após a última perda, iniciou investigação para síndrome antifosfolípide, mas não completou a avaliação laboratorial e não tem os exames necessários.

Considerando a história obstétrica, a gestação atual e o caso, e com base nas melhores recomendações de consensos sobre o assunto, assinale a alternativa que apresenta a conduta mais adequada.

(A) Aguardar a confirmação laboratorial da síndrome antifosfolípide para iniciar o tratamento específico, mantendo apenas a suplementação habitual do pré-natal.

(B) Iniciar ácido acetilsalicílico em baixa dose isoladamente, pois a heparina somente está indicada quando existe antecedente pessoal de trombose.

(C) Iniciar ácido acetilsalicílico em baixa dose associado à heparina de baixo peso molecular em dose profilática.

(D) Iniciar heparina de baixo peso molecular em dose terapêutica associada ao ácido acetilsalicílico, pois a recorrência das perdas fetais é suficiente.

QUESTÃO 48

Primigesta, 26 anos, foi submetida à aspiração manual intrauterina por mola hidatiforme completa, confirmada pelo exame anatomopatológico. O hCG sérico pré-esvaziamento era de 180.000 mUI/mL. Durante o seguimento pós-molar, apresentou valores de hCG de 5.380, 4.825, 6.245 e 8.440 mUI/mL, respectivamente, no 7º, 14º, 21º e 28º dias após o esvaziamento uterino.

Diante da evolução dos níveis de hCG, foi realizado estadiamento. A ultrassonografia pélvica demonstrou lesão uterina de 4,2 cm. A tomografia de tórax evidenciou seis nódulos pulmonares, sendo o maior de 2,5 cm, e a tomografia de abdome identificou uma lesão hepática de 2,3 cm sugestiva de implante metastático. A paciente não havia recebido quimioterapia previamente.

Considerando os critérios diagnósticos e o sistema de estadiamento e classificação prognóstica FIGO/OMS para a doença trofoblástica gestacional, qual é a conduta mais adequada?

(A) Realizar nova aspiração uterina, pois a elevação do hCG sugere persistência de restos molares intracavitários.

(B) Iniciar quimioterapia com agente único, preferencialmente metotrexato ou actinomicina D, devido à idade da paciente e ao curto intervalo desde a gestação antecedente.

(C) Iniciar poliquimioterapia com esquema EMA-CO, por se tratar de neoplasia trofoblástica gestacional metastática de alto risco.

(D) Manter acompanhamento semanal do hCG por mais três semanas antes de iniciar tratamento, pois ainda não foram preenchidos os critérios diagnósticos de neoplasia trofoblástica gestacional.

QUESTÃO 49

Durante o acompanhamento pré-natal de uma gestante saudável no terceiro trimestre, são discutidas as adaptações fisiológicas maternas necessárias para atender ao aumento das demandas metabólicas da gestação e favorecer o crescimento fetal. Considerando as modificações cardiovasculares, respiratórias, renais e metabólicas próprias da gestação normal, assinale a alternativa correta.

(A) O aumento do volume plasmático é acompanhado por elevação proporcional da massa eritrocitária.

(B) A hiperventilação fisiológica da gestação decorre predominantemente do aumento da frequência respiratória, determinando elevação da PCO_2 e acidose respiratória compensada.

(C) Na primeira metade da gestação predomina um estado metabólico anabólico, com maior armazenamento materno de gordura; na segunda metade, especialmente no terceiro trimestre, ocorre maior lipólise e resistência à insulina, favorecendo a disponibilidade de substratos energéticos para o feto.

(D) A resistência periférica à insulina diminui progressivamente durante a gestação, facilitando a captação materna de glicose e reduzindo sua disponibilidade para transferência placentária.

QUESTÃO 50

Uma gestante de 8 semanas comparece à consulta de pré-natal levando os exames laboratoriais solicitados na primeira avaliação. Encontra-se clinicamente bem, sem antecedentes de doença tireoidiana ou uso prévio de levotiroxina. Os exames mostram TSH: 12,5 mUI/L, T4 livre abaixo do limite inferior de referência para a gestação e anticorpos anti-TPO positivos.

Considerando o diagnóstico e a importância da adequada função tireoidiana materna para o desenvolvimento fetal, assinale a alternativa que apresenta a conduta mais adequada.

(A) Não iniciar tratamento e repetir TSH e T4 livre após o primeiro trimestre da gestação, pois alterações da função tireoidiana são fisiológicas no primeiro trimestre.

(B) Iniciar levotiroxina na dose aproximada de 2 μg/kg/dia, com controle subsequente da função tireoidiana e ajuste da dose conforme os níveis de TSH.

(C) Iniciar levotiroxina em dose de 1μg/kg/dia, controle da função tireoidiana e ajuste da dose conforme níveis de TSH e T4 livre.

(D) Solicitar ultrassom da tireoide com doppler e repetir os exames de função tireoidiana em 15 dias.

QUESTÃO 51

Primigesta, 32 anos, diabética gestacional com mau controle glicêmico, em trabalho de parto espontâneo a termo com peso fetal estimado de 4.200 g. Após a exteriorização do polo cefálico, observa-se retração da cabeça fetal contra o períneo. A manobra cabeça-ombro é realizada com força habitual, sem sucesso. McRoberts e pressão suprapúbica externa são imediatamente instituídos, também sem resolução do quadro.

Qual a conduta mais adequada que deve ser adotada a seguir?

(A) Aplicar tração lateral do polo cefálico fetal.

(B) Realizar desprendimento do braço posterior.

(C) Indicar manobra de Zavanelli.

(D) Aplicar pressão fúndica uterina vigorosa.

QUESTÃO 52

Gestante de 28 semanas com gemelaridade monocoriônica diamniótica, em acompanhamento ultrassonográfico, apresenta discordância de peso fetal estimado de 30%, com o feto menor no percentil 8. O Doppler da artéria umbilical do feto menor demonstra fluxo diastólico final ausente/reverso persistente em três avaliações consecutivas.

Considerando a Restrição Seletiva de Crescimento Fetal, qual o prognóstico mais provável, tendo em vista a fisiopatologia associada para esse caso?

(A) Prognóstico favorável por compartilhamento placentário desigual como principal mecanismo.

(B) Curso clínico imprevisível em razão de anastomose artério-arterial calibrosa.

(C) Maior morbimortalidade perinatal por resistência placentária elevada.

(D) Baixo risco de óbito fetal por compensação hemodinâmica adequada.

QUESTÃO 53

Gestante de 31 anos, G2P1, com 34 semanas de gestação, é admitida com contrações uterinas regulares e modificação cervical, apresentando colo com 4 cm de dilatação. Não apresentou bacteriúria por *Streptococcus* do grupo B na gestação atual, não possui antecedente de recém-nascido acometido por doença invasiva pelo SGB e não dispõe de resultado válido de cultura vaginal-retal. Encontra-se com temperatura de 36,8 ºC e apresenta membranas íntegras.

Qual é a conduta mais adequada em relação à profilaxia para SGB?

(A) Coletar cultura vaginal-retal, se possível, sem retardar o início da penicilina G intravenosa para profilaxia intraparto, mantendo-a caso o trabalho de parto progrida.

(B) Aguardar o resultado da cultura vaginal-retal antes de iniciar qualquer antibiótico, pois a paciente não apresenta febre nem rotura prolongada das membranas.

(C) Não realizar profilaxia para SGB, pois a paciente está afebril e apresenta membranas íntegras.

(D) Iniciar ampicilina associada à gentamicina, em esquema terapêutico de amplo espectro para infecção intra-amniótica, embora não existam sinais clínicos de infecção.

QUESTÃO 54

Primigesta de 23 anos, com 19 semanas de gestação, apresentou soroconversão documentada para *Toxoplasma gondii* há cinco semanas, com sorologia anteriormente negativa e posterior positividade de IgM e IgG. Iniciou tratamento com espiramicina. A ultrassonografia morfológica não demonstrou alterações. Foi realizada amniocentese com 19 semanas, que evidenciou PCR positiva para *T. gondii* no líquido amniótico.

Qual é a conduta mais adequada no momento?

(A) Manter espiramicina até o parto, com ultrassonografia fetal seriada, uma vez que a avaliação morfológica atual não demonstrou alterações.

(B) Substituir a espiramicina por pirimetamina, sulfadiazina e ácido folínico, mantendo o esquema até o parto, com ultrassonografia fetal seriada e controle hematológico materno.

(C) Associar pirimetamina, sulfadiazina e ácido folínico à espiramicina e repetir a PCR do líquido amniótico em quatro semanas para avaliar a resposta fetal.

(D) Iniciar pirimetamina isoladamente e repetir a PCR do líquido amniótico em quatro semanas, associando sulfadiazina se o resultado permanecer positivo.

QUESTÃO 55

Durante o plantão, o médico é chamado para atender uma pessoa que refere ter sido vítima de violência sexual há cerca de 18 horas.

Assinale a alternativa que apresenta a conduta correta.

(A) Realizar anamnese detalhada somente após abertura de boletim de ocorrência, e proceder ao exame físico coletando amostras que podem ser usadas em perícia.

(B) Em relação à profilaxia de sífilis, caso o teste rápido seja positivo, aguardar o resultado do teste treponêmico confirmatório para prescrever ou não penicilina benzatina intramuscular.

(C) Em relação à contracepção de emergência, o DIU de cobre pode ser inserido até 72 horas após a relação, sendo considerado o método com melhor eficácia.

(D) Em relação à profilaxia de infecções virais, a imunoglobulina humana anti-hepatite B não será necessária se anti-HBc e anti-HBs forem reagentes.

QUESTÃO 56

Uma mulher de 51 anos comparece para orientações sobre menopausa – todas as amigas estão usando reposição hormonal. Queixa-se de irritabilidade e humor mais depressivo. Refere que nem sabe mais quando está menstruada, pois nos últimos 10 meses o sangramento vaginal tem sido intermitente, irregular, com dias de muito fluxo e outros somente quando tem relação sexual. Atualmente, o método contraceptivo é o coito interrompido associado à falta de libido. Nega vícios. 4G 3A espontâneos consecutivos (primeiro trimestre) e 1P cesárea há 20 anos após muito repouso – com trombose MIE na ocasião. Como na família houve vários casos de câncer de mama (mãe e tia materna), expressa muito receio em relação à terapia de reposição hormonal.

Considerando o caso descrito, assinale a alternativa correta.

(A) Concordar com a paciente em relação à contraindicação absoluta da terapia de reposição hormonal para mulheres com casos de câncer de mama na família e propõe exames laboratoriais e de imagem antes de prescrever compostos com fitoterápicos.

(B) Tranquilizar a paciente em relação aos receios do histórico familiar, como a trombose aconteceu há mais de 10 anos no ciclo gravídico puerperal, não há contra indicação de se iniciar terapia de reposição hormonal transdérmica, após a exclusão de gravidez apenas.

(C) Concordar com a paciente que tanto o histórico familiar de câncer de mama quanto pessoal de trombose no ciclo gravídico puerperal são contraindicações absolutas para realização de terapia de reposição hormonal e não solicita exames pois o quadro clínico é típico de climatério e prescreve isoflavona.

(D) Inicialmente solicitar exames para excluir gestação, avaliar função tireoidiana e pesquisar trombofilias, investigar causa cervical de sangramento e também pedir exames de imagem, pois apesar de ter 51 anos e estar no climatério, as outras causas de sangramento uterino anormal devem ser descartadas.

QUESTÃO 57

Mulher de 28 anos apresenta queixa de irregularidade menstrual há cerca de 1 ano, com ciclos espaçados a cada 45-60 dias, associados a hirsutismo de início insidioso em região de buço e mento. Nega uso de medicações. IMC: 27 kg/m^2. Exame especular sem alterações. Ultrassonografia transvaginal evidenciando ovários com volume aumentado e múltiplos folículos subcentimétricos dispostos perifericamente. Propedêutica laboratorial (início da fase folicular, jejum):

FSH: 5,8 mUI/mL (valor de referência: 3,5–12,5)

LH: 16,2 mUI/mL (valor de referência: 2,4–12,6)

Testosterona livre: elevada

17-OH-progesterona, TSH e prolactina: normais

Considerando a fisiopatologia do eixo hipotálamo-hipófise-ovariano, descrita pela teoria das duas células e duas gonadotrofinas no início da fase folicular, e sua aplicação ao quadro apresentado, assinale a alternativa correta.

(A) O LH atua sobre receptores específicos nas células da granulosa, estimulando a captação de colesterol e a síntese de andrógenos, os quais são posteriormente convertidos em estrogênios pela aromatase presente nas células da teca interna, cuja expressão é induzida pelo FSH.

(B) O predomínio relativo de LH observado nesta paciente estimula as células da teca interna a sintetizarem andrógenos (androstenediona e testosterona) a partir do colesterol de LDL circulante; esses andrógenos difundem-se para as células da granulosa, onde são convertidos em estrona e estradiol pela ação da enzima aromatase, cuja expressão é induzida pelo FSH.

(C) A elevação de LH estimula diretamente a atividade da aromatase nas células da granulosa, de forma independente da ação do FSH, constituindo esse o principal mecanismo responsável pela conversão de andrógenos em estrogênios no inicio da fase folicular.

(D) Nas células da teca interna, o FSH estimula a expressão de receptores de LDL e a esteroidogênese androgênica, enquanto o LH atua sobre as células da granulosa promovendo a aromatização desses andrógenos em estrogênios.

QUESTÃO 58

Paciente de 34 anos, com dismenorreia, fluxo menstrual volumoso e mioma uterino. Utiliza contraceptivo oral combinado e tem desejo reprodutivo futuro. A ultrassonografia demonstra nódulo hipoecoico único, fúndico, FIGO 3, com 6 cm de diâmetro máximo.

Qual a conduta indicada?

(A) Miomectomia histeroscópica.

(B) Embolização das artérias uterinas.

(C) Miomectomia laparoscópica.

(D) Ablação tumoral por radiofrequência.

QUESTÃO 59

Paciente de 29 anos foi submetida recentemente a tratamento cirúrgico de endometriose, indicado por quadro de dor pélvica, em procedimento tecnicamente bem-sucedido. Tem desejo reprodutivo incerto, sem comorbidades, sem parceria fixa, com uso de preservativo como método contraceptivo e para prevenção de IST. Considerando-se essas condições, recomenda-se:

(A) tratamento clínico adjuvante com progestagênio ou combinação estroprogestativa de baixa dose.

(B) utilização de análogo agonista do GnRH por 12 meses, em doses trimestrais.

(C) controle terapêutico inicialmente semestral e, a seguir, anual, com exame de imagem com preparo intestinal.

(D) estímulo da ovulação, seguido de aspiração folicular para vitrificação de oócitos e preservação da fertilidade.

QUESTÃO 60

Qual o momento mais oportuno e a melhor maneira de avaliar o risco oncológico de um cisto ovariano?

(A) No pré-operatório, com ferramentas como IOTA e O-RADS.

(B) No intraoperatório, de acordo com o aspecto da superfície interna do cisto.

(C) No intraoperatório, por meio da biópsia de congelação da cápsula do cisto.

(D) No pós-operatório, pela análise histológica de ambos os ovários.

MEDICINA PREVENTIVA E SOCIAL E MEDICINA DE FAMÍLIA E SAÚDE COLETIVA

QUESTÃO 61

A equipe de Saúde da Família realiza o diagnóstico situacional do território adscrito. Nele, há atualmente um grande contingente de migrantes, trabalhadores de oficinas de costura, residentes em habitações coletivas superlotadas. A partir da identificação de uma prevalência de tuberculose pulmonar muito acima da esperada, a equipe reorganiza o seu processo de trabalho. Realiza busca ativa de sintomáticos respiratórios, estabelece parceria com os equipamentos sociais, amplia o acesso ao diagnóstico e ao tratamento diretamente observado, e adapta o horário de funcionamento.

O atributo da Atenção Primária à Saúde pelo qual o conjunto dessas ações reflete é

(A) competência cultural.

(B) integralidade.

(C) orientação comunitária.

(D) longitudinalidade.

QUESTÃO 62

Criança de 4 anos é trazida pela mãe à Unidade Básica de Saúde com exantema pruriginoso iniciado há 2 dias, com lesões em diferentes estágios evolutivos, sem sinais de gravidade. Ela frequenta uma creche e tem um irmão de 2 anos, hígido, sem histórico prévio de varicela e sem registro de vacinação pela doença.

Assinale a alternativa correta em relação à orientação a ser dada à cuidadora.

(A) Vacinação contra varicela para o irmão.

(B) Retorno de ambas as crianças à creche.

(C) Imunoglobulina específica antivaricela-zóster (VZIG) para o irmão.

(D) Isolamento domiciliar para as duas crianças.

QUESTÃO 63

Criança de 7 anos, com diagnóstico de asma persistente moderada, encontra-se em acompanhamento regular, em uso de corticoide inalatório em dose média associado a beta2-agonista de longa ação. Está clinicamente estável, sem exacerbações nas últimas oito semanas. Durante consulta de rotina, na Unidade Básica de Saúde, a mãe demonstra preocupação com a realização das vacinas do calendário nacional, pois acredita que a vacinação pode desencadear crises asmáticas.

Com base nas recomendações atuais do Programa Nacional de Imunizações (PNI) e da Sociedade Brasileira de Pediatria, assinale a alternativa correta.

(A) Crianças com asma persistente devem adiar as vacinas até permanecerem pelo menos seis meses sem exacerbações respiratórias.

(B) A asma é contraindicação para a administração de vacinas inativadas e de vacinas contendo vírus vivos atenuados.

(C) Crianças com asma devem seguir o calendário vacinal habitual, sendo especialmente recomendadas as vacinas contra a influenza.

(D) Crianças em uso contínuo de corticoide inalatório não apresentam resposta imunológica adequada às vacinas, sendo necessário revacinar após a suspensão do tratamento.

QUESTÃO 64

Durante consulta com uma paciente de 45 anos com queixa de dor lombar crônica, o médico de família faz as seguintes perguntas: “O que você acha que está causando essa dor?”; “Como essa dor tem afetado o seu dia a dia e o seu trabalho?”; “O que você imaginava que eu poderia fazer para te ajudar hoje?”

Assinale e alternativa que indica corretamente o componente do Método Clínico Centrado na Pessoa pelas quais essas perguntas correspondem.

(A) Elaborando um projeto comum de manejo dos problemas.

(B) Explorando a saúde, a doença e a experiência da doença.

(C) Incorporando prevenção e promoção da saúde.

(D) Sendo realista quanto ao tempo e aos recursos disponíveis.

QUESTÃO 65

Heitor, de 8 anos, comparece à consulta na unidade básica de saúde acompanhado da avó, dona Tereza. Ela é a principal fonte de apoio de Camila, mãe do menino, que o cria sozinha e não pôde comparecer à consulta. Dona Tereza, conta que trouxe o neto a pedido da escola, que o considera muito agitado e sugere o diagnóstico de transtorno de déficit de atenção/hiperatividade (TDAH). Ela concorda que ele é agitado, mas não o considera diferente das outras crianças que conhece e diz que ele puxou ao tio nesse aspecto. Relata que Heitor apresenta alguma dificuldade para aprender; tem muitos amigos e raramente se envolve em brigas. Não sabe informar detalhes sobre o desenvolvimento neuropsicomotor. O encaminhamento da escola descreve apenas dificuldade de concentração em sala de aula e desatenção, e solicita tratamento medicamentoso. Na conversa com Heitor, observa-se que ele compreende bem todas as perguntas; ele nega dificuldades na escola, diz achar as aulas um pouco chatas e afirma gostar dos colegas.

Com base nas recomendações vigentes e nas informações disponíveis, assinale a alternativa que apresenta a conduta indicada para o caso.

(A) Encaminhar o paciente à atenção especializada para conclusão diagnóstica e definição do tratamento medicamentoso, considerando as informações obtidas até o momento.

(B) Aplicar os critérios diagnósticos do DSM-5-TR com as informações já disponíveis, e solicitar os exames necessários à introdução de medicamento psicoestimulante.

(C) Solicitar à escola relatório sobre o comportamento e aprendizagem, e agendar retorno com a mãe, para ampliar história e aplicar escala padronizada para avaliação de sintomas.

(D) Discutir o caso na reunião de matriciamento com o Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPSi), e aguardar a definição diagnóstica pela equipe especializada.

QUESTÃO 66

Dona Sílvia, de 57 anos, comparece à consulta de retorno. Na consulta anterior recebeu diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica e iniciou hidroclorotiazida 25 mg, 1 comprimido ao dia. Hoje está assintomática, nega efeitos adversos e refere boa adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso. Traz os resultados dos exames de controle: todos, incluindo creatinina, sem alterações, exceto o potássio sérico, de 3,3 mEq/L (valor de referência: 3,5–5,0 mEq/L). O eletrocardiograma evidenciou sobrecarga ventricular esquerda leve. Traz também o registro da monitorização residencial da pressão arterial (MRPA), realizada conforme a técnica recomendada, com média de 139/89 mmHg.

Diante do quadro descrito e baseando-se nas recomendações vigentes, assinale a alternativa que apresenta a conduta indicada para o caso.

(A) Manter o tratamento medicamentoso, reforçar necessidade de mudanças do estilo de vida e agendar retorno em 6 meses para reavaliação.

(B) Manter hidroclorotiazida e prescrever enalapril 5 mg, 1 comprimido a cada 12 horas, e reavaliar o potássio em 15 dias.

(C) Manter hidroclorotiazida e prescrever anlodipino 10 mg, 1 comprimido ao dia, e reavaliar o potássio em 15 dias.

(D) Reduzir a hidroclorotiazida para 12,5 mg/dia, reforçar medidas alimentares e ingesta hidrica, e reavaliar potássio em 30 dias.

QUESTÃO 67

Leia o trecho a seguir:

Segundo as Estimativas da População do IBGE (julho/2025), a população brasileira era de 213,4 milhões de habitantes, distribuídos por 5.571 municípios. A distribuição da população e as características de urbanização desses municípios são bastante heterogênea. Municípios de pequeno porte, com baixa densidade demográfica e escala insuficiente para sustentar serviços de maior complexidade, constituem a grande maioria no país. Essa configuração — poucos municípios muito populosos e uma grande maioria de pequeno porte — é determinante para o planejamento e a organização das Redes de Atenção à Saúde.

Assinale a alternativa que aponta o princípio do Sistema Único de Saúde que está diretamente relacionado ao artigo trazido.

(A) Regionalização.

(B) Descentralização.

(C) Hierarquização.

(D) Complementaridade.

QUESTÃO 68

Leia o título e o resumo dos achados do artigo apresentados a seguir:

Título: *O programa de transferência condicional de renda "Bolsa Família" do Brasil e a desnutrição infantil:* um estudo de coorte de nascimentos em âmbito nacional, Falcão IR, et al. BMJ Glob Health 2025;10:e018431. doi:10.1136/bmjgh-2024-018431.

Resumo:

Nossa pesquisa fornece novas evidências sobre a associação entre o Programa Bolsa Família (PBF) e os resultados nutricionais infantis, por meio da análise de uma extensa coorte de mais de 3 milhões de crianças menores de cinco anos com dados vinculados. O estudo destaca os benefícios que a participação no PBF traz para os resultados nutricionais das crianças, enfatizando seu potencial para mitigar o atraso no crescimento. Além disso, nossas descobertas destacam o papel duplo do PBF em relação ao sobrepeso/obesidade, enfatizando a necessidade de adaptações específicas nas políticas para mitigar consequências indesejadas.

Assinale a alternativa que aponta o princípio doutrinário do Sistema Único de Saúde que está diretamente relacionado com o artigo trazido.

(A) Universalidade.

(B) Integralidade.

(C) Igualdade.

(D) Controle social.

QUESTÃO 69

Homem, 42 anos, motorista, residente em uma cidade de médio porte, procura uma UBS por apresentar há cerca de um ano múltiplas lesões cutâneas no tronco e membros. Ao exame, observam-se 12 placas eritemato-acastanhadas, assimétricas e infiltradas, algumas com área central aparentemente poupada, limite interno mais nítido e borda externa pouco definida, conforme imagem a seguir:



(Imagem gerada por IA)

Há redução variável das sensibilidades térmica e dolorosa nas lesões e espessamento do nervo ulnar direito, associado a parestesia no 4º e 5º dedos.

Durante a investigação dos contatos, sua esposa, de 39 anos, nega sintomas, mas apresenta pequena mácula hipocrômica no antebraço esquerdo. Nessa lesão, a sensibilidade tátil está preservada, porém há redução consistente da sensibilidade térmica, quando comparada à pele contralateral. Não há espessamento de nervos periféricos ou déficit motor.

Considerando o diagnóstico e a abordagem de seus contatos, qual alternativa apresenta a interpretação mais adequada?

(A) Apresenta hanseníase dimorfa multibacilar; seus contatos devem ser examinados, e a esposa necessita investigação, pois alteração parcial de uma modalidade sensitiva em uma lesão é achado suspeito.

(B) Apresenta hanseníase dimorfa multibacilar; seus contatos devem ser examinados, mas a esposa pode ser considerada assintomática, pois o diagnóstico exige perda simultânea das sensibilidades térmica, dolorosa e tátil.

(C) Apresenta hanseníase tuberculoide paucibacilar; apenas contatos sintomáticos devem ser examinados, e a alteração térmica isolada da esposa não constitui achado suficiente para prosseguir a investigação.

(D) Apresenta hanseníase virchowiana multibacilar; seus contatos devem realizar baciloscopia, e a esposa somente deve ser investigada como caso suspeito se apresentar espessamento de nervo periférico.

QUESTÃO 70

José Carlos, 68 anos, homem negro, aposentado, é acompanhado em uma UBS há 12 anos por *diabetes mellitus* tipo 2 e hipertensão arterial. É independente para as atividades de vida diária e não apresenta comprometimento cognitivo.

Utiliza metformina 1.000 mg duas vezes ao dia, gliclazida MR 120 mg/dia e dapagliflozina 10 mg/dia. A equipe realizou reconciliação medicamentosa e acompanhamento de adesão nos últimos meses, sem evidências de uso irregular.

Sua evolução laboratorial foi:

- HbA1c há 6 meses: 8,7%
- HbA1c há 3 meses: 9,3%
- HbA1c atual: 10,2%
- glicemia de jejum: 248 mg/dL
- glicemias pós-prandiais domiciliares: 260–320 mg/dL
- creatinina: 1,1 mg/dL
- TFGe: 72 mL/min/1,73 m²
- relação albumina/creatinina urinária: 82 mg/g.

Nas últimas semanas, refere poliúria e polidipsia, sem perda ponderal significativa, vômitos ou alteração do nível de consciência.

Na avaliação alimentar, relata consumo frequente de refrigerantes, embutidos, biscoitos salgados, macarrão instantâneo e refeições prontas. Quando a equipe sugere mudanças, afirma:

“Quando compro fruta, verdura e carne fresca, o dinheiro acaba antes do fim do mês. Essas coisas prontas duram mais e consigo comprar em promoção.”

Considerando o momento clínico e o contexto de vida desse paciente, assinale a alternativa que representa a melhor estratégia terapêutica inicial.

(A) Reconhecer descompensação persistente do DM2, apesar do tratamento adequado e com boa adesão, e iniciar NPH noturna, titulando pela glicemia de jejum; manter metformina e dapagliflozina, reavaliar a necessidade da gliclazida e pactuar reduções graduais de ultraprocessados mediante substituições acessíveis à realidade familiar.

(B) Reconhecer descompensação persistente do DM2 e iniciar NPH pela manhã e à noite, suspendendo a gliclazida pelo risco de hipoglicemia; manter metformina e dapagliflozina e prescrever dieta predominantemente *in natura*, mesmo que seja necessário reorganizar os demais gastos familiares.

(C) Reconhecer controle glicêmico inadequado, porém priorizar por três meses intervenção alimentar intensiva e acompanhamento multiprofissional antes da insulina; manter os antidiabéticos atuais, pois a elevada ingestão de ultraprocessados constitui fator potencialmente reversível e ainda não houve emagrecimento ou cetose.

(D) Reconhecer falha do tratamento não insulínico e iniciar NPH noturna associada à insulina regular antes da refeição de maior carga glicêmica; manter metformina e dapagliflozina, suspender a gliclazida e negociar redução dos ultraprocessados conforme renda e disponibilidade alimentar.

QUESTÃO 71

Carolina, 32 anos, G2P1, com 26 semanas e 3 dias de gestação, comparece à UBS para consulta de pré-natal. A gestação evolui sem intercorrências, com pressão arterial de 112 × 68 mmHg, ganho ponderal adequado, altura uterina compatível com a idade gestacional e batimentos cardíacos fetais de 148 bpm.

Na primeira consulta, realizada com 9 semanas, apresentava glicemia de jejum de 84 mg/dL, sorologias sem alterações e urocultura negativa. Não possui história prévia de diabetes. Seu primeiro filho nasceu a termo, com 3.720 g.

Na consulta atual, apresenta o resultado do TOTG com 75 g, realizado na semana anterior:

Tempo	*Glicemia*
Jejum	89 mg/dL
1 hora	185 mg/dL
2 horas	146 mg/dL

A gestante está assintomática e pergunta se o exame está normal, pois “só um dos números veio um pouco acima”.

Considerando a idade gestacional, a interpretação dos exames e a continuidade da assistência pré-natal, assinale a alternativa que indica a conduta mais adequada.

(A) Considerar o TOTG normal, pois jejum e glicemia de 2 horas estão abaixo dos pontos de corte; manter o pré-natal habitual e repetir glicemia de jejum no terceiro trimestre para confirmar ausência de diabetes gestacional.

(B) Diagnosticar *diabetes mellitus* gestacional, pois um único valor do TOTG acima do ponto de corte é suficiente; iniciar orientação alimentar e atividade física, programar monitoramento glicêmico e manter o acompanhamento pré-natal conforme estratificação de risco.

(C) Considerar o resultado limítrofe, pois a elevação isolada da glicemia de 1 hora não confirma diabetes gestacional; repetir o TOTG de 75 g em duas semanas e estabelecer o diagnóstico apenas se houver persistência da alteração.

(D) Diagnosticar *diabetes mellitus* gestacional e indicar imediatamente insulinoterapia basal, pois a alteração do TOTG demonstra hiperglicemia gestacional; manter dieta habitual até obter perfil glicêmico domiciliar para posterior definição das mudanças alimentares.

QUESTÃO 72

Ricardo, 49 anos, auxiliar de almoxarifado, procura a UBS por dor lombar há 11 meses. A dor é predominantemente axial, piora após permanecer muito tempo sentado e ao carregar peso, sem irradiação abaixo do joelho. Nega febre, perda ponderal, trauma recente, alteração esfincteriana ou anestesia em sela.

Nos últimos quatro meses reduziu progressivamente suas atividades. Parou de caminhar e evita abaixar-se por receio de "agravar a coluna". Está afastado do trabalho há seis semanas.

Ao exame, apresenta marcha preservada, força 5/5 nos membros inferiores, reflexos simétricos, sensibilidade preservada e Lasègue negativo. A flexão lombar é limitada por dor, sem déficit neurológico.

Há três meses realizou, fora da rede pública, ressonância magnética que mostrou:

"Desidratação discal em L4-L5 e L5-S1, protrusão discal posterior difusa em L4-L5, com discreto contato com o saco dural, sem compressão radicular; alterações degenerativas facetárias leves."

Desde então, relata maior receio de movimento. Solicita encaminhamento para neurocirurgia e pergunta se uma infiltração poderia "evitar que a hérnia piore".

Diante desse caso clínico, assinale a alternativa que indica a conduta corretamente.

(A) Manter o manejo conservador na APS, prescrever analgesia conforme necessidade e orientar redução temporária das atividades físicas até melhora significativa da dor, iniciando exercícios, posteriormente.

(B) Iniciar reabilitação com exercícios graduais, explicar a ausência de compressão radicular e reavaliar em quatro a seis semanas, considerando infiltração se a recuperação funcional permanecer insatisfatória.

(C) Evitar atribuir a dor exclusivamente às alterações degenerativas da ressonância, diante da ausência de radiculopatia ou déficit neurológico, e priorizar educação sobre dor e recuperação funcional com atividade e exercícios progressivos.

(D) Considerar possível contribuição da protrusão discal, orientar restrição temporária de esforços de maior carga e reabilitação supervisionada, reavaliando, posteriormente, a necessidade de encaminhamento ao especialista.

QUESTÃO 73

O estudo "*Intramedullary injection of polymerized laminin in acute traumatic spinal cord injury*: a first-in-human pilot study", conduzido no Brasil, foi um estudo clínico exploratório, de braço único, realizado em oito pacientes com lesão medular traumática aguda. O objetivo principal foi avaliar a segurança e a factibilidade da intervenção. Os desfechos neurológicos foram considerados exploratórios, sem hipótese pré-estabelecida de eficácia e sem cálculo formal do tamanho da amostra.

Considerando essas características metodológicas, qual é a interpretação mais adequada dos resultados desse estudo?

(A) O estudo fornecer evidências preliminares sobre segurança e factibilidade da intervenção e gerar hipóteses sobre possíveis efeitos neurológicos, mas não permite estabelecer sua eficácia clínica.

(B) A observação de melhora neurológica após a intervenção permite inferir sua eficácia, desde que a magnitude da melhora seja clinicamente relevante nos pacientes avaliados.

(C) Por se tratar de um estudo prospectivo realizado em seres humanos, seus resultados permitem estimar o efeito causal da intervenção, mesmo na ausência de um grupo comparador.

(D) A ausência de hipótese pré-estabelecida e de cálculo formal do tamanho da amostra impede a interpretação dos desfechos clínicos observados, inclusive para geração de hipóteses.

QUESTÃO 74

Uma meta-análise demonstrou que uma nova intervenção reduziu significativamente a mortalidade (Risco Relativo = 0,78; Intervalo de confiança 95% 0,65–0,93; p=0,03). Os autores classificaram a certeza da evidência pelo sistema GRADE como baixa.

A interpretação mais adequada dessa classificação é:

(A) a classificação como baixa indica que a intervenção provavelmente é eficaz, mas o benefício deve ser confirmado em populações com maior representatividade (validade externa).

(B) a classificação como baixa reflete predominantemente limitações metodológicas dos estudos primários, sem modificar a interpretação da estimativa combinada obtida na meta-análise.

(C) a classificação como baixa significa que a estimativa do efeito deve ser interpretada com cautela, embora a direção e a magnitude do efeito observado provavelmente permaneçam estáveis em estudos futuros.

(D) a estimativa sugere benefício da intervenção, porém a confiança nesse efeito é limitada, e estudos futuros podem modificar substancialmente a estimativa atualmente disponível.

QUESTÃO 75

Paciente de 97 anos, com diagnóstico clínico de fase terminal de câncer de pâncreas, com metástases pulmonares e peritoneais, irressecável e refratária a tratamento quimioterápico. O paciente está em ventilação mecânica, sem capacidade decisória e sem diretiva antecipada de vontade, e passa a apresentar agitação importante. Há necessidade crescente de sedação para tolerar o suporte ventilatório, sem melhora do quadro de base. O representante legal opõe-se a qualquer redução do suporte ventilatório.

Nesse caso, em relação ao suporte ventilatório, assinale a alternativa correta.

(A) Manter o suporte ventilatório, considerando necessária autorização judicial prévia para qualquer limitação de tratamento em paciente sem capacidade decisória.

(B) Reavaliar o suporte ventilatório, considerando sua proporcionalidade e discutindo eventual limitação com o representante legal, com registro da decisão.

(C) Manter o suporte ventilatório, considerando que sua limitação em paciente terminal caracteriza antecipação deliberada da morte e prática ilegal de eutanásia.

(D) Suspender o suporte ventilatório, considerando suficiente o prognóstico irreversível para essa decisão, independentemente da participação do representante legal.

FUNDAÇÃO vunesp

Confidencial até o momento da aplicação.