



OsceLabs

UEPA 2023

Prova comentada | Acesso direto

100 questões • comentários autorais • respostas da banca

Respostas conforme gabarito definitivo disponibilizado para a edição. Questões anuladas estão identificadas.

Cada questão conserva o enunciado, as alternativas e as imagens do documento original. Os comentários explicam o raciocínio e as limitações das opções. As questões anuladas continuam identificadas, sem atribuir à banca uma justificativa que ela não publicou.

O gabarito oficial e a interpretação clínica são apresentados separadamente. Ressalvas destacam diferenças de diretriz, limitações do enunciado e recomendações posteriores à aplicação. Material educacional: decisões assistenciais exigem avaliação individual e consulta ao protocolo vigente.

Ao final: gabarito oficial e caderno integral, preservados como anexos. As referências de apoio podem ser abertas pelos links de cada comentário.

[Acesse esta edição no OsceLabs](#)

Aplicação: conforme caderno original • Ano de ingresso: 2023

Questão 01 · Diretrizes constitucionais do SUS

Gabarito oficial: C

1. Após a VIII Conferência Nacional da Saúde, ocorrida em Brasília, foram elaboradas as diretrizes do Sistema Único de Saúde. Marque a alternativa que corresponde a essas diretrizes.
- ☐ a Universalidade, Equidade e Participação Popular.
 - ☐ b Universalidade, Equidade e Integralidade.
 - ☒ c Descentralização, Integralidade e Participação Popular.
 - ☐ d Hierarquização, Resolutividade e Integralidade.
 - ☐ e Hierarquização, Municipalização da Saúde e Participação Popular.

Comentário OsceLabs

O artigo 198 organiza o SUS segundo descentralização com direção única, atendimento integral e participação da comunidade. Universalidade e equidade são princípios fundamentais, mas a pergunta diferencia a enumeração das diretrizes constitucionais. A VIII Conferência contribuiu para essa construção; não se deve confundir a data da conferência com a posterior promulgação da Constituição.

Referência: Brasil. Constituição Federal — artigos 194 a 200.

Referência: Brasil. Lei 8.080/1990 — organização do SUS.

Questão 02 · Municipalização e NOB 1993

Gabarito oficial: C

2. Marque a alternativa da Norma Operacional Básica da saúde – NOBs, que iniciou o processo de municipalização de saúde no Brasil:
- ☐ a NOB 91
 - ☐ b NOB 92
 - ☒ c NOB 93
 - ☐ d NOB 94
 - ☐ e NOB 96

Comentário OsceLabs

A NOB 1993 impulsionou a descentralização com modalidades de gestão e fortalecimento das comissões intergestores, sendo a resposta histórica cobrada. A NOB 1996 aprofundou a responsabilização e o financiamento da atenção básica. A municipalização foi um processo progressivo, com antecedentes constitucionais e legais, e não um evento iniciado de forma isolada por uma única norma.

Referência: Ministério da Saúde — Portaria 545/1993, NOB-SUS 01/93

Questão 03 · Antipsicóticos de segunda geração

Gabarito oficial: E

3. Marque a alternativa que corresponde a três antipsicóticos atípicos.
- a Haloperidol, Risperidona e Aripiprazol.
 - b Levomepromazina, Risperidona e Quetiapina.
 - c Clorpromazina, Levomepromazina e Quetiapina.
 - d Aloperidol, Olanzapina e Clorpromazina.
 - e Risperidona, Olanzapina e Aripiprazol.

Comentário OsceLabs

Risperidona, olanzapina e aripiprazol pertencem ao grupo chamado atípico ou de segunda geração. Haloperidol, clorpromazina e levomepromazina são exemplos de primeira geração. A classificação não significa ausência de efeitos extrapiramidais ou metabólicos; perfis variam, assim como a ação farmacológica, incluindo agonismo parcial dopaminérgico do aripiprazol.

Referência: NICE CG178 — Psychosis and schizophrenia in adults

Questão 04 · Diagnóstico e tratamento precoces da tuberculose

Gabarito oficial: B

4. A alternativa que indica o tipo de prevenção que é possível fazer a quebra da cadeia de transmissão da tuberculose pulmonar, é:
- a) Prevenção primária.
 - b) Prevenção secundária.
 - c) Prevenção terciária.
 - d) Prevenção quaternária.
 - e) Prevenção quinquenária.

Comentário OsceLabs

Identificar e tratar precocemente tuberculose ativa constitui prevenção secundária e reduz a transmissão. Medidas primárias, como controle ambiental e proteção de pessoas suscetíveis, também interrompem a cadeia em outros pontos. A pergunta adota o mecanismo do diagnóstico e tratamento do caso, não afirma que a prevenção secundária seja a única estratégia de controle.

Referência: Ministério da Saúde. Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose, 2ª ed., 2019.

Referência: Fiocruz — O que é saúde? História natural e níveis de prevenção

Questão 05 · Primeira dose de febre amarela

Gabarito oficial: B

5. O Programa Nacional de Imunização nos contempla com o calendário de imunização, para diversas faixas de idade. As crianças devem ser vacinadas contra a febre amarela pela primeira vez com:
- a Seis meses
 - b Nove meses
 - c Um ano
 - d Um ano e 4 meses
 - e Dez anos

UEPA

Programa de Residência Médica

Comentário OsceLabs

A dose de rotina no calendário infantil brasileiro inicia aos nove meses, com reforço posterior conforme calendário. Situações excepcionais de risco podem motivar avaliação antes dessa idade, respeitando contraindicações e recomendações específicas. A dose antecipada, quando indicada, não deve ser confundida com a rotina perguntada. História vacinal e faixa etária orientam atualização.

Referência: Ministério da Saúde — Manual de normas e procedimentos para vacinação

Questão 06 · Alterações do pensamento e linguagem

Gabarito oficial: ANULADA

6. José, 33 anos de idade, apresenta quadro de esquizofrenia. Em consulta psiquiátrica, relatou que ratos habitavam seu cérebro e conduziam seu pensamento. Pouco tempo depois, de forma inesperada, ficou em silêncio. O profissional, então, perguntou a José por que ele parou de falar. E ele então respondeu: “falar, falar, falar... pensamento parou. Acho que meus roedores não me deixarão falar” (sic). A alternativa que apresenta corretamente as duas alterações de linguagem presentes no caso clínico acima é:
- a Ecolalia e Neologismo.
 - b Bradifasia e Ecolalia.
 - c Perseveração Verbal e Logorreia.
 - d Taquifasia e Ecolalia.
 - e Neologismo e Perseveração Verbal.

Comentário OsceLabs

A questão foi anulada. Interrupção abrupta da fala pode refletir bloqueio do pensamento, e a explicação com roedores remete a conteúdo delirante. Repetição de uma palavra não basta para afirmar ecolalia, que envolve repetir a fala de outra pessoa; neologismo exige criação ou uso idiossincrático de termo. As duplas oferecidas não caracterizam adequadamente o conjunto.

Referência: NICE CG178 — Psychosis and schizophrenia in adults

Questão 07 · Logorreia em episódios de humor

Gabarito oficial: B

7. Marque a alternativa abaixo onde a fala logorreica está presente.
- ☐ a Esquizofrenia Paranóide.
 - ☒ b Transtorno Bipolar tipo I.
 - ☐ c Transtorno Obsessivo Compulsivo.
 - ☐ d Transtorno Bipolar tipo II.
 - ☐ e Esquizofrenia Ebefrênica.

Comentário OsceLabs

Aumento do fluxo e pressão da fala pode ocorrer na mania, compatível com transtorno bipolar I. Não é sinal exclusivo dessa condição: também pode aparecer na hipomania, inclusive no bipolar II, e em outros estados. A resposta B representa a associação prototípica da banca, mas o sintoma isolado não permite distinguir os subtipos de transtorno bipolar.

Referência: NICE CG185 — Bipolar disorder: assessment and management

Questão 08 - Sintomas negativos da esquizofrenia

Gabarito oficial: E

8. Sobre os sintomas negativos da Esquizofrenia, informe se é Verdadeiro (V) ou Falso (F) para o que se afirma e assinale a alternativa que apresenta a sequência correta.
- () Perdas de certas funções psíquicas e empobrecimento global da vida afetiva, cognitiva e social.
 - () Distanciamento e aplainamento afetivo ou afeto embotado.
 - () Distorção sobre o que é verdadeiro, como a presença de ideias deturpadas sobre a realidade.
 - () Alucinações, que são consideravelmente frequentes, mas também pode haver ilusões ou pseudoalucinações.
- A alternativa que apresenta a sequência correta de cima para baixo é:
- a** V – F – V – V
 - b** F – V – F – F
 - c** F – F – V – V
 - d** V – V – V – V
 - e** V – V – F – F

2023 – Acesso Direto

Página 2

Comentário OsceLabs

Embotamento afetivo, redução da iniciativa e empobrecimento da expressão integram sintomas negativos. Delírios e alucinações são classificados como positivos, pois representam experiências ou conteúdos adicionados ao funcionamento habitual. Cognição constitui domínio parcialmente distinto; a descrição global do primeiro item é simplificada. Também é necessário excluir depressão, sedação e efeitos motores como causas de aparente retraimento.

Referência: NICE CG178 — Psychosis and schizophrenia in adults

Questão 09 - Caracterização do delírio

Gabarito oficial: A

9. Ana, 55 anos comparece a um serviço de atendimento em saúde mental afirmando que implantaram um chip em seu corpo, para controlar suas ações e seus pensamentos. Esta manifestação indica a presença de um delírio se:
- a a crença do indivíduo em relação à veracidade de suas ideias permanece, mesmo diante da apresentação de argumentos lógicos ou dados objetivos.
 - b o conteúdo do delírio, inequivocamente, remete a formulação de juízos falsos e a situações improváveis de ocorrerem na realidade.
 - c a confiança que o indivíduo demonstra em relação ao seu julgamento foi sancionada e estimulada por um grupo restrito em seu ambiente social.
 - d a organização das ideias que sustentam o delírio não tem lógica, ficando vulnerável a qualquer questionamento de um interlocutor.
 - e a sua estrutura pode ser penetrada e abalada facilmente pela intervenção de profissionais técnica e teoricamente capacitados.

Comentário OsceLabs

Convicção fortemente mantida apesar de evidência contrária é característica relevante do delírio. Conteúdo improvável, sozinho, não basta: contexto cultural e avaliação clínica são essenciais. Nem todo delírio é desorganizado ou impossível no mundo real. A abordagem deve investigar sofrimento e risco sem confrontação humilhante ou tentativa de vencer uma discussão lógica.

Referência: NICE CG178 — Psychosis and schizophrenia in adults

Questão 10 · Objetivos da prevenção secundária

Gabarito oficial: D

10. Quanto aos níveis de prevenção, analise as afirmativas abaixo.

- I. A prevenção primária é a realizada no início da doença, buscando estabelecer um diagnóstico o mais precocemente possível.
- II A prevenção secundária tem, entre seus objetivos, evitar que a doença leve a complicações e sequelas.
- III. Evitar a propagação de doenças contagiosas é um dos objetivos da prevenção secundária.

A alternativa que contém todas as afirmativas corretas é:

- a** I
- b** I e II
- c** I e III
- d** II e III
- e** I, II e III

UFPA

Programa de Residência

Comentário OsceLabs

Diagnóstico e tratamento precoces pertencem à prevenção secundária, e podem reduzir complicações e transmissão. Prevenção primária atua antes do estabelecimento da doença. Prevenção terciária concentra-se na redução de incapacidade e reabilitação quando o agravo já se estabeleceu. Os objetivos se sobrepõem, mas a distinção pelo momento e pela intervenção explica II e III.

Referência: Fiocruz — O que é saúde? História natural e níveis de prevenção

Questão 11 · Delimitação de uma coorte de prematuros

Gabarito oficial: D

- 11.** Ao organizar um estudo coorte, um residente de oftalmologia, gostaria de delimitar a prevalência de fatores de risco para a retinopatia da prematuridade no ambulatório de pediatria, para isso será necessário:
- a** comparar os prematuros com retinopatia com os que não tem retinopatia e não são prematuros.
 - b** analisar todos os pacientes que tem retinopatia da prematuridade e comparar com os que não tem.
 - c** analisar todos os pacientes que tem retinopatias da prematuridade, e comparar os prematuros e os não prematuros.
 - d** analisar todos os pacientes prematuros, comparando os que tem a retinopatia da prematuridade e os que não tiveram.
 - e** analisar todos os casos de prematuros com retinopatia da prematuridade, descrevendo o pré natal destes.

Comentário OsceLabs

Uma coorte apropriada acompanha prematuros elegíveis, registra exposições e observa ocorrência de retinopatia. D preserva a população de interesse. Contudo, comparar casos e não casos retrospectivamente não define sozinho uma coorte; são necessários critérios temporais e seleção independente do desfecho. O enunciado mistura prevalência de fatores com investigação de risco ao longo do tempo.

Referência: CDC. Principles of Epidemiology — measures of disease frequency.

Questão 12 · Saneamento e competências federativas

Gabarito oficial: A

- 12.** No ano de 2022, estima-se que quase 35 milhões de pessoas no Brasil vivem sem água tratada e cerca de 100 milhões não têm acesso à coleta de esgoto, o que gera impacto direto na mortalidade infantil e qualidade da saúde da população. Saneamento básico é previsto na lei 8080/90, sendo determinado por:
- a** saneamento básico é de competência dos municípios, estados e união.
 - b** saneamento básico é de competência dos municípios e união.
 - c** saneamento básico é de competência prioritariamente dos municípios.
 - d** saneamento básico é de competência prioritariamente dos estados.
 - e** saneamento básico é de competência prioritariamente da união.

Comentário OsceLabs

A Lei 8.080 prevê participação do SUS na formulação e execução de ações de saneamento, distribuindo atribuições entre as esferas. Isso não significa que todas executem exatamente as mesmas funções. Planejamento, apoio técnico, financiamento e execução se articulam com a legislação setorial e a titularidade dos serviços. A alternativa A reconhece a responsabilidade compartilhada.

Referência: Brasil. Lei 8.080/1990 — organização do SUS.

Referência: Brasil. Constituição Federal — artigos 194 a 200.

Questão 13 · Integração precoce dos cuidados paliativos

Gabarito oficial: C

- 13.** Paciente de 43 anos, sexo feminino, com diagnóstico de câncer de mama em estágio inicial, foi encaminhada ao serviço de cuidado paliativo, mesmo o oncologista lhe explicando que há grandes chances de cura, pois foi diagnosticado no início do quadro. Sobre o encaminhamento para cuidados paliativos é correto afirmar que:
- a** foi correta, já que, cuidados paliativos são indicados para todos os pacientes com câncer terminal.
 - b** foi correta, já que, mesmo havendo uma possível baixa possibilidade, o câncer de mama pode ter um desfecho reservado.
 - c** foi correta, já que, cuidados paliativos são focados no conforto e bem estar do paciente, independente do prognóstico.
 - d** não foi correta, já que, por ter sido diagnosticado no início, com altas chances de cura, o bem estar da paciente provavelmente não será afetado.
 - e** não foi correta, já que, cuidados paliativos, são direcionados para otimização do cuidado em final de vida, o que não cabe ao caso.

UEPA 2023 – Acesso Direto

Página 2

Comentário OsceLabs

Cuidados paliativos podem acompanhar tratamento com intenção curativa para controlar sintomas e sofrimento e apoiar decisões. Encaminhar não equivale a declarar terminalidade ou desistir do tratamento oncológico. Intensidade e necessidade de equipe especializada dependem dos problemas identificados. O foco é qualidade de vida da pessoa e da família, não apenas prognóstico estimado.

Referência: WHO — Palliative care: adultos, crianças e famílias

Referência: SBOC — Manual de tratamento sintomático em cuidados paliativos, 2025

Questão 14 · Varicela e investigação de surtos

Gabarito oficial: ANULADA

- 14.** Sua vizinha solicita que você avalie o filho dela de 13 anos, que você constata estar com varicela, e que o quadro também é compatível com de outros dois colegas de turma deste. O que deve ser feito em relação a vigilância de doenças de notificação compulsórias.
- a** não cabe notificação, pois só serão notificados casos de encefalite por varicela.
 - b** não cabe notificação, pois o atendimento foi realizado fora do ambiente de saúde, sendo necessário encaminhar para atendimento em serviço especializado.
 - c** não cabe notificação, já que, varicela não é doença de notificação compulsória.
 - d** deverá realizar notificação, por via, Secretaria de Vigilância do Município, solicitando documentos necessários para realizar notificação.
 - e** deverá notificar, já que, varicela é agravo listado para notificação compulsória em nível nacional, sendo necessário, encaminhar os três pacientes para avaliação em serviço de saúde.

Comentário OsceLabs

A questão foi anulada. É necessário distinguir notificação de casos graves ou óbitos e comunicação de surtos, além de listas locais. Três casos relacionados em escola justificam avaliação da vigilância, independentemente de o atendimento ter ocorrido fora de um serviço. Não se pode afirmar que toda varicela isolada tenha a mesma obrigação nacional em qualquer época.

Referência: Ministério da Saúde. Guia de Vigilância em Saúde — acervo oficial.

Referência: MS_NOTIFICACAO2024

Questão 15 · Pigmentação durante poliquimioterapia

Gabarito oficial: E

- 15.** Houve atualização do tratamento da hanseníase para pacientes paucibacilares, sob orientação do Ministério da Saúde, com embasamento de orientações da OMS, de 2018. Paciente de 34 anos comparece a UBS para acompanhamento do tratamento MH, e relata que iniciou quadro de pigmentação da pele. Neste caso, a orientação deve esclarecer que:
- a** esta alteração na pele, é relacionada a Clofazimina, o que deverá indicar a substituição da droga, por Minociclina, o qual terá melhor adesão ao tratamento.
 - b** esta pigmentação é relacionada a Clofazimina, e que se não houve melhora em três meses, deverá substituir por Minociclina, então deve manter o acompanhamento.
 - c** estas alterações na pele podem estar relacionadas ao esquema terapêutico da MH, que é benigno, porém pode-se discutir com o paciente sobre a substituição de uma das drogas pela Minociclina, que não tem este efeito.
 - d** a mudança da pigmentação da pele, deve ser sempre feitas aos pacientes, porém, a alteração da pigmentação da pele, deve ser acompanhada, caso haja persistência por três meses, o tratamento deverá ser suspenso.
 - e** esta alteração na pigmentação da pele é relacionada a Clofazimina, que não deve suspender a medicação, deverá hidratar a pele e usar sempre protetor solar.

Comentário OsceLabs

Clofazimina pode causar alteração da coloração cutânea e ressecamento. Orientação antecipada, hidratação e proteção solar favorecem adesão; pigmentação isolada não exige suspensão rotineira do esquema. A reversão pode ser lenta após o tratamento. Outros sintomas ou sofrimento importante devem ser avaliados individualmente, evitando interrupção sem acompanhamento e sem esclarecer a causa.

Referência: Ministério da Saúde — PCDT Hanseníase, 2022

Questão 16 · Investigação após sangue oculto positivo

Gabarito oficial: D

- 16.** Paciente de 61 anos, comparece ao atendimento na UBS, para acompanhamento da HAS e DM, tendo em mãos, resultado de exames solicitados na última consulta. Assim, com estes resultados a melhor conduta a ser tomada, neste caso, é:
- a** VDRL positivo; deverá ser solicitado teste treponêmico, mesmo em pacientes que já foram tratados pra Sífilis, já que este teste é específico e não sensível.
 - b** transaminase glutâmico-pirúvica elevada; deverá investigar hepatites virais, já que este marcador não é afetado por medicamentos como diuréticos.
 - c** ultrassonografia de tireoide com nódulo de 0,5 cm; deverá ser solicitado punção de tireoide, já que, nódulos tireoidianos em pacientes idosos, tendem a ter maior padrão de malignidade, mesmo com pequeno volume.
 - d** sangue oculto nas fezes positivo; deverá ser solicitado endoscopia e colonoscopia para investigar, já que este teste tem valor preditivo negativo elevado.
 - e** PSA livre elevado; deverá solicitar biopsia de próstata (cinco fragmentos) para melhor diagnóstico, já que o PSA livre tem especificidade elevada para câncer de próstata.

Comentário OsceLabs

Teste fecal positivo exige investigação colônica, habitualmente com colonoscopia, e não simples repetição do rastreamento. Ressalva: endoscopia alta não é obrigatória para todo resultado positivo; depende do tipo de teste, anemia, sintomas e achados. O valor preditivo negativo não justifica a conduta diante de resultado positivo. D é o gabarito, mas sua fundamentação é imprecisa.

Referência: ACG — Colorectal Cancer Screening, 2021

Referência: AGA — Gastrointestinal Evaluation of Iron Deficiency Anemia, 2020

Questão 17 · Suspeita de intoxicação por chumbo

Gabarito oficial: A

- 17.** Paciente de 43 anos, masculino, tabagista, etilista esporádico, trabalha como soldador de portões, sem doenças prévias, vem a consulta acompanhado da companheira, que relata agressividade e comportamento alterado, dores abdominais associados a quadros diarreicos, perda de sensibilidade nas pontas dos dedos, fraqueza nos membros superiores e inferiores, instabilidade na locomoção e anemia, já verificada em exame anterior, quadro iniciado há três meses de forma progressiva. Assim a hipótese diagnóstica que mais se enquadraria ao paciente acima, é.
- a** intoxicação por chumbo.
 - b** intoxicação por prata.
 - c** intoxicação por inseticidas.
 - d** intoxicação por hidrocarboneto.
 - e** intoxicação por mercúrio.

Comentário OsceLabs

Exposição ocupacional possível, dor abdominal, anemia e neuropatia com alterações comportamentais sugerem intoxicação por chumbo. Confirmação envolve história detalhada e chumbo sanguíneo, além de avaliar outras causas. Constipação é manifestação clássica, embora o enunciado cite diarreia. A ocupação não prova exposição: materiais, processos e medidas de proteção precisam ser investigados.

Referência: CDC/NIOSH — Blood Lead Level Guidance

Questão 18 · Quedas e revisão de medicamentos

Gabarito oficial: **ANULADA**

- 18.** Os critérios de Beers são utilizados para prescrição de medicamentos para idosos, assim o que deve ser observado no seguinte caso: Paciente de 63 anos, com quadro de hipertensão, foi prescrito anlodipino. Após seis meses do uso, paciente iniciou o quadro de instabilidade postural, tendo tido queda no banheiro, com fratura em fêmur. Neste caso, segundo os critérios de Beer deve-se observar:
- a** a polifarmácia.
 - b** a iatrogenia.
 - c** o risco de queda.
 - d** a imobilidade.
 - e** a instabilidade postural.

Comentário OsceLabs

A questão foi anulada. Após queda, devem-se avaliar pressão postural, medicações, equilíbrio, visão e riscos ambientais. Critérios de Beers se destinam principalmente a pessoas com 65 anos ou mais, enquanto o caso tem 63; anlodipino também não é inadequado por definição. Relação temporal sugere investigar efeito adverso, sem provar causalidade ou escolher uma única síndrome geriátrica.

Referência: American Geriatrics Society — Beers Criteria, 2023

Questão 19 - Prevalência e valor preditivo positivo

Gabarito oficial: B

- 19.** Paciente do sexo feminino, de 31 anos, veio ao planejamento familiar, e trouxe um teste de dosagem de uma proteína nova para verificar sua ovulação, com sensibilidade de 100% e especificidade de 95%, que foi testado em um grupo de 1000 mulheres, que tem prevalência de anovulação de 4%, por teste hormonal (padrão ouro). Sabendo o valor preditivo positivo do teste, a melhor conduta, é:
- a** orientar a paciente que a investigação utilizando esta proteína não é confiável para manejo do quadro dela, já que o teste tem mais de 50% de VPP, sendo necessário dar continuidade a investigação.
 - b** orientar a paciente que a investigação utilizando esta proteína não é confiável para manejo do quadro dela, já que o teste tem menos de 50% de VPP, sendo necessário dar continuidade a investigação.
 - c** orientar a paciente que provavelmente ela tem um quadro de anovulação, já que o teste tem alta especificidade e sensibilidade.
 - d** orientar a paciente que, baseado no teste realizado, provavelmente ela tem um quadro de anovulação e que o teste tem VPP menor que 50%, sendo confiável, assim deverá iniciar a medicação para estimular a ovulação.
 - e** orientar a paciente que, baseado no teste realizado, provavelmente ela tem um quadro de anovulação e que o teste tem VPP maior que 50%, sendo confiável, assim deverá iniciar a medicação para estimular a ovulação.

IIEDA

Programa de Residência

Comentário OsceLabs

Em 1.000 mulheres, há 40 com anovulação. Sensibilidade de 100% identifica as 40; especificidade de 95% entre 960 sem anovulação gera 48 falsos positivos. $VPP = 40/(40+48)$, aproximadamente 45,5%. Portanto, resultado positivo precisa de contextualização e confirmação, apesar da alta sensibilidade. O cálculo pressupõe que o teste positivo indique anovulação, como adotado pela banca.

Referência: CDC. Principles of Epidemiology — measures of disease frequency.

Questão 20 - Investigação cuidadosa de possível violência sexual

Gabarito oficial: C

- 20.** O abuso sexual de jovens e crianças é uma realidade que deve ser sempre lembrada no atendimento desta população. A alternativa que indica investigação e intervenção multidisciplinar focando no provável quadro de violência sexual, é:
- a** paciente do sexo masculino, de 8 anos, veio a consulta na atenção básica de saúde, acompanhado da mãe, que relata que tem tido comportamento mais reservado, ficando até oito horas por dia no celular, com dificuldade de relacionamento com colegas de turma.
 - b** paciente do sexo feminino, de 9 anos, veio a consulta na atenção básica de saúde, acompanhada da mãe, que relata que tem tido comportamento mais reservado, tendo observado corrimento vaginal iniciado há quatro dias, de forma esbranquiçada, não teve menarca e nem pubarca sem outras queixas.
 - c** paciente do sexo feminino, de 7 anos, veio a consulta na atenção básica de saúde, acompanhada da mãe, que relata que tem tido comportamento mais reservado, tendo observado lesão verrucosa em céu da boca, não teve menarca e nem pubarca sem outras queixas.
 - d** paciente do sexo feminino, de 10 anos, veio a consulta na atenção básica de saúde, acompanhada da mãe, que relata que tem tido comportamento mais reservado, ficando quadro choroso e evitando ir à escola.
 - e** paciente do sexo masculino, de 12 anos.

veio a consulta na atenção básica de saúde, acompanhada da mãe, que relata que tem tido comportamento mais reservado, tendo observado postura mais sexualizada, sem outras queixas.

Comentário OsceLabs

Lesão verrucosa oral em criança requer avaliação diagnóstica e pode motivar investigação de transmissão e proteção, justificando C. Não comprova abuso isoladamente: HPV e outras lesões admitem mecanismos diversos. Mudanças comportamentais das demais opções também merecem escuta. A abordagem deve ser multidisciplinar, sem perguntas sugestivas, exposição desnecessária ou repetição traumática do relato.

Referência: CEVS/RS — Notificação de violência e tentativa de suicídio

Referência: Brasil. Estatuto da Criança e do Adolescente — Lei 8.069/1990.

Questão 21 · Miocardite associada a medicamentos

Gabarito oficial: B

- 21.** A miocardite é uma doença inflamatória do miocárdio com ampla variedade de apresentações clínicas, podendo abranger formas subclínicas, ou mesmo manifestações clínicas agudas de insuficiência cardíaca descompensada fulminante com quadro de choque cardiogênico. Pode decorrer de diversas causas infecciosas e não infecciosas. O medicamento mais fortemente associado a miocardite é:
- a** Rosuvastatina.
 - b** Fenitoína.
 - c** Ezetimiba.
 - d** Metformina.
 - e** Vonoprazana.

UEPA 2023 – Acesso Direto

Página 5

Comentário OsceLabs

Fenitoína pode desencadear reação de hipersensibilidade sistêmica, inclusive miocardite eosinofílica, sendo a associação mais reconhecida entre as opções. É evento raro, não consequência habitual do tratamento. Temporalidade, manifestações sistêmicas, exames e exclusão de outras causas orientam investigação. Suspeita de comprometimento cardíaco exige avaliação urgente e revisão do fármaco envolvido.

Referência: ESC — Guidelines for myocarditis and pericarditis, 2025

Questão 22 - Xantomas e padrões de dislipidemia

Gabarito oficial: ANULADA

- 22.** Xantomas e xantelasmas podem ser idiopáticos ou um sinal de anormalidade herdada do metabolismo da lipoproteína (dislipidemia primária), hiperlipidemia secundária a doença sistêmica ou medicação, ou doença hematológica. A lesão cutânea que não representa a manifestação mais característica da patologia especificada acima, é:
- a** Xantomas eruptivos – Hipertrigliceridemia familiar.
 - b** Xantomas interdigitais– Hipercolesterolemia familiar homozigota.
 - c** Xantoma palmar – Disbetalipoproteinemia familiar.
 - d** Xantomas tuberosos – Hipertrigliceridemia familiar homozigota.
 - e** Xantomas planos – Colangite esclerosante primária.

Comentário OsceLabs

A questão foi anulada. Xantomas eruptivos relacionam-se a hipertrigliceridemia importante; palmares estriados sugerem disbetalipoproteinemia; tendíneos e tuberosos podem acompanhar hipercolesterolemia. Colestase também pode produzir xantomas. A opção D mistura terminologia e associação pouco adequada, enquanto a formulação ampla sobre manifestações características dificulta uma única exceção. Lesão cutânea deve ser correlacionada ao perfil lipídico.

Referência: Sociedade Brasileira de Cardiologia. Diretriz de Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose, 2025.

Questão 23 · Doença de Graves e monitorização inicial

Gabarito oficial: E

- 23.** Uma universitária de 28 anos, vem a consulta com queixa de irritabilidade, insônia, perda de peso de 5kg nos últimos 2 meses, apesar de alimentar-se bem. Na última semana teve episódios de palpitações e calor excessivo. Refere também perda de libido e sensação de "corpo estranho" nos olhos. Ao exame físico corada; sem edemas; pele macia e quente; pulso= 104 bpm; tremores finos de extremidades; hiperemia conjuntival e piscar frequente; tireoide com aumento difuso e frêmito. Sobre o provável diagnóstico da paciente, é correto afirmar que:
- a** a acropatia da tireoide ocorre na maioria dos pacientes.
 - b** a mensuração dos anticorpos anti-TPO e anti-Tg confirmam o diagnóstico.
 - c** a causa mais comum é tireoidite granulomatosa subaguda.
 - d** a presença de sopro cervical fala a favor do diagnóstico de tireoidite aguda.
 - e** as provas de função tireoidiana devem ser feitas 3 a 4 semanas após início do tratamento com tionamidas.

Comentário OsceLabs

Tireotoxicose com bócio difuso hipervascular e manifestações oculares favorece Graves. Após início de tionamida, T4 livre e, conforme caso, T3 são reavaliados nas primeiras semanas; TSH pode permanecer suprimido e não deve orientar sozinho o ajuste inicial. TRAb é mais específico para Graves do que anti-TPO ou anti-tireoglobulina. Acropaquia é manifestação rara.

Referência: ATA — Guidelines for Hyperthyroidism and Other Causes of Thyrotoxicosis, 2016

Questão 24 - Polimialgia reumática

Gabarito oficial: D

- 24.** A alternativa que indica o diagnóstico de polimialgia reumática provavelmente correto, é:
- a** um homem de 50 anos que apresentava artrite simétrica de mãos e punhos, edema bilateral das mãos formando cacifo piores à noite e aliviadas pelo movimento.
 - b** uma mulher 59 anos com fraqueza muscular proximal, lesões violáceas em pálpebras, fadiga, febre e poliartrite de ombros e punhos.
 - c** um homem de 63 anos que durante os últimos 10 anos, apresenta dorsalgia e lombalgia sem rigidez matinal e oligoartrite assimétrica envolvendo joelho e quadril.
 - d** uma mulher de 70 anos com dor persistente nos ombros e cintura pélvica, fadiga, perda de peso e incapacidade de abduzir os ombros além de 90°.
 - e** uma mulher de 62 anos com dores ósseas, anemia, lombalgia e infecções recorrentes.

Comentário OsceLabs

Dor e limitação nas cinturas escapular e pélvica em pessoa idosa, com sintomas constitucionais, favorecem polimialgia reumática. Pesquisam-se rigidez matinal e marcadores inflamatórios e excluem-se outras causas. Fraqueza verdadeira com lesões cutâneas sugere miopatia inflamatória. Cefaleia nova, claudicação mandibular ou alterações visuais exigem avaliação urgente de arterite de células gigantes associada.

Referência: EULAR/ACR — Recommendations for Polymyalgia Rheumatica, 2015

Questão 25 · Trombofilia versus disfunção plaquetária

Gabarito oficial: E

- 25.** Um senhor aposentado de 68 anos de idade chega a um pronto-socorro com dor na perna esquerda, de quatro dias de duração. Ele também se queixa de edema no tornozelo esquerdo, que tem dificultado a deambulação. É fumante ativo e tem história clínica de doença do refluxo gastroesofágico. O exame físico revela edema ++ no tornozelo esquerdo. São fatores de risco para o desenvolvimento de Trombose Venosa Profunda (TVP), **EXCETO**:
- a** Mutação Protrombina.
 - b** Deficiência de Antitrombina.
 - c** Mutação do Fator V Leiden.
 - d** Deficiência de Proteína C e S.
 - e** Trombastenia de Glanzmann.

Comentário OsceLabs

Glanzmann é distúrbio de agregação plaquetária que causa tendência hemorrágica, não trombofilia venosa clássica. Deficiências de antitrombina, proteína C ou S e variantes de fator V e protrombina podem aumentar risco de TVP. Ter fator de risco não confirma trombose; suspeita clínica requer investigação apropriada, e testes de trombofilia são indicados seletivamente.

Referência: ASH. Guidelines for management of venous thromboembolism: thrombophilia testing, 2023.

Questão 26 - Ânion gap e compensação respiratória

Gabarito oficial: C

- 26.** Um homem de 54 anos de idade é internado com história de três dias de febre, tosse, odinofagia e diarreia. Na admissão o pulso de 130 batimentos/minuto, pressão arterial de 80/65mmHg e frequência respiratória de 32 respirações/minuto. As mucosas estão secas e são auscultadas crepitações em toda a região inferior do pulmão direito. Na avaliação laboratorial foram obtidos os seguintes resultados: gasometria arterial em ar ambiente (pH- 7.30, pO₂- 68mmHg pCO₂-26mmHg); sódio- 140 mEq/l; potássio- 4.4 mEq/l; cloreto- 100 mEq/l; bicarbonato- 13mEq/l. A interpretação correta desse distúrbio acidobásico, é:
- a** acidose mista, respiratória e metabólica.
 - b** acidose metabólica com hiato aniônico aumentado e alcalose respiratória.
 - c** acidose metabólica com hiato aniônico aumentado e compensação respiratória apropriada.
 - d** acidose metabólica com hiato aniônico normal.
 - e** acidose metabólica compensada com hiato aniônico normal e alcalose metabólica.

UEPA 2023 - Acesso Direto

Página 6

Comentário OsceLabs

Há acidemia com bicarbonato reduzido. Ânion gap = $140 - 100 - 13 = 27$, portanto elevado. Pela fórmula de Winter, pCO₂ esperada = $1,5 \times 13 + 8 = 27,5$, com margem aproximada de 2 mmHg; o valor 26 é compatível com compensação adequada. Hipotensão e infecção sugerem possível acidose láctica, cuja confirmação exige dosagem e avaliação clínica.

Referência: Merck Manual Professional — Acid-Base Disorders

Questão 27 · Interpretação do gradiente de albumina

Gabarito oficial: E

- 27.** Um homem de 53 anos é internado com quadro de ascite com evolução de 3 meses. No exame físico: aumento do volume abdominal, macicez móvel e leve desconforto à palpação superficial do abdome, sendo realizada paracentese diagnóstica. A análise do líquido ascítico mostra, proteína total= 3.5g/dl e albumina 2.2g/dl. A dosagem de albumina sérica é de 3.6g/dl. Esses achados são compatíveis com os seguintes diagnósticos, **EXCETO**:
- a** Síndrome de Buddi-Chiari.
 - b** Síndrome de Meigs.
 - c** Cirrose.
 - d** Metástases Hepáticas.
 - e** Síndrome Nefrótica.

Comentário OsceLabs

$GASA = 3,6 - 2,2 = 1,4$ g/dL, sugerindo hipertensão portal. Proteína ascítica alta favorece causas como congestão ou Budd-Chiari; síndrome nefrótica costuma ter gradiente baixo. Ressalva: Meigs é síndrome ligada a tumor ovariano e não corresponde ao paciente masculino descrito, além de usualmente não explicar esse padrão. Assim, a lista contém inconsistência além da exceção oficial E.

Referência: Diagnosis, Evaluation, and Management of Ascites, Spontaneous Bacterial Peritonitis and Hepatorenal Syndrome: 2021 Practice Guidance by the American Association for the Study of Liver Diseases.

Questão 28 · Hiponatremia associada à doença pulmonar

Gabarito oficial: C

- 28.** Um homem, com 41 anos de idade, com diagnóstico recente de tuberculose pulmonar é trazido ao setor de emergência por um vizinho com quadro de sonolência, náuseas e vômitos. Não há evidências clínicas de depleção de volume. Na avaliação laboratorial foram obtidos os seguintes resultados: sódio sérico = 125mEq/L; osmolalidade plasmática = 260 mOsm/Kg (VR: 285 – 295); excreção renal de sódio aumentada; níveis séricos normais de ureia, creatinina e potássio; ácido úrico baixo. A hipótese diagnóstica mais provável neste caso, é:
- a** Polidipsia Psicogênica.
 - b** Diabetes Insipidus Nefrogênico.
 - c** Síndrome da Secreção Inapropriada de ADH (SIADH).
 - d** Doença de Addison.
 - e** Hipotireoidismo Central.

Comentário OsceLabs

Hiponatremia hipotônica sem sinais de hipovolemia, com sódio urinário aumentado e ácido úrico baixo, favorece SIADH, possível em doenças pulmonares. É necessário excluir insuficiência adrenal, hipotireoidismo relevante, disfunção renal e medicamentos. Sintomas neurológicos exigem avaliação da gravidade e correção controlada; a escolha terapêutica não se resume ao valor isolado do sódio.

Referência: ESE — Diagnosis and treatment of hyponatraemia

Questão 29 - Nefrite intersticial na sarcoidose

Gabarito oficial: B

29. Dentre os casos abaixo, o tratamento com corticosteroides para nefrite intersticial comprovada por biopsia que tem mais probabilidade de influenciar a recuperação renal a longo prazo, é:
- a Mulher de 45 anos de idade em uso prolongado de carbonato de lítio.
 - b Homem de 36 anos de idade com sarcoidose.
 - c Homem de 60 anos de idade com nefropatia por analgésicos.
 - d Mulher de 52 anos com nefrite intersticial por chumbo.
 - e Homem de 30 anos com nefropatia mesoamericana.

UEPA

Programa de Residência

Comentário OsceLabs

Inflamação granulomatosa renal da sarcoidose pode responder a corticosteroide, especialmente antes de fibrose extensa. Nefropatias crônicas por lítio, analgésicos ou metais podem ter dano estrutural menos reversível. A resposta depende da atividade e cronicidade na biópsia, além de excluir infecções antes de imunossuprimir. O tratamento não é automaticamente indicado para qualquer nefrite intersticial.

Referência: Correia et al. — Renal manifestations of sarcoidosis

Questão 30 - Alergia ao látex e asma ocupacional

Gabarito oficial: E

- 30.** Uma fisioterapeuta respiratória de 34 anos de idade apresenta asma há 10 anos. A asma tornou-se de difícil controle nos últimos 5 meses. Antes desse período, ela havia apresentado episódios intermitentes de tosse e dispnéia uma vez a cada duas semanas, na vigência do tratamento com fluticasona 250 µg inalada, na dose de duas vezes por dia, e salmeterol, na dose 50 µg, duas vezes por dia. Para obter o mesmo controle sintomático obtido nos últimos quatro meses, é necessário acrescentar salbutamol 200µg, quatro vezes por dia, e prednisona 40mg diariamente. Além disso, sempre que a dose de prednisona é reduzida para menos de 30mg, ela desenvolve uma exacerbação grave de asma, que requer consulta no pronto atendimento. Ela nega tabagismo, pirose e não possui animais de estimação. Algumas vezes usa paracetamol para tratar cefaleia frontal. A revisão dos sistemas revela eczema e prurido oral após ingestão de bananas, castanhas e abacates. O exame físico revela um aspecto cushingoide, temperatura de 36,8°C, pressão arterial de 120/80 mmHg, pulso de 104 bpm, frequência respiratória de 18/min, erupção eczematóide nas mãos e sibilos expiratórios dispersos. A radiografia do tórax e seios da face (4 posições) são normais. A causa mais provável da dificuldade do controle da asma dessa paciente, é:
- a** doença do refluxo gastresofágico.
 - b** sensibilidade a Aspirina.
 - c** sensibilidade aos Sulfetos.
 - d** dose inadequada de corticosteroide inalado.
 - e** alergia ao látex.

Comentário OsceLabs

Exposição profissional a látex, dermatite nas mãos e sintomas após banana, abacate ou castanhas sugerem sensibilização com reatividade cruzada. Investigar relação com trabalho e reduzir exposição pode mudar o controle da asma. Não se deve apenas aumentar corticosteroide sistêmico indefinidamente. Diagnóstico exige história e testes apropriados; associação alimentar isolada não confirma alergia ao látex.

Referência: GINA — Global Strategy for Asthma Management and Prevention, 2026

Referência: AAAAI — Latex Allergy

Questão 31 - Manejo do delirium hiperativo

Gabarito oficial: A

- 31.** Delirium é uma condição relativamente frequente em pacientes hospitalizados. Sobre essa condição, é correto afirmar que:
- a** quando indicado, o tratamento pode ser feito com a prescrição de antipsicóticos para o controle de agitação do polo hiperativo.
 - b** em pacientes internados em unidade de terapia intensiva, não há ferramentas validadas para o diagnóstico e rastreamento de pacientes em delirium.
 - c** o diagnóstico deve ser realizado utilizando-se a Richmond Sedation Scale (RASS), sendo recomendada uma pontuação inferior a -2.
 - d** não há evidências de medidas recomendadas para se prevenir essa condição.
 - e** sendo um estado confusional crônico, o uso de benzodiazepínicos deve ser indicado como primeira escolha no tratamento do delirium hiperativo.

UEPA 2023 - Acesso Direto

Página 7

Comentário OsceLabs

Delirium é alteração aguda e flutuante, e exige tratar causas e aplicar medidas não farmacológicas. Antipsicótico pode ser considerado por curto período em agitação com risco ou sofrimento relevante quando desescalada falha, não como tratamento universal. CAM-ICU e outros instrumentos são validados; RASS mede sedação/agitação. Benzodiazepínicos podem agravar delirium, salvo indicações como abstinência.

Referência: NICE CG103. Delirium: prevention, diagnosis and management.

Questão 32 - Dor e fraqueza na síndrome de Guillain-Barré

Gabarito oficial: E

- 32.** A queixa de fraqueza muscular aguda na emergência, e mesmo entre pacientes internados, necessita de raciocínio elucidativo para estabelecimento e condutas específicas. Sobre essa síndrome, é correto afirmar que:
- a** Piridostigmina está indicada como primeira linha na síndrome de Guillain-Barré.
 - b** Plasmaférese está contraindicada em pacientes com síndrome de Guillain-Barré.
 - c** bloqueadores neuromusculares estão indicados em pacientes com suspeita de Miastenia Gravis.
 - d** Ptose palpebral não é um achado associado à Miastenia Gravis.
 - e** a queixa de dor pode estar presente na síndrome de Guillain-Barré, especialmente na fase de recuperação.

Comentário OsceLabs

Dor pode ocorrer antes, durante e após a fraqueza na síndrome de Guillain-Barré. Imunoglobulina e plasmaférese são tratamentos específicos conforme indicação; piridostigmina é usada em miastenia, não no tratamento padrão dessa polirradiculoneuropatia. Ptose pode integrar miastenia. Fraqueza aguda exige avaliar capacidade respiratória, deglutição e disautonomia, mesmo quando a queixa inicial parece periférica.

Referência: EAN/PNS. Guideline on diagnosis and treatment of Guillain-Barré syndrome, 2023.

Questão 33 - Exames antes da trombólise

Gabarito oficial: B

- 33.** Durante o atendimento de um paciente com rebaixamento súbito do nível de consciência, no departamento de emergência, sua principal suspeita é acidente vascular encefálico. Após realização de tomografia de crânio e exclusão de hemorragia, foi considerada a indicação de trombólise. Com base nessa hipótese, é correto afirmar que:
- a** quando indicada, a trombólise não deve ser precedida da medida de glicemia, exceto em pacientes sabidamente diabéticos.
 - b** não é recomendado dosagem de plaquetas ou coagulograma, exceto na suspeita de distúrbio prévio de coagulação.
 - c** após a trombólise, deve-se manter a pressão arterial > 180/105 mmHg para preservação da zona de penumbra.
 - d** hipertermia (temperatura >38°C), quando presente, deve ser mantida, pois é considerada uma adaptação temporária à injúria cerebral.
 - e** o uso prévio de droga antiplaquetária em monoterapia contraindica a trombólise.

Comentário OsceLabs

Glicemia deve ser verificada para excluir hipoglicemia como simulador. Na ausência de suspeita de coagulopatia ou anticoagulação, não se deve atrasar trombólise aguardando plaquetas e coagulograma. Isso é diferente de afirmar que nunca se coletam tais exames. Após trombólise, a pressão deve permanecer abaixo do limite recomendado, e antiagregante isolado não é contraindicação absoluta.

Referência: AHA/ASA — Early Management of Acute Ischemic Stroke, atualização 2019

Questão 34 - Perfusão cerebral na hipertensão intracraniana

Gabarito oficial: C

- 34.** No manejo de paciente com Hipertensão Intracraniana (HIC) está indicado:
- a** manter a pressão de Perfusão Cerebral (PPC) abaixo do limite inferior de normalidade (30-40 mmHg).
 - b** deve-se priorizar a infusão de soluções hipotônicas, como glicose a 5%, com a finalidade de diminuir edema cerebral.
 - c** quando indicado, o vasopressor de escolha é a noradrenalina, que deve ser titulada de acordo com a PPC alvo.
 - d** tiopental é droga de primeira escolha na sedação.
 - e** hipotermia terapêutica demonstra benefício no desfecho neurológico em pacientes com HIC, especialmente naqueles por traumatismo crânioencefálico.

UFPA

Programa de Residência

Comentário OsceLabs

Pressão de perfusão cerebral depende da pressão arterial média menos a intracraniana. Noradrenalina pode sustentar a pressão arterial quando indicada, titulada à meta e ao contexto. Soluções hipotônicas podem agravar edema; barbitúricos não são sedação inicial universal. Evitam-se hipotensão e hipóxia, e estratégias para pressão intracraniana devem considerar causa, monitorização e resposta.

Referência: Brain Trauma Foundation — Severe TBI Guidelines, 4th edition

Questão 35 - Investigação do estado de mal epilético

Gabarito oficial: C

- 35.** Sobre o estado de mal epilético é correto afirmar que:
- a** a retirada de medicamento anticonvulsivante não está entre suas principais causas.
 - b** o eletroencefalograma tem pouco valor no diagnóstico.
 - c** a dosagem sérica de drogas anticonvulsivantes, quando disponível, pode ser recomendada.
 - d** diazepam e midazolam estão proscritos no manejo farmacológico inicial.
 - e** propofol é indicado quando o paciente apresenta alergia à fenitoína em dose de ataque.

Comentário OsceLabs

Níveis de anticonvulsivantes podem identificar baixa exposição ou toxicidade, mas não devem atrasar tratamento. Benzodiazepínicos são terapia inicial de crises prolongadas, seguidos de fármaco de segunda linha conforme protocolo. EEG é importante, sobretudo se não houver recuperação da consciência. Anestésicos como propofol são recursos para situações refratárias com monitorização e proteção de via aérea.

Referência: American Epilepsy Society — Treatment of Convulsive Status Epilepticus, 2016

Questão 36 · Ventilação em pressão de suporte

Gabarito oficial: B

- 36.** Na ventilação mecânica em modo Pressão de Suporte (PS) é correto afirmar que:
- a** tempo inspiratório e sensibilidade são parâmetros ajustáveis no ventilador pulmonar.
 - b** o ciclo inspiratório é iniciado pelo paciente.
 - c** o volume corrente é pré-fixado pelo ventilador pulmonar.
 - d** a frequência respiratória é pré-fixada pelo ventilador pulmonar.
 - e** o modo PS é contraindicado no desmame de ventilação mecânica.

Comentário OsceLabs

Na pressão de suporte convencional, o esforço do paciente dispara a inspiração, que recebe pressão ajustada e termina segundo critério de fluxo. Volume corrente, frequência e tempo inspiratório variam com esforço, mecânica e configurações; não são fixados como em modos controlados. É modalidade utilizada em suporte espontâneo e desmame, exigindo monitorização de ventilação e fadiga.

Referência: AARC — Spontaneous Breathing Trials for Liberation from Mechanical Ventilation, 2024

Questão 37 · Graduação da encefalopatia hepática

Gabarito oficial: C

Leia o texto abaixo para responder a questão 37.

"Há doenças piores que as doenças,
Há dores que não doem, nem na alma
Mas que são dolorosas mais que as outras.
Há angústias sonhadas mais reais
Que as que a vida nos traz, há sensações
Sentidas só com imaginá-las
Que são mais nossas do que a própria vida."

Trecho de "Há doenças piores que as doenças" Fernando Pessoa
(Cancioneiro)

- 37.** O poema acima, cujo autor foi vítima de cirrose hepática doença ainda muito estigmatizada, requer avaliação do grau de acometimento secundário da encefalopatia. Neste sentido, o estágio da encefalopatia hepática é melhor graduado através da/do:
- a** escala de coma de Glasgow.
 - b** escala de Ramsay.
 - c** classificação de West-Haven.
 - d** modelo para Doença Hepática Terminal (do inglês, Model for End-Stage Liver Disease - MELD).
 - e** classificação de Child-Pugh.

UEPA 2023 - Acesso Direto

Página 9

Comentário OsceLabs

West-Haven classifica manifestações clínicas da encefalopatia, desde alterações discretas até coma. Glasgow pode complementar avaliação de consciência, mas não substitui a classificação específica. MELD e Child-Pugh estimam gravidade/prognóstico da doença hepática, com finalidades diferentes. Também é necessário procurar precipitantes e excluir causas alternativas de alteração mental.

Referência: AASLD/EASL — Hepatic Encephalopathy in Chronic Liver Disease

Questão 38 · TRALI e evolução das definições

Gabarito oficial: E

- 38.** A terapia transfusional requer indicações e cuidados específicos, inclusive com riscos e complicações quando indicada. Nesse sentido, é correto afirmar sobre a TRALI (Transfusion Related Acute Lung Injury):
- a** TRALI severa é distinguível da Síndrome do Desconforto Respiratório Agudo (SDRA) através da radiografia de tórax.
 - b** o edema pulmonar é unilateral e distinguível pela radiografia de tórax do edema pulmonar cardiogênico.
 - c** geralmente ocorre após 5 a 7 dias da transfusão de concentrado de hemácias.
 - d** hipotensão e hipoxemia de início abrupto são marcadores que excluem o diagnóstico.
 - e** fatores de risco para SDRA, quando previamente presentes, impedem o diagnóstico de TRALI, denominando-se "possível TRALI".

Comentário OsceLabs

A resposta E utiliza a classificação antiga de 'possível TRALI' quando existiam fatores de risco para SDRA. O consenso de 2019 passou a admitir TRALI tipo II em situações selecionadas com tais fatores, conforme estabilidade respiratória prévia. O quadro ocorre durante ou até seis horas após transfusão, com hipoxemia e edema bilateral não explicado predominantemente por sobrecarga circulatória.

Referência: Vlaar et al. — A consensus redefinition of transfusion-related acute lung injury, 2019

Questão 39 - Líquor sugestivo de meningite bacteriana

Gabarito oficial: A

- 39.** Na suspeita de meningite bacteriana, a alternativa que contém achados na análise do Líquido Cefalorraquidiano (LCR) mais sugestivos de etiologia bacteriana é:
- a** celularidade e lactato aumentados.
 - b** Hemácias e glicorraquia aumentadas.
 - c** Proteinorraquia e celularidade normais.
 - d** Glicorraquia e hemácias aumentadas.
 - e** Lactato normal e celularidade diminuída.

Comentário OsceLabs

Aumento da celularidade e do lactato favorece etiologia bacteriana no contexto adequado.

Classicamente também há predomínio neutrofílico, proteína aumentada e glicose reduzida em relação à glicemia. Esses padrões não são absolutos, especialmente após antibióticos ou em imunossupressão. Suspeita clínica grave exige tratamento rápido, sem esperar perfil liquórico típico.

Referência: WHO. Guidelines on meningitis diagnosis, treatment and care, 2025.

Questão 40 · Efeito hemodinâmico da cetamina

Gabarito oficial: C

- 40.** Dos fármacos abaixo, utilizados para sedoanalgesia, aquele que está menos associado à ocorrência de hipotensão arterial é:
- a** fentanil.
 - b** morfina.
 - c** cetamina.
 - d** dexmedetomidina.
 - e** propofol.

Comentário OsceLabs

Cetamina tende a preservar ou elevar pressão pela estimulação simpática, sendo a opção menos associada à hipotensão no cenário didático. Isso não garante estabilidade: pacientes com depleção de catecolaminas ou disfunção cardíaca podem apresentar depressão miocárdica e hipotensão. Escolha e dose de sedação devem considerar perfusão, comorbidades, analgesia e necessidade de suporte.

Referência: [NCBI Bookshelf — Ketamine](#)

Questão 41 · Claudicação e classificação arterial

Gabarito oficial: ANULADA

- 41.** Um homem de 70 anos, tabagista e hipertenso, queixa-se de dor na panturrilha direita que se manifesta ao caminhar cerca de 50 metros, aliviando imediatamente ao parar a caminhada. Ao exame físico percebem-se pulsos femoral presente e poplíteo e distais ausentes. Este caso, é classificado como:
- a** Fontaine 4
 - b** Fontaine 2
 - c** CEAP C2
 - d** CEAP C4
 - e** Rutherford 2

UEPA

Programa de Residência

Comentário OsceLabs

A questão foi anulada. Dor de esforço aliviada pelo repouso corresponde a claudicação intermitente, enquadrada em Fontaine II; a curta distância sugere IIb. CEAP classifica doença venosa, não essa isquemia arterial. Embora B pareça compatível com a descrição, mantém-se a anulação oficial sem atribuir à banca motivo não publicado. Avaliação vascular deve considerar pulsos e índice tornozelo-braquial.

Referência: AHA/ACC — Management of Lower Extremity Peripheral Artery Disease, 2024

Questão 42 - Aneurisma da artéria esplênica

Gabarito oficial: C

- 42.** A indicação de intervir ou manter a conduta expectante em casos de aneurismas arteriais depende de vários fatores, entre eles a artéria acometida, o tamanho do aneurisma e o quadro clínico. Dentre as situações abaixo a alternativa que indica intervenção cirúrgica é:
- a** Homem de 75 anos, aneurisma de aorta abdominal de 4,5cm de diâmetro, sem sintomas.
 - b** Mulher de 68 anos, aneurisma de aorta torácica de 5cm de diâmetro, sem sintomas.
 - c** Mulher de 28 anos, aneurisma de artéria esplênica de 4cm de diâmetro, sem sintomas.
 - d** Homem de 70 anos, aneurisma de artéria poplítea de 1,5cm de diâmetro, sem sintomas.
 - e** Mulher de 58 anos, aneurisma de artéria hepática de 1,5cm de diâmetro, sem sintomas.

Comentário OsceLabs

Aneurisma esplênico de 4 cm em mulher em idade reprodutiva tem indicação de avaliação para correção, pelo tamanho e pelo risco associado a eventual gestação. Técnica depende de localização, anatomia e condições clínicas. Limiares de intervenção variam entre territórios arteriais; sintomas, crescimento e características individuais podem antecipar tratamento mesmo abaixo de um ponto de corte habitual.

Referência: SVS — Clinical Practice Guidelines on Visceral Aneurysms, 2020

Questão 43 - Apendicite com irritação do obturador

Gabarito oficial: A

- 43.** Paciente do sexo masculino 34 anos vem ao hospital queixando-se de febre, falta de apetite e dificuldade para caminhar devido dor na região do quadril direito. Início do quadro há 38 horas. Ao exame físico: regular estado geral, desidratado 1+/4+, sudorético, temperatura axilar 39º, abdome flácido, doloroso em todo o baixo ventre, porém com descompressão brusca negativa, punho percussão do calcâneo negativa, sinal do obturador positivo. Hemograma com 15.000 leucócitos. Sua hipótese diagnóstica neste caso, seria:
- a** Apendicite aguda.
 - b** Diverticulite.
 - c** Colecistite.
 - d** Síndrome de Mirizzi.
 - e** Hérnia interna.

Comentário OsceLabs

Febre, anorexia, leucocitose e dor provocada pela manobra do obturador favorecem apendicite pélvica. A ausência de descompressão brusca positiva não exclui o diagnóstico, especialmente com localização atípica do apêndice. Avaliação clínica e imagem quando indicada ajudam a distinguir causas intestinais, urinárias e musculoesqueléticas. Sinal isolado não confirma apendicite.

Referência: WSES. Diagnosis and treatment of acute appendicitis: 2020 update.

Questão 44 - Síndrome de Horner e lesão apical

Gabarito oficial: D

- 44.** Homem de 70 anos, tabagista de longa data, procurou o ambulatório queixando-se de tosse e perda ponderal com evolução de alguns meses. Refere que há alguns dias passou a ter dificuldade de abrir o olho direito e "sensação estranha no rosto". O exame físico revela roncos pulmonares em ambas as bases, ptose palpebral e miose direitas e uma anidrose facial do mesmo lado. Um raio X de tórax demonstrou opacidade de ápice pulmonar direito. O quadro clínico descrito é compatível com:
- a** Síndrome de Klatskin.
 - b** Síndrome de Ogilvie.
 - c** Síndrome de May-Thurner.
 - d** Síndrome de Horner.
 - e** Síndrome de Leriche.

UEPA 2023 - Acesso Direto

Página 9

Comentário OsceLabs

Ptose, miose e anidrose ipsilaterais indicam interrupção da via simpática e caracterizam Horner. Em tabagista com perda de peso e opacidade apical, suspeita-se de tumor do sulco superior com invasão regional. A síndrome identifica uma via acometida, não a etiologia definitiva; tomografia e investigação oncológica são necessárias.

Referência: NCI — Non-Small Cell Lung Cancer Treatment (PDQ)

Questão 45 · Trombose superficial e investigação seletiva

Gabarito oficial: B

- 45.** Uma mulher de 22 anos apresentou quadro de cordão endurecido e doloroso na face anterolateral do antebraço esquerdo, um ultrassom Doppler confirmou o diagnóstico de tromboflebite de veia basílica. A paciente nega o uso de medicações injetáveis nesta veia ou em qualquer outro sítio e quando questionada sobre medicações em uso refere apenas que há 15 dias iniciou o uso de anticoncepcional oral. Uma hipótese diagnóstica e uma investigação apropriada para a mesma estão descritos na alternativa:
- a** Doença de Burger; Doppler arterial do membro superior acometido.
 - b** trombofilia; pesquisa de mutação do fator V de Leiden, dosagem de proteínas S e C.
 - c** Síndrome de Cockett.
 - d** embolia paradoxal; angiotomografia pulmonar.
 - e** Síndrome de Raynaud; Doppler arterial do membro superior acometido.

Comentário OsceLabs

A banca associa evento trombótico em jovem após anticoncepcional estrogênico à possibilidade de trombofilia. Entretanto, trombose superficial isolada não indica automaticamente painel hereditário. A decisão depende de extensão, recorrência, história familiar e impacto no manejo; fase aguda e hormônios podem alterar proteína S. Deve-se avaliar extensão venosa e rever o contraceptivo, evitando testes indiscriminados.

Referência: ASH. Guidelines for management of venous thromboembolism: thrombophilia testing, 2023.

Referência: ESVS — Chronic Venous Disease of the Lower Limbs, 2022

Questão 46 - Abdome agudo perfurativo

Gabarito oficial: A

- 46.** Homem de 72 anos chega ao pronto socorro com dor abdominal difusa, de início súbito há 6 horas. Refere tabagismo e etilismo de longa data. Ao exame observa-se regular estado geral, abdome em tábua, descompressão brusca presente nos quatro quadrantes e sinal de Jobert positivo. Sua hipótese diagnóstica e conduta neste caso, seriam:
- a** Úlcera gástrica perfurada; laparotomia exploradora.
 - b** Pancreatite aguda; dosar amilase e lipase.
 - c** Pancreatite aguda; tomografia de abdome.
 - d** Úlcera gástrica perfurada; ultrassonografia de abdome.
 - e** Colangite; ultrassonografia de abdome.

Comentário OsceLabs

Dor súbita, rigidez difusa e perda da maciez hepática sugerem perfuração de víscera oca com pneumoperitônio e peritonite. Entre as alternativas, úlcera perfurada com exploração cirúrgica é a resposta. Ressuscitação, antibiótico e avaliação cirúrgica são urgentes; tomografia pode ajudar quando a condição permite, sem atrasar controle de foco em instabilidade.

Referência: WSES — Perforated and bleeding peptic ulcer, 2020

Questão 47 - Descompressão do pneumotórax hipertensivo

Gabarito oficial: E

- 47.** Depois de garantir a via aérea no tratamento das lesões torácicas que colocam em risco a ventilação dos pacientes e a próxima prioridade no atendimento às vítimas de trauma. Sobre os casos de traumatismo torácico, é correto afirmar que:
- a** a drenagem torácica deve ser realizada anteriormente à linha axilar média, na altura do 7º espaço intercostal.
 - b** o "selo d'água 2 deve ser realizado com 1 a 2 litros de soro fisiológico.
 - c** hemotórax com volume superior a 500ml sugerem a necessidade de toracotomia.
 - d** ferimentos penetrantes na zona de Ziedler em pacientes instáveis requerem janela pericárdica.
 - e** pacientes com abolição do murmúrio vesicular, hipotensão e turgência de veias jugulares devem ser submetidos a toracocentese com agulha calibrosa.

UFPA

Programa de Residência

Comentário OsceLabs

Abafamento unilateral do murmúrio, hipotensão e turgência jugular após trauma sugerem pneumotórax hipertensivo. Descompressão imediata por técnica adequada precede drenagem definitiva e não deve esperar imagem. O dreno é colocado no triângulo de segurança, não rotineiramente no sétimo espaço. Volume do selo d'água depende do sistema, e decisão de toracotomia não se baseia em 500 mL isolados.

Referência: WSES-AAST. Thoracic trauma guidelines, 2025.

Questão 48 · Icterícia e vesícula palpável

Gabarito oficial: C

- 48.** Paciente de 70 anos é internado por síndrome consumptiva; constata-se também que o paciente está icterico e nota-se uma massa visível, de limites precisos e indolor à palpação, localizada no hipocôndrio direito. O diagnóstico provável neste caso, é:
- a** Tumor do corpo do Pâncreas.
 - b** Câncer Gástrico.
 - c** Tumor da Cabeça do Pâncreas.
 - d** Tumor da Cauda do Pâncreas.
 - e** Tumor de Ângulo Hepático do Cólon.

Comentário OsceLabs

Icterícia com vesícula distendida e indolor sugere obstrução biliar distal, classicamente associada a tumor da cabeça pancreática. Tumores do corpo e cauda produzem icterícia com menor frequência inicialmente. O sinal não é exclusivo de câncer nem confirma sua localização; imagem da via biliar e pâncreas define investigação e planejamento.

Referência: National Cancer Institute. Pancreatic cancer treatment (PDQ).

Questão 49 - TVP após fratura de quadril

Gabarito oficial: D

- 49.** Uma mulher de 80 anos, internada por fratura de colo de fêmur direito passou a desenvolver dor e edema na panturrilha direita com sinal de Homans positivo. A alternativa que reúne a hipótese diagnóstica, o exame complementar pertinente e a terapêutica correta é:
- a** Trombose arterial aguda, angiotomografia, heparina.
 - b** Trombose venosa profunda, Doppler, Varfarina.
 - c** Trombose venosa profunda, D-dímero, Varfarina.
 - d** Trombose venosa profunda, Doppler, Heparina.
 - e** Trombose Venosa Profunda, Doppler, Ácido Acetil Salicílico (AAS).

Comentário OsceLabs

Fratura, imobilização e idade aumentam risco de TVP. Ultrassom com avaliação de compressibilidade confirma a suspeita, e heparina é uma opção inicial conforme função renal, sangramento e programação cirúrgica. Sinal de Homans é pouco confiável; D-dímero frequentemente se eleva nesse contexto. Varfarina isolada não é estratégia inicial adequada para anticoagulação rápida.

Referência: American Society of Hematology 2020 guidelines for management of venous thromboembolism: treatment of deep vein thrombosis and pulmonary embolism.

Questão 50 - Reparo de McVay

Gabarito oficial: E

- 50.** Sobre o tratamento cirúrgico das hérnias da parede abdominal, é correto afirmar que:
- a** hérnias de Spiegel são adequadamente tratadas pela técnica de McVay.
 - b** na técnica de Shouldice o ligamento de Cooper é suturado ao tendão conjunto.
 - c** na técnica de Shouldice utiliza-se uma tela de material inabsorvível.
 - d** na técnica de Bassini o ligamento de Cooper é suturado ao ligamento inguinal.
 - e** na técnica de McVay o ligamento de Cooper é suturado ao tendão conjunto.

Comentário OsceLabs

McVay aproxima estruturas músculo-aponeuróticas, incluindo o tendão conjunto, ao ligamento de Cooper. Bassini utiliza o ligamento inguinal como referência inferior, e Shouldice reconstrói a parede posterior em planos sem tela no reparo clássico. Essas técnicas anatômicas diferem dos reparos protéticos; escolha atual depende do tipo de hérnia, contexto e experiência.

Referência: [Midline incisional hernia guidelines: the European Hernia Society.](#)

Questão 51 - Volvo de sigmoide

Gabarito oficial: D

- 51.** Paciente idoso da entrada no pronto atendimento com dor abdominal e vômitos fecalóides de início súbito, seus sinais vitais estão dentro da normalidade para a sua idade. Na rotina radiológica nota-se o sinal do grão de café. O provável diagnóstico desse paciente, é:
- a** pancreatite aguda.
 - b** apendicite aguda.
 - c** úlcera péptica perfurada.
 - d** volvo de sigmoide.
 - e** diverticulite aguda.

UEPA 2023 - Acesso Direto

Página 10

Comentário OsceLabs

Obstrução em pessoa idosa com alça muito distendida em grão de café sugere volvo de sigmoide. Sinais de isquemia, perfuração ou peritonite exigem cirurgia; em paciente estável sem complicações, destorção endoscópica pode ser inicial. A recorrência é relevante e deve ser considerada no plano definitivo. O sinal radiográfico precisa ser integrado ao contexto.

Referência: WSES — Consensus guidelines on sigmoid volvulus management, 2023

Questão 52 · Imagem no atendimento ao trauma

Gabarito oficial: D

- 52.** Segundo o ATLS a sequência de radiografias obrigatórias que deverão ser realizadas por um paciente vítima de queda de poste após choque em rede de alta tensão são:
- a** raio X de tórax AP, raio X de bacia AP e raio X AP de coluna cervical, torácica e lombar.
 - b** raio X de tórax PA, raio X de bacia PA e raio X de coluna cervical perfil.
 - c** raio X de tórax PA, raio X de bacia AP e raio X PA de coluna cervical, torácica e lombar.
 - d** raio X de tórax AP, raio X de bacia AP e raio X de coluna cervical perfil.
 - e** raio X de tórax PA, raio X de bacia PA e raio X AP e perfil de coluna cervical, torácica e lombar.

Comentário OsceLabs

A alternativa D reproduz a sequência tradicional de radiografias de tórax e bacia em AP e cervical em perfil. Ressalva: não são exames obrigatórios universais no trauma atual. Imagem depende da estabilidade, exame e recursos; tomografia substitui radiografias em muitas situações, especialmente na avaliação cervical. Choque elétrico também exige investigação cardíaca e de lesão muscular.

Referência: American College of Surgeons. Advanced Trauma Life Support.

Questão 53 - Área precordial de risco no trauma

Gabarito oficial: A

- 53.** Os limites corretos da Zona perigosa de Ziedler são:
- a** linhas verticais: paraesternal direita e pela linha axilar média esquerda. Linhas horizontais: fúrcula esternal e rebordo costal das décimas costelas a esquerda.
 - b** linhas verticais: paraesternal esquerda e pela linha axilar média esquerda. Linhas horizontais: fúrcula esternal e rebordo costal das décimas costelas a esquerda.
 - c** linhas verticais: paraesternal esquerda e pela linha axilar anterior. Linhas horizontais: fúrcula esternal e rebordo costal das décimas costelas a esquerda.
 - d** linhas verticais: paraesternal direita e pela linha axilar anterior. Linhas horizontais: supraclavicular esternal e rebordo costal das décimas costelas a esquerda.
 - e** linhas verticais: paraesternal direita e pela linha axilar média esquerda. Linhas horizontais: supraclavicular esternal e rebordo costal das décimas costelas a esquerda.

Comentário OsceLabs

A descreve a zona precordial de Ziedler segundo o referencial da banca, delimitada à direita junto ao esterno e estendendo-se à região axilar esquerda. Ferimento nesse território aumenta suspeita de lesão cardíaca. Seus limites não excluem lesão fora da área, porque trajetória e posição cardíaca variam. Instabilidade e mecanismo orientam avaliação urgente.

Referência: WSES-AAST. Thoracic trauma guidelines, 2025.

Questão 54 · Síndrome de Mirizzi com fístula extensa

Gabarito oficial: C

- 54.** Um paciente é submetido à uma laparotomia de urgência cujo achado foi uma fístula colecistobiliar envolvendo dois terços da circunferência do ducto biliar comum. A correta classificação da Síndrome de Mirizzi, é:
- a** Tipo I
 - b** Tipo II
 - c** Tipo III
 - d** Tipo IV
 - e** Tipo V

UFPA

Programa de Residência

Comentário OsceLabs

Na classificação de Csendes, tipo III corresponde à fístula colecistobiliar envolvendo até cerca de dois terços da circunferência do ducto. Tipo I é compressão externa; II envolve menor extensão; IV destrói completamente a parede ductal. A anatomia distorcida aumenta risco de lesão iatrogênica, exigindo estratégia cirúrgica individualizada e experiência hepatobiliar.

Referência: Klekowski et al. — Diagnosis and Classification of Mirizzi Syndrome, 2021

Questão 55 - Sinais tomográficos de apendicite

Gabarito oficial: D

- 55.** A característica tomográfica correta da apendicite aguda, é:
- a** o apêndice normal é visualizado em 50% a 80% dos adultos assintomáticos submetidos à tomografia computadorizada de cortes finos.
 - b** o apêndice é considerado espesso quando maior ou igual a 5 mm de diâmetro transversal.
 - c** a espessura normal da parede do apêndice mede entre 2 mm e 4 mm.
 - d** na apendicite existe borramento da gordura periapendicular sendo um sinal muito freqüente e importante, encontrado em mais de 90% dos casos.
 - e** distensões do apêndice cecal maiores de 10 mm sugerem a possibilidade de mucocele ou de neoplasia.

Comentário OsceLabs

Densificação da gordura periapendicular é achado importante de inflamação e fortalece a hipótese quando associado a alterações do apêndice. Diâmetro isolado não basta, pois há sobreposição entre normalidade e doença. A frequência superior a 90% não é universal, especialmente em casos precoces. Mucocele também não é diagnosticada apenas por ultrapassar 10 mm.

Referência: WSES. Diagnosis and treatment of acute appendicitis: 2020 update.

Questão 56 - Resposta metabólica ao trauma

Gabarito oficial: C

- 56.** Em relação à resposta orgânica ao trauma cirúrgico, é correto afirmar que:
- a** na fase "EBB" há diminuição da resistência vascular periférica.
 - b** na fase "EBB" há aumento da insulina.
 - c** na fase "FLOW" há retenção de fluidos.
 - d** a fase "EBB" normalmente cursa com hipoglicemia.
 - e** na fase "FLOW" há diminuição das catecolaminas e glicocorticoides.

Comentário OsceLabs

Após a fase inicial de redução da perfusão e metabolismo, a fase flow envolve resposta hipermetabólica e catabólica, com ativação neuroendócrina e retenção de sódio e água. Catecolaminas e cortisol não caem necessariamente nesse período. Trata-se de modelo didático: reposição, gravidade e evolução influenciam o balanço hídrico, que deve ser avaliado individualmente.

Referência: ESPEN practical guideline: Clinical nutrition in surgery.

Questão 57 · Gases e efeitos do pneumoperitônio

Gabarito oficial: D

- 57.** Sobre as alterações sistêmicas e metabólicas durante a cirurgia laparoscópica, é correto afirmar que:
- a** arritmias cardíacas são incomuns durante a laparoscopia.
 - b** pressões intra-abdominais na faixa de 10 a 12mmHg têm maior risco de levar ao aumento da resistência vascular periférica e a uma alteração do fluxo visceral.
 - c** durante o procedimento laparoscópico há aumento da capacidade vital e do volume respiratório pulmonar.
 - d** na laparoscopia, o pneumoperitônio pode ser obtido com gases como óxido nitroso, Hélio, ar ambiente (80% de Nitrogênio) e Argônio.
 - e** a absorção excessiva de CO₂ (hipercarbia) durante a laparoscopia pode levar à uma diminuição do fluxo sanguíneo cerebral, resultando em diminuição da pressão intracraniana.

UEPA 2023 – Acesso Direto

Página 11

Comentário OsceLabs

Diversos gases foram usados ou estudados para criar pneumoperitônio, sentido adotado em D. Isso não os torna equivalentes ou recomendados: CO₂ é o gás usual pela solubilidade e por não sustentar combustão. Pressão intra-abdominal e absorção de CO₂ podem alterar ventilação e circulação; hipercapnia tende a aumentar fluxo cerebral, ao contrário de E.

Referência: Cochrane — Gases for establishing pneumoperitoneum during laparoscopic abdominal surgery, 2022

Questão 58 - Interpretação crítica do risco bariátrico

Gabarito oficial: E

- 58.** A cirurgia bariátrica revolucionou o tratamento da obesidade. A respeito da cirurgia bariátrica é correto afirmar que:
- a** a cirurgia bariátrica tem taxa de resolução da doença em torno de 70% e mortalidade em torno de 3%.
 - b** pacientes com IMC acima de 40 kg/m² têm indicação de cirurgia bariátrica independente de outros fatores.
 - c** quadros psiquiátricos graves, alcoolismo e drogadição são contra indicações absolutas para cirurgia bariátrica.
 - d** a cirurgia bariátrica está indicada em pacientes com IMC entre 30 e 35 kg/m² com comorbidades.
 - e** os riscos de uma cirurgia bariátrica são menores do que os riscos de uma cesariana, um parto normal ou uma histerectomia estatisticamente falando.

Comentário OsceLabs

O gabarito oficial é E, mas a comparação genérica com parto vaginal, cesariana e histerectomia não é clinicamente sustentável sem definir população e desfecho. Risco depende da técnica, comorbidades e serviço. IMC elevado é critério importante, porém não elimina avaliação multidisciplinar e contraindicações. Não se deve ensinar que a cirurgia bariátrica é universalmente menos arriscada que os procedimentos listados.

Referência: CFM — Resolução 2.429/2025, cirurgia bariátrica e metabólica

Questão 59 - Triângulo da dor na região inguinal

Gabarito oficial: A

- 59.** A compreensão da anatomia da região inguino-femoral é primordial para o sucesso do tratamento das hérnias aí localizadas. O triângulo Delimitado pelos vasos espermáticos e pela porção lateral do ligamento inguinal (trato íleo-público) é conhecido como:
- a** "Triângulo da dor".
 - b** "Triângulo do desastre"
 - c** "Triângulo de Hasselbach".
 - d** "Triângulo de Hessert".
 - e** "Triângulo de Fruchaud".

Comentário OsceLabs

A região lateral aos vasos gonadais e inferior ao trato iliopúbico contém nervos vulneráveis, sendo chamada triângulo da dor. Fixação traumática de tela nesse local pode causar neuralgia. O triângulo do desastre situa-se entre ducto deferente e vasos gonadais e contém grandes vasos. Reconhecer ambos ajuda a prevenir complicações em reparos posteriores.

Referência: [Midline incisional hernia guidelines: the European Hernia Society.](#)

Questão 60 - Classificação de Parks

Gabarito oficial: B

- 60.** Paciente submetido a ressonância magnética foi diagnosticado com uma fístula anal transesfícteriana. A classificação de Parks correta do achado, é:
- a** Parks tipo 1
 - b** Parks tipo 2
 - c** Parks tipo 3
 - d** Parks tipo 4
 - e** Parks tipo 5

UFPA

Programa de Residência

Comentário OsceLabs

Fístula transesfícteriana atravessa o esfíncter externo e corresponde ao tipo II. Tipo I é interesfícteriano; III, supraesfícteriano; IV, extraesfícteriano. Extensão e proporção de músculo envolvido orientam tratamento e risco de incontinência. A classificação anatômica não autoriza fistulotomia indiscriminada, especialmente em trajetos altos ou pacientes com risco funcional.

Referência: ASCRS — Guidelines for Anorectal Abscess and Fistula-in-Ano, 2022

Questão 61 · Investigação da hiperprolactinemia

Gabarito oficial: E

- 61.** M.B, sexo feminino, 27 anos de idade, procura atenção especializada com queixa de ausência de menstruação há 7 meses, saída de fluxo papilar leitoso bilateralmente, diminuição da libido e acne. Método contraceptivo de escolha é o coito interrompido realizado de forma irregular, sem associar método de barreira durante as relações sexuais. Exames complementares: Prolactina 119 ng/mL (2.80 – 29.20); ultrassonografia transvaginal evidencia útero retrovertido de tamanho e forma normais, anexos sem alterações e ausência de imagem intrauterina sugestiva de gestação. Uma vez que a paciente refere não ter comorbidades, não faz uso de medicações de uso contínuo e tem desejo de engravidar nos próximos meses. A melhor conduta para elucidação diagnóstica do caso é:
- a** solicitar ressonância magnética de sela túrcica e dosagem de macroprolactina e B-HCG.
 - b** solicitar dosagem de B-HCG, macroprolactina, FSH, LH, SHBG. Indicar ressonância magnética de sela túrcica se macroprolactina alta e FSH normal.
 - c** solicitar dosagem de prolactina e Macroprolactina. Indicar ressonância magnética de sela túrcica se macroprolactina positiva.
 - d** solicitar dosagem de B-HCG, prolactina, TSH. Indicar ressonância magnética de sela túrcica se prolactina superior a 200 ng/mL.
 - e** solicitar dosagem de B-HCG, prolactina, TSH, AST, ALT e creatinina. Indicar ressonância magnética de sela túrcica se prolactina alta e TSH normal.

Comentário OsceLabs

Antes de atribuir prolactina elevada a adenoma, excluem-se gestação, hipotireoidismo, medicamentos e disfunção renal ou hepática, confirmando a elevação quando indicado. Ultrassom sem gestação intrauterina não substitui hCG. Persistência sem causa secundária orienta ressonância de sela; não é necessário ultrapassar 200 ng/mL para investigar. Macroprolactina pode ser útil quando há discordância clínica.

Referência: Endocrine Society. Diagnosis and treatment of hyperprolactinemia.

Referência: ASRM. Current evaluation of amenorrhea, 2024.

Questão 62 - Sangramento pós-menopausa com endométrio espessado

Gabarito oficial: D

- 62.** Paciente do sexo feminino, 65 anos de idade, em tratamento para diabetes e hipertensão arterial sistêmica, vem a consulta ginecológica referindo sangramento via vaginal no último mês, vermelho vivo em pequena quantidade, que durou 3 dias. A data da última menstruação foi há 12 anos. Nunca fez uso de terapia hormonal e nega cirurgias ginecológicas. Ao exame físico: pressão arterial 120x80 mmHg, peso 101 kg, altura 1,60 m. Ultrassonografia transvaginal realizada uma semana antes da consulta evidencia útero retrovertido com volume de 38 cm³, eco endometrial de 10mm, anexos não visualizados e miométrio heterogêneo as custas de um nódulo FIGO 4 (provável leiomioma) medindo 1,5 cm. Diante do exposto, a conduta mais indicada para o caso é:
- a** iniciar estrogênio oral contínuo.
 - b** indicar laparoscopia diagnóstica.
 - c** iniciar reposição hormonal combinada.
 - d** indicar histeroscopia diagnóstica.
 - e** indicar histerectomia vídeo assistida.

UEPA 2023 - Acesso Direto

Página 12

Comentário OsceLabs

Sangramento após a menopausa com endométrio de 10 mm exige avaliação histológica, e histeroscopia permite examinar a cavidade e direcionar biópsia. Obesidade e diabetes aumentam preocupação com doença endometrial. Pequeno mioma intramural não explica automaticamente o episódio. Não se inicia terapia hormonal nem se indica histerectomia sem esclarecer a causa.

Referência: NCI — Endometrial Cancer Prevention (PDQ)

Questão 63 · Planejamento gestacional de homem trans

Gabarito oficial: C

- 63.** O planejamento pré-concepcional deve preceder a gravidez, como um investimento. Uma porcentagem significativa de gestações não é planejada e potenciais danos ao desenvolvimento fetal podem surgir antes mesmo da gravidez ocorrer. Um homem transgênero de 28 anos de idade, com relacionamento homoafetivo, procura o serviço especializado com desejo de gravidez. Possui catamênios regulares, nega tentativa de gravidez pregressa, nega comorbidades e nega hormonização. Em relação ao desejo gestacional nesse paciente em específico, a conduta mais adequada quanto ao planejamento pré-concepcional é:
- a** indicar fertilização in vitro com útero de substituição, pois se trata de um homem transgênero.
 - b** indicar início de hormonização para aumentar a possibilidade de gestação espontânea e encaminhar para pré-natal de alto risco quanto beta Hcg positivo.
 - c** indicar seguimento em pré-natal de risco habitual e sugerir suplementação de ácido fólico para o paciente já no período pré-concepcional.
 - d** indicar ovodoação e sugerir utilização do gameta masculino do paciente para implantação no seu cônjuge.
 - e** encaminhar o casal para serviço de adoção, pela inviabilidade de gravidez em homem transgênero com relacionamento homoafetivo.

Comentário OsceLabs

Com útero e ovários funcionais, gestação é possível, e ser trans não determina, por si só, pré-natal de alto risco. Ácido fólico, revisão de vacinas, medicamentos e condições clínicas fazem parte do planejamento. Não há indicação de iniciar testosterona para favorecer concepção. Acesso a gametas e eventual reprodução assistida dependem da anatomia e das necessidades individuais do casal.

Referência: ACOG — Health Care for Transgender and Gender Diverse Individuals, 2021

Referência: Ministério da Saúde. Manual de Gestação de Alto Risco, 2022.

Questão 64 - Candidíase e prazo de uso do DIU

Gabarito oficial: B

- 64.** Paciente de 20 anos de idade, nuligesta, vem a consulta com queixa de fissuras, ardor e hiperemia em região vulvar. Ao exame especular foi evidenciado corrimento branco, grumoso sem odor, aderido às paredes vaginais. Refere que faz contracepção com dispositivo intrauterino de cobre e prata (Cu 380 Ag), inserido há 6 anos. A melhor conduta para a paciente em questão é:
- a** manter o dispositivo intrauterino de cobre com prata e prescrever metronidazol 250mg, 2 comprimidos VO, 2x/dia, por 7 dias.
 - b** retirar o dispositivo intrauterino de cobre com prata e prescrever nistatina 100.000 UI, uma aplicação, via vaginal, à noite por 14 dias.
 - c** retirar o dispositivo intrauterino de cobre com prata e prescrever aciclovir 200mg, 2 comprimidos, VO, 3x/dia, por 7 dias.
 - d** não há necessidade de retirar o dispositivo intrauterino de cobre com prata e deve-se prescrever Clindamicina 300mg, VO, 2x/dia, por 7 dias.
 - e** manter o dispositivo intrauterino de cobre com prata e prescrever miconazol creme a 2%, via vaginal, um aplicador cheio, à noite por 7 dias.

UEPA

Programa de Residência

Comentário OsceLabs

Corrimento grumoso, prurido e fissuras favorecem candidíase; nistatina vaginal é opção. A retirada indicada pela banca pressupõe prazo de uso de cinco anos para o dispositivo cobre-prata referido. Deve-se verificar o modelo e sua autorização, pois durações variam. Candidíase isolada não obriga remover DIU vigente, e retirada exige planejamento de continuidade contraceptiva.

Referência: CDC — Vulvovaginal Candidiasis

Referência: CDC. U.S. Medical Eligibility Criteria for Contraceptive Use, 2024.

Questão 65 • Tratamento do hirsutismo na SOP

Gabarito oficial: A

- 65.** Paciente de 23 anos de idade, sem vida sexual ativa e com história prévia de ciclos menstruais irregulares (a cada 3 ou 4 meses) com fluxo intenso. Tem sobrepeso e hirsutismo. Foi orientada mudança no estilo de vida, após perda de 5% do peso inicial, os ciclos menstruais regularam, mas o hirsutismo manteve-se moderado. Foi fechado diagnóstico de síndrome dos ovários policísticos, após exclusão de outras causas de hiperandrogenismo. Visando o tratamento do hirsutismo a conduta adequada com a respectiva justificativa é:
- a** indicar anticoncepcional oral combinado, pois age inibindo a secreção de androgênios ovarianos e aumenta a síntese hepática de SHBG, reduzindo as concentrações circulantes da testosterona livre.
 - b** indicar ciproterona, pois é um progestágeno que degenera os receptores de androgênio.
 - c** Indicar espironolactona, pois diminui a produção dos androgênios no ovário e na suprarrenal, além de aumentar a ação da 5-alfa-redutase.
 - d** indicar finasterida, pois vai agir estimulando a 5-alfa-redutase, impedindo a conversão da testosterona na forma ativa.
 - e** indicar furosemida, pois é um diurético com efeito cosmético e anti-androgênico.

Comentário OsceLabs

Contraceptivo combinado reduz produção ovariana de andrógenos e aumenta SHBG, diminuindo testosterona livre. A resposta dos pelos leva meses e pode requerer métodos cosméticos. Avaliam-se contraindicações ao estrogênio. Antiandrogênios têm mecanismos distintos e exigem prevenção de exposição fetal quando houver possibilidade de gestação; finasterida inibe, não estimula, a 5-alfa-redutase.

Referência: International evidence-based guideline for polycystic ovary syndrome, 2023.

Questão 66 · Biópsia de microcalcificações mamárias

Gabarito oficial: D

- 66.** Paciente de 56 anos de idade, vem a consulta com laudo de mamografia evidenciando microcalcificações pleomórficas localizadas em quadrante superolateral de mama esquerda. A melhor conduta para obter amostra para avaliação histopatológica é:
- a** biópsia por agulha grossa guiada pelo exame físico.
 - b** mamotomia guiada por ultrassonografia.
 - c** biópsia por agulha grossa guiada por mamografia.
 - d** mamotomia guiada por mamografia.
 - e** biópsia por agulha grossa guiada por ultrassonografia.

Comentário OsceLabs

Microcalcificações suspeitas identificadas na mamografia podem ser amostradas por biópsia assistida a vácuo guiada por estereotaxia. A mamotomia fornece volume adequado e permite confirmar presença de calcificações na amostra. Ultrassom só guia a lesão se ela for visível nessa modalidade. A escolha depende da acessibilidade e concordância entre imagem e anatomopatológico.

Referência: RSNA. Six-month follow-up for BI-RADS 3 mammography findings — dados do National Mammography Database, 2020.

Referência: National Cancer Institute. Breast cancer treatment (PDQ).

Questão 67 - Eclâmpsia e estabilização materna

Gabarito oficial: A

- 67.** Paciente de 27 anos de idade, G2P0A1, 35 semanas e 5 dias de gestação, foi trazida por familiares ao pronto atendimento desacordada, com história de crise convulsiva em casa. Ao exame: pressão arterial de 160 x 110 mmHg, altura uterina de 31 cm, dinâmica uterina ausente e colo impérvio. Os familiares negam história de epilepsia e na carteira de pré-natal há registro de aumento de níveis pressóricos a partir de 27 semanas de gravidez, quando foi indicado uso de alfametildopa. A cardiotocografia 130 batimentos por minuto em linha de base, ausência de desacelerações, presença de acelerações transitórias e variabilidade moderada. Diante desse quadro, a conduta correta é:
- a** administração de hidralazina, sulfato de magnésio e resolução da gestação após estabilização do quadro.
 - b** administração de sulfato de magnésio e corticoterapia.
 - c** cesariana imediata.
 - d** prescrição de hidralazina, indução do parto e administração de sulfato de magnésio no puerpério imediato.
 - e** acompanhamento da vitalidade fetal até 37 semanas de gestação

Comentário OsceLabs

Convulsão no contexto de hipertensão gestacional grave sugere eclâmpsia. Prioridades são suporte, sulfato de magnésio e controle da pressão grave, seguidos de resolução da gestação após estabilização. Traçado fetal tranquilizador não justifica aguardar até 37 semanas. Cesariana não deve preceder a estabilização e não é via obrigatória em todo caso; condições obstétricas orientam a decisão.

Referência: Ministério da Saúde. Manual de Gestação de Alto Risco, 2022.

Questão 68 • Suspeita de toxoplasmose no início da gestação

Gabarito oficial: C

- 68.** Paciente de 26 anos de idade, G2P1A0, sem comorbidades, está hoje com 12 semanas de gestação. Vem a consulta com exames do primeiro trimestre (realizados com 8 semanas de gestação) solicitados por outro profissional: Toxoplasmose IgM e IgG reagentes. Teste de avides IgG para toxoplasmose com avides fraca. Nas anotações da caderneta de pré-natal da primeira gestação, os exames para toxoplasmose IgM e IgG eram negativos. A conduta neste caso é:
- a** prescrever Pirimetamina.
 - b** solicitar novo exame de avides IgG para toxoplasmose.
 - c** prescrever espiramicina.
 - d** orientar a paciente que a doença ocorreu antes da gestação e que deve seguir pré-natal de risco habitual.
 - e** indicar aborto terapêutico.

UFPA

Programa de Residência

Comentário OsceLabs

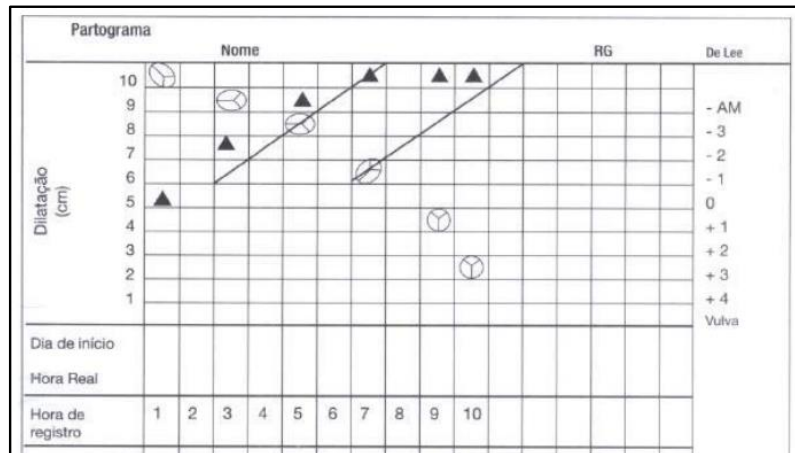
IgM e IgG reagentes com baixa avides no primeiro trimestre justificam investigação e espiramicina no fluxo indicado, enquanto se esclarece infecção materna e risco fetal. Baixa avides não prova sozinha infecção recente, pois pode persistir. Avaliação especializada define exames adicionais e eventual mudança de esquema conforme idade gestacional e evidência de infecção fetal.

Referência: Ministério da Saúde — Nota Técnica 100/2022, toxoplasmose na gestação

Questão 69 - Período pélvico prolongado

Gabarito oficial: B

- 69.** Uma paciente de 31 anos de idade, G2P0A1, no decorrer de 40 semanas de gestação, encontra-se em fase ativa do trabalho de parto. O desenvolvimento do trabalho de parto está caracterizado no partograma abaixo. O diagnóstico do partograma abaixo é:



- a) parada secundária da descida, que foi diagnosticada por dois toques sucessivos, com intervalo de 1 hora ou mais, após atingir dilatação do colo uterino completa
- b) período pélvico prolongado manifesta-se no partograma com a descida progressiva da apresentação, mas excessivamente lenta. Nota-se dilatação completa do colo uterino e demora na descida e expulsão do feto.
- c) parada secundária da dilatação, que foi diagnosticada por dois toques sucessivos após a sétima hora de trabalho de parto.
- d) parto taquitócico, que foi diagnosticado após a rápida evolução do trabalho de parto ao atingir a linha de ação.
- e) fase ativa prolongada, resultante da abertura do partograma em variedade de posição Occipício Direita Posterior (ODP).

Comentário OsceLabs

O gráfico mostra dilatação completa com descida progressiva, porém lenta, correspondendo ao período pélvico prolongado adotado pela banca. Parada da descida pressupõe ausência de progressão, não apenas demora. Limites temporais dependem de paridade, analgesia, esforços expulsivos e protocolo; avaliação de posição e bem-estar materno-fetal orienta necessidade de intervenção.

Referência: ACOG — First and Second Stage Labor Management, 2024

Questão 70 • Distocia de ombros

Gabarito oficial: E

- 70.** Durante o período expulsivo do trabalho de parto de uma paciente com diagnóstico de diabetes gestacional, o plantonista foi chamado para avaliar uma paciente que após a saída da cabeça fetal, foi observada a retração da cabeça fetal contra o períneo materno durante contrações e ruborização da face fetal, sem a saída do ovóide cômico. Diante dessa situação, a descrição da manobra adequada para resolução do parto é:
- a** realizar a pressão supra-púbica (manobra de Rubin I) feita pelo auxiliar, no intuito de aduzir o ombro posterior do feto.
 - b** a retirada do ombro posterior (manobra de Jacquemier) não pode ser realizada com a parturiente em Gaskin.
 - c** manobra de Ritgen, que visa aumentar o diâmetro anteroposterior da pelve óssea.
 - d** manobra de Jacobs-Dublin, que visa fazer movimento rotacional de 180 graus, locando o ombro posterior abaixo do púbis.
 - e** manobra de McRoberts, que pode ser realizada com o aumento do agachamento (na parturiente em posição vertical).

UEPA 2023 – Acesso Direto

Pág. 14

Comentário OsceLabs

Retração da cabeça após desprendimento sugere distocia de ombros. McRoberts busca hiperflexão dos quadris e pode ser adaptada à posição materna, como no agachamento descrito. Deve-se chamar ajuda e seguir sequência de manobras, evitando tração excessiva e pressão no fundo uterino. Pressão suprapúbica visa liberar o ombro anterior; retirada do braço posterior é outra estratégia.

Referência: FEBRASGO — Management of shoulder dystocia, 2022

Questão 71 - Sangramento indolor e placenta prévia

Gabarito oficial: C

- 71.** Multípara, 35 anos de idade, com 5 partos normais anteriores, 31 semanas de gestação. Relata que apresentou vários episódios de pequeno sangramento vaginal vermelho vivo desde o sexto mês de gestação. Exame físico: hipocorada 1+/4, PA= 90/60 mmhg, pulso =71 ppm, tônus uterino normal, dinâmica uterina ausente, contorno uterino normal, batimentos cardíacos fetais=145 bpm, presença de sangramento uterino ativo em pequena quantidade, colo grosso, posterior impérvio. Considerando o quadro clínico, a principal hipótese diagnóstica e sua respectiva conduta mais adequada são:
- a** trata-se de descolamento prematuro de placenta, devendo-se realizar ultrassonografia obstétrica para confirmar diagnóstico.
 - b** trata-se de rotura uterina, devendo-se realizar laparotomia exploradora interrupção da gravidez imediatamente.
 - c** trata-se de placenta de inserção baixa (placenta prévia), devendo-se solicitar ultrassonografia, fazer controle de anemia materna e de vitalidade fetal.
 - d** trata-se de trabalho de parto prematuro, devendo-se iniciar tocolítico para retardar o nascimento.
 - e** trata-se de placenta prévia acompanhada de instabilidade hemodinâmica materna, devendo-se realizar cesariana imediatamente.

Comentário OsceLabs

Sangramento vermelho vivo recorrente, sem hipertonia ou dor, favorece placenta prévia. Ultrassonografia define relação com o orifício cervical, e a conduta considera sangramento, estabilidade, anemia e vitalidade fetal. Toque vaginal digital deve ser evitado até excluir placenta prévia. A pequena perda com pulso preservado não prova choque, mas exige vigilância e reavaliação.

Referência: Ministério da Saúde. Manual de Gestão de Alto Risco, 2022.

Questão 72 - Endometrite puerperal e risco de sepse

Gabarito oficial: A

- 72.** Primípara, 24 anos de idade, quarto dia de pós-parto vaginal, queixando-se de febre e dor pélvica há 24 horas. Ao exame físico: PA= 110/70 mmHg, febril (temperatura axilar= 39 °C); abdome plano, normotenso e indolor; conteúdo vaginal com odor fétido; útero doloroso a mobilização e colo pervio para 1 cm. Considerando o diagnóstico mais provável, a principal complicação e a conduta mais correta dentre as opções abaixo são:
- a** sepse e iniciar antibioticoterapia de amplo espectro imediatamente.
 - b** hemorragia uterina e introdução de balão intra-uterino.
 - c** hemorragia uterina e introdução de misoprostol retal.
 - d** sepse e realizar histerectomia puerperal.
 - e** mastite e ordenha de ambas as mamas.

UFPA

Programa de Residência

Comentário OsceLabs

Febre, útero doloroso e lóquios fétidos no puerpério sugerem endometrite. Antibiótico de amplo espectro deve ser iniciado prontamente, com avaliação de disfunção orgânica e retenção de material. Sepse é uma possível complicação, não demonstrada apenas pela febre. Histerectomia não é conduta inicial automática; controle de foco depende da evolução e dos achados.

Referência: Ministério da Saúde. Manual de Gestão de Alto Risco, 2022.

Referência: Surviving Sepsis Campaign. Guidelines, 2021.

Questão 73 · Pré-eclâmpsia grave e síndrome HELLP

Gabarito oficial: D

- 73.** Primigesta, 21 anos de idade, 28 semanas de gestação, passou a apresentar hipertensão arterial desde a 26⁰ semana de gravidez, em uso de metildopa e nifedipina há 1 semana, comparece a urgência e emergência obstétrica, referindo cefaléia e visão turva. Nega hipertensão arterial antes da gestação. Exame físico: pressão arterial= 170/ 110 mmHg. dinâmica uterina ausente, tônus uterino normal, Batimentos cardíacos fetais= 95 bpm, colo uterino impérvio. Os exames laboratoriais mostram plaquetopenia, transaminases três vezes maior que o valor normal e elevação de bilirrubinas. A ultrassonografia obstétrica mostra Índice de Líquido Amniótico (ILA)= 6 cm. Considerando o caso descrito pode-se obter as seguintes impressões diagnósticas:
- a** hipertensão arterial crônica, migrânea e sofrimento fetal.
 - b** pré-eclâmpsia, normohidrâmnio e síndrome HELLP.
 - c** pré-eclâmpsia, hepatite medicamentosa e normohidrâmnio.
 - d** iminência de eclâmpsia, sofrimento fetal e síndrome HELLP.
 - e** iminência de eclâmpsia, bem estar fetal e oligoâmnio.

Comentário OsceLabs

Hipertensão grave com cefaleia e alteração visual indica alto risco neurológico; plaquetopenia, enzimas elevadas e possível hemólise sugerem HELLP. Bradicardia fetal requer avaliação urgente. Estabilização, magnésio e controle pressórico não devem aguardar confirmação de todos os critérios. ILA de 6 cm não corresponde, pelo ponto de corte habitual de 5 cm, a oligoâmnio franco.

Referência: Ministério da Saúde. Manual de Gestação de Alto Risco, 2022.

Questão 74 - Pielonefrite na gestação

Gabarito oficial: C

- 74.** Secundigesta, 28 semanas de idade gestacional, queixa-se de dor lombar há 2 dias, associada à febre e polaciúria. Refere ainda calafrios, náuseas e vômitos há 24 horas. Ao exame físico: temperatura axilar = 38,2°C, dinâmica uterina ausente; Tônus uterino normal, BCF = 146 batimentos por minuto; toque vaginal: colo fechado, grosso e posterior; sinal de Giordano positivo a bilateralmente. A principal hipótese diagnóstica e conduta para este caso são:
- a** pielonefrite e prescrever nitrofurantoína via oral ambulatorialmente.
 - b** nefrolitíase e preparar paciente para litotripsia.
 - c** pielonefrite e internar com prescrição de ceftriaxona endovenosa.
 - d** trabalho de parto prematuro e prescrever uterolítico.
 - e** nefrolitíase e solicitar ultrassonografia de vias urinárias, não sendo necessário uso de antibiótico.

UEPA 2023 - Acesso Direto

Página 15

Comentário OsceLabs

Febre, dor lombar, calafrios e Giordano positivo sugerem pielonefrite. Internação inicial e antibiótico parenteral, como ceftriaxona conforme contexto, permitem monitorar sepse e complicações obstétricas. Coleta-se urocultura sem atrasar tratamento. Nitrofurantoína não alcança concentração adequada no parênquima renal e não é opção para pielonefrite, embora possa tratar infecção baixa.

Referência: Ministério da Saúde. Manual de Gestação de Alto Risco, 2022.

Questão 75 - Abortamento infectado com restos uterinos

Gabarito oficial: C

- 75.** Mulher de 22 anos comparece ao serviço de urgência e emergência obstétrica referindo sangramento vaginal há 7 dias, dor pélvica há 3 dias e febre há 2 dias. Relata que há duas semanas submeteu-se a um aborto em clínica clandestina. Exame físico: pressão arterial igual a 90/60 mmHg, temperatura axilar de 38,2°C, sangramento uterino vermelho vivo de pequena intensidade entremeado á secreção amarela com odor; colo uterino pérvio para 1 cm; útero intra-pélvico de pequeno volume, doloroso a mobilização. Ultrassonografia transvaginal mostra ecos amorfos intra-uterinos e ausência de feto ou embrião. O diagnóstico e a respectiva conduta são:
- a** abortamento completo e conduta conservadora com orientação e retorno ao domicílio.
 - b** abortamento completo e antibioticoterapia de amplo espectro.
 - c** aborto incompleto infectado, antibioticoterapia e esvaziamento uterino.
 - d** abortamento retido e esvaziamento uterino com aspiração manual intra-uterina.
 - e** abortamento incompleto e esvaziamento uterino com aspiração manual intra-uterina.

Comentário OsceLabs

Febre, secreção fétida, dor uterina e material residual sugerem abortamento incompleto infectado. São necessárias estabilização, antibióticos e esvaziamento para controle do foco, com equipe habilitada. Antibiótico isolado pode ser insuficiente diante de tecido infectado retido. O atendimento deve ser imediato, acolhedor e confidencial, independentemente das circunstâncias em que ocorreu o abortamento.

Referência: Ministério da Saúde. Manual de Gestação de Alto Risco, 2022.

Referência: Conselho Federal de Medicina. Código de Ética Médica, edição 2019.

Questão 76 - Sangramento intenso desde a menarca

Gabarito oficial: B

- 76.** Menina de 12 anos de idade, refere dismenorreia intensa e sangramento vaginal intenso na menarca, necessitando procurar unidade de pronto-atendimento.

Nega: coitarca, uso de medicamentos e traumas.

Exame físico: hipocorada 3+/4, PA= 80/50 mmHg, pulso= 106 pulsações por minuto; ausência de lesões em órgãos genitais externos.

Exames complementares: Beta-HCG negativo (gonadotrofina coriônica humana), hemoglobina= 6.2 g/dl, plaquetas= 250 000 / mm³. Ultrassonografia pélvica sem outras alterações. O diagnóstico mais provável é:

- a** neoplasia de endométrio.
- b** coagulopatia.
- c** miomatose uterina.
- d** pólipos endometrial.
- e** adenomiose.

UFPA

Programa de Residência

Comentário OsceLabs

Hemorragia importante na menarca deve levantar suspeita de coagulopatia, especialmente doença de von Willebrand ou distúrbio plaquetário funcional. Plaquetas normais não excluem essas condições. Hipotensão e hemoglobina muito baixa exigem estabilização imediata em paralelo à investigação. Causas estruturais são menos comuns nessa idade, e anovulação não deve encerrar a avaliação de quadro tão grave.

Referência: ACOG — Bleeding Disorders in Adolescents with Heavy Menstrual Bleeding

Questão 77 · Herpes genital recorrente

Gabarito oficial: E

- 77.** Mulher de 23 anos relatando que há 10 dias surgiram vesículas vulvares agrupadas que evoluíram para lesões ulceradas dolorosas e que tais lesões evoluíram com regressão espontânea e sem deixar cicatrizes. Afirma que já teve esse mesmo quadro pelo menos 3 vezes desde a coitarca aos 19 anos. Exame físico: órgãos genitais externos, exame especular e toque vaginal sem alterações; ausência de linfonodomegalias inguinais. Considerando o quadro descrito, a principal hipótese diagnóstica é:
- a** foliculite genital.
 - b** prurido.
 - c** dermatite de contato.
 - d** impetigo.
 - e** herpes genital.

Comentário OsceLabs

Vesículas agrupadas que evoluem para úlceras dolorosas e regridem, com episódios semelhantes prévios, sugerem herpes genital recorrente. Exame normal entre crises não exclui infecção. Quando há lesão ativa, teste molecular pode confirmar. A decisão entre tratamento episódico e supressivo depende de frequência, impacto e preferências, com orientação sobre transmissão inclusive sem lesões visíveis.

Referência: CDC — Genital Herpes, STI Treatment Guidelines

Questão 78 · BI-RADS 2 e terapia hormonal

Gabarito oficial: B

- 78.** Mulher de 53 anos, assintomática no momento e em uso de Terapia de Reposição Hormonal (TRH), pois anteriormente apresentava fogachos. Comparece ao consultório solicitando esclarecimento sobre sua mamografia, cujo resultado foi BI RADS = 2 (Sistema de dados e relatórios de imagens de mama do American College of Radiology) devido a microcalcificações esparsas. O esclarecimento correto a se fazer, neste caso, é:
- a** a mamografia está normal, portanto pode continuar usando terapia de reposição hormonal.
 - b** foi visibilizada uma lesão benigna, portanto pode continuar usando terapia de reposição hormonal.
 - c** o exame mostra uma suspeita de malignidade, portanto deve descontinuar o uso de terapia de reposição hormonal.
 - d** o exame mostra uma lesão provavelmente benigna, porém deve descontinuar o uso de terapia de reposição hormonal.
 - e** o exame foi inconclusivo, necessitando de avaliação adicional e devendo descontinuar o uso de terapia de reposição hormonal.

Comentário OsceLabs

BI-RADS 2 indica achado benigno, distinto de categoria 1 normal e de categoria 3 provavelmente benigna. O resultado não obriga suspender terapia hormonal. Entretanto, continuar depende de indicação, benefícios, riscos e preferências, não apenas da mamografia. Mantém-se rastreamento apropriado, e novo sintoma mamário deve ser investigado independentemente do exame anterior.

Referência: RSNA. Six-month follow-up for BI-RADS 3 mammography findings — dados do National Mammography Database, 2020.

Questão 79 - Aspecto clínico da tricomoníase

Gabarito oficial: A

- 79.** Mulher de 20 anos queixa-se de prurido vaginal intenso e corrimento amarelo-esverdeado bolhoso. Ao exame especular observa-se: colo uterino com pequenas manchas avermelhadas ("colo em morango") e conteúdo vaginal esverdeado, bolhoso e abundante. Ao teste de Schiller colo apresenta aspecto "onçóide" (várias áreas arredondadas iodonegativas). Dentre as opções abaixo o diagnóstico mais provável é:
- a** tricomoníase vaginal.
 - b** candidíase vaginal.
 - c** vaginose.
 - d** doença inflamatória pélvica.
 - e** cervicite por clamídia.

UEPA 2023 - Acesso Direto

Página 16

Comentário OsceLabs

Corrimento amarelo-esverdeado espumoso com inflamação e colo em morango favorece tricomoníase. O aspecto não é universal nem substitui teste quando disponível. Candidíase costuma produzir secreção grumosa; vaginose geralmente tem menor inflamação. Tratamento deve incluir abordagem das parcerias e prevenção de reinfecção, além de considerar investigação de outras IST.

Referência: CDC — Trichomoniasis, STI Treatment Guidelines

Referência: Ministério da Saúde. PCDT: Atenção integral às pessoas com infecções sexualmente transmissíveis.

Questão 80 - Suspeita de doença venosa pélvica

Gabarito oficial: B

- 80.** Mulher de 37 anos de idade, multípara, queixa-se de dor pélvica tipo peso com a mesma intensidade há 3 anos, acíclica, com piora após o coito. Nega febre, alterações no fluxo menstrual, sintomas urinários e gastro-intestinais. Toque bimanual: útero indolor a mobilização, com volume, contorno, superfície e mobilidade normais. Especular: colo e vagina sem lesões, conteúdo vaginal fisiológico, muco cervical cristalino. O diagnóstico mais provável, neste caso, é:
- a** endometriose.
 - b** varizes pélvicas.
 - c** síndrome da bexiga dolorosa.
 - d** doença inflamatória pélvica.
 - e** síndrome do cólon irritável.

Comentário OsceLabs

Dor crônica em peso, acíclica e pior após relação em multípara sugere causa venosa pélvica. É hipótese, não diagnóstico confirmado apenas pelos sintomas ou por veias dilatadas incidentais. Exame e imagem apropriada devem correlacionar refluxo venoso com o quadro e excluir outras causas, incluindo endometriose e disfunção do assoalho pélvico.

Referência: ESVS — Chronic Venous Disease of the Lower Limbs, 2022

Questão 81 - Aleitamento durante infecção materna

Gabarito oficial: A

- 81.** Quanto ao aleitamento materno, é correto afirmar que:
- a** em infecções graves e invasivas, tais como meningite, osteomielite, artrite séptica, septicemia ou bacteremia causadas por alguns organismos como *Brucella*, *Streptococcus* do Grupo B, *Staphylococcus aureus*, *Haemophilus influenza* tipo B, *Streptococcus pneumoniae* ou *Neisseria meningitidis*, a interrupção temporária da amamentação se faz necessária por um período variável de 24 a 96 horas após o início da terapia antimicrobiana.
 - b** mastite e abscesso mamário são consideradas infecções invasivas e contraindicam a amamentação.
 - c** o *M. leprae* pode ser isolado no leite de mulheres com a forma virchowiana não tratada ou com tratamento com sulfona por menos de 3 meses, sendo sempre contraindicado o aleitamento de mães portadoras de hanseníase.
 - d** a doença de chagas não contra indica o aleitamento materno, independente da fase de doença.
 - e** em mães soropositivas para HIV, a amamentação cruzada pode ser uma alternativa .

Comentário OsceLabs

A banca adota interrupção temporária em determinadas infecções invasivas. A duração de 24 a 96 horas não é regra universal: depende do agente, tratamento, condição materna e risco ao lactente. Mastite geralmente permite manter amamentação; hanseníase não é contraindicação permanente. No Brasil, HIV contraindica aleitamento pela própria mãe, e amamentação cruzada não é alternativa segura recomendada.

Referência: Ministério da Saúde. Guia alimentar para crianças brasileiras menores de 2 anos.

Referência: Academy of Breastfeeding Medicine Clinical Protocol #36: The Mastitis Spectrum, Revised 2022.

Referência: Ministério da Saúde — PCDT Hanseníase, 2022

Questão 82 - Limites da triagem por oximetria

Gabarito oficial: D

- 82.** Sobre o teste do coraçãozinho para diagnóstico de cardiopatia congênita, é correto afirmar que:
- I. As medidas de oximetria devem ser realizadas em dois sítios: na mão direita (medida pré-ductal) e em um dos membros inferiores (medida pós-ductal).
 - II. SpO₂ maior ou igual a 95% e a diferença entre as medidas no membro superior direito e o membro inferior deve ser menor ou igual a 3%. Nessa situação, a probabilidade de cardiopatia congênita crítica é nula e o RN deve seguir os cuidados habituais da maternidade.
 - III. SpO₂ menor ou igual a 89% no membro superior direito ou no membro inferior. Nessa situação, o RN deverá ser reavaliado de forma minuciosa pelo médico pediatra/neonatologista e a avaliação cardiológica e ecocardiográfica deverá também ser realizada para confirmação diagnóstica. É importante ressaltar que este RN não deveria receber alta hospitalar antes que seja realizada esta avaliação cardiológica.
 - IV. SpO₂ entre 90% e 94% ou uma diferença entre as medidas do membro superior direito e o membro inferior maior ou igual a 4%. Nesta situação, o teste deve ser realizado novamente após uma hora por até duas vezes. Caso as medidas de oximetria se mantenham nestes valores mesmo após a terceira avaliação, o teste será considerado positivo e o RN deverá ser submetido à avaliação cardiológica/ecocardiográfica. A realização

do reteste nesta situação mostrou-se importante por reduzir consideravelmente o número de falsos positivos com o teste.

A alternativa que contém todas as afirmativas corretas é:

- a** II e IV
- b** I e III
- c** I e IV
- d** I, III e IV
- e** I, II e III

Comentário OsceLabs

A mão direita representa medida pré-ductal e um pé, pós-ductal. O item II é falso porque resultado normal não torna nula a possibilidade de cardiopatia crítica. Saturação muito baixa exige avaliação imediata, sem alta. Os critérios de repetição correspondem ao algoritmo histórico; protocolos atualizados podem reduzir o número de retestes. Exame clínico continua indispensável.

Referência: AAP — Newborn Screening for Critical Congenital Heart Disease, 2025

Questão 83 - Choque anafilático

Gabarito oficial: A

Leia o texto abaixo para responder a questão 83.

Pré-escolar com 4 anos de idade, apresentou tosse rouca, seguida de dor abdominal, vômito e rush cutâneo, após a ingesta de bolo de chocolate. Mãe nega quadro semelhante prévio. Relata ainda um episódio de síncope durante deslocamento para a urgência pediátrica. Ao exame, agitado, pletórico, desconforto respiratório leve/moderado, tosse rouca em acesso.

Of: hiperemia lábios

Ap: mv rude, sibilos esparsos; SO_2 : 94%, FR: 20 ipm

Ac: bcnf rcr 2t

FC: 148 bpm; PA: 75x40 mmhg; pcp: 1 seg; pulsos amplos

Abd: difusamente dolor; DB negativo

SNC: ECG 15; agitado;

- 83.** O tipo de choque descrito no paciente acima pode ser classificado como:
- a** Distributivo
 - b** Obstrutivo
 - c** Hipovolêmico
 - d** Neurogênico
 - e** Cardiogênico

Comentário OsceLabs

Após alimento, manifestações cutâneas, respiratórias e digestivas com síncope e hipotensão sugerem anafilaxia com choque distributivo. Vasodilatação e aumento da permeabilidade reduzem volume circulante efetivo. Adrenalina intramuscular é tratamento prioritário, acompanhada de suporte e fluidos quando necessários. Anti-histamínicos e corticoides não substituem adrenalina nem tratam rapidamente a instabilidade.

Referência: World allergy organization anaphylaxis guidance 2020.

Questão 84 - Hemangioma infantil

Gabarito oficial: A

- 84.** Quanto aos hemangiomas na infância, assinale a alternativa correta.
- a** Hemangiomas infantis (ou da infância, HI) são os tumores vasculares benignos mais comuns na faixa etária pediátrica.
 - b** Quanto a profundidade, os hemangiomas da infância são sempre profundos, sendo por isso, mais graves.
 - c** As mal formações geralmente estão presentes ao nascimento, não têm período de crescimento rápido, nem tendência à regressão espontânea, sendo excluídas do diagnóstico diferencial dos hemangiomas na infância.
 - d** O tratamento dos hemangiomas na infância é eminentemente cirúrgico.
 - e** Corticoides sistêmicos são a primeira linha de tratamento para os hemangiomas na infância.

UFPA

Programa de Residência

Comentário OsceLabs

Hemangioma infantil é tumor vascular benigno frequente, com fase proliferativa e tendência à involução. Pode ser superficial, profundo ou misto. Malformações vasculares são diagnósticos diferenciais, com evolução distinta. Muitos casos são observados; lesões de alto risco exigem avaliação precoce, e propranolol é tratamento sistêmico de primeira linha quando indicado, não cirurgia obrigatória.

Referência: AAP — Clinical Practice Guideline for Infantile Hemangiomas, 2019

Questão 85 - Cuidados de pele e primeiro banho

Gabarito oficial: C

85. Sobre os cuidados com o recém-nascido, analise as afirmativas abaixo.

- I. Devido às suas propriedades protetoras, o vernix não deve ser removido nas primeiras horas de vida, exceto quando houver risco de transmissão de doenças maternas, devendo ser postergado pelo menos para após 6 horas de vida.
- II. O banho precoce deve ser desencorajado, pois interrompe desnecessariamente a amamentação e o contato pele a pele da mãe com o RN, além de aumentar o risco de hipotermia e desconforto respiratório.
- III. No entanto, para crianças nascidas de mães soropositivas para o HIV, o primeiro banho deve ser realizado o mais precocemente possível, na tentativa de reduzir o risco de transmissão da doença.
- IV. Em relação à icterícia neonatal, o banho de sol é indicado como medida terapêutica.
- V. A limpeza suave da região das fraldas com água e algodão geralmente é suficiente. Na presença de fezes, um sabonete líquido infantil facilita a higiene adequada.

A alternativa que contém todas as afirmativas corretas é:

- a** I, III e V
- b** II e IV
- c** I, II, III e V
- d** I, III, IV e V
- e** I, II, III, IV e V

Comentário OsceLabs

Evitar banho precoce ajuda a preservar temperatura, contato pele a pele e amamentação; o ideal usual é postergá-lo por pelo menos 24 horas, quando possível. Exposição materna ao HIV segue protocolo específico de higiene. Banho de sol não é tratamento seguro ou padronizado para hiperbilirrubinemia; avaliação de bilirrubina e indicação de fototerapia devem seguir critérios clínicos.

Referência: AAP — Management of Hyperbilirubinemia, 2022

Referência: WHO — Maternal and newborn care for a positive postnatal experience, 2022

Questão 86 - Ingestão de bateria e outros objetos

Gabarito oficial: D

- 86.** Quanto a ingestão de corpo estranho na urgência pediátrica, é correto afirmar que:
- I. Os principais corpos estranhos ingeridos, segundo várias publicações, são as moedas, seguido por baterias, objetos perfurocortantes e ímãs.
 - II. Esofagites cáusticas, estenoses e perfurações esofágicas, mediastinites, fístulas traque esofágicas, fístulas para grandes vasos e órbito são algumas das complicações se as baterias ingeridas não forem removidas em até seis horas após sua ingestão.
 - III. Os objetos pontiagudos são responsáveis por 10%-13% dos casos de ingestão de corpos estranhos e incluem palitos, ossos, vidros, alfinetes, agulhas etc. Sua importância está no alto risco de complicação por perfuração, migração extra luminal, abscesso, peritonite, formação de fístula, apendicite, penetração em órgãos como fígado, vesícula, coração e pulmões, hérnia umbilical encarcerada, ruptura de artéria carótida, fístula aorta esofágica e morte.
 - IV. Em crianças menores ou caso a ingestão não tenha sido presenciada, alguns sinais e sintomas podem sugerir o diagnóstico, como por exemplo uma criança que estava bem e subitamente passou a apresentar disfagia, odinofagia, sialorreia, recusa alimentar, vômitos, saliva com sangue, hematêmese, dor retroesternal, torácica ou abdominal.

- V. Radiografias simples cervicais, torácicas e abdominais em AP e perfil permitem visualização de CE radiopacos em todo o trato digestório e podem demonstrar sinais de perfuração ou mediastinite, sendo de extrema importância para se diferenciar ingesta de moedas ou de bateria.

A alternativa que contém todas as afirmativas corretas é:

- a I, III e V
- b II e IV
- c I, II, III e V
- d I, III, IV e V
- e I, II, III, IV e V

UEPA

Programa de Residência

Comentário OsceLabs

O item II erra ao sugerir margem de seis horas: bateria no esôfago requer remoção emergencial, idealmente em até duas horas, pois lesão grave pode começar cedo. Moedas, ímãs e objetos pontiagudos exigem avaliação distinta. Radiografias ajudam a localizar objetos radiopacos e diferenciar bateria de moeda; exame normal não exclui objeto radiotransparente ou complicação.

Referência: Royal Children's Hospital — Foreign body ingestion

Questão 87 - Cólica do lactente

Gabarito oficial: B

- 87.** Sobre as cólicas do lactente é correto afirmar que:
- a** é conceituada por duas ou mais regurgitações por dia durante três ou mais semanas associada a ausência de náuseas, hematêmese, aspiração, apneia, déficit de crescimento ("failure to thrive"), dificuldades na alimentação ou dificuldade para a deglutição, postura anormal.
 - b** é necessário idade inferior a 5 meses no início dos sintomas além de períodos prolongados e recorrentes de choro, desconforto ou irritabilidade, sem uma causa evidente, associado a ganho de peso normal e ausência de febre ou outras doenças.
 - c** é considerado nos casos de pelo menos dois dos seguintes passos por pelo menos um mês: 1. Duas ou menos evacuações por semana 2. Histórico de comportamento de retenção 3. Evacuações com dor ou dificuldade 4. Presença de grande quantidade de fezes no reto 5. Eliminação de fezes muito grossas.
 - d** é a incoordenação entre a contração da musculatura abdominal e o relaxamento do assoalho pélvico antes da ocorrência da evacuação, sendo necessário pelo menos 10 minutos de esforço ou choro antes da eliminação com ou sem sucesso de fezes, na ausência de outros problemas de saúde.
 - e** são contrações repetitivas dos músculos abdominais, diafragma e língua associado a regurgitação sem esforço do conteúdo gástrico, que é expulso da boca ou

gustoso, que é expulso ao tentar ser mastigado e engolido novamente.

Comentário OsceLabs

Choro prolongado e recorrente sem causa evidente em lactente pequeno, com crescimento e exame adequados, favorece cólica. Febre, vômitos biliosos, sangue nas fezes ou baixo ganho ponderal são alertas para outras causas. Constipação, disquesia e regurgitação têm critérios diferentes. Orientação e apoio aos cuidadores são centrais, evitando medicações ou restrições alimentares sem indicação.

Referência: Royal Children's Hospital — Unsettled or crying babies

Questão 88 · Trombose pediátrica e cateteres

Gabarito oficial: E

- 88.** Sobre a trombose na população pediátrica, analise as afirmativas abaixo.
- I. Tromboses arteriais são ainda mais raras na população pediátrica e na sua grande maioria relacionadas a cateterização.
 - II. O pico de risco ocorre em menores de 1 ano de idade e durante a adolescência.
 - III. Neonatos possuem um sistema hemostático ainda em desenvolvimento e são por isso, menos propensos a eventos trombóticos, não havendo risco em sua cateterização.
 - IV. Trombose de veia renal é a trombose venosa não relacionada a cateter mais comum no primeiro mês de vida, apresentando-se com hematúria, proteinúria, trombocitopenia e perda de função do rim envolvido.
 - V. A trombose de veia porta está associada à cateterização umbilical e pode levar a distensão abdominal, trombocitopenia e aumento de transaminases. A resolução espontânea ocorre em mais de 50% dos casos.

A alternativa que contém todas as afirmativas corretas é:

- a** I, III e V
- b** II e IV
- c** I, II, III e V
- d** I, III, IV e V
- e** I, II, IV e V

Comentário OsceLabs

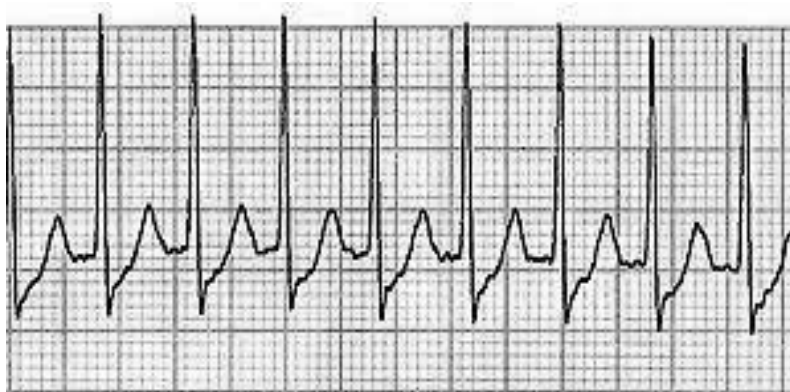
Neonatos e adolescentes concentram maior risco, e dispositivos vasculares são fatores relevantes. Hemostasia em desenvolvimento não protege o recém-nascido de trombose; por isso III é falsa. Trombose renal e portal têm manifestações e evolução próprias. Frequências de resolução variam conforme extensão e população, e decisões de anticoagulação exigem avaliação especializada do risco de sangramento.

Referência: ASH/ISTH — Updated guidelines for pediatric venous thromboembolism, 2025

Questão 89 - Atividade elétrica sem pulso

Gabarito oficial: C

- 89.** Lactente de 8 meses de idade é trazido a urgência pediátrica por estar irresponsivo, cianótico e com respiração agônica. Pulsos centrais não são palpáveis. ECG evidencia o traçado abaixo:



Após análise do caso acima, o provável diagnóstico é:

- a** taquicardia supraventricular.
- b** assistolia.
- c** atividade elétrica sem pulso.
- d** fibrilação ventricular.
- e** bloqueio de ramo.

UEPA

Programa de Residência

Comentário OsceLabs

O monitor apresenta atividade elétrica organizada, mas não há pulso central nem circulação efetiva: trata-se de AESP. É ritmo não chocável, exigindo compressões de qualidade, ventilação, adrenalina e busca de causas reversíveis. A aparência organizada no ECG não comprova débito cardíaco. Desfibrilação é reservada à fibrilação ventricular ou taquicardia ventricular sem pulso.

Referência: AHA — Pediatric Advanced Life Support, 2025

Questão 90 - Bronquiolite com sinais de gravidade

Gabarito oficial: D

Leia o texto abaixo para responder à questão 90

Lactente de 6 meses de idade, chega a urgência pediátrica com relato de palidez, letargia e extremidades frias. Mãe refere tosse produtiva há 3 dias, acompanhada de febre. Refere ser o primeiro episódio com quadro clínico assim. Ao exame:
Letárgico, pálido, extremidades frias.
OF: ndn
Ap: mv+, sibilos difusos a expiração; SO₂: 90% em ar ambiente
FR: 65 ipm, com batimento de asa de nariz e tiragem intercostal
Ac: bcnf, rcr 2t, ss
FC: 148 bpm
PA: 90x40 mmhg PCP: 2 segundos

- 90.** Ante o quadro clínico descrito, o provável diagnóstico é:
- ☐ a crupe
 - ☐ b pneumonia
 - ☒ c asma
 - ☐ d bronquiolite
 - ☐ e alteração do controle da respiração

Comentário OsceLabs

Primeiro episódio de sibilância após quadro respiratório em lactente de seis meses favorece bronquiolite. Letargia, hipoxemia e esforço importante exigem avaliação hospitalar e suporte, incluindo hidratação e oxigênio conforme necessidade. Pressão preservada não torna o quadro leve. Broncodilatadores, corticoides e antibióticos não são prescritos rotineiramente sem indicação adicional.

Referência: NICE NG9. Bronchiolitis in children: diagnosis and management.

Questão 91 - Criança contactante de tuberculose

Gabarito oficial: C

- 91.** Pré-escolar do sexo feminino, 4 anos, contactante domiciliar do pai com tuberculose pulmonar confirmada há 2 semanas, comparece com a mãe à consulta pediátrica na UBS para avaliação. Após anamnese detalhada e exame físico completo, o pediatra constata a ausência de sinais/sintomas de doença ativa. Diante do quadro exposto, o pediatra deverá:
- a** esclarecer à mãe que a criança está bem, sem sinais/sintomas de tuberculose, liberando a mesma e orientando à mãe que retorne em caso de início de quadro respiratório e/ou febre e/ou perda de peso.
 - b** solicitar exames radiológicos e laboratoriais (incluindo bacterioscopia no escarro) que descartem doença ativa. Caso estejam normais, dar alta da criança e encerrar o caso.
 - c** solicitar RX de tórax para excluir doença ativa, prova tuberculínica (PT) ou o ensaio de liberação do Interferon Gama (IGRA). Tendo sido excluída TB ativa e, caso a PT seja maior ou igual a 5mm ou IGRA seja positivo, deverá iniciar tratamento de infecção latente pelo M. tuberculosis.
 - d** no caso exposto, não cabe solicitar a realização de prova tuberculínica devido à interferência da vacina BCG no resultado. Deve-se solicitar RX de tórax e escarro e encerrar o caso se estes forem normais.
 - e** em crianças menores de 10 anos, a rifampicina é a opção terapêutica de escolha para o tratamento da infecção latente pelo M. tuberculosis; a medicação deve ser feita

num esquema de 9 meses ou 270 doses, sendo mais relevante o tempo de tratamento do que o número de doses.

Comentário OsceLabs

Ausência de sintomas não encerra investigação do contato infantil. Exclui-se doença ativa com avaliação clínica e imagem, e PT ou IGRA ajudam a indicar tratamento preventivo no algoritmo citado. BCG não elimina utilidade da prova tuberculínica. Teste inicial negativo após exposição recente pode exigir repetição ou conduta preventiva conforme idade e protocolo; rifampicina não utiliza o esquema de nove meses descrito.

Referência: Ministério da Saúde. Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose, 2ª ed., 2019.

Questão 92 - Síndrome inflamatória multissistêmica pediátrica

Gabarito oficial: E

Leia o caso clínico, abaixo, para responder as questões 92 e 93.

Escolar de 8 anos, sexo masculino, previamente hígido, deu entrada na Unidade de Pronto-atendimento acompanhado do tio relatando que há 6 dias vem apresentando piora progressiva do estado geral, febre persistente ($>38,5^{\circ}\text{C}$), conjuntivite não purulenta, "rash" cutâneo, dor abdominal, náuseas e vômitos. Relata que toda a família, inclusive ele, teve sintomas respiratórios há mais ou menos 4 semanas, confirmando COVID-19 em todos. Na ocasião, o menor teve apenas sintomas gripais leves, sem complicações. Quando perguntado ao tio sobre esquema vacinal, não soube informar sobre o calendário básico, mas referiu ter recebido há 1 mês 1 dose da vacina contra o SARS CoV 2.

- 92.** A respeito deste caso, é correto afirmar que:
- a** trata-se de uma doença exantemática, provavelmente benigna, sendo a conduta mais adequada a administração de medicações sintomáticas, com posterior alta, mas orientando retorno em caso de piora clínica.
 - b** a síndrome inflamatória multissistêmica pediátrica é pouco provável já que o paciente era previamente hígido e recebera 1 dose de vacina contra o SARS CoV 2.
 - c** deve-se solicitar exame que comprove a infecção prévia pelo SARS CoV 2, sendo, nesta situação, o teste antigênico a melhor opção. Caso este seja positivo, a Síndrome Inflamatória Multissistêmica Pediátrica passa a ser o diagnóstico mais provável.
 - d** a ausência de febre alta persistente não exclui o diagnóstico de Síndrome Inflamatória Multissistêmica Pediátrica, já que não faz parte dos critérios diagnósticos da doença.
 - e** os achados clínicos descritos, aliados à comprovação laboratorial da infecção prévia pelo SARS COV 2 falam a favor do diagnóstico de Síndrome Inflamatória Multissistêmica Pediátrica, devendo o paciente passar por cuidadosa triagem de disfunções orgânicas.

Comentário OsceLabs

Febre persistente, manifestações mucocutâneas e digestivas semanas após COVID-19 levantam suspeita de SIM-P. Uma dose de vacina e ausência de comorbidades não excluem a síndrome. É preciso investigar inflamação e disfunções, especialmente cardíaca, além de diagnósticos alternativos. Teste antigênico isolado não é o melhor recurso para demonstrar infecção remota.

Referência: CDC — Clinical Treatment of Multisystem Inflammatory Syndrome in Children

Questão 93 · Disfunção miocárdica com congestão após fluidos

Gabarito oficial: C

Leia o caso clínico, abaixo, para responder as questões 92 e 93.

Escolar de 8 anos, sexo masculino, previamente hígido, deu entrada na Unidade de Pronto-atendimento acompanhado do tio relatando que há 6 dias vem apresentando piora progressiva do estado geral, febre persistente ($>38,5^{\circ}\text{C}$), conjuntivite não purulenta, "rash" cutâneo, dor abdominal, náuseas e vômitos. Relata que toda a família, inclusive ele, teve sintomas respiratórios há mais ou menos 4 semanas, confirmando COVID-19 em todos. Na ocasião, o menor teve apenas sintomas gripais leves, sem complicações. Quando perguntado ao tio sobre esquema vacinal, não soube informar sobre o calendário básico, mas referiu ter recebido há 1 mês 1 dose da vacina contra o SARS CoV 2.

- 93.** Ainda sobre o paciente da questão anterior, durante a permanência no pronto-atendimento ele evoluiu com deterioração progressiva do quadro, apresentando sonolência, sudorese fria, redução do volume de diurese, pulsos centrais e periféricos progressivamente mais finos, tempo de enchimento capilar de 5 segundos, pressão arterial de 82x45mmhg, frequência cardíaca de 140bpm, além de piora do padrão respiratório com frequência respiratória de 40ipm e presença de tiragens intercostais, subcostais e retração de fúrcula esternal. Não houve melhora hemodinâmica após máscara não reinalante de O₂ e reposição volêmica com 20ml/kg de solução cristaloide, passando a apresentar após esta, estertores bolhosos difusos bilateralmente, piora da taquidispneia, SO₂:86%, além de aumento do volume do fígado anteriormente não palpável no exame físico. Sobre o quadro descrito é possível afirmar, **EXCETO**:
- a** trata-se de provável quadro de choque cardiogênico, hipotensivo, cabendo imediata intubação orotraqueal, suporte de ventilação mecânica invasiva, medidas anti-congestivas e administração de aminas vasoativas.
 - b** exames como ECG, ecocardiograma, proBNP, troponina, CPK e CK-MB são importantes neste caso para avaliar disfunção miocárdica.
 - c** trata-se de provável quadro de choque cardiogênico, com paciente normotenso, sendo necessária intubação orotraqueal imediata, ventilação mecânica invasiva, medidas anti-congestivas e posteriormente

avaliação da necessidade de droga vasoativa.

- d Síndromes de Kawasaki, do choque tóxico e de ativação macrofágica são importantes diagnósticos diferenciais para os casos de síndrome inflamatória multissistêmica pediátrica.
- e milrinone e dobutamina são aminas vasoativas muito usadas nos quadros de choque cardiogênico.

Comentário OsceLabs

Piora respiratória, estertores e hepatomegalia após expansão, junto à hipoperfusão, sugerem choque com disfunção cardíaca. Para oito anos, pressão sistólica de 82 está abaixo do limiar didático de $70+2 \times \text{idade}$, portanto C erra ao chamá-la de normotensa. Suporte vasoativo e respiratório não devem ser postergados. Milrinona é inodilatador, mas não uma amina catecolaminérgica, como simplifica E.

Referência: AHA — Pediatric Advanced Life Support, 2025

Referência: AHA — Evaluation and Management of the Child With Acute Decompensated Heart Failure

Referência: CDC — Clinical Treatment of Multisystem Inflammatory Syndrome in Children

Questão 94 - Introdução alimentar e suplementação

Gabarito oficial: A

94. Lactente do sexo feminino, 5m15dias, nascida a termo (IG = 38 semanas), sem complicações no período perinatal, PN=3300g, Apgar 9/9, hígida, em aleitamento materno exclusivo é trazida à consulta pediátrica a fim de serem esclarecidos sobre como se dará a transição alimentar. Sobre a alimentação complementar aos 6 meses, analise as afirmativas abaixo.

- I. Deverá ser mantida em aleitamento materno complementado e iniciar as frutas (amassadas ou raspadas), bem como a primeira papa principal de misturas múltiplas (almoço ou jantar) e oferta de água potável no intervalo das refeições.
- II. Sal e açúcar de adição deverão ser evitados no 1º ano de vida.
- III. Em caso de pouca aceitação pelo bebê, os alimentos poderão ser peneirados ou liquidificados a fim de garantir bom ganho ponderal.
- IV. Sucos devem ser estimulados, pois são fontes de calorias e promovem a hidratação adequada do bebê.
- V. Ao completar os 6 meses de vida, além de iniciar a alimentação complementar, a lactente deverá iniciar suplementação de ferro na dose de 1mg/kg/dia de ferro elementar, mantendo até o 24º mês de vida.

A alternativa que contém todas as afirmativas corretas é:

- a** I, II e V
- b** I, II e IV

- ☒ c I, II e III
- ☐ d II, III e IV
- ☐ e II, III e V

UEPA

Programa de Residência

Comentário OsceLabs

Aos seis meses, inicia-se alimentação complementar com texturas apropriadas, água e manutenção do aleitamento. Não se recomenda liquidificar rotineiramente nem oferecer suco para substituir fruta. O esquema de ferro citado corresponde ao protocolo usado pela banca; diretrizes e fatores de risco podem indicar início diferente. Açúcar deve ser evitado nos primeiros dois anos, não apenas no primeiro.

Referência: Ministério da Saúde. Guia alimentar para crianças brasileiras menores de 2 anos.

Questão 95 - Diarreia aguda com disenteria e desidratação

Gabarito oficial: E

- 95.** Pré-escolar do sexo feminino comparece à Unidade de Pronto Atendimento acompanhada da avó que refere que há 12 dias a menor vem apresentando fezes líquido-pastosas, por volta de 6 episódios por dia, com sangue em pequena quantidade e muco, além de episódios eventuais de vômitos e febre que iniciou há dois dias, de até 38,5°C. Não aceita bem a dieta e tem baixa ingestão de líquidos, pois sente náuseas. Avó relata que estava oferecendo apenas medicações sintomáticas para a criança. Última diurese há mais ou menos 6h, em pequena quantidade. Ao exame físico, paciente se mostra agitada e irritada, tem os olhos encovados, boca seca, chora sem lágrimas, está febril (38,3°C) e taquicárdica. Sobre este caso é correto afirmar que:
- a** trata-se de um quadro de diarreia persistente pois já se arrasta por mais de 10 dias, com disenteria e desidratação leve.
 - b** trata-se de uma diarreia crônica, com desidratação moderada, cujos principais agentes etiológicos são vírus, bactérias e protozoários.
 - c** estamos diante de uma diarreia aguda com disenteria, sem desidratação, devendo-se iniciar antibiótico, anti-emético, antiperistáltico, antitérmico e recomendar uso de terapia de reidratação oral no domicílio.
 - d** a paciente tem uma diarreia persistente, com desidratação grave e disenteria, necessitando de internação hospitalar e imediata terapia de reidratação endovenosa, além de antibioticoterapia de

amplo espectro, pois trata-se provavelmente de infecção por bactéria enteroinvasiva.

- e) pode-se classificar como quadro de diarreia aguda, com disenteria e desidratação moderada, indicando-se reposição supervisionada na unidade de saúde de saís de reidratação por via oral, em 3 a 4 horas ou, em caso de vômitos frequentes, por sonda nasogástrica, em 4 a 6h. Há necessidade de iniciar antibiótico, pois paciente com sangue nas fezes e sinais de toxemia.

Comentário OsceLabs

Doze dias ainda se enquadram como diarreia aguda; persistente implica pelo menos 14 dias. Sinais descritos favorecem desidratação e justificam reidratação supervisionada, com reavaliação e mudança de via se houver falha ou gravidade. Disenteria com febre e comprometimento clínico pode indicar antibiótico conforme etiologia e protocolo. Antiperistálticos não são rotina em crianças.

Referência: Ministério da Saúde — Manejo do paciente com diarreia

Questão 96 - Suspeita de infecção de derivação ventricular

Gabarito oficial: D

- 96.** Pré-escolar do sexo masculino, 4 anos, portador de hidrocefalia congênita, em pós-operatório tardio de neurocirurgia para colocação de válvula de derivação ventrículo-peritoneal (DVP) aos 2 meses de vida, sem outras comorbidades, é trazido ao pronto-socorro pelos pais pois há 3 dias vem apresentando febre alta (até 40°C), irritabilidade, vômitos eventuais e hiperemia no trajeto da válvula. Ao exame físico, discreta macrocrania, mal estado geral, choroso, febril (39°C), taquipneico (FR: 50ipm), mucosas pouco hidratadas, taquicardico (FC: 150bpm). Pupilas médias e isofotorreagentes. ECG: 13. Ausculta pulmonar e cardíaca sem alterações. PA: 93x45mmhg. Tempo de enchimento capilar de 3". Abdome flácido, com ruídos hidroaéreos e evacuações presentes, mas com dor à palpação no trajeto da DVP que se encontra hiperemiado. Sobre este caso julgue as afirmativas abaixo em Verdadeiras e Falsas.
- () Provável choque hipovolêmico devido aos vômitos e febre, sendo prioritário iniciar reposição volêmica imediata.
 - () Deve-se priorizar nos primeiros 15' monitorização hemodinâmica do paciente, fornecer oxigênio garantindo $SO_2 > 94\%$ e obter imediatamente acesso endovenoso ou intraósseo a fim de iniciar reposição de fluidos.
 - () Deve ser prontamente coletado o kit sepse pediátrico que inclui gasometria e lactato arteriais, hemograma completo, culturas (hemoculturas e de outros sítios suspeitos), creatinina, bilirrubinas.

coagulograma e outros exames a critério médico que ratifiquem o diagnóstico de sepse e demonstrem disfunções orgânicas.

- () Trata-se de um quadro de sepse, cujo foco mais provável é sistema nervoso central, devendo-se proceder imediata coleta de LCR e iniciar antibiótico quando do resultado definitivo da cultura de LCR, sangue e outras que tenham sido coletadas.
- () Dever-se-á administrar 1ª dose de antibioticoterapia empírica na 1ª hora, visando cobertura de infecção de SNC, pois se trata provavelmente de quadro de sepse secundário à infecção da DVP.
- () Neste caso, é dispensável a ressuscitação com fluidos pois a criança está normotensa e com bom nível de consciência.

A sequência correta de cima para baixo é:

- a** F – V – F – V – V – V
- b** V – F – V – F – F – V
- c** F – F – V – V – F – F
- d** F – V – V – F – V – F
- e** V – F – F – F – V – V

UEPA

Programa de Residência

Comentário OsceLabs

Febre, alteração neurológica e hiperemia no trajeto da DVP sugerem infecção do dispositivo com sepse. Culturas devem ser obtidas quando possível sem atrasar antibiótico empírico e suporte. Pressão normal não exclui hipoperfusão; fluidos exigem reavaliação. Coleta de líquido e manejo da derivação devem envolver neurocirurgia, sem aguardar cultura definitiva para tratar.

Referência: IDSA — Healthcare-associated Ventriculitis and Meningitis, 2017

Referência: Surviving Sepsis Campaign — Diretrizes pediátricas, 2020

Questão 97 - Febre residual no derrame parapneumônico

Gabarito oficial: D

- 97.** Pré-escolar de 4 anos, sexo masculino, foi admitido na enfermaria de pediatria, procedente do domicílio, pois fora diagnosticado com pneumonia lobar e derrame pleural à direita, em RXTX que realizou após consulta na UBS. Iniciou, então, penicilina cristalina em dose apropriada e foi submetido à drenagem torácica, com saída de aproximadamente 200ml de líquido pleural. Contudo, já no 4º dia de internação e antibiótico, persiste com febre baixa diária, embora com melhora importante do estado geral. Chega resultado de hemocultura com *S. pneumoniae*. A conduta mais indicada neste caso é:
- a** encaminhar para TC de tórax de controle e substituir por antibiótico de espectro mais amplo para cobrir germe hospitalar.
 - b** encaminhar para TC de tórax, avaliar troca do dreno torácico e associar ceftriaxona ao esquema atual.
 - c** substituir a penicilina por uma cefalosporina de 3ª geração com cobertura para *Pseudomonas*.
 - d** manter a penicilina cristalina pois crianças com derrame pleural podem ter febre por período mais prolongado.
 - e** associar vancomicina para sinergismo com a penicilina.

Comentário OsceLabs

Melhora importante do estado geral com pneumococo identificado permite manter terapia dirigida, desde que suscetibilidade e evolução sejam compatíveis. Febre pode persistir durante resolução do derrame e não exige ampliação automática do espectro. Piora, drenagem inadequada ou ausência de progresso justificam reavaliação de complicações e resistência, em vez de apenas somar antibióticos.

Referência: PIDS/IDSA. Management of community-acquired pneumonia in infants and children, 2011.

Referência: SBP — Pneumonias Adquiridas na Comunidade Complicadas, 2024

Questão 98 - Marcos do desenvolvimento no primeiro ano

Gabarito oficial: C

- 98.** Lactente de 11 meses, sexo feminino, trazida para consulta de puericultura pela mãe que relata que a criança está bem de saúde, mas está preocupada porque não sabe quais marcos do desenvolvimento a filha já deveria ter atingido com esta idade. Todos os marcos abaixo devem estar presentes nesta faixa etária, **EXCETO**:
- a** consegue dar alguns passos com apoio.
 - b** produz jargão.
 - c** usar colher ou garfo para comer, derramando pouco fora da boca.
 - d** consegue fazer movimento de pinça para pegar pequenos objetos.
 - e** imita gestos como bater palmas ou dar “tchau”.

Comentário OsceLabs

Usar talheres com pouco derramamento é habilidade esperada mais tarde do que os 11 meses. Pinça, imitação gestual, vocalizações variadas e deslocamento com apoio surgem ao redor dessa fase, com variabilidade individual. Marcos são instrumentos de vigilância, não prazos rígidos para rotular atraso por uma única habilidade; trajetória e avaliação global são essenciais.

Referência: Ministério da Saúde. Caderneta da Criança — desenvolvimento e vigilância.

Questão 99 - Agentes da otite média aguda

Gabarito oficial: A

- 99.** Os agentes bacterianos mais frequentemente implicados na etiologia das otites médias agudas na infância são:
- a** Streptococcus pneumoniae, Haemophilus influenzae não tipável e a Moraxella catarrhalis.
 - b** Streptococcus pyogenes do grupo A, Haemophilus influenzae tipo B e a Moraxella catarrhalis.
 - c** Streptococcus pneumoniae, Haemophilus influenzae tipo B e o Mycoplasma pneumoniae.
 - d** Streptococcus pneumoniae, Haemophilus influenzae tipo B e a Moraxella catarrhalis.
 - e** Streptococcus pyogenes do grupo A, Haemophilus influenzae não tipável e o Mycoplasma pneumoniae.
-

Comentário OsceLabs

Pneumococo, *Haemophilus influenzae* não tipável e *Moraxella catarrhalis* são os principais agentes bacterianos clássicos. Vacinação pode modificar suas proporções, e infecções virais frequentemente participam do processo. *H. influenzae* não tipável difere do tipo b, alvo da vacina Hib. Diagnóstico de otite depende de achados otoscópicos adequados, não apenas de febre ou otalgia.

Referência: AAP. *Diagnosis and management of acute otitis media*, 2013.

Questão 100 - Tratamento da estrogiloidíase

Gabarito oficial: B

100. Escolar do sexo feminino, 7 anos, retorna com exames à UBS que haviam sido solicitados devido a quadro de dores abdominais recorrentes, náuseas, vômitos eventuais e episódios esporádicos de diarreia. Parasitológico das fezes evidenciou infecção por *S. stercoralis*. Diante do diagnóstico, são opções terapêuticas, **EXCETO**:

- ☐ a Tiabendazol
 - ☐ b Mebendazol
 - ☐ c Albendazol
 - ☐ d Cambendazol
 - ☐ e Ivermectina
-

Comentário OsceLabs

Mebendazol não é tratamento recomendado para Strongyloides. Ivermectina é a opção preferencial em pacientes elegíveis; albendazol é alternativa com eficácia inferior. Tiabendazol e cambendazol aparecem em referências históricas, mas disponibilidade e tolerabilidade diferem. Avaliam-se peso, contraindicações e risco de hiperinfecção, especialmente antes de imunossupressão, com seguimento para confirmar resposta.

Referência: CDC — Clinical Care of Strongyloides

Documentos originais

Gabarito oficial

Respostas conforme gabarito definitivo disponibilizado para a edição. Questões anuladas estão identificadas.

A seguir, reproduções integrais do gabarito e do caderno utilizados. A numeração de páginas desses documentos é a da banca; os comentários não alteram os arquivos oficiais.

[Fonte do gabarito](#)

[Fonte do caderno](#)



UNIVERSIDADE DO ESTADO DO PARÁ
PROCESSO SELETIVO UNIFICADO PARA RESIDÊNCIA MÉDICA 2023

Grupo A: ACESSO DIRETO

GABARITO OFICIAL DEFINITIVO

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

1. Após a VIII Conferência Nacional da Saúde, ocorrida em Brasília, foram elaboradas as diretrizes do Sistema Único de Saúde. Marque a alternativa que corresponde a essas diretrizes.
 - a) Universalidade, Equidade e Participação Popular.
 - b) Universalidade, Equidade e Integralidade.
 - c) Descentralização, Integralidade e Participação Popular.
 - d) Hierarquização, Resolutividade e Integralidade.
 - e) Hierarquização, Municipalização da Saúde e Participação Popular.
2. Marque a alternativa da Norma Operacional Básica da saúde – NOBs, que iniciou o processo de municipalização de saúde no Brasil:
 - a) NOB 91
 - b) NOB 92
 - c) NOB 93
 - d) NOB 94
 - e) NOB 96
3. Marque a alternativa que corresponde a três antipsicóticos atípicos.
 - a) Haloperidol, Risperidona e Aripiprazol.
 - b) Levomepromazina, Risperidona e Quetiapina.
 - c) Clorpromazina, Levomepromazina e Quetiapina.
 - d) Alopéridol, Olanzapina e Clorpromazina.
 - e) Risperidona, Olanzapina e Aripiprazol.
4. A alternativa que indica o tipo de prevenção que é possível fazer a quebra da cadeia de transmissão da tuberculose pulmonar, é:
 - a) Prevenção primária.
 - b) Prevenção secundária.
 - c) Prevenção terciária.
 - d) Prevenção quaternária.
 - e) Prevenção quinquenária.
5. O Programa Nacional de Imunização nos contempla com o calendário de imunização, para diversas faixas de idade. As crianças devem ser vacinadas contra a febre amarela pela primeira vez com:
 - a) Seis meses
 - b) Nove meses
 - c) Um ano
 - d) Um ano e 4 meses
 - e) Dez anos
6. José, 33 anos de idade, apresenta quadro de esquizofrenia. Em consulta psiquiátrica, relatou que ratos habitavam seu cérebro e conduziam seu pensamento. Pouco tempo depois, de forma inesperada, ficou em silêncio. O profissional, então, perguntou a José por que ele parou de falar. E ele então respondeu: “falar, falar, falar... pensamento parou. Acho que meus roedores não me deixarão falar” (sic). A alternativa que apresenta corretamente as duas alterações de linguagem presentes no caso clínico acima é:
 - a) Ecolalia e Neologismo.
 - b) Bradifasia e Ecolalia.
 - c) Perseveração Verbal e Logorreia.
 - d) Taquifasia e Ecolalia.
 - e) Neologismo e Perseveração Verbal.
7. Marque a alternativa abaixo onde a fala logorreica está presente.
 - a) Esquizofrenia Paranóide.
 - b) Transtorno Bipolar tipo I.
 - c) Transtorno Obsessivo Compulsivo.
 - d) Transtorno Bipolar tipo II.
 - e) Esquizofrenia Ebefrênica.
8. Sobre os sintomas negativos da Esquizofrenia, informe se é Verdadeiro (V) ou Falso (F) para o que se afirma e assinale a alternativa que apresenta a sequência correta.

() Perdas de certas funções psíquicas e empobrecimento global da vida afetiva, cognitiva e social.

() Distanciamento e aplainamento afetivo ou afeto embotado.

() Distorção sobre o que é verdadeiro, como a presença de ideias deturpadas sobre a realidade.

() Alucinações, que são consideravelmente frequentes, mas também pode haver ilusões ou pseudoalucinações.

A alternativa que apresenta a sequência correta de cima para baixo é:

 - a) V – F – V – V
 - b) F – V – F – F
 - c) F – F – V – V
 - d) V – V – V – V
 - e) V – V – F – F

- 9.** Ana, 55 anos comparece a um serviço de atendimento em saúde mental afirmando que implantaram um chip em seu corpo, para controlar suas ações e seus pensamentos. Esta manifestação indica a presença de um delírio se:
- a** a crença do indivíduo em relação à veracidade de suas ideias permanece, mesmo diante da apresentação de argumentos lógicos ou dados objetivos.
 - b** o conteúdo do delírio, inequivocamente, remete a formulação de juízos falsos e a situações improváveis de ocorrerem na realidade.
 - c** a confiança que o indivíduo demonstra em relação ao seu julgamento foi sancionada e estimulada por um grupo restrito em seu ambiente social.
 - d** a organização das ideias que sustentam o delírio não tem lógica, ficando vulnerável a qualquer questionamento de um interlocutor.
 - e** a sua estrutura pode ser penetrada e abalada facilmente pela intervenção de profissionais técnica e teoricamente capacitados.
- 10.** Quanto aos níveis de prevenção, analise as afirmativas abaixo.
- I. A prevenção primária é a realizada no início da doença, buscando estabelecer um diagnóstico o mais precocemente possível.
- II A prevenção secundária tem, entre seus objetivos, evitar que a doença leve a complicações e sequelas.
- III. Evitar a propagação de doenças contagiosas é um dos objetivos da prevenção secundária.
- A alternativa que contém todas as afirmativas corretas é:
- a** I
 - b** I e II
 - c** I e III
 - d** II e III
 - e** I, II e III
- 11.** Ao organizar um estudo coorte, um residente de oftalmologia, gostaria de delimitar a prevalência de fatores de risco para a retinopatia da prematuridade no ambulatório de pediatria, para isso será necessário:
- a** comparar os prematuros com retinopatia com os que não tem retinopatia e não são prematuros.
 - b** analisar todos os pacientes que tem retinopatia da prematuridade e comparar com os que não tem.
 - c** analisar todos os pacientes que tem retinopatias da prematuridade, e comparar os prematuros e os não prematuros.
 - d** analisar todos os pacientes prematuros, comparando os que tem a retinopatia da prematuridade e os que não tiveram.
 - e** analisar todos os casos de prematuros com retinopatia da prematuridade, descrevendo o pré natal destes.
- 12.** No ano de 2022, estima-se que quase 35 milhões de pessoas no Brasil vivem sem água tratada e cerca de 100 milhões não têm acesso à coleta de esgoto, o que gera impacto direto na mortalidade infantil e qualidade da saúde da população. Saneamento básico é previsto na lei 8080/90, sendo determinado por:
- a** saneamento básico é de competência dos municípios, estados e união.
 - b** saneamento básico é de competência dos municípios e união.
 - c** saneamento básico é de competência prioritariamente dos municípios.
 - d** saneamento básico é de competência prioritariamente dos estados.
 - e** saneamento básico é de competência prioritariamente da união.
- 13.** Paciente de 43 anos, sexo feminino, com diagnóstico de câncer de mama em estágio inicial, foi encaminhada ao serviço de cuidado paliativo, mesmo o oncologista lhe explicando que há grandes chances de cura, pois foi diagnosticado no início do quadro. Sobre o encaminhamento para cuidados paliativos é correto afirmar que:
- a** foi correta, já que, cuidados paliativos são indicados para todos os pacientes com câncer terminal.
 - b** foi correta, já que, mesmo havendo uma possível baixa possibilidade, o câncer de mama pode ter um desfecho reservado.
 - c** foi correta, já que, cuidados paliativos são focados no conforto e bem estar do paciente, independente do prognóstico.
 - d** não foi correta, já que, por ter sido diagnosticado no início, com altas chances de cura, o bem estar da paciente provavelmente não será afetado.
 - e** não foi correta, já que, cuidados paliativos, são direcionados para otimização do cuidado em final de vida, o que não cabe ao caso.

- 14.** Sua vizinha solicita que você avalie o filho dela de 13 anos, que você constata estar com varicela, e que o quadro também é compatível com de outros dois colegas de turma deste. O que deve ser feito em relação a vigilância de doenças de notificação compulsórias.
- a** não cabe notificação, pois só serão notificados casos de encefalite por varicela.
 - b** não cabe notificação, pois o atendimento foi realizado fora do ambiente de saúde, sendo necessário encaminhar para atendimento em serviço especializado.
 - c** não cabe notificação, já que, varicela não é doença de notificação compulsória.
 - d** deverá realizar notificação, por via, Secretaria de Vigilância do Município, solicitando documentos necessários para realizar notificação.
 - e** deverá notificar, já que, varicela é agravo listado para notificação compulsória em nível nacional, sendo necessário, encaminhar os três pacientes para avaliação em serviço de saúde.
- 15.** Houve atualização do tratamento da hanseníase para pacientes paucibacilares, sob orientação do Ministério da Saúde, com embasamento de orientações da OMS, de 2018. Paciente de 34 anos comparece a UBS para acompanhamento do tratamento MH, e relata que iniciou quadro de pigmentação da pele. Neste caso, a orientação deve esclarecer que:
- a** esta alteração na pele, é relacionada a Clofazimina, o que deverá indicar a substituição da droga, por Minociclina, o qual terá melhor adesão ao tratamento.
 - b** esta pigmentação é relacionada a Clofazimina, e que se não houve melhora em três meses, deverá substituir por Minociclina, então deve manter o acompanhamento.
 - c** estas alterações na pele podem estar relacionadas ao esquema terapêutico da MH, que é benigno, porém pode-se discutir com o paciente sobre a substituição de uma das drogas pela Minociclina, que não tem este efeito.
 - d** a mudança da pigmentação da pele, deve ser sempre feitas aos pacientes, porém, a alteração da pigmentação da pele, deve ser acompanhada, caso haja persistência por três meses, o tratamento deverá ser suspenso.
 - e** esta alteração na pigmentação da pele é relacionada a Clofazimina, que não deve suspender a medicação, deverá hidratar a pele e usar sempre protetor solar.
- 16.** Paciente de 61 anos, comparece ao atendimento na UBS, para acompanhamento da HAS e DM, tendo em mãos, resultado de exames solicitados na última consulta. Assim, com estes resultados a melhor conduta a ser tomada, neste caso, é:
- a** VDRL positivo; deverá ser solicitado teste treponêmico, mesmo em pacientes que já foram tratados pra Sífilis, já que este teste é específico e não sensível.
 - b** transaminase glutâmico-pirúvica elevada; deverá investigar hepatites virais, já que este marcador não é afetado por medicamentos como diuréticos.
 - c** ultrassonografia de tireoide com nódulo de 0,5 cm; deverá ser solicitado punção de tireoide, já que, nódulos tireoidianos em pacientes idosos, tendem a ter maior padrão de malignidade, mesmo com pequeno volume.
 - d** sangue oculto nas fezes positivo; deverá ser solicitado endoscopia e colonoscopia para investigar, já que este teste tem valor preditivo negativo elevado.
 - e** PSA livre elevado; deverá solicitar biopsia de próstata (cinco fragmentos) para melhor diagnóstico, já que o PSA livre tem especificidade elevada para câncer de próstata.
- 17.** Paciente de 43 anos, masculino, tabagista, etilista esporádico, trabalha como soldador de portões, sem doenças prévias, vem a consulta acompanhado da companheira, que relata agressividade e comportamento alterado, dores abdominais associados a quadros diarreicos, perda de sensibilidade nas pontas dos dedos, fraqueza nos membros superiores e inferiores, instabilidade na locomoção e anemia, já verificada em exame anterior, quadro iniciado há três meses de forma progressiva. Assim a hipótese diagnóstica que mais se enquadraria ao paciente acima, é.
- a** intoxicação por chumbo.
 - b** intoxicação por prata.
 - c** intoxicação por inseticidas.
 - d** intoxicação por hidrocarboneto.
 - e** intoxicação por mercúrio.

- 18.** Os critérios de Beers são utilizados para prescrição de medicamentos para idosos, assim o que deve ser observado no seguinte caso: Paciente de 63 anos, com quadro de hipertensão, foi prescrito anlodipino. Após seis meses do uso, paciente iniciou o quadro de instabilidade postural, tendo tido queda no banheiro, com fratura em fêmur. Neste caso, segundo os critérios de Beer deve-se observar:
- a** a polifarmácia.
 - b** a iatrogenia.
 - c** o risco de queda.
 - d** a imobilidade.
 - e** a instabilidade postural.
- 19.** Paciente do sexo feminino, de 31 anos, veio ao planejamento familiar, e trouxe um teste de dosagem de uma proteína nova para verificar sua ovulação, com sensibilidade de 100% e especificidade de 95%, que foi testado em um grupo de 1000 mulheres, que tem prevalência de anovulação de 4%, por teste hormonal (padrão ouro). Sabendo o valor preditivo positivo do teste, a melhor conduta, é:
- a** orientar a paciente que a investigação utilizando esta proteína não é confiável para manejo do quadro dela, já que o teste tem mais de 50% de VPP, sendo necessário dar continuidade a investigação.
 - b** orientar a paciente que a investigação utilizando esta proteína não é confiável para manejo do quadro dela, já que o teste tem menos de 50% de VPP, sendo necessário dar continuidade a investigação.
 - c** orientar a paciente que provavelmente ela tem um quadro de anovulação, já que o teste tem alta especificidade e sensibilidade.
 - d** orientar a paciente que, baseado no teste realizado, provavelmente ela tem um quadro de anovulação e que o teste tem VPP menor que 50%, sendo confiável, assim deverá iniciar a medicação para estimular a ovulação.
 - e** orientar a paciente que, baseado no teste realizado, provavelmente ela tem um quadro de anovulação e que o teste tem VPP maior que 50%, sendo confiável, assim deverá iniciar a medicação para estimular a ovulação.
- 20.** O abuso sexual de jovens e crianças é uma realidade que deve ser sempre lembrada no atendimento desta população. A alternativa que indica investigação e intervenção multidisciplinar focando no provável quadro de violência sexual, é:
- a** paciente do sexo masculino, de 8 anos, veio a consulta na atenção básica de saúde, acompanhado da mãe, que relata que tem tido comportamento mais reservado, ficando até oito horas por dia no celular, com dificuldade de relacionamento com colegas de turma.
 - b** paciente do sexo feminino, de 9 anos, veio a consulta na atenção básica de saúde, acompanhada da mãe, que relata que tem tido comportamento mais reservado, tendo observado corrimento vaginal iniciado há quatro dias, de forma esbranquiçada, não teve menarca e nem pubarca sem outras queixas.
 - c** paciente do sexo feminino, de 7 anos, veio a consulta na atenção básica de saúde, acompanhada da mãe, que relata que tem tido comportamento mais reservado, tendo observado lesão verrucosa em céu da boca, não teve menarca e nem pubarca sem outras queixas.
 - d** paciente do sexo feminino, de 10 anos, veio a consulta na atenção básica de saúde, acompanhada da mãe, que relata que tem tido comportamento mais reservado, ficando quadro choroso e evitando ir à escola.
 - e** paciente do sexo masculino, de 12 anos, veio a consulta na atenção básica de saúde, acompanhada da mãe, que relata que tem tido comportamento mais reservado, tendo observado postura mais sexualizada, sem outras queixas.
- 21.** A miocardite é uma doença inflamatória do miocárdio com ampla variedade de apresentações clínicas, podendo abranger formas subclínicas, ou mesmo manifestações clínicas agudas de insuficiência cardíaca descompensada fulminante com quadro de choque cardiogênico. Pode decorrer de diversas causas infecciosas e não infecciosas. O medicamento mais fortemente associado a miocardite é:
- a** Rosuvastatina.
 - b** Fenitoína.
 - c** Ezetimiba.
 - d** Metformina.
 - e** Vonoprazana.

- 22.** Xantomas e xantelasmas podem ser idiopáticos ou um sinal de anormalidade herdada do metabolismo da lipoproteína (dislipidemia primária), hiperlipidemia secundária a doença sistêmica ou medicação, ou doença hematológica. A lesão cutânea que não representa a manifestação mais característica da patologia especificada acima, é:
- a) Xantomas eruptivos – Hipertrigliceridemia familiar.
 - b) Xantomas interdigitais– Hipercolesterolemia familiar homozigota.
 - c) Xantoma palmar – Disbetalipoproteinemia familiar.
 - d) Xantomas tuberosos – Hipertrigliceridemia familiar homozigota.
 - e) Xantomas planos – Colangite esclerosante primária.
- 23.** Uma universitária de 28 anos, vem a consulta com queixa de irritabilidade, insônia, perda de peso de 5kg nos últimos 2 meses, apesar de alimentar-se bem. Na última semana teve episódios de palpitações e calor excessivo. Refere também perda de libido e sensação de “corpo estranho” nos olhos. Ao exame físico corada; sem edemas; pele macia e quente; pulso= 104 bpm; tremores finos de extremidades; hiperemia conjuntival e piscar frequente; tireoide com aumento difuso e frêmito. Sobre o provável diagnóstico da paciente, é correto afirmar que:
- a) a acropatia da tireoide ocorre na maioria dos pacientes.
 - b) a mensuração dos anticorpos anti-TPO e anti-Tg confirmam o diagnóstico.
 - c) a causa mais comum é tireoidite granulomatosa subaguda.
 - d) a presença de sopro cervical fala a favor do diagnóstico de tireoidite aguda.
 - e) as provas de função tireoidiana devem ser feitas 3 a 4 semanas após início do tratamento com tionamidas.
- 24.** A alternativa que indica o diagnóstico de polimialgia reumática provavelmente correto, é:
- a) um homem de 50 anos que apresentava artrite simétrica de mãos e punhos, edema bilateral das mãos formando cacifo piores à noite e aliviadas pelo movimento.
 - b) uma mulher 59 anos com fraqueza muscular proximal, lesões violáceas em pálpebras, fadiga, febre e poliartrite de ombros e punhos.
 - c) um homem de 63 anos que durante os últimos 10 anos, apresenta dorsalgia e lombalgia sem rigidez matinal e oligoartrite assimétrica envolvendo joelho e quadril.
 - d) uma mulher de 70 anos com dor persistente nos ombros e cintura pélvica, fadiga, perda de peso e incapacidade de abduzir os ombros além de 90°.
 - e) uma mulher de 62 anos com dores ósseas, anemia, lombalgia e infecções recorrentes.
- 25.** Um senhor aposentado de 68 anos de idade chega a um pronto-socorro com dor na perna esquerda, de quatro dias de duração. Ele também se queixa de edema no tornozelo esquerdo, que tem dificultado a deambulação. É fumante ativo e tem história clínica de doença do refluxo gastroesofágico. O exame físico revela edema ++ no tornozelo esquerdo. São fatores de risco para o desenvolvimento de Trombose Venosa Profunda (TVP), **EXCETO**:
- a) Mutação Protrombina.
 - b) Deficiência de Antitrombina.
 - c) Mutação do Fator V Leiden.
 - d) Deficiência de Proteína C e S.
 - e) Trombastenia de Glanzmann.
- 26.** Um homem de 54 anos de idade é internado com história de três dias de febre, tosse, odinofagia e diarreia. Na admissão o pulso de 130 batimentos/minuto, pressão arterial de 80/65mmHg e frequência respiratória de 32 respirações/minuto. As mucosas estão secas e são auscultadas crepitações em toda a região inferior do pulmão direito. Na avaliação laboratorial foram obtidos os seguintes resultados: gasometria arterial em ar ambiente (pH- 7.30, pO₂- 68mmHg pCO₂-26mmHg); sódio- 140 mEq/l; potássio- 4.4 mEq/l; cloreto- 100 mEq/l; bicarbonato- 13mEq/l. A interpretação correta desse distúrbio acidobásico, é:
- a) acidose mista, respiratória e metabólica.
 - b) acidose metabólica com hiato aniônico aumentado e alcalose respiratória.
 - c) acidose metabólica com hiato aniônico aumentado e compensação respiratória apropriada.
 - d) acidose metabólica com hiato aniônico normal.
 - e) acidose metabólica compensada com hiato aniônico normal e alcalose metabólica.

- 27.** Um homem de 53 anos é internado com quadro de ascite com evolução de 3 meses. No exame físico: aumento do volume abdominal, macicez móvel e leve desconforto à palpação superficial do abdome, sendo realizada paracentese diagnóstica. A análise do líquido ascítico mostra, proteína total= 3.5g/dl e albumina 2.2g/dl. A dosagem de albumina sérica é de 3.6g/dl. Esses achados são compatíveis com os seguintes diagnósticos, **EXCETO**:
- a) Síndrome de Buddi-Chiari.
 - b) Síndrome de Meigs.
 - c) Cirrose.
 - d) Metástases Hepáticas.
 - e) Síndrome Nefrótica.
- 28.** Um homem, com 41 anos de idade, com diagnóstico recente de tuberculose pulmonar é trazido ao setor de emergência por um vizinho com quadro de sonolência, náuseas e vômitos. Não há evidências clínicas de depleção de volume. Na avaliação laboratorial foram obtidos os seguintes resultados: sódio sérico= 125mEq/L; osmolalidade plasmática= 260 mOsm/Kg (VR: 285 – 295); excreção renal de sódio aumentada; níveis séricos normais de ureia, creatinina e potássio; ácido úrico baixo. A hipótese diagnóstica mais provável neste caso, é:
- a) Polidipsia Psicogênica.
 - b) Diabetes Insipidus Nefrogênico.
 - c) Síndrome da Secreção Inapropriada de ADH (SIADH).
 - d) Doença de Addison.
 - e) Hipotireoidismo Central.
- 29.** Dentre os casos abaixo, o tratamento com corticosteroides para nefrite intersticial comprovada por biopsia que tem mais probabilidade de influenciar a recuperação renal a longo prazo, é:
- a) Mulher de 45 anos de idade em uso prolongado de carbonato de lítio.
 - b) Homem de 36 anos de idade com sarcoidose.
 - c) Homem de 60 anos de idade com nefropatia por analgésicos.
 - d) Mulher de 52 anos com nefrite intersticial por chumbo.
 - e) Homem de 30 anos com nefropatia mesoamericana.
- 30.** Uma fisioterapeuta respiratória de 34 anos de idade apresenta asma há 10 anos. A asma tornou-se de difícil controle nos últimos 5 meses. Antes desse período, ela havia apresentado episódios intermitentes de tosse e dispnéia uma vez a cada duas semanas, na vigência do tratamento com fluticasona 250 µg inalada, na dose de duas vezes por dia, e salmeterol, na dose 50 µg, duas vezes por dia. Para obter o mesmo controle sintomático obtido nos últimos quatro meses, é necessário acrescentar salbutamol 200µg, quatro vezes por dia, e prednisona 40mg diariamente. Além disso, sempre que a dose de prednisona é reduzida para menos de 30mg, ela desenvolve uma exacerbação grave de asma, que requer consulta no pronto atendimento. Ela nega tabagismo, pirose e não possui animais de estimação. Algumas vezes usa paracetamol para tratar cefaleia frontal. A revisão dos sistemas revela eczema e prurido oral após ingestão de bananas, castanhas e abacates. O exame físico revela um aspecto cushingoide, temperatura de 36,8°C, pressão arterial de 120/80 mmHg, pulso de 104 bpm, frequência respiratória de 18/min, erupção eczematoide nas mãos e sibilos expiratórios dispersos. A radiografia do tórax e seios da face (4 posições) são normais. A causa mais provável da dificuldade do controle da asma dessa paciente, é:
- a) doença do refluxo gastroesofágico.
 - b) sensibilidade a Aspirina.
 - c) sensibilidade aos Sulfetos.
 - d) dose inadequada de corticosteroide inalado.
 - e) alergia ao látex.
- 31.** Delirium é uma condição relativamente frequente em pacientes hospitalizados. Sobre essa condição, é correto afirmar que:
- a) quando indicado, o tratamento pode ser feito com a prescrição de antipsicóticos para o controle de agitação do polo hiperativo.
 - b) em pacientes internados em unidade de terapia intensiva, não há ferramentas validadas para o diagnóstico e rastreamento de pacientes em delirium.
 - c) o diagnóstico deve ser realizado utilizando-se a Richmond Sedation Scale (RASS), sendo recomendada uma pontuação inferior a -2.
 - d) não há evidências de medidas recomendadas para se prevenir essa condição.
 - e) sendo um estado confusional crônico, o uso de benzodiazepínicos deve ser indicado como primeira escolha no tratamento do delirium hiperativo.

- 32.** A queixa de fraqueza muscular aguda na emergência, e mesmo entre pacientes internados, necessita de raciocínio elucidativo para estabelecimento e condutas específicas. Sobre essa síndrome, é correto afirmar que:
- a) Piridostigmina está indicada como primeira linha na síndrome de Guillain-Barré.
 - b) Plasmaférese está contraindicada em pacientes com síndrome de Guillain-Barré.
 - c) bloqueadores neuromusculares estão indicados em pacientes com suspeita de Miastenia Gravis.
 - d) Ptose palpebral não é um achado associado à Miastenia Gravis.
 - e) a queixa de dor pode estar presente na síndrome de Guillain-Barré, especialmente na fase de recuperação.
- 33.** Durante o atendimento de um paciente com rebaixamento súbito do nível de consciência, no departamento de emergência, sua principal suspeita é acidente vascular encefálico. Após realização de tomografia de crânio e exclusão de hemorragia, foi considerada a indicação de trombólise. Com base nessa hipótese, é correto afirmar que:
- a) quando indicada, a trombólise não deve ser precedida da medida de glicemia, exceto em pacientes sabidamente diabéticos.
 - b) não é recomendado dosagem de plaquetas ou coagulograma, exceto na suspeita de distúrbio prévio de coagulação.
 - c) após a trombólise, deve-se manter a pressão arterial > 180/105 mmHg para preservação da zona de penumbra.
 - d) hipertermia (temperatura >38°C), quando presente, deve ser mantida, pois é considerada uma adaptação temporária à injúria cerebral.
 - e) o uso prévio de droga antiplaquetária em monoterapia contraindica a trombólise.
- 34.** No manejo de paciente com Hipertensão Intracraniana (HIC) está indicado:
- a) manter a pressão de Perfusão Cerebral (PPC) abaixo do limite inferior de normalidade (30-40 mmHg).
 - b) deve-se priorizar a infusão de soluções hipotônicas, como glicose a 5%, com a finalidade de diminuir edema cerebral.
 - c) quando indicado, o vasopressor de escolha é a noradrenalina, que deve ser titulada de acordo com a PPC alvo.
 - d) tiopental é droga de primeira escolha na sedação.
 - e) hipotermia terapêutica demonstra benefício no desfecho neurológico em pacientes com HIC, especialmente naqueles por traumatismo cranioencefálico.
- 35.** Sobre o estado de mal epilético é correto afirmar que:
- a) a retirada de medicamento anticonvulsivante não está entre suas principais causas.
 - b) o eletroencefalograma tem pouco valor no diagnóstico.
 - c) a dosagem sérica de drogas anticonvulsivantes, quando disponível, pode ser recomendada.
 - d) diazepam e midazolam estão proscritos no manejo farmacológico inicial.
 - e) propofol é indicado quando o paciente apresenta alergia à fenitoína em dose de ataque.
- 36.** Na ventilação mecânica em modo Pressão de Suporte (PS) é correto afirmar que:
- a) tempo inspiratório e sensibilidade são parâmetros ajustáveis no ventilador pulmonar.
 - b) o ciclo inspiratório é iniciado pelo paciente.
 - c) o volume corrente é pré-fixado pelo ventilador pulmonar.
 - d) a frequência respiratória é pré-fixada pelo ventilador pulmonar.
 - e) o modo PS é contraindicado no desmame de ventilação mecânica.
- Leia o texto abaixo para responder a questão 37.
- "Há doenças piores que as doenças,
Há dores que não doem, nem na alma
Mas que são dolorosas mais que as outras.
Há angústias sonhadas mais reais
Que as que a vida nos traz, há sensações
Sentidas só com imaginá-las
Que são mais nossas do que a própria vida."

Trecho de "Há doenças piores que as doenças" Fernando Pessoa
(Cancioneiro)
- 37.** O poema acima, cujo autor foi vítima de cirrose hepática doença ainda muito estigmatizada, requer avaliação do grau de acometimento secundário da encefalopatia. Neste sentido, o estágio da encefalopatia hepática é melhor graduado através da/do:
- a) escala de coma de Glasgow.
 - b) escala de Ramsay.
 - c) classificação de West-Haven.
 - d) modelo para Doença Hepática Terminal (do inglês, Model for End-Stage Liver Disease - MELD).
 - e) classificação de Child-Pugh.

- 38.** A terapia transfusional requer indicações e cuidados específicos, inclusive com riscos e complicações quando indicada. Nesse sentido, é correto afirmar sobre a TRALI (Transfusion Related Acute Lung Injury):
- a** TRALI severa é distinguível da Síndrome do Desconforto Respiratório Agudo (SDRA) através da radiografia de tórax.
 - b** o edema pulmonar é unilateral e distinguível pela radiografia de tórax do edema pulmonar cardiogênico.
 - c** geralmente ocorre após 5 a 7 dias da transfusão de concentrado de hemácias.
 - d** hipotensão e hipoxemia de início abrupto são marcadores que excluem o diagnóstico.
 - e** fatores de risco para SDRA, quando previamente presentes, impedem o diagnóstico de TRALI, denominando-se "possível TRALI".
- 39.** Na suspeita de meningite bacteriana, a alternativa que contém achados na análise do Líquido Cefalorraquidiano (LCR) mais sugestivos de etiologia bacteriana é:
- a** celularidade e lactato aumentados.
 - b** Hemácias e glicorraquia aumentadas.
 - c** Proteinorraquia e celularidade normais.
 - d** Glicorraquia e hemácias aumentadas.
 - e** Lactato normal e celularidade diminuída.
- 40.** Dos fármacos abaixo, utilizados para sedoanalgesia, aquele que está menos associado à ocorrência de hipotensão arterial é:
- a** fentanil.
 - b** morfina.
 - c** cetamina.
 - d** dexmedetomidina.
 - e** propofol.
- 41.** Um homem de 70 anos, tabagista e hipertenso, queixa-se de dor na panturrilha direita que se manifesta ao caminhar cerca de 50 metros, aliviando imediatamente ao parar a caminhada. Ao exame físico percebem-se pulsos femoral presente e poplíteo e distais ausentes. Este caso, é classificado como:
- a** Fontaine 4
 - b** Fontaine 2
 - c** CEAP C2
 - d** CEAP C4
 - e** Rutherford 2
- 42.** A indicação de intervir ou manter a conduta expectante em casos de aneurismas arteriais depende de vários fatores, entre eles a artéria acometida, o tamanho do aneurisma e o quadro clínico. Dentre as situações abaixo a alternativa que indica intervenção cirúrgica é:
- a** Homem de 75 anos, aneurisma de aorta abdominal de 4,5cm de diâmetro, sem sintomas.
 - b** Mulher de 68 anos, aneurisma de aorta torácica de 5cm de diâmetro, sem sintomas.
 - c** Mulher de 28 anos, aneurisma de artéria esplênica de 4cm de diâmetro, sem sintomas.
 - d** Homem de 70 anos, aneurisma de artéria poplíteia de 1,5cm de diâmetro, sem sintomas.
 - e** Mulher de 58 anos, aneurisma de artéria hepática de 1,5cm de diâmetro, sem sintomas.
- 43.** Paciente do sexo masculino 34 anos vem ao hospital queixando-se de febre, falta de apetite e dificuldade para caminhar devido dor na região do quadril direito. Início do quadro há 38 horas. Ao exame físico: regular estado geral, desidratado 1+/4+, sudorético, temperatura axilar 39º, abdome flácido, doloroso em todo o baixo ventre, porém com descompressão brusca negativa, punho percussão do calcâneo negativa, sinal do obturador positivo. Hemograma com 15.000 leucócitos. Sua hipótese diagnóstica neste caso, seria:
- a** Apendicite aguda.
 - b** Diverticulite.
 - c** Colecistite.
 - d** Síndrome de Mirizzi.
 - e** Hérnia interna.
- 44.** Homem de 70 anos, tabagista de longa data, procurou o ambulatório queixando-se de tosse e perda ponderal com evolução de alguns meses. Refere que há alguns dias passou a ter dificuldade de abrir o olho direito e "sensação estranha no rosto". O exame físico revela roncos pulmonares em ambas as bases, ptose palpebral e miose direitas e uma anidrose facial do mesmo lado. Um raio X de tórax demonstrou opacidade de ápice pulmonar direito. O quadro clínico descrito é compatível com:
- a** Síndrome de Klatskin.
 - b** Síndrome de Ogilvie.
 - c** Síndrome de May-Thurner.
 - d** Síndrome de Horner.
 - e** Síndrome de Leriche.

- 45.** Uma mulher de 22 anos apresentou quadro de cordão endurecido e doloroso na face anterolateral do antebraço esquerdo, um ultrassom Doppler confirmou o diagnóstico de tromboflebite de veia basilica. A paciente nega o uso de medicações injetáveis nesta veia ou em qualquer outro sítio e quando questionada sobre medicações em uso refere apenas que há 15 dias iniciou o uso de anticoncepcional oral. Uma hipótese diagnóstica e uma investigação apropriada para a mesma estão descritos na alternativa:
- a Doença de Burger; Doppler arterial do membro superior acometido.
 - b trombofilia; pesquisa de mutação do fator V de Leiden, dosagem de proteínas S e C.
 - c Síndrome de Cockett.
 - d embolia paradoxal; angiotomografia pulmonar.
 - e Síndrome de Raynaud; Doppler arterial do membro superior acometido.
- 46.** Homem de 72 anos chega ao pronto socorro com dor abdominal difusa, de início súbito há 6 horas. Refere tabagismo e etilismo de longa data. Ao exame observa-se regular estado geral, abdome em tábua, descompressão brusca presente nos quatro quadrantes e sinal de Jobert positivo. Sua hipótese diagnóstica e conduta neste caso, seriam:
- a Úlcera gástrica perfurada; laparotomia exploradora.
 - b Pancreatite aguda; dosar amilase e lipase.
 - c Pancreatite aguda; tomografia de abdome.
 - d Úlcera gástrica perfurada; ultrassonografia de abdome.
 - e Colangite; ultrassonografia de abdome.
- 47.** Depois de garantir a via aérea no tratamento das lesões torácicas que colocam em risco a ventilação dos pacientes e a próxima prioridade no atendimento às vítimas de trauma. Sobre os casos de traumatismo torácico, é correto afirmar que:
- a a drenagem torácica deve ser realizada anteriormente à linha axilar média, na altura do 7º espaço intercostal.
 - b o "selo d'água 2 deve ser realizado com 1 a 2 litros de soro fisiológico.
 - c hemotórax com volume superior a 500ml sugerem a necessidade de toracotomia.
 - d ferimentos penetrantes na zona de Ziedler em pacientes instáveis requerem janela pericárdica.
 - e pacientes com abolição do murmúrio vesicular, hipotensão e turgência de veias jugulares devem ser submetidos a toracocentese com agulha calibrosa.
- 48.** Paciente de 70 anos é internado por síndrome consumptiva; constata-se também que o paciente está icterico e nota-se uma massa visível, de limites precisos e indolor à palpação, localizada no hipocôndrio direito. O diagnóstico provável neste caso, é:
- a Tumor do corpo do Pâncreas.
 - b Câncer Gástrico.
 - c Tumor da Cabeça do Pâncreas.
 - d Tumor da Cauda do Pâncreas.
 - e Tumor de Ângulo Hepático do Cólon.
- 49.** Uma mulher de 80 anos, internada por fratura de colo de fêmur direito passou a desenvolver dor e edema na panturrilha direita com sinal de Homans positivo. A alternativa que reúne a hipótese diagnóstica, o exame complementar pertinente e a terapêutica correta é:
- a Trombose arterial aguda, angiotomografia, heparina.
 - b Trombose venosa profunda, Doppler, Varfarina.
 - c Trombose venosa profunda, D-dímero, Varfarina.
 - d Trombose venosa profunda, Doppler, Heparina.
 - e Trombose Venosa Profunda, Doppler, Ácido Acetil Salicílico (AAS).
- 50.** Sobre o tratamento cirúrgico das hérnias da parede abdominal, é correto afirmar que:
- a hérnias de Spiegel são adequadamente tratadas pela técnica de McVay.
 - b na técnica de Shouldice o ligamento de Cooper é suturado ao tendão conjunto.
 - c na técnica de Shouldice utiliza-se uma tela de material inabsorvível.
 - d na técnica de Bassini o ligamento de Cooper é suturado ao ligamento inguinal.
 - e na técnica de McVay o ligamento de Cooper é suturado ao tendão conjunto.
- 51.** Paciente idoso da entrada no pronto atendimento com dor abdominal e vômitos fecalóides de início súbito, seus sinais vitais estão dentro da normalidade para a sua idade. Na rotina radiológica nota-se o sinal do grão de café. O provável diagnóstico desse paciente, é:
- a pancreatite aguda.
 - b apendicite aguda.
 - c úlcera péptica perfurada.
 - d volvo de sigmoide.
 - e diverticulite aguda.

- 52.** Segundo o ATLS a sequência de radiografias obrigatórias que deverão ser realizadas por um paciente vítima de queda de poste após choque em rede de alta tensão são:
- a** raio X de tórax AP, raio X de bacia AP e raio X AP de coluna cervical, torácica e lombar.
 - b** raio X de tórax PA, raio X de bacia PA e raio X de coluna cervical perfil.
 - c** raio X de tórax PA, raio X de bacia AP e raio X PA de coluna cervical, torácica e lombar.
 - d** raio X de tórax AP, raio X de bacia AP e raio X de coluna cervical perfil.
 - e** raio X de tórax PA, raio X de bacia PA e raio X AP e perfil de coluna cervical, torácica e lombar.
- 53.** Os limites corretos da Zona perigosa de Ziedler são:
- a** linhas verticais: paraesternal direita e pela linha axilar média esquerda. Linhas horizontais: fúrcula esternal e rebordo costal das décimas costelas a esquerda.
 - b** linhas verticais: paraesternal esquerda e pela linha axilar média esquerda. Linhas horizontais: fúrcula esternal e rebordo costal das décimas costelas a esquerda.
 - c** linhas verticais: paraesternal esquerda e pela linha axilar anterior. Linhas horizontais: fúrcula esternal e rebordo costal das décimas costelas a esquerda.
 - d** linhas verticais: paraesternal direita e pela linha axilar anterior. Linhas horizontais: supraclavicular esternal e rebordo costal das décimas costelas a esquerda.
 - e** linhas verticais: paraesternal direita e pela linha axilar média esquerda. Linhas horizontais: supraclavicular esternal e rebordo costal das décimas costelas a esquerda.
- 54.** Um paciente é submetido à uma laparotomia de urgência cujo achado foi uma fístula colecistobiliar envolvendo dois terços da circunferência do ducto biliar comum. A correta classificação da Síndrome de Mirizzi, é:
- a** Tipo I
 - b** Tipo II
 - c** Tipo III
 - d** Tipo IV
 - e** Tipo V
- 55.** A característica tomográfica correta da apendicite aguda, é:
- a** o apêndice normal é visualizado em 50% a 80% dos adultos assintomáticos submetidos à tomografia computadorizada de cortes finos.
 - b** o apêndice é considerado espesso quando maior ou igual a 5 mm de diâmetro transversal.
 - c** a espessura normal da parede do apêndice mede entre 2 mm e 4 mm.
 - d** na apendicite existe borramento da gordura periapendicular sendo um sinal muito freqüente e importante, encontrado em mais de 90% dos casos.
 - e** distensões do apêndice cecal maiores de 10 mm sugerem a possibilidade de mucocoele ou de neoplasia.
- 56.** Em relação à resposta orgânica ao trauma cirúrgico, é correto afirmar que:
- a** na fase "EBB" há diminuição da resistência vascular periférica.
 - b** na fase "EBB" há aumento da insulina.
 - c** na fase "FLOW" há retenção de fluidos.
 - d** a fase "EBB" normalmente cursa com hipoglicemia.
 - e** na fase "FLOW" há diminuição das catecolaminas e glicocorticoides.
- 57.** Sobre as alterações sistêmicas e metabólicas durante a cirurgia laparoscópica, é correto afirmar que:
- a** arritmias cardíacas são incomuns durante a laparoscopia.
 - b** pressões intra-abdominais na faixa de 10 a 12mmHg têm maior risco de levar ao aumento da resistência vascular periférica e a uma alteração do fluxo visceral.
 - c** durante o procedimento laparoscópico há aumento da capacidade vital e do volume respiratório pulmonar.
 - d** na laparoscopia, o pneumoperitônio pode ser obtido com gases como óxido nitroso, Hélio, ar ambiente (80% de Nitrogênio) e Argônio.
 - e** a absorção excessiva de CO₂ (hipercarbia) durante a laparoscopia pode levar à uma diminuição do fluxo sanguíneo cerebral, resultando em diminuição da pressão intracraniana.

- 58.** A cirurgia bariátrica revolucionou o tratamento da obesidade. A respeito da cirurgia bariátrica é correto afirmar que:
- a) a cirurgia bariátrica tem taxa de resolução da doença em torno de 70% e mortalidade em torno de 3%.
 - b) pacientes com IMC acima de 40 kg/m² têm indicação de cirurgia bariátrica independente de outros fatores.
 - c) quadros psiquiátricos graves, alcoolismo e drogadição são contra indicações absolutas para cirurgia bariátrica.
 - d) a cirurgia bariátrica está indicada em pacientes com IMC entre 30 e 35 kg/m² com comorbidades.
 - e) os riscos de uma cirurgia bariátrica são menores do que os riscos de uma cesariana, um parto normal ou uma histerectomia estatisticamente falando.
- 59.** A compreensão da anatomia da região inguino-femoral é primordial para o sucesso do tratamento das hérnias aí localizadas. O triângulo Delimitado pelos vasos espermáticos e pela porção lateral do ligamento inguinal (trato íleo-público) é conhecido como:
- a) "Triângulo da dor".
 - b) "Triângulo do desastre"
 - c) "Triângulo de Hasselbach".
 - d) "Triângulo de Hessert".
 - e) "Triângulo de Fruchaud".
- 60.** Paciente submetido a ressonância magnética foi diagnosticado com uma fístula anal transesfícteriana. A classificação de Parks correta do achado, é:
- a) Parks tipo 1
 - b) Parks tipo 2
 - c) Parks tipo 3
 - d) Parks tipo 4
 - e) Parks tipo 5
- 61.** M.B, sexo feminino, 27 anos de idade, procura atenção especializada com queixa de ausência de menstruação há 7 meses, saída de fluxo papilar leitoso bilateralmente, diminuição da libido e acne. Método contraceptivo de escolha é o coito interrompido realizado de forma irregular, sem associar método de barreira durante as relações sexuais. Exames complementares: Prolactina 119 ng/mL (2.80 – 29.20); ultrassonografia transvaginal evidencia útero retrovertido de tamanho e forma normais, anexos sem alterações e ausência de imagem intrauterina sugestiva de gestação. Uma vez que a paciente refere não ter comorbidades, não faz uso de medicações de uso contínuo e tem desejo de engravidar nos próximos meses. A melhor conduta para elucidação diagnóstica do caso é:
- a) solicitar ressonância magnética de sela túrcica e dosagem de macroprolactina e B-HCG.
 - b) solicitar dosagem de B-HCG, macroprolactina, FSH, LH, SHBG. Indicar ressonância magnética de sela túrcica se macroprolactina alta e FSH normal.
 - c) solicitar dosagem de prolactina e Macroprolactina. Indicar ressonância magnética de sela túrcica se macroprolactina positiva.
 - d) solicitar dosagem de B-HCG, prolactina, TSH. Indicar ressonância magnética de sela túrcica se prolactina superior a 200 ng/mL.
 - e) solicitar dosagem de B-HCG, prolactina, TSH, AST, ALT e creatinina. Indicar ressonância magnética de sela túrcica se prolactina alta e TSH normal.
- 62.** Paciente do sexo feminino, 65 anos de idade, em tratamento para diabetes e hipertensão arterial sistêmica, vem a consulta ginecológica referindo sangramento via vaginal no último mês, vermelho vivo em pequena quantidade, que durou 3 dias. A data da última menstruação foi há 12 anos. Nunca fez uso de terapia hormonal e nega cirurgias ginecológicas. Ao exame físico: pressão arterial 120x80 mmHg, peso 101 kg, altura 1,60 m. Ultrassonografia transvaginal realizada uma semana antes da consulta evidencia útero retrovertido com volume de 38 cm³, eco endometrial de 10mm, anexos não visualizados e miométrio heterogêneo as custas de um nódulo FIGO 4 (provável leiomioma) medindo 1,5 cm. Diante do exposto, a conduta mais indicada para o caso é:
- a) iniciar estrogênio oral contínuo.
 - b) indicar laparoscopia diagnóstica.
 - c) iniciar reposição hormonal combinada.
 - d) indicar histeroscopia diagnóstica.
 - e) indicar histerectomia vídeo assistida.

- 63.** O planejamento pré-concepcional deve preceder a gravidez, como um investimento. Uma porcentagem significativa de gestações não é planejada e potenciais danos ao desenvolvimento fetal podem surgir antes mesmo da gravidez ocorrer. Um homem transgênero de 28 anos de idade, com relacionamento homoafetivo, procura o serviço especializado com desejo de gravidez. Possui catamênios regulares, nega tentativa de gravidez pregressa, nega comorbidades e nega hormonização. Em relação ao desejo gestacional nesse paciente em específico, a conduta mais adequada quanto ao planejamento pré-concepcional é:
- a** indicar fertilização in vitro com útero de substituição, pois se trata de um homem transgênero.
 - b** indicar início de hormonização para aumentar a possibilidade de gestação espontânea e encaminhar para pré-natal de alto risco quanto beta Hcg positivo.
 - c** indicar seguimento em pré-natal de risco habitual e sugerir suplementação de ácido fólico para o paciente já no período pré-concepcional.
 - d** indicar ovodação e sugerir utilização do gameta masculino do paciente para implantação no seu cônjuge.
 - e** encaminhar o casal para serviço de adoção, pela inviabilidade de gravidez em homem transgênero com relacionamento homoafetivo.
- 64.** Paciente de 20 anos de idade, nuligesta, vem a consulta com queixa de fissuras, ardor e hiperemia em região vulvar. Ao exame especular foi evidenciado corrimento branco, grumoso sem odor, aderido às paredes vaginais. Refere que faz contracepção com dispositivo intrauterino de cobre e prata (Cu 380 Ag), inserido há 6 anos. A melhor conduta para a paciente em questão é:
- a** manter o dispositivo intrauterino de cobre com prata e prescrever metronidazol 250mg, 2 comprimidos VO, 2x/dia, por 7 dias.
 - b** retirar o dispositivo intrauterino de cobre com prata e prescrever nistatina 100.000 UI, uma aplicação, via vaginal, à noite por 14 dias.
 - c** retirar o dispositivo intrauterino de cobre com prata e prescrever aciclovir 200mg, 2 comprimidos, VO, 3x/dia, por 7 dias.
 - d** não há necessidade de retirar o dispositivo intrauterino de cobre com prata e deve-se prescrever Clindamicina 300mg, VO, 2x/dia, por 7 dias.
 - e** manter o dispositivo intrauterino de cobre com prata e prescrever miconazol creme a 2%, via vaginal, um aplicador cheio, à noite por 7 dias.
- 65.** Paciente de 23 anos de idade, sem vida sexual ativa e com história prévia de ciclos menstruais irregulares (a cada 3 ou 4 meses) com fluxo intenso. Tem sobrepeso e hirsutismo. Foi orientada mudança no estilo de vida, após perda de 5% do peso inicial, os ciclos menstruais regularam, mas o hirsutismo manteve-se moderado. Foi fechado diagnóstico de síndrome dos ovários policísticos, após exclusão de outras causas de hiperandrogenismo. Visando o tratamento do hirsutismo a conduta adequada com a respectiva justificativa é:
- a** indicar anticoncepcional oral combinado, pois age inibindo a secreção de androgênios ovarianos e aumenta a síntese hepática de SHBG, reduzindo as concentrações circulantes da testosterona livre.
 - b** indicar ciproterona, pois é um progestágeno que degenera os receptores de androgênio.
 - c** Indicar espironolactona, pois diminui a produção dos androgênios no ovário e na suprarrenal, além de aumentar a ação da 5-alfa-redutase.
 - d** indicar finasterida, pois vai agir estimulando a 5-alfa-redutase, impedindo a conversão da testosterona na forma ativa.
 - e** indicar furosemida, pois é um diurético com efeito cosmético e anti-androgênico.
- 66.** Paciente de 56 anos de idade, vem a consulta com laudo de mamografia evidenciando microcalcificações pleomórficas localizadas em quadrante superolateral de mama esquerda. A melhor conduta para obter amostra para avaliação histopatológica é:
- a** biópsia por agulha grossa guiada pelo exame físico.
 - b** mamotomia guiada por ultrassonografia.
 - c** biópsia por agulha grossa guiada por mamografia.
 - d** mamotomia guiada por mamografia.
 - e** biópsia por agulha grossa guiada por ultrassonografia.

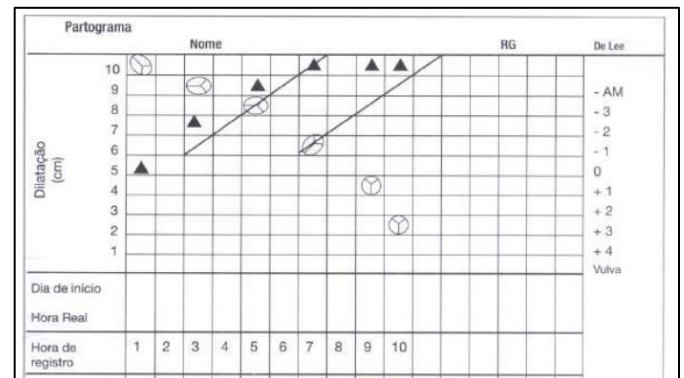
67. Paciente de 27 anos de idade, G2P0A1, 35 semanas e 5 dias de gestação, foi trazida por familiares ao pronto atendimento desacordada, com história de crise convulsiva em casa. Ao exame: pressão arterial de 160 x 110 mmHg, altura uterina de 31 cm, dinâmica uterina ausente e colo impérvio. Os familiares negam história de epilepsia e na carteira de pré-natal há registro de aumento de níveis pressóricos a partir de 27 semanas de gravidez, quando foi indicado uso de alfametildopa. A cardiotocografia 130 batimentos por minuto em linha de base, ausência de desacelerações, presença de acelerações transitórias e variabilidade moderada. Diante desse quadro, a conduta correta é:

- a) administração de hidralazina, sulfato de magnésio e resolução da gestação após estabilização do quadro.
- b) administração de sulfato de magnésio e corticoterapia.
- c) cesariana imediata.
- d) prescrição de hidralazina, indução do parto e administração de sulfato de magnésio no puerpério imediato.
- e) acompanhamento da vitalidade fetal até 37 semanas de gestação

68. Paciente de 26 anos de idade, G2P1A0, sem comorbidades, está hoje com 12 semanas de gestação. Vem a consulta com exames do primeiro trimestre (realizados com 8 semanas de gestação) solicitados por outro profissional: Toxoplasmose IgM e IgG reagentes. Teste de avidez IgG para toxoplasmose com avidez fraca. Nas anotações da caderneta de pré-natal da primeira gestação, os exames para toxoplasmose IgM e IgG eram negativos. A conduta neste caso é:

- a) prescrever Pirimetamina.
- b) solicitar novo exame de avidez IgG para toxoplasmose.
- c) prescrever espiramicina.
- d) orientar a paciente que a doença ocorreu antes da gestação e que deve seguir pré-natal de risco habitual.
- e) indicar aborto terapêutico.

69. Uma paciente de 31 anos de idade, G2P0A1, no decorrer de 40 semanas de gestação, encontra-se em fase ativa do trabalho de parto. O desenvolvimento do trabalho de parto está caracterizado no partograma abaixo. O diagnóstico do partograma abaixo é:



- a) parada secundária da descida, que foi diagnosticada por dois toques sucessivos, com intervalo de 1 hora ou mais, após atingir dilatação do colo uterino completa
- b) período pélvico prolongado manifesta-se no partograma com a descida progressiva da apresentação, mas excessivamente lenta. Nota-se dilatação completa do colo uterino e demora na descida e expulsão do feto.
- c) parada secundária da dilatação, que foi diagnosticada por dois toques sucessivos após a sétima hora de trabalho de parto.
- d) parto taquitócico, que foi diagnosticado após a rápida evolução do trabalho de parto ao atingir a linha de ação.
- e) fase ativa prolongada, resultante da abertura do partograma em variedade de posição Occipício Direita Posterior (ODP).

70. Durante o período expulsivo do trabalho de parto de uma paciente com diagnóstico de diabetes gestacional, o plantonista foi chamado para avaliar uma paciente que após a saída da cabeça fetal, foi observada a retração da cabeça fetal contra o períneo materno durante contrações e ruborização da face fetal, sem a saída do ovóide córmico. Diante dessa situação, a descrição da manobra adequada para resolução do parto é:

- a) realizar a pressão supra-púbica (manobra de Rubin I) feita pelo auxiliar, no intuito de aduzir o ombro posterior do feto.
- b) a retirada do ombro posterior (manobra de Jacquemier) não pode ser realizada com a parturiente em Gaskin.
- c) manobra de Ritgen, que visa aumentar o diâmetro anteroposterior da pelve óssea.
- d) manobra de Jacobs-Dublin, que visa fazer movimento rotacional de 180 graus, locando o ombro posterior abaixo do púbis.
- e) manobra de McRoberts, que pode ser realizada com o aumento do agachamento (na parturiente em posição vertical).

- 71.** Multípara, 35 anos de idade, com 5 partos normais anteriores, 31 semanas de gestação. Relata que apresentou vários episódios de pequeno sangramento vaginal vermelho vivo desde o sexto mês de gestação. Exame físico: hipocorada 1+/4, PA= 90/60 mmHg, pulso =71 ppm, tônus uterino normal, dinâmica uterina ausente, contorno uterino normal, batimentos cardíacos fetais=145 bpm, presença de sangramento uterino ativo em pequena quantidade, colo grosso, posterior impérvio. Considerando o quadro clínico, a principal hipótese diagnóstica e sua respectiva conduta mais adequada são:
- a** trata-se de descolamento prematuro de placenta, devendo-se realizar ultrassonografia obstétrica para confirmar diagnóstico.
 - b** trata-se de rotura uterina, devendo-se realizar laparotomia exploradora interrupção da gravidez imediatamente.
 - c** trata-se de placenta de inserção baixa (placenta previa), devendo-se solicitar ultrassonografia, fazer controle de anemia materna e de vitalidade fetal.
 - d** trata-se de trabalho de parto prematuro, devendo-se iniciar tocolítico para retardar o nascimento.
 - e** trata-se de placenta prévia acompanhada de instabilidade hemodinâmica materna, devendo-se realizar cesariana imediatamente.
- 72.** Primípara, 24 anos de idade, quarto dia de pós-parto vaginal, queixando-se de febre e dor pélvica há 24 horas. Ao exame físico: PA= 110/70 mmHg, febril (temperatura axilar= 39 °C); abdome plano, normotenso e indolor; conteúdo vaginal com odor fétido; útero doloroso a mobilização e colo pérvio para 1 cm. Considerando o diagnóstico mais provável, a principal complicação e a conduta mais correta dentre as opções abaixo são:
- a** sepse e iniciar antibioticoterapia de amplo espectro imediatamente.
 - b** hemorragia uterina e introdução de balão intra-uterino.
 - c** hemorragia uterina e introdução de misoprostol retal.
 - d** sepse e realizar histerectomia puerperal.
 - e** mastite e ordenha de ambas as mamas.
- 73.** Primigesta, 21 anos de idade, 28 semanas de gestação, passou a apresentar hipertensão arterial desde a 26^o semana de gravidez, em uso de metildopa e nifedipina há 1 semana, comparece a urgência e emergência obstétrica, referindo cefaléia e visão turva. Nega hipertensão arterial antes da gestação. Exame físico: pressão arterial= 170/ 110 mmHg. dinâmica uterina ausente, tônus uterino normal, Batimentos cardíacos fetais= 95 bpm, colo uterino impérvio. Os exames laboratoriais mostram plaquetopenia, transaminases três vezes maior que o valor normal e elevação de bilirrubinas. A ultrassonografia obstétrica mostra Índice de Líquido Amniótico (ILA)= 6 cm. Considerando o caso descrito pode-se obter as seguintes impressões diagnósticas:
- a** hipertensão arterial crônica, migrânea e sofrimento fetal.
 - b** pré-eclâmpsia, normohidrânio e síndrome HELLP.
 - c** pré-eclâmpsia, hepatite medicamentosa e normohidrânio.
 - d** iminência de eclâmpsia, sofrimento fetal e síndrome HELLP.
 - e** iminência de eclâmpsia, bem estar fetal e oligoânio.
- 74.** Secundigesta, 28 semanas de idade gestacional, queixa-se de dor lombar há 2 dias, associada à febre e polaciúria. Refere ainda calafrios, náuseas e vômitos há 24 horas. Ao exame físico: temperatura axilar = 38,2°C, dinâmica uterina ausente; Tônus uterino normal, BCF = 146 batimentos por minuto; toque vaginal: colo fechado, grosso e posterior; sinal de Giordano positivo a bilateralmente. A principal hipótese diagnóstica e conduta para este caso são:
- a** pielonefrite e prescrever nitrofurantoína via oral ambulatorialmente.
 - b** nefrolitíase e preparar paciente para litotripsia.
 - c** pielonefrite e internar com prescrição de ceftriaxona endovenosa.
 - d** trabalho de parto prematuro e prescrever uterolítico.
 - e** nefrolitíase e solicitar ultrassonografia de vias urinárias, não sendo necessário uso de antibiótico.

75. Mulher de 22 anos comparece ao serviço de urgência e emergência obstétrica referindo sangramento vaginal há 7 dias, dor pélvica há 3 dias e febre há 2 dias. Relata que há duas semanas submeteu-se a um aborto em clínica clandestina. Exame físico: pressão arterial igual a 90/60 mmHg, temperatura axilar de 38,2°C, sangramento uterino vermelho vivo de pequena intensidade entremeado à secreção amarela com odor; colo uterino pérvio para 1 cm; útero intra-pélvico de pequeno volume, doloroso a mobilização. Ultrassonografia transvaginal mostra ecos amorfos intra-uterinos e ausência de feto ou embrião. O diagnóstico e a respectiva conduta são:

- a) abortamento completo e conduta conservadora com orientação e retorno ao domicílio.
- b) abortamento completo e antibioticoterapia de amplo espectro.
- c) aborto incompleto infectado, antibioticoterapia e esvaziamento uterino.
- d) abortamento retido e esvaziamento uterino com aspiração manual intra-uterina.
- e) abortamento incompleto e esvaziamento uterino com aspiração manual intra-uterina.

76. Menina de 12 anos de idade, refere dismenorreia intensa e sangramento vaginal intenso na menarca, necessitando procurar unidade de pronto-atendimento.

Nega: coitarca, uso de medicamentos e traumas.

Exame físico: hipocorada 3+/4, PA= 80/50 mmHg, pulso= 106 pulsações por minuto; ausência de lesões em órgãos genitais externos.

Exames complementares: Beta-HCG negativo (gonadotrofina coriônica humana), hemoglobina= 6.2 g/dl, plaquetas= 250 000 / mm³. Ultrassonografia pélvica sem outras alterações. O diagnóstico mais provável é:

- a) neoplasia de endométrio.
- b) coagulopatia.
- c) miomatose uterina.
- d) pólio endometrial.
- e) adenomiose.

77. Mulher de 23 anos relatando que há 10 dias surgiram vesículas vulvares agrupadas que evoluíram para lesões ulceradas dolorosas e que tais lesões evoluíram com regressão espontânea e sem deixar cicatrizes. Afirma que já teve esse mesmo quadro pelo menos 3 vezes desde a coitarca aos 19 anos. Exame físico: órgãos genitais externos, exame especular e toque vaginal sem alterações; ausência de linfonodomegalias inguinais. Considerando o quadro descrito, a principal hipótese diagnóstica é:

- a) foliculite genital.
- b) prurido.
- c) dermatite de contato.
- d) impetigo.
- e) herpes genital.

78. Mulher de 53 anos, assintomática no momento e em uso de Terapia de Reposição Hormonal (TRH), pois anteriormente apresentava fogachos. Comparece ao consultório solicitando esclarecimento sobre sua mamografia, cujo resultado foi BI RADS = 2 (Sistema de dados e relatórios de imagens de mama do American College of Radiology) devido a microcalcificações esparsas. O esclarecimento correto a se fazer, neste caso, é:

- a) a mamografia está normal, portanto pode continuar usando terapia de reposição hormonal.
- b) foi visibilizada uma lesão benigna, portanto pode continuar usando terapia de reposição hormonal.
- c) o exame mostra uma suspeita de malignidade, portanto deve descontinuar o uso de terapia de reposição hormonal.
- d) o exame mostra uma lesão provavelmente benigna, porém deve descontinuar o uso de terapia de reposição hormonal.
- e) o exame foi inconclusivo, necessitando de avaliação adicional e devendo descontinuar o uso de terapia de reposição hormonal.

79. Mulher de 20 anos queixa-se de prurido vaginal intenso e corrimento amarelo-esverdeado bolhoso. Ao exame especular observa-se: colo uterino com pequenas manchas avermelhadas ("colo em morango") e conteúdo vaginal esverdeado, bolhoso e abundante. Ao teste de Schiller colo apresenta aspecto "oncóide" (várias áreas arredondadas iodonegativas). Dentre as opções abaixo o diagnóstico mais provável é:

- a) tricomoníase vaginal.
- b) candidíase vaginal.
- c) vaginose.
- d) doença inflamatória pélvica.
- e) cervicite por clamídia.

80. Mulher de 37 anos de idade, múltípara, queixa-se de dor pélvica tipo peso com a mesma intensidade há 3 anos, acíclica, com piora após o coito. Nega febre, alterações no fluxo menstrual, sintomas urinários e gastro-intestinais. Toque bimanual: útero indolor a mobilização, com volume, contorno, superfície e mobilidade normais. Especular: colo e vagina sem lesões, conteúdo vaginal fisiológico, muco cervical cristalino. O diagnóstico mais provável, neste caso, é:

- a) endometriose.
- b) varizes pélvicas.
- c) síndrome da bexiga dolorosa.
- d) doença inflamatória pélvica.
- e) síndrome do cólon irritável.

81. Quanto ao aleitamento materno, é correto afirmar que:

- a) em infecções graves e invasivas, tais como meningite, osteomielite, artrite séptica, septicemia ou bacteremia causadas por alguns organismos como *Brucella*, *Streptococcus* do Grupo B, *Staphylococcus aureus*, *Haemophilus influenza* tipo B, *Streptococcus pneumoniae* ou *Neisseria meningitidis*, a interrupção temporária da amamentação se faz necessária por um período variável de 24 a 96 horas após o início da terapia antimicrobiana.
- b) mastite e abscesso mamário são consideradas infecções invasivas e contraindicam a amamentação.
- c) o *M. leprae* pode ser isolado no leite de mulheres com a forma virchowiana não tratada ou com tratamento com sulfona por menos de 3 meses, sendo sempre contraindicado o aleitamento de mães portadoras de hanseníase.
- d) a doença de chagas não contra indica o aleitamento materno, independente da fase de doença.
- e) em mães soropositivas para HIV, a amamentação cruzada pode ser uma alternativa .

82. Sobre o teste do coraçãozinho para diagnóstico de cardiopatia congênita, é correto afirmar que:

- I. As medidas de oximetria devem ser realizadas em dois sítios: na mão direita (medida pré-ductal) e em um dos membros inferiores (medida pós-ductal).
- II. SpO₂ maior ou igual a 95% e a diferença entre as medidas no membro superior direito e o membro inferior deve ser menor ou igual a 3%. Nessa situação, a probabilidade de cardiopatia congênita crítica é nula e o RN deve seguir os cuidados habituais da maternidade.
- III. SpO₂ menor ou igual a 89% no membro superior direito ou no membro inferior. Nessa situação, o RN deverá ser reavaliado de forma minuciosa pelo médico pediatra/neonatalogista e a avaliação cardiológica e ecocardiográfica deverá também ser realizada para confirmação diagnóstica. É importante ressaltar que este RN não deveria receber alta hospitalar antes que seja realizada esta avaliação cardiológica.
- IV. SpO₂ entre 90% e 94% ou uma diferença entre as medidas do membro superior direito e o membro inferior maior ou igual a 4%. Nesta situação, o teste deve ser realizado novamente após uma hora por até duas vezes. Caso as medidas de oximetria se mantenham nestes valores mesmo após a terceira avaliação, o teste será considerado positivo e o RN deverá ser submetido à avaliação cardiológica/ecocardiográfica. A realização do reteste nesta situação mostrou-se importante por reduzir consideravelmente o número de falsos positivo com o teste.

A alternativa que contém todas as afirmativas corretas é:

- a) II e IV
- b) I e III
- c) I e IV
- d) I, III e IV
- e) I, II e III

Leia o texto abaixo para responder a questão 83.

Pré-escolar com 4 anos de idade, apresentou tosse rouca, seguida de dor abdominal, vômito e rush cutâneo, após a ingestão de bolo de chocolate. Mãe nega quadro semelhante prévio. Relata ainda um episódio de síncope durante deslocamento para a urgência pediátrica. Ao exame, agitado, pletórico, desconforto respiratório leve/moderado, tosse rouca em acesso.

Of: hiperemia lábios

Ap: mv rude, sibilos esparsos; SO_2 : 94%, FR: 20 ipm

Ac: bcnf rcr 2t

FC: 148 bpm; PA: 75x40 mmHg; pcp: 1 seg; pulsos amplos

Abd: difusamente dolor; DB negativo

SNC: ECG 15; agitado;

83. O tipo de choque descrito no paciente acima pode ser classificado como:

- a** Distributivo
- b** Obstrutivo
- c** Hipovolêmico
- d** Neurogênico
- e** Cardiogênico

84. Quanto aos hemangiomas na infância, assinale a alternativa correta.

- a** Hemangiomas infantis (ou da infância, HI) são os tumores vasculares benignos mais comuns na faixa etária pediátrica.
- b** Quanto a profundidade, os hemangiomas da infância são sempre profundos, sendo por isso, mais graves.
- c** As mal formações geralmente estão presentes ao nascimento, não têm período de crescimento rápido, nem tendência à regressão espontânea, sendo excluídas do diagnóstico diferencial dos hemangiomas na infância.
- d** O tratamento dos hemangiomas na infância é eminentemente cirúrgico.
- e** Corticoides sistêmicos são a primeira linha de tratamento para os hemangiomas na infância.

85. Sobre os cuidados com o recém-nascido, analise as afirmativas abaixo.

- I. Devido às suas propriedades protetoras, o vernix não deve ser removido nas primeiras horas de vida, exceto quando houver risco de transmissão de doenças maternas, devendo ser postergado pelo menos para após 6 horas de vida.
- II. O banho precoce deve ser desencorajado, pois interrompe desnecessariamente a amamentação e o contato pele a pele da mãe com o RN, além de aumentar o risco de hipotermia e desconforto respiratório.
- III. No entanto, para crianças nascidas de mães soropositivas para o HIV, o primeiro banho deve ser realizado o mais precocemente possível, na tentativa de reduzir o risco de transmissão da doença.
- IV. Em relação à icterícia neonatal, o banho de sol é indicado como medida terapêutica.
- V. A limpeza suave da região das fraldas com água e algodão geralmente é suficiente. Na presença de fezes, um sabonete líquido infantil facilita a higiene adequada.

A alternativa que contém todas as afirmativas corretas é:

- a** I, III e V
- b** II e IV
- c** I, II, III e V
- d** I, III, IV e V
- e** I, II, III, IV e V

86. Quanto a ingestão de corpo estranho na urgência pediátrica, é correto afirmar que:

- I. Os principais corpos estranhos ingeridos, segundo várias publicações, são as moedas, seguido por baterias, objetos perfurocortantes e ímãs.
- II. Esofagites cáusticas, estenoses e perfurações esofágicas, mediastinites, fístulas traque esofágicas, fístulas para grandes vasos e óbito são algumas das complicações se as baterias ingeridas não forem removidas em até seis horas após sua ingestão.
- III. Os objetos pontiagudos são responsáveis por 10%-13% dos casos de ingestão de corpos estranhos e incluem palitos, ossos, vidros, alfinetes, agulhas etc. Sua importância está no alto risco de complicação por perfuração, migração extra luminal, abscesso, peritonite, formação de fístula, apendicite, penetração em órgãos como fígado, vesícula, coração e pulmões, hérnia umbilical encarcerada, ruptura de artéria carótida, fístula aorta esofágica e morte.
- IV. Em crianças menores ou caso a ingestão não tenha sido presenciada, alguns sinais e sintomas podem sugerir o diagnóstico, como por exemplo uma criança que estava bem e subitamente passou a apresentar disfagia, odinofagia, sialorreia, recusa alimentar, vômitos, saliva com sangue, hematêmese, dor retroesternal, torácica ou abdominal.
- V. Radiografias simples cervicais, torácicas e abdominais em AP e perfil permitem visualização de CE radiopacos em todo o trato digestório e podem demonstrar sinais de perfuração ou mediastinite, sendo de extrema importância para se diferenciar ingestão de moedas ou de bateria.

A alternativa que contém todas as afirmativas corretas é:

- a** I, III e V
- b** II e IV
- c** I, II, III e V
- d** I, III, IV e V
- e** I, II, III, IV e V

87. Sobre as cólicas do lactente é correto afirmar que:

- a** é conceituada por duas ou mais regurgitações por dia durante três ou mais semanas associada a ausência de náuseas, hematêmese, aspiração, apneia, déficit de crescimento ("failure to thrive"), dificuldades na alimentação ou dificuldade para a deglutição, postura anormal.
- b** é necessário idade inferior a 5 meses no início dos sintomas além de períodos prolongados e recorrentes de choro, desconforto ou irritabilidade, sem uma causa evidente, associado a ganho de peso normal e ausência de febre ou outras doenças.
- c** é considerado nos casos de pelo menos dois dos seguintes passos por pelo menos um mês: 1. Duas ou menos evacuações por semana 2. Histórico de comportamento de retenção 3. Evacuações com dor ou dificuldade 4. Presença de grande quantidade de fezes no reto 5. Eliminação de fezes muito grossas.
- d** é a incoordenação entre a contração da musculatura abdominal e o relaxamento do assoalho pélvico antes da ocorrência da evacuação, sendo necessário pelo menos 10 minutos de esforço ou choro antes da eliminação com ou sem sucesso de fezes, na ausência de outros problemas de saúde.
- e** são contrações repetitivas dos músculos abdominais, diafragma e língua associado a regurgitação sem esforço do conteúdo gástrico, que é expulso da boca ou mastigado e engolido novamente.

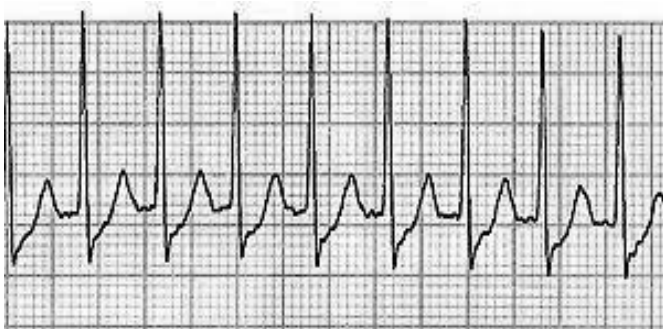
88. Sobre a trombose na população pediátrica, analise as afirmativas abaixo.

- I. Tromboses arteriais são ainda mais raras na população pediátrica e na sua grande maioria relacionadas a cateterização.
- II. O pico de risco ocorre em menores de 1 ano de idade e durante a adolescência.
- III. Neonatos possuem um sistema hemostático ainda em desenvolvimento e são por isso, menos propensos a eventos trombóticos, não havendo risco em sua cateterização.
- IV. Trombose de veia renal é a trombose venosa não relacionada a cateter mais comum no primeiro mês de vida, apresentando-se com hematúria, proteinúria, trombocitopenia e perda de função do rim envolvido.
- V. A trombose de veia porta está associada à cateterização umbilical e pode levar a distensão abdominal, trombocitopenia e aumento de transaminases. A resolução espontânea ocorre em mais de 50% dos casos.

A alternativa que contém todas as afirmativas corretas é:

- a) I, III e V
- b) II e IV
- c) I, II, III e V
- d) I, III, IV e V
- e) I, II, IV e V

89. Lactente de 8 meses de idade é trazido a urgência pediátrica por estar irresponsivo, cianótico e com respiração agônica. Pulsos centrais não são palpáveis. ECG evidencia o traçado abaixo:



Após análise do caso acima, o provável diagnóstico é:

- a) taquicardia supraventricular.
- b) assistolia.
- c) atividade elétrica sem pulso.
- d) fibrilação ventricular.
- e) bloqueio de ramo.

Leia o texto abaixo para responder à questão 90

Lactente de 6 meses de idade, chega a urgência pediátrica com relato de palidez, letargia e extremidades frias. Mãe refere tosse produtiva há 3 dias, acompanhada de febre. Refere ser o primeiro episódio com quadro clínico assim. Ao exame: Letárgico, pálido, extremidades frias.
OF: ndn
Ap: mv+, sibilos difusos a expiração; SO₂: 90% em ar ambiente
FR: 65 ipm, com batimento de asa de nariz e tiragem intercostal
Ac: bcnf, rcr 2t, ss
FC: 148 bpm
PA: 90x40 mmHg PCP: 2 segundos

90. Ante o quadro clínico descrito, o provável diagnóstico é:

- a) crupe
- b) pneumonia
- c) asma
- d) bronquiolite
- e) alteração do controle da respiração

91. Pré-escolar do sexo feminino, 4 anos, contactante domiciliar do pai com tuberculose pulmonar confirmada há 2 semanas, comparece com a mãe à consulta pediátrica na UBS para avaliação. Após anamnese detalhada e exame físico completo, o pediatra constata a ausência de sinais/sintomas de doença ativa. Diante do quadro exposto, o pediatra deverá:

- a) esclarecer à mãe que a criança está bem, sem sinais/sintomas de tuberculose, liberando a mesma e orientando à mãe que retorne em caso de início de quadro respiratório e/ou febre e/ou perda de peso.
- b) solicitar exames radiológicos e laboratoriais (incluindo bacterioscopia no escarro) que descartem doença ativa. Caso estejam normais, dar alta da criança e encerrar o caso.
- c) solicitar RX de tórax para excluir doença ativa, prova tuberculínica (PT) ou o ensaio de liberação do Interferon Gama (IGRA). Tendo sido excluída TB ativa e, caso a PT seja maior ou igual a 5mm ou IGRA seja positivo, deverá iniciar tratamento de infecção latente pelo M. tuberculosis.
- d) no caso exposto, não cabe solicitar a realização de prova tuberculínica devido à interferência da vacina BCG no resultado. Deve-se solicitar RX de tórax e escarro e encerrar o caso se estes forem normais.
- e) em crianças menores de 10 anos, a rifampicina é a opção terapêutica de escolha para o tratamento da infecção latente pelo M. tuberculosis; a medicação deve ser feita num esquema de 9 meses ou 270 doses, sendo mais relevante o tempo de tratamento do que o número de doses.

Leia o caso clínico, abaixo, para responder as questões 92 e 93.

Escolar de 8 anos, sexo masculino, previamente hígido, deu entrada na Unidade de Pronto-atendimento acompanhado do tio relatando que há 6 dias vem apresentando piora progressiva do estado geral, febre persistente ($>38,5^{\circ}\text{C}$), conjuntivite não purulenta, "rash" cutâneo, dor abdominal, náuseas e vômitos. Relata que toda a família, inclusive ele, teve sintomas respiratórios há mais ou menos 4 semanas, confirmando COVID-19 em todos. Na ocasião, o menor teve apenas sintomas gripais leves, sem complicações. Quando perguntado ao tio sobre esquema vacinal, não soube informar sobre o calendário básico, mas referiu ter recebido há 1 mês 1 dose da vacina contra o SARS CoV 2.

92. A respeito deste caso, é correto afirmar que:

- a) trata-se de uma doença exantemática, provavelmente benigna, sendo a conduta mais adequada a administração de medicações sintomáticas, com posterior alta, mas orientando retorno em caso de piora clínica.
- b) a síndrome inflamatória multissistêmica pediátrica é pouco provável já que o paciente era previamente hígido e recebera 1 dose de vacina contra o SARS CoV 2.
- c) deve-se solicitar exame que comprove a infecção prévia pelo SARS CoV 2, sendo, nesta situação, o teste antigênico a melhor opção. Caso este seja positivo, a Síndrome Inflamatória Multissistêmica Pediátrica passa a ser o diagnóstico mais provável.
- d) a ausência de febre alta persistente não exclui o diagnóstico de Síndrome Inflamatória Multissistêmica Pediátrica, já que não faz parte dos critérios diagnósticos da doença.
- e) os achados clínicos descritos, aliados à comprovação laboratorial da infecção prévia pelo SARS COV 2 falam a favor do diagnóstico de Síndrome Inflamatória Multissistêmica Pediátrica, devendo o paciente passar por cuidadosa triagem de disfunções orgânicas.

93. Ainda sobre o paciente da questão anterior, durante a permanência no pronto-atendimento ele evoluiu com deterioração progressiva do quadro, apresentando sonolência, sudorese fria, redução do volume de diurese, pulsos centrais e periféricos progressivamente mais finos, tempo de enchimento capilar de 5 segundos, pressão arterial de $82 \times 45 \text{ mmHg}$, frequência cardíaca de 140bpm, além de piora do padrão respiratório com frequência respiratória de 40ipm e presença de tiragens intercostais, subcostais e retração de fúrcula esternal. Não houve melhora hemodinâmica após máscara não reinalante de O_2 e reposição volêmica com 20 ml/kg de solução cristalóide, passando a apresentar após esta, estertores bolhosos difusos bilateralmente, piora da taquidispneia, $\text{SO}_2: 86\%$, além de aumento do volume do fígado anteriormente não palpável no exame físico. Sobre o quadro descrito é possível afirmar, **EXCETO**:

- a) trata-se de provável quadro de choque cardiogênico, hipotensivo, cabendo imediata intubação orotraqueal, suporte de ventilação mecânica invasiva, medidas anti-congestivas e administração de aminas vasoativas.
- b) exames como ECG, ecocardiograma, proBNP, troponina, CPK e CK-MB são importantes neste caso para avaliar disfunção miocárdica.
- c) trata-se de provável quadro de choque cardiogênico, com paciente normotenso, sendo necessária intubação orotraqueal imediata, ventilação mecânica invasiva, medidas anti-congestivas e posteriormente avaliação da necessidade de droga vasoativa.
- d) Síndromes de Kawasaki, do choque tóxico e de ativação macrofágica são importantes diagnósticos diferenciais para os casos de síndrome inflamatória multissistêmica pediátrica.
- e) milrinone e dobutamina são aminas vasoativas muito usadas nos quadros de choque cardiogênico.

94. Lactente do sexo feminino, 5m15dias, nascida a termo (IG = 38 semanas), sem complicações no período perinatal, PN=3300g, Apgar 9/9, hígida, em aleitamento materno exclusivo é trazida à consulta pediátrica a fim de serem esclarecidos sobre como se dará a transição alimentar. Sobre a alimentação complementar aos 6 meses, analise as afirmativas abaixo.

- I. Deverá ser mantida em aleitamento materno complementado e iniciar as frutas (amassadas ou raspadas), bem como a primeira papa principal de misturas múltiplas (almoço ou jantar) e oferta de água potável no intervalo das refeições.
- II. Sal e açúcar de adição deverão ser evitados no 1º ano de vida.
- III. Em caso de pouca aceitação pelo bebê, os alimentos poderão ser peneirados ou liquidificados a fim de garantir bom ganho ponderal.
- IV. Sucos devem ser estimulados, pois são fontes de calorias e promovem a hidratação adequada do bebê.
- V. Ao completar os 6 meses de vida, além de iniciar a alimentação complementar, a lactente deverá iniciar suplementação de ferro na dose de 1mg/kg/dia de ferro elementar, mantendo até o 24º mês de vida.

A alternativa que contém todas as afirmativas corretas é:

- a I, II e V
- b I, II e IV
- c I, II e III
- d II, III e IV
- e II, III e V

95. Pré-escolar do sexo feminino comparece à Unidade de Pronto Atendimento acompanhada da avó que refere que há 12 dias a menor vem apresentando fezes líquido-pastosas, por volta de 6 episódios por dia, com sangue em pequena quantidade e muco, além de episódios eventuais de vômitos e febre que iniciou há dois dias, de até 38,5°C. Não aceita bem a dieta e tem baixa ingestão de líquidos, pois sente náuseas. Avó relata que estava oferecendo apenas medicações sintomáticas para a criança. Última diurese há mais ou menos 6h, em pequena quantidade. Ao exame físico, paciente se mostra agitada e irritada, tem os olhos encovados, boca seca, chora sem lágrimas, está febril (38,3°C) e taquicárdica. Sobre este caso é correto afirmar que:

- a trata-se de um quadro de diarreia persistente pois já se arrasta por mais de 10 dias, com disenteria e desidratação leve.
- b trata-se de uma diarreia crônica, com desidratação moderada, cujos principais agentes etiológicos são vírus, bactérias e protozoários.
- c estamos diante de uma diarreia aguda com disenteria, sem desidratação, devendo-se iniciar antibiótico, anti-emético, antiperistáltico, antitérmico e recomendar uso de terapia de reidratação oral no domicílio.
- d a paciente tem uma diarreia persistente, com desidratação grave e disenteria, necessitando de internação hospitalar e imediata terapia de reidratação endovenosa, além de antibioticoterapia de amplo espectro, pois trata-se provavelmente de infecção por bactéria enteroinvasiva.
- e pode-se classificar como quadro de diarreia aguda, com disenteria e desidratação moderada, indicando-se reposição supervisionada na unidade de saúde de sais de reidratação por via oral, em 3 a 4 horas ou, em caso de vômitos frequentes, por sonda nasogástrica, em 4 a 6h. Há necessidade de iniciar antibiótico, pois paciente com sangue nas fezes e sinais de toxemia.

96. Pré-escolar do sexo masculino, 4 anos, portador de hidrocefalia congênita, em pós-operatório tardio de neurocirurgia para colocação de válvula de derivação ventrículo-peritoneal (DVP) aos 2 meses de vida, sem outras comorbidades, é trazido ao pronto-socorro pelos pais pois há 3 dias vem apresentando febre alta (até 40°C), irritabilidade, vômitos eventuais e hiperemia no trajeto da válvula. Ao exame físico, discreta macrocrania, mal estado geral, choroso, febril (39°C), taquipneico (FR: 50ipm), mucosas pouco hidratadas, taquicárdico (FC: 150bpm). Pupilas médias e isofotorreagentes. ECG: 13. Ausculta pulmonar e cardíaca sem alterações. PA: 93x45mmHg. Tempo de enchimento capilar de 3". Abdomen flácido, com ruídos hidroaéreos e evacuações presentes, mas com dor à palpação no trajeto da DVP que se encontra hiperemiado. Sobre este caso julgue as afirmativas abaixo em Verdadeiras e Falsas.

- () Provável choque hipovolêmico devido aos vômitos e febre, sendo prioritário iniciar reposição volêmica imediata.
- () Deve-se priorizar nos primeiros 15' monitorização hemodinâmica do paciente, fornecer oxigênio garantindo $SO_2 > 94\%$ e obter imediatamente acesso endovenoso ou intraósseo a fim de iniciar reposição de fluidos.
- () Deve ser prontamente coletado o kit sepse pediátrico que inclui gasometria e lactato arteriais, hemograma completo, culturas (hemoculturas e de outros sítios suspeitos), creatinina, bilirrubinas, coagulograma e outros exames a critério médico que ratifiquem o diagnóstico de sepse e demonstrem disfunções orgânicas.
- () Trata-se de um quadro de sepse, cujo foco mais provável é sistema nervoso central, devendo-se proceder imediata coleta de LCR e iniciar antibiótico quando do resultado definitivo da cultura de LCR, sangue e outras que tenham sido coletadas.
- () Dever-se-á administrar 1ª dose de antibioticoterapia empírica na 1ª hora, visando cobertura de infecção de SNC, pois se trata provavelmente de quadro de sepse secundário à infecção da DVP.
- () Neste caso, é dispensável a ressuscitação com fluidos pois a criança está normotensa e com bom nível de consciência.

A sequência correta de cima para baixo é:

- a** F – V – F – V – V – V
- b** V – F – V – F – F – V
- c** F – F – V – V – F – F
- d** F – V – V – F – V – F
- e** V – F – F – F – V – V

97. Pré-escolar de 4 anos, sexo masculino, foi admitido na enfermaria de pediatria, procedente do domicílio, pois fora diagnosticado com pneumonia lobar e derrame pleural à direita, em RXTX que realizou após consulta na UBS. Iniciou, então, penicilina cristalina em dose apropriada e foi submetido à drenagem torácica, com saída de aproximadamente 200ml de líquido pleural. Contudo, já no 4º dia de internação e antibiótico, persiste com febre baixa diária, embora com melhora importante do estado geral. Chega resultado de hemocultura com *S. pneumoniae*. A conduta mais indicada neste caso é:

- a** encaminhar para TC de tórax de controle e substituir por antibiótico de espectro mais amplo para cobrir germe hospitalar.
- b** encaminhar para TC de tórax, avaliar troca do dreno torácico e associar ceftriaxona ao esquema atual.
- c** substituir a penicilina por uma cefalosporina de 3ª geração com cobertura para *Pseudomonas*.
- d** manter a penicilina cristalina pois crianças com derrame pleural podem ter febre por período mais prolongado.
- e** associar vancomicina para sinergismo com a penicilina.

98. Lactente de 11 meses, sexo feminino, trazida para consulta de puericultura pela mãe que relata que a criança está bem de saúde, mas está preocupada porque não sabe quais marcos do desenvolvimento a filha já deveria ter atingido com esta idade. Todos os marcos abaixo devem estar presentes nesta faixa etária, **EXCETO**:

- a** consegue dar alguns passos com apoio.
- b** produz jargão.
- c** usar colher ou garfo para comer, derramando pouco fora da boca.
- d** consegue fazer movimento de pinça para pegar pequenos objetos.
- e** imita gestos como bater palmas ou dar "tchau".

99. Os agentes bacterianos mais frequentemente implicados na etiologia das otites médias agudas na infância são:

- a** Streptococcus pneumoniae, Haemophilus influenzae não tipável e a Moraxella catarrhalis.
- b** Streptococcus pyogenes do grupo A, Haemophilus influenzae tipo B e a Moraxella catarrhalis.
- c** Streptococcus pneumoniae, Haemophilus influenzae tipo B e o Mycoplasma pneumoniae.
- d** Streptococcus pneumoniae, Haemophilus influenzae tipo B e a Moraxella catarrhalis.
- e** Streptococcus pyogenes do grupo A, Haemophilus influenzae não tipável e o Mycoplasma pneumoniae.

100. Escolar do sexo feminino, 7 anos, retorna com exames à UBS que haviam sido solicitados devido a quadro de dores abdominais recorrentes, náuseas, vômitos eventuais e episódios esporádicos de diarreia. Parasitológico das fezes evidenciou infecção por S. stercoralis. Diante do diagnóstico, são opções terapêuticas, **EXCETO**:

- a** Tiabendazol
- b** Mebendazol
- c** Albendazol
- d** Cambendazol
- e** Ivermectina



UNIVERSIDADE DO ESTADO DO PARÁ
PROCESSO SELETIVO UNIFICADO PARA RESIDÊNCIA MÉDICA 2023

Grupo A: ACESSO DIRETO

Especialidades: Anestesiologia, Cirurgia Cardiovascular, Cirurgia Geral, Clínica Médica, Dermatologia, Ginecologia e Obstetrícia, Infectologia, Medicina da Família e Comunidade, Medicina de Emergência, Medicina Intensiva, Neurocirurgia, Neurologia, Ortopedia e Traumatologia, Pediatria, Psiquiatria, Radiologia e Diagnóstico por Imagem.

GABARITO DO CANDIDATO

O gabarito poderá ser copiado, SOMENTE, no espelho constante no final do boletim de questões disponibilizado para este fim que somente será destacado no final de sua prova, pelo fiscal de sua sala.

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