



PROCESSO SELETIVO

RESIDÊNCIAS UESPI



Universidade
Estadual do Piauí

PROVA ESCRITA OBJETIVA – TIPO 10

RESIDÊNCIAS MÉDICAS: **ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA**

DATA: 18/01/2026 – HORÁRIO: 8h30 às 12h30 (horário do Piauí)

LEIA AS INSTRUÇÕES:

- Você deve receber do fiscal o material abaixo:
 - Este caderno (**TIPO 10**) com 100 questões objetivas sem falha ou repetição.
 - Um CARTÃO-RESPOSTA destinado às respostas objetivas da prova. *Verifique se o tipo de caderno (TIPO 10) é o mesmo que consta no seu Cartão-Resposta.*

OBS: Para realizar sua prova, use apenas o material mencionado acima e, em hipótese alguma, papéis para rascunhos.
- Verifique se este material está completo e se seus dados pessoais conferem com aqueles constantes do CARTÃO-RESPOSTA.
- Após a conferência, você deverá assinar seu nome completo, no espaço próprio do CARTÃO-RESPOSTA, utilizando caneta esferográfica com tinta de cor azul ou preta.
- Escreva o seu nome nos espaços indicados na capa deste CADERNO DE QUESTÕES, observando as condições para tal (assinatura e letra de forma), bem como o preenchimento do campo reservado à informação de seu número de inscrição.
- No CARTÃO-RESPOSTA, a marcação das letras correspondentes às respostas de sua opção, deve ser feita com o preenchimento de todo o espaço do campo reservado para tal fim.
- Tenha muito cuidado com o CARTÃO-RESPOSTA, para não dobrar, amassar ou manchar, pois este é personalizado e em hipótese alguma poderá ser substituído.
- Para cada uma das questões são apresentadas cinco alternativas classificadas com as letras (A), (B), (C), (D) e (E); assinale apenas uma alternativa para cada questão, pois somente uma responde adequadamente ao quesito proposto. A marcação em mais de uma alternativa anula a questão, **mesmo que uma das respostas esteja correta**; também serão nulas as marcações rasuradas.
- As questões são identificadas pelo número que fica à esquerda de seu enunciado.
- Os fiscais não estão autorizados a emitir opinião nem a prestar esclarecimentos sobre o conteúdo das provas. Cabe única e exclusivamente ao candidato interpretar e decidir a este respeito.
- Reserve os 30(trinta) minutos finais para marcar seu CARTÃO-RESPOSTA. Os rascunhos e as marcações assinaladas no CADERNO DE QUESTÕES não serão levados em conta.
- Quando terminar sua Prova, antes de sair da sala, assine a LISTA DE FREQUÊNCIA, entregue ao Fiscal o CADERNO DE QUESTÕES e o CARTÃO-RESPOSTA, que deverão conter sua assinatura.
- O tempo de duração para esta prova é de **4h (quatro horas)**.
- Por motivos de segurança, você somente poderá ausentar-se da sala de prova depois de **3h** do início da respectiva prova.
- O rascunho ao lado não tem validade definitiva como marcação do Cartão-Resposta, destina-se apenas à conferência do gabarito por parte do candidato.

Nº DE INSCRIÇÃO

--	--	--	--	--	--

Assinatura

Nome do Candidato (letra de forma)

RASCUNHO

01		51	
02		52	
03		53	
04		54	
05		55	
06		56	
07		57	
08		58	
09		59	
10		60	
11		61	
12		62	
13		63	
14		64	
15		65	
16		66	
17		67	
18		68	
19		69	
20		70	
21		71	
22		72	
23		73	
24		74	
25		75	
26		76	
27		77	
28		78	
29		79	
30		80	
31		81	
32		82	
33		83	
34		84	
35		85	
36		86	
37		87	
38		88	
39		89	
40		90	
41		91	
42		92	
43		93	
44		94	
45		95	
46		96	
47		97	
48		98	
49		99	
50		100	

PROCESSO SELETIVO- RESIDÊNCIASUESPI – OTORRINOLARINGOLOGIA
FOLHA DE ANOTAÇÃO DO GABARITO - ATENÇÃO: Esta parte somente deverá ser destacada pelo fiscal da sala, após o término da prova.
NÚCLEO DE CONCURSOS E PROMOÇÃO DE EVENTOS – NUCEPE



PROCESSO SELETIVO – RESIDÊNCIAS UESPI



N ° DE INSCRIÇÃO						



CIRURGIA GERAL

- 01.** No quarto dia de pós-operatório, a causa mais provável de febre é:
- a) hematoma no sítio cirúrgico.
 - b) seroma na ferida operatória.
 - c) atelectasia.
 - d) infecção.
 - e) bronco-aspiração.
- 02.** O diagnóstico de hérnia incisional é realizado na maioria dos pacientes por:
- a) RM de abdômen.
 - b) US abdominal.
 - c) laparoscopia diagnóstica.
 - d) exame físico.
 - e) TC de abdômen.
- 03.** Sobre a acalasia do esôfago com megaesôfago inicial podemos afirmar que ocorre
- a) ausência ou redução da peristalse no esôfago cervical.
 - b) hipotonia do esfíncter inferior do esôfago.
 - c) metaplasia para epitélio colunar com células caliciformes.
 - d) grande aumento do calibre do esôfago formando o dólico-megaesôfago.
 - e) ausência do relaxamento do esfíncter inferior do esôfago.
- 04.** A respeito da síndrome de Mallory-Weiss podemos afirmar que
- a) deve ser avaliada com raio X contrastado.
 - b) está associada à infecção pelo *Helicobacter pylori*.
 - c) está relacionada ao uso de álcool e vômitos repetitivos.
 - d) melhor método para diagnóstico é a ecoendoscopia.
 - e) está associada à úlcera gástrica.
- 05.** O cálculo biliar pode ocasionar obstrução intestinal, principalmente, em qual segmento?
- a) transição retossigmoideana.
 - b) cólon transverso.
 - c) cólon ascendente.
 - d) papila íleo-cecal.
 - e) jejuno.
- 06.** Em qual segmento intestinal o adenocarcinoma ocorre com maior frequência?
- a) jejuno-íleo.
 - b) cólon ascendente.
 - c) cólon transverso.
 - d) cólon descendente.
 - e) retossigmoide.



- 07.** Quanto ao câncer gástrico, marque a alternativa **INCORRETA**.
- a) O etilismo e o tabagismo são fatores de risco.
 - b) A principal método de tratamento curativo é ressecção com margens livres da lesão associada à ressecção dos linfonos locorregionais.
 - c) Ocorre mais nas mulheres que nos homens, com pico na sétima década.
 - d) Os pólipos adenomatosos apresentam alto risco de desenvolver malignidade.
 - e) A infecção por *Helicobacter pylori* é um fator de risco para o câncer gástrico.
- 08.** Na apendicite aguda podemos encontrar os seguintes sinais:
- a) sinal de Rovsing, sinal de Charcot e sinal de Cullen.
 - b) sinal de Murphy, sinal de Couvoisier e sinal de Kehr.
 - c) sinal Blumberg, sinal de Rovsing e sinal do iliopsoas.
 - d) sinal Blumberg, sinal de Grey Turner e sinal de Charcot.
 - e) sinal de Kehr, sinal de obturador e sinal de Jobert.
- 09.** Sobre perfuração de úlceras pépticas podemos afirmar que o(a)
- a) perfuração tem baixa taxa de mortalidade comparada às outras complicações das úlceras pépticas.
 - b) perfuração ocorre geralmente na pequena curvatura do antro.
 - c) perfuração ocorre geralmente na parede anterior gástrica.
 - d) reparo de Graham é uma das técnicas utilizadas nas operações de emergência.
 - e) raio x de tórax não tem importância no diagnóstico do pneumoperitônio da perfuração da úlcera péptica.
- 10.** Sobre enxertos e retalhos de pele, marque a alternativa **CORRETA**.
- a) O enxerto de pele não possui derme.
 - b) O autoenxerto vem da própria pessoa e o heteroenxerto vem de outra pessoa.
 - c) A área mais importante de um enxerto é o pedículo vascular.
 - d) O curativo de Brown é o ideal nos casos de infecção da área receptora de um enxerto.
 - e) O retalho de pele possui um pedículo vascular para manter o suprimento sanguíneo.
- 11.** No câncer gástrico precoce a invasão vai no máximo até qual camada?
- a) Mucosa.
 - b) Lâmina própria.
 - c) Submucosa.
 - d) Muscular própria.
 - e) Serosa.
- 12.** Qual alteração histológica caracteriza o esôfago de Barrett?
- a) Metaplasia gástrica antral.
 - b) Metaplasia gástrica de corpo e fundo.
 - c) Metaplasia colunar intestinal.
 - d) Presença de anel fibroso, concêntrico e não maligno.
 - e) Hipertrofia das células escamosas.



13. No seguimento do tratamento do câncer de cólon, qual marcador indica recidiva?
- a) CA 19.9.
 - b) CA 125.
 - c) Alfafetoproteína.
 - d) Antígeno carcinoembrionário.
 - e) Ácido 5-hidroxiindolacético.
14. Qual melhor exame complementar padrão para o diagnóstico de perfuração do esôfago?
- a) Endoscopia digestiva alta.
 - b) Broncoscopia.
 - c) Raio X de tórax.
 - d) Tomografia do tórax.
 - e) Esofagograma com bário.
15. Sobre os marcadores tumorais, marque a alternativa **CORRETA**.
- a) O CEA é utilizado como teste de rastreamento devido a sua alta sensibilidade nos estágios iniciais da doença.
 - b) A alfafetoproteína sérica elevada só ocorre no caso de neoplasias malignas.
 - c) O CA 19-9 é utilizado no monitoramento do tratamento do câncer de pâncreas.
 - d) Após a ressecção de neoplasia de cólon o CEA encontra-se normal.
 - e) A alfafetoproteína está elevada exclusivamente nas neoplasias de estômago.

ORTOPEDIA

16. Paciente de 22 anos, vítima de acidente motociclístico, apresenta fratura exposta de tíbia, com ferida de 11 cm, extensa contaminação por terra e perda de cobertura cutânea que não permite o fechamento primário da ferida. Não existe lesão vascular importante. De acordo com a classificação de Gustilo-Anderson, trata-se de:
- a) Grau I.
 - b) Grau II.
 - c) Grau IIIA.
 - d) Grau IIIB.
 - e) Grau IIIC.
17. O agente etiológico mais comum da osteomielite hematogênica aguda em crianças é:
- a) Mycobacterium tuberculosis.
 - b) Helicobacter pylori.
 - c) Escherichia coli.
 - d) Staphylococcus aureus.
 - e) Vibrio cholerae.



18. Idosa de 78 anos cai no banheiro de casa e faz radiografia de punho em duas incidências no pronto atendimento, que demonstra fratura do rádio distal com desvio dorsal e encurtamento do rádio. Essa fratura é mais frequentemente conhecida como:
- a) Fratura de Smith.
 - b) Fratura do Cassetete.
 - c) Fratura de Rolando.
 - d) Fratura de Essex-Lopresti.
 - e) Fratura de Colles.
19. Sobre a articulação do ombro, a luxação glenoumeral mais frequente é:
- a) Anterior.
 - b) Inferior.
 - c) Superior.
 - d) Posterior.
 - e) Pósterio-inferior.
20. A síndrome do canal de Guyon representa uma compressão distal de qual nervo periférico?
- a) nervo mediano.
 - b) nervo radial.
 - c) nervo ulnar.
 - d) nervo interósseo posterior.
 - e) nervo sural.

CLÍNICA MÉDICA

21. Paciente de sexo feminino com 68 anos de idade, diabética e dislipidêmica, apresentou média de 3 medidas de PA aferidas no consultório em 138 x 87 mmHg. Seguindo a diretriz brasileira para tratamento da HAS no momento do diagnóstico, assinale a alternativa com a melhor conduta. O escore de risco PREVENT foi aplicado com resultado de risco em 16,8%. Pressão arterial diastólica = PAD; Pressão arterial sistólica = PAS. MAPA = Monitorização Ambulatorial da Pressão Arterial; MRPA = Monitorização Residencial da Pressão Arterial.
- a) Iniciar enalapril 10 mg por dia.
 - b) Reavaliar em 1 semana devido à possibilidade de hipertensão mascarada.
 - c) Iniciar nitroprussiato de sódio devido à urgência.
 - d) Iniciar tratamento medicamentoso somente após 3 meses de medidas não medicamentosas sem sucesso.
 - e) Iniciar tratamento com diurético.
22. Considerando as atuais diretrizes brasileiras de dislipidemias, assinale a alternativa **CORRETA** para as metas recomendadas de acordo com o risco cardiovascular:
- a) Meta de LDL-c (mg/dL) < 115 em indivíduo de baixo risco.
 - b) % redução do LDL-c mínima de 30% em indivíduo de alto risco.
 - c) Meta de LDL-c (mg/dL) <50 em indivíduo de alto risco.
 - d) % redução do LDL-c ≥ 50% em indivíduo de risco intermediário.
 - e) Meta de colesterol não-HDL (mg/dL) <100 em indivíduo de risco extremo.



23. Considerando as últimas Diretrizes Brasileira de Dispositivos Cardíacos Eletrônicos Implantáveis – 2023, assinale a alternativa **CORRETA** para a recomendação de implante de marca-passo definitivo:

- a) Pacientes com bradiarritmias noturnas, sem cardiopatia significativa, assintomáticos no período de vigília, com SAOS nos quais não foi realizado o tratamento específico.
- b) Paciente assintomático(a) e massagem do seio carotídeo com resposta cardioinibidora.
- c) Pacientes assintomáticos com distúrbio da condução intraventricular isolado e condução AV 1:1 na ausência de outras indicações para implante de MP.
- d) Em pacientes com bloqueio de ramo alternante, independentemente de sintomas.
- e) Paciente assintomático, com sintoma documentado e claramente não relacionado à bradicardia. paciente sintomático com bradicardia decorrente de causas reversíveis, incluindo-se fármacos não essenciais.

24. Uma mulher de 24 anos, previamente saudável, é trazida ao pronto-socorro após episódio de perda súbita da consciência enquanto assistia TV à noite. Segundo familiares, ela apresentou um grito inicial seguido de rigidez generalizada e, depois, abalos rítmicos dos quatro membros por aproximadamente 90 segundos. Após o evento, permaneceu confusa por alguns minutos. Refere histórico de “soluços musculares” matinais nos últimos meses, que ocorrem principalmente ao acordar e a fizeram derrubar objetos das mãos algumas vezes. Nega uso de drogas e nega privação de sono. Exame neurológico normal. TC de crânio normal.

Qual a alternativa **CORRETA** com o diagnóstico mais provável?

- a) Síncope vasovagal com miocloniasanóxicas.
- b) Epilepsia mioclônica juvenil.
- c) Epilepsia do lobo temporal mesial.
- d) Crise tônico-clônica secundária a lesão estrutural frontal.
- e) Crise psicogênica não epiléptica.

25. Um paciente de 63 anos, previamente independente, chega ao pronto-socorro com instalação súbita de fraqueza em dimídio esquerdo e disartria há 1 hora e 20 minutos. Ao exame, apresenta hemiplegia esquerda, desvio ocular para a direita e NIHSS= 17 (National Institutes of Health Stroke Scale). A tomografia sem contraste mostra ausência de hemorragia e discreto apagamento de sulcos na região frontal direita. Angio-TC evidencia oclusão da artéria cerebral média direita (segmento M1). Glicemia capilar de 128 mg/dL, PA 166/94 mmHg. Não usa anticoagulantes.

Qual a alternativa **CORRETA** com a conduta imediata mais apropriada?

- a) Iniciar trombólise intravenosa com alteplase, mas não realizar trombectomia por ainda estar dentro das 3 horas.
- b) Não realizar trombólise; seguir somente com trombectomia mecânica.
- c) Iniciar trombólise intravenosa e encaminhar imediatamente para trombectomia mecânica.
- d) Não trombolisar devido ao NIHSS elevado; indicar apenas controle pressórico e UTI.
- e) Adiar trombólise até obtenção de ressonância com difusão/perfusão.

26. Uma mulher de 34 anos apresenta crises de cefaleia desde a adolescência. As crises são pulsáteis, geralmente unilaterais, acompanhadas de fotofobia, fonofobia e náuseas, durando até 12 horas. Há 6 meses, as crises aumentaram de frequência e hoje ocorrem cerca de 10 dias por mês. Ela suspendeu café e reduziu horas de tela sem melhora. Usa sumatriptana nas crises, com boa resposta, mas está preocupada com a recorrência cada vez maior. Exame neurológico normal.

Qual a alternativa **CORRETA** com a melhor conduta neste momento?

- a) Aumentar a dose de sumatriptana e orientar uso precoce em todas as crises.
- b) Iniciar alguma profilaxia, pois está em indicação de tratamento preventivo.
- c) Solicitar RM para investigar lesão estrutural, já que aumento de frequência é sinal de alarme.
- d) Orientar diário de cefaleia por 3 meses antes de qualquer intervenção.
- e) Suspender imediatamente o uso de triptano por risco de cefaleia por abuso de medicação.



27. Homem de 68 anos, usuário crônico de AINE por osteoartrose, apresenta hematêmese volumosa. Submetido à endoscopia digestiva alta somente 24 horas após sangramento por transferência a outro serviço, evidenciando úlcera gástrica ativa, no corpo, com estigmas de sangramento recente, A1 de Sakita, ForrestIIc. Após estabilização clínica, qual conduta é obrigatória, independentemente, da evolução clínica?
- Erradicação empírica do *Helicobacter pylori*.
 - Uso contínuo de bloqueador H2.
 - Realização de biópsias da úlcera.
 - Cirurgia precoce.
 - Suspensão isolada do AINE.
28. Paciente de 55 anos dá entrada com quadro clínico e laboratorial compatível com pancreatite aguda. Após 48 horas, apresenta queda do hematócrito apesar de reposição volêmica adequada. Esse achado sugere principalmente:
- Resolução do processo inflamatório.
 - Diluição secundária à hidratação vigorosa.
 - Sangramento digestivo oculto.
 - Maior risco de pancreatite grave.
 - Necrose pancreática já infectada.
29. Paciente masculino, 53 anos, diagnóstico prévio de cirrose hepática, apresenta confusão mental súbita após início de diurético em altas doses. Não há sinais de infecção ou sangramento digestivo. Nesse contexto, a medida mais apropriada neste momento é:
- Suspender imediatamente a lactulose.
 - Iniciar antibioticoterapia empírica.
 - Corrigir fatores precipitantes e iniciar lactulose.
 - Restrição proteica rigorosa.
 - Intubação orotraqueal imediata.
30. São princípios norteadores para a organização dos cuidados paliativos, **EXCETO**,
- início dos cuidados paliativos o mais precocemente possível, juntamente com o tratamento modificador da doença.
 - promoção do alívio da dor e de outros sintomas físicos, do sofrimento psicossocial, espiritual e existencial, incluindo o cuidado apropriado para familiares e cuidadores.
 - não aceitação da morte como um processo natural.
 - aceitação da evolução natural da doença, não acelerando nem retardando a morte e repudiando as futilidades diagnósticas e terapêuticas.
 - trabalho em equipe multiprofissional e interdisciplinar para abordar as necessidades do paciente e de seus familiares.



- 31.** A Sociedade Brasileira para Estudo da Dor (SBED), acompanhando a definição de 2020 da International Association for the Study of Pain (IASP), define dor como uma experiência sensitiva e emocional desagradável, associada, ou semelhante àquela associada, a uma lesão tecidual real ou potencial¹, sendo ela subjetiva e correspondendo àquilo que o paciente descreve. Sobre o tratamento da dor, assinale a alternativa que indica um opioide fraco:
- a) Morfina simples.
 - b) Codeína.
 - c) Fentanil.
 - d) Gabapentina.
 - e) Naproxeno.
- 32.** Dispneia é definida pela American Thoracic Society como “uma experiência subjetiva de desconforto respiratório que consiste em sensações qualitativamente distintas que variam na intensidade. Sobre o uso de opioides para o controle da dispneia, cuidados paliativos, **NÃO** podemos afirmar que.
- a) São amplamente recomendados.
 - b) Ocasionalmente aumentam a percepção central da dispneia.
 - c) Ocasionalmente reduzem a sensibilidade à hipercapnia.
 - d) Ocasionalmente reduzem o consumo de oxigênio e aumentam a função cardiovascular.
 - e) Seu uso para tratamento da dispneia é em baixas doses.
- 33.** Mulher de 67 anos, obesa, refere dor crônica em joelhos há anos, com piora ao caminhar e melhora com repouso. Relata rigidez matinal de curta duração (<30 minutos). Ao exame físico, há crepitação articular e discreta limitação de movimento, sem sinais inflamatórios importantes. Qual o diagnóstico e a conduta inicial adequada?
- a) Artrite reumatoide; iniciar metotrexato.
 - b) Osteoartrite; orientar perda de peso, exercício físico e analgesia.
 - c) Gota; iniciar colchicina.
 - d) Artrite séptica; solicitar punção articular.
 - e) Condromalácia patelar; indicar cirurgia imediata.
- 34.** Homem de 82 anos, frágil, com perda funcional e dependência para atividades diárias, apresenta glicemia capilar casual de 420 mg/dL. Faz uso regular de metformina e glibenclamida. Não há sinais de infecção ou cetoacidose.
- Qual a conduta mais adequada em relação ao controle glicêmico?
- a) Manter o esquema atual e aguardar nova dosagem de glicemia.
 - b) Intensificar a dose de glibenclamida.
 - c) Suspender metformina e introduzir inibidor de SGLT2.
 - d) Introduzir insulina, com meta de HbA1c menos rigorosa.
 - e) Introduzir agonista de GLP-1 visando HbA1c < 6,5%.
- 35.** Segundo as diretrizes mais recentes sobre dislipidemia, qual afirmação está **CORRETA**?
- a) O tratamento deve ser guiado exclusivamente pelo nível absoluto de LDL-colesterol.
 - b) Estatinas só são indicadas quando LDL >190 mg/dL.
 - c) A estratificação de risco cardiovascular é fundamental para definir metas de LDL.
 - d) Pacientes de muito alto risco não se beneficiam de metas mais agressivas.
 - e) O HDL-colesterol elevado elimina a necessidade de tratamento.



36. Sobre nefrite lúpica, marque a alternativa **CORRETA**.

- a) Biópsia renal deve ser realizado na nefrite lúpica desde que o FAN seja $> 1:320$.
- b) Tratamento recomendado das classes de I a VI deve ser metilprednisolona e ciclofosfamida.
- c) Micofenolatomofetil é excelente droga para a fase de manutenção.
- d) É uma forma de doença pauci-imune, pois a imunofluorescência é sempre negativa.
- e) Os achados compatíveis com nefrite lúpica são proteinúria $> 1\text{g/d}$ ou hipocelularidade glomerular.

37. Quanto a doença renal crônica, assinale a alternativa **CORRETA**.

- a) Inibidor da enzima conversora da angiotensina, bloqueador de canal de cálcio e betabloqueador – são todas drogas nefroprotetoras.
- b) Eritropoetina, hidróxido de ferro – são indicadas no caso de anemia em fases avançadas da doença renal crônica.
- c) Carbonato de cálcio e sevelamer – são indicadas para o tratamento da hipocalcemia associada a doença renal crônica.
- d) Enalapril + losartana + inibidor SGLT2 + antagonistas do receptor mineralocorticoide é o esquema preconizado para tratar a doença renal crônica no estágio IV e V.
- e) Diálise e transplante são indicados nos pacientes em estágio IV e V.

38. Quanto ao tratamento de injúria renal aguda (IRA), marque a alternativa **CORRETA**.

- a) A furosemida é o principal medicamento capaz de acelerar recuperação na IRA.
- b) Inibidor de SGLT2 está indicado para melhorar progressão da IRA.
- c) Uremia e hipernatremia são as principais indicações de diálise.
- d) Para o diagnóstico de IRA considera-se elevação da creatinina em $0,3\text{mg/dL}$ em 48 horas ou 50% em 7 dias.
- e) Independente do status de hidratação, para pacientes oligúricos é preconizado o uso de furosemida em bolus como medida inicial.

39. Assinale a alternativa, que baseado na epidemiologia indica as glomerulopatias primárias esperadas para cada um dos seguintes pacientes, respectivamente: 1) homem jovem com creatinina $2,0\text{mg/dL}$ e síndrome nefrótica; 2) homem idoso com creatinina discretamente elevada e síndrome nefrótica; 3) criança com síndrome nefrótica.

- a) GESF, amiloidose e nefropatia por IgA.
- b) Nefropatia por IgA, Glomerulonefrite Membranoproliferativa e Glomerulonefrite pós-estreptocócica.
- c) Glomerulopatia crescêntica, lesões mínimas e Glomerulonefrite Membranoproliferativa.
- d) GESF, nefropatia membranosa e Glomerulonefrite pós-estreptocócica.
- e) Nefropatia por IgA, nefropatia membranosa e lesões mínimas.

40. Quanto as glomerulopatias, analise as assertivas dos itens:

- I. Dismorfismo eritrocitário quando positivo em caso de hematúria macroscópica é sugestivo de doença glomerular.
- II. Glomerulonefrite pós-estreptocócicas deve ser tratado com corticoide, na forma de pulsoterapia.
- III. O complemento sérico está consumido na síndrome nefrítica.

De acordo com essas assertivas marque a alternativa **CORRETA**.

- a) São verdadeiras as assertivas I e III.
- b) São verdadeiras as assertivas II e III.
- c) Apenas a assertiva III é verdadeira.
- d) Todas as assertivas são falsas.
- e) Todas as assertivas são verdadeiras.



MEDICINA PREVENTIVA E SOCIAL

41. No âmbito do Sistema Único de Saúde do Brasil, a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), instituída pela Portaria MS/GM 2446/2014, traz em sua base o conceito ampliado de saúde e o referencial teórico da promoção da saúde como um conjunto de estratégias e formas de produzir saúde, no âmbito individual e coletivo, caracterizando-se pela articulação e cooperação intra e intersectorial, pela formação da Rede de Atenção à Saúde (RAS), buscando articular suas ações com as demais redes de proteção social, com ampla participação e controle social.

São valores fundantes no processo de efetivação da PNPS, **EXCETO**,

- a) Solidariedade.
- b) Felicidade.
- c) Ética.
- d) Justiça social.
- e) Interdisciplinaridade.

42. São listados como objetivos específicos da Política Nacional de Promoção da Saúde, **EXCETO**,

- a) Apoiar o desenvolvimento de espaços de produção social e ambientes saudáveis, favoráveis ao desenvolvimento humano e ao bem viver.
- b) Valorizar os saberes populares e tradicionais e as práticas integrativas e complementares.
- c) Criar ambientes e territórios saudáveis, que significa relacionar o tema priorizado com os ambientes e os territórios de vida e de trabalho das pessoas e das coletividades, identificando oportunidades de inclusão da promoção da saúde nas ações e atividades desenvolvidas, de maneira participativa e dialógica.
- d) Promover o empoderamento e a capacidade para tomada de decisão e a autonomia de sujeitos e coletividades por meio do desenvolvimento de habilidades pessoais e de competências em promoção e defesa da saúde e da vida.
- e) Promover processos de educação, formação profissional e capacitação específicas em promoção da saúde, de acordo com os princípios e valores da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), para trabalhadores, gestores e cidadãos.

43. A Atenção Básica é o conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária. Sobre a Política Nacional de Atenção Básica (Portaria MS/GM 2436/2017).

Acerca dessas informações, todas as alternativas estão corretas, **EXCETO**,

- a) A Política Nacional de Atenção Básica considera os termos Atenção Básica (AB) e Atenção Primária à Saúde (APS), nas atuais concepções, como termos equivalentes, de forma a associar a ambas os princípios e as diretrizes definidas na referida política.
- b) A Atenção Básica será a principal porta de entrada e centro de comunicação da RAS, coordenadora do cuidado e ordenadora das ações e serviços disponibilizados na rede.
- c) A Atenção Básica será ofertada integral e gratuitamente a todas as pessoas, de acordo com suas necessidades e demandas do território, desde que apresentem cartão SUS no primeiro atendimento.
- d) É proibida qualquer exclusão baseada em idade, gênero, raça/cor, etnia, crença, nacionalidade, orientação sexual, identidade de gênero, estado de saúde, condição socioeconômica, escolaridade, limitação física, intelectual, funcional e outras.
- e) Serão adotadas estratégias que permitam minimizar desigualdades/iniquidades, de modo a evitar exclusão social de grupos que possam vir a sofrer estigmatização ou discriminação, de maneira que impacte na autonomia e na situação de saúde.



- 44.** A Política Nacional de Vigilância em Saúde (PNVS), instituída pela Portaria MS/GM 588/2018, é uma política pública de Estado e função essencial do Sistema Único de Saúde (SUS), tendo caráter universal, transversal e orientador do modelo de atenção nos territórios, sendo a sua gestão de responsabilidade exclusiva do poder público.

Assinale a alternativa **CORRETA**.

- a) A PNVS incide sobre todos os níveis e formas de atenção à saúde, abrangendo todos os serviços de saúde públicos e privados, além de estabelecimentos relacionados à produção e circulação de bens de consumo e tecnologias que, direta ou indiretamente, se relacionem com a saúde.
- b) A PNVS compreende a articulação dos saberes, processos e práticas relacionados exclusivamente à vigilância epidemiológica, alinhando-se com o conjunto de políticas de saúde no âmbito do SUS, considerando a transversalidade das ações de vigilância em saúde sobre a determinação do processo saúde-doença.
- c) A análise de situação de saúde e as ações laboratoriais são atividades verticais e centralizadas no processo de trabalho da Vigilância em Saúde.
- d) A PNVS deve contribuir para a integralidade na atenção à saúde, o que pressupõe a inserção de ações de vigilância em saúde somente nos pontos de entrada da Rede de Atenção à Saúde (RAS), ou seja, somente nos serviços de atenção primária.
- e) As ações de vigilância em saúde devem contemplar especificamente territórios, pessoas e grupos em situação de maior risco e vulnerabilidade, contemplando somente pessoas com maior probabilidade de apresentarem doenças e agravos de importância em saúde pública.

- 45.** De acordo com a Portaria MS/GM 6.734/2025, que alterar o Anexo 1 do Anexo V da Portaria de Consolidação GM/MS nº 4, de 28 de setembro 2017, uma doença foi incorporada à Lista Nacional de Notificação Compulsória de Doenças, Agravos e Eventos de Saúde Pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional.

Essa doença é:

- a) Botulismo.
- b) Arenavírus.
- c) Esporotricose humana.
- d) Riquetsiose.
- e) Toxoplasmose gestacional e congênita.

- 46.** Leia o trecho:

“Um total de 583.960 casos de doenças tropicais negligenciadas (DTNs) foi detectado no quinquênio 2016-2020 no País, com média anual de 116.792, enquanto em 2015 foram registrados 152.894 casos. Deste total, 250.410 (42,9%) foram detectados em municípios de residência na Região Nordeste (em 2015, 70.846 – 46,3%), 138.875 (23,8%) na Norte (em 2015 31.999 – 20,9%), 110.740 (19,0%) na Sudeste (em 2015, 31.856 – 20,8%), 63.329 (10,8%) na Centro-Oeste (em 2015, 13.457 – 8,8%) e 20.606 (3,5%) na Sul (em 2015, 4.736 – 3,1%)”.

Fonte: Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico, Número Especial, 31 Jan. 2024.

Os valores em porcentagem (%) representam que tipo de medida em informações sobre saúde?

- a) Incidência.
- b) Distribuição proporcional.
- c) Prevalência.
- d) Letalidade.
- e) Mortalidade.



47. Para obter informações sobre a detecção de casos de doenças tropicais negligenciadas referidas na questão 46, os pesquisadores utilizaram como fonte de dados:
- O Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan), destinado ao registro exclusivo de doenças tropicais negligenciadas.
 - O Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan), destinado ao registro de doenças e agravos de importância em saúde pública, dentre elas algumas doenças tropicais negligenciadas, constantes de Lista Nacional de Notificação Compulsória de Doenças, Agravos e Eventos de Saúde Pública.
 - O Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), destinado ao registro de óbitos por doenças tropicais negligenciadas ocorridos em serviços públicos de saúde.
 - O Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH/SUS), destinado ao registro de internações hospitalares em serviços privados de saúde, desde que o diagnóstico tenha sido uma doença tropical negligenciada.
 - O Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH/SUS), destinado ao registro de internações hospitalares em serviços públicos e privados de saúde, desde que o diagnóstico tenha sido uma doença tropical negligenciada.

48. Foi realizado um estudo com o objetivo de analisar tendência temporal e padrões espaciais da mortalidade por doenças tropicais negligenciadas (DTNs) no Piauí, Brasil, 2001-2018. Estudo ecológico misto, com cálculo de razão de risco (RR), análise de tendência espaço-temporal, regressão de Poisson com pontos de inflexão, utilizando-se dados do Sistema de Informações sobre Mortalidade. Verificaram-se 2.609 óbitos por DTNs no período (4,60/100 mil habitantes), 55,2% por doença de Chagas. Houve maior risco de morte no sexo masculino (RR=1,76; IC95% 1,25;2,46), idade ≥ 60 anos (RR=40,71; IC95% 10,01;165,53), municípios com vulnerabilidade social média (RR=1,76; IC95% 1,09;2,84), menor porte populacional (RR=1,99; IC95% 1,28;3,10) e macrorregião dos Cerrados (RR=4,51; IC95% 2,51;8,11). Verificou-se tendência de aumento nas taxas de mortalidade em 2001-2008 e redução em 2009-2018.

Fonte: <https://www.scielosp.org/article/ress/2022.v31n1/e2021732/>

Assinale a alternativa **CORRETA**.

- O risco de morte por Doença de Chagas no Piauí, no período de 2001 a 2018, foi de 55,2%.
 - O risco de morte por Doença de Chagas no Piauí, no período de 2001 a 2018, entre pessoas do sexo masculino, foi de 55,2%.
 - Observou-se tendência crescente na taxa de mortalidade por doenças tropicais negligenciadas no Piauí, no período de 2001 a 2018.
 - O maior risco de morte por doenças tropicais negligenciadas no Piauí, no período de 2001 a 2018, esteve estatisticamente associado ao fato de residir em municípios de menor porte populacional.
 - A taxa de mortalidade por doenças tropicais negligenciadas no Piauí, no período de 2001 a 2018, foi de, aproximadamente, 40,7 por 100 mil pessoas de 60 anos ou mais de idade.
49. O estudo citado na questão 48 pode ser classificado **CORRETAMENTE** como:
- Epidemiológico, experimental.
 - Epidemiológico, observacional.
 - Epidemiológico, primário.
 - Epidemiológico, prospectivo.
 - Epidemiológico, follow-up.



50. São vantagens do estudo citado na questão 48, **EXCETO**,

- a) baixo custo.
- b) rapidez e praticidade em sua elaboração e análise.
- c) levantamento de hipóteses.
- d) relação causa-efeito.
- e) avaliação de políticas de saúde.

51. O conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público, constitui o Sistema Único de Saúde (SUS). Conforme prevê a Lei 8080/1990, estão incluídos no SUS, **EXCETO**,

- a) instituições públicas de controle de qualidade.
- b) instituições públicas de pesquisa e produção de insumos.
- c) estabelecimentos públicos de prestação de assistência à saúde.
- d) agências federais de regulamentação da saúde.
- e) instituições privadas de pesquisa e ensino.

52. São objetivos do Sistema Único de Saúde (SUS), **EXCETO**,

- a) identificar e divulgaros fatores condicionantes e determinantes da saúde.
- b) formular política de saúde destinada a promover, nos campos econômico e social, visando à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação.
- c) fornecer assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde.
- d) ofertar integralmente as ações assistenciais e as atividades preventivas.
- e) fornecer parcialmente as ações curativas, conforme recurso financeiro disponível no fundo municipal e estadual de saúde.

53. Considere as informações hipotéticas a seguir:

A população da região administrativa A, estimada para 2024, foi de 1.600.000 habitantes, sendo 420.000 o número de mulheres entre 15 e 45 anos. Neste mesmo ano, houve 42.000 nascidos vivos e 630 nascidos mortos. Foram registrados 11.500 óbitos, sendo: 4.141 óbitos por doenças ligadas à gestação, parto e puerpério; 4.068 óbitos por doenças cardiovasculares; 1.160 óbitos por doenças infecciosas, das quais 488 por enterites e outras doenças diarreicas, e 1.968 óbitos de menores de 1 ano.

Suponha que você vai realizar uma análise da situação de saúde desta região para apresentar em reunião no Conselho Municipal de Saúde. Os dados disponíveis permitem calcular os seguintes indicadores epidemiológicos, **EXCETO**,

- a) coeficiente geral de mortalidade.
- b) razão de mortalidade maternal.
- c) razão de mortalidade infantil.
- d) incidência de doenças infecciosas.
- e) mortalidade específica por doenças cardiovasculares.



- 54.** Com os dados da questão 53, é possível calcular, **EXCETO**,
- a) a mortalidade proporcional por enterites e outras doenças diarreicas.
 - b) a letalidade por enterites e outras doenças diarreicas.
 - c) a mortalidade proporcional por doenças cardiovasculares.
 - d) a taxa de natalidade.
 - e) a taxa de fecundidade.
- 55.** De acordo com a Lei 8080/1990, “Serão criadas comissões intersetoriais de âmbito nacional, subordinadas ao Conselho Nacional de Saúde, integradas pelos Ministérios e órgãos competentes e por entidades representativas da sociedade civil. As comissões intersetoriais terão a finalidade de articular políticas e programas de interesse para a saúde, cuja execução envolva áreas não compreendidas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).”
- A articulação das políticas e programas, a cargo das comissões intersetoriais, abrangerá, em especial, as seguintes atividades, **EXCETO**,
- a) alimentação e nutrição.
 - b) saneamento e meio ambiente.
 - c) vigilância sanitária e farmacoepidemiologia.
 - d) recursos humanos.
 - e) financiamento nacional de saúde.
- 56.** As condições de trabalho e o próprio trabalho que é realizado podem constituir fatores determinantes para a ocorrência de doenças, de agravos e de óbitos. Dessa forma, a exposição dos(as) trabalhadores(as) a situações e fatores de risco nos ambientes e processos de trabalho podem interferir na dinâmica saúde-doença, refletindo no aparecimento ou no aumento da frequência de doenças e de agravos, no surgimento precoce de certas patologias ou na potencialização da complexidade desses eventos. Assinale a alternativa com informações **CORRETAS** sobre saúde do trabalhador:
- a) Os riscos ocupacionais, capazes de causar danos à saúde dos (as) trabalhadores(as), podem ser classificados em físicos, químicos, biológicos, psicossociais, biomecânicos, sociais, ambientais e de acidentes.
 - b) A Vigilância em Saúde do Trabalhador (Visat), um dos componentes do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde (SNVS), compreende um conjunto de ações que visam à promoção da saúde, à prevenção da morbimortalidade e à redução de riscos e vulnerabilidades na população trabalhadora.
 - c) As ações de Visat devem ser realizadas de forma contínua e sistemática, ao longo do tempo, visando à detecção, conhecimento, pesquisa e análise dos fatores determinantes e condicionantes dos agravos à saúde relacionados aos processos e ambientes de trabalho.
 - d) A Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNSTT) não é voltada para contemplar toda a população trabalhadora, pois destina-se às “pessoas e grupos em situação de maior vulnerabilidade”, a exemplo dos(as) trabalhadores(as) informais, trabalhadores(as) que desenvolvem atividades em situações precárias de trabalho e de maior risco para a saúde, além das crianças e adolescentes em condições de trabalho infantil.
 - e) A PNSTT tem como um de seus objetivos integrar as ações de Vigilância em Saúde do Trabalhador com os demais componentes do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde.



- 57.** No âmbito da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (Renast), os Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (Cerest) têm com atribuições, **EXCETO**,
- realizar ações de Vigilância em Saúde do Trabalhador.
 - fornecer apoio especializado e matriciamento de Vigilância em Saúde do Trabalhador para a Rede de Atenção à Saúde (RAS).
 - realizar ações de educação em saúde do trabalhador para os profissionais de saúde da Rede de Atenção à Saúde (RAS) e para a população.
 - articular ações intersetoriais de saúde do trabalhador no território.
 - garantir a notificação de todos os casos de pessoas com doença relacionada ao trabalho em serviços de atenção básica da Rede de Atenção à Saúde (RAS) em até 24 horas da confirmação diagnóstica.

- 58.** O tétano acidental é uma doença infecciosa aguda não contagiosa, prevenível por vacina, causada pela ação de exotoxinas produzidas pelo *Clostridium tetani* (*C. tetani*), que provocam um estado de hiperexcitabilidade do sistema nervoso central.

Mediante um caso suspeito de tétano acidental, deve-se proceder da seguinte forma, **EXCETO**,

- considerar diagnóstico diferencial com intoxicação por estricnina, meningites, tetania, raiva, histeria, doença do sono.
 - considerar sedação do paciente com diazepam, midazolam ou clorpromazina, quando não houver resposta satisfatória com o diazepam.
 - não realizar a notificação do caso no prazo de 24 horas da suspeita, pois trata-se de agravo de notificação semanal.
 - realizar neutralização da toxina tetânica, com a utilização do soro antitetânico (SAT), dependendo do tipo e das condições do ferimento, bem como das informações relativas à vacinação antitetânica progressiva e ao uso anterior do próprio SAT.
 - limpar o ferimento suspeito com soro fisiológico ou água e sabão. Realizar o debridamento, retirando todo o tecido desvitalizado e corpos estranhos.
- 59.** A hanseníase é uma doença infecciosa de evolução crônica que, embora curável, ainda permanece endêmica em várias regiões do mundo, principalmente na Índia, no Brasil e na Indonésia. Deve-se suspeitar de hanseníase em pessoas com qualquer um dos seguintes sintomas e sinais: manchas hipocrômicas ou avermelhadas na pele, perda ou diminuição da sensibilidade em mancha(s) da pele, dormência ou formigamento de mãos/pés, dor ou hipersensibilidade em nervos, edema ou nódulos na face ou nos lóbulos auriculares, ferimentos ou queimaduras indolores nas mãos ou pés.

Sobre a hanseníase, assinale a alternativa **INCORRETA**.

- A hanseníase é doença de notificação compulsória em todo o território nacional e de investigação obrigatória. A notificação é obrigatória a todos os profissionais de saúde no exercício da função, mediante a suspeita da doença.
- O período de incubação da hanseníase pode durar em média cinco anos, havendo relatos de casos em que os sintomas apareceram após um ano do contato suspeito, e outros em que a incubação demora até 20 anos ou mais.
- Os indivíduos que desenvolvem a hanseníase apresentam manifestações clínicas muito variáveis, que dependem da interação entre a micobactéria e o sistema imune.
- As reações hansênicas são fenômenos inflamatórios agudos que cursam com exacerbação dos sinais e sintomas da doença e acometem um percentual elevado de casos, chegando a 50% dos pacientes em alguns estudos.
- O tempo de tratamento é definido conforme a classificação operacional – paucibacilar (6 meses) ou multibacilar (12 meses).



60. Uma equipe de saúde deseja avaliar a eficácia de uma nova campanha de vacinação contra a gripe em diferentes bairros de uma cidade. Para isso, selecionaram aleatoriamente quatro bairros para receber a campanha intensiva (grupo intervenção) e quatro bairros para continuar com a vacinação usual (grupo controle). Ao final da temporada de gripe, comparam a incidência da doença entre os bairros.

Com base nesse cenário, assinale a alternativa **CORRETA**.

- a) Trata-se de um ensaio clínico individual.
- b) Trata-se de um estudo de coorte.
- c) Trata-se de um ensaio comunitário.
- d) Trata-se de um estudo transversal.
- e) Trata-se de um estudo caso-controle.

GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA

61. Paciente de 65 anos apresenta lesão ulcerada indolor em grande lábio direito, de crescimento progressivo há 4 meses. É tabagista e hipertensa. Ao exame, lesão endurecida, bordas elevadas e base infiltrada. Linfonodos inguinais palpáveis.

A conduta inicial mais adequada é:

- a) Antibioticoterapia empírica e reavaliação em 30 dias.
- b) Tratamento tópico com corticosteroide potente.
- c) Excisão local sem necessidade de estadiamento.
- d) Biópsia da lesão e avaliação do comprometimento linfonodal.
- e) Radioterapia exclusiva como tratamento inicial.

62. Mulher de 32 anos, com diagnóstico laparoscópico prévio de endometriose estágio III (ASRM), submetida a tratamento cirúrgico conservador há 8 meses. Evolui com infertilidade persistente. O parceiro apresenta espermograma normal.

A melhor conduta reprodutiva para esse casal é:

- a) Tratamento clínico hormonal contínuo por 12 meses.
- b) Nova laparoscopia diagnóstica antes de qualquer intervenção.
- c) Indução da ovulação com coito programado.
- d) Fertilização *in vitro*.
- e) Aguardar tentativa espontânea por mais 2 anos.

63. Mulher de 36 anos, solteira, médica, procura clínica de reprodução assistida com o desejo de realizar fertilização *in vitro*, utilizando sêmen de doador anônimo e útero de substituição (gestação por terceira), pois foi submetida previamente a histerectomia total por miomatose uterina complicada. A paciente pretende que a gestante substituta seja sua irmã de 28 anos, saudável, que aceita voluntariamente a gestação, sem fins lucrativos. O embrião será formado com o óvulo da própria paciente e sêmen de banco autorizado.

À luz da Resolução CFM nº 2.320/2022 (ou vigente) e dos princípios bioéticos que regem a reprodução humana assistida no Brasil, assinale a alternativa **CORRETA**.

- a) A situação é eticamente vedada, pois a gestação por substituição só é permitida em casais heterossexuais inférteis, sendo proibida para mulheres solteiras.



- b) A gestação por substituição é permitida apenas se houver vínculo consanguíneo até o quarto grau, sendo obrigatória autorização judicial prévia para qualquer caso.
- c) O procedimento é eticamente permitido, desde que haja indicação médica, ausência de caráter comercial, vínculo consanguíneo até o terceiro grau, termo de consentimento informado de todas as partes e aprovação do comitê da clínica.
- d) O uso de sêmen de doador anônimo invalida a possibilidade de gestação por substituição, sendo permitido apenas quando ambos os gametas são do casal solicitante.
- e) A cessão temporária de útero é permitida apenas quando a gestante substituta já tiver pelo menos um filho vivo e comprovação de estabilidade conjugal.

64. Mulher de 38 anos, nuligesta, deseja gestação futura. Apresenta menorrágia progressiva há 1 ano, anemia ferropriva refratária ao tratamento oral e sensação de peso pélvico. Ultrassonografia transvaginal mostra útero de 12 semanas, com múltiplos miomas, sendo o maior intramural com componente submucoso (FIGO tipo 2) medindo 4,5 cm, além de dois miomas subserosos pequenos. A histeroscopia confirma abaulamento da cavidade endometrial pelo mioma maior.

Considerando o quadro clínico, os achados de imagem e o desejo reprodutivo da paciente, qual é a melhor conduta?

- a) Tratamento clínico com análogo de GnRH por 6 meses como terapia definitiva.
- b) Embolização das artérias uterinas, devido à preservação anatômica do útero.
- c) Miomectomia histeroscópica isolada, por se tratar de mioma submucoso.
- d) Miomectomia laparoscópica, considerando o tamanho e a localização do mioma.
- e) Histerectomia subtotal, por falha do tratamento clínico e anemia refratária.

65. Mulher de 38 anos, G2P1A1, com história de infertilidade secundária há 2 anos, apresenta histerossalpingografia sugerindo defeito de enchimento irregular na cavidade uterina. A ultrassonografia transvaginal evidencia endométrio heterogêneo na fase proliferativa tardia, sem massas miometriais evidentes. Indica-se histeroscopia diagnóstica, que revela múltiplas formações polipoides sésseis, de coloração pálida, predominantemente no fundo uterino, com vascularização escassa.

Considerando os achados histeroscópicos e a correlação clínico-reprodutiva, assinale a alternativa mais **CORRETA** quanto à conduta e ao impacto reprodutivo.

- a) A ressecção histeroscópica está contraindicada, pois lesões polipoides múltiplas sugerem adenomiose, cujo tratamento deve ser exclusivamente clínico.
- b) A biópsia dirigida é suficiente, não havendo benefício reprodutivo comprovado na ressecção completa dessas lesões.
- c) A ressecção histeroscópica completa das lesões pode melhorar as taxas de implantação embrionária, especialmente em mulheres submetidas a técnicas de reprodução assistida.
- d) O aspecto descrito é típico de mioma submucoso tipo 2, sendo a abordagem histeroscópica associada a alto risco de perfuração uterina e sinéquias graves.
- e) O achado é compatível com hiperplasia endometrial atípica, devendo-se indicar histerectomia total como tratamento de escolha.

66. Uma mulher de 42 anos, assintomática, realiza ultrassonografia mamária como complemento à mamografia de rastreamento. O exame evidencia uma lesão oval, anecoica, de contornos bem definidos, paredes finas, com reforço acústico posterior, sem septações ou componentes sólidos, medindo 1,6 cm, localizada no quadrante superoexterno da mama esquerda. Não há vascularização ao Doppler.

Com base nos achados ultrassonográficos, a conduta e a classificação BI-RADS mais adequadas são:



- a) Classificar como BI-RADS 3 e indicar controle ultrassonográfico em 6 meses.
- b) Classificar como BI-RADS 2 e manter seguimento de rotina, sem necessidade de intervenção.
- c) Classificar como BI-RADS 4A e indicar biópsia percutânea guiada por ultrassom.
- d) Classificar como BI-RADS 3 e indicar punção aspirativa diagnóstica.
- e) Classificar como BI-RADS 5 e encaminhar para tratamento cirúrgico imediato.

67. Mulher de 41 anos, G2P2, procura atendimento por sangramento uterino irregular há 8 meses, com aumento progressivo do volume e episódios intermenstruais. Refere ciclos previamente regulares. Nega dismenorreia importante. Ao exame físico, útero de tamanho normal, sem dor à mobilização. Ultrassonografia transvaginal evidencia endométrio de 14 mm, homogêneo, sem lesões focais; ovários sem alterações. Hemograma mostra Hb = 10,2 g/dL. Teste de gravidez negativo.

De acordo com a classificação PALM-COEIN da FIGO, a conduta mais adequada neste momento é:

- a) Iniciar tratamento empírico com anticoncepcional hormonal combinado e reavaliar em 6 meses, pois o espessamento endometrial é compatível com a fase secretora.
- b) Solicitar histeroscopia diagnóstica, pois toda paciente acima de 40 anos com SUA deve ser submetida a avaliação invasiva do endométrio.
- c) Realizar biópsia endometrial, considerando o risco aumentado de patologia endometrial em mulheres ≥ 40 anos com sangramento anormal persistente.
- d) Classificar o quadro como SUA-O e iniciar progestagênio cíclico, sem necessidade de investigação adicional.
- e) Indicar curetagem uterina diagnóstica, pois a ultrassonografia não é método adequado para avaliação endometrial no SUA.

68. Mulher de 29 anos, sexualmente ativa desde os 17 anos, sem comorbidades, comparece para consulta de rotina. Nunca realizou citologia oncológica. O teste de HPV de alto risco é positivo para HPV 16, e a citologia revela ASC-US. A colposcopia é satisfatória e não evidencia lesões.

Segundo as diretrizes brasileiras atuais, a conduta mais adequada é:

- a) Repetir citologia em 6 meses.
- b) Realizar conização diagnóstica.
- c) Repetir citologia e teste de HPV em 12 meses.
- d) Realizar excisão da zona de transformação.
- e) Encaminhar para radioterapia profilática.

69. Paciente de 32 anos, nuligesta, deseja engravidar. Diagnóstico de carcinoma epidermoide do colo uterino, medindo 1,8 cm, restrito ao colo, sem invasão linfovascular, RM sem comprometimento parametrial ou linfonodal.

A melhor opção terapêutica é:

- a) Histerectomia radical tipo C.
- b) Traquelectomia radical com linfadenectomia pélvica.
- c) Radioterapia com braquiterapia.
- d) Conização simples com margens livres.
- e) Quimioterapia neoadjuvante seguida de conização.



70. Mulher de 34 anos, nuligesta, com desejo reprodutivo, apresenta dor pélvica crônica e dismenorrea progressiva há 2 anos. Ultrassonografia transvaginal mostra ovário esquerdo aumentado, com formação cística de 6,2 cm, conteúdo homogêneo de baixa ecogenicidade (“vidro fosco”), paredes espessadas, sem septações internas ou projeções papilares. Doppler colorido evidencia vascularização periférica discreta, sem fluxo central. CA-125 sérico: 78 U/mL.

Diante do quadro, a conduta mais adequada é:

- a) Laparotomia com ooforectomia esquerda, devido ao risco elevado de malignidade.
 - b) Acompanhamento expectante com nova ultrassonografia em 3 meses.
 - c) Laparoscopia com cistectomia ovariana, preservando parênquima ovariano.
 - d) Punção aspirativa guiada por ultrassonografia e escleroterapia do cisto.
 - e) Início de quimioterapia empírica para neoplasia ovariana epitelial inicial.
71. Uma gestante de 28 anos, G2P1, com 36 semanas de gestação, comparece à maternidade em trabalho de parto inicial. Durante a admissão, recusa formalmente a realização de cesariana, mesmo após explicações detalhadas, caso ocorra sofrimento fetal agudo, alegando convicções pessoais. O prontuário revela adequada capacidade de compreensão, ausência de transtorno mental e assinatura de termo de recusa informado. Algumas horas depois, o cardiotocograma passa a mostrar desacelerações tardias recorrentes, compatíveis com sofrimento fetal. Não há risco iminente de morte materna.

À luz dos princípios éticos e bioéticos aplicáveis à obstetrícia no Brasil, a conduta eticamente mais adequada do obstetra é:

- a) Realizar a cesariana imediatamente, priorizando o princípio da beneficência fetal, mesmo sem consentimento da gestante.
 - b) Solicitar autorização judicial de urgência para realização da cesariana, uma vez que o direito à vida fetal se sobrepõe à autonomia materna.
 - c) Respeitar a recusa da gestante, manter vigilância clínica rigorosa, registrar adequadamente a decisão e oferecer suporte contínuo, mesmo diante do sofrimento fetal.
 - d) Transferir a paciente para outra instituição para que outro profissional assumira a decisão, isentando-se de responsabilidade ética.
 - e) Sedar a paciente e proceder à cesariana, justificando a intervenção como estado de necessidade médica.
72. Durante a gestação normal, diversas adaptações fisiológicas ocorrem para atender às demandas materno-fetais.
- Sobre essas modificações, assinale a alternativa **CORRETA**.
- a) O débito cardíaco aumenta progressivamente até o termo, atingindo seu pico apenas no trabalho de parto.
 - b) A resistência vascular sistêmica aumenta devido à ação vasoconstritora da progesterona.
 - c) A ventilação minuto aumenta principalmente pelo aumento do volume corrente, com discreta redução da PaCO₂.
 - d) A taxa de filtração glomerular diminui no primeiro trimestre, retornando ao normal no terceiro trimestre.
 - e) O pH sanguíneo materno tende à acidose metabólica compensada ao final da gestação.



73. Gestante de 32 semanas, multípara, com histórico de duas cesarianas prévias, apresenta sangramento vaginal vermelho-vivo, indolor, de início súbito. Ultrassonografia evidencia placenta recobrando totalmente o óstio cervical interno.

A conduta mais adequada é:

- a) Realizar toque vaginal para avaliar dilatação cervical.
- b) Indicar cesariana imediata, independentemente da estabilidade materna.
- c) Conduta expectante hospitalar, se mãe e feto estiverem estáveis.
- d) Amniotomia para acelerar a resolução do sangramento.
- e) Indicar parto vaginal sob vigilância contínua.

74. Puérpera de 48 horas pós-cesariana apresenta febre (38,8 °C), útero subinvoluído, doloroso à palpação e lóquios fétidos.

O diagnóstico mais provável e o tratamento inicial mais adequado são:

- a) Endometrite puerperal – clindamicina associada à gentamicina.
- b) Infecção urinária – cefalexina por via oral.
- c) Mastite puerperal – oxacilina intravenosa.
- d) Trombose séptica pélvica – anticoagulação imediata.
- e) Deiscência de ferida operatória – exploração cirúrgica imediata.

75. Gestante G4P2A1, com duas cesarianas prévias, 35 semanas e 4 dias, apresenta segundo episódio de sangramento vaginal indolor, moderado, hemodinamicamente estável. Ultrassonografia evidencia placenta prévia centro-total.

Considerando evidências atuais, a conduta mais adequada é:

- a) Alta hospitalar com orientação de retorno em caso de novo sangramento.
- b) Corticoterapia antenatal e programação de cesariana eletiva entre 36–37 semanas.
- c) Cesariana imediata devido ao risco iminente de acretismo placentário.
- d) Indução do parto com ocitocina sob vigilância intensiva.
- e) Amniocentese para maturidade pulmonar antes de decidir via de parto.

76. Puérpera de 72 horas pós-cesariana mantém febre persistente ($\geq 38,5$ °C) apesar de antibioticoterapia adequada com clindamicina e gentamicina há 48 horas. Apresenta dor pélvica leve, sem sinais de peritonite, e exames de imagem sem coleções.

O diagnóstico mais provável é:

- a) Endometrite refratária por enterococo.
- b) Abscesso pélvico profundo não detectável por imagem.
- c) Tromboflebite séptica pélvica.
- d) Infecção urinária associada a cateter vesical.
- e) Complicação respiratória infecciosa secundária.

77. Puérpera de 28 anos, 3 semanas após parto, relata tristeza persistente, anedonia, insônia, sentimento de culpa excessiva e pensamentos recorrentes de incapacidade para cuidar do recém-nascido. Nega sintomas psicóticos.

Qual critério abaixo diferencia depressão puerperal de blues puerperal?

- a) Presença de labilidade emocional.
- b) Início até o 10º dia pós-parto.
- c) Comprometimento funcional significativo.
- d) Choro fácil e irritabilidade.
- e) Melhora espontânea sem tratamento.



- 78.** Óbito de gestante por agravamento de cardiopatia congênita pré-existente durante a gestação deve ser classificado como:
- a) Morte materna direta.
 - b) Morte materna indireta.
 - c) Morte materna tardia.
 - d) Morte obstétrica acidental.
 - e) Morte relacionada à gestação, não materna.
- 79.** Gestante de 18 semanas, com história prévia de pielonefrite na gestação anterior, apresenta urocultura positiva para *E. coli* (10^5 UFC/mL), assintomática.
- Após tratamento adequado, a principal conduta adicional indicada é:
- a) Alta sem seguimento.
 - b) Profilaxia antibiótica contínua até o parto.
 - c) Uroculturas de controle periódicas.
 - d) Ultrassonografia renal seriada.
 - e) Internação para antibioticoterapia venosa.
- 80.** Qual situação contraindica tentativa de parto operatório vaginal em trabalho de parto distócico?
- a) Analgesia peridural.
 - b) Bolsa rota prolongada.
 - c) Cabeça fetal não insinuada.
 - d) Posição occipito-posterior.
 - e) Segundo estágio prolongado.

PEDIATRIA

- 81.** João, 2 anos de idade, é levado ao pronto-socorro pelos pais devido a febre alta ($39,5^{\circ}\text{C}$) há 2 dias, associada à tosse produtiva e dificuldade respiratória. A mãe relata que ele apresenta respiração acelerada e movimentos de retração das costelas durante a inspiração. Ao exame físico, observa-se taquipneia (respiração: 52 irpm), tiragem subcostal e intercostal, além de cianose periférica discreta. Ausculta pulmonar revela estertores finos em base direita e sibilos dispersos. O histórico vacinal está incompleto: a criança recebeu apenas a primeira dose da vacina pneumocócica. Radiografia de tórax mostra consolidação lobar no lobo inferior direito.

Considerando o caso clínico acima, assinale a alternativa mais adequada:

- a) O quadro é compatível com pneumonia viral, portanto antibióticos não são indicados; o manejo é exclusivamente suporte clínico.
- b) A criança apresenta sinais de pneumonia grave e deve ser hospitalizada para antibioticoterapia endovenosa, oxigenoterapia e monitoramento clínico.
- c) A presença de sibilos descarta pneumonia bacteriana, portanto a conduta imediata é broncodilatador inalatório apenas.
- d) A vacinação incompleta não altera o risco de pneumonia pneumocócica grave em crianças menores de 2 anos.
- e) O tratamento domiciliar com antibióticos orais é suficiente, já que a criança não apresenta febre há mais de 24 horas.



- 82.** Marina, 18 meses, é levada à consulta de rotina pelos pais. Ela nasceu a termo, sem intercorrências, e teve o crescimento e desenvolvimento adequados. Ao revisar a caderneta vacinal, observa-se que ela recebeu todas as vacinas até 12 meses, **mas não recebeu a dose de reforço da vacina tríplice viral (sarampo, caxumba e rubéola) e não completou o esquema da vacina pneumocócica conjugada (PCV10/13)**. Os pais relatam que Marina começou a frequentar a creche recentemente e que houve casos de sarampo confirmados na instituição. Não há sintomas presentes no momento. A pediatra precisa orientar sobre as medidas a serem tomadas.

Considerando o caso acima, assinale a alternativa mais adequada:

- a) Marina deve ser considerada protegida contra sarampo, caxumba e rubéola, pois recebeu todas as vacinas até 12 meses; não há necessidade de reforço.
 - b) A vacinação pneumocócica é desnecessária, pois a criança está acima de 12 meses e não apresenta doenças crônicas.
 - c) Como Marina não apresenta sintomas, não há necessidade de nenhuma intervenção vacinal até o próximo ano.
 - d) O reforço da tríplice viral só deve ser administrado após comprovação laboratorial de ausência de anticorpos contra sarampo.
 - e) A criança deve receber imediatamente a dose de reforço da tríplice viral e completar o esquema pneumocócico, de acordo com calendário vacinal, pois está em situação de risco aumentado por contato com casos confirmados.
- 83.** Lucas, 1 ano e 8 meses, é levado ao pronto-socorro pelos pais devido a diarreia intensa há 2 dias, com 6 episódios de evacuação líquida nas últimas 24 horas, associada a vômitos ocasionais e febre baixa (38°C). A criança apresenta recusa alimentar, mucosas levemente secas, olhos fundos, e está irritável. Os pais relatam que Lucas recebeu todas as vacinas até a idade recomendada e que não houve contato com pessoas doentes recentemente. Ao exame físico: Peso: 11 kg (percentil 50), Frequência cardíaca: 138 bpm, Frequência respiratória: 28 irpm, Pressão arterial: 85/55 mmHg, Turgor da pele levemente diminuído, Abdome: plano, levemente doloroso à palpação, sem massas palpáveis, A suspeita clínica é diarreia aguda de origem infecciosa, possivelmente viral.

Com base no caso clínico acima, assinale a alternativa mais adequada sobre o manejo de Lucas:

- a) A criança apresenta desidratação grave e deve ser imediatamente internada com reposição intravenosa de fluidos e antibioticoterapia empírica.
 - b) O uso de antibióticos é obrigatório para todas as diarreias agudas em crianças, independentemente da gravidade ou suspeita de agente etiológico.
 - c) Não há risco de desidratação; o tratamento é apenas suspender a alimentação e oferecer líquidos à vontade.
 - d) A criança apresenta sinais de desidratação leve a moderada; deve-se iniciar reidratação oral (SRO) associada à manutenção da alimentação habitual, monitorando sinais vitais e estado de hidratação.
 - e) A introdução de fórmulas lácteas deve ser suspensa por pelo menos 7 dias até resolução completa da diarreia.
- 84.** Ana, 14 meses, é levada à unidade de saúde pelos pais devido a febre alta (39,2°C) iniciada há 4 dias, acompanhada de tosse persistente, coriza e conjuntivite. No terceiro dia de febre, surgiram pequenas manchas avermelhadas na face, que evoluíram para o tronco e membros. A criança não recebeu a dose de **MMR (tríplice viral)**. Ao exame físico: Sinais vitais: FC 130 bpm, FR 28 irpm, PA 90/55 mmHg, temperatura 39°C, Conjuntivas hiperemiadas, mucosa oral com pequenas lesões esbranquiçadas na região bucal (manchas de Koplik), Manchas maculopapulares difusas no tronco e membros, Estado geral: alerta, mas irritável.

Com base no caso clínico acima, assinale a alternativa adequada.



- a) A doença descrita é compatível com sarampo; deve-se notificar imediatamente, oferecer suporte clínico e vacinar contatos suscetíveis.
- b) A criança está protegida contra sarampo, pois a doença é benigna; não há necessidade de vacinação.
- c) O diagnóstico de sarampo só pode ser confirmado após exame sorológico; até lá, não há necessidade de medidas de isolamento.
- d) O tratamento específico com antivirais é obrigatório para todas as crianças com sarampo.
- e) Como a criança apresenta lesões cutâneas, a administração da vacina MMR deve ser adiada por pelo menos 30 dias.

85. Pedro, 3 anos, é levado à consulta pediátrica, com queixa de febre alta (39°C) há 2 dias, associada à dor ao urinar (disúria) e urina turva. A mãe relata que ele teve episódios frequentes de urinar em pequenas quantidades e recusa beber água. Não há antecedentes de doenças renais, malformações urinárias ou cateterismo prévio. Ao exame físico: Estado geral: alerta, porém irritável, Sinais vitais: FC 125 bpm, FR 22 irpm, PA 95/60 mmHg, temperatura 39°C, Abdome: levemente doloroso à palpação suprapúbica, sem massas, Genitália: sem lesões, sinais de inflamação local, Exames laboratoriais: Urina tipo I: leucocitúria (++) , nitrato positivo, Cultura de urina: foi colhido e enviado amostra para o laboratório. O pediatra inicia antibioticoterapia empírica oral, solicita avaliação ultrassonográfica de abdome total e orienta acompanhamento clínico.

Com base no caso clínico acima, assinale a alternativa mais adequada.

- a) A presença de febre e disúria em criança com urina turva é suficiente para diagnosticar infecção urinária, sem necessidade de exame de urina (sumário de urina e urocultura).
- b) Infecção urinária em crianças deve sempre ser tratada apenas com antibióticos intravenosos, independentemente da gravidade, pelo risco alto de pielonefrite.
- c) A infecção urinária em crianças é suspeitada por sintomas urinários (disúria, polaciúria), febre e alterações laboratoriais; tratamento com antibiótico oral é indicado para casos não complicados.
- d) Cultura de urina não é necessária, pois a urina tipo I já confirma o provável agente causal.
- e) Não há necessidade de investigação adicional, como ultrassonografia, pois infecções urinárias em crianças pequenas raramente estão associadas a malformações.

86. Lucas, 6 anos, é levado à pediatria com fadiga progressiva, palidez intensa e febre baixa intermitente nas últimas 3 semanas. A mãe relata manchas roxas pelo corpo e sangramentos nas gengivas após escovação dental. Ele refere dor óssea nos joelhos e cotovelos, sem traumatismos recentes. Ao exame físico: Estado geral: frágil, apático. Sinais vitais: FC 110 bpm, FR 22 irpm, PA 90/60 mmHg, temperatura 37,8°C. Pele: petéquias difusas, equimoses. Linfonodos: palpáveis, indolores, cervicais e inguinais. Fígado e baço: aumentados (hepatomegalia e esplenomegalia discretas). Exames laboratoriais: Hemograma: anemia (Hb 7,8 g/dL), leucocitose (WBC 45.000/mm³) com predomínio de blastos, plaquetopenia (35.000/mm³), Exame de medula óssea: >25% de blastos.

Considerando o caso clínico acima, assinale a alternativa **CORRETA**.

- a) A presença de anemia, plaquetopenia e leucocitose com blastos indica leucemia aguda, e o tratamento inicial deve incluir quimioterapia imediatamente em hospital especializado.
- b) O diagnóstico de leucemia pode ser feito por exames de imagem (tomografia ou ressonância) sem necessidade de medula óssea, pois é um exame muito invasivo.
- c) Pacientes com leucemia linfoblástica aguda devem receber apenas transfusões, sem quimioterapia, para normalizar os valores hematológicos.



- d) A leucemia infantil geralmente não apresenta sintomas de sangramento ou dor óssea, sendo assintomática na maioria dos casos.
- e) A leucemia aguda em crianças é uma doença benigna e autolimitada, sem necessidade de intervenção médica.

87. Gabriel, 8 anos, é levado à pediatria com aumento rápido de linfonodos cervicais, axilares e inguinais nas últimas 3 semanas, associado a febre intermitente, fadiga e perda de 5 kg. Os pais relatam dispneia e tosse há 1 semana. Ao exame físico: Estado geral: pálido, taquicárdico, respirando com esforço. Linfonodos: múltiplos, firmes, não dolorosos, até 4 cm. Abdome: hepatomegalia 3 cm abaixo do rebordo costal, esplenomegalia discreta. Sistema respiratório: redução de murmúrio vesicular em base direita. Sem lesões cutâneas. Exames laboratoriais: Hemograma: leucócitos 60.000/mm³ (predomínio de linfoblastos), hemoglobina 8,2 g/dL, plaquetas 50.000/mm³. LDH: 1.200 U/L (elevada). Beta-2-microglobulina: elevada. Biópsia linfonodal: realizada e aguardando o resultado. Tomografia de tórax e abdome: massas mediastinais, linfonodomegalias abdominais extensas. O caso é classificado como linfoma não-Hodgkin de alto risco, estadiado como estágio III/IV de acordo com a classificação internacional para linfomas pediátricos. A equipe de oncologia inicia quimioterapia intensiva combinada com protocolos específicos para alto risco e monitoramento de complicações, incluindo síndrome de lise tumoral.

Com base no caso clínico acima, assinale a alternativa **CORRETA**.

- a) O tratamento de alto risco em LNH pediátrico pode ser limitado a cirurgia para ressecção da massa tumoral, sem necessidade de quimioterapia combinada.
- b) Em linfoma não-Hodgkin infantil, a elevação de LDH e beta-2-microglobulina não possui valor prognóstico; apenas o tamanho da massa tumoral é relevante.
- c) Trata-se de linfoma não-Hodgkin difuso de grandes células B, de alto risco em crianças, apresenta crescimento rápido, acometimento nodal e extranodal, e o estadiamento III/IV indica doença extensa, devendo receber quimioterapia intensiva combinada com monitoramento rigoroso.
- d) Crianças com LNH avançado devem receber apenas quimioterapia padrão, sem monitoramento para complicações como síndrome de lise tumoral.
- e) Estadiamento III/IV de linfoma não-Hodgkin indica doença localizada, com bom prognóstico e tratamento conservador.

88. Miguel, 11 anos, é levado ao pronto-socorro com poliúria, polidipsia, vômitos frequentes, dor abdominal e respiração rápida há 2 dias. A mãe relata que ele está letárgico, perdeu 4 kg nas últimas semanas e apresenta halitose cetônica. Ao exame físico: Estado geral: desidratado moderado, letárgico. Sinais vitais: FC 140 bpm, FR 32 irpm, PA 85/55 mmHg, Temp 37,5°C. Peso: 34 kg (percentil 25). Altura: 140 cm (percentil 50). Abdome: doloroso à palpação difusa, sem massa palpável. Pele: mucosas secas, turgor diminuído. Exames laboratoriais: Glicemia capilar: 480 mg/dL. Gasometria: pH 7,18, HCO₃⁻ 12 mEq/L. Cetonúria: ++. HbA1c: 11,2%. Eletrólitos: sódio 132 mEq/L, potássio 4,8 mEq/L. O diagnóstico é cetoacidose diabética (CAD) em diabetes tipo 1. A equipe inicia hidratação intravenosa, correção de eletrólitos, insulina contínua IV e monitoramento rigoroso, com transição posterior para insulina subcutânea basal-bolo. É planejado acompanhamento ambulatorial com monitoramento contínuo de glicemia (CGM), educação nutricional e estratégias para prevenir complicações agudas e crônicas.

Considerando o caso clínico acima, assinale a alternativa **CORRETA**.

- a) Na CAD, a administração de insulina subcutânea imediata é suficiente sem, necessidade de hidratação intravenosa ou correção de eletrólitos.



- b) O manejo inicial da CAD inclui hidratação intravenosa, correção de eletrólitos, infusão contínua de insulina, monitoramento clínico e laboratorial rigoroso; após estabilização, deve-se transitar para insulina basal-bolo subcutânea, com acompanhamento contínuo de glicemia e educação para prevenção de complicações.
- c) Monitoramento contínuo de glicemia (CGM) não é recomendado em crianças com diabetes tipo 1, pois não melhora controle glicêmico nem previne complicações.
- d) A CAD é um evento benigno em crianças com diabetes tipo 1 e pode ser manejada apenas em casa com aumento de ingestão de líquidos e dieta restrita.
- e) Prevenção de complicações crônicas do diabetes tipo 1 não depende do controle glicêmico ou do ajuste adequado da insulina basal-bolo.

89. Lucas, 2 dias de vida, é avaliado na maternidade após triagem neonatal indicar níveis elevados de 17-hidroxiprogesterona (17-OHP). Ao exame físico, apresenta genitália masculina aparentemente normal, sem sinais de virilização. No histórico familiar, há irmão com HAC clássica perdedora de sal. Exames laboratoriais e adicionais: 17-OHP: 15.000 ng/dL (elevada). Eletrólitos séricos: sódio 132 mEq/L, potássio 5,8 mEq/L. Cortisol sérico: baixo. Genotipagem: mutações em **CYP21A2** confirmando **HAC** clássica, forma perdedora de sal. Teste de estímulo com ACTH: resposta deficiente de cortisol. A equipe inicia hidrocortisona e fludrocortisona para prevenção de crises adrenais, com ajuste das doses durante episódios de febre, vômitos ou cirurgias. Planeja-se acompanhamento a longo prazo para:

Crescimento e puberdade. Equilíbrio eletrolítico. Prevenção de excesso de andrógenos. Educação familiar sobre manejo em situações de estresse. O plano inclui monitoramento genético e endócrino contínuo, além de suporte nutricional e orientação para evitar complicações metabólicas e psicológicas a longo prazo.

Com base no caso clínico acima, assinale a alternativa **CORRETA**.

- a) O diagnóstico de HAC depende exclusivamente da observação clínica de virilização; testes laboratoriais e genotipagem não são necessários
- b) Formas não clássicas de HAC em recém-nascidos sempre requerem doses máximas de hidrocortisona e fludrocortisona desde o nascimento, independentemente da gravidade.
- c) Em HAC clássica, o ajuste de doses durante febre ou cirurgia não é necessário, pois doses fixas previnem crises adrenais.
- d) Em recém-nascidos com HAC identificada na triagem neonatal, genotipagem (CYP21A2) confirma o diagnóstico e permite estratificação de risco; o manejo inicial inclui reposição de glucocorticoide e mineralocorticoide, ajuste de doses durante estresse e monitoramento do crescimento, puberdade e complicações a longo prazo.
- e) Complicações a longo prazo, como excesso de andrógenos e crescimento acelerado, não podem ser prevenidas mesmo com monitoramento adequado e terapia hormonal.

90. Pedro, 9 anos, apresenta linfonodos cervicais aumentados, há 6 semanas, sem sinais claros de infecção recente. Os pais relatam que os linfonodos não diminuíram de tamanho e que ele apresenta fadiga, sudorese noturna e perda de 2 kg no último mês. Ao exame físico: Estado geral: alerta, levemente pálido. Linfonodos cervicais: múltiplos, 2,5–4 cm, firmes, parcialmente fixos, indolores. Linfonodos axilares: discretamente palpáveis. Abdome: baço discreta palpável. Sem lesões cutâneas. Sem febre no momento. Exames laboratoriais: Hemograma: leucócitos 14.000/mm³ (predomínio linfocitário), hemoglobina 10,8 g/dL, plaquetas 180.000/mm³. VHS: 55 mm/h (elevada). LDH: 650 U/L (elevada). Sorologias para EBV, CMV e toxoplasmose: negativas. Conduta inicial: Ultrassonografia cervical: linfonodos hipoecoicos, bordas irregulares, aumento da vascularização central. TC de pescoço e tórax: confirma linfonodos aumentados mediastinais e cervicais, sem massa abdominal. Biópsia excisional: necessária devido a sinais de alerta de malignidade (crescimento persistente, fixação parcial, sintomas sistêmicos).

Com base no caso clínico acima, assinale a alternativa **CORRETA**.



- a) Linfonodomegalias persistentes, firmes e fixas, mas assintomáticas, sempre podem ser observadas sem exames laboratoriais ou de imagem, pois raramente indicam malignidade.
- b) Toda linfonodomegalia cervical em crianças deve ser tratada inicialmente com antibiótico empírico, sem necessidade de exames de imagem ou biópsia, independentemente das características clínicas.
- c) Linfonodos hipoecoicos e com bordas irregulares na ultrassonografia sugerem apenas infecção viral e não justificam investigação adicional.
- d) Biópsia excisional deve ser realizada somente em linfonodos dolorosos ou ulcerados, e não em casos de crescimento persistente ou sintomas sistêmicos.
- e) Linfonodomegalias cervicais persistentes (>4–6 semanas), firmes, parcialmente fixas, associadas a sintomas sistêmicos ou laboratoriais alterados, devem ser investigadas com exames de imagem (ultrassonografia e TC) e biópsia excisional, pois podem indicar malignidade, como linfoma.

91. Mariana, 11 anos, apresenta dor abdominal recorrente há 5 meses, ocorrendo 3–4 vezes por semana, principalmente antes da escola, durando 1–2 horas, aliviando após evacuação. Ela relata náusea leve, mas sem vômitos, perda de peso ou febre. Os pais referem que a criança apresenta ansiedade relacionada à escola, mas mantém boa alimentação e crescimento adequado. Ao exame físico: Estado geral: bom, afebril. Abdome: plano, sem distensão, dor leve difusa, sem defesa, sem massa palpável. Peso e altura dentro do percentil esperado. Sem linfonodomegalias ou alterações cutâneas. Exames laboratoriais realizados previamente: hemograma, PCR, função hepática, urinálise normais.

Considerando o caso acima, qual é a conduta mais adequada?

- a) A presença de náusea leve em dor abdominal funcional indica automaticamente doença orgânica, sendo obrigatória investigação invasiva imediata.
- b) Todo caso de dor abdominal recorrente em crianças exige endoscopia digestiva, ultrassonografia e exames laboratoriais extensivos, independentemente de sinais de alarme ou crescimento adequado.
- c) Dor abdominal recorrente funcional só pode ser diagnosticada após falha de tratamento farmacológico, incluindo analgésicos e antibióticos.
- d) O quadro clínico atende aos critérios de Roma IV para dor abdominal funcional em crianças (dor abdominal recorrente, sem sinais de alarme, ocorrendo pelo menos uma vez por semana nos últimos 2 meses), sem necessidade de investigação laboratorial ou de imagem adicional, devendo-se implementar abordagem multidisciplinar: orientação familiar, manejo de estresse, acompanhamento psicológico, hábitos alimentares e monitoramento do crescimento.
- e) Crianças com dor abdominal funcional devem ser hospitalizadas para monitoramento contínuo, mesmo na ausência de sinais de alarme.

92. Um recém-nascido prematuro, 27 semanas de gestação, 950 g, recebe alimentação enteral gradual com fórmula enriquecida. Aos 6 dias de vida, apresenta distensão abdominal progressiva, vômitos biliosos, sangue nas fezes e apneias recorrentes. Exame físico: Estado geral: letárgico, com perfusão periférica diminuída. Abdome: distendido, hipersensível, sem massas palpáveis. Sinais vitais: FC 160 bpm, FR 50 irpm, PA 50/30 mmHg, SatO₂ 88%. Exames laboratoriais: Hemograma: leucocitose 20.000/mm³. Plaquetas: 80.000/mm³ (trombocitopenia). Gasometria: acidose metabólica (pH 7,15, HCO₃⁻ 14 mEq/L). PCR: elevada. Radiografia abdominal: presença de pneumatose intestinal e ar portal, sem pneumoperitônio.

Sobre este recém-nascido, assinale a alternativa **CORRETA**.

- a) O protocolo de antibióticos para ECN de alto risco inclui apenas cefalosporinas de primeira geração, independentemente do risco de Gram-negativos e anaeróbios
- b) ECN precoce e tardia não diferem quanto a fatores de risco ou gravidade; todos os casos devem ser manejados apenas com antibióticos orais, sem necessidade de suspensão da alimentação enteral.



- c) A presença de pneumatoses intestinais leves na radiografia é indicativa de perfuração iminente, devendo todos os neonatos ser levados imediatamente à cirurgia.
- d) Marcadores laboratoriais como trombocitopenia e acidose não têm relevância prognóstica e não influenciam conduta terapêutica.
- e) Trata-se de enterocolitene necrosante precoce e o manejo inclui: suspensão da alimentação enteral, antibióticos de amplo espectro intravenosos (por exemplo: ampicilina + gentamicina ± metronidazol), reposição hídrica e suporte hemodinâmico; cirurgia é indicada em perfuração intestinal (pneumoperitônio), deterioração clínica ou necrose progressiva.

93. Um recém-nascido prematuro, 32 semanas de gestação, 1.500 g, nasce por cesariana devido a sofrimento fetal. Ao nascimento, apresenta: Respiração irregular, Frequência cardíaca 80 bpm, Tônus diminuído, Cor cianótica, Escala de Apgar aos 1 e 5 minutos: 1 minuto: 3/10, 5 minutos: 5/10. O recém-nascido é levado à mesa de reanimação neonatal para manejo inicial.

Considerando o caso acima, assinale a alternativa **CORRETA** sobre os cuidados imediatos do recém-nascido prematuro em sala de parto:

- a) Iniciar aquecimento imediato, posicionar vias aéreas, fornecer oxigênio ou ventilação com pressão positiva conforme necessidade (FC <100 bpm ou apneia), monitorar frequência cardíaca e saturação, aspirar vias aéreas somente se houver obstrução visível; avaliar prematuro para hipotermia, hipoglicemia e risco de hemorragia intraventricular; adiar clampeamento do cordão de 30 a 60 segundos se o bebê estiver estável; e estimular aleitamento materno precoce ou leite materno na UTI neonatal.
- b) Aplicar aspiração traqueal de rotina e ventilação invasiva imediata em todos os prematuros, independentemente do Apgar ou frequência cardíaca, sem priorizar aquecimento ou avaliação de glicemia.
- c) Colocar o prematuro diretamente em incubadora sem avaliação clínica, monitoramento cardíaco ou suporte ventilatório, apenas após chegada à UTI neonatal.
- d) Suspender quaisquer intervenções até estabilização espontânea do bebê, pois prematuros com Apgar <5 normalmente melhoram sem reanimação.
- e) Clampeamento precoce imediato do cordão é obrigatório, independentemente da estabilidade hemodinâmica, para todos os prematuros.

94. Paciente: João, 6 meses, sexo masculino. Queixa principal: Falta de ar e cansaço fácil ao mamar. História da doença atual: Mãe relata que o bebê se cansa rapidamente durante as mamadas, apresentando sudorese e cianose leve nos lábios. Nota ainda que ele parece “mais gordo” na região do tórax e abdome após mamar. **Antecedentes:** Nasceu de parto normal a termo, sem intercorrências neonatais. Sem histórico de infecções respiratórias graves. História familiar: tio com cardiopatia congênita (não especificada). **Exame físico:** Frequência cardíaca: 160 bpm, Frequência respiratória: 45 ipm, Pressão arterial: 85/50 mmHg. **Ausculta cardíaca:** sopro sistólico em borda paraesternal esquerda, reforçado com esforço. **Outros achados:** hepatomegalia discreta, turgência jugular normal, extremidades sem edema. **Exames complementares solicitados:** ecocardiograma sugeriu defeito no septo ventricular (DSV) perimembranoso com shunt esquerdo-direito moderado.

Com base no caso clínico apresentado, assinale a alternativa correta sobre o defeito do septo ventricular (DSV):

- a) DSV geralmente apresenta cianose intensa no nascimento.
- b) A repercussão hemodinâmica depende do tamanho do defeito e da resistência vascular pulmonar.
- c) O sopro característico do DSV é diastólico em foco aórtico.
- d) Todos os DSV requerem correção cirúrgica imediata nos primeiros dias de vida.
- e) O DSV é uma cardiopatia rara e não representa risco para insuficiência cardíaca.



95. Helena, 6 semanas, é levada à consulta pela mãe por icterícia persistente, que começou na terceira semana de vida. A mãe relata fezes progressivamente mais claras, chegando a aspecto quase **acólico**, e urina escura. A criança apresenta irritabilidade em alguns momentos e ganho ponderal insuficiente. Nega febre ou episódios infecciosos. Aleitamento materno exclusivo. **Exame físico:** Icterícia evidente, **Hepatomegalia:** fígado palpável a 3,5 cm abaixo do RCD. Sem esplenomegalia, Fontanelas normais. Sem alterações dismórficas. Boa perfusão periférica. **Exames iniciais: Bilirrubina total:** 11 mg/dL, **Bilirrubina direta:** 6,2 mg/dL, **GGT:** bastante elevada, **TGO/TGP:** moderadamente elevadas, **Coagulograma:** normal, **Teste do pezinho:** sem alterações. O pediatra suspeita de colestase neonatal e considera causas obstrutivas e não obstrutivas.

Diante do quadro apresentado, qual é o diagnóstico que deve ser excluído com maior urgência, devido à necessidade de intervenção precoce para melhor prognóstico?

- a) Hepatite neonatal por vírus (ex.: CMV).
 - b) Deficiência de alfa-1 antitripsina.
 - c) Atresia de vias biliares.
 - d) Colestase por síndrome de Alagille.
 - e) Colestase associada à nutrição parenteral.
96. Arthur, recém-nascido de 34 semanas, parto vaginal após ruptura prematura de membranas por 20 horas. Precisa de suporte ventilatório na sala de parto devido a cianose e esforço respiratório. Com 2 horas de vida, apresenta piora importante da respiração. **Sinais e sintomas:** Taquipneia: 78 irpm, Gemido expiratório, Batimento de asas nasais, Retrações subcostais e intercostais, Cianose central, Saturação: 83% em ar ambiente, 90% com CPAP nasal 6 cmH₂O. **Exame físico:** Ausculta: murmúrio vesicular diminuído bilateralmente, sem estertores ou sibilos, Perfusão periférica adequada, FC: 158 bpm, Temperatura normal. **Exames complementares:** Gasometria: pH: 7,26, pCO₂: 58 mmHg, pO₂: 48 mmHg, HCO₃⁻: 24 mEq/L. Radiografia de tórax: infiltrado granular difuso, padrão reticulogranular fino com broncogramas aéreos. Hemocultura coletada. Glicemia normal. O quadro sugere doença pulmonar primária associada à prematuridade.

Com base nos achados clínicos e radiológicos, qual é o diagnóstico mais provável?

- a) Pneumonia neonatal precoce.
 - b) Síndrome do Desconforto Respiratório (Doença da Membrana Hialina).
 - c) Taquipneia Transitória do Recém-Nascido.
 - d) Hipertensão Pulmonar Persistente do Recém-Nascido.
 - e) Atelectasia por obstrução de via aérea.
97. Júlia, 6 anos, previamente saudável e vacinada de forma irregular, é levada ao pronto atendimento com febre alta (39,5 °C) há 4 dias, acompanhada de tosse seca, rinorreia e conjuntivite não purulenta. Nas últimas 24 horas, desenvolveu um exantema maculopapular eritematoso que começou na face e progrediu rapidamente para o tronco e os membros. A mãe relata que reparou em “manchinhas brancas na boca” dois dias antes do aparecimento do exantema. A criança está prostrada e com fotofobia. **Exame físico:** Exantema maculopapular confluyente, iniciando atrás das orelhas. Conjuntivite não purulenta. Presença de manchas de Koplik na mucosa oral. Linfonodos submandibulares discretamente aumentados. Sinais vitais: FC 110 bpm, FR 24 irpm, SatO₂ 97%, Febre: 39 °C. **Exames complementares (quando feitos):** Hemograma: linfopenia leve. Sorologia (resultados aguardando).

Com base nos achados clínicos, qual é o diagnóstico mais provável?

- a) Rubéola.
- b) Eritema infeccioso (Parvovírus B19).
- c) Sarampo.
- d) Exantema súbito (Roseola).
- e) Escarlatina.



98. Rafael, 4 anos, é levado ao ambulatório por apresentar baixo crescimento em relação às outras crianças da idade. A mãe relata que ele sempre foi “miudinho”, mas nos últimos meses percebeu que ele não está crescendo como esperado. A criança costuma fazer apenas duas refeições por dia, com dieta predominantemente baseada em carboidratos (arroz, macarrão, mingau) e baixa ingestão de proteínas. Não há história de diarreia persistente, vômitos ou doenças crônicas conhecidas. Vacinação incompleta. Frequenta creche. **Exame físico:** Peso: 12,0 kg (P3–5). Estatura: muito abaixo do esperado para idade (escore $Z < -2,5$ para estatura/idade). IMC na faixa normal. Cabelos finos, quebradiços. Unhas fracas. Apatia leve. Sem edemas. Sinais vitais normais. **Achados complementares:** Hemograma: anemia microcítica discreta. Albumina: normal. Parasitoses: pesquisa de ovos e parasitas negativa. **Curva de crescimento:** desaceleração da estatura desde os 2 anos, com manutenção do peso proporcionalmente mais baixo, porém estável. O pediatra considera diagnóstico de desnutrição crônica (nanismo nutricional).

Com base no caso clínico, qual é o achado mais característico da desnutrição crônica em crianças?

- a) Edema de membros inferiores e albumina baixa.
 - b) Aumento agudo do consumo energético diário.
 - c) Diarreia persistente e vômitos recorrentes como achado obrigatório.
 - d) Perda de peso abrupta com emagrecimento acentuado.
 - e) Redução persistente da estatura para idade (baixa estatura).
99. Joana, 6 anos, é levada ao pronto-socorro pela professora, que relatou hematomas frequentes e inexplicáveis em diferentes estágios de cicatrização. A mãe diz que a criança é muito ativa e “se machuca brincando”. Recentemente, a professora observou que Joana parece assustada quando se aproxima de adultos desconhecidos. **Exame físico:** Hematomas múltiplos em tronco, braços e coxas, alguns em formatos sugestivos de objetos. Pequenas escoriações em face e couro cabeludo. Sinais de desnutrição leve. Comportamento reservado, evita contato ocular. **Exames complementares sugeridos:** Radiografias de esqueleto completo para avaliar fraturas antigas ou em diferentes fases de cicatrização, Avaliação laboratorial: hemograma, coagulograma (para descartar distúrbios de coagulação).

Qual das seguintes condutas é mais adequada diante da suspeita de abuso infantil?

- a) Confrontar imediatamente a mãe para obter explicações detalhadas.
 - b) Aguardar novos sinais de abuso antes de agir, para confirmar o diagnóstico
 - c) Administrar analgésicos e alta hospitalar, aguardando evolução clínica.
 - d) Notificar os órgãos de proteção à criança e iniciar investigação multidisciplinar.
 - e) Apenas encaminhar para psicoterapia, sem comunicar autoridades.
100. Lucas, 4 anos, é levado ao pediatra pelos pais devido a fadiga excessiva, palidez e perda de apetite nas últimas semanas. Ele frequenta creche e se queixa de fraqueza durante brincadeiras, mas não apresenta febre, icterícia ou sangramentos aparentes. A dieta é pobre em carnes e verduras. **Exame físico:** Palidez cutânea e de mucosas. Taquicardia leve, sem sopros cardíacos. Peso e altura dentro do percentil adequado. Sem linfonodomegalias ou esplenomegalia. **Exames laboratoriais:** Hemograma: Hb 8,5 g/dL (baixo), Ht 28%, VCM 68 fL (microcítica), HCM 22 pg. Reticulócitos: 1%. Ferritina: baixa. VHS e PCR normais.

Qual é a causa mais provável de anemia neste paciente?

- a) Anemia ferropriva por deficiência alimentar.
- b) Anemia hemolítica autoimune.
- c) Anemia aplástica.
- d) Anemia megaloblástica por deficiência de vitamina B12.
- e) Anemia secundária a doença crônica.

**RESIDÊNCIAS
UESPI**

**RESIDÊNCIAS
UESPI**