

CADERNO DE PROVA

S20

Médico - Endócrino Pediátrico

Instruções



Confira o número que você obteve no ato da inscrição com o que está indicado no cartão-resposta.

* A duração da prova inclui o tempo para o preenchimento do cartão-resposta.

Para fazer a prova você usará:

- este **caderno de prova**.
- um **cartão-resposta** que contém o seu nome, número de inscrição e espaço para assinatura.

Verifique, no caderno de prova, se:

- faltam folhas e a sequência de questões está correta.
- há imperfeições gráficas que possam causar dúvidas.

Comunique imediatamente ao fiscal qualquer irregularidade!

Atenção!

- Não é permitido qualquer tipo de consulta durante a realização da prova.
- Para cada questão são apresentadas 5 alternativas diferentes de respostas (a, b, c, d, e). Apenas uma delas constitui a resposta correta em relação ao enunciado da questão.
- A interpretação das questões é parte integrante da prova, não sendo permitidas perguntas aos fiscais.
- Não destaque folhas da prova.

Ao terminar a prova, entregue ao fiscal o caderno de prova completo e o cartão-resposta devidamente preenchidos e assinados.



17 de maio



60 questões



15 às 19h30



4h30 de duração*

Preencha abaixo o seu nome completo de forma legível (não abrevie o primeiro e o último nomes)

nº de ordem

<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Observações

Para prestar a Prova Escrita com questões objetivas, o candidato receberá um **caderno de questões** e um **cartão-resposta**, sendo responsável pela conferência dos dados impressos no seu cartão-resposta, pela verificação da correspondência do seu caderno de prova com o cartão-resposta e pela transcrição correta das letras correspondentes às respostas que julgar corretas.

A existência de qualquer irregularidade no caderno de questões e/ou no cartão-resposta deve ser comunicada imediatamente ao Fiscal de Sala. A Coordenação do certame envidará todos os esforços para a rápida substituição dos materiais com defeito. Na impossibilidade da substituição do caderno de provas, o fiscal de sala fará a leitura correta do item impresso com incorreção ou o copiará para que todos anotem. O tempo gasto para a substituição ou correção dos materiais será acrescido ao tempo de duração da prova.

O candidato deverá marcar suas respostas no cartão-resposta utilizando caneta esferográfica feita de material transparente, de tinta azul ou preta, seguindo as instruções nele contidas.

As provas serão corrigidas exclusivamente com base nas marcações do cartão-resposta, sendo desconsideradas quaisquer anotações realizadas no caderno de questões.

O caderno de provas não será disponibilizado ao candidato e será descartado após o término do período recursal.

O preenchimento do cartão-resposta é de inteira responsabilidade do candidato, que deverá proceder em conformidade com as instruções específicas contidas no Edital e no cartão que não será substituído por erro do candidato.

Ao terminar a prova ou no horário determinado para o seu encerramento, o candidato entregará o cartão-resposta devidamente assinado e o caderno de questões. Os três últimos candidatos que restarem na sala de prova só poderão entregar as provas simultaneamente.

Língua Portuguesa

10 questões

Poema

Leia o poema abaixo de Fernando Pessoa.

*Para ser grande, sê inteiro: nada
Teu exagera ou exclui.*

*Sê todo em cada coisa. Põe quanto és
No mínimo que fazes.*

*Assim em cada lago a lua toda
Brilha, porque alta vive.*

1. Assinale a alternativa que apresenta **corretamente** a temática do poema.

- a. A tendência humana da fragmentação e compartimento, deixando de viver em harmonia.
- b. A exaltação da natureza, simbolizada pela lua que brilha refletida no lago.
- c. O ser humano, quando vive com inteireza, reflete sua totalidade em cada gesto.
- d. A possibilidade de se reconstruir em conexão com a natureza.
- e. A propensão do homem ao exagero e à discricção em consonância com suas atitudes.

2. Assinale a alternativa **correta** no que diz respeito à flexão verbal do poema.

- a. O verbo “ser” é empregado na segunda pessoa do singular.
- b. O verbo “fazer” é empregado na terceira pessoa do plural.
- c. O verbo “exagerar” não apresenta flexão, está no infinitivo impessoal.
- d. O verbo “brilhar” está conjugado na primeira pessoa do singular.
- e. Se o leitor fosse tratado apenas por você, o verbo “por” seria assim conjugado: “ponde”.

3. Assinale a alternativa **correta** sobre encontros vocálicos e encontros consonantais do poema.

- a. As palavras “lua” e “põe” apresentam igualmente um hiato.
- b. As palavras “inteiro” e “exclui” se assemelham quanto ao encontro vocálico que possuem.
- c. O poema apresenta oito palavras com encontro consonantal.
- d. A palavra “assim” apresenta um encontro vocálico perfeito.
- e. As palavras “que” e “porque” apresentam igualmente um ditongo crescente.

4. Analise as frases abaixo com relação à função sintática dos substantivos, adjetivos e pronomes.

1. Tenho necessidade de carinho.
2. Florianópolis, ilha das bruxas, tem belezas naturais indescritíveis.
3. A água do lago estava clara.
4. Os aprovados foram eles.
5. Os candidatos que se prepararam estão aqui.

Assinale a alternativa **correta**.

- a. A frase 1 apresenta um pronome na função de complemento verbal.
- b. Em 2, temos um substantivo próprio na função de vocativo.
- c. A frase 3 apresenta um adjetivo na função de predicativo do sujeito.
- d. Em 4, um pronome do caso reto está na função de objeto indireto.
- e. Em 5, o pronome relativo exerce a função de complemento verbal.

5. Assinale a alternativa **correta** quanto ao uso da crase.

- a. O poeta estava à cantar ao luar.
- b. Parabéns à você, nesta data querida...
- c. Coloque sal à gosto nessa sua receita.
- d. À noite ao pé do morro urrava um leopardo.
- e. Enviei à Vossa Senhoria o documento solicitado.

6. Identifique abaixo as afirmativas verdadeiras (V) e falsas (F).

- () O uso da vírgula está incorreto em “A lua brilhava, e o poeta ficou extasiado”.
- () A vírgula está corretamente usada em “Ele gosta, às vezes de correr sem rumo”.
- () Na frase “O poeta tem um coração de ouro” há uso de linguagem conotativa.
- () Na frase “Morro de amores por aquela cidade” há a presença de hipérbole.

Assinale a alternativa que indica a sequência **correta**, de cima para baixo.

- a. V • V • F • V
- b. V • V • F • F
- c. V • F • F • V
- d. F • F • V • V
- e. F • F • F • V

7. Assinale a alternativa em que o núcleo do sujeito da frase está **corretamente** indicado entre parênteses.

- a. Choveu a cântaros. (cântaros)
- b. Roubaram a mercearia. (mercearia)
- c. Fui ao mercado comprar café. (mercado)
- d. Houve muita confusão na festa. (confusão)
- e. Os equipamentos aquele médico os comprou. (médico)

8. Assinale a alternativa **correta** quanto à regência verbal.

- a. Prefiro antes chá do que café.
- b. Custa a certas pessoas fechar a boca.
- c. A população desobedeceu as orientações dadas e adoeceu.
- d. Informe-me o profissional seu direito, ele que o busque.
- e. Ele namorou por anos com aquela moça, depois sumiu no mundo.

9. Assinale a alternativa em que **todas** as palavras são formadas por parassíntese.

- a. amanhecer • esburacar • acorrentar
- b. biografia • macróbio • bibliografia
- c. deslealdade • couve-flor • ilegal
- d. locutório • planalto • pontapé
- e. girassol • alcoômetro • deslocamento

10. Analise as frases abaixo quanto à concordância verbal.

1. Discutiu-se ontem os planos a médio prazo, apenas.
2. Duas horas soou o relógio da sala.
3. Vossa Excelência enganou-se em sua decisão.
4. Ele foi um dos que mais falou.
5. Houveram mais falas que ações naquele dia.

Assinale a alternativa que indica todas as frases **corretas** quanto a concordância.

- a. São corretas apenas as frases 2 e 5.
- b. São corretas apenas as frases 1, 2 e 3.
- c. São corretas apenas as frases 1, 2 e 4.
- d. São corretas apenas as frases 2, 3 e 4.
- e. São corretas apenas as frases 3, 4 e 5.

Noções de Informática

5 questões

11. Assinale a alternativa **correta** em relação à arquitetura do sistema operacional Microsoft Windows, em sua configuração padrão, e à maneira como este gerencia a execução de processos e o acesso ao *hardware*.

- a. Adota um modelo de proteção que distingue o Modo *Kernel*, com acesso direto ao *hardware*, do Modo Usuário, onde as aplicações operam de forma isolada para assegurar a estabilidade.
- b. Possui um núcleo estritamente monolítico, no qual todos os serviços e *drivers* funcionam fora do *kernel*, evitando que falhas de *software* resultem na interrupção total do sistema operacional.
- c. Adota o sistema FAT32 como padrão em instalações modernas, destacando-se pela sua robustez em implementar listas de controle de acesso e suporte nativo à criptografia de dados em disco rígido.
- d. Gerencia a memória virtual de maneira independente do sistema operacional, dependendo exclusivamente da arquitetura física do processador para realizar a tradução de endereços lógicos.
- e. Utiliza o Registro do Windows como um banco de dados secundário para armazenar apenas preferências estéticas, enquanto as configurações críticas de *hardware* permanecem em arquivos .INI.

12. Assinale a alternativa **correta** em relação aos formatos de arquivos utilizados no ambiente corporativo e suas aplicações técnicas na administração pública.

- a. Arquivos com as extensões DOCX e XLSX utilizam uma estrutura de texto simples e não estruturado, o que possibilita a sua abertura e edição no Bloco de Notas sem qualquer comprometimento da formatação complexa, fórmulas ou metadados de segurança.
- b. O formato PNG surge como a opção técnica preferida para fotografias com alta complexidade cromática em substituição ao JPG, visto que emprega um algoritmo de compressão que, apesar de resultar em perdas de dados, gera arquivos menores sem sacrificar o nível de detalhamento visual.
- c. Arquivos do tipo CSV são formatos que, por serem proprietários e fechados, requerem o licenciamento do Microsoft Excel para sua visualização, sendo o padrão de segurança para o transporte de dados criptografados entre sistemas governamentais.
- d. O padrão PDF/A é uma especificação focada exclusivamente para a transmissão de arquivos de áudio e vídeo em sessões legislativas, visando minimizar o consumo de largura de banda através da remoção automática de metadados de texto e imagens estáticas.
- e. O formato PDF é amplamente utilizado para assegurar a integridade visual de documentos e permitir a aplicação de assinaturas digitais; já o JPG adota uma compressão do tipo *lossy* (com perda), sendo ideal para fotografias por oferecer uma redução significativa no tamanho do arquivo.

13. No Microsoft Word 365, ao utilizar a funcionalidade nativa para exportar ou salvar um documento no formato PDF, o usuário encontra opções que impactam a estrutura e a preservação digital do arquivo.

Assinale a alternativa que descreve **corretamente** uma funcionalidade técnica desse procedimento.

- a. Realiza a compressão obrigatória de todas as imagens para 72 dpi, sem possibilidade de ajuste manual, visando assegurar que o arquivo final ocupe o menor espaço de armazenamento possível.
- b. Exige a instalação prévia de um *driver* de impressora virtual de terceiros para que a conversão seja realizada, uma vez que o *software* não possui um motor de exportação de arquivos nativo.
- c. Converte obrigatoriamente todos os hiperlinks e referências cruzadas em texto simples não clicável, como uma medida de segurança padrão para evitar que o destinatário acesse *links* externos.
- d. Permite a seleção do padrão PDF/A para arquivamento a longo prazo e a inserção de marcas de acessibilidade para leitores de tela, assegurando que o documento siga normas técnicas internacionais.
- e. Limita a exportação de documentos a um máximo de vinte páginas, caso existam elementos gráficos complexos, exigindo que arquivos extensos sejam particionados para garantir a conversão.

14. No Microsoft Excel 365, assegurar a integridade das informações em planilhas colaborativas é possível graças a ferramentas de controle de entrada e visualização.

Assinale a alternativa **correta** considerando a entrada direta de dados via teclado, em relação às funcionalidades de Validação de Dados e Filtros.

- a. Permite que o Filtro Automático reorganize de forma instantânea as linhas da planilha sempre que um novo dado for inserido pelo usuário, assegurando uma classificação em tempo real.
- b. Estabelece que o Filtro Avançado seja aplicado obrigatoriamente em uma nova aba de trabalho, impossibilitando a exibição dos resultados filtrados no mesmo intervalo dos dados originais.
- c. Permite a utilização de fórmulas personalizadas para restringir a entrada de dados, como a aplicação da função CONT.SE para evitar que valores duplicados sejam inseridos em uma coluna específica.
- d. Assegura que as Listas Suspensas de validação atualizem automaticamente a tabela de origem dos dados sempre que um novo termo for inserido manualmente pelo usuário na célula.
- e. Limita o recurso de Filtro por Cor exclusivamente para as células que possuam regras de Formatação Condicional ativas, não reconhecendo cores que foram aplicadas manualmente no preenchimento.

15. Assinale a alternativa **correta** em relação aos conceitos de segurança, ferramentas de proteção e tipos de ameaças em ambientes de rede.

- a. O *Firewall* Pessoal é uma ferramenta projetada detectar e eliminar automaticamente *malwares* que residem na memória RAM, eliminando a necessidade de um *software* antivírus dedicado no sistema.
- b. Vírus e *Worms* possuem exatamente o mesmo mecanismo de infecção, uma vez que ambos dependem obrigatoriamente da execução de um arquivo hospedeiro para se autorreplicarem e se propagarem pela rede.
- c. As atualizações automáticas do sistema operacional são recomendadas apenas para corrigir falhas estéticas na interface, não estando diretamente relacionadas ao fechamento de vulnerabilidades críticas.
- d. O *Phishing* é uma técnica de engenharia social que se baseia exclusivamente na instalação física de dispositivos para captura de dados, como *keyloggers* de *hardware*, em terminais de autoatendimento bancário.
- e. A Autenticação de Múltiplos Fatores (MFA) eleva a segurança ao exigir duas ou mais credenciais distintas para o acesso, mitigando os riscos associados a ataques de *phishing* que buscam a captura de senhas.

Raciocínio Lógico

5 questões

16. Em um órgão, o número de servidores lotados na Unidade A e na Unidade B está, inicialmente, na razão 7:9. Em seguida, são lotados exatamente 8 servidores adicionais na Unidade A, sem qualquer alteração no quadro da Unidade B, e a razão A:B passa a ser exatamente 5:6.

Considerando que as quantidades de servidores são inteiras, o número inicial de servidores na Unidades A era:

- a. Maior que 115
- b. Maior que 110 e menor que 115
- c. Maior que 105 e menor que 110
- d. Maior que 100 e menor que 105
- e. Menor que 100

17. Um contrato de prestação de serviço, no valor inicial de R\$ 100.000,00, sofreu três alterações sucessivas em seu valor, aplicadas nesta ordem, sempre sobre o valor já reajustado:

- Um acréscimo de 8% (reajuste anual).
- Um decréscimo de 5% (devido a uma renegociação por volume).
- Um acréscimo de 3% (taxa de urgência).

O valor final do contrato, em reais, é:

- a. Maior que R\$ 105.699,00
- b. Maior que R\$ 105.669,00 e menor que R\$ 105.679,00
- c. Maior que R\$ 105.679,00 e menor que R\$ 105.689,00
- d. Maior que R\$ 105.689,00 e menor que R\$ 105.699,00
- e. Menor que R\$ 105.669,00

18. Em um fluxo de pagamento, considere as afirmações:

- I: "Há inconsistência no cadastro."
- V: "A solicitação é devolvida para correção."
- P: "O pagamento é liberado."
- D: "O documento está incompleto."

Admita como premissas, simultaneamente verdadeiras:

1. Se há inconsistência no cadastro, então a solicitação é devolvida para correção.
2. Se a solicitação é devolvida para correção, então o pagamento não é liberado.
3. Pelo menos um dos dois problemas ocorreu: houve inconsistência no cadastro ou o documento está incompleto.
4. O pagamento foi liberado.

Com base exclusivamente nas premissas, assinale a conclusão logicamente necessária.

- a. O documento está completo.
- b. Há inconsistência no cadastro.
- c. A solicitação foi devolvida para correção.
- d. O pagamento não foi liberado.
- e. O documento está incompleto.

19. Quatro servidores (Ana, Bruno, Carla e Diego) farão apresentações, em uma única sessão, exatamente nesta ordem: 1º, 2º, 3º e 4º (sem empates).

Sabe-se que:

1. Diego apresenta imediatamente depois de Ana.
2. Ana apresenta antes de Carla.
3. Bruno não é o 1º.
4. Bruno apresenta antes de Carla.

Assinale a ordem necessariamente **correta** (do 1º ao 4º).

- a. Ana • Diego • Bruno • Carla
- b. Ana • Diego • Carla • Bruno
- c. Carla • Bruno • Ana • Diego
- d. Diego • Ana • Bruno • Carla
- e. Diego • Bruno • Ana • Carla

20. Considere as afirmações, no contexto de um hospital público:

- A: "O paciente foi triado."
- B: "O prontuário foi aberto."
- C: "O médico foi acionado."

A direção estabelece a regra: "Se o paciente foi triado, então o prontuário foi aberto ou o médico foi acionado".

Assinale a alternativa que expressa, de forma logicamente equivalente, a negação dessa regra.

- a. O paciente não foi triado, e o prontuário não foi aberto e o médico não foi acionado.
- b. O paciente foi triado, e o prontuário foi aberto e o médico não foi acionado.
- c. O paciente foi triado, e o prontuário não foi aberto e o médico não foi acionado.
- d. Se o paciente foi triado, então o prontuário não foi aberto ou o médico não foi acionado.
- e. Se o paciente não foi triado, então o prontuário foi aberto ou o médico foi acionado.

Conhecimentos Específicos

40 questões

21. Nos termos da Lei Complementar nº 63/2003, que dispõe sobre o Estatuto dos Servidores Públicos do Município de Florianópolis, a reintegração é a investidura do servidor estável no cargo anteriormente ocupado, quando invalidada a sua demissão por decisão administrativa ou judicial.

Assinale a alternativa **correta** considerando a hipótese de o cargo anteriormente ocupado ter sido extinto.

- a. O servidor será exonerado de ofício, sem direito a qualquer tipo de indenização ou aproveitamento em outro cargo.
- b. O servidor ficará em disponibilidade, observado o regramento sobre a remuneração proporcional ao tempo de serviço.
- c. O servidor deverá ser colocado em disponibilidade com remuneração integral, independentemente do tempo de serviço apurado.
- d. O Município deverá criar um novo cargo idêntico no prazo de 30 dias para garantir o retorno imediato do servidor.
- e. O servidor deverá ser aposentado compulsoriamente, com proventos calculados com base na última remuneração.

22. Assinale a alternativa **correta** nos termos da Lei Complementar nº 63/2003 – Estatuto dos Servidores Públicos do Município de Florianópolis, acerca das penalidades disciplinares aplicáveis ao servidor público municipal.

- a. Constituem penalidades disciplinares apenas a advertência, a suspensão e a demissão, não sendo prevista cassação de aposentadoria.
- b. Constituem penalidades disciplinares a advertência, a suspensão, a demissão e a exoneração, previstas para todos os servidores.
- c. Constituem penalidades disciplinares a advertência e a suspensão, sendo a demissão aplicada somente por decisão judicial.
- d. Constituem penalidades disciplinares a advertência, a suspensão e a destituição de função, não sendo prevista cassação de disponibilidade.
- e. Constituem penalidades disciplinares a advertência, a suspensão, a demissão, a cassação de aposentadoria ou disponibilidade e a destituição de cargo em comissão.

23. O conceito de Prevenção Quaternária (P4), incorporado nas diretrizes da Atenção Primária à Saúde (APS) no Brasil, fundamenta-se no princípio ético da não maleficência (*primum non nocere*).

Assinale a alternativa que descreve **corretamente** o objetivo e a aplicação prática da Prevenção Quaternária.

- a. Reduzir a incidência de doenças em uma população através da implementação de medidas de proteção específica, como o cumprimento rigoroso do Calendário Nacional de Vacinação e o incentivo ao uso de preservativos.
- b. Realizar o diagnóstico precoce de patologias em indivíduos assintomáticos, como o rastreamento mamográfico ou a coleta de citopatológico de colo uterino, visando o tratamento imediato para aumentar as taxas de cura.
- c. Identificar pacientes em risco de hipermedicalização, protegendo-os de intervenções médicas desnecessárias ou excessivas (como exames de rastreio sem evidência ou tratamentos iatrogênicos) e sugerindo alternativas eticamente aceitáveis.
- d. Focar na reabilitação e na redução de incapacidades em pacientes que já possuem uma doença estabelecida e crônica, visando reintegrá-los à sociedade e melhorar sua qualidade de vida residual.
- e. Implementar medidas de redução de danos exclusivamente para usuários de substâncias psicoativas ilícitas, visando diminuir os impactos sociais e biológicos do uso de drogas em territórios de alta vulnerabilidade.

24. Assinale a alternativa **correta** sobre o Método Clínico Centrado na Pessoa (MCCP).

- a. Deve explorar a experiência da pessoa com a doença através do acrônimo SIFE (Sentimentos, Ideias, Função e Expectativas), integrando os achados clínicos ao contexto psicossocial da paciente para, em seguida, elaborar um plano de manejo comum e compartilhado.
- b. Deve priorizar exclusivamente a revisão técnica dos exames de imagem e laboratoriais já realizados, focando no diagnóstico da “doença” biológica para evitar o viés da subjetividade da paciente e garantir a precisão farmacológica do tratamento.
- c. Deve adotar uma postura paternalista, definindo de forma unilateral as próximas etapas do tratamento e as mudanças de estilo de vida necessárias, uma vez que o médico possui a autoridade técnica para decidir o que é melhor para a saúde da paciente.
- d. Deve encaminhar a paciente imediatamente para uma consulta com um gastroenterologista e um psiquiatra, considerando que a ausência de achados orgânicos retira a responsabilidade da atenção básica sobre a coordenação do cuidado desse caso.
- e. Deve focar a consulta exclusivamente na abordagem dos determinantes sociais (moradia e saneamento), suspendendo a investigação clínica dos sintomas físicos para não incentivar a somatização ou a busca desnecessária por diagnósticos médicos.

25. Uma paciente de 34 anos revela, em ambiente seguro, que sofre agressões físicas e psicológicas do parceiro.

Assinale a alternativa **correta** sobre a conduta médica e a organização do cuidado em situações de violência doméstica no SUS.

- a. A notificação no serviço de saúde só deve ser realizada se a paciente decidir formalizar uma denúncia policial (queixa-crime), uma vez que o prontuário médico goza de sigilo absoluto e a notificação sem o consentimento expresso da mulher configura infração ética ao Código de Ética Médica.
- b. O manejo deve focar prioritariamente na prescrição de analgésicos e ansiolíticos para o controle dos sintomas somáticos (cefaleia e insônia), sendo a investigação da violência considerada uma atribuição exclusiva das forças de segurança e do sistema judiciário.
- c. Caso a paciente se recuse a sair de casa ou a se separar do agressor, o médico deve encerrar o acompanhamento longitudinal por “falta de adesão terapêutica”, uma vez que a manutenção do vínculo com a unidade de saúde nessas condições coloca a equipe em risco jurídico.
- d. O médico deve realizar a Notificação Compulsória imediata (em até 24 horas) para as autoridades sanitárias por meio da Ficha de Notificação/Investigação de Violência Interpessoal/Autoprovocada, além de articular o cuidado em rede, garantindo o acolhimento, a segurança da paciente e o suporte psicossocial, independentemente da autorização da vítima para a notificação epidemiológica.
- e. A conduta imediata e obrigatória, em todos os casos de suspeita de violência doméstica, é o encaminhamento da paciente para o Instituto Médico Legal (IML) para a realização de exame de corpo de delito, antes de qualquer intervenção de suporte ou acolhimento na unidade de saúde.

26. A inclusão dos Cuidados Paliativos na Atenção Primária à Saúde (APS) visa garantir o alívio do sofrimento e a melhoria da qualidade de vida de pacientes com doenças que ameaçam a continuidade da sua própria vida e a de seus familiares.

De acordo com a Política Nacional de Cuidados Paliativos do SUS e os princípios da Organização Mundial da Saúde (OMS), assinale a alternativa que descreve **corretamente** a abordagem paliativista na APS.

- a. Está indicada exclusivamente a pacientes em fase de terminalidade iminente (últimas 48 a 72 horas de vida), momento em que todas as intervenções de suporte na Unidade Básica de Saúde devem ser suspensas e transferidas para o hospital.
- b. Consiste na interrupção imediata de qualquer terapia farmacológica voltada para patologias de base (como anti-hipertensivos ou hipoglicemiantes) assim que o diagnóstico de uma doença incurável for estabelecido pela equipe de saúde da família.
- c. Deve focar no controle da dor física através do uso de opioides, sendo os aspectos emocionais, sociais e espirituais da enfermidade considerados responsabilidade exclusiva das instituições religiosas e das redes de assistência social.
- d. É aplicável apenas a pacientes oncológicos idosos, não havendo indicação ou protocolos para cuidados paliativos em crianças, adolescentes ou adultos jovens com doenças crônicas degenerativas no âmbito do SUS.
- e. Deve ser iniciada o mais precocemente possível, juntamente com o tratamento modificador da doença (curativo), visando o controle de sintomas físicos, psicossociais e espirituais através de uma abordagem interprofissional e centrada na pessoa.

27. Uma paciente de 78 anos, acompanhada pela filha, comparece à Unidade Básica de Saúde para consulta de rotina. A filha relata que a mãe tem “ficado mais lenta”, esqueceu de tomar os remédios da pressão algumas vezes no último mês e sofreu uma queda da própria altura no banheiro há duas semanas, sem fraturas. O médico decide realizar a Avaliação Multidimensional, utilizando o Índice de Vulnerabilidade Clínico-Funcional (IVCF-20) contido na Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa.

Assinale a alternativa **correta** sobre a estratificação e o manejo da pessoa idosa no SUS.

- a. A classificação de “Idoso Frágil” é determinada exclusivamente pela idade cronológica superior a 80 anos, independentemente da capacidade da pessoa de realizar Atividades Instrumentais da Vida Diária (AIVD) ou da presença de comorbidades.
- b. O rastreio de declínio cognitivo deve ser realizado apenas se a idosa for analfabeta, utilizando exclusivamente o Teste do Desenho do Relógio, sendo vedado o uso do Mini Exame do Estado Mental (MEEM) em ambiente de Atenção Primária.
- c. Caso a pontuação no IVCF-20 seja igual ou superior a 15 pontos, a idosa é classificada como Frágil, o que exige a elaboração de um Plano de Cuidados específico pela equipe de Saúde da Família, com foco na reabilitação funcional, prevenção de novas quedas e, se necessário, apoio das Equipes Multiprofissionais (eMulti) para suporte matricial.
- d. A polifarmácia (uso de cinco ou mais medicamentos) em idosos é considerada um fator de proteção contra a fragilidade, pois garante que todas as patologias crônicas estejam sendo tratadas simultaneamente com as melhores evidências disponíveis.
- e. Pacientes classificados como “Pré-Frágil” (pontuação entre 7 e 14 no IVCF-20) devem ser encaminhados imediatamente para atendimento em nível terciário (hospitalar geriátrico), uma vez que a Atenção Primária não possui recursos para intervenções preventivas.

28. O Programa Nacional de Imunizações (PNI) do Brasil é reconhecido internacionalmente pela sua abrangência. Recentemente, o Ministério da Saúde implementou mudanças significativas no Calendário Nacional de Vacinação para aumentar a segurança e a eficácia da proteção da população infantil e adolescente.

Com base nas diretrizes vigentes e nas atualizações publicadas entre 2024 e 2025, assinale a alternativa que descreve **corretamente** uma dessas atualizações.

- a. A substituição da Vacina Oral contra Poliomielite (VOPb - atenuada) pela Vacina Inativada contra Poliomielite (VIP - injetável) nos reforços de 15 meses e 4 anos de idade, tornando o esquema vacinal contra a pólio exclusivamente com vacina inativada (VIP) em todo o ciclo infantil.
- b. A recomendação da vacina contra o Papilomavírus Humano (HPV) em esquema de três doses para adolescentes de 9 a 14 anos, visando garantir a imunidade celular a longo prazo, em substituição ao esquema anterior de dose única.
- c. A restrição da vacina Meningocócica ACWY apenas para crianças até os 2 anos de idade, sendo vedada a sua aplicação em adolescentes devido à baixa circulação dos sorogrupos A e W no território nacional.
- d. A obrigatoriedade da vacina contra a Dengue para toda a população adulta acima de 60 anos, independentemente do histórico de infecção prévia, como estratégia principal de controle de surtos em áreas urbanas.
- e. A substituição da vacina Pentavalente (DTP/ HB/Hib) pela vacina Hexavalente para todas as crianças nascidas em território nacional, independentemente de condições clínicas especiais ou disponibilidade de estoque.

29. Uma mãe comparece à Unidade Básica de Saúde para a consulta de puericultura de seu filho de 4 meses de idade. Ela relata que retornará ao trabalho em 30 dias e está preocupada, pois vizinhas sugeriram que ela comesse a oferecer água, chás e sucos de frutas para “acostumar o estômago do bebê”. A criança apresenta crescimento e desenvolvimento adequados, em uso de aleitamento materno exclusivo.

De acordo com as diretrizes nacionais vigentes, qual deve ser a orientação do médico?

- a. Recomendar a introdução imediata de sucos de frutas cítricas, sem adição de açúcar, para aumentar o aporte de vitamina C e preparar o sistema digestório para a alimentação complementar que ocorrerá aos 6 meses.
- b. Orientar a manutenção do aleitamento materno exclusivo até os 6 meses de idade, explicando que o leite materno supre todas as necessidades nutricionais e hídricas da criança, não sendo necessária a oferta de água, chás ou qualquer outro alimento antes desse período.
- c. Autorizar a oferta de água e chás de ervas (como camomila ou erva-doce) nos intervalos das mamadas, especialmente em dias quentes, visando garantir a hidratação e prevenir a constipação intestinal.
- d. Sugerir a introdução de fórmulas infantis de seguimento para substituir as mamadas do período em que a mãe estiver no trabalho, visto que o estoque de leite materno ordenhado é nutricionalmente inferior ao leite ordenhado na hora.
- e. Iniciar a introdução de papas de frutas e papas principais (almoço) aos 5 meses de idade, para que a criança já esteja adaptada à nova rotina alimentar no momento do retorno da mãe ao trabalho.

30. Um paciente de 42 anos procura a Unidade Básica de Saúde com queixas de tristeza persistente, perda de interesse em atividades anteriormente prazerosas (anedonia), fadiga e distúrbios do sono há cerca de 3 semanas. Após a aplicação da ferramenta *Patient Health Questionnaire-9* (PHQ-9), o paciente pontuou 16, sugerindo um episódio depressivo de intensidade moderada.

De acordo com o Caderno de Atenção Básica nº 34 (Saúde Mental) e as diretrizes vigentes para a Atenção Primária à Saúde (APS), qual a conduta terapêutica inicial mais adequada?

- a. Prescrever benzodiazepínicos de meia-vida longa, como o diazepam, como terapia isolada para o controle dos sintomas de insônia e ansiedade, aguardando 8 semanas para iniciar antidepressivos caso não haja remissão espontânea do humor.
- b. Encaminhar o paciente imediatamente para o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) III, por tratar-se de um caso de média complexidade que excede a capacidade resolutiva e a competência clínica das equipes de Saúde da Família na APS.
- c. Iniciar o uso de Antidepressivos Tricíclicos (ADTs), como a amitriptilina, como primeira escolha absoluta, independentemente do perfil de efeitos colaterais ou riscos cardiovasculares, visando a sedação imediata do paciente.
- d. Iniciar farmacoterapia com Inibidores Seletivos da Recaptação de Serotonina (ISRS), como a fluoxetina ou a sertralina, associada a intervenções psicossociais (como o fortalecimento de redes de apoio ou psicoterapia) e agendar reavaliação em 2 a 4 semanas para monitorar adesão e efeitos adversos.
- e. Orientar apenas o afastamento laboral por tempo indeterminado e o repouso domiciliar, contraindicando qualquer intervenção medicamentosa no primeiro mês de sintomas para evitar a medicalização desnecessária do sofrimento psíquico.

31. Um homem de 56 anos, portador de *diabetes mellitus* tipo 2 há 5 anos e hipertenso controlado com monoterapia, comparece à Unidade Básica de Saúde para consulta de rotina. Ele é tabagista (20 maços/ano) e não apresenta sintomas cardiovasculares. O exame físico não demonstra sopros carotídeos ou alterações de pulsos periféricos.

De acordo com as Diretrizes Brasileiras de Prevenção Cardiovascular e as orientações do Ministério da Saúde para a Estratificação do Risco Cardiovascular Global, qual a classificação de risco deste paciente e o respectivo alvo terapêutico para o colesterol da lipoproteína de baixa densidade (LDL-c)?

- a. Alto Risco, devido à presença de *diabetes mellitus* associado a fatores de risco adicionais (tabagismo e hipertensão), com meta de Colesterol da Lipoproteína de Baixa Densidade (LDL-c) menor de 70 mg/dL.
- b. Risco intermediário, pois o paciente é diabético, mas ainda não apresenta evidência clínica de doença aterosclerótica, com meta de Colesterol da Lipoproteína de Baixa Densidade (LDL-c) menor de 100 mg/dL.
- c. Baixo risco, considerando que a pressão arterial está controlada e não houve evento isquêmico prévio, com meta de Colesterol da Lipoproteína de Baixa Densidade (LDL-c) menor de 130 mg/dL.
- d. Risco muito alto, classificação que se aplica a todos os pacientes diabéticos tabagistas, independentemente da idade, com meta de Colesterol da Lipoproteína de Baixa Densidade (LDL-c) menor de 50 mg/dL.
- e. Risco variável, devendo a classificação ser definida exclusivamente pelo Escore de Cálculo Coronariano, sendo a meta de Colesterol da Lipoproteína de Baixa Densidade (LDL-c) definida apenas após o resultado deste exame.

32. O Ministério da Saúde atualizou as diretrizes de manejo clínico da dengue em face do aumento de casos em 2024.

Um paciente, que apresenta febre há 4 dias, acompanhada de dor abdominal intensa e contínua, vômitos persistentes e queda brusca de plaquetas, deve ser classificado e manejado de que forma?

- a. Classificado como grupo A (dengue clássica), sendo orientado apenas o uso de paracetamol ou dipirona e repouso absoluto no domicílio.
- b. Classificado como grupo B (prova do laço positiva), podendo realizar hidratação oral domiciliar com retorno para reavaliação em 24 horas.
- c. Classificado como grupo C, mas com autorização para manejo em Unidade Básica de Saúde se o paciente apresentar boa diurese e estabilidade hemodinâmica aparente.
- d. Classificado como grupo C (presença de sinais de alarme), exigindo internação hospitalar imediata para hidratação venosa e monitorização contínua.
- e. Classificado como grupo D (choque), exigindo início imediato de antibioticoterapia de largo espectro antes dos exames laboratoriais.

33. No que diz respeito aos princípios organizativos do Sistema Único de Saúde (SUS), a Hierarquização deve ser compreendida como:

- a. A subordinação administrativa e financeira obrigatória das Unidades Básicas de Saúde aos hospitais de referência regional.
- b. A divisão equânime de recursos financeiros entre todos os níveis de atenção, independentemente da densidade tecnológica de cada serviço.
- c. A organização dos serviços em níveis de complexidade tecnológica crescente, em que a Atenção Primária à Saúde atua como a principal porta de entrada e ordenadora da rede.
- d. A priorização do atendimento médico em grandes centros urbanos, concentrando tecnologias de ponta para otimização de custos operacionais.
- e. O fluxo unidirecional do paciente, impedindo o seu retorno à unidade de origem após a realização de procedimentos de alta complexidade.

34. Conforme o Protocolo de Atenção Básica de Saúde das Mulheres do Ministério da Saúde, a assistência pré-natal deve ser iniciada precocemente.

Em uma gestante de baixo risco, qual é a conduta **correta** em relação à solicitação de exames e periodicidade das consultas?

- a. O exame de ultrassonografia morfológica é obrigatório em todas as consultas trimestrais como critério de rastreamento de baixo risco na Atenção Primária.
- b. A sorologia para toxoplasmose deve ser solicitada apenas se a gestante relatar contato direto com felinos domésticos, conforme as diretrizes de economia de recursos do SUS.
- c. As consultas devem ser mensais até a 28ª semana, quinzenais da 28ª até a 36ª semana e semanais da 36ª até o parto, independentemente da idade gestacional na captação.
- d. O teste de tolerância à glicose (TOTG 75g) deve ser realizado rotineiramente entre a 12ª e a 16ª semana de gestação para todas as gestantes sem fatores de risco prévios.
- e. A primeira consulta deve ocorrer preferencialmente até a 12ª semana de gestação, sendo solicitados no primeiro trimestre: tipagem sanguínea e fator Rh, Coombs indireto (se Rh negativo), VDRL, sorologia para HIV, HBsAg, toxoplasmose (IgM e IgG), urina tipo 1 e urocultura.

35. A integração entre a Vigilância em Saúde e a Atenção Primária à Saúde é fundamental para o controle de agravos no SUS.

De acordo com a Política Nacional de Vigilância em Saúde (PNVS), essa integração deve se manifestar na prática clínica e na gestão da unidade por meio de:

- a. Realização de campanhas de vacinação e bloqueios epidemiológicos exclusivamente por equipes volantes externas, sem a participação direta dos médicos e enfermeiros da UBS.
- b. Utilização dos dados epidemiológicos locais pela equipe de saúde da família para o diagnóstico situacional, planejamento de ações preventivas e notificação oportuna de doenças de notificação compulsória.
- c. Transferência total da responsabilidade das ações de vigilância epidemiológica e ambiental para o nível estadual, mantendo a APS focada exclusivamente na assistência clínica individual.
- d. Centralização das notificações de agravos nos hospitais de referência regional, desonerando o médico de família e comunidade da responsabilidade legal de notificar casos suspeitos no território.
- e. Foco exclusivo na vigilância sanitária de estabelecimentos comerciais, sem necessidade de interface com os indicadores de morbidade ou com a análise dos determinantes sociais de saúde locais.

36. As Equipes Multiprofissionais na Atenção Primária (eMulti), instituídas pela Portaria GM/MS nº 635/2023 em substituição ao modelo anterior do NASF, visam ampliar a resolutividade da APS. Sobre o funcionamento dessas equipes e sua articulação com a Estratégia Saúde da Família (ESF), é **correto** afirmar que:

- a. O trabalho das eMulti deve ocorrer de forma integrada às equipes de referência por meio de suporte matricial, atendimentos compartilhados e elaboração conjunta de Projetos Terapêuticos Singulares (PTS).
- b. As eMulti constituem unidades de atendimento especializado isolado, não possuindo vínculo territorial ou responsabilidade compartilhada com as equipes de saúde da família do território.
- c. A composição das eMulti é fixa para todos os municípios brasileiros, sendo obrigatória a presença de, no mínimo, dez categorias profissionais diferentes, independentemente da modalidade.
- d. As equipes eMulti substituem o médico de família e comunidade no acompanhamento longitudinal de pacientes com transtornos mentais leves, visando a especialização precoce do cuidado.
- e. O financiamento das eMulti é realizado exclusivamente por produtividade (número de consultas individuais realizadas), sem considerar indicadores de desempenho ou o cadastro de usuários.

37. A Política Nacional de Humanização (PNH) busca transformar as relações entre usuários e trabalhadores do SUS. Um de seus dispositivos mais importantes na Atenção Primária é o Acolhimento.

Segundo as diretrizes da PNH, o acolhimento deve ser compreendido como:

- a. Um setor específico da Unidade Básica de Saúde onde funcionários administrativos realizam a recepção e o preenchimento de formulários de cadastro.
- b. Uma técnica de classificação de risco utilizada exclusivamente em ambientes hospitalares para impedir que pacientes com queixas leves utilizem serviços de urgência.
- c. O ato de priorizar o atendimento de pacientes que residem mais próximos à unidade de saúde em detrimento daqueles que vivem em áreas remotas.
- d. Um processo ético-político que consiste na escuta qualificada das necessidades do usuário, garantindo o acesso resolutivo e a responsabilização pelo paciente em todos os pontos da rede, superando a lógica da triagem administrativa.
- e. A estratégia de isolar as queixas sociais das queixas clínicas para que o atendimento médico seja mais rápido e focado apenas na patologia biológica.

38. Redes de Atenção à Saúde (RAS) são definidas como arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado.

Segundo a Portaria de Consolidação nº 3/2017 do Ministério da Saúde, assinale a alternativa que descreve **corretamente** a estrutura e o papel da Atenção Primária à Saúde (APS) dentro desse modelo.

- a. A RAS estrutura-se de forma piramidal e vertical, na qual o Hospital Geral atua como o ponto de comando central e ordenador de todas as ações de prevenção e promoção da saúde do território.
- b. A RAS caracteriza-se pela fragmentação dos serviços, em que cada nível de complexidade atua de forma independente, visando evitar a sobrecarga dos sistemas logísticos e de regulação.
- c. A RAS apresenta uma organização poliárquica, com relações horizontais entre os pontos de atenção, sendo a Atenção Primária o centro de comunicação e o nó ordenador que coordena o fluxo dos usuários na rede.
- d. A RAS define os sistemas logísticos (como o Cartão Nacional de Saúde e o prontuário eletrônico) como os pontos de atenção secundária, responsáveis pela execução direta de procedimentos cirúrgicos.
- e. A RAS estabelece que a coordenação do cuidado deve ser realizada exclusivamente pelas Centrais de Regulação Estaduais, retirando da Atenção Primária a responsabilidade pelo acompanhamento longitudinal.

39. Os princípios doutrinários do Sistema Único de Saúde (SUS) constituem a base ética e ideológica do sistema, conforme estabelecido na Constituição Federal de 1988 e na Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080/1990).

Sobre o princípio da Equidade, assinale a alternativa que descreve **corretamente** sua aplicação na prática da Atenção Primária.

- a. Garante que todo e qualquer cidadão brasileiro, independentemente de sua classe social, etnia ou contribuição previdenciária, tenha o direito fundamental de acesso aos serviços de saúde públicos.
- b. Determina que o atendimento deve ser realizado de forma completa, articulando ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação, considerando o indivíduo em sua totalidade biopsicossocial.
- c. Refere-se à organização dos serviços de saúde em níveis de complexidade tecnológica crescente, estabelecendo fluxos de referência e contrarreferência para otimizar a resolutividade.
- d. Define a transferência de responsabilidades e poder de decisão sobre a gestão da saúde para o nível municipal, aproximando o planejamento das necessidades reais da comunidade local.
- e. Consiste em oferecer ações e serviços de saúde de forma proporcional às necessidades da população, priorizando o investimento de recursos e o cuidado às pessoas e grupos em situação de maior vulnerabilidade social e risco epidemiológico.

40. A organização do Sistema Único de Saúde (SUS) em níveis de complexidade (Atenção Primária, Secundária e Terciária) visa estruturar a rede de forma hierarquizada.

Assinale a alternativa **correta** sobre as características e responsabilidades da Atenção Primária à Saúde (APS) dentro dessa estrutura.

- a. Atua de forma isolada dos demais níveis de complexidade para garantir a autonomia da gestão municipal, evitando que pacientes de baixa renda sobrecarreguem o nível terciário.
- b. É o nível de atenção caracterizado por baixa densidade tecnológica e alta complexidade clínica/biopsicossocial, devendo funcionar como o centro de comunicação e a ordenadora do fluxo de cuidados em toda a Rede de Atenção à Saúde.
- c. Compreende os serviços de alta densidade tecnológica, como Unidades de Terapia Intensiva (UTIs) e centros cirúrgicos especializados, sendo o nível responsável pela maioria das internações prolongadas.
- d. Define-se como o nível intermediário que agrupa serviços especializados, como os Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) e policlínicas, atendendo exclusivamente por demanda espontânea.
- e. Restringe-se a ações de promoção e prevenção de saúde, sendo vedada a realização de diagnósticos ou tratamentos curativos, que devem ser encaminhados ao nível secundário.

41. Um menino de 12 anos é trazido ao consultório por sua mãe, que relata preocupação com o desenvolvimento puberal do filho, sem sinais visíveis ainda. No exame físico, observam-se testículos com volume de 2 mL bilateralmente, ausência de pelos púbicos e estatura no percentil 25 para idade e sexo.

Qual é o marco puberal inicial esperado em meninos com o início da puberdade?

- a. Aumento do volume testicular, com volume de 4 mL.
- b. Surgimento de pelos púbicos, com classificação Tanner P2 ou superior.
- c. Início do estirão de crescimento, com velocidade superior a 8 cm/ano.
- d. Desenvolvimento de ginecomastia transitória, com mamas em Tanner M2.
- e. Primeira ejaculação, com volume testicular superior a 5 mL.

42. Uma criança de 8 anos apresenta estatura 2,2 desvios-padrão abaixo da média para idade e sexo nas curvas de crescimento da Organização Mundial da Saúde (OMS), com velocidade de crescimento preservada e sem sinais de doenças crônicas ou dismorfismos. Os pais relatam estatura baixa familiar, com alvo genético compatível.

Essa condição é classificada **corretamente** como:

- a. Deficiência de hormônio de crescimento, necessitando de testes de estímulo para GH.
- b. Baixa estatura familiar, uma variante da normalidade que não requer intervenção hormonal rotineira.
- c. Baixa estatura idiopática desproporcional, com recomendação de radiografias para avaliação de displasias ósseas.
- d. Retardo constitucional do crescimento e puberdade, com indicação de avaliação da idade óssea para confirmação.
- e. Retardo de crescimento intrauterino, com necessidade de investigação genética para síndromes associadas.

43. Uma criança de 6 anos apresenta baixa estatura proporcional, com estatura 2,5 desvios-padrão abaixo da média para idade e sexo nas curvas de crescimento da Organização Mundial da Saúde (OMS), com velocidade de crescimento reduzida para 3 cm/ano, pele seca, constipação intestinal crônica e retardo no desenvolvimento neuropsicomotor. Não há dismorfismos ou sinais de desnutrição grave.

Essa condição é compatível com baixa estatura pós-natal por endocrinopatia, por:

- a. Deficiência de hormônio de crescimento, com necessidade de dosagem de fator de crescimento insulino-símile tipo 1 e testes de estímulo farmacológico.
- b. Síndrome de Cushing, com avaliação de cortisol salivar noturno e teste de supressão com dexametasona.
- c. Hipogonadismo primário, com dosagem de hormônio luteinizante e hormônio folículo-estimulante elevada.
- d. Hipotireoidismo, com indicação inicial de dosagem de hormônio tireoestimulante e tiroxina livre para confirmação diagnóstica.
- e. Baixa estatura familiar, com alvo genético baixo e indicação de observação sem intervenção hormonal imediata.

44. Assinale a alternativa que se refere **corretamente** ao método padrão para avaliação da idade óssea e os exames laboratoriais iniciais recomendados nessa investigação.

- a. Ultrassonografia de placa de crescimento epifisária, com método de Tanner-Whitehouse para estimativa de maturação, e exames laboratoriais iniciais incluindo cortisol basal, ACTH e cariótipo.
- b. Ressonância magnética de sela túrcica para visualização direta da ossificação, sem necessidade de método específico de comparação, e exames laboratoriais iniciais incluindo ferritina, albumina e ureia.
- c. Radiografia de joelho e coluna vertebral, utilizando o método de Bayley-Pinneau para previsão de estatura final, e exames laboratoriais iniciais incluindo vitamina D, cálcio iônico e fosfatase alcalina.
- d. Avaliação clínica exclusiva com proporção segmento superior/inferior, sem radiografia inicial, e exames laboratoriais iniciais incluindo hormônio luteinizante, hormônio folículo-estimulante e estradiol.
- e. Radiografia de mão e punho esquerdo, utilizando o método de Greulich-Pyle para comparação com padrões normais, e exames laboratoriais iniciais incluindo hemograma completo, TSH, T4 livre e fator de crescimento semelhante à insulina tipo 1 (IGF-1).

45. Uma criança de 3 anos é levada ao pronto-socorro com irritabilidade, vômitos, respiração acelerada e sinais de desidratação moderada. A mãe relata aumento da ingestão de líquidos e micções frequentes na última semana, atribuído ao calor excessivo, além de perda de peso não quantificada. Ao exame, apresenta glicemia capilar de 420 mg/dL, pH arterial 7,15 e cetonúria positiva.

Essa apresentação clínica é compatível com:

- a. Hipoglicemia reativa por hiperinsulinismo congênito, com dosagem de insulina e peptídeo C para confirmação diagnóstica.
- b. Insuficiência adrenal primária, com dosagem de cortisol basal e ACTH para avaliação etiológica.
- c. Gastroenterite aguda com hiperglicemia de estresse, resolvível com hidratação e suporte sintomático sem insulino-terapia.
- d. *Diabetes mellitus* tipo 1 com cetoacidose diabética, frequente em crianças menores de 5 anos devido ao reconhecimento tardio de poliúria e polidipsia, com indicação de reposição volêmica e insulino-terapia endovenosa imediata.
- e. *Diabetes mellitus* tipo 2 com estado hiperosmolar, associado à obesidade e resistência insulínica, com necessidade de metformina oral após estabilização.

46. Uma menina de 10 anos é avaliada em consulta de endocrinologia pediátrica por perda de peso involuntária, apesar de apetite preservado, taquicardia em repouso, intolerância ao calor, irritabilidade e presença de bócio difuso indolor ao exame físico, sem exoftalmia evidente. Exames laboratoriais revelam níveis suprimidos de hormônio tireostimulante (TSH), tiroxina livre (T4 livre) elevada para idade e presença de anticorpos estimuladores do receptor de TSH (TRAb) positivos, com velocidade de sedimentação globular normal.

A suspeita diagnóstica é de:

- a. Doença de Graves.
- b. Doença de Plummer.
- c. Adenoma hipofisário.
- d. Tireoidite inespecífica.
- e. Hipertireoidismo factício.

47. Assinale a alternativa que se refere **corretamente** às metas de tratamento glicêmico primárias para *Diabetes Mellitus* tipo 2 confirmado por hiperglicemia sintomática e anticorpos negativos para autoimunidade.

- a. HbA1c inferior a 6,5%, glicemia de jejum inferior a 100 mg/dL e glicemia pós-prandial inferior a 140 mg/dL, priorizando metas estritas para prevenção de comorbidades.
- b. HbA1c inferior a 7%, glicemia de jejum e pré-prandial entre 70-130 mg/dL, glicemia pós-prandial inferior a 180 mg/dL e tempo no alvo (TIR 70-180 mg/dL) superior a 70%.
- c. HbA1c inferior a 7,5%, glicemia de jejum entre 80-130 mg/dL e glicemia ao deitar entre 100-180 mg/dL, com ênfase em metas para diabetes tipo 1.
- d. HbA1c inferior a 8%, glicemia de jejum entre 90-150 mg/dL e glicemia pós-prandial inferior a 200 mg/dL, ajustadas para idoso frágil adaptado à pediatria.
- e. HbA1c inferior a 8,5%, glicemia de jejum entre 100-180 mg/dL e glicemia pós-prandial sem limite específico, focando em evitar hipoglicemia em crianças.

48. No exame genético solicitado para confirmação diagnóstica da síndrome de Prader-Willi, as alterações cromossômicas incluem:

- a. Deleção materna no cromossomo 15q11.2-q13 em 70% dos casos, dissomia uniparental paterna em 25% e mutação no gene SNRPN em 5%, com herança autossômica dominante.
- b. Dissomia uniparental paterna no cromossomo 15q11.2-q13 em 60% dos casos, deleção materna em 30% e defeito de *imprinting* em 10%, associada a fenótipo oposto de Angelman.
- c. Deleção intersticial no cromossomo 7q11.23 em 80% dos casos, mutações no gene ELN em 15% e herança autossômica recessiva em 5%, característica da síndrome de Williams-Beuren.
- d. Cariótipo 45, X em 50% dos casos, mosaicismos em 40% e deleções no gene SHOX em 10%, típico da disgenesia gonadal na síndrome de Turner.
- e. Ausência de expressão de genes paternos no cromossomo 15q11.2-q13, devido à deleção paterna em 65-75% dos casos, dissomia uniparental materna em 20-30% e defeito no centro de *imprinting* em 1-3%.

49. Uma menina de 11 anos é avaliada por baixa estatura, com estatura 2,3 desvios-padrão abaixo da média para idade e sexo nas curvas da Organização Mundial da Saúde, com velocidade de crescimento de 3,8 cm/ano e idade óssea atrasada em 2 anos. Após exclusão de causas não endócrinas, realiza-se dosagem de fator de crescimento semelhante à insulina tipo 1 (IGF-1), baixa para idade e testes de estímulo para hormônio do crescimento (GH) com resposta inadequada.

A dosagem de IGF-1 nessa investigação é:

- a. Confirmar diretamente a deficiência de GH sem necessidade de testes de estímulo, pois níveis baixos de IGF-1 isoladamente autorizam o início de reposição hormonal recombinante.
- b. Avaliar a resistência primária ao GH, com níveis elevados de IGF-1 indicando necessidade de terapia com mecassermina em vez de GH recombinante.
- c. Servir como exame de triagem sensível para deficiência de GH, refletindo a ação tecidual do hormônio, com indicação de prosseguir para testes de estímulo se os níveis estiverem abaixo do esperado para idade e sexo.
- d. Monitorar a adesão ao tratamento com GH após o início da reposição, priorizando dosagens seriadas de IGF-1 para ajuste de dose sem avaliação da velocidade de crescimento.
- e. Excluir causas genéticas como mutações no gene SHOX, com IGF-1 normal sugerindo displasias ósseas desproporcionais em vez de deficiência hormonal.

50. Uma menina de 7 anos apresenta desenvolvimento mamário Tanner 2 bilateral, aceleração do crescimento estatural e idade óssea avançada em 1,5 anos, sem pelos pubianos ou axilares evidentes. Exames laboratoriais mostram estradiol elevado, níveis basais de hormônio luteinizante (LH) e hormônio folículo-estimulante (FSH) pré-puberais, mas com resposta puberal ao teste de estímulo com hormônio liberador de gonadotrofinas (GnRH). Não há lesões detectáveis em ressonância magnética de crânio.

Essa condição, compatível com puberdade precoce central idiopática, tem como tratamento de escolha:

- a. Reposição com estrógeno conjugado oral diário, associado a progestágeno cíclico, para regularizar o ciclo menstrual e prevenir complicações ósseas, com reavaliação em 3 meses.
- b. Excisão cirúrgica de possível tumor ovariano, guiada por ultrassonografia pélvica, independentemente dos níveis de gonadotrofinas, para exclusão de causa periférica.
- c. Observação expectante com avaliações trimestrais, pois representa variante da normalidade com telarca precoce isolada, sem necessidade de intervenção hormonal imediata.
- d. Início de análogos de hormônio liberador de gonadotrofina (GnRH), como leuprorelina por via intramuscular a cada 28 dias, visando supressão do eixo hipotálamo-hipofisário-gonadal, com monitoramento clínico e laboratorial semestral para avaliar progressão puberal e crescimento.
- e. Administração de inibidores da aromatase, como anastrozol oral diário, para bloquear a conversão periférica de andrógenos em estrógenos, com foco na desaceleração do avanço ósseo.

51. Um recém-nascido a termo, assintomático, apresenta dosagem de hormônio tireoestimulante (TSH) de 25 mUI/L na triagem neonatal realizada no terceiro dia de vida, em amostra de sangue colhida por punção no calcanhar. Não há história materna de tireoidopatias ou exposição a iodo.

A conduta inicial deve ser:

- a. Cintilografia tireoidiana com iodo radioativo para avaliação funcional, com adiamento do tratamento hormonal até confirmação etiológica definitiva.
- b. Repetição da triagem neonatal em papel-filtro após 1 semana, com observação expectante se TSH persistir entre 10-20 mUI/L, sem necessidade de exames séricos iniciais.
- c. Dosagem sérica imediata de TSH e tiroxina livre (T4 livre), com início de levotiroxina se TSH >20 mUI/L e T4 livre abaixo do normal, visando prevenir deficiências neurológicas.
- d. Ultrassonografia de tireoide para detecção de disgenesia, seguida de dosagem de tireoglobulina sérica, priorizando imagem antes de testes hormonais confirmatórios.
- e. Dosagem de anticorpos antitireoperoxidase (anti-TPO) e antitireoglobulina (anti-Tg) para exclusão de tireoidite autoimune transitória, com tratamento sintomático, se positivo.

52. Assinale a alternativa que se refere **corretamente** às características anatomopatológicas e fisiopatológicas principais da tireoidite de Hashimoto.

- a. Inflamação granulomatosa subaguda com formação de gigantócitos, associada à etiologia viral, causando tireotoxicose transitória inicial seguida de hipotireoidismo recuperável espontaneamente, sem presença de anticorpos autoimunes.
- b. Hiperplasia difusa da tireoide por deficiência nutricional de iodo, com bócio endêmico e hipotireoidismo reversível mediante suplementação iodada, caracterizada por ausência de infiltração inflamatória linfocítica.
- c. Mutação genética no receptor do hormônio tireoestimulante (TSH), resultando em resistência hormonal com hipotireoidismo familiar congênito e atrofia glandular progressiva, sem componente autoimune detectável.
- d. Supuração aguda com necrose tecidual e infiltração neutrofilica por infecção bacteriana, manifestando-se como abscesso tireoidiano, com necessidade de drenagem cirúrgica e antibioticoterapia empírica.
- e. Infiltração linfocítica crônica da tireoide com destruição autoimune progressiva dos folículos tireoidianos, levando à hipotireoidismo adquirido insidioso, mediado por anticorpos antitireoperoxidase (anti-TPO) e antitireoglobulina (anti-Tg), com ecotextura heterogênea à ultrassonografia.

53. As características anatomopatológicas e fisiopatológicas principais da tireoidite subaguda de Quervain incluem:

- a. Doença autoimune crônica com infiltração linfocítica da tireoide, levando à hipotireoidismo adquirido insidioso em regiões com iodação adequada do sal, com confirmação diagnóstica pela presença de anticorpos antitireoperoxidase (anti-TPO) e antitireoglobulina (anti-Tg).
- b. Hiperplasia difusa da tireoide por deficiência nutricional de iodo, com bócio endêmico e hipotireoidismo reversível mediante suplementação iodada, caracterizada por ausência de infiltração inflamatória linfocítica.
- c. Inflamação granulomatosa subaguda com formação de gigantócitos, associada a etiologia viral, causando tireotoxicose transitória inicial seguida de hipotireoidismo recuperável espontaneamente, sem presença de anticorpos autoimunes.
- d. Mutação genética no receptor do hormônio tireoestimulante (TSH), resultando em resistência hormonal com hipotireoidismo familiar congênito e atrofia glandular progressiva, sem componente autoimune detectável.
- e. Supuração aguda com necrose tecidual e infiltração neutrofílica por infecção bacteriana, manifestando-se como abscesso tireoidiano, com necessidade de drenagem cirúrgica e antibioticoterapia empírica.

54. Assinale a alternativa que se refere **corretamente** às características principais da hiperplasia adrenal congênita (HAC).

- a. Doença autossômica dominante com hiperplasia nodular do córtex adrenal, resultando em excesso de cortisol e supressão androgênica, sem crise de perda de sal, confirmada por dosagem baixa de 17-hidroxiprogesterona e imagem por tomografia.
- b. Grupo de doenças autossômicas recessivas com deficiência enzimática no córtex adrenal, levando à hiperprodução de andrógenos e possível insuficiência suprarrenal, com a forma mais comum sendo a deficiência de 21-hidroxilase, detectada por elevação de 17-hidroxiprogesterona na triagem neonatal.
- c. Condição adquirida por infecção viral com inflamação transitória da suprarrenal, manifestando tireotoxicose inicial seguida de insuficiência adrenal reversível, sem componente genético ou necessidade de triagem neonatal rotineira.
- d. Mutação monogênica X-ligada com atrofia suprarrenal progressiva, associada à leucodistrofia cerebral e hiperandrogenismo isolado em meninos, diagnosticada por dosagem de ácidos graxos de cadeia muito longa.
- e. Hiperplasia suprarrenal secundária a tumor hipofisário, com excesso de hormônio adreno-corticotrófico (ACTH) e hipercortisolismo, sem ambiguidade genital ou distúrbios eletrolíticos na apresentação neonatal típica.

55. Uma menina de 14 anos é avaliada em consulta de endocrinologia pediátrica por ausência de menarca, baixa estatura proporcional com estatura 2,5 desvios-padrão abaixo da média para idade e sexo nas curvas da Organização Mundial da Saúde (OMS), pescoço alado, implantação baixa das orelhas e coarctação da aorta detectada em ecocardiograma. Exames complementares revelam cariótipo 45, X e níveis elevados de hormônio folículo-estimulante (FSH) e hormônio luteinizante (LH).

Essa descrição corresponde à:

- a. Síndrome de Turner.
- b. Síndrome de Noonan.
- c. Síndrome de Prader-Willi.
- d. Insuficiência Ovariana Prematura (IOP).
- e. Discondrosteose (Síndrome de Leri-Weill).

56. Uma criança de 5 anos é levada ao consultório de endocrinologia pediátrica por ganho de peso excessivo nos últimos 2 anos, com Índice de Massa Corpórea (IMC) acima do percentil 97 nas curvas de crescimento da Organização Mundial da Saúde (OMS), velocidade de crescimento preservada, ausência de distúrbios ou deficiências intelectuais e história de hábitos alimentares inadequados com sedentarismo familiar.

A abordagem inicial recomendada para essa condição é:

- a. Dosagem sérica de leptina e sequenciamento genético para mutações no gene do receptor de melanocortina tipo 4 (MC4R), visando excluir obesidade monogênica grave de início precoce.
- b. Mudança de hábitos de vida com promoção de alimentação saudável, atividade física regular e envolvimento familiar multidisciplinar, sem investigação endócrina imediata, pois sugere obesidade exógena multifatorial comum.
- c. Avaliação laboratorial para hipotireoidismo com dosagem de hormônio tireoestimulante (TSH) e tiroxina livre (T4 livre), devido ao risco de causas endócrinas em obesidade infantil sem baixa estatura evidente.
- d. Início empírico de metformina oral para melhora da sensibilidade à insulina, associada à restrição calórica rigorosa e monitoramento de glicemia capilar.
- e. Ressonância magnética de hipófise para detecção de lesão hipotalâmica, com hiperfagia implícita como sinal de alerta para obesidade de origem central.

57. Um pediatra endocrinologista atende a uma criança de 6 meses com retardo no desenvolvimento neuropsicomotor e baixa estatura, cuja triagem neonatal havia mostrado hormônio tireoestimulante (TSH) elevado, mas sem confirmação sérica imediata pelo profissional, resultando em diagnóstico tardio de hipotireoidismo congênito e sequelas permanentes.

A responsabilidade ética e civil do médico nessa situação decorre principalmente de:

- a. Imperícia coletiva da equipe multidisciplinar, isentando o endocrinologista de responsabilidade individual ética, mas sujeitando-o a sanções civis apenas se comprovada intenção dolosa no atraso diagnóstico.
- b. Ausência de consentimento informado dos pais para o adiamento dos exames confirmatórios, configurando violação ética exclusiva, sem implicações civis uma vez que o PNTN não impõe prazos rígidos para confirmação.
- c. Quebra de sigilo profissional ao não compartilhar os resultados da triagem neonatal com os pais imediatamente, gerando responsabilidade ética, mas sem base para ação civil por falta de nexo causal com as sequelas.
- d. Negligência por omissão no uso de meios diagnósticos disponíveis, caracterizando infração ética pessoal não presumida e possibilidade de indenização civil por imperícia ou imprudência, com dever de reparar danos ao paciente menor.
- e. Recusa em exercer a medicina em instituição pública inadequada, protegendo o médico de responsabilidades éticas e civis, desde que documentada a notificação ao diretor técnico sobre falhas no fluxo do PNTN.

58. Uma adolescente de 15 anos, com desenvolvimento puberal Tanner 4, consulta o endocrinologista pediátrico por irregularidades menstruais e expressa desejo de iniciar vida sexual ativa, solicitando orientação sobre métodos contraceptivos. Não há sinais de violência ou coação, e a paciente demonstra capacidade de compreensão.

A conduta ética inicial do médico deve priorizar a/o:

- a. Comunicação imediata aos pais ou responsáveis sobre o desejo da adolescente, priorizando o consentimento familiar para qualquer orientação sobre saúde sexual, conforme o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA).
- b. Recusa em fornecer orientação sobre contracepção sem avaliação psicológica prévia, devido ao risco de imaturidade emocional em adolescentes, com foco exclusivo no tratamento das irregularidades menstruais.
- c. Prescrição empírica de contraceptivos orais combinados sem discussão detalhada, enfatizando apenas a regularização do ciclo menstrual para evitar complicações endócrinas, sem menção a ISTs.
- d. Encaminhamento obrigatório para serviço de saúde mental antes de qualquer orientação sexual, considerando o desejo de iniciar vida sexual como possível sinal de distúrbio comportamental associado à puberdade.
- e. Orientação confidencial sobre métodos contraceptivos, prevenção de infecções sexualmente transmissíveis (ISTs) e uso de preservativos para dupla proteção, respeitando a autonomia da adolescente sem juízo de valor ou quebra de sigilo, com encaminhamento multidisciplinar, se necessário.

59. Assinale a alternativa que se refere **corretamente** às principais alterações na fisiologia endócrina da adolescência feminina.

- a. Reativação do eixo hipotálamo-hipofisário-gonadal com pulsos noturnos aumentados de hormônio liberador de gonadotrofinas (GnRH), levando à secreção pulsátil de LH e FSH, estimulação ovariana com produção de estrógenos, ao desenvolvimento de caracteres sexuais secundários e à menarca em média aos 12 anos.
- b. Aumento primário da secreção de hormônio do crescimento (GH) e fator de crescimento semelhante à insulina tipo 1 (IGF-1), com pico diurno de prolactina e cortisol, resultando em aceleração do metabolismo basal sem impacto direto nos ovários.
- c. Supressão do eixo tireoidiano com redução de hormônio tireostimulante (TSH) e tiroxina livre (T4 livre), associada à elevação de andrógenos adrenais, promovendo pilificação axilar isolada e desaceleração do estirão puberal.
- d. Ativação do eixo somatotrófico com hipersecreção de GH e IGF-1, levando a aumento de insulina basal e resistência periférica, com foco em ganho de massa muscular sem alterações gonadais significativas.
- e. Diminuição da liberação pulsátil de GnRH e gonadotrofinas, com predomínio de progestágenos ovarianos, resultando em ciclos menstruais anovulatórios persistentes e ausência de estirão de crescimento na fase inicial.

60. A cronologia do aparecimento da puberdade, telarca e menarca na adolescente normal é caracterizada pelo:

- a. Início com pubarca entre 7-12 anos (média 9 anos), seguido de telarca e menarca imediata aos 11 anos, com aceleração do crescimento estatural como marco inicial, requerendo dosagem de hormônio luteinizante (LH) basal.
- b. Início simultâneo de telarca e menarca aos 9-10 anos, com pubarca tardia após os 13 anos, associada a pico de velocidade de crescimento pós-menarca, indicando variante da normalidade com monitoramento anual.
- c. Início com telarca (desenvolvimento mamário) entre 8-13 anos (média 10-11 anos), seguido de pubarca (aparecimento de pelos pubianos) e menarca (primeira menstruação) 2-3 anos após a telarca, com média aos 12-13 anos, representando sequência fisiológica esperada sem necessidade de investigação adicional.
- d. Início com menarca aos 10 anos, precedido por pubarca e telarca em sequência reversa, com desaceleração estatural como sinal de maturação precoce, necessitando de teste de estímulo com hormônio liberador de gonadotrofinas (GnRH).
- e. Início com telarca isolado aos 7 anos, evoluindo para pubarca aos 8 anos e menarca aos 9 anos, com idade óssea avançada em 1 ano, compatível com puberdade precoce periférica e indicação de ultrassonografia pélvica.

Coluna
em Branco.
(rascunho)

**Página
em Branco.
(rascunho)**

**Página
em Branco.
(rascunho)**

Utilize a grade ao lado para anotar as suas respostas.

Não destaque esta folha. Ao entregar sua prova, o fiscal irá destacar e entregar esta grade de respostas que você poderá levar para posterior conferência.



GRADE DE RESPOSTAS

1		31	
2		32	
3		33	
4		34	
5		35	
6		36	
7		37	
8		38	
9		39	
10		40	
11		41	
12		42	
13		43	
14		44	
15		45	
16		46	
17		47	
18		48	
19		49	
20		50	
21		51	
22		52	
23		53	
24		54	
25		55	
26		56	
27		57	
28		58	
29		59	
30		60	

S20 Médico - Endócrino Pediatríco



