Centro de Educação e Pesquisa em Saúde

R. Lothário Boutin, 90
Pinheirinho | Curitiba/PR
CEP 81.110-522
Tel. (41)3316-5968 / (41)3316-5724
www.feas.curitiba.pr.gov.br

PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CURITIBA

FUNDAÇÃO ESTATAL DE ATENÇÃO À SAÚDE

Nome:	
Especialidade:	**Assinatura:**

INSTRUÇÕES

1. Aguarde autorização para abrir o caderno de prova e conferir o número de questões.
2. A prova é composta de 60 questões objetivas.
3. As questões objetivas são de múltipla escolha, com 4 alternativas cada uma (a, b, c, d) e somente uma deve ser assinalada.
4. A interpretação das questões é parte do processo de avaliação, não sendo permitidas perguntas aos aplicadores de prova.
5. Ao receber o cartão-resposta confirme seu nome impresso nele e caso haja qualquer irregularidade, comunique imediatamente ao seu aplicador de prova.
6. O cartão-resposta deverá ser preenchido com caneta esferográfica transparente de tinta azul ou preta observando sempre o limite do espaço para cada marcação. O candidato é responsável pelo seu cartão resposta e esse é insubstituível.
7. Durante a prova não será permitida comunicação entre os candidatos ou pessoas estranhas ao Processo Seletivo, bem como consulta de livros, revistas, folhetos, ou ainda qualquer material de apoio, nem uso de telefones celulares ou qualquer outro equipamento eletrônico, uso de bonés, chapéus lenços, óculos escuros, relógios, entre outros que sejam considerados análogos aos itens descritos.
8. A duração da prova é de 4 (quatro) horas. Esse tempo inclui a resolução das questões e a transcrição das respostas para o cartão-resposta.
9. Ao concluir a prova, permaneça em seu lugar e comunique ao aplicador de prova. Aguarde autorização para entregar o caderno de prova e o cartão-resposta.
10. Se desejar, anote as respostas no quadro abaixo, recorte na linha indicada e leve-o consigo.

RESPOSTAS							
01 -	09 -	17 -	25 -	33 -	41 -	49 -	57 -
02 -	10 -	18 -	26 -	34 -	42 -	50 -	58 -
03 -	11 -	19 -	27 -	35 -	43 -	51 -	59 -
04 -	12 -	20 -	28 -	36 -	44 -	52 -	60 -
05 -	13 -	21 -	29 -	37 -	45 -	53 -	
06 -	14 -	22 -	30 -	38 -	46 -	54 -	
07 -	15 -	23 -	31 -	39 -	47 -	55 -	
08 -	16 -	24 -	32 -	40 -	48 -	56 -	

R. Lothário Boutin, 90
Pinheirinho | Curitiba/PR
CEP 81.110-522
Tel. (41)3316-5968 / (41)3316-5724
www.feas.curitiba.pr.gov.br

SIGLAS

ADH	Hormônio antidiurético
ANTI-TPO	Anti-Tireoperoxidase
ALT	Alanina Aminotransferase
APS	Atençaõ Primária a Saúde
AST	Aspartato Aminotransferase
ATR	Acidose tubular renal
BNP	Peptídeo Natrial Diuretico
BPM	Batimentos por minuto
CAM	*Confusion Assessment Method*
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CDR	*Clinical Dementia Rating* (Escala de Avaliação Clínica da Demência)
CKD-EPI	*Chronic Kidney Disease Epidemiology Collaboration*
CPRE	Colangiopancreatografia Retrógrada Endoscópica
DF	Função Discriminante de Maddrey
DTpA	Vacina Tríplice Bacteriana Acelular do Tipo Adulto
DTG	Dolutegravir
EBV	*Epstein Bar Virus*
ESF	Estratégia de Saúde da Família
FA	Fosfatase alcalina
FC	Frequência cardíaca
FID	Fossa ilíaca direita
FR	Frequência respiratória
FSH	Hormônio Folículo Estimulante
GGT	Gama GT
GH	Hormônio do Crescimento
GnRH	Hormônio Liberador de Gonadotrofina
GOLD	*Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease*
H+	Hidrogênio
HAS	Hipertensão arterial sistêmica
Hb	Hemoglobina
hCG	gonadotrofina coriônica humana
HCO3-	Bicarbonato
HIV	Virus da imunodeficiência humana
HPV	Papilomavírus Humano
Ht	Hematócrito
IC	Insuficiência cardíaca
IECA	Inibidores da enzima conversora da angiotensina
IgA	Imunoglobulina A
IGF-1	Fator de Crescimento Semelhante à Insulina tipo 1

R. Lothário Boutin, 90
Pinheirinho | Curitiba/PR
CEP 81.110-522
Tel. (41)3316-5968 / (41)3316-5724
www.feas.curitiba.pr.gov.br

IGFBP-3	Proteína de Ligação ao IGF-3
IMC	Índice de Massa Corpórea
IRA	Insuficiência renal aguda
irpm	Incursões Respiratórias por Minuto
IST	Infecção Sexualmente Transmissível
ITU	Infecção de trato urinário
KDIGO	*Kidney Disease: Improving Global Outcomes*
LABA	Agonista beta-2 adrenérgico de longa ação
LAMA	Antagonistas muscarínicos de longa duração
LDL	*Low-Density Lipoprotein*
LGBTQIA+	Lésbicas, Gays, Bissexuais, Transexuais, Queer, Intersexuais, Assexuais
LH	Hormônio Luteinizante
MDR-TB	Tuberculose Multirresistente.
mEq/l	miliequivalente por litro
mOsm/kg	miliosmoles por quilograma de solvente
NIC	Neoplasia Intraepitelial Cervical
NT-proBNP	Peptídeo Natriurético tipo B N-terminal
NV	Nascidos vivos
PA	Pressão arterial
PaCO2	Pressão Arterial de CO2
PaO2	Pressão Arterial de O2
PCDT	Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas
PCR	Proteína C Reativa
POCUS	Ultrassom point-of-care
Portaria GM/MS	Gabinete do Ministro/Ministério da Saúde
PPC	Puberdade precoce central
RAS	Rede de atenção a saúde
RIPE	Rifampicina + Isoniazida + Pirazinamida + Etambutol
RHZS	Rifampicina + Isoniazida + Pirazinamida + Estreptomicina
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SatO2	Saturação O2
SGLT2	Cotransportador de Sódio-Glicose 2
SHBG	Globulina Ligadora de Hormônios Sexuais
SRAA	Sistema renina angiotensina aldosterona
T; temp.	Temperatura
TARV	Terapia antirretroviral
TC	Tomografia de crânio
TDF	Tenofovir
TFGe	Taxa de filtração glomerular
TOTG	Teste Oral de Tolerância a Glicose
TSH	Hormônio tireo-estimulante

TRAb	Anticorpo antirreceptor de TSH
TRM-TB	teste rápido molecular para tuberculose
UPA	Unidade de Pronto Atendimetno
Vacina VIP	Vacina Inativada Poliomielite
VDRL	Venereal Disease Research Laboratory
3TC	Lamivudina

VALORES DE REFERÊNCIA

Albumina	3,5 a 5,5 g/dL
ALT	7-56 U/
AST	10-40 U/L
Bilirrubinas	0,3 a 1,0 mg/dL
Bilirrubina direta	0,1 a 0,3 mg/dL
Bilirrubina indireta	0,2 a 0,7 mg/dL
BNP	Inferior a 100 pg/mL.
Cálcio total	8,8 mg/dL a 10,4 mg/dL
Cloro	96 e 107 mEq/L
Creatinina	0,7 a 1,3 mg/dL
Colesterol Total	abaixo de 190 mg/dL
Fosfatase alcalina	5,5 a 22,9 U/L
FSH	Fase folicular entre 3,4 e 21,6 mUI/mL Fase ovulatória entre 5,0 e 20,8 mUI/mL Fase lútea entre 1,1 e 14,0 mUI/mL Menopausa acima de 23,0 mUI/mL.
Gasometria	pH= 7,35-7,45, $PaCO_2$ = 35-45 mmHg, PaO2= 80 a 100 mmHg HCO_3^- = 22-26 mEq/L
GGT	Até 60 U/L em homens e 40 U/L em mulheres
Glicemia de jejum	70 a 99 mg/dL
HDL	Desejável maior que 40 mg/dL
Hemoglobina glicada (HbA1C)	4,3 a 6,1%
Lactato	5 a 15 mg/dL ou 0,5 a 2,2 mmol/L
LDL	desejável de 100 a 129 mg/dL
LH	até 12,0 UI/L (fase folicular)
Na - sódio	135 a 145 mEq/L
Na URINÁRIO	40-220 mEq/dia
NT-proBNP	abaixo de 125 pg/mL
Osmolaridade sérica	275-295 mOsm/kg
Osmolaridade urinária	50-1400 mOsm/kg
PCR	0,3 a 1,0 mg/dL

R. Lothário Boutin, 90
Pinheirinho | Curitiba/PR
CEP 81.110-522
Tel. (41)3316-5968 / (41)3316-5724
www.feas.curitiba.pr.gov.br

Potássio sérico	3,5 a 5,0 mEq/L
Prolactina	até 29 µg/L (não gestante)
Relação albumina/creatinina urinária	até 30 mg/g de creatinina
Triglicerídeos	desejável menor que 150 mg/dL
TSH	0,51 a 4,3 mUI/mL
Ureia	10 a 50 mg/dL
β2-microglobulina sérica	0,70 e 2,4 mg/L
Hemograma	
Hemoglobina	11,7 a 14.9 g/dL
Conc. hemoglobina corpuscular média (CHCM)	31 a 36 g/dL
Hemoglobina corpuscular média (HCM)	27 a 32 pg
Volume corpuscular médio (VCM)	80 a 100 fL
Distribuição dos Glóbulos Vermelhos (RDW)	10 a 16%
Leucócitos	5.000 a 10.000/mm3
Linfócitos	0,9 a 3,4 mil/mm3
Monócitos	0,2 a 0,9 mil/mm3
Neutrófilos	1,6 a 7,0 mil/ mm3
Eosinófilos	0,05 a 0,5 mil/ mm3
Plaquetas	150.0 450.000/mm3 ou µL

R. Lothário Boutin, 90
Pinheirinho | Curitiba/PR
CEP 81.110-522
Tel. (41)3316-5968 / (41)3316-5724
www.feas.curitiba.pr.gov.br

1. Uma equipe de Saúde da Família atua em território com 3.500 pessoas adscritas, predominantemente de baixa renda, alta vulnerabilidade social e baixa escolaridade. O município apresenta cobertura de APS de 78% e possui integração com serviços especializados via Regulação Municipal. Durante uma supervisão, identificou-se que a equipe tem priorizado consultas programadas para hipertensos e diabéticos, encaminhando todos os casos de demanda espontânea para a UPA local, alegando "falta de tempo e sobrecarga". De acordo com a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) 2017, qual é a responsabilidade mínima dessa equipe em relação à sua população?

a) Prestar apenas atendimentos programados, encaminhando toda demanda espontânea para unidades de pronto atendimento.
b) Garantir atenção contínua, integral e coordenada, com adscrição de território e população, utilizando ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação.
c) Atuar exclusivamente em ações de promoção de saúde, sem realizar acompanhamento de condições crônicas.
d) Atuar apenas nas áreas rurais ou de difícil acesso, sem integração com outros pontos da rede.

2. Em um bairro periférico com histórico de surtos de dengue e aumento recente de casos de hipertensão e obesidade, a equipe da APS recebe a orientação de realizar ações de vigilância em saúde integradas. Entretanto, parte da equipe entende que vigilância se restringe a notificar casos de doenças de notificação compulsória, enquanto outros acreditam que é função exclusiva da Secretaria Estadual. No contexto da Atenção Primária à Saúde, qual definição é mais correta sobre vigilância em saúde?

a) É restrita à vigilância epidemiológica de doenças transmissíveis.
b) É de responsabilidade exclusiva das Secretarias Estaduais de Saúde.
c) Compreende ações integradas de vigilância epidemiológica, sanitária, ambiental, saúde do trabalhador e vigilância nutricional.
d) É uma atribuição fora do escopo de atuação da Estratégia de Saúde da Família.

3. Durante uma reunião do Conselho Municipal de Saúde, o secretário apresentou dados para justificar a priorização de recursos na APS. Entre os indicadores, constam: taxa de mortalidade infantil (15/1.000 NV), cobertura vacinal (92%), cobertura populacional estimada pelas equipes

R. Lothário Boutin, 90
Pinheirinho | Curitiba/PR
CEP 81.110-522
Tel. (41)3316-5968 / (41)3316-5724
www.feas.curitiba.pr.gov.br

de Saúde da Família (68%), tempo médio de espera para consulta especializada (110 dias) e incidência de tuberculose (36/100.000 habitantes). Considerando o papel dos indicadores para monitorar o acesso e a continuidade do cuidado na APS, qual deles é mais diretamente aplicável?

a) Taxa de mortalidade infantil.
b) Cobertura populacional estimada pelas equipes de ESF.
c) Taxa de incidência de tuberculose.
d) Tempo médio de espera para consulta especializada.

4. Uma paciente de 46 anos procura a unidade de saúde com queixas de dor crônica e insônia. Ao longo da consulta, relata preocupações com desemprego e dificuldade para cuidar de dois filhos pequenos. O médico, utilizando o Método Clínico Centrado na Pessoa (MCCP), explora não apenas os sintomas, mas também o contexto familiar, social e emocional, e propõe que juntos definam um plano de cuidado que contemple manejo da dor, suporte social e estratégias de autocuidado. Dentro das etapas do MCCP, a ação descrita pelo médico corresponde a qual componente?

a) Explorar a doença e a experiência da doença.
b) Entender a pessoa como um todo.
c) Elaborar plano conjunto de manejo.
d) Incorporar prevenção e promoção de saúde.

5. Durante um atendimento de rotina, um médico de família atende uma mulher trans de 29 anos em uso de hormonioterapia iniciada sem acompanhamento médico. A paciente relata receio de procurar serviços de saúde devido a experiências anteriores de discriminação. O profissional decide rever todo o histórico, avaliar riscos e benefícios da terapia hormonal, ajustar doses conforme protocolos baseados em evidências e oferecer acompanhamento multiprofissional, evitando exames ou procedimentos desnecessários. Essa conduta ilustra qual princípio da prevenção quaternária aplicada à saúde da população LGBTQIA+?

a) Realizar rastreamento universal de câncer de próstata em homens cisgêneros a partir dos 40 anos, independentemente de risco.

R. Lothário Boutin, 90
Pinheirinho | Curitiba/PR
CEP 81.110-522
Tel. (41)3316-5968 / (41)3316-5724
www.feas.curitiba.pr.gov.br

b) Prescrever hormonioterapia sem avaliação clínica prévia para pessoas trans.
c) Evitar intervenções desnecessárias e potencialmente iatrogênicas, garantindo abordagem baseada em evidências e respeito à identidade de gênero.
d) Encaminhar toda demanda de saúde dessa população diretamente para especialistas, sem manejo inicial na APS.

6. Um paciente com esquizofrenia, diabetes mellitus tipo 2 descompensado e situação de vulnerabilidade social frequenta irregularmente a unidade de saúde e tem histórico de múltiplas internações. A equipe da APS, composta por médico, enfermeiro, assistente social e agente comunitário, decide elaborar um Projeto Terapêutico Singular para melhorar seu cuidado. Segundo a metodologia do PTS, qual deve ser o primeiro passo dessa construção?

a) Definição dos objetivos terapêuticos e metas de acompanhamento.
b) Discussão de caso pela equipe e identificação dos problemas prioritários.
c) Elaboração do cronograma de consultas e exames.
d) Registro no prontuário e comunicação com a família.

7. Prevenção clínica é um tema que se discute há um certo tempo, houve uma mudança paradigmática de uma organização de prevenção de base cronológica para uma de base relacional, logo é <u>CORRETO</u> afirmar:

a) Devido visão relacional, definida por médicos e não centrada na doença, Bury, em 1988, levou a uma proposta de utilizar termo prevenção quaternária para definir os cuidados paliativos.
b) Continuidade e longitudinalidade são fundamentais para a prática da medicina de família e comunidade, assim, a prevenção é incorporada nos contatos diários.
c) A redução de complicações, somada à reabilitação, por definição implicam na prevenção primária.
d) Prevenção primária foi cunhado no fim da década de 1940 por Leavell e Clark, cuja fundamentação teórica é antropologia médica.

8. A partir da identificação das características de um local de atuação de um serviço de saúde é possível verificar situações, planejar e implementar ações, assim é <u>CORRETO</u> afirmar:

a) Com o processo de territorialização não é possível o estabelecimento de ações mais apropriadas e resolutivas.
b) Territorialização não é uma condição para a obtenção e a análise de informações sobre as condições de vida e de saúde da população.
c) Área de abrangência é um espaço que vive em permanente construção, compreendendo sua dimensão econômica, política, cultural e epidemiológica.
d) Elaboração dos diagnósticos territoriais não requer dados de condições de vida e saúde da população.

9. Um gestor de saúde está avaliando as atividades de sua equipe na Atenção Primária à Saúde (APS) e identifica a necessidade de intensificar as práticas de promoção da saúde e prevenção de doenças. Qual abordagem abaixo está em consonância com a proposta de Promoção e Vigilância em Saúde na Atenção Primária à Saúde?

a) Implementar campanhas anuais de vacinação, sem considerar outras medidas.
b) Focar no atendimento clínico individual, relegando ações coletivas.
c) Integrar ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação, considerando o indivíduo em seu contexto comunitário.
d) Delegar todas as atividades de promoção e prevenção à equipe de enfermagem, desobrigando médicos de tais funções.

10. Um médico recém-integrado à Estratégia de Saúde da Família (ESF) se mostra surpreso com o foco da abordagem, que vai além do atendimento clínico. Ele questiona sobre os princípios básicos dessa estratégia. Qual das alternativas abaixo NÃO é um princípio da Estratégia de Saúde da Família?

a) Enfoque na família como núcleo de cuidado.
b) Ações predominantemente curativas e individualizadas.
c) Intersetorialidade e promoção da qualidade de vida.
d) Desenvolvimento de atividades em equipe multiprofissional.

R. Lothário Boutin, 90
Pinheirinho | Curitiba/PR
CEP 81.110-522
Tel. (41)3316-5968 / (41)3316-5724
www.feas.curitiba.pr.gov.br

11. Em uma reunião sobre gestão em saúde, foi debatido o papel das Redes de Atenção à Saúde (RAS) no Sistema Único de Saúde (SUS). Um dos participantes questionou sobre a principal finalidade das RAS. Qual das alternativas abaixo melhor descreve essa finalidade?

a) Descentralizar totalmente a gestão do SUS.
b) Garantir atendimento apenas nos grandes centros urbanos.
c) Priorizar exclusivamente a alta complexidade no atendimento.
d) Organizar a integração de serviços de saúde de diferentes densidades tecnológicas.

12. De acordo com a Portaria GM/MS nº 3.088/2011, que institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde, qual é a população mínima que um município deve possuir para implantação de um CAPS III?

a) 70.000 habitantes.
b) 150.000 habitantes.
c) 200.000 habitantes.
d) 300.000 habitantes.

13. Gestante de 29 anos, IMC pré-gestacional de 26 kg/m², com 9 semanas de gestação, apresenta glicemia de jejum colhida após 8 horas de jejum, de 94 mg/dL e hemoglobina glicada (hbA1c) de 5,8%. Não há antecedentes de diabetes nem sintomas. Segundo as diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2025 para rastreamento e diagnóstico da hiperglicemia na gestação, qual é a conduta inicial mais adequada?

a) Classificar como diabetes gestacional e iniciar tratamento não medicamentoso, com automonitorização diária das glicemias. (DM não diagnosticado anteriormente)
b) Programar teste oral de tolerância à glicose (TOTG) com 75 g de dextrosol na 24-28ª semana de gestação.
c) Repetir a glicemia em nova coleta com 12 horas de jejum antes de decidir por qualquer intervenção terapêutica.
d) Solicitar curva glicêmica, pois devido aos vieses de interpretação a HbA1c não é utilizada para diagnóstico na gestação.

R. Lothário Boutin, 90
Pinheirinho | Curitiba/PR
CEP 81.110-522
Tel. (41)3316-5968 / (41)3316-5724
www.feas.curitiba.pr.gov.br

14. Diversas adaptações fisiológicas durante a gestação modificam o metabolismo dos hormônios tireoidianos e podem aumentar a necessidade de ajuste da dose de levotiroxina em gestantes com hipotireoidismo prévio. Qual dos mecanismos a seguir está diretamente relacionado a essa adaptação?

a) Elevação estrogênio-induzida da globulina ligadora de T4, reduzindo a fração livre de T4 e estimulando aumento compensatório da produção hormonal.
b) Bloqueio do receptor de TSH pela ação do hCG, promovendo aumento transitório de TSH e redução de T4 livre nas primeiras semanas de gestação.
c) Redução da depuração renal de iodo devido ao aumento do fluxo plasmático renal, reduzindo a disponibilidade dos hormônios tireoidianos.
d) Inativação de T3 livre em T3 reverso mediada pela atividade aumentada da desiodinase tipo 2 na placenta, especialmente no segundo trimestre.

15. Sobre o calendário vacinal na gestação, assinale a alternativa <u>CORRETA</u>:

a) Não é necessária nenhuma dose de vacina DTpA durante a gestação para gestantes com esquema vacinal previamente completo para Difteria, Tétano e Coqueluche.
b) Pacientes que tiverem iniciado o esquema vacinal para HPV antes da gestação podem completá-lo durante a gravidez.
c) A aplicação da vacina contra hepatite B não é recomendada para gestantes. Deve-se aguardar o período pós-parto para a administração.
d) A vacina contra a febre amarela é contraindicada em gestantes, salvo em situações de risco, como viagens para áreas endêmicas.

16. A candidíase vulvovaginal é uma das principais causas de corrimento vaginal, gerando muito desconforto entre as mulheres. Em relação a este tema, assinale a alternativa <u>INCORRETA</u>:

a) O agente etiológico mais comum é a *Candida albicans*.
b) 10% a 20% das mulheres são colonizadas por *Candida spp*., de forma assintomática. Esta condição requer tratamento com creme imidazólico por via vaginal.

c) Dentre os fatores que predispõem esta condição, estão o uso de contraceptivos orais, uso de antibióticos, Diabetes Mellitus descompensado e imunodeficiências.
d) Para quadros recorrentes, uma opção eficaz de tratamento é com fluconazol 150mg semanalmente durante 6 meses.

17. Sobre as síndromes hemorrágicas da segunda metade da gestação, analise as afirmações abaixo:

I. Placenta prévia é definida como a placenta que se implanta no segmento inferior do útero, a partir da 22ª semana de gestação. Quando é do tipo centro-total, há indicação de interrupção por cesariana.
II. O descolamento prematuro de placenta geralmente apresenta-se com dor abdominal de início súbito, sangramento vaginal, hipertonia uterina e alterações na vitalidade fetal.
III. O acretismo placentário tem relação importante com o antecedente de cesárea anterior e também com outros procedimentos uterinos como interrupção cirúrgica da gravidez, dilatação e curetagem, miomectomias e ressecções endometriais).
IV. A rotura de vasa prévia é um evento catastrófico, já que pode levar ao óbito fetal por choque hemorrágico em minutos. Quando o diagnóstico é realizado durante o pré-natal, deve-se realizar a cesariana antes do início do trabalho de parto ou da ruptura das membranas ovulares.

a) Apenas as afirmativas I e II estão corretas.
b) Apenas as afirmativas I, II e IV estão corretas.
c) Apenas as afirmativas II, III e IV estão corretas.
d) Todas as afirmativas estão corretas.

18. Uma paciente primigesta com atraso menstrual de 12 semanas procura a Unidade de Saúde para iniciar seu pré-natal. Durante o primeiro atendimento, apresentou teste rápido positivo para sífilis. Posteriormente, realizou exame de VDRL com titulação de 1:256. Negou tratamento prévio ou conhecimento do diagnóstico desta infecção sexualmente transmissível, e não apresentava nenhuma alteração no exame físico. Sobre o caso, assinale a alternativa <u>CORRETA</u>:

R. Lothário Boutin, 90
Pinheirinho | Curitiba/PR
CEP 81.110-522
Tel. (41)3316-5968 / (41)3316-5724
www.feas.curitiba.pr.gov.br

a) A paciente está na fase secundária da doença, e provavelmente adquiriu a infecção há cerca de 60 dias.
b) Para iniciar o tratamento, é necessário um terceiro teste treponêmico, que deve ser documentado na caderneta de pré-natal.
c) O tratamento adequado para esta paciente é com benzilpenicilina benzatina 2,4 milhões UI, intramuscular, semanalmente (1,2 milhão UI em cada glúteo) por 2 semanas.
d) O acompanhamento é realizado com a dosagem mensal de VDRL após o tratamento, sendo considerada resposta adequada quando há a queda de duas diluições em três meses, ou de quatro diluições em seis meses após a conclusão do tratamento.

19. A vaginose bacteriana é a causa mais prevalente de corrimento vaginal com odor fétido entre mulheres em idade reprodutiva. Sobre este tema, analise as afirmações abaixo:

I. Não é causada por um único agente específico, e sua presença aumenta o risco de aquisição de IST, além do risco de complicações em cirurgias ginecológicas e durante a gravidez.
II. A presença de corrimento vaginal homogêneo, pH<4,5 e o teste de Whiff positivo confirmam o diagnóstico de vaginose bacteriana.
III. O tratamento comumente é feito com metronidazol via oral ou vaginal, mas outras opções eficazes incluem clindamicina e doxiciclina.
IV. A recorrência após o tratamento é comum: 15% a 30% das mulheres apresentam vaginose sintomática 30 a 90 dias após o tratamento.

a) Apenas as afirmativas I, II e III estão corretas.
b) Apenas as afirmativas I, III e IV estão corretas.
c) Apenas as afirmativas I e IV estão corretas.
d) Todas as afirmativas estão corretas.

20. Uma paciente de 26 anos está em acompanhamento na unidade de saúde por alteração no preventivo. Sua primeira coleta foi feita há 7 meses, apresentando resultado de lesão intraepitelial escamosa de baixo grau NIC 1. Há 1 mês ela realizou nova coleta, e vem hoje buscar o resultado, que indicou lesão intraepitelial escamosa de alto grau NIC II/III. Ela também comunicou que está com atraso menstrual de 6 semanas e apresentou teste de gravidez positivo. Para este caso, assinale qual a conduta inicial recomendada:

R. Lothário Boutin, 90
Pinheirinho | Curitiba/PR
CEP 81.110-522
Tel. (41)3316-5968 / (41)3316-5724
www.feas.curitiba.pr.gov.br

a) Realizar nova coleta de citologia nesta consulta para confirmação diagnóstica, considerando o estado gestacional da paciente.
b) Aguardar o término da gestação e realizar nova coleta de citologia 30 dias após o nascimento.
c) Encaminhar para colposcopia para avaliar a necessidade de biópsia do colo do útero.
d) Encaminhar para conização devido ao risco aumentado de progredir para invasão durante a gestação.

21. A Organização Mundial de Saúde apresenta critérios de elegibilidade médica para o início do uso de contraceptivos, informando se uma mulher que apresenta uma certa condição médica ou física é capaz de usar vários métodos contraceptivos em segurança e com eficácia. Em relação ao Dispositivo Intrauterino (DIU) de Cobre, assinale a opção que configura contraindicação ao método (categoria 4 – o método não pode ser usado):

a) Diagnóstico histopatológico de neoplasia intraepitelial cervical grau 1 (NIC 1).
b) Nuliparidade.
c) Mioma subseroso.
d) Infecção por clamídia.

22. As síndromes hipertensivas são a intercorrência clínica mais comum da gestação e representam a principal causa de morbimortalidade materna no mundo. Sobre o tema, analise as afirmativas e assinale a alternativa <u>CORRETA</u>:

I. Quando o valor da pressão arterial se encontra ≥ 140 (sistólica) e/ou 90 mmHg (diastólica) em mais de uma medida com intervalo de pelo menos 15 minutos, há o diagnóstico de hipertensão arterial.
II. Gestantes com hipertensão arterial crônica prévia à gestação que tinham bom controle dos níveis pressóricos com inibidores da enzima conversora da angiotensina devem manter o uso deste medicamento na mesma dosagem e posologia durante a gestação.
III. Sinais comuns de iminência de eclâmpsia incluem cefaleia, distúrbios visuais e dor no andar superior do abdome (no epigástrio ou no hipocôndrio direito).
IV. Para gestantes com pré-eclâmpsia, a via de parto de preferência é a cesariana, embora o parto vaginal possa ser conduzido nos casos das pacientes que já estejam em fase avançada de trabalho de parto, se a vitalidade fetal estiver preservada.

R. Lothário Boutin, 90
Pinheirinho | Curitiba/PR
CEP 81.110-522
Tel. (41)3316-5968 / (41)3316-5724
www.feas.curitiba.pr.gov.br

a) Apenas as afirmativas I e II estão corretas.
b) Apenas as afirmativas I, III e IV estão corretas.
c) Apenas a afirmativa III está correta.
d) Apenas as afirmativas III e IV estão corretas.

23. Endometriose é uma condição definida pela presença de tecido endometrial fora da cavidade uterina. Sobre esta doença, assinale a alternativa CORRETA:

a) Os principais sintomas incluem dismenorreia, dor pélvica crônica, dispareunia de profundidade, alterações intestinais e urinárias acíclicas e infertilidade. A realização do exame físico ginecológico fora do período menstrual facilita a suspeita clínica.
b) Os exames de escolha para a detecção e estadiamento da endometriose são a ultrassonografia transvaginal e a tomografia computadorizada de pelve.
c) Indicações de videolaparoscopia incluem infertilidade, endometriomas >5cm e doença obstruindo trato urinário ou gastrintestinal.
d) Os progestagênios isolados são a primeira escolha para o tratamento da dor, enquanto os contraceptivos orais combinados contínuos não apresentam boa eficácia para o alívio dos sintomas.

24. Com relação à infecção do vírus da imunodeficiência humana (HIV) no ciclo gravídico-puerperal, assinale a alternativa CORRETA:

a) Durante o pré-natal, a dosagem da carga viral deve ser repetida a cada 4 semanas até a negativação e, depois disso, próximo ao parto, ao redor de 37 semanas de gestação.
b) Gestantes vivendo com HIV que já estavam em uso de terapia antirretroviral (TARV) antes da gestação devem ter seu esquema substituído por TDF + 3TC + DTG, independentemente dos níveis de carga viral ou contagem de linfócitos CD4.
c) Gestantes com carga viral desconhecida ou acima de 1.000 cópias/mL devem realizar cesariana eletiva com 38 semanas para reduzir o risco de transmissão vertical do HIV.
d) Pacientes que não usam TARV devem ter a lactação bloqueada no pós-parto imediato com 2 comprimidos de cabergolina 0,5 mg em dose única, enquanto as puérperas em uso de TARV

R. Lothário Boutin, 90
Pinheirinho | Curitiba/PR
CEP 81.110-522
Tel. (41)3316-5968 / (41)3316-5724
www.feas.curitiba.pr.gov.br

podem manter o aleitamento materno, uma vez que o tratamento reduz significativamente a eliminação do HIV pelo leite.

25. Um menino de 8 anos é levado à consulta por apresentar aumento testicular, odor axilar e crescimento acelerado há 6 meses. Ao exame físico, apresenta testículos simétricos, com volume de 6 mL, estadiamento P2. A velocidade de crescimento é de 10 cm/ano e a idade óssea corresponde a 10 anos. A dosagem de LH é de 9,1 UI/L e FSH de 3,2 UI/L. Não há queixas neurológicas, alterações cognitivas ou histórico familiar de puberdade precoce. Qual é a conduta mais apropriada nesse caso?

a) Iniciar bloqueio com agonista de GnRH, pois na ausência de sinais neurológicos não há necessidade de exames de imagem.
b) Repetir a dosagem de LH e FSH após estímulo com GnRH para documentar a etiologia central da puberdade.
c) Solicitar ressonância magnética de encéfalo, pois meninos com diagnóstico de PPC devem ser avaliados quanto a lesões centrais.
d) Realizar ultrassonografia abdominal para afastar lesão adrenal, pois o quadro clínico sugere puberdade de origem periférica.

26. Um menino de 9 anos é avaliado por baixa estatura. Sua altura está em –2,6 DP, com velocidade de crescimento de 3,2 cm/ano. O exame físico é normal, sem dismorfias, desproporções corporais ou sinais de puberdade. A curva de crescimento mostra estatura persistentemente abaixo do percentil 3 desde os 2 anos, sem cruzamento de percentis. A altura do pai é 172 cm e a da mãe, 160 cm. A criança apresenta bom desempenho escolar, sem alterações neurológicas, e tem peso adequado para a idade. A idade óssea é de 7 anos.
Qual das condutas abaixo é a mais adequada como primeiro passo na abordagem diagnóstica?

a) Solicitar exames laboratoriais, incluindo hemograma, função renal e hepática, TSH, T4 livre e anticorpo antitransglutaminase.
b) Pedir dosagens de GH, IGF-1 e IGFBP-3 e realizar teste de estímulo, devido à baixa estatura com idade óssea atrasada.
c) Descartar alterações estruturais do eixo hipotálamo-hipofisário com exame de imagem por ressonância magnética.

R. Lothário Boutin, 90
Pinheirinho | Curitiba/PR
CEP 81.110-522
Tel. (41)3316-5968 / (41)3316-5724
www.feas.curitiba.pr.gov.br

d) Comparar a estatura-alvo familiar com a previsão de altura pela idade óssea, se for compatível, manter observação e retorno anual.

27. Um recém-nascido a termo, saudável, teve sua triagem neonatal colhida com 60 horas de vida, apresentando TSH de 15 mUI/L. Qual a conduta mais apropriada diante deste resultado?

a) Repetir a coleta do teste do pezinho, idealmente até o 10º dia de vida, e aguardar novo resultado antes de qualquer outro procedimento.
b) Iniciar levotiroxina em dose terapêutica e solicitar exames séricos de T4 e TSH em 6 semanas para acompanhamento clínico.
c) Solicitar dosagem sérica de TSH, T4 livre e anticorpo antitireoperoxidase imediatamente, para confirmação diagnóstica.
d) Realizar uma ultrassonografia cervical para investigar possíveis ectopias ou hipoplasias antes de definir a conduta.

28. Uma menina de 6 anos de idade é levada à consulta com história de lesões eritematosas e pruriginosas nas dobras internas do cotovelo e joelho, que pioram no inverno, além de pele xerótica. A mãe refere que a criança tem histórico de asma e rinite alérgica. Qual é o diagnóstico mais provável para este quadro clínico?

a) Dermatite de contato.
b) Psoríase.
c) Dermatite atópica.
d) Dermatite seborreica.

29. Dermatose limitada, de início agudo e distribuição caracteristicamente acral, que acomete crianças na faixa etária entre 2 e 6 anos e mais raramente adultos jovens. Tende a predominar na primavera e no início do verão. O quadro é caracterizado por início abrupto de pápulas múltiplas, monomórficas, róseas ou eritêmato-acastanhadas. A distribuição é simétrica na face, nas nádegas e nas extremidades. Geralmente são assintomáticas, mas podem apresentar prurido. Agentes virais, bacterianos e vacinas são associados ao quadro, atualmente o vírus EBV é o agente mais comumente identificado. A qual das alternativas abaixo esta descrição se refere?

a) Doença Mão – Pé – Boca.
b) Síndrome da Pele Escaldada.
c) Eritema Infeccioso.
d) Síndrome de Gianotti-Crosti.

30. A respeito das contraindicações do aleitamento materno, assinale a alternativa CORRETA:

a) A mãe infectada pelo HIV pode amamentar se estiver em terapia antirretroviral e com carga viral indetectável.
b) Em casos de infecção por herpes vírus, a presença de lesões herpéticas em uma das mamas, a amamentação deve ser suspensa em ambas até cicatrização completa.
c) A tuberculose contraindica o aleitamento, devendo-se utilizar fórmula infantil exclusiva até a negativação da baciloscopia.
d) Mães portadoras do vírus da hepatite B não possuem contraindicações para amamentação.

31. Assinale a alternativa CORRETA em relação aos marcos do desenvolvimento da criança:

a) Aos 4 meses a criança é capaz de sentar-se para frente e apoiar-se com as mãos.
b) Aos 2 anos a criança é capaz de dar saltos curtos e alternar o apoio dos pés.
c) Aos 18 meses a criança é capaz de levantar-se e se sentar com bom equilíbrio
d) Aos 12 meses a criança inicia o processo de apoiar-se nos pés e nas mãos.

32. De acordo com o calendário nacional de vacinação do Ministério da Saúde, espera-se que uma criança de 7 meses tenha recebido as seguintes vacinas e doses:

a) BCG dose única, hepatite B (dose única), 3 doses da vacina pentavalente, 3 doses da vacina VIP para poliomielite, 2 doses de pneumocócica 10, 2 doses de rotavírus, 2 doses de meningocócica, uma dose de influenza e duas doses de COVID-19.
b) Duas doses da vacina pentavalente, 3 doses da vacina VIP para poliomielite, 1 doses de pneumocócica 10, 3 doses de rotavírus, 1 doses de meningocócica C, uma dose de influenza e duas doses de COVID-19.

c) BCG dose única, 2 doses de hepatite B), 1 dose da vacina pentavalente, 1 doses da vacina VIP para poliomielite, 2 doses de pneumocócica 10, 2 doses de rotavírus, 2 doses de meningocócica C, uma dose de influenza e duas doses de COVID-19.
d) BCG dose única, hepatite B (dose única), 3 doses da vacina pentavalente, 3 doses da vacina VIP para poliomielite, 3 doses de pneumocócica 10, 3 doses de rotavírus, 3 doses de meningocócica, uma dose de influenza e uma dose de COVID-19.

33. Paciente masculino de 7 anos de idade apresenta manchas vermelhas palpáveis em suas pernas e nádegas acompanhada de dor abdominal difusa. Ao exame, observam-se múltiplas lesões purpúricas bilaterais simétricas, que não desaparecem à vitropressão, além de edema nas articulações dos joelhos e tornozelos. Os exames laboratoriais mostraram apenas hematúria microscópica. Com base no caso clínico apresentado, qual é o diagnóstico mais provável e qual é o tratamento recomendado para essa condição?

a) Diagnóstico mais provável: Vasculite por IgA - Tratamento recomendado: Manejo sintomático com repouso, hidratação adequada e analgésicos, se necessário. O uso de corticosteroides pode ser considerado.
b) Diagnóstico mais provável: Dermatite de contato alérgica - Tratamento recomendado: Evitar o contato com o alérgeno identificado, uso de corticosteroides tópicos e antialérgicos sistêmicos pode ser considerado.
c) Diagnóstico mais provável: Púrpura trombocitopênica idiopática - Tratamento recomendado: Transfusão de plaquetas e uso de corticosteroides sistêmicos.
d) Diagnóstico mais provável: Vasculite de grandes vasos - Tratamento recomendado: Administração tópica de corticosteroides e fisioterapia intensiva para resolver as lesões purpúricas e aliviar a dor abdominal.

34. Sobre o uso de fármacos durante o aleitamento materno, assinale a alternativa <u>CORRETA</u>:

a) O metimazol não é compatível com a amamentação devido ao risco elevado de hipotireoidismo no lactente.
b) A fluoxetina é compatível com a amamentação, já que seus níveis plasmáticos no lactente são baixos.

c) O ácido valproico não é compatível com a amamentação, pelo risco de causar hepatotoxicidade no lactente.
d) A amiodarona pode ser utilizada de forma criteriosa, já que sua excreção no leite é mínima.

35. Sobre a herança genética da acondroplasia, assinale a alternativa CORRETA:

a) Trata-se de uma herança autossômica recessiva.
b) Em 20% dos casos são mutações genéticas novas, ou seja, não herdadas.
c) Acondroplasia homozigótica é considerada letal.
d) O gene envolvido é o FGFR3, envolvido também na síndrome de Patau.

36. Uma criança de 6 anos apresenta crises epilépticas generalizadas, relacionadas a descargas hipersincrônicas corticais. Qual explicação fisiológica que melhor justifica a maior suscetibilidade à epilepsia nessa faixa etária?

a) Predomínio da inibição gabaérgica madura, que suprime excessivamente a atividade glutamatérgica e favorece descargas paradoxais.
b) Desbalanço entre a excitabilidade glutamatérgica elevada e a imaturidade da inibição gabaérgica, o que facilita a ocorrência de descargas hipersincrônicas.
c) Maturação completa dos circuitos corticoespinhais, que aumentam o risco de crises por maior conectividade.
d) Aceleração precoce da mielinização do córtex pré-frontal, facilitando sincronização cortical anormal que gera descargas epilépticas.

37. Durante a visita entre preceptor e residente de cirurgia geral acerca da prescrição de profilaxia de trombose venosa profunda é discutido o caso do Sr. Antônio, 68 anos, índice de massa corpórea de 34 kg/m², tabagista, cirurgia eletiva de colecistectomia laparoscópica por colecistolitíase. Sem sangramento ativo; com AST 42 (Valor de referência 5 a 40 U/L); ALT 35 U/L (Valor de referência 7 a 56 U/L); GGT 34 U/L (Valor de referência 5 a 40 U/L); FA 100 U/L (Valor de referência 46 a 116 U/L); taxa de filtração glomerular 70 mL/min. Caprini = 7 (alto risco). Cirurgião informa que o cenário intraoperatório é de duração de 90 minutos e a expectativa de início para deambulação para o paciente é em torno de 12 a 18 horas. Assim, o

R. Lothário Boutin, 90
Pinheirinho | Curitiba/PR
CEP 81.110-522
Tel. (41)3316-5968 / (41)3316-5724
www.feas.curitiba.pr.gov.br

residente sugere meias e deambulação precoce "porque a cirurgia é laparoscópica e o risco é baixo". Qual a melhor estratégia profilática?

a) Heparina de baixo peso molecular em dose anticoagulante + uso de compressão pneumática intermitente.
b) Heparina de baixo peso molecular em dose profilática + uso de compressão pneumática intermitente.
c) Heparina de baixo peso molecular em dose profilática + uso de meia elástica de compressão.
d) Heparina de baixo peso molecular em dose anticoagulante + uso de meia elástica de compressão.

38. Homem, 28 anos, previamente hígido, procura o pronto-socorro com dor abdominal há 24 horas. Refere início na região periumbilical, migrando para fossa ilíaca direita nas últimas 8 horas, associada a febre de 38,1 °C e inapetência. Nega diarreia, náuseas, vômitos, dor difusa ou sintomas urinários. Relata episódio de rinofaringite autolimitada há 5 dias, sem uso de antibióticos. Ao exame físico apresenta-se com temperatura axilar 38,0 °C, Frequência Cardíaca = 90 bpm, Pressão Arterial = 110/70 mmHg. Abdome plano, doloroso à palpação profunda em FID, sem defesa generalizada. Os exames laboratoriais solicitados evidenciam: leucócitos 12.200/mm³ (Valor de referência: 4000 a 11000 mm3) com 78% de neutrófilos (valor de referência 45% a 75%), PCR 35 mg/L (valor de referência < 10 mg/L); exame de urina normal. O ultrassom de abdome mostra apêndice visível com calibre normal, sem espessamento de parede e sem líquido livre significativo. O diagnóstico mais provável é:

a) Apendicite aguda.
b) Adenite mesentérica.
c) Doença de Crohn ileal.
d) Torção de epíplon.

39. Mulher, 58 anos, hipertensa e obesa, procura o pronto-socorro com dor abdominal há 24 horas, localizada inicialmente no epigástrio e, nas últimas 8 horas, concentrada no hipocôndrio direito. Refere febre não aferida, náuseas e dois episódios de vômitos biliosos. Relata três episódios semelhantes nos últimos 6 meses, autolimitados, sempre após refeições volumosas. Nega colúria e acolia fecal. No exame físico na admissão apresenta: temperatura 38,3°C, frequência cardíaca 96 batimentos por minuto, pressão arterial 120/82 mmHg. Abdome

R. Lothário Boutin, 90
Pinheirinho | Curitiba/PR
CEP 81.110-522
Tel. (41)3316-5968 / (41)3316-5724
www.feas.curitiba.pr.gov.br

globoso, doloroso à palpação profunda em hipocôndrio direito, sinal de Murphy presente, sem defesa difusa. Os exames laboratoriais evidenciam:

- **Leucócitos: 14900 mm3 (neutrófilos 84%)**
- **Proteína C Reativa (PCR): 82 mg/L**
- **Bilirrubina total: 2,1 mg/dL (Bilirrubina direta 1,4 mg/dL)**
- **Aspartato aminotransferase (AST): 92 U/L**
- **Alanina aminotransferase (ALT): 96 U/L**
- **Fosfatase alcalina (FA): 210 U/L**
- **Gama glutamil transferase (GGT): 220 U/L**
- **O ultrassom abdominal mostrou vesícula distendida, parede espessada (5,2 mm), cálculo de 1,6 cm impactado no colo, líquido pericolecístico discreto. Colédoco medindo 8 mm, sem cálculo visível na via biliar. Durante a observação no pronto-socorro, a paciente mantém estabilidade hemodinâmica, com dor controlada por analgesia e sem sinais de sepse.**

Qual é a conduta mais apropriada neste caso?

a) Antibiótico + colecistectomia laparoscópica sem investigação adicional.
b) Antibiótico + investigação complementar da via biliar antes da colecistectomia.
c) Antibiótico + CPRE imediata seguida de colecistectomia laparoscópica.
d) Antibiótico + colecistostomia percutânea guiada por imagem.

40. Homem de 72 anos, hipertenso, com história de perda ponderal de 8 kg nos últimos 4 meses e alteração do hábito intestinal, é admitido no pronto-socorro com dor abdominal difusa, distensão abdominal progressiva e ausência de evacuações há 3 dias. Refere episódios intermitentes de diarreia nos últimos meses e inapetência. Nega vômitos. Ao exame físico: PA 116/70 mmHg, FC 94 bpm, temperatura 37,8 °C. Abdome bastante distendido, timpânico, doloroso difusamente à palpação, sem sinais de irritação peritoneal. Toque retal mostra ampola vazia, sem massas, com sangue oculto positivo. Os exames laboratoriais evidenciam hemoglobina 9,6 g/dL, leucócitos 12.800/mm³, creatinina 1,4 mg/dL e eletrólitos normais. Radiografia de abdome em ortostase mostra dilatação de cólon até a altura do cólon descendente, com ausência de gás no reto. Tomografia computadorizada de abdome confirma dilatação colônica significativa com transição abrupta no sigmoide, sem sinais de perfuração,

pneumoperitônio ou isquemia intestinal. Com base no quadro clínico e nos achados de imagem, qual é a conduta mais apropriada segundo as diretrizes atuais?

a) Ressecção segmentar com anastomose primária término-terminal.
b) Ressecção segmentar com colostomia terminal (procedimento de Hartmann).
c) Ressecção segmentar com anastomose primária associada a ileostomia protetora.
d) Colectomia subtotal com anastomose íleo-retal.

41. Homem de 34 anos, previamente hígido, vítima de colisão automobilística frontal há cerca de 1 hora, foi admitido no pronto-socorro consciente, orientado e hemodinamicamente estável, com PA= 122/78 mmHg e FC = 96 bpm. Refere dor abdominal difusa, predominando em quadrante superior esquerdo, associada a náuseas. Ao exame físico, apresenta sensibilidade difusa à palpação, sem sinais evidentes de irritação peritoneal. Há equimose na parede abdominal compatível com marca do cinto de segurança. FAST *(Focused Assessment with Sonography for Trauma)* realizado na admissão mostra pequena quantidade de líquido livre na loja esplênica e fundo de saco de Douglas. Hemoglobina inicial: 12,2 g/dL. Tomografia computadorizada de abdome com contraste evidenciou laceração esplênica medindo cerca de 4 cm de profundidade, envolvendo o hilo esplênico, associada a moderada quantidade de líquido livre periesplênico e em fundo de saco de Douglas, sem sinais de extravasamento ativo de contraste. Com base nas informações acima e nas recomendações atuais, qual é a conduta mais apropriada?

a) Laparotomia exploradora imediata, considerando o risco de sangramento oculto.
b) Observação hospitalar na unidade de terapia intensiva e monitorização seriada.
c) Embolização seletiva de artéria esplênica como medida inicial de estabilização.
d) Laparoscopia diagnóstica com possibilidade de esplenectomia se sangramento identificado.

42. Homem de 64 anos, hipertenso, diabético e com doença arterial coronariana, foi submetido a colectomia direita eletiva por adenocarcinoma de cólon ascendente. O procedimento transcorreu sem intercorrências e com boa evolução inicial. No 3º dia de pós-operatório, apresenta febre de 38,5 °C, taquicardia de 112 bpm, leve desconforto abdominal difuso e distensão abdominal discreta. Relata náuseas, mas sem vômitos. Ao exame físico: ferida operatória sem sinais de infecção, ruídos hidroaéreos diminuídos, dor difusa à palpação

profunda sem defesa ou rigidez. O hemograma mostra leucócitos de 15.400/mm³ (86% neutrófilos), Lactato de 2,6 mmol/L. Radiografia de abdome em ortostase: distensão de alças delgadas e ausência de ar no reto. Tomografia de abdome com contraste evidencia distensão de delgado proximal, com alça de transição única na topografia da anastomose, sem líquido livre significativo e sem coleções visíveis. Com base no quadro clínico e nos achados de imagem, a conduta mais adequada é:

a) Reexploração cirúrgica imediata com revisão da anastomose intestinal.
b) Manejo conservador com jejum, sondagem nasogástrica e reposição hidroeletrolítica.
c) Antibióticos de amplo espectro associados à drenagem percutânea guiada por imagem.
d) Introdução de procinéticos e dieta líquida sob monitorização clínica hospitalar.

43. Paciente masculino, 25 anos, vítima de queda de nível com fratura de arcos costais. Durante a realização do ultrassom *point of care* (POCUS), você faz o diagnóstico de pneumotórax através de qual alteração encontrada?

a) Linhas B coalescentes.
b) "*Lung Point*".
c) Presença de pulso pulmonar.
d) Linhas A que se repetem.

44. Paciente masculino, 70 anos, procura o pronto-socorro com queixa de estar evacuando sangue há aproximadamente 1 semana Refere que o sangue é de coloração vermelho vivo, observada no papel higiênico e às vezes gotejando no vaso sanitário. Nega dor abdominal, alteração do hábito intestinal, perda de peso ou outros sintomas associados. Ao exame físico, apresenta-se em bom estado geral, normocorado, hidratado, com abdome normotenso e indolor à palpação. Qual das alternativas abaixo descreve a causa da hemorragia digestiva e o exame diagnóstico mais adequado para este paciente?

a) Diverticulose - colonoscopia.
b) Neoplasia colorretal - tomografia computadorizada de abdome e pelve.
c) Duodenite enantematosa - endoscopia digestiva alta
d) Hemorroidas - retossigmoidoscopia.

R. Lothário Boutin, 90
Pinheirinho | Curitiba/PR
CEP 81.110-522
Tel. (41)3316-5968 / (41)3316-5724
www.feas.curitiba.pr.gov.br

45. Paciente masculino, 46 anos, etilista pesado, com diagnóstico de hepatite alcoólica grave (DF 33), inicia corticosteroides. Recebe suporte nutricional, reposição de tiamina, acetilcisteína, além da abstinência alcoólica. Após 7 dias, Lille score é 0,21. Qual a conduta adequada?

a) Suspender corticosteroides, pois Lille <0,25 sugere má resposta.
b) Manter corticosteroides até completar 28 dias, pois Lille indica boa resposta.
c) Interromper o tratamento, pois DF não indicava o tratamento com corticoide.
d) Substituir corticosteroides por pentoxifilina para otimizar resposta.

46. Paciente feminina, 68 anos, vítima de queimadura com óleo fervente na região anterior do corpo. Na avaliação, após exposição da vítima, notou-se queimaduras de terceiro grau nas seguintes regiões: face, pescoço, tórax, abdômen, ambos os membros superiores e coxas. Considerando que essa paciente pesa aproximadamente 60 kg, o volume de solução a ser infundido nas primeiras 16 horas após o acidente deve ser aproximadamente de:

a) 2.430 mL.
b) 3.240 mL.
c) 4.860 mL.
d) 6.480 mL.

47. Assinale a alternativa <u>CORRETA</u> em relação às indicações de cirurgia bariátrica em adultos:

a) Homem de 40 anos, IMC 28 kg/m², com diabetes tipo 2 de difícil controle e hipertensão arterial.
b) Mulher de 36 anos, IMC 33 kg/m², com diabetes tipo 2 refratário ao tratamento clínico.
c) Homem de 50 anos, IMC 34 kg/m², sem comorbidades.
d) Mulher de 29 anos, IMC 32 kg/m², com osteoartrite de joelhos.

48. Assinale a alternativa abaixo que apresenta indicações de tireoidectomia:

a) Carcinoma medular da tireoide confirmado; nódulo benigno de 2 cm sem sintomas compressivos; bócio multinodular volumoso com extensão retroesternal.

b) Nódulo tireoidiano Bethesda V; Doença de Graves com intolerância ao iodo radioativo; bócio multinodular pequeno, assintomático.
c) Nódulo benigno de 5 cm com disfagia progressiva; bócio multinodular volumoso com extensão retroesternal; carcinoma papilífero da tireoide de 3,5 cm sem metástases.
d) Nódulo tireoidiano Bethesda III de 1,5 cm sem fatores de risco adicionais; carcinoma medular da tireoide; Doença de Graves com oftalmopatia moderada.

49. Mulher de 65 anos, com Doença Arterial Coronariana (DAC) e stent farmacológico implantado há 8 meses, em uso de aspirina e clopidogrel, necessita realizar uma cirurgia oftalmológica - vitrectomia que apresenta alto risco hemorrágico. Qual a recomendação da Sociedade Brasileira de Cardiologia quanto ao manejo antiplaquetário neste caso?

a) Manter dupla antiagregação em qualquer procedimento.
b) Suspender aspirina e manter apenas o clopidogrel.
c) Suspender o clopidogrel e manter apenas a aspirina.
d) Suspender ambos os antiplaquetários por 7 dias.

50. Homem de 68 anos, portador de insuficiência cardíaca com fração de ejeção reduzida (ICFER) e doença arterial coronariana, apresenta piora progressiva da função renal durante internação por descompensação cardíaca, com creatinina subindo de 1,3 para 2,5 mg/dL em 5 dias. Mantém congestão pulmonar e edema periférico, mesmo após uso de diurético de alça em altas doses. De acordo com a classificação atual, qual o tipo de síndrome cardiorrenal e a estratégia mais adequada?

a) Tipo 1 – Iniciar reposição volêmica agressiva para restaurar a perfusão renal.
b) Tipo 2 – Otimizar terapia da IC crônica com betabloqueador e IECA.
c) Tipo 1 – Intensificar descongestão com diuréticos em associação ou ultrafiltração, monitorando a função renal.
d) Tipo 4 – Tratar doença renal crônica com restrição proteica.

51. Um paciente já previamente diagnosticado com Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) refere cansaço para atividades do dia a dia, como tomar banho e vestir-se, além de precisar parar para descansar ao caminhar em ritmo normal por 100 metros. Nos últimos 12

R. Lothário Boutin, 90
Pinheirinho | Curitiba/PR
CEP 81.110-522
Tel. (41)3316-5968 / (41)3316-5724
www.feas.curitiba.pr.gov.br

meses apresentou duas exacerbações, sendo uma com necessidade de internação hospitalar. Qual a classificação da gravidade e o tratamento inicial mais adequado?

a) GOLD 2, grupo B; iniciar broncodilatador de curta duração isolado conforme necessidade.
b) GOLD 3, grupo A; iniciar LAMA isolado.
c) GOLD 2, grupo E; iniciar combinação LAMA + LABA.
d) GOLD 2, grupo E; iniciar LABA + corticoide inalatório isolado.

52. Homem de 49 anos, pedreiro, com história de tuberculose pulmonar tratada e curada há 1 ano e meio, procura a unidade básica de saúde por tosse produtiva leve e esporádica há 3 semanas, com pequena quantidade de escarro amarelado. Nega febre, sudorese noturna, hemoptise ou perda ponderal. Relata que sempre apresentou tosse intermitente desde o término do tratamento, mas percebeu discreta piora recentemente. No exame físico, apresenta bom estado geral, ausculta pulmonar com estertores crepitantes finos em ápice direito. Radiografia de tórax evidencia fibrose apical bilateral e bronquiectasias no lobo superior direito, compatíveis com sequelas de tuberculose prévia, sem novas opacidades. Foi solicitado teste rápido molecular para tuberculose (TRM-TB) em escarro, que resultou positivo para *Mycobacterium tuberculosis*, sem detecção de resistência à rifampicina. Com base no quadro clínico e nos resultados dos exames, a conduta <u>CORRETA</u> é:

a) Iniciar esquema para tuberculose recidivada com base apenas no TRM-TB positivo.
b) Considerar possível falso-positivo do TRM-TB e correlacionar com quadro clínico antes de retratar.
c) Solicitar baciloscopia seriada e iniciar tratamento apenas se o resultado for negativo.
d) Realizar tomografia de tórax e iniciar tratamento baseado na positividade do TRM-TB.

53. Paciente com doença de Parkinson há mais de 5 anos apresenta flutuações motoras e episódios de discinesias induzidas por levodopa. A conduta neste caso baseado no último Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Doença de Parkinson do Ministério da Saúde seria:

a) Aumentar a dose total diária de levodopa para um melhor controle da rigidez e dos tremores.
b) Diminuir gradualmente a levodopa até a suspensão e iniciar pramipexol em monoterapia.

c) Manter a levodopa e associar entacapona para estabilizar a biodisponibilidade da levodopa.
d) Substituir a levodopa por amantadina em monoterapia para controle das flutuações motoras.

54. Homem, 45 anos, apresenta cefaleia diária, bilateral, tipo pressão, sem náuseas ou fonofobia, há mais de 6 meses da qual necessita fazer uso de analgésicos simples quase diariamente. A hipótese diagnóstica e conduta CORRETA são:

a) Migrânea crônica com aura; iniciar sumatriptano para analgesia e profilaxia com topiramato.
b) Cefaleia tensional episódica; manter analgésicos simples e iniciar tratamento profilático.
c) Cefaleia por abuso de medicação; suspender os analgésicos e iniciar profilaxia com amitriptilina.
d) Neuralgia do trigêmeo; iniciar carbamazepina e realizar angiorressonância arterial de encéfalo.

55. Um paciente de 58 anos, diabético e hipertenso, apresenta taxa de filtração glomerular estimada (TFGe) de 48 mL/min/1,73 m² (CKD-EPI), albuminúria de 320 mg/g de creatinina e potássio sérico de 5,8 mEq/L. Está em uso de losartana, metformina, anlodipino e sinvastatina. Segundo as diretrizes KDIGO 2024, qual a conduta mais apropriada em relação ao uso de metformina e losartana?

a) Suspender metformina e manter losartana, pois o risco de acidose láctica é alto na TFGe < 60 mL/min/1,73 m².
b) Manter metformina e losartana, monitorando creatinina e potássio, pois ambos trazem benefício renal e cardiovascular.
c) Suspender metformina e losartana, pois aumentam risco de hiperpotassemia e acidose.
d) Manter metformina, mas suspender losartana, pois a hiperpotassemia contraindica bloqueadores do SRAA em qualquer valor.

56. Um paciente masculino, 35 anos, foi trazido pelo SAMU ao pronto-atendimento, sem acompanhante, encontrado em via pública intensamente agitado, persecutório, heteroagressivo, referindo estar sofrendo "ameaças" e "estarem vindo atrás dele" . Ao exame clínico apresenta-se taquicárdico, hipertenso, sudoreico com pupilas midriáticas. Não apresenta histórico prévio de psicose. Segundo as diretrizes de manejo de urgências psiquiátricas, qual psicofármaco e via de administração é mais indicada neste cenário?

a) Diazepam oral.

R. Lothário Boutin, 90
Pinheirinho | Curitiba/PR
CEP 81.110-522
Tel. (41)3316-5968 / (41)3316-5724
www.feas.curitiba.pr.gov.br

b) Haloperidol Intramuscular.
c) Clorpromazina Intramuscular.
d) Midazolam Intramuscular.

57. De acordo com a literatura médica, alucinose pode ser definida como:

a) Uma experiência sensoperceptiva na ausência dos estímulos externos correspondentes, percebida com crítica por parte do paciente.
b) Uma experiência sensoperceptiva na ausência dos estímulos externos correspondentes, percebida como real pelo paciente.
c) Uma experiência sensoperceptiva na ausência dos estímulos externos correspondentes, com pouca ou nenhuma corporeidade e localizada no espaço subjetivo interno.
d) Uma interpretação falsa de um estímulo real, geralmente visual ou auditivo, percebido de forma distorcida.

58. Uma paciente de 71 anos, com osteoporose grave, iniciou denosumabe há 3 anos por não tolerar o tratamento com alendronato devido a esofagite de refluxo. Além da dieta e atividade física regular, a paciente faz suplementação diária de cálcio e colecalciferol. Apresentou melhora significativa da densidade mineral óssea e mantém-se sem fraturas. Devido aos custos, opta por interromper o denosumabe. Qual é a conduta mais apropriada nesse caso?

a) Transição para teriparatida, mantendo o tratamento por um período de 24 meses.
b) Administrar ácido zoledrônico, seis meses após a última dose de denosumabe.
c) Intervalo de um ano sem medicação, mantendo a suplementação de cálcio e colecalciferol.
d) Prescrever raloxifeno durante 12 meses, otimizar a ingestão de cálcio e associar calcitriol.

59. Uma paciente de 50 anos, sedentária, relata ganho gradual de peso (9 kg) nos últimos 5 anos. Mantém dieta com alto consumo de pães e massas e baixa ingestão de frutas e vegetais. Possui história familiar de diabetes tipo 2 em mãe e tios maternos. Ao exame físico, apresenta IMC de 28 kg/m², circunferência abdominal de 94 cm e pressão arterial de 138/86 mmHg. Nos exames laboratoriais, observa-se glicemia de jejum de 104 mg/dL e HbA1c de 5,8%. Com base nesse cenário clínico, qual deve ser a conduta mais apropriada?

R. Lothário Boutin, 90
Pinheirinho | Curitiba/PR
CEP 81.110-522
Tel. (41)3316-5968 / (41)3316-5724
www.feas.curitiba.pr.gov.br

a) Orientar mudanças no estilo de vida e repetir exames em 6 meses, pois não há necessidade de testes adicionais nesse momento.
b) Informar a paciente sobre o diagnóstico de pré-diabetes, incentivar medidas comportamentais e prescrever metformina.
c) Solicitar teste oral de tolerância à glicose, pois a presença de múltiplos fatores de risco aumenta a probabilidade de diagnóstico de diabetes.
d) O foco deve ser na redução de peso, pois perdas de 7 a 10% do peso inicial podem reverter a disglicemia incipiente.

60. Homem, 46 anos, sem comorbidades, é admitido no pronto-socorro com história de febre alta iniciada há cerca de 24 horas, associada a cefaleia intensa, náuseas, vômitos e confusão mental progressiva. Nega convulsões ou déficits motores prévios. Não há relato de imunossupressão ou trauma craniano recente. Ao exame físico: PA 128/76 mmHg, FC 104 bpm, Temp. 39,2 °C, saturação 96% em ar ambiente. Apresenta rigidez de nuca e desorientação no tempo e espaço. Pupilas isocóricas e fotorreagentes, sem déficits motores focais. Hemograma: leucócitos 18.200/mm³ (neutrófilos 88%), plaquetas 230.000/mm³. Creatinina e eletrólitos dentro da normalidade. Glicemia capilar: 98 mg/dL. Com base no quadro clínico, a conduta adequada é:

a) Realizar punção lombar imediata para análise do líquor, seguida de antibioticoterapia empírica.
b) Iniciar antibioticoterapia empírica imediatamente, coletar hemoculturas e realizar punção lombar na sequência independentemente de exame de imagem.
c) Solicitar TC de crânio antes da punção lombar, sem iniciar antibiótico até o resultado.
d) Solicitar TC de crânio, iniciar antibioticoterapia empírica e realizar punção lombar apenas se exame de imagem for normal.