



## PROCESSO SELETIVO DE RESIDÊNCIA MÉDICA DO ANO DE 2019

### PROGRAMAS DE RESIDÊNCIA MÉDICA DE ACESSO DIRETO

ANESTESIOLOGIA, ÁREA CIRÚRGICA BÁSICA, CLÍNICA MÉDICA, CIRURGIA GERAL, DERMATOLOGIA, GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA, INFECTOLOGIA, MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE, OFTALMOLOGIA, OTORRINOLARINGOLOGIA, PEDIATRIA

18 de novembro de 2018

### BOLETIM DE QUESTÕES

Nome: \_\_\_\_\_ N.º de Inscrição: \_\_\_\_\_

#### LEIA COM MUITA ATENÇÃO AS INSTRUÇÕES SEGUINTEs.

- 1 Confira se o Boletim que você recebeu corresponde a especialidade a qual você está inscrito, conforme consta no seu cartão de inscrição e cartão-resposta. Caso contrário comunique ao fiscal de sala.
- 2 Este Boletim contém a PROVA OBJETIVA.
- 3 O Boletim de Questões consistirá de 100 (cem) questões de múltipla escolha, sendo 20 (vinte) questões de cada uma das especialidades: **Cirurgia Geral, Clínica Médica, Ginecologia e Obstetrícia, Medicina Preventiva e Social, Pediatria**. Cada questão objetiva apresenta 5 (cinco) alternativas, identificadas por (A), (B), (C), (D) e (E), das quais apenas uma é correta.
- 4 Confira se, além deste Boletim, você recebeu o Cartão-Resposta, destinado à marcação das respostas das questões objetivas.
- 5 É necessário conferir se a prova está completa e sem falhas, bem como se seu nome e o número de sua inscrição conferem com os dados contidos no Cartão-Resposta. Em caso de divergência, comunique imediatamente o fiscal de sala.
- 6 O Cartão-Resposta só será substituído se nele for constatado erro de impressão.
- 7 Será de exclusiva responsabilidade do candidato a certificação de que o Cartão-Resposta que lhe for entregue no dia da prova é realmente o seu.
- 8 Após a conferência, assine seu nome no espaço próprio do Cartão-Resposta.
- 9 No Cartão-Resposta não serão computadas as questões cujas alternativas estiverem sem marcação, com marcação a lápis, com mais de uma alternativa marcada e aquelas que contiverem qualquer espécie de corretivo sobre as alternativas.
- 10 A marcação do Cartão-Resposta deve ser feita com caneta esferográfica de tinta preta ou azul.
- 11 O Cartão-Resposta será o único documento considerado para a correção. O Boletim de Questões deve ser usado apenas como rascunho e não valerá, sob hipótese alguma, para efeito de correção.
- 12 O tempo disponível para esta prova é de quatro horas, com início às 14 horas e término às 18 horas, observado o horário de Belém/PA.
- 13 O candidato deverá permanecer obrigatoriamente no local de realização da prova por, no mínimo, 2 (duas) horas após o início da prova.
- 14 Ao terminar a prova, o candidato deverá entregar ao fiscal de sala o Boletim de Questões e o Cartão-Resposta, e assinar a Lista de Presença.



MARQUE A ÚNICA ALTERNATIVA CORRETA NAS QUESTÕES DE 1 A 100.

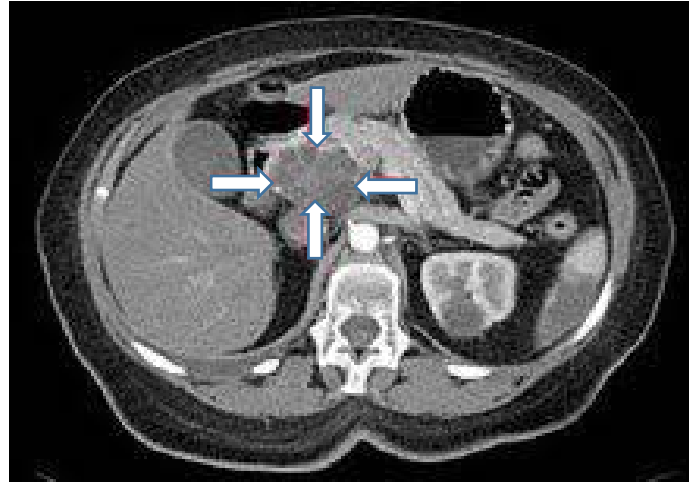
CIRURGIA GERAL

- 1 Lactente de 2 meses do sexo masculino e primogênito, evoluindo com vômitos alimentares e por vezes salivar, apresentando perda de peso e distensão abdominal no andar superior do abdômen. Ao exame físico do abdômen, foi palpado oliva pilórica. O diagnóstico é
- (A) atresia duodenal.  
(B) banda de ladd.  
(C) estenose hipertrófica do piloro.  
(D) refluxo gastroesofágico.  
(E) brida congênita.
- 2 Paciente do sexo feminino, 41 anos, portadora de lúpus com antecedente de trombose venosa curada, em pré-operatório de colecistectomia por videolaparoscopia. Sobre a prevenção de TVP, é correto afirmar que se trata de paciente de
- (A) alto risco para tromboembolismo; deverá realizar tratamento prévio com AAS durante 7 dias antes da cirurgia.  
(B) baixo risco para tromboembolismo, devido a idade e previsão de alta precoce; não deverá realizar profilaxia para TVP.  
(C) alto risco para tromboembolismo; deverá realizar somente meia de compressão, devido a risco de sangramento na cirurgia.  
(D) alto risco para tromboembolismo; além de métodos físicos, deverá realizar quimioprofilaxia no pré-operatório e pós-operatório.  
(E) baixo risco para tromboembolismo, porém com indicação de quimioprofilaxia, devido a história prévia de trombose.
- 3 Paciente idoso, hipertenso, ex-fumante, submetido a colecistectomia convencional eletiva, evoluiu com febre de 38,5° no 1º pós-operatório. No exame físico, apresenta FC: 96bpm, PA: 140x90, FR: 22 SatO2: 97%, abdômen com leve dor em incisão cirúrgica. A causa mais provável é
- (A) flebite.  
(B) atelectasia.  
(C) infecção urinária.  
(D) pneumonia hospitalar.  
(E) abscesso intracavitário.
- 4 Sobre o tratamento cirúrgico da pancreatite aguda, é correto afirmar:
- (A) A presença de gás no tecido pancreático necrótico é indicação de cirurgia.  
(B) A cirurgia de urgência está sempre indicada quando o paciente estiver com febre.  
(C) Nos cálculos impactados na papila duodenal, fazer a cirurgia de Whipple.  
(D) Pancreatite aguda pós-CPRE (Colangiopancreatografia Retrógrada Endoscópica) é sempre de tratamento cirúrgico.  
(E) O tratamento cirúrgico por videolaparoscopia nunca está indicado.
- 5 **Não** é uma complicação da pancreatite aguda
- (A) necrose pancreática.  
(B) ascite pancreática.  
(C) pseudocisto pancreático.  
(D) abscesso pancreático.  
(E) diarreia crônica.



- 6 O melhor exame para detecção de lesão ureteral pós-traumatismo é a
- (A) pielografia intravenosa.
  - (B) tomografia computadorizada (TC) sem uso de contraste.
  - (C) TC com uso de contraste, obtido imediatamente após a injeção do agente de contraste.
  - (D) TC com uso de contraste, obtido 20 minutos após a injeção do agente de contraste.
  - (E) renografia com furosemida.
- 7 Paciente de 78 anos, sexo masculino, internado no CTI em estado crítico após infarto agudo do miocárdio, inicia quadro de dor abdominal intensa e sinais de sepse franca. Realizou US do abdômem que revela presença de gás na parede da vesícula e espessamento desta. A conduta mais apropriada neste caso é
- (A) colecistectomia videolaparoscópica.
  - (B) solicitar colangiorrressonância e iniciar antibioticoterapia.
  - (C) colecistostomia.
  - (D) conduta expectante.
  - (E) colecistectomia convencional.
- 8 Paciente, sexo masculino, dá entrada no Pronto-Socorro com ferimento por arma branca em flanco esquerdo. Aparentemente alcoolizado, mas hemodinamicamente estável, com dor abdominal à palpação mas sem sinais de irritação peritoneal. Foi realizada exploração digital do ferimento que mostrou se tratar de um ferimento penetrante da cavidade abdominal sendo indicada a Laparotomia Exploradora. Como achados cirúrgicos, obtiveram-se: moderada quantidade de sangue em cavidade, Hematoma Retroperitoneal de Zona II à esquerda e lesão de cólon esquerdo. Sobre este Hematoma de Zona II, a melhor conduta é
- (A) só deve ser explorado se for pulsátil ou estiver em expansão.
  - (B) não explorar, afinal o paciente está hemodinamicamente estável.
  - (C) exploração sistemática do hematoma.
  - (D) a exploração não ser realizada, haja vista o risco de contaminação pela lesão de cólon.
  - (E) exploração sistemática somente se houver hematúria.
- 9 Em paciente vítima de trauma abdominal fechado, a manobra de Kocher deve ser realizada quando se suspeita de lesão
- (A) retrogástrica.
  - (B) no diafragma direito.
  - (C) esplênica.
  - (D) no cólon direito.
  - (E) duodenal.
- 10 Assinale a afirmativa correta.
- (A) As biópsias incisionais são mais efetivas para diagnóstico histológico que as excisionais.
  - (B) As punções aspirativas por agulhas finas ou PAAFs fornecem amostras citológicas que são úteis no diagnóstico de nódulos tireoideanos e lesões pancreáticas.
  - (C) As biópsias de congelação não têm tanta utilidade na definição de conduta no intraoperatório.
  - (D) Em tumores de partes moles apendiculares, as biópsias cirúrgicas devem ser realizadas sem levar em consideração as futuras incisões necessárias ao tratamento definitivo destas neoplasias.
  - (E) Na conduta correta para os melanomas cutâneos, preconizam-se sempre biópsias incisionais das lesões para definição de ampliação de margens e necessidade de pesquisa de linfonodo sentinela.

- 11 Paciente 68 anos, ex-tabagista, negro, iniciou quadro de icterícia progressiva e perda de peso acentuada há dois meses. Foi ao médico, que detectou bilirrubina total de 8 mg/dl com 6 mg/dl de bilirrubina direta, além de elevação de enzimas canaliculares. Fez TC de abdômem contrastada, conforme figura a seguir.



Com base no quadro apresentado e na figura acima, é correto afirmar:

- (A) As setas indicam uma neoplasia de antro gástrico, estado indicado: gastrectomia subtotal a D2.  
(B) O diagnóstico de neoplasia de cabeça de pâncreas deve ser confirmado por biópsia via ecoendoscopia antes de se indicar cirurgia de Whipple.  
(C) O diagnóstico é de neoplasia de corpo de pâncreas, indicando uma videolaparoscopia prévia para evitar grandes incisões na presença de eventual carcinomatose peritoneal.  
(D) As setas indicam linfonodomegalia de uma suposta doença linfoproliferativa, a ser tratada com quimioterapia exclusiva.  
(E) Apesar do tamanho considerável desta neoplasia e do mal prognóstico, na maioria das vezes não se notam critérios de irresssecabilidade, estando indicado o tratamento cirúrgico com intenção curativa.
- 12 Em relação ao diagnóstico das fístulas anais, é correto afirmar:
- (A) Na maioria das vezes, o exame proctológico não é suficiente para indicar o tratamento de um paciente com fístula anal.  
(B) Orifícios externos localizados na fossa isquirretal geralmente estão associados a fístulas supraesfincterianas e interesfincterianas.  
(C) A regra de Goodsall tem maior acurácia nas fístulas anteriores.  
(D) Na presença de múltiplos orifícios e quando não se identifica o orifício interno, os exames de imagem podem ser necessários.  
(E) Ultrassom endorretal tem pouca eficácia no diagnóstico das fístulas complexas.
- 13 Considerando os tipos de adenomas hepáticos, é correto afirmar:
- (A) Os adenomas do tipo inflamatório apresentam maior risco de malignização.  
(B) Os adenomas, de um modo geral, são mais comuns em homens que em mulheres.  
(C) Por ocasião do diagnóstico de um adenoma em usuária de contraceptivo hormonal, não é necessária a suspensão da medicação.  
(D) Adenomas em pacientes do sexo masculino possuem maior chance de apresentar mutação da  $\beta$ -catenina.  
(E) Adenomas de até 10 cm podem ser conduzidos apenas com observação, sem ressecção.
- 14 Paciente do sexo feminino, 20 anos, eupneica, surge com dor torácica e febre há 1 mês. Após passar por diversas UPA, enfim, chega ao HJBB-UFPA. Realiza radiografia que evidencia derrame pleural direito de médio volume. A conduta adequada é
- (A) realizar TC.  
(B) realizar toracocentese e biópsia pleural com agulha.  
(C) drenagem pleural por toracostomia.  
(D) videopleuroscopia para biópsia.  
(E) partir direto para tratamento específico.



- 15 Jovem de 30 anos despencou de açazeiro da altura de 12 metros, levando 2 horas para chegar ao hospital na capital. Chegou dispneica, com dor torácica, 120 bpm e PA de 110 por 70mmHg, com diminuição do MV no lado esquerdo. Rx em decúbito demonstra diminuição da transparência no lado esquerdo. O diagnóstico e a conduta inicial são, respectivamente,
- (A) fraturas de costelas e conduta não operatória.
  - (B) pneumotórax e drenagem pleural.
  - (C) pneumotórax e toracotomia.
  - (D) hemotórax e toracotomia.
  - (E) hemotórax e drenagem pleural.
- 16 Tórax Instável (do inglês *Flail chest*) ocorre quando
- (A) o paciente entra em insuficiência respiratória por contusão pulmonar, levando à instabilidade clínica, sendo fator determinante quando a gasometria arterial demonstra PO<sub>2</sub> menor que 50.
  - (B) o paciente entra em insuficiência respiratória por contusão pulmonar, levando à instabilidade clínica, sendo fator determinante quando a gasometria arterial demonstra PCO<sub>2</sub> maior que 50.
  - (C) um segmento da parede torácica move-se independentemente do resto da parede torácica por múltiplas fraturas de costelas, em pelo menos dois pontos.
  - (D) um segmento da parede torácica move-se independentemente do resto da parede torácica por múltiplas fraturas de costelas.
  - (E) um segmento da parede torácica move-se independentemente do resto da parede torácica.
- 17 O sintoma que **não** é considerado manifestação de alarme da DRGE é a
- (A) pirose.
  - (B) regurgitação.
  - (C) disfagia.
  - (D) eructação.
  - (E) tosse seca.
- 18 Paciente vítima de ferimento por arma de fogo com múltiplas lesões vasculares no membro inferior. Considerando a hipótese de ligadura vascular para controle de sangramento, a artéria em que se deve evitar a ligadura pelo maior risco de isquemia aguda e de amputação é
- (A) femoral profunda.
  - (B) femoral superficial.
  - (C) tíbia posterior.
  - (D) tibia anterior.
  - (E) fibular.
- 19 A técnica de McVay para a correção de hérnia é ideal para o tipo Nyhus
- (A) II.
  - (B) IIIA.
  - (C) IIIB.
  - (D) IIIC.
  - (E) IV.



- 20 Na correção das hérnias da parede abdominal com tela, são considerados princípios importantes a utilização de telas
- (A) microporosas, hemostasia rigorosa, evitar espaço morto e fios monofilamentares para fixação da prótese de tamanho pouco maior que a área a ser coberta.
  - (B) microporosas, hemostasia rigorosa, evitar espaço morto e fios plurifilamentares para fixação da prótese de tamanho pouco maior que área a ser coberta.
  - (C) macroporosas, hemostasia rigorosa, evitar espaço morto e fios monofilamentares para fixação da prótese de tamanho ligeiramente maior que a área a ser coberta.
  - (D) macroporosas, hemostasia rigorosa, evitar espaço morto e fios monofilamentares para fixação da prótese de tamanho igual à área a ser coberta.
  - (E) macroporosas ou microporosas, hemostasia rigorosa, evitar espaço morto e fios monofilamentares para fixação da prótese de tamanho igual à área a ser coberta.

### CLÍNICA MÉDICA

- 21 Jovem de 24 anos, sexo feminino, vem a consulta médica devido a história de alternância de constipação e diarreia, sem muco ou sangue. Foi solicitado exame das fezes que indicou a presença de *Trichuris trichiura* e *Entamoeba coli*. O esquema antiparasitário adequado é
- (A) albendazol.
  - (B) secnidazol.
  - (C) albendazol + secnidazol.
  - (D) mebendazol + secnidazol.
  - (E) mebendazol + metronidazol.
- 22 Mulher de 55 anos apresenta diagnóstico de enxaqueca, caracterizada por cefaleia pulsátil em região temporal acompanhada de fotofobia e náuseas. Atualmente faz uso apenas de sintomático (paracetamol) nas crises, as quais têm sido esporádicas (cerca de 1 vez a cada 2 meses) e de leve intensidade (geralmente 3 em uma escala de 0-10). Anteriormente, chegou a fazer tratamento profilático com propranolol, apresentando bons resultados. Hoje procurou Pronto-Socorro devido a cefaleia holocraniana de forte intensidade (10 em uma escala de 0-10), tipo pontada, além de vômitos, o que não melhorou com paracetamol. Nesse caso, a conduta adequada é
- (A) administrar tramadol.
  - (B) reiniciar propranolol.
  - (C) administrar dexametasona.
  - (D) solicitar tomografia computadorizada de crânio.
  - (E) solicitar punção lombar.
- 23 Homem de 52 anos vem a consulta médica para realizar check up. Nega quaisquer queixas, consome álcool moderadamente e faz atividade física regularmente cinco vezes por semana. O exame físico encontra-se completamente normal e a pressão arterial aferida foi de 130 x 70 mmHg.
- O exame é recomendado neste caso e com evidência para redução de mortalidade é o(a)
- (A) hemograma.
  - (B) pesquisa de sangue oculto nas fezes.
  - (C) tomografia computadorizada de abdome.
  - (D) transaminases.
  - (E) eletrocardiograma.



- 24 Mulher de 24 anos apresenta história recorrente de aftas dolorosas orais e genitais, além de lesões acneiformes em tronco e membros superiores e artrite em punhos e tornozelos. Ontem iniciou quadro de dor ocular à direita de forte intensidade, com turvação visual, eritema conjuntival e fotofobia.  
A medicação que deverá compor o esquema terapêutico da doença de base é a
- (A) tacrolimus.
  - (B) ciclobenzaprina.
  - (C) tofacitinib.
  - (D) abatacepte.
  - (E) colchicina.
- 25 Mulher de 30 anos procura atendimento médico queixando-se de que há 4 meses iniciou quadro de astenia, perda de peso (10kg em 6 meses), febre vespertina e sudorese noturna. Há um mês vem percebendo aumento progressivo de massa em região cervical à direita, além de fistulização e saída de secreção purulenta há 1 semana. Ao exame, apresenta gânglios palpáveis em cadeias cervicais à direita, dolorosos, com sinais inflamatórios e coalescentes, além de ponto de fistulização com saída de secreção purulenta. Nesse caso, a conduta adequada é
- (A) swab da secreção para pesquisa de BAAR.
  - (B) punção de gânglio para pesquisa de células atípicas.
  - (C) biopsia excisional de gânglio para pesquisa de neoplasia.
  - (D) ultrassonografia da região cervical.
  - (E) ressonância magnética da região cervical.
- 26 Paciente de 32 anos, sexo masculino, vem a consulta por queixa de lombalgia há 6 meses. Relata dor tipo pontada e rigidez matinal de cerca de 2h. Refere melhora à medida que se movimenta. Realizou radiografia da coluna lombar com sinais de osteófitos incipientes. O tratamento com nimesulida ou diclofenaco leva à melhora temporária dos sintomas, necessitando fazer uso diário desses medicamentos para manter-se em suas atividades laborais (engenheiro civil). Neste momento, a conduta adequada é
- (A) manter uso de anti-inflamatórios e encaminhar para fisioterapia.
  - (B) solicitar VHS, PCR e ressonância magnética de sacroilíacas.
  - (C) solicitar ressonância magnética lombar.
  - (D) encaminhar para ortopedia, devido aos osteófitos.
  - (E) fornecer atestado médico para repouso absoluto por 7 dias.
- 27 Homem de 40 anos vem a consulta com queixa de episódios de cefaleia occipital tipo peso, desencadeados principalmente por situações de estresse ou excesso de trabalho. Durante a consulta, seu exame físico estava normal e sua pressão arterial foi de 140 x 90 mmHg. O paciente não apresenta comorbidades nem mesmo antecedentes familiares relevantes. Além das orientações sobre seu tipo de cefaleia, a conduta adequada do médico é
- (A) iniciar captopril.
  - (B) iniciar hidroclorotiazida.
  - (C) prescrever paracetamol em caso de dor.
  - (D) solicitar MAPA (monitorização ambulatorial de pressão arterial).
  - (E) solicitar ecocardiograma.
- 28 Homem de 35 anos procura pronto atendimento devido a febre (39° C) há 2 dias, além de dor, calor e rubor em joelho direito, com limitação funcional para flexão e extensão. Nega história de trauma ou episódios prévios. Consome bebida alcoólica pelo menos 5 vezes por semana, geralmente cerveja. Relata que tem diagnóstico prévio de gota devido a episódios de lombalgia. Ao exame, apresenta índice de massa corpórea de 35 kg/m<sup>2</sup>, pressão de 150 x 90 mmHg, temperatura de 39° C, artrite em joelho direito. No caso, a conduta adequada é
- (A) prescrever alopurinol.
  - (B) prescrever benzobromarona.
  - (C) infiltrar articulação com corticoide.
  - (D) solicitar ressonância magnética.
  - (E) realizar artrocentese diagnóstica.



- 29 Mulher de 24 anos, assintomática, realizou glicemia capilar por volta de 13h15 em uma campanha em praça pública. Havia almoçado às 12h. O resultado foi: 188 mg/dl. Em relação ao quadro apresentado, é correto afirmar que
- (A) a paciente apresenta diagnóstico de diabetes.
  - (B) o exame encontra-se normal.
  - (C) deve-se realizar hemoglobina glicada.
  - (D) deve-se realizar teste de tolerância oral à glicose.
  - (E) deve-se realizar dosagem de peptídeo C.
- 30 Pintor de 42 anos queixa-se de dor em cotovelo esquerdo. Ao exame, apresenta flexão e extensão preservadas, porém manifesta dor à palpação na face lateral do cotovelo, além de dor no local após manobra de extensão do punho contra resistência com cotovelo a 90°. Nesse caso, o diagnóstico é
- (A) bursite olecraniana.
  - (B) artrite de cotovelo.
  - (C) síndrome do canal de Guyon.
  - (D) epicondilite lateral.
  - (E) síndrome do pronador.
- 31 Há casos em que a diferenciação da dispneia de origem cardiogênica ou pulmonar nem sempre é simples. O peptídeo natriurético tipo B (BNP) ou sua pró-molécula (NT-proBNP) pode se constituir em um bom exame para estes casos, aliado a uma série de commemorativos clínicos e complementares. De acordo com a nova diretriz brasileira de insuficiência cardíaca, constituem-se valores de BNP e pró-BNP, respectivamente, acima dos quais são mais específicos para o diagnóstico de insuficiência cardíaca,
- (A) 35 pg/mL e 125 pg/mL.
  - (B) 100 pg/mL e 400 pg/mL.
  - (C) 100 pg/mL e 800 pg/mL.
  - (D) 100 pg/mL e 75 pg/mL.
  - (E) 125 pg/mL e 400 pg/mL.
- 32 Paciente feminina, auxiliar de enfermagem, 44 anos, encontra-se internada com quadro de dispneia ao subir um lance de escada ou exercer suas atividades laborativas, além de desconforto precordial que se irradia para ambos os braços. Este quadro vem se instalando nos últimos dois anos. Relata ser hipertensa e ter colesterol alto, em uso de losartana 100 mg e sinvastatina 20 mg dia. Ainda mantém hábito de ingestão alcoólica acima de 20 g etanol dia. Antecedentes de mãe com insuficiência cardíaca e irmã com revascularização miocárdica e colesterol elevado. Os exames laboratoriais se encontram normais, exceto por AST 77 mg/dL, ALT 59 mg/dL, triglicerídeos 418 mg/dL, colesterol total 298 mg/dL, LDL 139 mg/dL, HDL 28 mg/dL.  
ECG: ritmo sinusal, alterações difusas de repolarização, presença de QS em V1 e V2.  
ECO: fração de ejeção de 65%, disfunção diastólica grau I, área de hipocinesia em ventrículo E, discreta dilatação de VE e AE, com refluxo mitral e tricúspide leve, AP-VD 23 mmHg.  
De acordo com o grau de progressão funcional e com a gravidade dos sintomas na insuficiência cardíaca, esta paciente estaria em classe funcional
- (A) B e NYHA II.
  - (B) B e NYHA I.
  - (C) B e NYHA III.
  - (D) C e NYHA II.
  - (E) C e NYHA III.
- 33 Em relação à doença renal crônica, é correto afirmar:
- (A) Encontra-se anemia macrocítica e hipocrômica.
  - (B) O PTH está elevado com fósforo baixo.
  - (C) É contraindicado o uso da hidroclorotiazida em clearance menor que 30 ml/min.
  - (D) Há níveis elevados de vitamina D ativa.
  - (E) O uso de corticoterapia é contraindicado.





34 Paciente, 28 anos, recebe diagnóstico recente da infecção pelo HIV, e aos exames iniciais pré-tratamento apresentava: Taxa de Filtração Glomerular (TFG): 100 ml/min; ureia: 40 mg/dL; HbsAg: negativo; Anti-hbs: >100 mUi/mL; Anti-Hbc total: negativo; Anti-HCV: negativo; Anti-HAV IgG: positivo; AST: 25 U/L; ALT: 30 U/L; Glicose jejum: 80 mg/dL; VDRL: não reator. Na consulta médica, foi-lhe prescrita a terapia antirretroviral (TARV) com Tenofovir 300 mg + Lamivudina 300 mg + Efavirenz 600 mg.

Segundo o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para tratamento da infecção pelo HIV em adultos e suas atualizações com as notas técnicas editados pelo Ministério da Saúde, analise as assertivas abaixo.

- I O esquema antirretroviral prescrito é alternativo, e deve ser utilizado em pessoa vivendo com HIV/Aids (PVHA) coinfectadas por qualquer forma de tuberculose e independente da contagem de linfócitos T CD4+.
- II Devido à possibilidade de mutações virais que possam conferir resistência aos inibidores da transcriptase reversa não nucleosídeos, estaria indicada a realização de genotipagem do HIV-1 pré-tratamento no caso acima.
- III O esquema antirretroviral prescrito é preferencial para todas as mulheres vivendo com HIV (MVHIV).
- IV O esquema preferencial vigente no Brasil é a associação de tenofovir 300mg + lamivudina 300 mg + dolutegravir 50 mg. O esquema prescrito para o caso em questão não apresenta inferioridade quanto à supressão viral em 24 semanas ao ser comparado aos esquemas com inibidores de integrase. Entretanto, está associado a maior risco de suicídio.
- V O esquema antirretroviral prescrito pode ser utilizado em MVHIV grávidas, entretanto, se essas forem apresentadoras tardias (início de TARV após 28 semanas de gestação), está recomendada a utilização de raltegravir.

Estão corretas

- (A) II, III, IV e V, apenas.
- (B) I, II e IV, apenas.
- (C) I, III e V, apenas.
- (D) II, IV e V, apenas.
- (E) I, II, III, IV e V.

35 Assinale V para as afirmativas verdadeiras e F para as falsas.

- ( ) Nas fases iniciais da demência, particular atenção deve ser dada às atividades instrumentais cotidianas, como gerenciamento das finanças, uso de aparelhos eletrodomésticos, ato de cozinhar, entre outras.
- ( ) O diagnóstico de síndrome demencial é eminentemente clínico, baseado em avaliação objetiva do desempenho cognitivo e funcional. A identificação da causa de demência, por sua vez, depende de investigação complementar, constituída por exames laboratoriais e de neuroimagem estrutural.
- ( ) Frequentemente mutações genéticas específicas estão associadas ao desenvolvimento das demências.
- ( ) O uso de determinadas substâncias, a depressão, as anormalidades metabólicas, incluindo doenças tireoidianas, a deficiência da vitamina B12, os distúrbios no metabolismo do cálcio, a insuficiência hepática, a hidrocefalia de pressão normal, o hematoma subdural e as neoplasias são exemplos de transtornos classificados como demências potencialmente reversíveis.
- ( ) Considerando que o diagnóstico de demência pode ser baseado exclusivamente no resultado do Mini Exame do Estado Mental - MEEM, é aconselhável a realização rotineira desse teste na população idosa.

A sequência correta é

- (A) V, V, F, F, F.
- (B) V, V, F, V, F.
- (C) F, V, V, V, F.
- (D) V, F, V, F, V.
- (E) V, V, V, V, V.



- 36 Assinale o(os) exame(s) que fornece(m) o diagnóstico de certeza de dermatomiosite.
- (A) Exame histopatológico de pele.
  - (B) Biópsia muscular.
  - (C) Ressonância nuclear magnética.
  - (D) Eletromiografia.
  - (E) CPK & aldolase.
- 37 Mulher de 60 anos vem pra consulta com densitometria mostrando t score de -3 na coluna e - 2,7 no fêmur. História de baixo consumo de leite por intolerância à lactose. Mãe falecida após queda com fratura de quadril. Nesse caso, o medicamento recomendado é
- (A) risedronato.
  - (B) pamidronato.
  - (C) raloxifeno.
  - (D) tamoxifeno.
  - (E) estrógeno.
- 38 Em relação aos quadros de dispepsia, é correto afirmar:
- (A) Quadro clínico de pirose e regurgitação é característico de infecção por *Helicobacter Pylori*.
  - (B) No tratamento de *H. Pylori* em pacientes alérgicos à penicilina, deve-se prescrever o esquema metronidazol 500mg + claritromicina 500mg + omeprazol 20mg.
  - (C) Na presença de perda de peso, deve-se primeiramente tentar o tratamento empírico antes de realizar a endoscopia digestiva alta.
  - (D) Em casos de úlcera gástrica, a prevalência de *H. Pylori* é menor que 10%.
  - (E) Cães são os reservatórios primários do *H. Pylori*, sendo estes a fonte de infecção.
- 39 Quanto aos hipoglicemiantes orais, é correto afirmar:
- (A) A linagliptina não pode ser usada em renal crônico dialítico.
  - (B) As sulfoniureias interferem com a digestão de carboidratos complexos e retardam a velocidade de absorção dos monossacarídeos.
  - (C) As tiazolinedionas agem aumentando a secreção de insulina pela célula beta pancreática.
  - (D) A metformina age aumentando a secreção de insulina pela célula beta pancreática e pode ser utilizada em paciente em hemodiálise.
  - (E) A dapagliflozina age aumentando a excreção urinária de glicose.
- 40 Em relação à hepatopatia crônica, analise as assertivas abaixo.
- I Na colangite biliar primária, os anticorpos antimitocôndria estão presentes em 90% dos casos.
  - II A hepatite autoimune tipo 2 tem o anti-LKM-1 positivo.
  - III A colangite esclerosante primária apresenta associação com antígenos HLA-DR3 e DR13.
  - IV Varizes de esôfago de pequeno calibre com marcas vermelhas necessitam de profilaxia com propranolol.
- Estão corretas
- (A) I e II, apenas.
  - (B) IV, apenas.
  - (C) I, II e IV, apenas.
  - (D) III e IV, apenas.
  - (E) I, II, III e IV.

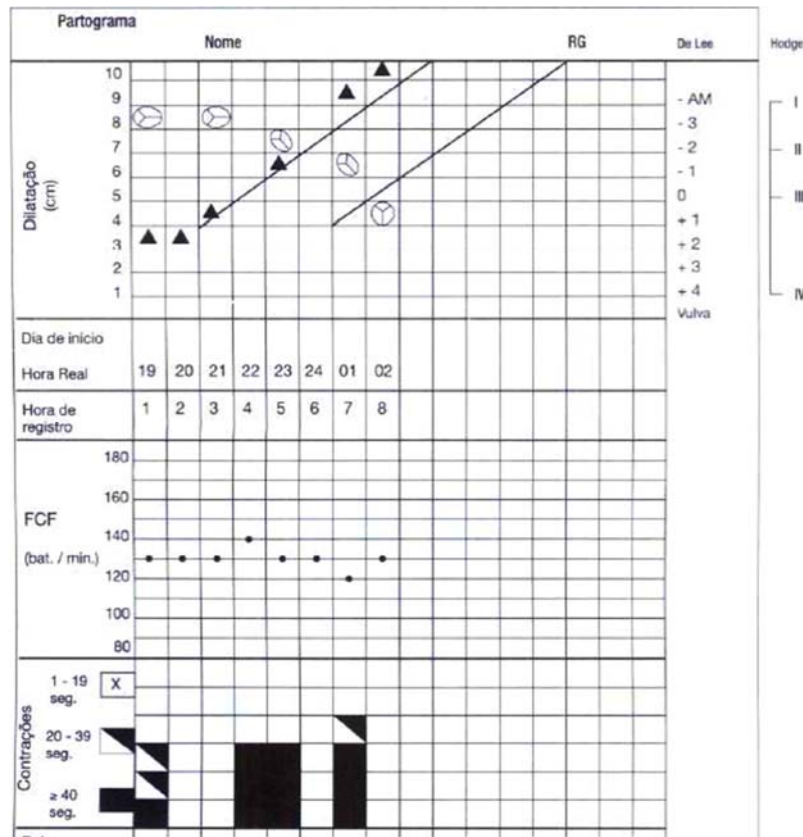


## GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA

- 41 Mulher de 26 anos queixando-se de dor pélvica perimenstrual há 3 anos cuja intensidade aumenta progressivamente a cada ciclo menstrual. Refere também dispareunia cíclica e ausência de gravidez após 2 anos sem método contraceptivo e com vida sexual ativa. Dentre as opções abaixo a principal hipótese diagnóstica e tratamento mais adequado são
- (A) miomatose uterina e histerectomia.
  - (B) aderências pélvicas e videolaparoscopia.
  - (C) varizes pélvicas e embolização.
  - (D) infecção urinária de repetição e ceftazidima.
  - (E) endometriose e dienogeste.
- 42 Mulher, 30 anos de idade, com 9 parceiros nos últimos 12 meses, apresentando prurido vulvar intenso e corrimento esverdeado bolhoso ao exame especular, além de colo com aspecto em “framboesa” (vários pontos avermelhados). Dentre as opções abaixo qual o agente etiológico mais provável é
- (A) *trichomonas vaginalis*.
  - (B) *haemophilus ducreyi*.
  - (C) *gardnerella vaginalis*.
  - (D) *cândida albicans*.
  - (E) herpesvírus tipo 1.
- 43 Paciente do sexo feminino, negra, 65 anos de idade, diabética, sedentária e obesa, apresentou sangramento vaginal há 2 semanas. Tabagista, fuma 1 maço de cigarro ao dia há 30 anos. Paciente com pequeno sangramento vaginal e hemodinamicamente estável no momento. Exames especular normal. A respeito deste caso, é correto afirmar que
- (A) é esperado e fisiológico o retorno de sangramentos menstruais na sua faixa etária.
  - (B) é necessário realizar estrogênio terapia imediata para conter o sangramento.
  - (C) deve-se realizar histeroscopia, pois a principal hipótese diagnóstica é de câncer de endométrio.
  - (D) deve-se realizar colposcopia, pois a principal hipótese diagnóstica é câncer de colo uterino.
  - (E) a ultrassonografia transvaginal sem doppler é o exame padrão ouro para sangramento uterino anormal.
- 44 Tercigesta, com 32 semanas de gestação, apresentando perda de líquido via vaginal, febre e dor em baixo ventre persistente tipo ardência. Exame físico: normocorada, frequência respiratória= 32 inspirações por minuto, pressão arterial= 80/50 mmHg, pulso filiforme= 112 ppm, temperatura axilar= 38,2°C; dinâmica uterina ausente, colo grosso, posterior, impérvio, perda de líquido amarelado via canal cervical com grumos finos; Giordano negativo bilateralmente; batimentos cardíacos fetais ausentes. As seguintes impressões diagnósticas são compatíveis com este quadro clínico:
- (A) Amniorrexe prematura, corioamnionite, sepse materna e óbito fetal.
  - (B) Candidíase vaginal, infecção urinária, sepse materna e sofrimento fetal.
  - (C) Amniorrexe prematura, trabalho de parto prematuro, sepse materna e sofrimento fetal.
  - (D) Fístula vesico-uterina materna, infecção urinária, sepse materna e óbito fetal.
  - (E) Amniorrexe prematura, trabalho de parto prematuro, sepse materna e óbito fetal.



45 Considere o registro partograma abaixo.



A impressão diagnóstica e conduta mais adequada são

- (A) período pélvico prolongado, estimular deambulação.
- (B) parto taquitéico, realizar revisão do canal de parto.
- (C) parada secundária da dilatação, administrar ocitócitos.
- (D) parada secundária da descida, indicar parto cesariano.
- (E) parto eutócico, orientar sobre os eventos fisiológicos do trabalho de parto.

46 Primigesta, 18 anos de idade, 33 semanas de idade gestacional, chega à urgência logo após crise convulsiva. Exame físico: em anasarca, paciente confusa, com abertura ocular espontânea, obedecendo a comandos verbais, as duas pupilas reagem ao estímulo de luz, pressão arterial = 180x120 mmhg, altura uterina = 32 cm, batimentos cardíacos fetais = 148 bpm. Acompanhante afirma que a paciente nunca havia tido hipertensão arterial antes da gestação. O valor na escala de glasgow, o medicamento usado para reduzir pressão arterial e aquele para prevenir novas convulsões são, respectivamente,

- (A) glasgow= 15, furosemida e sulfato de magnésio.
- (B) glasgow= 14, metildopa e diazepam.
- (C) glasgow= 13, captopril e fenitoína.
- (D) glasgow= 14, hidralazina e sulfato de magnésio.
- (E) glasgow= 15, fenitoína e furosemide.

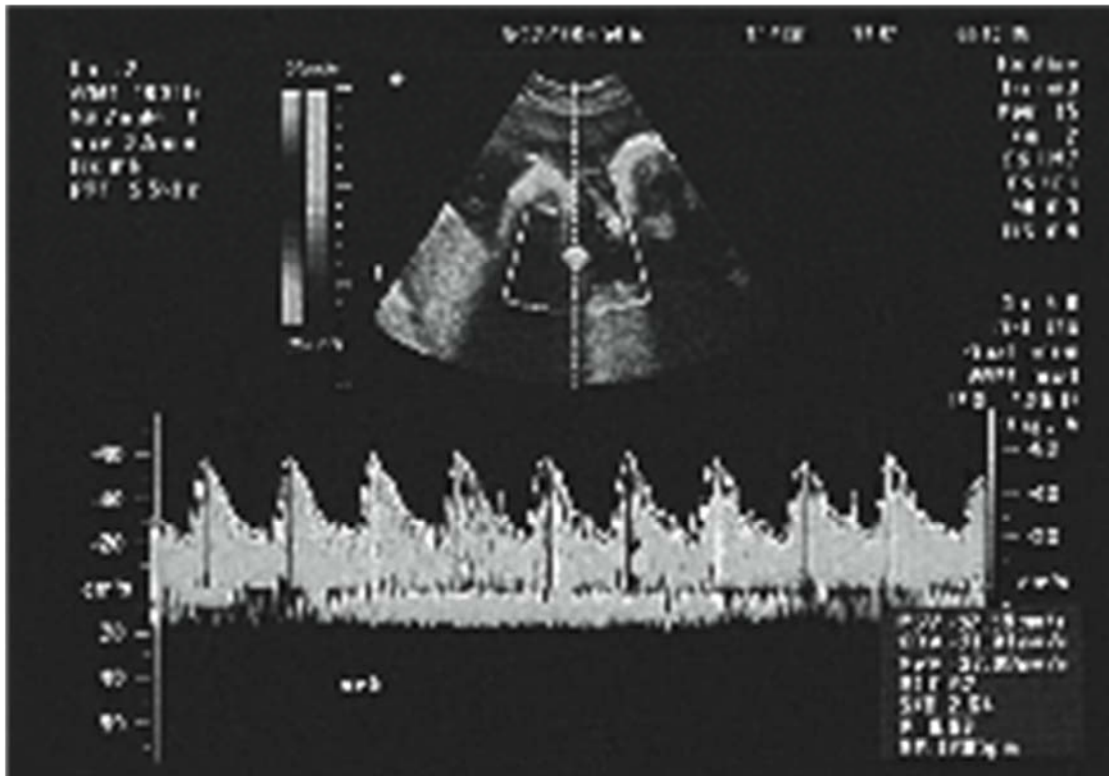


47 Gestante com 32 semanas de gestação deu entrada na maternidade com quadro de sangramento transvaginal moderado de cor escura, cólicas e sudorese. O exame físico revelou hipertonia uterina constante, BCF = 140 bpm. PA = 110 x 60 mmHg, pulso = 100 bpm, colo dilatado 2 cm e bolsa das águas formada.

Diante do quadro clínico descrito, o diagnóstico mais provável é

- (A) vasa prévia.
- (B) trabalho de parto prematuro.
- (C) placenta prévia.
- (D) ruptura uterina.
- (E) descolamento prematuro de placenta.

48 A figura abaixo representa exame de doppler velocimetria da artéria umbilical realizado em gestação de 35 semanas com pré-eclâmpsia grave.

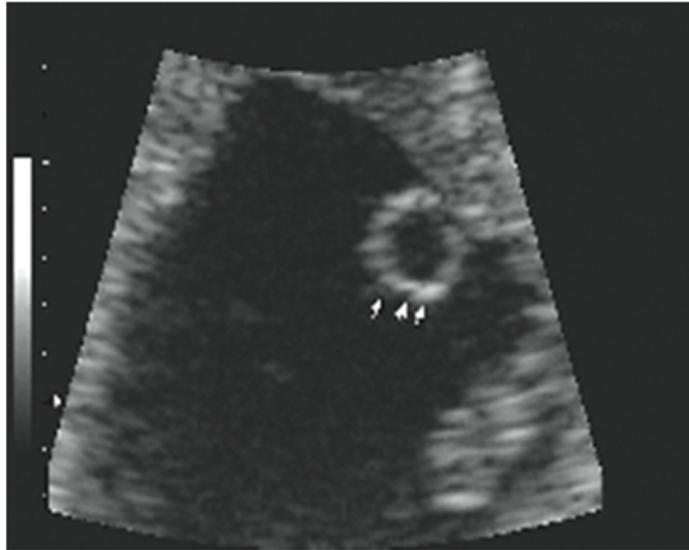


Com base na figura acima, é correto afirmar que o(a)

- (A) ausência de fluxo durante a diástole indica quadro grave de insuficiência placentária.
  - (B) exame demonstra boa velocidade de pico diastólico, sem comprometimento da circulação placentária.
  - (C) aumento da resistência no território placentário é a causa mais provável da diástole zero, no presente caso.
  - (D) diástole zero na artéria umbilical associa-se a elevados índices de morbidade e mortalidade perinatais.
  - (E) diástole zero na artéria umbilical associa-se a uma boa vitalidade e baixo risco para o feto.
- 49 Gestante com trabalho de parto prematuro e idade gestacional de 35 semanas. O antibiótico preconizado como primeira escolha durante o trabalho de parto, para prevenir infecção neonatal por estreptococo do grupo B, é a
- (A) amoxicilina.
  - (B) cefalotina.
  - (C) penicilina g.
  - (D) ampicilina.
  - (E) não tem indicação de usar antibióticos nesta situação.



50 Observe a figura abaixo.



A estrutura assinalada na figura é de

- (A) polo cefálico embrionário.
- (B) vesícula vitelínica.
- (C) saco gestacional.
- (D) conduto onfalomesentérico.
- (E) coração fetal inicial.

51 No tratamento da algia pélvica associada à endometriose, o medicamento que **não** pode ser utilizado é o(a)

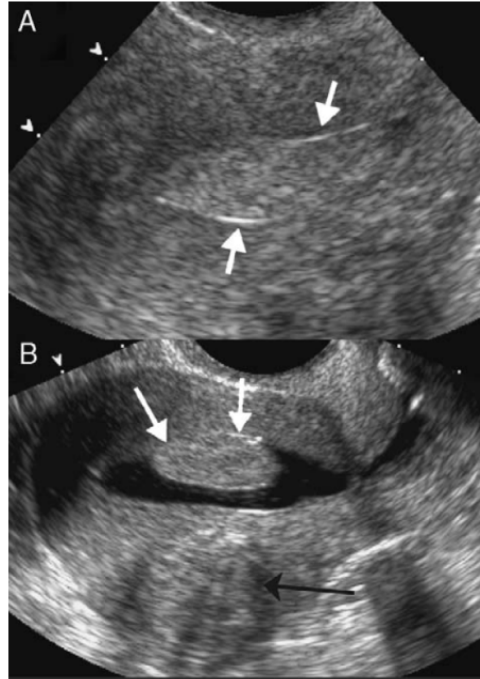
- (A) anticoncepcional oral combinado.
- (B) clomifeno.
- (C) gestrinona.
- (D) análogo de GnRH.
- (E) inibidor não esteroide da aromatase.

52 Assinale a tríade para o diagnóstico do Ca de colo uterino.

- (A) Teste de schiller, colposcopia e histopatológico.
- (B) Colpocitologia oncótica, teste do ácido acético e histopatológico.
- (C) Colpocitologia oncótica, colposcopia e histopatológico.
- (D) Colposcopia, histerosalpingografia e laparoscopia.
- (E) Colpocitologia oncótica, histeroscopia e colposcopia.

**Responda à questão 53 de acordo com o seguinte caso clínico.**

Paciente com 33 anos, gesta 2, 2 partos normais, sendo o último há 5 anos. Há 6 meses começou com o quadro de menorragia de moderada intensidade e dismenorreia. O ginecologista solicitou uma ultrassonografia transvaginal com histerossonografia que evidenciou um útero anteroversofletido, 7,0 cm no maior eixo longitudinal, volume: 60cm<sup>3</sup>, miométrio homogêneo com presença de uma lesão nodular em parede posterior de 3 cm (figura B seta preta), endométrio com espessura de 1,5 cm (figura A). Na histerossonografia (figura B), evidenciou uma imagem nodular intracavitária de 1,5 cm x 1,0 cm (vide imagem da histerossonografia). Ovários sem alterações, 1,6cm à esquerda e 1,8 cm à direita.



- 53 Diante da US acima, o diagnóstico da provável causa dos sintomas apresentados pela paciente é
- (A) pólipos endometrial.
  - (B) câncer de endométrio.
  - (C) mioma intramural.
  - (D) atrofia endometrial.
  - (E) sarcoma uterino.
- 54 O funcionamento harmônico do eixo hipotálamo-hipófise-ovário mantém a homeostase endócrina feminina. Na ovulação, aproximadamente 24h e 12h antes da postura ovular, há pico dos seguintes hormônios, respectivamente:
- (A) LH e estradiol.
  - (B) Estradiol e LH.
  - (C) FSH e progesterona.
  - (D) Progesterona e estradiol.
  - (E) FSH e estradiol.
- 55 Adolescente de 17 anos deseja fazer uso de pílula anticoncepcional. Ela quer saber se existe algum outro benefício fora o efeito contraceptivo. É considerado efeito benéfico dos contraceptivos hormonais orais combinados a
- (A) melhora da constipação crônica.
  - (B) diminuição das crises de enxaqueca.
  - (C) menor incidência do câncer de colo do útero.
  - (D) menor incidência de doença inflamatória pélvica.
  - (E) prevenção contra fenômenos tromboembólicos.



- 56 Segundo os dados epidemiológicos do Instituto Nacional do Câncer (INCA), o câncer de colo do útero é a neoplasia mais incidente nas mulheres da região Norte, excluindo-se os cânceres de pele não melanoma. Este panorama regional é agravado pela deficiência de centros oncológicos públicos na região Norte, aumentando os índices de mortalidade por esta doença. Entre as medidas preventivas, está o rastreamento sistemático de mulheres em grupo de risco. A respeito das últimas diretrizes do INCA para o rastreamento do câncer de colo do útero no Brasil, é correto afirmar:
- (A) Toda mulher que iniciou a vida sexual deve fazer o exame citopatológico a cada 12 meses até a idade de 74 anos.
  - (B) Mulheres com vida sexual ativa a partir dos 21 anos devem fazer o rastreamento citopatológico a cada dois anos, após dois exames negativos com intervalo de 6 meses.
  - (C) Mulheres HIV positivas devem fazer o rastreamento assim que iniciarem a vida sexual a cada 12 meses após dois exames negativos com intervalo de 6 meses, desde que o CD4 esteja  $\geq 200$  células/mm<sup>3</sup>.
  - (D) Mulheres na pós-menopausa que não fazem uso de terapia hormonal estão dispensadas do rastreamento.
  - (E) Mulheres grávidas podem fazer o exame citopatológico a partir da 12<sup>a</sup> semana de gestação, dispensando a coleta endocervical.
- 57 Mulher de 37 anos vem à consulta ginecológica e mostra seu exame citológico com achado de células escamosas atípicas de significado indeterminado, quando não se pode excluir lesão intraepitelial de alto grau (ASC-H). A última citologia foi há 6 meses e o resultado foram células escamosas atípicas de significado indeterminado, possivelmente não neoplásicas (ASC-US). A conduta CORRETA neste caso é
- (A) repetir citopatológico em 6 meses.
  - (B) repetir citopatológico em 12 meses.
  - (C) citologia endocervical em até 6 semanas.
  - (D) colposcopia e biópsia dirigida.
  - (E) exérese da zona de transformação.
- 58 Mulher de 53 anos recebe o diagnóstico de carcinoma de colo uterino, estadiamento IB1. A propagação mais frequente de metástase neste caso é
- (A) linfática.
  - (B) venosa.
  - (C) contiguidade.
  - (D) neural.
  - (E) arterial.
- 59 Uma jovem de 18 anos queixa-se de cólicas menstruais de forte intensidade, que a impossibilitam de realizar suas atividades normais. Os exames físico e ginecológico são normais. Feito o diagnóstico de dismenorreia primária, a melhor opção para o tratamento inicial são os(as)
- (A) inibidores de prostaglandinas.
  - (B) drogas ocitócicas.
  - (C) inibidores da prolactina.
  - (D) antiespasmódicos de ação central.
  - (E) inibidores centrais do eixo hipotálamo-hipófise-ovário.
- 60 São estruturas que devem ser avaliadas no exame morfológico do primeiro trimestre da gravidez
- (A) translucência nucal, ducto venoso e líquido amniótico.
  - (B) osso nasal, translucência nucal e ducto venoso.
  - (C) ducto venoso, líquido amniótico e CCN.
  - (D) sexo fetal, osso nasal e ducto venoso.
  - (E) líquido amniótico, CCN e osso nasal.





MEDICINA PREVENTIVA E SOCIAL

- 61 São exemplos de prevenção primária, secundária e terciária, respectivamente,
- (A) água tratada; adição de iodo ao sal; readaptação funcional.
  - (B) autoexame da mama; litotripsia; órtese.
  - (C) mamografia; prevenção de queda em idosos; cirurgia de catarata.
  - (D) PCCU; promoção do envelhecimento saudável; bengala.
  - (E) vacinação; mamografia; dentadura.
- 62 Os últimos recenseamentos brasileiros mostram decréscimo da morbimortalidade por doenças infectoparasitárias e aumento da mortalidade por doenças crônico-degenerativas. Este processo traduz-se por
- (A) indicador swaroop-uemura.
  - (B) transição demográfica.
  - (C) transição epistemológica.
  - (D) transição epidemiológica.
  - (E) envelhecimento saudável.
- 63 O Programa Hiperdia
- (A) preconiza internação por 12 horas e pernoite no domicílio.
  - (B) assiste o doente em domicílio – “home care”.
  - (C) é praticado nos ambulatórios de cardiologia e endocrinologia.
  - (D) é praticado no Núcleo de Apoio à Saúde da Família - NASF.
  - (E) é o carro-chefe das doenças crônico-degenerativas na Estratégia Saúde da Família (ESF).
- 64 Sobre o Programa Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem – PNAISH, é correto afirmar:
- (A) O recorte de faixa etária do PNAISH seguido pelo Ministério da Saúde é de 25 a 59 anos.
  - (B) A porta de entrada preferencial para o PNAISH é o Programa Nacional de Assistência ao Idoso.
  - (C) Doenças cardiocirculatórias são as principais causas de morte entre homens no grupo etário de cobertura do programa.
  - (D) Homens não procuram a atenção primária porque trabalham no horário de expediente dos serviços ambulatoriais, o que justifica a implantação do turno noturno no PNAISH.
  - (E) A população brasileira feminina suplanta em número a população de homens na faixa de 40 a 49 anos.
- 65 Na abordagem dos transtornos mentais na atenção primária,
- (A) deve haver sempre psiquiatra na equipe da ESF.
  - (B) os pacientes recebem assistência clínica na Unidade de Saúde da Família (USF) e Unidade Municipal de Saúde (UMS) e são referenciados para os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF.
  - (C) os pacientes são atendidos pelo médico de família e podem ser referenciados, quando necessário, para atenção secundária.
  - (D) não há cadastramento e vinculação para doentes mentais na USF e UMS.
  - (E) os pacientes recebem atendimento de urgência psiquiátrica na USF e UMS e logo devem ser referenciados para a rede de manicômios.
- 66 O diagnóstico de infecções sexualmente transmissíveis (IST) e aids na rede pública deve ser realizado
- (A) em hospitais universitários.
  - (B) em bancos de sangue e centros de testagem.
  - (C) em hospitais gerais.
  - (D) em ambulatórios de dermatologia.
  - (E) prioritariamente na USF e em Unidades Básicas de Saúde.



- 67 Sobre a ESF, é correto afirmar:
- (A) Pratica-se prevenção primária, secundária e terciária e pode-se referenciar pacientes para a atenção secundária e terciária.
  - (B) Pratica-se apenas promoção da saúde e proteção específica na atenção primária.
  - (C) Referencia-se para a atenção secundária os adstritos da USF para prevenção secundária e terciária.
  - (D) Pratica-se atenção primária, secundária e terciária na USF.
  - (E) Pratica-se apenas atenção e prevenção primárias na USF.
- 68 Os últimos recenseamentos no Brasil mostram aumento no número de idosos e diminuição na taxa de fecundidade. Este processo traduz-se por
- (A) transição epidemiológica.
  - (B) transição demográfica.
  - (C) transição epistemológica.
  - (D) indicador swaroop-uemura.
  - (E) certeza em que o programa social “Bolsa Família” estimula a natalidade.
- 69 Fazem parte das equipes de saúde da família e Núcleo de Apoio à Saúde da Família – NASF, respectivamente,
- (A) odontólogo, médico.
  - (B) fisioterapeuta, enfermeiro.
  - (C) médico, psicólogo.
  - (D) psiquiatra, técnico em saúde bucal.
  - (E) cosmiatra, podólogo.
- 70 Sobre estudos observacionais em pesquisas epidemiológicas, é correto afirmar:
- (A) São estudos experimentais.
  - (B) São estudos de intervenção que buscam relação de causa e efeito.
  - (C) Podem ser transversais e longitudinais.
  - (D) São estudos de coorte, com grupos controle.
  - (E) São sempre estudos descritivos.
- 71 Sobre a hanseníase, doença tão antiga e, infelizmente, sempre nova, principalmente nos bolsões de miséria do Brasil, é correto afirmar:
- (A) A Talidomida, utilizada no tratamento da reação hansênica, é contraindicada em mulheres em idade fértil devido a seu efeito teratogênico (focomelia).
  - (B) O MFC deve afastar a possibilidade de hanseníase quando o resultado da baciloscopia for negativo.
  - (C) A MH tem cura através do tratamento poliquimioterápico. As pessoas recebem alta após 6 doses supervisionadas nos casos paucibacilares (MHI, MHT e MHD) e após 12 doses supervisionadas nos casos multibacilares (MHV).
  - (D) O esquema poliquimioterápico padrão (PQT/OMS), multibacilar, para adultos, é composto pela rifampicina e clofazimina em doses supervisionadas e autoadministradas.
  - (E) As reações hansênicas podem acontecer antes, durante ou após o término do tratamento poliquimioterápico. Durante o tratamento, a poliquimioterapia deverá ser interrompida, e introduzidas prednisona e talidomida.



A seguir, você vai ler o histórico clínico do Sr. Manuel pelo RMOP/SOAP (Registro Médico Orientado por Problemas) atendido por um MFC na USF Parque Amazônia I. Você vai ler o SOAP, em que o “S” significa Subjetivo (queixa + história clínica de evolução), o “O”, Objetivo (exame físico + exames complementares), o “A”, Avaliação (Lista de problemas) e o “P”, Plano (conduta diagnóstica/ terapêutica/ de seguimento/ de educação em saúde). O RMOP/SOAP foi incorporado ao e-SUS como registro médico oficial do SUS.

Leia e analise o SOAP do Sr. Manuel e responda às questões 72, 73 e 74.

- S**
- Demanda por exames de retorno.
  - Sr. Manuel, 56 anos, negro, estivador, vem a consulta de retorno trazendo consigo os exames solicitados na consulta anterior. Fuma 20 cigarros por dia há 30 anos, não pratica atividade física regularmente e não faz uso de medicações. O pai é falecido de IAM. A mãe viva e hipertensa.
  - Dificilmente procura o serviço de saúde. Só veio porque a esposa insistiu e o trouxe junto. Referiu que quando trabalha sente dor precordial, tonturas, turvação da vista e forte dor de cabeça chegando a parar de trabalhar pra depois recomeçar. Afirma que este episódio já aconteceu 2 vezes na última semana, e por isso ficou preocupado. Afirma que nos demais dias não sentia nada e por isso não deu importância. Mas agora sente medo de sofrer “infarto ou derrame”, como seu pai.
  - Refere que nas últimas semanas está sofrendo bastante pressão no trabalho por parte do seu encarregado, pois a mercadoria tem que ser descarregada rapidamente, reclamando que ele e os colegas fazem “corpo mole”. Fica suando frio, e às vezes respira fundo antes de partir para o trabalho. Afirma que dá vontade “de jogar tudo pro alto” e até de agredir o seu chefe devido às humilhações que sofre, mas fica “se segurando”, e isto o atormenta, inclusive está com frequente insônia.
- O**
- Bom estado geral, descorado (1+/4+), hidratado, rosto cansado, obeso, presença de dispneia suspirosa, sudorese intensa, olheiras evidentes, acianótico, anictérico, afebril, dispneico.
  - Peso: 90 kg; altura: 1,62 m; IMC 34,3 kg/m<sup>2</sup>.
  - Frequência cardíaca: 115 bpm; pressão arterial: 150 x 100 mmHg.
  - Frequência respiratória: 26 irpm; saturação de O<sub>2</sub>: 97% em ar ambiente.
  - Exames cardíacos e pulmonar: sem alterações.
  - Estado psíquico: demonstra-se bastante ansioso e inquieto, verborreico, com dispneia suspirosa, sudorese intensa.
  - Laboratório: Glicemia de jejum: 260 mg/dl; Creatinina: 1,1mg/dL; Sódio Sérico: 143 mEq/L; Potássio sérico: 4,2 mEq/L.
- A**
- Demanda por exame de retorno.
  - Medo/preocupação com a doença.
  - Sintomas ansiosos.
  - Medida de PA elevada.
  - Obesidade grau 2.
  - Tabagismo.
  - Sedentarismo.
  - Medida de Glicemia alterada.
- P**
- Converso sobre o medo de doença e sobre a importância de trabalhar os fatores de risco: tabagismo, Obesidade e sedentarismo (dieta e atividade física - mudança de estilo de vida).
  - Escuta ativa e Abordagem de apoio.
  - Introduzo anti-hipertensivo: Diurético tiazídico +IECA.
  - MRPA.
  - Solicito exames: eletrocardiograma, perfil lipídico, nova glicemia de jejum e hemoglobina glicada.
  - Oriento retornar após resultados de exames e para avaliar introdução de psicoterapia e terapia medicamentosa.



- 72 Com base no SOAP do Sr. Manuel, é correto afirmar:
- (A) A hipertensão arterial sistêmica é uma das maiores causas de consulta em serviços de atenção primária à saúde (APS). O caso do Sr. Manuel requer cuidados, pois a HAS é uma doença silenciosa com comprometimento renal. Por isso faltou o MFC solicitar ureia para o paciente.
  - (B) A mudança no estilo de vida é de máxima importância na prevenção e no tratamento da HAS. No caso do Sr. Manuel, ele não apresenta fatores de risco modificáveis, sendo necessário intervir com terapêutica medicamentosa.
  - (C) A avaliação do risco cardiovascular é uma ferramenta importante na definição de metas e na instituição do tratamento. Neste caso, se aplicaria para o Sr. Manuel o “Escore de Framingham”.
  - (D) No caso do Sr. Manuel, é evidente hipertensão secundária, pois a obesidade central é um forte indício, além do início da hipertensão antes dos 30 anos.
  - (E) O MFC deverá referenciar o Sr. Manuel ao cardiologista, pois o manejo da HAS deverá iniciar nos centros de referências especializadas e só depois da prescrição dos anti-hipertensivos o paciente retorna para ser acompanhado e monitorado pelo MFC, mediante contrarreferência do cardiologista.
- 73 Um dos problemas elencados no caso do Sr. Manuel é a medida de glicemia elevada. Quanto a esse problema, é correto afirmar:
- (A) No caso de diabetes mellitus, 90 a 95% são do tipo 2 (DM2), e, desses, 80% estão relacionados a sobrepeso e obesidade, situação não encontrada no Sr. Manuel visto ele preencher critérios para diabetes mellitus tipo 1.
  - (B) O Sr. Manuel apresenta uma medida de glicemia de 260mg/dl configurando DM2. Neste caso, mudanças no estilo de vida, como orientação alimentar, atividade física e abandono do cigarro, têm efeito sobre o controle glicêmico, semelhante aos hipoglicemiantes, e ainda reduzem o risco cardiovascular global.
  - (C) A abordagem centrada na pessoa, a participação em grupos de adesão e a educação em saúde são de grande importância para que não aconteça comprometimento da adesão e se estabeleça um bom controle da doença.
  - (D) No manejo da DM2, em indivíduos assintomáticos ou com sintomas leves, são necessárias duas glicemias de jejum acima de 126mg/dL, como é o caso do Sr. Manuel.
  - (E) Não se pode aventar a possibilidade de DM2 no Sr. Manuel, visto que é um caso de “pré-diabetes”, pois ele encontra-se assintomático, sem a presença dos “polis”: poliúria, polidipsia e polifagia.
- 74 No SOAP do Sr. Manuel, um dos problemas elencados foram os sintomas ansiosos, em relação aos quais é correto afirmar:
- (A) A escuta ativa e o entendimento da situação atual de vida da pessoa, aliados à compreensão de seu desenvolvimento psíquico, podem ajudar o MFC na estratégia terapêutica mais adequada, que pode ser de apoio e mais medicação.
  - (B) Não compete ao MFC iniciar um tratamento psiquiátrico, devendo referenciar a pessoa ao CAPS mais próximo.
  - (C) Ao MFC está indicada a escuta ativa e uma abordagem de apoio, não cabendo a ele o tratamento medicamentoso, pois é tarefa do psiquiatra.
  - (D) O MFC deve utilizar doses subterapêuticas dos psicofármacos para depois, progressivamente, aumentar as doses, a fim de se evitar os efeitos colaterais.
  - (E) A contribuição de um psiquiatra pode auxiliar na compreensão do quadro do Sr. Manuel, portanto, referenciar sempre.



- 75 “Pessoas com tristeza e sintomas depressivos são muito comuns na APS, mas a forma de apresentação mais frequente é uma mistura de sintomas, como dor crônica vaga, sintomas ansiosos e depressivos. É importante lembrar sempre que o sofrimento é algo inerente à experiência humana. A medicalização das emoções é um fenômeno atual do qual o MFC precisa proteger as pessoas e a si mesmo.”
- Diante do exposto, é correto afirmar:
- (A) Rotular ou aceitar precocemente o rótulo de depressão sem explorar o contexto do sofrimento é um dos erros mais frequentes cometidos durante o manejo da pessoa com sofrimento psíquico, devendo o MFC combater este rótulo.
  - (B) Cabe ao MFC manter e renovar continuamente prescrições de ansiolíticos e de antidepressivos das pessoas atendidas na APS com transtornos mentais, cabendo ao psiquiatra, o tratamento inicial.
  - (C) O MFC deverá atender repetidas vezes pessoas com dores crônicas vagas e mal-estar sem estabelecer o contexto próximo e remoto.
  - (D) O MFC deverá iniciar antidepressivos logo de imediato para estabilizar o quadro para depois entrar no aprofundamento dos sintomas e no contexto de sofrimento, pois a consulta requer tempo.
  - (E) Por ser um manejo que exige tempo e que requer o uso de medicações psiquiátricas, as pessoas com tristeza e com sintomas depressivos devem ser referenciadas ao CAPS.
- 76 Na abordagem do HIV na atenção primária pelo MFC, habilidades como empatia, isenção de julgamento na abordagem, capacidade de estabelecer vínculo, capacidade de motivação e de estímulo ao autocuidado e estímulo ao planejamento individualizado tornam-se necessárias. No manejo da pessoa que vive com HIV (PVHIV), existem características específicas que o MFC deve conhecer. Com base no assunto, é correto afirmar que o MFC
- (A) pode solicitar o Teste Rápido (TR) para HIV sem aconselhamento prévio, pois este será feito no CTA.
  - (B) deverá encaminhar as PVHIV assintomáticas ou a pessoa estável com tratamento ao especialista focal no SAE, e ater-se aos casos complexos, pois necessitam mais de seu apoio e cuidado.
  - (C) deverá avaliar o risco cardiovascular de todas as PVHIV, inclusive daquelas que iniciaram TARV.
  - (D) deverá referenciar ao SAE as pessoas que vivem com HIV que estejam com má adesão.
  - (E) deve orientar as PVHIV que usam álcool, principalmente nos finais de semana, que devem interromper o uso da TARV devido ao efeito antabuse.
- 77 A medicina de família e comunidade trouxe ferramentas fundamentais na prática do médico de família. Quanto ao assunto, é correto afirmar:
- (A) O método clínico centrado na pessoa (MCCP) estabelece como regra geral que cada pessoa é única, e a consulta deve representar uma prática social entre médico e pessoa, com conhecimento mútuo e longitudinal.
  - (B) Essa possibilidade de uma segunda chance na relação ou na construção e amadurecimento médico-pessoa é uma característica da APS: é o princípio da contextualização.
  - (C) O MFC pode entender a pessoa e a apresentação no contexto da vida dela em sua plenitude. A relação médico-pessoa resume-se no binômio queixa-conduta.
  - (D) A consulta em APS tem um quadro de qualidades específicas que se assemelham às consultas nos cenários hospitalocêntricos do sistema de saúde.
  - (E) O método clínico de abordagem centrada na pessoa tem como um dos componentes “explorar a doença”, em detrimento do componente “explorar a experiência da pessoa com a doença”.
- 78 Pode-se afirmar que a prevenção visa a impedir eventos futuros indesejáveis, evitando-se o desenvolvimento de um estado patológico, e de todas as medidas que limitam a progressão da doença. Leavell e Clark, dentro de seu modelo de história natural das doenças, classificaram as ações preventivas. Diante do exposto, é correto afirmar:
- (A) Prevenção primária: ações voltadas ao diagnóstico e ao tratamento precoce.
  - (B) Prevenção terciária: reabilitação em casos de doenças ou lesão já estabelecida.
  - (C) Prevenção secundária: inclui a promoção da saúde, a proteção inespecífica e a proteção específica para cada doença.
  - (D) Prevenção quaternária: prevenção de incapacidades.
  - (E) Prevenção secundária: prevenção das iatrogenias.



- 79 A polifarmácia está sendo um dos grandes desafios para o Médico de Família e Comunidade (MFC) na Atenção primária em saúde (APS). É o caso da pessoa procedente de diversos especialistas focais que procura o MFC portando consigo várias prescrições de medicamentos. Quanto ao assunto, é correto afirmar:
- (A) A desprescrição é o processo de desconstrução da prescrição de fármacos por meio de uma revisão e análise feita pelo MFC, com modificação de dosagens, substituição ou eliminação de alguns medicamentos e/ou adição de outros.
  - (B) A necessidade de desprescrever medicamentos torna-se imperativa ultrapassando, se necessário, os ditames éticos e evidências científicas, sendo um “mal necessário.”
  - (C) Não se recomenda a desprescrição em pessoas com idade muito avançada, como idosos frágeis e pessoas com doenças em estágio terminal.
  - (D) Ao realizar a desprescrição, o MFC deve ater-se fundamentalmente ao binômio queixa-conduta, muitas vezes abrindo mão da visão integral e holística da pessoa, visão esta tão corriqueira no seu dia a dia.
  - (E) O processo de desprescrição deve começar logo com a retirada dos fármacos prescritos para doenças crônicas ainda ativas. Depois retiram-se os demais medicamentos.
- 80 O Registro Médico Orientado por Problemas (RMOP) tem sido empregado em diversos sistemas de APS em todo o mundo. O seu uso tem-se ampliado cada vez mais tornando-se a base da informatização dos registros médicos, sendo, no Brasil, o registro oficial do e-SUS, presente no software do prontuário eletrônico do cidadão (PEC). Com base no exposto, é correto afirmar:
- (A) O SOAP (Subjetivo, Objetivo, Avaliação ou Lista de Problemas e Plano), registro de evolução do cuidado, é uma das partes integrantes do RMOP. A lista de problemas é uma ferramenta fundamental para lidar com as situações indiferenciadas peculiares à APS.
  - (B) Na APS, o MFC trabalha mais com problemas do que com diagnósticos, e seu raciocínio clínico se dá a partir dos sinais e sintomas e nem sempre em diagnósticos fechados, assemelhando-se à realidade hospitalocêntrica.
  - (C) O “Problema” é a unidade funcional do RMOP. Tudo o que requer um diagnóstico ou que afeta a qualidade de vida de uma pessoa na percepção do médico e não da própria pessoa é um “Problema,”.
  - (D) No RMOP, o registro médico não é só um “salva memória”. É a anotação continuada de todos os problemas, não sendo, portanto, útil para a educação continuada do médico.
  - (E) A consultagem em APS é qualitativa e quantitativamente diferente da “tomada de história” que se aprende na realidade hospitalar, como a decisão da pessoa em consultar com o médico e a medicina da pessoa como um todo, características típicas da realidade hospitalocêntrica.

## PEDIATRIA

- 81 Mãe comparece à consulta de lactente com 18 meses de idade devido a quadro de febre há 2 dias (Tax: 39°C), evoluindo hoje pela manhã com manchas vermelhas no corpo. O último episódio de febre ocorreu ontem à tarde. Informa, ainda, que, desde o início do quadro, o lactente está com apetite reduzido, porém aceita leite materno, mantém funções de eliminação dentro da normalidade e não apresenta sintomas respiratórios. Ao exame BEG, ativo, eupneico, corado, hidratado. Tax: 36,7°C. Presença de gânglio 0,5 em cadeia cervical anterior, sem sinais flogose. Orofaringe: leve hiperemia, sem exsudato. Pele: exantema papular em região anterior do tórax e braços. Ausculta cardiopulmonar e palpação abdominal dentro da normalidade. Vacinação adequada para a idade. Com base no quadro acima, é correto afirmar:
- (A) Deve ser realizada a prescrição de sintomáticos, quarentena domiciliar até 4 dias após desaparecimento do exantema, orientação quanto a sinais de piora e coleta de sangue para sorologia de sarampo. A ficha de notificação compulsória deve ser preenchida para medidas de investigação epidemiológica de Caso Suspeito de Sarampo.
  - (B) O fato de ter recebido vacinação contra sarampo há poucos meses (incluindo dose de reforço) afasta a possibilidade de se considerar o caso acima como suspeito de sarampo.
  - (C) Possivelmente, trata-se de caso de alergia desencadeada por medicamento e/ou corantes, uma vez que o último episódio de febre ocorreu há mais de 12 horas.
  - (D) Considerando a situação vacinal da criança, a faixa etária, o exame físico aliado ao bom estado geral, a principal hipótese diagnóstica é de exantema súbito.
  - (E) Deve ser realizada a coleta de sangue com vistas à sorologia (IgM e IgG) para investigação de Dengue, Zikavírus, Chikungunya, Rubéola e Sarampo, para esclarecimento do diagnóstico do caso e notificação de acordo com os resultados obtidos.



- 82 De acordo com o Protocolo Clínico Diretrizes Terapêuticas para Manejo da infecção pelo HIV em crianças e adolescentes (Ministério da Saúde, 2018), entre os cuidados imediatos com o RN exposto ao HIV na sala de parto, recomenda-se
- (A) imediatamente após o nascimento colocar o RN em contato pele a pele com sua mãe, enquanto se aguarda cessar os batimentos do cordão (1-3 minutos) para realizar o clampeamento tardio e assim estabelecer o vínculo mãe-filho.
  - (B) iniciar a primeira dose do AZT solução oral logo após os cuidados imediatos (preferencialmente ainda na sala de parto), ou nas primeiras 4 horas após o nascimento.
  - (C) realizar exame de carga viral para HIV (CV-HIV) no RN imediatamente após o nascimento, para decidir sobre a necessidade de profilaxia com antirretroviral (ARV).
  - (D) coletar sorologia anti-HIV no RN exposto nas primeiras 48h de vida, a fim de obter diagnóstico precoce da infecção pelo HIV.
  - (E) realizar a notificação do RN exposto após a confirmação da infecção pelo HIV nos exames laboratoriais.
- 83 Calcula-se que quase dois bilhões de pessoas em todo o mundo apresentam anemia e que 27 a 50% da população seja afetada pela deficiência de ferro (OMS, 2017). Em revisão sistemática de 53 artigos brasileiros realizada em 2009, abrangendo aproximadamente 21.000 crianças, a prevalência descrita para anemia foi de 53%, sendo maior nas regiões Norte e Nordeste. Sobre a prevenção da Anemia Ferropriva, a Sociedade Brasileira de Pediatria recomenda
- (A) o aleitamento materno exclusivo até os 6 meses de idade e o aleitamento complementar pelo menos até os 2 anos de idade. Além disso, recomenda o uso de ferro oral profilático a partir de 6 meses de idade.
  - (B) para lactentes nascidos pré-termo ou com baixo peso (menor de 1500g), suplementação com sulfato ferroso na dose de 1mg/kg/dia a partir do 30º dia de vida até os 12 meses.
  - (C) que a suplementação profilática elementar na dose de 1mg de ferro/kg/dia deve ser realizada dos três aos 24 meses de idade, independentemente do regime de aleitamento.
  - (D) que em lactentes que fazem uso de fórmula láctea genérica, com características CODEX, enriquecida com sais de ferro adequados, é dispensado o uso de ferro oral profilático até os 6 meses de idade.
  - (E) que lactentes com história de prematuridade devem receber sulfato ferroso na dose de 4 mg de ferro/kg/dia ao receber alta da maternidade.
- 84 Lactente, 2 anos de idade, gênero feminino, é levada para consulta devido a queixa de disúria e urgeincontinência há cerca de 10 dias, sem febre. Mãe informa que tais sintomas têm sido recorrentes nos últimos meses e que já realizou, por conta própria, vários exames de urina (urina rotina - EAS), cujos resultados encontravam-se sempre dentro da normalidade. Considerando a importância do diagnóstico precoce da Infecção do Trato Urinário (ITU) a fim de prevenir e minimizar a formação e a progressão de cicatriz renal e, conseqüentemente, hipertensão e/ou insuficiência renal crônica, é correto afirmar:
- (A) Na faixa etária de lactentes, a análise de urina EAS tem elevado valor preditivo positivo para o diagnóstico de ITU.
  - (B) A urocultura está reservada a casos em que houver anormalidades no exame de urina EAS.
  - (C) A urocultura, independentemente do método de coleta, é considerada “padrão ouro” para confirmação de ITU, devendo ser solicitada mesmo diante de resultados de urina EAS dentro da normalidade.
  - (D) Crianças com queixa de alterações urinárias (disúria, polaciúria, urgeincontinência, enurese) de repetição devem realizar quimioprofilaxia por período de 3 a 6 meses, até que estas disfunções sejam corrigidas, independentemente da confirmação de ITU.
  - (E) Toda criança, independentemente de idade e sexo, que tenha diagnóstico de certeza de ITU merece uma investigação por imagem.



- 85 No Brasil, desde 2001 foi implementado o Programa Nacional de Triagem Neonatal, visando a facilitar o diagnóstico precoce de certas doenças, reduzindo ou eliminando o risco de sequelas associadas ao atraso no reconhecimento e no tratamento dessas condições. Em relação ao Teste do Pezinho Básico, oferecido na rede pública de saúde, a triagem envolve as seguintes doenças:
- (A) Hipotireoidismo congênito, fenilcetonúria e fibrose cística.
  - (B) Hipotireoidismo congênito, fenilcetonúria, doença falciforme e outras hemoglobinopatias.
  - (C) Hipotireoidismo congênito, fenilcetonúria, deficiência de G6PD, fibrose cística e galactosemia.
  - (D) Hipotireoidismo congênito, fenilcetonúria, doença falciforme e outras hemoglobinopatias, fibrose cística, hiperplasia adrenal congênita e deficiência de biotinidase.
  - (E) Hipotireoidismo congênito, fenilcetonúria, doença falciforme e outras hemoglobinopatias, fibrose cística, hiperplasia adrenal congênita, galactosemia, deficiência de g6pd e de biotinidase.
- 86 Sobre vacinação, é correto afirmar:
- (A) Crianças com HIV não devem fazer uso da vacina tetraviral por ainda não estarem disponíveis dados de segurança nessa população, portanto deverão realizar 2 doses da vacina tríplice viral e 2 doses da vacina contra varicela (aos 12 e 15 meses de idade, primeira e segunda doses, respectivamente).
  - (B) As crianças que foram vacinadas com a vacina BCG e que não apresentem cicatriz vacinal decorridos 6 meses devem ser revacinadas até que ocorra a cicatriz vacinal, desde que seja respeitado o intervalo mínimo de 6 meses entre as doses e a idade máxima de 4 anos, 11 meses e 29 dias.
  - (C) As doses da vacina oral contra rotavírus humano (VORH) devem ser administradas com intervalo mínimo de 30 dias entre si, desde que a primeira ocorra até os 6 meses de idade e a segunda dose até os 7 meses e 29 dias.
  - (D) Nos casos de prematuridade ou baixo peso ao nascer, as vacinas devem ser administradas na idade cronológica recomendada, com exceção para a vacina BCG, que deve ser administrada nas crianças com peso  $\geq 1.500g$ .
  - (E) Doença neurológica estável ou pregressa com seqüela presente constitui-se contraindicação à vacinação na infância.
- 87 Lactente de 5 meses, desnutrido, há 2 dias com febre (38,5C), recusa alimentar e prostração. Ao exame, apresenta-se toxemiado, taquipneico (FR2. 64 ipm), gemente e com presença de lesões pustulosas em couro cabeludo. À ausculta respiratória, nota-se murmúrio vesicular abolido em 1/3 médio e inferior do tórax direito, macicez à percussão. Mãe informa que a criança nunca foi hospitalizada, que está com a vacinação em dia (não trouxe o cartão de vacinas) e que até o momento fez uso somente de paracetamol. Sobre o caso em questão, é correto afirmar:
- (A) Trata-se de quadro de pneumonia atípica, cujo principal agente causador é o *Mycoplasma pneumoniae*.
  - (B) Por tratar-se de quadro pneumônico de origem comunitária, deve-se prescrever tratamento com antibiótico oral (amoxicilina 50mg/kg/dia) e reavaliar após 48 horas. Em caso de piora, recomendar hospitalização.
  - (C) A vacinação antipneumocócica aos 2 e 4 meses de idade conferiu proteção contra complicações associadas à PAC.
  - (D) Devido ao quadro de desnutrição e à dificuldade de confirmação diagnóstica de infecção por *Micobacterium tuberculosis* na infância, deve-se considerar o quadro acima como Tb pulmonar e iniciar o tratamento empírico, conforme preconizado pelo Ministério da Saúde.
  - (E) O tratamento deve incluir antibioticoterapia venosa com oxacilina + cefalosporina de 3ª geração.





- 88 M.S.P., 8 anos, está sendo atendido no serviço de urgência. A responsável relata que o paciente iniciou coriza nasal hialina ontem e febre de 37,9 °C. É asmático e estava usando o spray de salbutamol e beclometasona há um mês. Hoje, a tosse ficou persistente, piora do cansaço e dificuldade para respirar. Ao exame, encontra-se calmo, taquidispneico ++/4+; boa perfusão periférica, saturação 93%. Após a realização na urgência de broncodilatador inalatório de curta duração por 3 ocasiões seguidas com intervalo de 20 minutos, não apresentou melhora. Manteve saturação de O<sub>2</sub> de 92% em ar ambiente e peak flow de 50% do esperado para idade e peso. A próxima conduta do médico será
- (A) aumentar a dose de beclometasona inalatória para 2 jatos de 12 em 12 horas e fazer salbutamol inalatório de 2 em 2 horas. Acrescentar oxigênio com saturação de 90%.
  - (B) associar brometo de ipratropio. Deixar B2 inalatório de 20 em 20 minutos e reavaliar em 1 hora. Iniciar oxigenioterapia com saturação 90%.
  - (C) iniciar oxigenioterapia. Acrescentar corticoterapia oral. Deixar B2 inalatório de 20 em 20 minutos e reavaliar em 1 hora.
  - (D) fazer B2 inalatório de 20 em 20 minutos, acrescentar corticoterapia e iniciar oxigenioterapia quando a saturação atingir 90%.
  - (E) iniciar oxigenioterapia. Trocar o corticoide inalatório para fluticasona, manter salbutamol inalatório de 20 em 20 minutos.
- 89 João Paulo, 6 anos, está sendo atendido pelo pediatra devido à mãe referir que a criança tosse muito ao correr e não consegue acompanhar seus amigos no jogo de futebol, pois sempre interrompe as atividades físicas antes de seus colegas. Desde a fase de lactente, apresenta episódios de tosse, cansaço e é levado à urgência para realizar aerossol com intervalos trimestrais. Apresenta despertar noturno duas vezes na semana por tosse. Aos 3 anos, iniciou episódios de lesões pruriginosas em dobras cutâneas e face. O pai tem rinite alérgica e teve crises de cansaço na infância. Ao exame clínico, encontra-se em bom estado geral, eupneico, afebril, boa perfusão periférica, ACP: normal. Com base nestas informações, o médico realizará como tratamento
- (A) salbutamol 6/6 horas nas crises.
  - (B) fenoterol 6/6 horas diariamente.
  - (C) prednisolona 0,5- 1 mg/kg – 7 dias (nas crises).
  - (D) beclometasona 1 jato de 8/8 horas, diariamente.
  - (E) fluticasona 1 jato de 12/12 horas nas crises.
- 90 Lactente hígido, nascido de parto normal, Apgar 8/9. Aos 5 meses iniciou a administração de leite de vaca, papa de legumes e frutas em horários regulares. A mãe amamentava de forma exclusiva e teve que retornar ao trabalho nesta época. Há 15 dias, iniciou diarreia, choro frequente, distensão abdominal, sangramento nas fezes. Ao exame clínico, peso de 6 kilos, ativo e reativo, eupneico, presença de eczema em face, ACP: normal, abdômen globoso. A provável suspeita clínica para esse caso é
- (A) estenose hipertrófica do piloro.
  - (B) invaginação intestinal.
  - (C) intolerância congênita à lactose.
  - (D) alergia alimentar.
  - (E) fibrose cística.
- 91 Menor de 3 anos, sem antecedentes mórbidos anteriores, após ingerir sorvete de tapioca com castanha iniciou lesões eritemato pruriginosas em face, abdômen e membros. Tosse, cansaço e dificuldade para falar, diarreia e dor abdominal. Nesse caso, a hipótese diagnóstica correta é
- (A) gastroenterite por rotavírus.
  - (B) urticária aguda por alergia alimentar.
  - (C) urticária e asma brônquica.
  - (D) anafilaxia.
  - (E) crise de asma brônquica.



- 92 Em relação a quadros de intolerância à lactose, é correto afirmar:
- (A) Testes respiratórios de eliminação de hidrogênio em ar expirado são utilizados como diagnóstico.
  - (B) As fórmulas de aminoácidos são a melhor opção terapêutica atualmente.
  - (C) Reações imunológicas imediatas ocorrem após a ingestão de lactose com liberação de IgE e tardias com envolvimento de linfócitos T desencadeando quadros de dor abdominal, vômitos e sangramento intestinal.
  - (D) O teste duplo cego placebo controlado é considerado padrão ouro para diagnóstico.
  - (E) Deve-se desconsiderar a quantidade do alimento ingerido, pois a reação que ocorre é imunológica.
- 93 Escolar, 9 anos, proveniente de Marabá, chega ao pronto-atendimento com seus familiares relatando que, após ser picado por uma vespa, iniciou lesões maculo urticariformes e pruriginosas em região corporal. Em relação às urticárias, é correto afirmar:
- (A) Urticária crônica é definida como quadro clínico que persiste além de 6 meses de duração.
  - (B) Os mastócitos ativados liberam mediadores que iniciam uma resposta imediata na urticária e podem ser capazes de desencadear estado mais persistente de inflamação, denominado de resposta de fase tardia da urticária.
  - (C) Após a ligação da IgE em receptores de alta afinidade, haverá a degranulação dos mastócitos com liberação da histamina sem liberação de mediadores de reação tardia.
  - (D) Reação a medicamentos é a causa mais comum na população pediátrica.
  - (E) Dermografismo e urticária solar são exemplos de urticárias espontâneas.
- 94 F.A.S., 10 anos, sexo feminino apresenta crises frequentes de prurido e obstrução nasal, tosse e espirros. Uso de antibióticos regularmente e baixo rendimento escolar. O diagnóstico clínico foi de rinite alérgica. Considerando esta patologia, é **incorreto** afirmar:
- (A) Radiografia simples de seios paranasais apresenta alta sensibilidade e especificidade para o diagnóstico de rinosinusites.
  - (B) O diagnóstico é clínico e pode ser complementado por avaliação da resposta imediata através do teste cutâneo de sensibilidade imediata e/ou dosagem de imunoglobulinas específicas.
  - (C) As Interleucinas 4, 5, 9 e 13 são secretadas pelos linfócitos T ativados durante a reação alérgica.
  - (D) Dermografismo e uso de anti-histamínicos orais contraíndica a realização de testes cutâneos de leitura imediata.
  - (E) Dermatophagoides pteronyssinus e dermatophagoides farinae são aeroalérgenos frequentemente encontrados em nosso meio.
- 95 André, 13 anos, portador de fibrose cística que o leva a fazer uso diário de enzima pancreática há 7 meses, com melhora do quadro de esteatorréia. Nesse caso, deve-se ainda orientar a complementação de:
- (A) Ácido fólico.
  - (B) Sódio e vitamina C.
  - (C) Vitamina B12 e vitamina B6.
  - (D) Complexo A, D, E e K.
  - (E) Vitamina D.
- 96 Em relação à Síndrome da Morte Súbita do Lactente (SMSL), é correto afirmar:
- (A) A SMSL é a causa mais comum de óbito em lactentes maiores de 1 ano de idade.
  - (B) A investigação do local do óbito não se faz necessária.
  - (C) A posição PRONA de dormir e a exposição à fumaça de cigarro são fatores de riscos significativos para SMSL.
  - (D) A maior parte das vítimas da SMSL é constituída de meninas.
  - (E) A maior parte dos casos é atribuída a defeitos metabólicos.



- 97 Karina, 3 anos, vem com os pais ao consultório com queixa de dor em língua, acompanhada de fraqueza e apatia nos últimos 15 dias. Os pais relatam ainda apetite diminuído. No inquérito alimentar, o médico observa que o cardápio da família é bom, com consumo adequado de carnes, frutas e vegetais. Ao exame físico, língua vermelha, lisa e dolorida. Nota-se taquicardia e palidez. Exames Laboratoriais: anemia macrocítica. Nesse caso o diagnóstico mais provável é deficiência de
- (A) ferro.
  - (B) vitamina D.
  - (C) vitamina B12.
  - (D) ácido fólico.
  - (E) zinco.
- 98 Menor vem ao consultório com a mãe, que refere “eliminação de fezes com vermes de aproximadamente 15 a 20 cm, de coloração esbranquiçada”. Nesse caso, o melhor tratamento consiste em prescrever
- (A) amoxicilina.
  - (B) mebendazol.
  - (C) praziquantel.
  - (D) niclosamida.
  - (E) ciprofloxacino.
- 99 Bebê de aproximadamente 20 semanas de vida é internado por déficit no crescimento, atraso no desenvolvimento, hepatomegalia, diarreia e aspecto septicêmico. Responde bem à infusão de líquidos, porém piora ao mamar no peito da mãe e com o uso de fórmulas infantis acrescidas de ferro. O médico deve iniciar a alimentação com a fórmula
- (A) láctea hipoalergênica.
  - (B) láctea com baixo teor de fenilalanina.
  - (C) láctea com menor teor de ferro.
  - (D) de soja.
  - (E) láctea com baixo teor de isoleucina.
- 100 A alergia alimentar é uma doença consequente a uma resposta imunológica anômala, que ocorre após a ingestão e/ou contato com determinado(s) alimento(s). Atualmente, é considerada um problema de saúde pública, pois a sua prevalência tem aumentado no mundo todo. Acerca da alergia alimentar, é **incorreto** afirmar:
- (A) As proteínas do ovo, do leite e do amendoim podem provocar alergia de origem alimentar. A habilidade do sistema imune em responder aos antígenos depende, entre outros fatores, do genótipo, da idade do indivíduo, da natureza, da dose e da frequência de administração do antígeno.
  - (B) Em situações de APLV (alergia a proteína do leite de vaca), muitas pesquisas relatam efeito positivo quando é usada fórmula 0% lactose.
  - (C) Indivíduos com alergia ao leite de vaca podem, simultaneamente, ter alergia a outros alimentos, como ovos, soja, trigo.
  - (D) Conjuntivite, cansaço, dermatite, asma, vômito, cólica, espirros, tosse, entre outros, são sintomas que podem expressar a alergia alimentar.
  - (E) Desmame precoce, estresse, poluição ambiental e monotonia alimentar são alguns dos fatores que contribuem para desencadear ou exacerbar os sintomas da alergia alimentar.