HOSPITAL DE CLÍNICAS
PORTO ALEGRE RS

FundMed
Pesquisa Ensino Inovação

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE

PROCESSO SELETIVO PÚBLICO PARA PROGRAMAS DE RESIDÊNCIA MÉDICA/2027

ACESSO DIRETO
E
PROVA DE AUTOAVALIAÇÃO

Nome: _____

Nº de Inscrição: | | | | | | |

Instruções

- Confira o material recebido (CARTÃO DE RESPOSTAS e CADERNO DE QUESTÕES); se houver falha, solicite a substituição ao fiscal da sala.
- Após conferir seus dados no CARTÃO DE RESPOSTAS (NOME, Nº de INSCRIÇÃO e PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MÉDICA), assine no local indicado.
- Este caderno contém **100 questões de múltipla escolha**, com quatro alternativas (**A**, **B**, **C** e **D**).
- Preencha o CARTÃO DE RESPOSTAS, único documento válido para correção da prova objetiva, com bastante atenção, à caneta esferográfica (ponta grossa, tinta azul ou preta), marcando uma única alternativa em cada questão.
- Verifique, no CARTÃO DE RESPOSTAS, as instruções para preenchimento. Sob nenhuma circunstância, o CARTÃO DE RESPOSTAS será substituído devido a erro, desatenção ou falha no preenchimento por parte do candidato.
- Durante a realização da prova, estão vedados o empréstimo de materiais, a comunicação entre candidatos ou terceiros, a utilização de quaisquer dispositivos, como máquina calculadora e/ou similares, livros, anotações, réguas de cálculo, impressos ou qualquer outro material de consulta.
- A prova objetiva terá duração de **até 5 horas**, incluído o tempo para preenchimento do CARTÃO DE RESPOSTAS.
- Após o início da prova, o candidato deverá permanecer na sala pelo **tempo mínimo de 60 minutos**.
- Ao terminar a prova, o candidato devolverá ao fiscal da sala o CARTÃO DE RESPOSTAS.
- O candidato só poderá levar o CADERNO DE QUESTÕES **quando estiver faltando 60 minutos para o término do tempo total de duração da prova**. Por razões de segurança, o candidato que sair antes desse horário não poderá copiar suas respostas.
- Os dois últimos candidatos de cada sala de prova deverão permanecer no recinto, a fim de acompanhar o lacre do material, quando então poderão retirar-se do local após concluído o procedimento.

DIREITOS AUTORAIS RESERVADOS. PROIBIDA A REPRODUÇÃO, AINDA QUE PARCIAL, SEM AUTORIZAÇÃO PRÉVIA.

01. Recém-nascido a termo, durante a fase aguda de um choque séptico, apresentou saturação de oxigênio em ar ambiente de 95% no membro superior direito e de 82% no membro inferior direito. Esse achado relaciona-se mais provavelmente com a presença de

(A) *shunt* direita-esquerda através do canal arterial, secundário a hipertensão pulmonar persistente.
(B) retorno venoso pulmonar anômalo total, com necessidade de ecocardiografia confirmatória.
(C) hipertensão pulmonar com *shunt* direita-esquerda predominante pelo forâmen oval.
(D) hipertensão pulmonar devido a cardiopatia congênita cianótica ductodependente.

---

02. Menino, nascido de parto normal, com 36 semanas de idade gestacional e peso ao nascimento de 2.800 g, foi submetido a triagem neonatal no terceiro dia de vida. A dosagem de 17-OH progesterona indicou 320 ng/mL (valor de referência: normal < 28 ng/mL). Não se registraram distúrbios neonatais. Estava recebendo alta hospitalar com amamentação materna exclusiva. A respeito dessa situação, é correto afirmar que

(A) a triagem neonatal da hiperplasia adrenal congênita por deficiência de 21-hidroxilase não está indicada para recém-nascidos do sexo masculino.
(B) o paciente deve apresentar hiperplasia adrenal congênita por deficiência de 21-hidroxilase, necessitando realizar exame de confirmação e iniciar tratamento com glico e mineralocorticoide.
(C) o resultado de 17-OH progesterona deve ser considerado normal uma vez que o paciente não apresenta sinais clínicos de deficiência de 21-hidroxilase.
(D) o resultado de 17-OH progesterona deve ser considerado normal para paciente nascido pequeno para idade gestacional.

---

03. Lactente de 10 meses foi trazido à consulta por prurido intenso e lesões cutâneas. A mãe informou que o quadro iniciara por volta dos 4 meses e que, desde então, observou pouca melhora, mesmo com o uso de anti-histamínicos tópicos por longos períodos e acaricidas tópicos repetidos em diferentes ciclos de tratamento. Segundo filho da família, tinha irmã hígida e pai e avó materna com história de asma (não havia registro de lesões de pele atuais entre os integrantes da família). A criança não frequentava creche. Ao exame físico, foram constatadas nítida xerose disseminada e uma discreta descamação no couro cabeludo, face com lesões eczematosas nas regiões malares, mas não no centro do rosto. As placas eczematosas ocorriam também nos cotovelos e estavam disseminadas pelo dorso e abdômen. Com sinas de escoriações por toda a pele, não havia pápulas íntegras. Qual o diagnóstico mais provável?

(A) Dermatite seborreica
(B) Dermatite atópica com escabiose
(C) Dermatite atópica agravada por eczema de contato aos medicamentos tópicos
(D) Psoríase agravada por eczema de contato aos medicamentos tópicos

04. Menina de 11 meses foi trazida ao Pronto-atendimento por vir apresentando febre há 4 dias (último pico febril há 18 horas), tosse, coriza e hiperemia conjuntival. A mãe relatou que a família havia retornado recentemente de uma viagem à região com circulação confirmada do vírus do sarampo. Ao exame físico, a criança encontrava-se em bom estado geral, hidratada, sem sinais de desconforto respiratório. Nas últimas horas, surgiram lesões eritematosas na face. Além de notificar as autoridades de vigilância epidemiológica imediatamente como caso suspeito, qual a conduta mais adequada?

(A) Solicitar hemograma e reavaliar clinicamente se houver piora das lesões cutâneas.
(B) Iniciar antibioticoterapia para tratamento de coinfecção respiratória bacteriana.
(C) Instituir isolamento respiratório e coletar amostras para confirmação laboratorial.
(D) Orientar tratamento com vitamina A intramuscular e indicar retorno em 48 horas caso persista a febre.

---

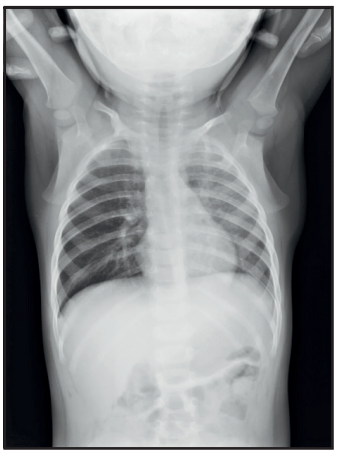
05. Lactente de 1 ano e 6 meses foi internada por isquemia cerebral, tendo perdido a capacidade de se comunicar, de deglutir e de andar. A criança chegou ao hospital em crise epiléptica. Os pais (ambos com mais de 18 anos) negaram trauma e convulsões prévias. Disseram não saber o que poderia ter precipitado o quadro atual da filha, que fora encontrada convulsionando e cianótica no berço, pela mãe. Após a investigação, nenhuma doença foi diagnosticada para justificar a isquemia. Diante desse cenário, qual a conduta mais apropriada considerando que a criança encontrava-se em condições clínicas de alta?

(A) O médico assistente deve determinar acolhimento institucional provisório da menor, uma vez que os pais demonstram não ter condições de cuidar da filha.
(B) O médico assistente deve determinar que a família extensa assuma responsabilidade conjunta pelo cuidado da menor, uma vez que os pais demonstram não ter autonomia sobre os cuidados da filha.
(C) A suspeita de maus-tratos não pode ser confirmada no momento, devendo-se dar alta e realizar acompanhamento ambulatorial do caso; se maus-tratos forem confirmados no seguimento, deve-se notificar o Conselho Tutelar.
(D) O médico assistente deve comunicar o caso ao Conselho Tutelar antes de proceder com a alta; a família deve ser acompanhada ambulatorialmente e, se necessário, domiciliarmente.

06. Menino de 2 anos foi trazido pela avó à UPA por história de diarreia abundante há 2 dias, fezes líquidas não sanguinolentas com muco, vômitos e recusa alimentar. Ao exame físico, encontrava-se irritado, reativo e sem lágrimas. Pele e mucosas estavam secas. Ausculta cardíaca revelou ritmo regular, sem sopro, e frequência cardíaca de 100 bpm; ausculta pulmonar, pulmões limpos. O abdômen estava flácido, sem megalias; os pulsos, palpáveis. O tempo de enchimento capilar era de 1 segundo. Qual o tratamento inicial mais adequado, segundo recomendações do Ministério da Saúde?

(A) Solução fisiológica 20 mL/kg, por via intravenosa (IV), para correr em 1 hora.
(B) Soro de reidratação oral 50 mL/kg durante 4 horas.
(C) Soro de reidratação oral 50 mL após cada evacuação.
(D) Ringer lactato 30 mL/kg, IV, para correr em 2 horas.

07. Lactente de 2 anos e 1 mês foi trazida pela mãe à Emergência para atendimento no final da tarde. Referiu que a filha passou a apresentar respiração ofegante e tosse há aproximadamente 6 horas. Negou ocorrência de coriza, febre, contato com pessoas com doenças infecciosas e episódios prévios semelhantes. A Caderneta da Criança estava atualizada quanto às vacinas. Ao exame físico, a paciente encontrava-se em bom estado geral, com tiragens subcostal e furcular moderadas e sibilos à ausculta; demais aspectos do exame físico não revelaram anormalidades. Oximetria de pulso indicou 93%. Foi realizada radiografia de tórax (imagem abaixo).



Com base no quadro e na imagem, qual o diagnóstico mais provável?

(A) Aspiração de corpo estranho
(B) Crise de asma
(C) Bronquiolite viral aguda
(D) Pneumonia atípica

08. Paciente masculino, de 4 anos, foi trazido à Emergência por febre de 39,5º C, hipersalivação e estridor predominantemente inspiratório. A tosse era seca, mas não rouca. Com aspecto geral toxêmico, mantinha-se inclinado para frente. Com base na avaliação diagnóstica, qual a conduta mais adequada?

(A) Tranquilizar a família, mantendo a criança monitorizada e em observação por 24 horas.
(B) Solicitar radiografia lateral do pescoço e, se for visualizado o "sinal do polegar", deve-se iniciar cefalosporina de terceira geração.
(C) Administrar amoxicilina e transferir a criança para a UTI.
(D) Proceder à intubação orotraqueal e iniciar antibioticoterapia empírica.

09. Pré-escolar de 4 anos e 3 meses foi trazido pela mãe à consulta. Tinha histórico de uso de beclometasona *spray* oral até os 3 anos por crises recorrentes de sibilância. A mãe, que vira anúncios nas redes sociais sobre a vacina pneumo 20, incorporada ao Programa Nacional de Imunizações e aplicada nas UBSs, perguntou se o filho deveria fazê-la. Revisando a Caderneta da Criança, verificou-se que o paciente realizara a vacina pneumo 10 aos 2, 4 e 12 meses de vida. Qual deve ser a recomendação da médica quanto à indicação da pneumo 20 para a criança, de acordo com a *Instrução Normativa do Calendário Nacional de Vacinação 2026*, do Ministério da Saúde?

(A) Encaminhar o paciente à UBS para realização de 1 dose de pneumo 20, mesmo com o esquema vacinal completo, pois a criança está no grupo de risco devido ao histórico de doença respiratória.
(B) Encaminhar o paciente à UBS para realização de 1 dose de pneumo 20, pois o esquema vacinal está incompleto.
(C) Explicar à mãe que não há indicação de realizar a pneumo 20, pois o esquema vacinal está completo e a criança não tem condição clínica especial que justifique uma dose extra da vacina.
(D) Explicar à mãe que não há indicação de realizar a pneumo 20, pois, mesmo estando em situação de atraso vacinal, a atualização do esquema só deve ser feita para crianças com menos de 4 anos.

10. Paciente masculino, de 5 anos, previamente hígido, com calendário vacinal completo, iniciou com febre persistente, cefaleia temporal e dor ocular há 48 horas. Trazido ao Pronto-socorro, apresentou agitação psicomotora e alucinações visuais. Após 2 horas, teve uma crise convulsiva tônico-clônica generalizada, que durou 1 minuto e cedeu espontaneamente. Após esse episódio, foi submetido a ressonância magnética, que detectou lesões hipodensas no lobo temporal direito. Qual o diagnóstico mais provável?

(A) Meningoencefalite por coxsackie
(B) Meningoencefalite herpética
(C) Meningite pneumocócica
(D) Meningite meningocócica

11. Menina de 5 anos foi trazida à consulta por apresentar evacuações com fezes endurecidas (frequência de 2 vezes/semana), há cerca de 1 ano. Com encefalopatia crônica secundária a anóxia neonatal e importante déficit neuromotor, vinha sendo mantida acamada; era totalmente dependente para as atividades de vida diária. Recebia alimentação por sonda nasogástrica. A mãe referiu episódios ocasionais de convulsões acompanhados de vômitos. Ao exame físico, o abdômen encontrava-se distendido e havia massa fecal palpável na fossa ilíaca esquerda. Em relação ao manejo da constipação da paciente, assinale a assertiva **incorreta**.

(A) Enemas de limpeza podem ser necessários nos episódios de impactação fecal ou quando a criança permanece longos períodos sem evacuar.
(B) Óleo mineral deve ser indicado devido à facilidade de uso e ao baixo custo.
(C) Leite de magnésia e lactulose podem ser utilizados como alternativas terapêuticas.
(D) Teste terapêutico com dieta isenta de proteína do leite de vaca deve ser realizado em crianças com constipação refratária ao tratamento adequado com laxativos.

12. Paciente masculino, de 7 anos, foi trazido ao Pronto-socorro por febre persistente, mesmo tendo recebido antitérmicos por 4 dias, além de tosse e prostração. Apresentava calafrios e dor torácica progressiva à esquerda. Ao exame físico, constataram-se retrações intercostais bilaterais, crepitantes em ambas as bases e diminuição de entrada de ar à direita. A saturação de oxigênio era de 90% em ar ambiente. A radiografia pulmonar mostrou hiperinsuflação à esquerda, condensação no lobo inferior direito, com áreas irregulares de cavitação em seu interior, e pequeno derrame pleural. O hemograma evidenciou leucocitose e anemia. Que agente etiológico, dentre os abaixo, é o mais provável?

(A) *Pseudomonas aeruginosa*
(B) SARS-CoV-2
(C) *Moraxella catarrhalis*
(D) *Staphylococcus aureus*

13. Paciente masculino, de 8 anos, havia consultado na UBS há 5 dias por febre intermitente e mialgias progressivas (dores cervicais, na garganta e no hipocôndrio direito). Ao exame físico, em razão da orofaringe hiperemiada, recebeu amoxicilina. Após 2 dias, foi trazido novamente por febre, náuseas, mal-estar e aumento da dor abdominal. Apresentava erupção maculopapular difusa, destacadamente na face, nas extremidades e nas nádegas. Na última noite, não havia conseguido dormir por tosse seca. Ao exame, constataram-se petéquias bipalpebrais e no palato, linfonodos cervicais e nucais aumentados e leve edema palpebral bilateral. Qual a conduta mais adequada no momento?

(A) Amoxicilina+clavulanato pela ampliação do espectro de ação.
(B) Cefuroxima pela abrangência e pelo uso prévio da amoxicilina.
(C) Ceftriaxona pela ampliação do espectro, principalmente contra anaeróbios.
(D) Medidas sintomáticas por ser o quadro provavelmente de etiologia viral.

14. Escolar de 9 anos, acompanhado ambulatorialmente por asma, em uso de beclometasona inalatória com espaçador, na dose de 400 mcg/dia (1 jato de 200 mcg, 2 vezes/dia), foi trazido à consulta de revisão. A mãe relatou tosse matinal (4 vezes/semana) e dispneia aos exercícios físicos, que aliviavam com salbutamol inalatório. Apresentava boa técnica inalatória e boa adesão ao tratamento. Não possuía comorbidades. Desde a última consulta há 3 meses, teve uma exarcebação com necessidade de atendimento em Emergência, onde permaneceu em observação por 12 horas, tendo feito uso de salbutamol, corticosteroide oral e suplementação de oxigênio. Qual a conduta mais adequada, de acordo com o *Global Initiative for Asthma* (2026)?

(A) Aumentar a dose da beclometasona para 600 mcg/dia (1 jato de 200 mcg, 3 vezes/dia); usar salbutamol inalatório se houver crise.
(B) Substituir beclometasona por fluticasona 500 mcg/dia (1 jato de 250 mcg, 2 vezes/dia); usar salbutamol inalatório associado a fluticasona se houver crise.
(C) Substituir beclometasona por formoterol 6 mcg + budesonida 100 mcg (2 cápsulas de manhã e 1 cápsula à noite); usar cápsulas extras de formoterol + budesonida se houver crise.
(D) Associar montelucaste a beclometasona; usar salbutamol inalatório se houver crise.

15. Escolar de 9 anos, acompanhado em hospital terciário por asma desde os 2 anos, foi trazido pela mãe (grávida, de 39 anos, com 33 semanas) à consulta de revisão. Vinha em uso de beclometasona inalatória com bom controle da doença. Nascido com idade gestacional de 33 semanas, não apresentava outros dados relevantes de anamnese. A mãe aproveitou a consulta para se aconselhar com a médica sobre a vacinação contra o vírus sincicial respiratório durante a gestação. Com história de abortamento prévio espontâneo, estava com medo de receber o imunizante porque viu, na internet, que a vacina fora associada a aumento do risco de parto prematuro. Informou fazer pré-natal regularmente na UBS e ter sido orientada a realizar a vacina com 28 semanas de gestação. Diante do contexto, que orientação deve ser dada à mãe, considerando as informações contidas no documento *Estratégia de Vacinação contra o Vírus Sincicial Respiratório em Gestantes*, do Ministério da Saúde (2026)?

(A) Aconselhar que ela não faça a vacina, uma vez que não há mais benefício em receber o imunizante na idade gestacional atual.
(B) Aconselhar que ela não faça a vacina, uma vez que há possibilidade de realizar palivizumabe na criança ao nascimento.
(C) Aconselhar que ela faça a vacina na UBS, uma vez que não há evidências suficientes para afirmar que o nascimento prematuro represente um risco de segurança relacionado à vacina.
(D) Aconselhar que ela faça a vacina na rede particular, uma vez que o imunizante disponível na rede privada tem um melhor perfil de segurança em comparação ao disponível no SUS.

16. Escolar de 9 anos, com história de 2 hospitalizações por asma aguda, foi trazido à consulta por apresentar quadro de tosse pouco produtiva, coriza persistente e congestão nasal há 5 dias, associado a febre há 72 horas. Ao exame físico, encontrava-se em bom estado geral e afebril (segundo o familiar já há 1 dia). A rinoscopia mostrou hiperemia mucosa, sem secreção purulenta. A orofaringe estava um pouco hiperemiada e sem placas ou petéquias. A ausculta pulmonar foi normal. Qual a abordagem terapêutica mais adequada no momento?

(A) Tratamento sintomático, sem antibiótico, já que o tempo e a evolução dos sintomas são mais compatíveis com infecção viral não complicada.
(B) Amoxicilina, pois a permanência de sintomas respiratórios por mais de 3 dias define rinossinusite aguda de origem bacteriana.
(C) Antibiótico se houver opacificação dos seios paranasais à tomografia computadorizada ou radiografia.
(D) Amoxicilina+clavulanato associada a corticosteroide sistêmico, já que rinorreia e congestão nasal persistentes há 5 dias sugerem infecção bacteriana sobreposta.

17. Menino de 10 anos foi trazido à UBS por vir apresentando, há 6 meses, queimação retroesternal e sensação de alimento que "sobe" para a boca após as refeições. A mãe informou haver piora com refeições volumosas, com ingestão de café e chocolate e ao deitar. Negou disfagia, odinofagia ou alergias; evacuações diárias, sem diarreia ou constipação. Apresentava *Z-score* de IMC para idade de +2. Assinale a conduta inicial mais adequada para o caso.

(A) Indicar impedâncio-pHmetria esofágica para confirmar diagnóstico de doença do refluxo gastroesofágico (DRGE).
(B) Indicar endoscopia digestiva alta antes de iniciar qualquer tratamento.
(C) Indicar seriografia contrastada de esôfago-estômago-duodeno para confirmar o diagnóstico de DRGE.
(D) Iniciar inibidor de bomba de prótons por 4-8 semanas e orientar mudança de hábitos de vida.

18. Adolescente masculino, de 14 anos, foi encaminhado para avaliação por dificuldade de atenção e queda importante do rendimento escolar, quadro iniciado há aproximadamente 4 meses. Os pais relataram que, até então, apresentava bom desempenho acadêmico e não havia história de desatenção, hiperatividade ou impulsividade. O pai possuía diagnóstico de transtorno do déficit de atenção/hiperatividade (TDAH). Ao exame, não foram constatadas alterações neurológicas. Considerando os critérios diagnósticos para TDAH do *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais* (5ª edição, texto revisado), assinale a assertiva correta.

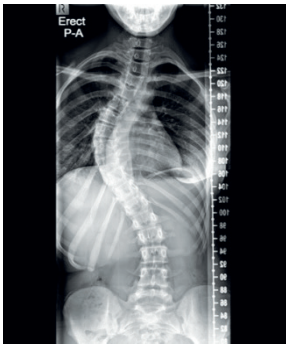
(A) É possível estabelecer o diagnóstico de TDAH, pois o aumento das demandas escolares na adolescência pode justificar o aparecimento dos primeiros sintomas aos 14 anos.
(B) Não é possível estabelecer o diagnóstico de TDAH apenas com esses dados, pois os sintomas surgiram recentemente (aos 14 anos), sendo necessária a investigação de outras causas para o quadro.
(C) História familiar de TDAH constitui um dos principais critérios diagnósticos e permite confirmar o diagnóstico, mesmo sem sintomas prévios na infância.
(D) Presença de sintomas de desatenção por mais de 3 meses e queda do rendimento escolar são suficientes para o diagnóstico de TDAH, independentemente da idade de início.

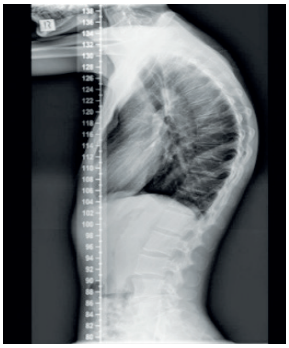
19. Adolescente feminina, de 15 anos, foi trazida à UBS pela mãe por estar preocupada com o isolamento social da filha no último mês, queda no rendimento escolar e crises frequentes de choro. Durante a consulta a sós com o médico, a paciente relatou sentimento de desesperança e perda de interesse por atividades de que gostava. Admitiu que, na última semana, pesquisou na internet sobre formas de overdose medicamentosa e escreveu uma carta de despedida, embora ainda não tenha tentado nada. Negou uso de substâncias psicoativas. Ao exame do estado mental, apresentou afeto deprimido e lentificação motora, mas foi cooperativa e encontrava-se orientada no tempo e no espaço. Considerando o manejo do risco de suicídio na atenção primária, assinale a conduta mais adequada para a paciente.

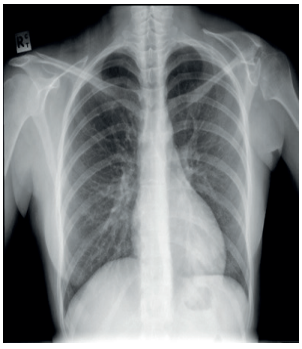
(A) Classificar o risco de suicídio como alto, envolver a família/responsáveis e encaminhar a paciente imediatamente para a Emergência psiquiátrica.
(B) Realizar a contenção química da paciente devido ao alto risco de suicídio, elaborar um plano de segurança, garantindo acompanhamento intensivo (sem deixá-la sozinha); orientar que a família procure o Centro de Atenção Psicossocial assim que possível.
(C) Prescrever um inibidor seletivo da recaptação de serotonina, orientar retorno em 30 dias para reavaliação e solicitar à mãe que monitore o uso do medicamento em casa.
(D) Garantir o sigilo médico absoluto sobre risco de suicídio, sem informar aos pais, mantendo atendimento individual semanal na UBS até que a ideação suicida desapareça por completo.

20. Que radiografia de tórax, dentre as reproduzidas, se relaciona com o sinal semiológico observado na adolescente (foto)?



(A)


(B)


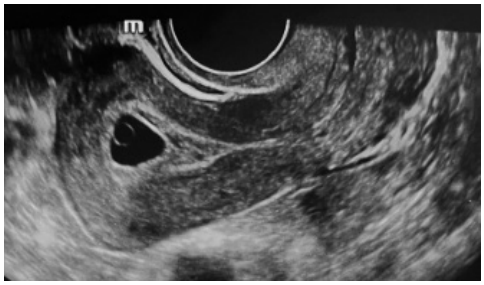
(C)


(D)


21. Assinale a assertiva correta sobre alterações fisiológicas na gestação.

(A) A compressão extrínseca do trato urinário pelo útero gravídico, mais evidente a partir do segundo trimestre, determina redução fisiológica da taxa de filtração glomerular e discreta elevação da creatinina sérica.
(B) Prolactina, estrogênio e progesterona participam do desenvolvimento mamário durante a gestação, e a progesterona placentária potencializa a ação da prolactina sobre o epitélio alveolar, garantindo a produção abundante de leite já ao final da gestação.
(C) O aumento do estrogênio reduz a globulina ligadora de tiroxina (TBG), levando à diminuição de T4 total, enquanto o TSH aumenta no primeiro trimestre em resposta ao pico de hCG.
(D) A pressão arterial tende a atingir seus menores valores no segundo trimestre, principalmente em consequência da redução da resistência vascular sistêmica, apesar do aumento progressivo do débito cardíaco materno.

22. Paciente de 22 anos, assintomática, com teste urinário de gravidez positivo (não lembrava a data da última menstruação), procurou o serviço assistencial, pois está preocupada com o resultado (laudo) da ultrassonografia transvaginal realizada na data de hoje (imagem).



Com base nos dados e na imagem, que diagnóstico, dentre os abaixo, deve ser estabelecido no momento?

(A) Gestação ectópica não rota
(B) Gestação anembrionada
(C) Gestação intrauterina de viabilidade incerta
(D) Gestação de localização incerta

23. Primigesta de 17 anos, com 34 semanas de gestação, foi encaminhada à Maternidade por apresentar, pela primeira vez, pressão arterial de 140/90 mmHg em consulta pré-natal. À admissão, encontrava-se em bom estado geral, com sinais vitais estáveis e pressão arterial de 145/90 mmHg aferida em repouso. O feto estava em bom estado, com cardiotocografia reativa. Exames laboratoriais solicitados mostraram os seguintes resultados: relação proteinúria/creatininúria em amostra de 0,20, plaquetas de 150.000/mm^3, AST de 30 U/L, creatinina de 0,8 mg/dL e PLGF < 12 pg/mL. Com base na avaliação, qual o diagnóstico mais provável?

(A) Hipertensão gestacional
(B) Hipertensão transitória
(C) Hipertensão crônica
(D) Pré-eclâmpsia

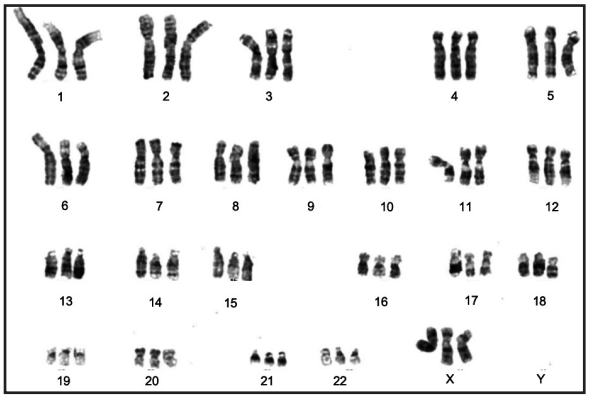
24. Primigesta, com obesidade, realizou sua primeira consulta pré-natal com aproximadamente 25 semanas, datada por ultrassonografia obstétrica neste mesmo dia. Apresentou glicemia capilar 4 horas após a última refeição de 130 mg/dL. Negou ter diagnóstico de diabetes melito. Qual a conduta a seguir?

(A) Solicitar glicemia plasmática em jejum.
(B) Solicitar teste de tolerância oral à glicose com 75 g.
(C) Solicitar dosagem de hemoglobina glicada (HbA1c).
(D) Iniciar o manejo para diabetes na gestação.

25. Gestante de 24 anos, com 30 semanas + 4 dias de gestação, G2P1, foi internada por trabalho de parto pré-termo. Recebeu tocólise, um ciclo completo de corticoterapia antenatal e sulfato de magnésio para neuroproteção fetal. Após 48 horas, evoluiu com cessação das contrações e teve alta hospitalar. Quatro dias depois, retornou com novo episódio de trabalho de parto pré-termo, apresentando contrações uterinas regulares, dilatação cervical de 3,0 cm, boa vitalidade fetal e ausência de sinais clínicos de infecção intra-amniótica. Assinale a alternativa que contempla a conduta mais adequada, segundo o *Protocolo de Trabalho de Parto Pré-termo*, da Febrasgo (2025).

(A) Administrar a tocólise, sem repetir a corticoterapia nem o sulfato de magnésio.
(B) Administrar a tocólise, uma dose de corticoterapia e o sulfato de magnésio.
(C) Administrar a tocólise e uma dose de corticoterapia, sem repetir o sulfato de magnésio.
(D) Não repetir a tocólise, mas administrar uma nova dose de corticoterapia e o sulfato de magnésio.

26. Gestante de 19 anos, G1P0, com 22 semanas de gestação, foi encaminhada ao pré-natal de alto risco por apresentar, à ultrassonografia, feto com restrição de crescimento grave, malformações e oligoâmnio. O resultado da amniocentese para estudo cromossômico fetal está reproduzido abaixo.



Qual o diagnóstico?

(A) Triploidia
(B) Trissomia do cromossomo 18
(C) Trissomia do cromossomo 13
(D) Translocação entre os cromossomos 3 e 11

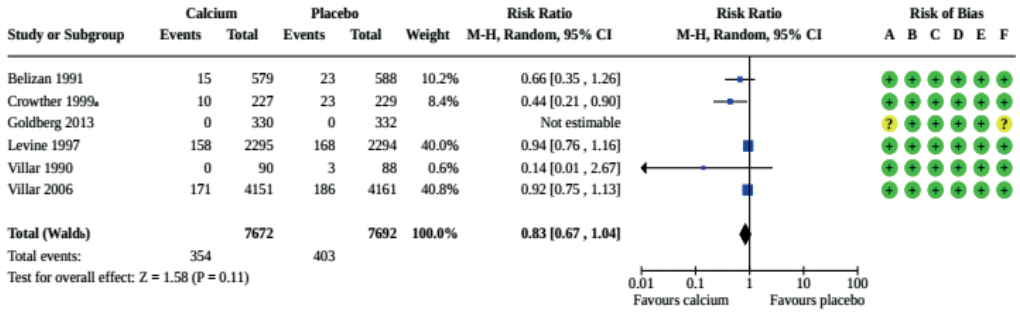
27. Para uma gestante com história de 2 episódios de tromboembolismo (um há 2 anos e outro há 4 anos), sem trombofilias investigadas e sem história familiar de tromboembolismo, a indicação mais adequada em relação a tromboprofilaxia, segundo o Ministério da Saúde, é realizar

(A) anticoagulação profilática no puerpério.
(B) anticoagulação profilática na gestação e plena (terapêutica) no puerpério.
(C) anticoagulação plena (terapêutica) na gestação e no puerpério.
(D) anticoagulação profilática na gestação e no puerpério.

28. Puérpera de primeiro filho veio à UBS no quinto dia após parto vaginal. Referiu dor nas mamas ao amamentar, associada a uma sensação de "peito muito cheio e duro" bilateralmente. Negou febre ou outros sintomas. Ao exame físico, apresentava-se apirética, com mamas difusamente aumentadas, endurecidas, hiperemiadas e dolorosas à palpação, sem áreas de flutuação. Os mamilos estavam íntegros e planos devido ao edema da aréola. Considerando o diagnóstico, qual a conduta mais adequada?

(A) Prescrever antibioticoterapia profilática com cefalexina.
(B) Orientar a suspensão temporária de aleitamento materno na mama mais dolorosa.
(C) Recomendar a realização de ordenha manual das mamas antes das mamadas.
(D) Indicar o uso de compressas mornas prolongadas antes e após cada mamada.

29. Primigesta de 40 anos, com hipertensão crônica (metildopa 1 g/dia, por via oral), IMC de 24 kg/m^2, sem outras doenças, realizou a primeira consulta pré-natal com 12 semanas de gestação. De acordo com as diretrizes atuais e com base na metanálise de Cluver *et al*. (2025), reproduzida abaixo, qual a conduta indicada em relação ao uso de cálcio na prevenção da pré-eclâmpsia?



(A) Iniciar o uso a partir da primeira consulta.
(B) Iniciar o uso a partir de 16 semanas de gestação.
(C) Indicar o uso se houver alteração da artéria uterina ao Doppler.
(D) Não deverá ser indicado o uso de cálcio.

30. Segundo a Norma Regulamentadora nº 32 (NR-32), regras sanitárias e manuais da Anvisa e protocolos do Ministério da Saúde, assinale a assertiva **incorreta**.

(A) O empregador deve vedar o ato de fumar, uso de adornos (incluindo anéis, alianças, crachás com cordão) e manuseio de lentes de contato nos postos de trabalho; óculos de grau não são considerados adornos, mas devem ser higienizados regularmente.
(B) Em procedimentos sucessivos realizados no mesmo paciente, com transição de área contaminada para área limpa, mas sem contato aparente com sangue ou secreções, a troca de luvas e a higienização das mãos podem ser postergadas até o fim da assistência.
(C) Gazes e compressas limpas, secas e sem sangue ou secreção devem ser descartadas como resíduos comuns; quando apresentam vestígio de sangue absorvido, devem ser acondicionadas em saco branco leitoso, identificado como risco biológico.
(D) O contato de sangue ou secreções com pele não íntegra do trabalhador caracteriza exposição cutânea a material biológico, mesmo na ausência de acidente perfurocortante, e justifica avaliação imediata do risco de transmissão ocupacional.

31. Paciente de 20 anos consultou por apresentar secreção vaginal hialina, variável durante o mês, sem mau cheiro, prurido ou dispareunia. Referiu ter feito a vacina contra HPV, usar preservativo em todas as relações e ter menstruado há 10 dias. O exame especular está reproduzido ao lado. Qual a conduta mais adequada?



(A) Coletar material para citopatológico.
(B) Encaminhar a paciente para colposcopia.
(C) Prescrever tratamento para vaginose bacteriana.
(D) Orientar a paciente de que se trata de secreção fisiológica.

32. Paciente de 17 anos, com menarca aos 15 e IMC de 24 kg/m^2, consultou por estar preocupada com a irregularidade dos ciclos menstruais. Referiu ter usado anticoncepcional oral combinado até 1 ano atrás quando colocou DIU de cobre. No último ano, os ciclos variaram entre 32-35 dias com dismenorreia no primeiro dia, que aliviava com ibuprofeno, associada a dor mamária pré-menstrual. A orientação a ser dada à paciente é que ela

(A) está ovulando até o 14º dia do ciclo.
(B) está ovulando a partir do 17º dia do ciclo.
(C) não está ovulando, por insuficiência lútea.
(D) não está ovulando, por provável síndrome ovariana metabólica poliendócrina (SOMP).

33. Paciente de 38 anos, tabagista (10 cigarros/dia), consultou por vir apresentando menstruações volumosas e prolongadas a cada 70 dias. Após investigação, foi diagnosticada disfunção ovulatória como causa do sangramento uterino anormal. Deseja receber orientações sobre manejo do sangramento e sobre contracepção. Qual a opção terapêutica mais adequada para as duas condições?

(A) Anticoncepcional oral combinado
(B) Sistema intrauterino de levonorgestrel 52 mg
(C) Progestagênio oral durante 14 dias/mês
(D) Ácido tranexâmico

34. Paciente de 36 anos procurou atendimento por aumento de pelos corporais, acne intensa e engrossamento da voz nos últimos 2 anos. Referiu ciclos previamente regulares e amenorreia há 6 meses. Qual a investigação inicial?

(A) Dosagens de testosterona e SDHEA
(B) Ultrassonografia transvaginal
(C) Ultrassonografia de suprarrenal
(D) Ressonância magnética de crânio

35. Casal procurou atendimento por não conseguir engravidar após 14 meses de relações sexuais regulares, sem contracepção. A paciente, de 32 anos, tinha ciclos menstruais a cada 27 a 33 dias. Negou doença inflamatória pélvica, gestação ectópica, cirurgias pélvicas, dismenorreia e dispareunia. O exame ginecológico foi normal. O parceiro, de 39 anos, era hígido. A ultrassonografia transvaginal e o espermograma foram normais. Para completar a avaliação inicial desse casal, qual exame deve ser solicitado?

(A) Pesquisa de anticorpos antiespermatozoides
(B) Histeroscopia diagnóstica
(C) Histerossalpingografia
(D) Videolaparoscopia com cromotubagem

36. Paciente de 52 anos, G4P4 (um dos filhos nasceu com 4.100 g), com IMC de 29 kg/m^2 e menopausa aos 50 anos, consultou por incontinência urinária mista, com predomínio de urgência. Referiu polaciúria e noctúria, acordando 2 vezes/noite. Não apresentava outros sintomas climatéricos. Os pontos principais do POP-Q foram Ba +1, C -5, Bp +1; não se identificou perda urinária ao esforço. Qual o tratamento mais adequado para a paciente?

(A) Fisioterapia pélvica
(B) Colpoperineoplastia
(C) Oxibutinina à noite
(D) Solifenacina de manhã e à noite

37. Paciente de 18 anos veio à consulta em busca de informações sobre o implante contraceptivo de etonogestrel. Assinale a assertiva **incorreta** sobre esse método.

(A) É um método mais seguro do que a ligadura tubária.
(B) Após a remoção do implante, o retorno à fertilidade é rápido.
(C) Deve ser inserido no subcutâneo, na pele anterior do braço.
(D) Não aumenta o risco de tromboembolismo venoso, porém é contraindicado no episódio agudo.

38. Paciente de 43 anos, com história de 2 partos normais e revisões ginecológicas regulares, foi submetida a excisão da zona de transformação (EZT) com biópsia de colo uterino por NIC III. No resultado do anatomopatológico, constava: *Neoplasia intraepitelial de alto grau (NIC III) em 3 quadrantes, das 12 às 9 horas, junto à junção escamocolunar (JEC), limite endocervical comprometido*. Qual a conduta mais adequada com base no resultado, segundo as *Diretrizes Brasileiras* (2016)?

(A) Colposcopia, PCR HPV e citopatológico de colo uterino (CP) em 3 meses e, após, a cada 6 meses por 3 anos
(B) Colposcopia e CP semestrais por 2 anos e, após, anuais até o quinto ano
(C) Conização a frio
(D) Histerectomia

39. Paciente de 58 anos, com 6 anos de pós-menopausa e útero presente, referiu, na consulta, ressecamento vaginal intenso, desconforto durante a higiene da região genital, dispareunia e episódios recorrentes de infecção urinária. Negou sintomas vasomotores. Ao exame ginecológico, observou-se atrofia vaginal. Qual a conduta terapêutica mais apropriada?

(A) Estrogênio vaginal em baixa dose
(B) Estrogênio vaginal associado a progestagênio oral
(C) Terapia hormonal sistêmica com estrogênio associado a progestagênio
(D) Lubrificante vaginal

40. Paciente de 45 anos veio à consulta por ter palpado nódulo na mama direita. Com história familiar de câncer (mãe falecida por câncer de mama metastático aos 50 anos), referiu nunca ter realizado exames de imagem da mama. Ao exame físico, foi palpado linfonodo endurecido e com aumento de volume, fixo, na região da axila direita, com 2,5 cm; na mama direita, em quadrante superomedial, nódulo com limites mal definidos, endurecido, não fixo, sem comprometimento cutâneo, com 3,5 cm. Diante da alta suspeita de câncer de mama invasor, quais exames iniciais devem ser solicitados para elucidação diagnóstica?

(A) Ressonância magnética mamária, ultrassonografia mamária e biópsia por agulha grossa
(B) Mamografia, ultrassonografia mamária e punção por agulha fina
(C) Mamografia, tomossíntese e ressonância magnética mamária
(D) Mamografia, ultrassonografia mamária e biópsia por agulha grossa

41. Paciente masculino, de 56 anos, apresentou, cerca de 5 minutos após o início de colectomia eletiva sob anestesia geral, hipotensão arterial súbita (60/40 mmHg), taquicardia (120 bpm), dificuldade ventilatória e queda da saturação periférica de oxigênio. Ao exame, observaram-se exantema difuso e edema facial. Não havia sangramento significativo no campo cirúrgico. Qual a conduta inicial mais apropriada?

(A) Administrar hidrocortisona intravenosa e observar a resposta clínica antes de instituir outras medidas.
(B) Administrar adrenalina, iniciar reposição volêmica com cristaloides e interromper a exposição ao provável agente desencadeante.
(C) Iniciar infusão contínua de noradrenalina para correção da hipotensão arterial e manter o procedimento cirúrgico.
(D) Iniciar anti-histamínico intravenoso e reavaliar a estabilidade hemodinâmica.

---

42. Paciente masculino, de 68 anos, com quadro de isquemia aguda de membro inferior com evolução de 10 horas, foi submetido a tromboembolectomia femoral sem intercorrências, com recuperação da perfusão e dos pulsos periféricos. No primeiro dia pós-operatório, evoluiu com dor progressiva e intensa no membro inferior revascularizado, que piorava à mobilização passiva do pé e à palpação da panturrilha e da loja tibial anterior, apesar dos pulsos distais presentes. Qual a conduta mais adequada?

(A) Solicitar eco-Doppler venoso para exclusão de trombose venosa profunda pós-operatória.
(B) Otimizar analgesia e indicar trombólise intra-arterial.
(C) Iniciar anticoagulação plena e reavaliar clinicamente em 6 horas.
(D) Realizar fasciotomia descompressiva da perna.

---

43. Paciente masculino, de 38 anos, vinha apresentando pirose e regurgitação há 4 anos, com melhora parcial após uso diário de inibidor da bomba de prótons. A endoscopia digestiva alta evidenciou esofagite erosiva grau C de Los Angeles e hérnia hiatal de 3,0 cm por deslizamento. A manometria esofágica foi normal. Qual a indicação terapêutica mais adequada para o paciente?

(A) Manter o tratamento clínico por tempo indeterminado, pois a cirurgia não apresenta benefício definido.
(B) Suspender o inibidor da bomba de prótons e repetir a endoscopia em 6 meses.
(C) Realizar esofagectomia devido ao risco elevado de adenocarcinoma.
(D) Indicar fundoplicatura laparoscópica, considerando sintomas persistentes associados à doença do refluxo gastroesofágico.

44. Paciente masculino, de 74 anos, com hipertensão arterial, diabetes melito tipo 2 e cardiopatia isquêmica, foi submetido, há 72 horas, a correção endovascular de aneurisma roto contido de aorta abdominal infrarrenal. Não houve intercorrências durante o procedimento. O paciente evoluiu bem até a manhã do terceiro dia pós-operatório, quando passou a apresentar leve distensão e dor abdominal em cólica, predominante em flanco e quadrante inferior esquerdos, seguidas de diarreia com eliminação de sangue vivo. Negou vômitos. Os sinais vitais foram registrados: pressão arterial de 128/76 mmHg, frequência cardíaca de 98 bpm e temperatura axilar de 38,1º C. Ao exame físico, apresentava dor à palpação profunda no quadrante inferior esquerdo, sem defesa muscular ou sinais de irritação peritoneal, além de ruídos hidroaéreos reduzidos. Exames laboratoriais indicaram leucócitos de 14.200/mm^3 (com 8% de bastões), lactato de 2,3 mmol/L, creatinina de 1,1 mg/dL (estável em relação ao pré-operatório). Gasometria venosa não revelou acidose metabólica significativa. Qual a conduta mais adequada?

(A) Conduta expectante, com jejum, hidratação venosa, antibioticoterapia de amplo espectro e reavaliação clínica em 12-24 horas
(B) Angiotomografia de abdômen para investigação de oclusão da artéria mesentérica inferior e eventual revascularização
(C) Retossigmoidoscopia flexível para diagnóstico e graduação endoscópica da isquemia colônica
(D) Laparotomia exploradora imediata para avaliação de viabilidade intestinal e eventual ressecção de segmento de intestino delgado necrótico

---

45. Paciente feminina, de 42 anos, com obesidade, veio à Emergência por dor em cólica no hipocôndrio direito com início há 6 horas, irradiada para o ombro direito e associada a náuseas após refeição gordurosa. Negou febre. Ao exame, havia dor à palpação do hipocôndrio direito, sem defesa, e sinal de Murphy negativo. A dosagem de leucócitos revelou 8.200/mm^3. A ultrassonografia mostrou cálculos na vesícula biliar, que apresentava paredes finas, ausência de líquido pericolecístico e via biliar de calibre normal. Considerando a hipótese diagnóstica mais provável, qual a conduta adequada?

(A) Analgesia, antiemético e programação de colecistectomia eletiva
(B) Colecistectomia de urgência em até 72 horas
(C) Colecistostomia percutânea
(D) Papilotomia endoscópica com varredura de via biliar

---

46. Paciente feminina, de 82 anos, com insuficiência cardíaca congestiva descompensada e doença pulmonar obstrutiva crônica grave, apresentou colecistite aguda litiásica. Após 48 horas de antibiótico e analgesia, mantinha febre e dor. A equipe considerou a paciente de alto risco cirúrgico. Com base no quadro, qual a conduta terapêutica mais adequada?

(A) Colecistectomia videolaparoscópica de emergência
(B) Colecistectomia robótica
(C) Drenagem percutânea da vesícula (colecistostomia)
(D) Internação em UTI para compensação clínica e antibioticoterapia

47. Paciente masculino, de 24 anos, veio à Emergência por dor abdominal com 18 horas de evolução, inicialmente periumbilical e posteriormente localizada na fossa ilíaca direita, associada a náuseas e inapetência. Encontrava-se hemodinamicamente estável, com temperatura de 37,8º C e leucócitos de 14.200/mm^3. A tomografia computadorizada mostrou o apêndice com 11 mm de diâmetro e densificação da gordura adjacente, sem abscesso, perfuração ou apendicolito. Qual a conduta mais adequada?

(A) Apendicectomia laparoscópica dentro de 24 horas, com antibioticoprofilaxia pré-operatória.
(B) Apendicectomia aberta imediata, seguida de antibioticoterapia por 5 dias
(C) Drenagem percutânea, seguida de apendicectomia após 6 semanas.
(D) Observação hospitalar por 48 horas, com analgesia isolada.

---

48. Paciente feminina, de 42 anos (peso de 122 kg, altura de 165 cm, IMC de 44,8 kg/m^2), com hipertensão arterial sistêmica e diabetes melito, vinha tentando tratamento clínico para perda de peso por mais de 2 anos, sem sucesso. Decidiu-se pela realização de cirurgia. Na avaliação pré-operatória, foi solicitada endoscopia digestiva alta, que evidenciou esofagite erosiva grau B de Los Angeles e uma pequena hérnia hiatal (2,0 cm). Com base no quadro, assinale a assertiva correta.

(A) Doença do refluxo gastroesofágico favorece a realização de *bypass* gástrico em Y de Roux em detrimento de gastrectomia vertical (*sleeve*).
(B) Hérnia de hiato é a comorbidade com maior probabilidade de remissão após a cirurgia bariátrica.
(C) Angiotomografia abdominal é indispensável como exame pré-operatório para definição da estratégia da cirurgia bariátrica.
(D) Considerando o IMC, a paciente necessita perder pelo menos 12,2 kg no pré-operatório para a indicação mais segura da cirurgia bariátrica.

---

49. Assinale a assertiva correta sobre deficiências nutricionais e alterações metabólicas em pacientes após cirurgia bariátrica.

(A) No pós-operatório, os pacientes devem receber suplementação oral de vitaminas e sais minerais pelo período de 5 anos.
(B) A cirurgia de gastrectomia vertical (*sleeve*) necessita de reposição de vitaminas somente nos primeiros 2 anos, ou seja, no período de maior perda de peso.
(C) Magnésio, selênio e zinco são as principais vitaminas que necessitam de suplementação no pós-operatório de cirurgia de *bypass* gástrico.
(D) Ocorrência de desnutrição proteico-calórica é mais comum após cirurgias de desvio biliopancreático do que após *bypass* gástrico em Y de Roux.

50. Paciente masculino, de 67 anos, consultou por apresentar perda ponderal, anemia ferropriva e desconforto epigástrico. A endoscopia demonstrou adenocarcinoma localizado no antro gástrico, tipo difuso de Lauren e Bormann II. Após a confirmação histológica, quais os exames mais importantes para estadiamento locorregional e para avaliação de doença metastática antes da definição terapêutica?

(A) Radiografia contrastada do estômago e tomografia computadorizada (TC) de abdômen
(B) TC de tórax, abdômen e pelve com contraste e ecoendoscopia
(C) *PET-CT* e colonoscopia
(D) TC de abdômen e radiografia de tórax

---

51. Paciente masculino, de 53 anos, veio à consulta com o laudo do exame anatomopatológico de uma peça cirúrgica de exérese de lesão no dorso: *Melanoma de espalhamento superficial, com microespessura de 2,5 mm (Breslow), Clarck III, sem ulceração, com menos de 1 mitose/mm^2*. Ao exame físico, palpou-se linfonodo axilar ipsilateral à lesão, com aproximadamente 2,0 cm de diâmetro, móvel e elástico. Qual a próxima etapa do tratamento?

(A) Punção-biópsia do linfonodo palpado e exames de estadiamento
(B) Ampliação de margens de 1,0 cm e linfadenectomia axilar
(C) Ampliação de margens de 2,0 cm e biópsia de linfonodo sentinela
(D) Pesquisa da mutação BRAF na peça e tratamento neoadjuvante

---

52. Paciente masculino, de 24 anos, sofreu acidente de motocicleta (sem capacete). Ao chegar à Emergência, apresentava escore 15 na Escala de Coma de Glasgow, cefaleia leve e pequena laceração temporal direita. Cerca de 2 horas após, evoluiu com cefaleia intensa, vômitos, sonolência progressiva e anisocoria ipsilateral. Qual o diagnóstico mais provável?

(A) Hemorragia subaracnóidea traumática
(B) Hematoma subdural agudo
(C) Hematoma epidural
(D) Contusão cerebral frontal

---

53. Lactente masculino, de 3 meses, nascido a termo, foi trazido ao Ambulatório de Cirurgia Pediátrica pela mãe com história de abaulamento na região inguinal direita, que aparecia quando chorava e desaparecia quando dormia. Ao exame físico, constatou-se massa redutível na região inguinal direita, sem sinais de sofrimento. Não havia abaulamento contralateral. A mãe referiu que o avô materno teve hérnia inguinal na infância. Com base no caso clínico e nas diretrizes atuais de tratamento da hérnia inguinal na infância, assinale a assertiva correta.

(A) A conduta é expectante, pois 50% das hérnias inguinais em lactentes fecham espontaneamente até 1 ano de vida.
(B) Está indicado tratamento cirúrgico apenas se houver encarceramento, devido ao alto risco anestésico nessa faixa etária.
(C) Deve-se indicar correção cirúrgica eletiva da hérnia inguinal direita.
(D) Está contraindicada correção cirúrgica antes dos 2 anos em razão de história familiar de hérnia inguinal.

54. Lactente masculino, de 14 meses, foi trazido ao Ambulatório de Cirurgia Pediátrica por aumento progressivo do volume escrotal à direita, que se tornava mais tenso e evidente ao final do dia ou durante episódios de choro. Ao exame físico, observaram-se transiluminação positiva bilateral (mais pronunciada à direita) e ausência de massas palpáveis na região inguinal. Diante do quadro clínico, assinale a alternativa que contempla a conduta e a justificativa técnica corretas.

(A) Sem indicação de cirurgia (tratamento expectante), com a recomendação de uso de faixas e suspensório escrotal.
(B) Conduta expectante até os 2 anos, pois a maioria das hidroceles comunicantes regride espontaneamente sem a necessidade de ligadura do conduto.
(C) Indicação de cirurgia por via escrotal, pelo risco iminente de atrofia testicular por hipertensão local.
(D) Indicação de exploração cirúrgica por via inguinal, pois a persistência do conduto após os 12 meses reduz significativamente a chance de resolução espontânea e predispõe à hérnia inguinal.

---

55. Paciente feminina, de 24 anos, veio à consulta por dor lombar irradiada para o membro inferior esquerdo, com perda de força dos músculos dorsiflexores do pé e extensão do hálux ipsilaterais, além de hipoestesia, que descia da região lombar para a região glútea, face lateral do quadril, face anterior do joelho até as regiões medial e anterior do pé. Os sintomas começaram após transferir seu filho de 10 kg do chão até a cama (cerca de 70 cm de altura). Teve confirmado o diagnóstico de hérnia discal lombar. Com base nos sintomas, quais os dermátomos acometidos pela hérnia?

(A) L2 e L3
(B) L3 e L4
(C) L4 e L5
(D) L5 e S1

---

56. Assinale a assertiva correta sobre o trauma com entorse de tornozelo.

(A) Na maioria das vezes, ocorre com o mecanismo de eversão.
(B) A presença de lesão ligamentar diminui as chances de fratura associada.
(C) O mecanismo de inversão está habitualmente associado a lesão do ligamento deltoide.
(D) O mecanismo mais comum é inversão, e o ligamento mais frequentemente lesado é o talofibular anterior.

---

57. Paciente masculino, de 20 anos, veio à Emergência por febre, tosse não produtiva e dor torácica pleurítica à direita, quadro iniciado há 3 semanas. Radiografia de tórax mostrou derrame pleural ocupando 2/3 do hemitórax à direita. Procedeu-se a uma toracocentese. A análise do líquido pleural evidenciou mais de 50% de linfócitos e uma relação proteína pleural/sérica > 0,5 sugestiva de

(A) exsudato e derrame pleural tuberculoso.
(B) exsudato e derrame pleural parapneumônico.
(C) transudato e derrame pleural tuberculoso.
(D) transudato e derrame pleural parapneumônico.

58. Paciente masculino, de 24 anos, previamente hígido, veio à Emergência por dor torácica súbita à direita e dispneia leve, quadro iniciado há 12 horas. Ao exame físico, apresentava-se eupneico em ar ambiente (SpO_2 de 96%), hemodinamicamente estável, com murmúrio vesicular diminuído no terço superior do hemitórax direito. A radiografia de tórax em inspiração demonstrou pneumotórax espontâneo primário à direita, com uma distância de 2,5 cm entre a parede torácica e a linha da pleura visceral ao nível do hilo. De acordo com as diretrizes atuais de manejo do pneumotórax espontâneo e drenagem pleural, qual a conduta inicial mais adequada para o paciente?

(A) Observação clínica rigorosa com oxigenoterapia suplementar e repetição de radiografia de tórax em 24 horas
(B) Aspiração simples com agulha/cateter fino ou inserção de dreno de fino calibre (*pigtail*) no segundo espaço intercostal
(C) Drenagem pleural tubular fechada imediata com dreno calibroso (28 Fr a 32 Fr) no quinto espaço intercostal, na linha axilar média
(D) Realização imediata de videotoracoscopia para ressecção de *blebs* (pequenas bolhas subpleurais) e pleurodese química ou mecânica

---

59. Paciente feminina, de 35 anos, dona de casa, sem comorbidades, veio à Emergência relatando dor anal intensa, acompanhada de febre baixa, com 3 dias de evolução. Negou sangramento e referiu dificuldade de se manter sentada. Ao exame, observou-se abaulamento localizado à esquerda, externamente, a 3,0 cm da margem anal, com hiperemia e dor à palpação local. Toque retal não revelou lesões palpáveis ou abaulamento na luz anorretal. Com base no quadro, assinale a assertiva correta.

(A) O quadro sugere o diagnóstico de abscesso anal, cuja causa mais frequente está relacionada a doença inflamatória intestinal, em particular à doença de Crohn.
(B) O exame físico sugere tratar-se de um abscesso interesfincteriano, que deve ser prontamente drenado.
(C) Trata-se de um abscesso perianal, cujo diagnóstico pode ser estabelecido sem a necessidade de exames complementares; o tratamento não inclui rotineiramente a prescrição de antibióticos.
(D) Por ser uma infecção de origem criptoglandular, a drenagem deve ser feita para o interior do canal anal.

---

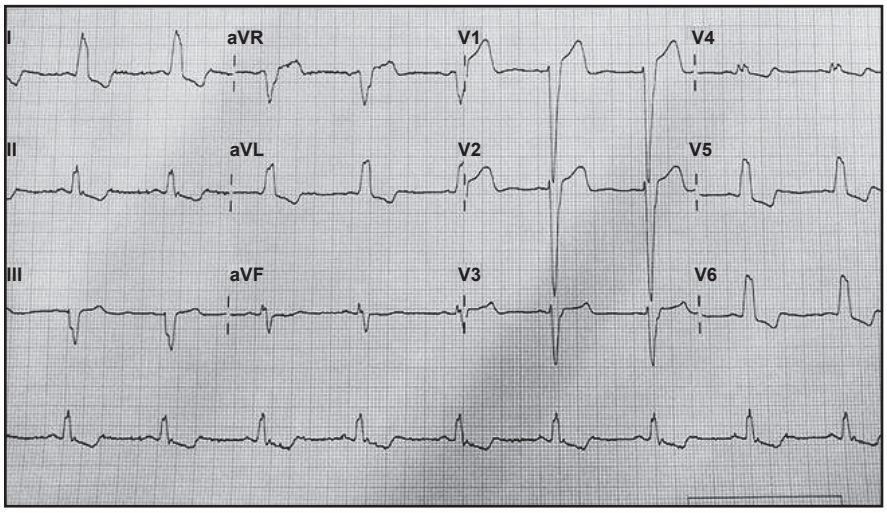
60. Paciente feminina, de 35 anos, apresentou quadro súbito de dor forte em flanco direito com irradiação para a região inguinal do mesmo lado, acompanhada de náuseas e inquietação. Não havia registro de febre. O EQU demonstrou hematúria microscópica. Qual o diagnóstico mais provável?

(A) Pielonefrite aguda
(B) Cólica renal secundária a urolitíase
(C) Torção de ovário
(D) Apendicite aguda

61. Paciente feminina, de 62 anos, procurou atendimento por quadro de fadiga progressiva há 6 meses, falta de ar aos esforços leves, palpitações ocasionais e dificuldade de concentração. Nas últimas semanas, passou a apresentar formigamento nas mãos e nos pés, sensação de desequilíbrio ao caminhar e diminuição da sensibilidade vibratória. Exames de investigação evidenciaram diagnóstico de anemia por deficiência de vitamina B12. Diante do diagnóstico, que alteração, dentre as abaixo, pode ser encontrada ao exame físico causando desconforto à paciente ao ingerir alimentos quentes ou condimentados?

(A) Glossite atrófica (língua com aparência lisa e avermelhada)
(B) Língua pilosa negra
(C) Língua crenada (macroglossia com identações dentais laterais)
(D) Língua geográfica (glossite migratória benigna)

62. Paciente masculino, de 59 anos, procurou atendimento ambulatorial por dor torácica aos esforços, quadro iniciado há aproximadamente 4 meses. Referiu desconforto retroesternal em aperto ao subir 2 lances de escada ou caminhar rapidamente por cerca de 300 metros, com resolução em menos de 5 minutos após repouso (negou episódios em repouso). Por hipertensão arterial e níveis elevados de glicemia, vinha fazendo uso de losartana 50 mg/dia, rosuvastatina 20 mg/dia e metformina 500 mg/dia. Ao exame físico, apresentava pressão arterial de 132/78 mmHg, frequência cardíaca de 64 bpm e IMC de 29 kg/m^2; auscultas cardíaca e pulmonar sem anormalidades. Exames laboratoriais indicaram creatinina de 0,9 mg/dL, LDL-c de 87 mg/dL, hemoglobina glicada de 6,2%; outros exames com resultados normais. O eletrocardiograma (ECG) realizado em repouso encontra-se reproduzido abaixo.



Considerando a apresentação clínica e os achados iniciais, qual o exame complementar mais apropriado para confirmar o diagnóstico de doença arterial coronariana?

(A) Teste ergométrico convencional
(B) Cintilografia miocárdica com estresse farmacológico
(C) Coronariografia invasiva
(D) Dosagem seriada de troponina ultrassensível e ECG seriado

63. Associe os medicamentos anti-hipertensivos (coluna da esquerda) às interferências laboratoriais (coluna da direita) na investigação do hiperaldosteronismo primário.

1 - Betabloqueador
2 - Diurético
3 - Hidralazina
4 - Bloqueador do canal de cálcio não di-hidropiridínico
5 - Inibidor da enzima conversora da angiotensina

( ) Eleva renina e aldosterona.
( ) Eleva renina e reduz aldosterona.
( ) Reduz renina e reduz aldosterona.

A sequência numérica correta, de cima para baixo, da coluna da direita, é

(A) 2 – 5 – 1
(B) 3 – 5 – 4
(C) 4 – 1 – 3
(D) 5 – 3 – 2

64. Paciente feminina, de 47 anos, veio à Emergência por febre (39º C), mal-estar intenso e odinofagia há 3 dias. Referiu que, há 12 dias, havia iniciado tratamento com carbamazepina para epilepsia. Nas últimas 48 horas, desenvolveu exantema eritematoso difuso, rapidamente progressivo, acompanhado de dor cutânea intensa e formação de bolhas flácidas. Ao exame físico, observaram-se descolamento e necrose epidérmicos envolvendo aproximadamente 35% da superfície corporal, erosões extensas em tronco e membros, sinal de Nikolsky positivo e acometimento das mucosas oral, ocular e genital. Qual o diagnóstico mais provável?

(A) Síndrome da pele escaldada estafilocócica
(B) Pênfigo vulgar
(C) Eritema multiforme maior
(D) Necrólise epidérmica tóxica

65. Paciente masculino, de 63 anos, aposentado, com diabetes melito tipo 2 há 13 anos e hipertensão arterial de longa duração, veio à consulta na UBS referindo "lutar contra o excesso de peso toda a vida". Encontrava-se em tratamento com metformina (2.000 mg/dia, VO), dapagliflozina (10 mg/dia, VO), anti-hipertensivos e estatina. Na consulta anterior, insistiu-se sobre a importância da dieta para perder peso e sobre a retomada da prática de atividade física, porque o controle glicêmico estava ruim (HbA1c de 9,2%). O paciente conseguiu atender ao pedido, perdendo 7 kg em 3 meses e fazendo exercícios de força 30-40 minutos, 4 vezes/semana. Porém, novos exames mostraram que a HbA1c seguia fora do alvo (8,9%). Em outras ocasiões, já lhe havia sido proposto iniciar um agonista de GLP-1, mas não foi possível devido ao alto custo do medicamento. Com base no quadro, qual a conduta mais adequada?

(A) Iniciar insulina de ação rápida (regular) em dose de 0,3 U/kg de peso, subcutânea, em 3 aplicações: antes do café, almoço e jantar diariamente, acompanhada de monitorização da glicemia capilar antes das mesmas refeições, retornando à UBS em 1 mês para ajustes.
(B) Iniciar insulina de ação intermediária (NPH) em dose única de 0,3 U/kg de peso, subcutânea, diariamente às 22 horas, acompanhada de monitorização da glicemia capilar em jejum 1-2 vezes/semana, retornando à UBS em 1 mês para ajustes.
(C) Aumentar as doses de metformina e dapagliflozina e solicitar controle de glicemia capilar em jejum frequentemente, ações que deverão determinar maior redução da HbA1c em nova avaliação laboratorial em 3 meses.
(D) Reforçar a necessidade de maior perda de peso e acrescentar exercícios aeróbicos, já que são mais apropriados para a melhora metabólica, revisando exames em 6 meses.

66. A densitometria óssea (DXA) de paciente feminina, de 78 anos, com diagnóstico de artrite reumatoide em uso crônico de glicocorticoides (prednisona 5-10 mg/dia) e história de fratura vertebral, revelou *T-score* de -3,2 em coluna lombar e de -2,8 em colo de fêmur. Com base nas avaliações clínica e densitométrica através da ferramenta FRAX 2.0 (ajustada para a dose de glicocorticoide), estratificou-se a paciente na categoria "muito alto risco" de fraturas. Assinale a assertiva correta sobre o manejo adequado.

(A) O cálculo do FRAX é dispensável nesse cenário, uma vez que o diagnóstico de osteoporose já está estabelecido pelo *T-score* < -2,5, sendo bisfosfonato oral ou intravenoso a terapia de primeira escolha.
(B) A estratificação "muito alto risco" de fraturas indica a preferência pelo início do tratamento com agentes anabólicos (osteoformadores), seguido posteriormente por um agente antirreabsortivo.
(C) A dosagem basal de marcadores de remodelação óssea (CTX e P1NP) é útil para estratificação da paciente em "alto ou muito alto risco" de fraturas.
(D) O uso do FRAX não é recomendado para pacientes com osteoporose induzida por glicocorticoides, podendo subestimar o risco de fraturas nessa população.

67. Paciente masculino, de 22 anos, procurou atendimento na Emergência por dor abdominal difusa, distensão abdominal e vômitos. Relatou que há 1 ano vinha apresentando diarreia crônica 4 vezes/dia, sem urgência ou incontinência evacuatória, sem pus ou sangue nas fezes, associada a episódios autolimitados de dor e distensão abdominal difusa. Referiu emagrecimento de 2,0 kg no último ano (1,5% do peso). Negou doenças crônicas ou cirurgias no passado, febre ou sudorese noturna. Ao exame físico, encontrava-se em regular estado geral, com mucosas discretamente desidratadas e com pressão arterial de 98/70 mmHg, frequência cardíaca de 112 bpm e saturação de oxigênio de 96% em ar ambiente. O abdômen estava distendido, com ruídos hidroaéreos metálicos, hipertimpânico, com leve dor à palpação difusa e massa palpável no quadrante inferior direito. Qual o diagnóstico mais provável?

(A) Retocolite ulcerativa
(B) Polipose adenomatosa familiar
(C) Doença de Crohn
(D) Tuberculose intestinal

68. Paciente masculino, de 57 anos, com histórico de diabetes melito, obesidade e esteatose hepática, consumo de 30-40 g de álcool/dia desde os 20 anos, foi admitido na Emergência por confusão mental, letargia e aumento de volume abdominal. Ao exame físico, apresentava-se desorientado, com *flapping*, macicez nos flancos, espaço de Traube ocupado e presença de circulação colateral abdominal. Exames laboratoriais iniciais revelaram hemoglobina de 10,2 g/dL, plaquetas de 53.000/mm^3, TP de 15,2 segundos, INR de 2,1, Na de 130 mEq/L, bilirrubina total de 2,9 mg/dL (direta de 2,1 md/dL), albumina de 3,0 g/dL, AST de 54 U/L, ALT de 83 U/L e creatinina de 1,9 mg/dL (prévia de 0,8 mg/dL). A conduta inicial mais adequada inclui realizar

(A) ultrassonografia abdominal, coletar material para hemoculturas e iniciar prednisolona para manejo de hepatite alcoólica.
(B) tomografia computadorizada abdominal para avaliar ascite e a necessidade de paracentese abdominal, além de iniciar diuréticos (espironolactona e furosemida).
(C) ultrassonografia abdominal para avaliar ascite e necessidade de paracentese abdominal para investigar peritonite bacteriana espontânea, repor albumina e indicar uso de lactulose.
(D) tomografia computadorizada abdominal com contraste e iniciar diurético (espironolactona) e metronidazol devido a encefalopatia hepática grau 3.

---

69. Paciente feminina, de 79 anos, procurou atendimento após sofrer 3 quedas neste ano, todas dentro de casa (a última há 1 semana ao levantar-se durante a noite para ir ao banheiro). Negou perda de consciência ou sintomas neurológicos focais. Tinha antecedentes de hipertensão arterial, depressão e insônia. Ao exame, apresentava pressão arterial de 140/80 mmHg em decúbito e de 115/70 mmHg após 3 minutos em ortostatismo. O *Timed Up and Go* foi de 16 segundos. A acuidade visual era reduzida e havia fraqueza de quadríceps bilateral. Que abordagem, dentre as propostas abaixo, é a mais apropriada?

(A) Investigar hipotensão postural, prescrever programa de exercícios multicomponentes e orientar sobre a adequação do ambiente domiciliar.
(B) Prescrever suplementação nutricional hiperproteica, suplementação de vitamina D e exercícios aeróbicos.
(C) Solicitar tomografia computadorizada de crânio e eco-Doppler de carótidas, orientar repouso relativo e iniciar suplementação de vitamina D.
(D) Suspender atividades físicas temporariamente, orientar uso de órtese para deambulação e encaminhar para avaliação neurológica.

70. Paciente feminina, de 46 anos, apresentou hemorragia digestiva alta, controlada por endoscopia. Estava consciente, sem dor torácica e hemodinamicamente estável. Última dosagem de hemoglobina indicou 8,0 g/dL. Segundo recomendações do Ministério da Saúde, qual a conduta mais adequada?

(A) Transfundir 2 unidades de concentrado de hemácias uma vez que a paciente pode vir a sangrar novamente.
(B) Transfundir apenas 1 unidade de concentrado de hemácias adotando uma conduta mais restritiva.
(C) Transfundir concentrado de hemácias e plasma fresco congelado para evitar novo episódio de sangramento.
(D) Não indicar transfusão apenas com base nos valores hematimétricos.

---

71. Paciente masculino, de 32 anos, procurou o Pronto-socorro no 5º dia de febre alta, cefaleia, mialgia intensa e dor retro-orbitária. Referiu a ocorrência, nas últimas 12 horas, de dor abdominal intensa e contínua, 2 episódios de vômitos e tontura ao levantar-se. Ao exame, apresentava pressão arterial de 100/70 mmHg em decúbito e de 80/60 mmHg em ortostase, frequência cardíaca de 112 bpm, enchimento capilar de 3 segundos e extremidades frias. Não havia sangramento ativo. Exames laboratoriais revelaram hematócrito de 49% (prévio conhecido: 41%), plaquetas de 58.000/mm^3 e leucócitos de 2.400/mm^3. Qual a conduta inicial mais adequada?

(A) Alta hospitalar com hidratação oral vigorosa e reavaliação em 48 horas
(B) Internação hospitalar para hidratação venosa com cristaloides e monitorizações clínica e laboratorial seriadas
(C) Transfusão profilática de concentrado de plaquetas e plasmaférese
(D) Administração de corticosteroides para reduzir o extravasamento plasmático

---

72. Paciente masculino, de 52 anos, veio à Emergência por diarreia, náusea e vômitos, fadiga e inapetência, quadro com início há 3 dias. Informou ter histórico de diabetes melito tipo 2, hipertensão arterial e doença renal crônica, pelo que fazia uso de metformina, glibenclamida, dapagliflozina, hidroclorotiazida e enalapril. Referiu consumo regular de álcool, porém familiar que o acompanhava negou consumo recente. Ao exame, encontrava-se em regular estado geral, confuso, afebril, taquicárdico, taquipneico e com mucosas secas. A glicemia capilar indicou 184 mg/dL. A gasometria arterial revelou pH de 7,29, bicarbonato de 17 mEq/L, ânion gap de 10 mEq/L e creatinina de 1,4 mg/dL. Qual o diagnóstico mais provável?

(A) Intoxicação alcoólica
(B) Acidose tubular renal
(C) Estado hiperglicêmico hiperosmolar
(D) Cetoacidose diabética euglicêmica

73. Paciente masculino, de 58 anos, previamente independente, foi internado na UTI por choque séptico secundário a pneumonia comunitária grave. Necessitou de ventilação mecânica por 12 dias, vasopressores por 5 dias e terapia de substituição renal contínua. Recebeu alta hospitalar após 24 dias, com resolução da infecção e recuperação da função renal. Na consulta ambulatorial 4 semanas após a alta, referiu fadiga intensa, dificuldade de concentração, perda de memória recente, fraqueza para subir escadas e incapacidade de retornar ao trabalho. O exame físico evidenciou fraqueza muscular proximal simétrica, sem déficits focais. Exames laboratoriais de rotina não sugeriram infecção ou disfunção orgânica nova. Qual a conduta mais apropriada para essa condição?

(A) Informar ao paciente que esses sintomas costumam desaparecer espontaneamente em poucas semanas.
(B) Solicitar investigação complementar para infecção oculta.
(C) Prescrever corticosteroide em baixa dose por 3 meses para reduzir a inflamação persistente.
(D) Diagnosticar como síndrome pós-cuidados intensivos e indicar acompanhamento multiprofissional.

---

74. Paciente masculino, de 65 anos, com obesidade, foi internado por quadro de febre, dor, edema e eritema no membro inferior esquerdo. Estabelecido o diagnóstico de celulite, foi iniciada a administração de cefazolina parenteral. Houve melhora clínica, mas, no dia 10 do tratamento, reiniciou com febre (temperatura 37,7º C), redução do débito urinário e elevação progressiva da creatinina sérica. Sem dor, negava sintomas respiratórios, gastrointestinais e urinários. Ao exame físico, estava hidratado, com pressão arterial de 125/80 mmHg, sem edema periférico e sem lesões cutâneas. Os exames laboratoriais mostraram creatinina de 2,7 mg/dL (basal de 0,9 mg/dL; valores de referência (VR): 0,6-1,2 mg/dL), ureia de 68 mg/dL (VR: 19-44 mg/dL), leucócitos de 9.800/mm^3 e eosinófilos de 3%. Exame de urina apresentava proteinúria (+), nitrito negativo, hemácias de 22/mm^3 (VR < 18,2/mm^3), leucócitos de 200/mm^3 (VR < 27,5/mm^3) e cilindros leucocitários. A urocultura foi negativa. Qual o diagnóstico mais provável da injúria renal aguda?

(A) Necrose tubular aguda
(B) Glomerulonefrite aguda
(C) Nefrite intersticial aguda
(D) Pielonefrite aguda

75. Paciente masculino, de 72 anos, procurou atendimento por edema progressivo dos membros inferiores há 2 meses. Os exames laboratoriais demonstraram proteinúria de 7,5 g/24 horas, albumina sérica de 2,1 g/dL e creatinina sérica de 1,0 mg/dL (TFGe 80 mL/min/1,73 m^2). O sedimento urinário não apresentava hematúria dismórfica nem cilindros celulares; as concentrações séricas de C3 e C4 estavam normais; e o FAN, negativo. Sorologias para hepatites B e C também foram negativas. O paciente não utilizava anti-inflamatórios não esteroidais nem outros medicamentos regularmente. Relatou perda não intencional de 8 kg nos últimos 4 meses e alteração recente do hábito intestinal. O hemograma demonstrou anemia microcítica e hipocrômica, com ferritina sérica reduzida. Qual a hipótese diagnóstica mais provável?

(A) Nefropatia membranosa associada a neoplasia sólida
(B) Doença de lesões mínimas
(C) Glomerulosclerose segmentar e focal primária
(D) Glomerulonefrite membranoproliferativa

---

76. Paciente masculino, de 55 anos, com obesidade, consultou por dor e sensação de queimação nos pés, quadro iniciado há cerca de 3 anos, com piora lenta e progressiva. Referiu que atualmente os sintomas evoluíram também para as mãos. Não fazia acompanhamento médico regular. Negou uso de medicamentos de uso contínuo. Ao exame neurológico, apresentava redução das sensibilidades tátil e vibratória, simétrica, predominando nas extremidades dos membros inferiores, com reflexos aquileus abolidos, reflexos patelares diminuídos e reflexos bicipitais normais. A força muscular e o trofismo estavam preservados. Qual o diagnóstico mais provável?

(A) Polirradiculoneuropatia inflamatória aguda (Síndrome de Guillain-Barré)
(B) Polirradiculoneuropatia inflamatória desmielinizante crônica (PIDC)
(C) Neuropatia sensitiva paraneoplásica
(D) Polineuropatia diabética

---

77. Marceneiro, de 42 anos, veio à consulta por episódios recorrentes de febre, tosse seca e dispneia progressiva há semanas. Referiu trabalhar em oficina com ventilação precária e infiltrações nas paredes. Os sintomas surgiam cerca de 6-8 horas após o início da jornada de trabalho, com melhora significativa nas folgas dos fins de semana. Negou ser tabagista. À ausculta pulmonar, constataram-se estertores crepitantes finos e *squawks* (grasnidos) esparsos em ambos os hemitórax. A tomografia computadorizada de alta resolução de tórax revelou áreas difusas de atenuação em vidro fosco, nódulos centrolobulares mal definidos e áreas de aprisionamento aéreo lobular visíveis na fase expiratória. O lavado broncoalveolar demonstrou celularidade total aumentada, com 55% de linfócitos. Diante do contexto clínico, qual o diagnóstico mais provável?

(A) Pneumonite de hipersensibilidade não fibrótica
(B) Sarcoidose estádio II
(C) Asma ocupacional
(D) Bronquiolite respiratória associada a doença pulmonar intersticial

78. Paciente masculino, de 72 anos, com adenocarcinoma pulmonar metastático e derrame pleural sintomático e recorrente, apresentou citologia de líquido pleural positiva para células malignas. Após drenagem, verificou-se expansão pulmonar completa. Qual a estratégia mais adequada para o manejo de derrame pleural neoplásico?

(A) Toracocenteses seriadas
(B) Pleurectomia
(C) Pleurodese química com talco
(D) Cateter pleural de longa permanência

---

79. Paciente masculino, de 46 anos, procurou atendimento por dor lombar de início súbito há 2 meses durante partida de *beach tennis*. Relatou que, desde então, apresentava claudicação progressiva, razão pela qual vinha fazendo uso regular de analgésicos e anti-inflamatórios, com resposta parcial. Assinale a alternativa com dado de anamnese ou de exame físico que indicaria a realização de tomografia computadorizada ou ressonância magnética.

(A) Suspensão de atividades físicas
(B) Hiporreflexia patelar
(C) Perda de apetite
(D) Dor paravertebral

---

80. Paciente feminina, de 45 anos, veio ao Posto de Saúde com queixa de tremores, tontura e taquicardia, sintomas de início súbito que geravam muito medo de um infarto. Contou que acabava medindo a pressão arterial neste contexto e identificando níveis pressóricos de 150/100 mmHg com muita frequência. Buscou a Emergência em uma ocasião, tendo sido solicitado um exame MAPA, que identificou média da pressão arterial de 140/90mmHg. Nos 2 últimos meses, tinha evitado viajar com medo de passar mal e necessitar de atendimento de urgência. Informou também que media a pressão diariamente. Ao exame clínico, não foi identificada nenhuma alteração. A paciente apresentou resultados de exames laboratoriais recentes, todos dentro da normalidade. Qual a conduta mais adequada?

(A) Diagnosticar hipertensão arterial e tratar com anlodipino, pois provavelmente os ataques de pânico são secundários a hipertensão.
(B) Diagnosticar transtorno do pânico e hipertensão do avental branco e iniciar somente fluoxetina.
(C) Diagnosticar hipertensão arterial e transtorno do pânico e iniciar tratamento com anlodipino e sertralina.
(D) Solicitar coleta urinária de 24 horas para catecolaminas e metanefrinas, uma vez que a combinação de hipertensão arterial com ataques de pânico provavelmente relaciona-se a tumores medulares de adrenais.

81. Um estudo de coorte acompanhou trabalhadores que realizavam curtimento de peles expostos a produtos à base de crômio por, pelo menos, 15 anos. Ao final desse período, observou-se maior incidência de anormalidades em linhagens de eritrócitos de trabalhadores expostos quando comparada com a incidência em linhagens de eritrócitos de trabalhadores não expostos. Qual critério de causalidade de Hill é mais bem ilustrado nessa descrição?

(A) Força da associação
(B) Consistência
(C) Temporalidade
(D) Coerência

---

82. Uma revisão sistemática com metanálise de 29 ensaios clínicos randomizados avaliou os efeitos do controle intensivo da pressão arterial, em comparação com o controle padrão, sobre eventos cardiovasculares maiores. A figura abaixo apresenta o gráfico de funil (*funnel plot*) e os testes estatísticos utilizados pelos autores para avaliar um possível viés de publicação. Com base na interpretação do gráfico, assinale a assertiva correta.

Figure S1. Intensive versus standard blood pressure control on the risk of major cardiovascular events

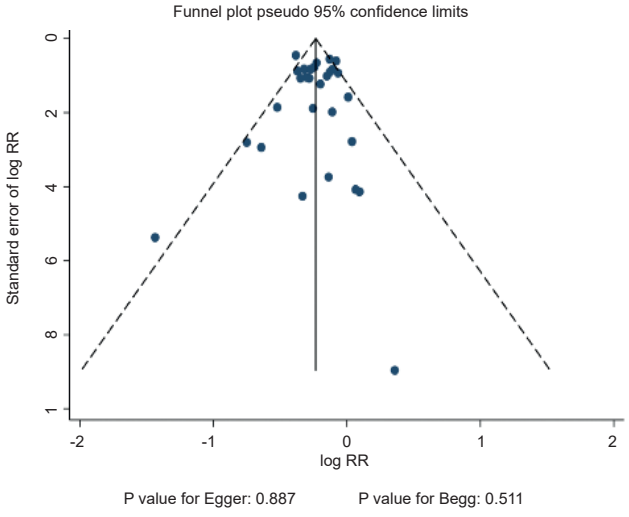


Figure S2. Funnel plot for major cardiovascular events

(A) Os estudos em diferentes posições do funil indicam heterogeneidade clínica relevante entre as populações estudadas.
(B) A maior dispersão dos estudos com menor precisão indica que seus resultados apresentam maior risco de viés metodológico.
(C) A concentração dos estudos com maior precisão próxima ao topo do funil demonstra maior efeito do tratamento nos estudos.
(D) A distribuição dos estudos no gráfico, associada aos resultados dos testes de Egger e Begg, é compatível com ausência de evidência de viés de publicação.

83. Um estudo de casos e controles investigou a associação entre consumo de café e câncer de pâncreas. Como casos, foram selecionados 369 pacientes com câncer de pâncreas e, como controles, 644 pacientes hospitalizados por outros tipos de câncer e outras doenças. Entre os controles sem câncer, eram frequentes diagnósticos gastroenterológicos, como hérnia, colite, enterite, diverticulite, obstrução intestinal e gastrite. Tanto os casos como os controles eram atendidos pelos mesmos médicos. Considerando a seleção dos controles, assinale a assertiva correta.

(A) O atendimento de casos e controles pelos mesmos médicos assegurou a representatividade dos controles.
(B) O maior número de controles em relação aos casos reduziu a possibilidade de viés de informação.
(C) A inclusão de pacientes com doenças gastrointestinais pode ter introduzido viés de seleção.
(D) A presença de uma relação dose-resposta aumentaria a precisão da aferição do consumo de café.

---

84. Um novo teste rápido para uma determinada infecção apresenta sensibilidade de 90% e especificidade de 95%. Um infectologista aplicou o teste em 2 cenários distintos: (I) para triagem populacional em área de baixa prevalência (1%) e (II) para investigação de pacientes sintomáticos internados em que a prevalência (probabilidade pré-teste) é de 40%. Assinale a assertiva correta sobre o desempenho do teste e a interpretação de seus resultados.

(A) O valor preditivo positivo será substancialmente maior no cenário II do que no cenário I, ainda que a sensibilidade e a especificidade do teste permaneçam inalteradas nos 2 cenários.
(B) Como a sensibilidade e a especificidade são propriedades intrínsecas do teste, os valores preditivos positivo e negativo também são constantes e independem da prevalência da doença na população testada.
(C) A razão de verossimilhança positiva (*likelihood ratio* positiva) do teste é de 0,10, indicando forte capacidade de confirmar a doença.
(D) Em área de baixa prevalência, um resultado positivo tem alta probabilidade de ser verdadeiro-positivo, razão pela qual testes de triagem são mais úteis para confirmar do que para descartar doença.

85. Durante campanha de vacinação promovida por uma Secretaria Municipal de Saúde, viralizou, nos grupos de WhatsApp do Município, um áudio afirmando que um lote das vacinas estaria “vencido e reembalado”. Em resposta, a equipe da Secretaria de Saúde publicou, no perfil institucional do Instagram, um vídeo que reproduzia o áudio e o refutava integralmente com dados técnicos sobre a estabilidade do imunobiológico e da cadeia de frio. Nos dias seguintes, o alcance da publicação oficial permaneceu baixo, enquanto trechos recortados do próprio vídeo passaram a circular como “confirmação” do boato. Considerando os princípios da comunicação eficiente em saúde na internet, a estratégia mais adequada para a equipe no momento é

(A) impulsionar com tráfego pago a nota técnica já publicada, para que seu alcance supere a circulação da desinformação.
(B) publicar conteúdo curto, em linguagem acessível, reafirmando a segurança da vacina e sinalizando o boato como falso.
(C) remover a publicação e não retomar o assunto nas redes, evitando alimentar novos ciclos de compartilhamento.
(D) responder individualmente aos comentários, anexando os estudos científicos que comprovam a estabilidade do imunobiológico.

---

86. Paciente feminina, de 42 anos, sofreu queimaduras de 2º e 3º graus em 25% da superfície corporal após o companheiro molhar suas vestes com gasolina e atear fogo. Foi atendida em um hospital de alta complexidade. Assinale a alternativa que contempla direitos garantidos na legislação do SUS que norteiam o atendimento especializado oferecido à paciente.

(A) A Lei nº 8.080/1990 dispõe sobre a organização de atendimento público específico e especializado para mulheres vítimas de violência doméstica.
(B) A Lei nº 8.142/1990 regulamenta o atendimento psicossocial às vítimas de violência, por meio da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).
(C) A Lei Complementar nº 141/2012 regulamenta o aporte de 8% do Produto Interno Bruto – PIB para o orçamento da Saúde e garante as cirurgias plásticas reparadoras em casos de violência.
(D) A Emenda Constitucional nº 29/2000 garante o atendimento às emergências clínicas e cirúrgicas no âmbito do SUS.

87. Paciente masculino, de 48 anos, procurou a UBS por dor abdominal contínua no quadrante superior direito, náuseas e hiporexia, com cerca de 10 dias de evolução. Retornou, acompanhado pela esposa, 1 semana após com os resultados dos exames, relatando a persistência da dor. Trabalhava como motorista de aplicativo; consumia destilados regularmente desde a juventude. A esposa referiu que ele estava com os olhos amarelados e que, há 3 dias, dormia durante o dia e ficava acordado e confuso durante a noite. Ao exame, apresentava-se em regular estado geral, ictérico (++/4+), com temperatura axilar de 37,2º C, pressão arterial de 122/78 mmHg e frequência cardíaca de 96 bpm. O abdômen apresentava hepatomegalia dolorosa a 4,0 cm do rebordo costal, sem sinais de irritação peritoneal; havia discreto eritema palmar. Os exames indicaram hemoglobina de 12,9 g/dL, VCM de 104 fL, leucócitos de 11.900/mm^3, plaquetas de 138.000/mm^3, AST de 224 U/L, ALT de 96 U/L, GGT de 810 U/L, fosfatase alcalina de 196 U/L, bilirrubina total de 8,6 mg/dL (direta de 6,8 mg/dL) e albumina de 3,1 g/dL. Diante desse quadro, qual a conduta mais adequada no momento?

(A) Orientar abstinência alcoólica, prescrever tiamina e reavaliar em 7 dias.
(B) Solicitar ultrassonografia abdominal e reavaliar em 48 horas.
(C) Solicitar sorologias para hepatites virais e manter seguimento ambulatorial.
(D) Encaminhar o paciente imediatamente à Emergência hospitalar.

88. Paciente masculino, de 49 anos, dono de restaurante e churrasqueiro profissional, veio à consulta para exames de rotina. Assintomático, não tabagista, informou praticar exercícios físicos por 60 minutos, 3 vezes/semana. Normotenso, apresentava IMC de 24 kg/m^2. Seus exames laboratoriais excluíram dislipidemia e diabetes melito. Não possuía história familiar de doença cardiovascular precoce. O escore de risco cardiovascular global (Framingham) era 6%. Qual a conduta com maior impacto para a redução do risco cardiovascular a longo prazo?

(A) Iniciar estatina de baixa potência visando a redução adicional do risco absoluto.
(B) Instalar sistema de exaustão e ventilação adequado no posto de trabalho.
(C) Aumentar o tempo semanal de atividade física.
(D) Orientar a transição para uma dieta baseada em plantas.

89. Gestante de 23 anos veio à UBS para a segunda consulta de pré-natal de risco habitual, de sua terceira gestação. Encontrava-se com 20 semanas de gestação, de acordo com a data da última menstruação. A gestação anterior, há 2 anos, transcorrera sem anormalidades. Dentre os resultados de exames trazidos, de material coletado há 10 dias, constava a pesquisa para anticorpos anti-*Toxoplasma gondii* IgM = REAGENTE e IgG = NÃO REAGENTE. Com base nessa informação, assinale a assertiva **incorreta**.

(A) Encaminhar a paciente para o pré-natal de alto risco.
(B) Realizar notificação à Vigilância Epidemiológica.
(C) Iniciar esquema com sulfadiazina e pirimetamina por via oral.
(D) Solicitar teste de avidez.

90. Paciente de 38 anos, com 12 semanas de gestação, veio à consulta na UBS para apresentar os resultados de exames coletados há 1 semana. Fazia uso de levotiroxina 75 mcg/dia para tratamento de hipotireoidismo, devido a tireoidite de Hashimoto. Relatou cansaço e queda de cabelos, condições que atribuiu à gestação. Seu peso pré-gestacional era 61 kg e, na data da consulta, 63 kg. Os demais aspectos do exame físico estavam normais. A dosagem de TSH indicou 3,0 mUI/L; outros exames laboratoriais estavam normais para a gestação. Com base nesse resultado, qual a conduta mais adequada?

(A) Solicitar T4 livre e anticorpo antitireoperoxidase para ajustar a dose de levotiroxina.
(B) Manter a dose de levotiroxina e coletar T4 livre e TSH em 1 mês.
(C) Aumentar a dose de levotiroxina para 100 mcg/dia e coletar TSH em 1 mês.
(D) Prescrever 1 mg/kg de peso de levotiroxina.

91. Homem trans, de 30 anos, veio à consulta por desejar realizar exame preventivo de câncer de colo de útero. Informou nunca ter realizado esse exame, fazer uso de testosterona desde os 18 anos e não manter atividades sexuais com penetração. Ouviu falar que no SUS havia um novo exame preventivo para câncer de colo de útero, sobre o qual gostaria de receber informações. Considerando o caso, assinale a assertiva correta sobre a estratégia de prevenção de câncer de colo de útero do SUS.

(A) O teste molecular DNA-HPV identifica precocemente o câncer de colo de útero, tornando desnecessária a coleta de citopatológico de colo de útero.
(B) No caso do rastreamento negativo por teste molecular DNA-HPV, o novo exame será em 10 anos, entre 25 e 64 anos.
(C) Mulheres cisgênero e homens transgênero com DNA-HPV oncogênico positivo diferente de 16 ou 18 e citologia reflexa negativa coletam novo exame em 1 ano.
(D) É recomendada no SUS a realização da citologia simultaneamente ao teste de DNA-HPV oncogênico para aumentar a sensibilidade do rastreamento.

92. Trabalhador frentista, de 38 anos, procurou a UBS queixando-se de cansaço e dificuldade de concentração, quadro iniciado há 2 meses. Relatou um episódio de síncope. Colegas referiram que ele vinha apresentando palidez intensa e lentidão nas tarefas cotidianas. Considerando que o trabalhador lida com agentes químicos, assinale a assertiva correta de acordo com a legislação vigente relativa aos riscos ambientais do trabalho.

(A) Para a execução de suas tarefas, o trabalhador deve receber equipamentos de proteção individual (EPI) do empregador; em caso de dano ao equipamento, o trabalhador procederá à aquisição de um novo EPI.
(B) Considerando os efeitos à saúde relacionados aos hidrocarbonetos aromáticos, apenas o médico do trabalho pode afastar o empregado e realizar a investigação clinicolaboratorial correlata.
(C) Quando a incapacidade laboral for superior a 10 dias, o médico assistente deve encaminhar o empregado à Previdência Social para afastamento.
(D) Constatada ocorrência ou agravamento de doença relacionada ao trabalho ou de alteração que revele disfunção orgânica por meio dos exames complementares, o médico deve emitir a Comunicação de Acidente de Trabalho.

---

93. Paciente masculino, de 27 anos, casado, com escolaridade fundamental completa, informou, na consulta, que trabalhava em uma mina de carvão há 3 anos e que, até o momento, não havia sido avaliado em relação à sua saúde. Que outro exame, além do raio X de tórax em PA, é preconizado para monitoramento e avaliação periódica da exposição ocupacional mencionada?

(A) Espirometria
(B) Hemograma
(C) Lavado brônquico
(D) Tomografia computadorizada pulmonar

---

94. Paciente feminina, de 84 anos, foi encaminhada para avaliação por perda funcional progressiva nos últimos 6 meses. Referiu morar sozinha e apresentar hipertensão arterial, osteoartrite e incontinência urinária, pelo que fazia uso de 8 medicamentos/dia. O filho relatou que a paciente vinha deixando contas sem pagar e esquecendo de desligar o fogão. Ao exame, apresentava IMC de 20 kg/m^2, velocidade de marcha de 0,7 m/s e dependência parcial para atividades instrumentais de vida diária. A principal utilidade da Avaliação Multidimensional do Idoso nesse caso é

(A) confirmar o diagnóstico de demência.
(B) determinar a elegibilidade para institucionalização.
(C) identificar déficits em múltiplos domínios e orientar um plano integrado de cuidados.
(D) estimar o prognóstico para orientar decisões sobre a adequação e a invasividade de futuras intervenções.

95. Paciente masculino, de 55 anos, tabagista de 20 cigarros/dia desde os 15 anos, com diagnóstico de doença pulmonar obstrutiva crônica grave, encontrava-se no quinto dia de internação hospitalar para tratamento de exacerbação infecciosa. No início da internação, apresentou sintomas de abstinência da nicotina (irritabilidade, ansiedade e dificuldade de concentração), que foram controlados após o início de reposição com adesivo de nicotina de 21 mg/dia, aplicado sempre pela manhã. O paciente queixou-se, contudo, de insônia importante e pesadelos nas últimas 2 noites. Qual a conduta mais adequada para o manejo do tabagismo no momento?

(A) Suspender a terapia de reposição da nicotina, uma vez que os sintomas confessionais de abstinência foram controlados.
(B) Reduzir a dose do adesivo de nicotina para 14 mg/dia, visando diminuir os efeitos adversos centrais.
(C) Substituir o adesivo de nicotina por bupropiona por via oral, associando um benzodiazepínico de curta ação à noite.
(D) Orientar a retirada do adesivo de nicotina ao deitar e a aplicação de uma nova unidade de 21 mg ao acordar.

---

96. Em muitos contextos epidemiológicos, homens apresentam taxas mais altas de morte por suicídio do que mulheres. A literatura contemporânea tem discutido o papel das masculinidades na compreensão desse fenômeno. Assinale a alternativa que apresenta a interpretação mais adequada da relação entre masculinidades e suicídio.

(A) As masculinidades são relevantes sobretudo por explicarem diferenças na escolha de métodos letais, o que torna o risco suicida masculino mais dependente de impulsividade e acesso a meios.
(B) Normas de masculinidade podem influenciar o risco suicida ao dificultar o reconhecimento do sofrimento, a comunicação de vulnerabilidade e a busca de ajuda.
(C) A relação entre masculinidades e suicídio é explicada principalmente pela maior frequência de sintomas externalizantes, como uso de álcool, irritabilidade e agressividade.
(D) A relação entre masculinidades e suicídio é mais bem compreendida como expressão de papéis sociais rígidos, sendo menos relevante em homens que não aderem explicitamente a ideais tradicionais de gênero.

97. Mãe buscou atendimento para seu filho de 8 anos com o pediatra por piora importante do padrão do sono. Referiu que há 1 mês, desde o falecimento do avô, o filho estava levantando-se à noite e indo para a cama dos pais; que tinha procurado o Ambulatório da escola por dores de barriga; que pedia para ficar em casa com frequência, embora fosse para a escola após alguma insistência; que frequentava as atividades esportivas como de costume; e que não teve prejuízo nas notas escolares. A mãe percebeu que ele evitava falar do avô, o que causava estranheza, pois eles eram muito próximos. Diante dessa apresentação clínica, qual o diagnóstico mais provável?

(A) Transtorno de ajustamento
(B) Episódio depressivo
(C) Transtorno de ansiedade generalizada
(D) Transtorno de ansiedade de separação

---

98. Paciente de 10 anos foi trazido ao atendimento por vir apresentando dificuldades escolares. A mãe contou que o filho não conseguia ficar quieto para fazer os temas, estava sempre se mexendo, fazia erros frequentes e não costumava ler os enunciados das atividades até o final. Na escola, estava também com dificuldades: levantava-se da cadeira, intrometia-se nas conversas dos outros, gerando dificuldades com os colegas. Além disso, por notas muito baixas, corria risco de reprovação. A mãe se queixava desses sintomas desde a pré-escola. O menino não apresentava histórico de atraso do desenvolvimento neuropsicomotor, nem de epilepsia, nem de qualquer alteração ao exame físico. Não havia história familiar de doença cardíaca ou morte súbita na família. Qual a conduta inicial mais adequada para o paciente?

(A) Prescrever metilfenidato.
(B) Prescrever risperidona.
(C) Prescrever atomoxetina.
(D) Solicitar eletrocardiografia antes de iniciar qualquer fármaco.

---

99. No ano de 2026, foi publicada a Lei nº 15.738/2026, que institui o *Estatuto dos Direitos do Paciente*. Assinale a assertiva correta sobre os direitos do paciente com base nessa lei.

(A) O paciente tem o direito de exigir retificação de seu prontuário sempre que achar pertinente.
(B) O paciente tem o direito de não consentir com a presença de estudantes durante seus cuidados de saúde.
(C) O paciente tem o direito de obter cópia de seu prontuário sem ônus, desde que a demanda seja devidamente justificada.
(D) Não cabe ao paciente fazer perguntas à equipe assistencial sobre a higienização de mãos e de instrumentos.

100. Paciente masculino, de 40 anos, foi trazido à Emergência pelo Samu em ressuscitação (frequência cardíaca de 70 bpm) após acidente de submersão em reservatório de água limpa, há menos de 2 horas. Foi prontamente intubado e mantido em ventilação mecânica. Avaliação neurológica revelou midríase bilateral e escore 3 na Escala de Coma de Glasgow, sugerindo encefalopatia hipóxico-isquêmica grave. Qual a conduta mais apropriada a seguir?

(A) Transferir o paciente para UTI para tratamento de lesão neurológica.
(B) Iniciar imediatamente protocolo de morte encefálica.
(C) Aguardar a evolução natural para parada cardiocirculatória.
(D) Manter medidas de suporte de vida por 24 horas para aplicação de protocolo de morte encefálica.