



PROCESSO SELETIVO – RESIDÊNCIA MÉDICA UFSCAR 2020 – FASE 1
PROVA OBJETIVA

Prezado (a) candidato (a):

1. Esta prova consta de **50 (cinquenta)** questões de múltipla escolha. Apenas uma alternativa é a **CORRETA**.
2. Confira o **CADERNO DE QUESTÕES** antes de iniciar a prova. Caso incompleto ou com defeito, o candidato deverá solicitar ao fiscal de sala mais próximo que tome as providências cabíveis.
3. Não é permitida a utilização de nenhum material de consulta, aparelhos celulares, eletroeletrônicos ou calculadoras.
4. Após o ingresso, nenhum candidato poderá retirar-se da sala de prova enquanto a estiver realizando, sem que haja autorização e sem estar acompanhado por um fiscal identificado.
5. A duração da prova é de **4 HORAS**.
6. Assinar a **LISTA DE PRESENÇA**.
7. Será **ELIMINADO** o candidato que, durante a realização da prova, for surpreendido comunicando-se com outros candidatos ou terceiros.
8. Ao terminar a prova objetiva, o candidato entregará, obrigatoriamente, ao fiscal de sala, o seu **CARTÃO RESPOSTA**. A entrega do cartão resposta ocorrerá, no mínimo, **01 (uma) hora** após o início da mesma.
9. Quando restarem apenas **2** candidatos, o penúltimo deverá aguardar em sala pelo término da prova do último, de forma que deverão deixar a sala de prova juntos.
10. Serão consideradas **SOMENTE** as respostas das questões transferidas para o cartão resposta. Em nenhuma hipótese haverá substituição do cartão resposta por erro do candidato.
11. **NÃO** serão computadas as questões que estejam assinaladas no cartão de resposta nas seguintes condições:
 - 11.1 Que contenham mais de uma resposta;
 - 11.2 Com emenda ou rasura, ainda que legível;
 - 11.3 Não estejam assinaladas com traço forte e dentro do espaço designado;
 - 11.4 Estejam em branco.
12. **BOA PROVA!!!**



PROVA OBJETIVA – CADERNO DE QUESTÕES

1) Lactente de 2 meses de vida vem para avaliação de puericultura e mãe relata que a criança apresenta história de regurgitações frequentes iniciados na 2ª semana de vida. Relata que estas regurgitações são após as mamadas, com volume estimado entre 1 a 2 colheres de sopa cheia. A mãe observa que a criança não se sente incomodada com a regurgitação, nega irritabilidade ou desconforto após as mamadas. Refere aleitamento materno livre demanda e mãe relata “ter muito leite”. Refere que o lactente tem apresentado eventualmente engasgos durante a amamentação. Relata que acha que o bebe vem ganhando peso. Qual diagnóstico compatível com o quadro clínico e qual a melhor orientação para o caso apresentado?

- a) Refluxo Gastresofágico Fisiológico, manter o lactente em posição supina para dormir
- b) Alergia a proteína do leite de vaca, orientar exclusão de proteína do leite de vaca e derivados da dieta materna
- c) Doença do Refluxo Gastresofágico, iniciar inibidor de bomba de prótons associado a prócinético
- d) Estenose Hipertrófica de Píloro, encaminhar para internação e avaliação cirúrgica do quadro
- e) Esofagite Eosinofílica, iniciar inibidores de bomba de prótons e dietas de restrição, baseadas na identificação dos alérgenos por testes alérgicos

2) Pré escolar, 4 anos apresenta há 1 dia com dor na barriga em região periumbilical associado a eliminação de fezes amolecidas, 4 vezes ao dia, sem sangue ou pus. Mãe relata que na última hora vomitou 3 vezes. Não aceitou nada para comer desde ontem e está pedindo toda hora água. Ao exame físico apresentava-se irritado, boca seca, olhos sem lágrimas, olhos fundos, pulsos periféricos 130 ppm e Tempo de Enchimento Capilar <2 segundos. Qual o diagnóstico e melhor conduta para o caso?

- a) Desidratado; iniciar terapia de reidratação por via endovenosa
- b) Desidratado grave; iniciar soro de expansão por via endovenosa
- c) Desidratado; iniciar terapia de reidratação oral
- d) Desidratado grave; iniciar terapia de reidratação por via entérica
- e) Desidratado: iniciar soro de reidratação oral por sonda nasogastrica

3) Escolar de 7 anos apresenta tosse seca há 1 dia com piora nas últimas 3 horas da tosse com associação de falta de ar importante. Mãe relata que a criança já havia apresentado quadro semelhante no ano passado, no inverno. Ao exame físico o escolar se encontra agitado, acianótico, falando frases

incompletas; ausculta pulmonar apresenta murmúrio vesicular diminuído globalmente com sibilos inspiratórios e expiratórios difusos por todo tórax e tiragens subcostais e de fúrcula esternal (FR: 46 ipm; FC: 120 bpm).

A primeira medicação que deverá ser realizada na UPA (Unidade de Pronto Atendimento), após ofertar oxigênio:

- a) Beta2-agonista via inalatória
- b) Sulfato de magnésio por via endovenosa.
- c) Aminofilina por via endovenosa
- d) Corticoide por via inalatória
- e) Brometo de ipratrópio via inalatória

4) Recém-nascido a termo, não necessitou de manobras de reanimação e o APGAR foi nove e dez e pesou 3100g apresentou ao nascimento exame físico normal. Evoluiu com icterícia com 48 h de vida observada até zona 3 de Kramer. Mãe é do grupo sanguíneo O positivo e o recém-nascido do tipo sanguíneo A positivo. Não apresenta outras alterações clínicas. O recém-nascido está bem, amamentação exclusiva leite materno. Sobre este quadro clínico, qual o provável diagnóstico e conduta:

- a) Incompatibilidade ABO, fototerapia
- b) Icterícia fisiológica, banho de sol
- c) Incompatibilidade Rh, exsanguinotransfusão
- d) Icterícia por leite materno, suspensão do aleitamento
- e) Deficiência de G6PD

5) Menino de 18 meses de idade, iniciou rinorreia clara, tosse leve e febre baixa há 2 dias, evoluindo com rouquidão e dificuldade respiratória nas últimas 24 horas. Chega a UPA (Unidade de Pronto Atendimento) apresentando estridor inspiratório em repouso, retração de fúrcula, esternal e de diafragma moderada, batimento de aletas nasais, sem cianose, permanecendo mais calmo no colo da mãe. Após ser colocado sob máscara de O₂, a melhor conduta terapêutica para o caso clínico em questão é:

- a) Inalação com epinefrina e dexametasona via oral
- b) Inalação com Fenoterol e hidrocortisona IV
- c) Nebulização com solução fisiológica e prednisolona via oral
- d) Inalação com salbutamol e dexametasona via parenteral
- e) Nebulização com ar umidificado e budesonide inalatório

6) Adolescente masculino de 12 anos refere que estava passeando no final da tarde na beira do rio quando sentiu uma picada na perna. No susto e com a dor que sentiu imediatamente, não conseguiu identificar o animal. Foi socorrido e levado ao hospital e na avaliação médica a perna do local da picada estava edemaciada, apresentava dor importante a palpação e notava-se área central de

necrose além do aparecimento de bolhas. Apresentou gengivorragia. Refere que é comum cobras no local. Baseado na história e no exame físico o acidente ofídico deve-se a qual gênero de cobra?

- a) Elapídico
- b) Crotalus
- c) Lachesis
- d) Bothrops
- e) Micrurus

7) Paciente de 6 anos, sexo masculino, reclama de dor em perna direita logo ao acordar, sendo que, à tarde, já não conseguia andar. No dia seguinte, por não ter melhorado com o repouso, foi levado pelos pais ao Pronto-Socorro. Nega trauma prévio ou febre. Apresentou quadro respiratório viral há 5 dias. Ao exame físico: bom estado geral, afebril, limitação de movimentos de rotação do quadril direito. Você solicita alguns exames de triagem, com hemograma, VHS e PCR normais. O próximo exame indicado é:

- a) Radiografia do quadril
- b) Cultura do líquido sinovial
- c) Ultrassonografia do quadril
- d) Tomografia computadorizada do quadril
- e) Ressonância magnética de quadril

8) Paciente de 3 anos, sexo masculino, é trazido ao posto de saúde. Pais relatam febre de 38,9°C e tosse persistente há 48 horas. Ao exame físico, você avalia bom estado geral. Na avaliação respiratória: FR 42 rpm, sem tiragem, com discretos estertores crepitantes em base à esquerda; saturação de 96% em ar ambiente. Qual a conduta a ser tomada?

- a) Penicilina cristalina intravenosa, internação, RX de tórax confirmatório
- b) Ceftriaxone IV, internação e RX de tórax confirmatório
- c) Amoxicilina via oral, tratamento ambulatorial, RX de tórax confirmatório
- d) Azitromicina via oral, tratamento ambulatorial, não sendo necessário Rx de tórax
- e) Amoxicilina via oral, tratamento ambulatorial, não sendo necessário Rx de tórax

9) Recém-nascido (RN), após período expulsivo prolongado de parto vaginal, nasce com hipotonia generalizada e sem respirar. Você o leva ao berço de reanimação e, após os passos iniciais, avalia que ele está com FC = 70 bpm e apneia. Após o primeiro ciclo de ventilação com pressão positiva (VPP) com máscara facial e oxigênio a 21%, a FC se mantém e a respiração é irregular,

além de apresentar cianose generalizada. O oxímetro de pulso ainda não mostra a saturação de oxigênio. O próximo passo na reanimação é

- a) Oferecer oxigênio a 100% por máscara
- b) Corrigir erros, verificando o ajuste da máscara à face do RN, repetindo a VPP com oxigênio a 21% por mais 30 segundos
- c) Intubar o RN para realização de VPP com oxigênio a 100%
- d) Iniciar massagem cardíaca e depois intubar o RN
- e) VPP com oxigênio a 100% por 30 segundos

10) Adolescente de 15 anos, sexo feminino, apresenta artrite em tornozelos bilateralmente, associada a desânimo e cansaço há algumas semanas. Você solicita alguns exames complementares, com os seguintes resultados:

Hemoglobina 9,5 g/dL, leucócitos: 3.700/mm³ (neutrófilos: 77%, linfócitos: 19%, monócitos: 4%), plaquetas: 290.000/mm³; sedimento urinário: proteínas (1,2g) e cilindros hemáticos e granulares; FAN: 1/640; Anti-DNA positivo. O diagnóstico dessa paciente é:

- a) Arterite de Takayasu
- b) Artrite idiopática juvenil
- c) Esclerodermia sistêmica
- d) Poliarterite nodosa
- e) Lúpus eritematoso sistêmico

11) Em relação ao registro orientado por problemas, utilizado nos serviços de Atenção Primária à Saúde (APS), está correta a afirmação:

- a) O formato SOAP de registro dos atendimentos, deve conter as informações e dados do acompanhamento. É um acrônimo de 4 itens: **S**ubjetivo, **O**bjetivo, **A**valiação e **P**ropedêutica;
- b) O meio eletrônico de registro não é adequado para o uso em pesquisas, avaliação e auditoria.
- c) A longitudinalidade é o atributo da APS que é mais favorecido pelo registro orientado por problema.
- d) A lista de problemas é o resumo da história clínica dos pacientes. Os problemas de ordem social não devem ser incluídos na lista de problemas.
- e) O Ministério da Saúde adotou o Prontuário Eletrônico para a APS, mas optou por utilizar o registro tradicional, e não o SOAP, pois contém linguagem mais conhecida pelos médicos.

12) Quando se busca superar a puericultura tradicional, baseada em condutas comportamentais, tendo como eixo o conceito de risco e vulnerabilidade, pode-se classificar a criança com risco clínico, social ou habitual. Qual afirmação não pode ser considerada correta:

- a) São condições sensíveis à APS (Atenção Primária à Saúde) para a população infantil: todas as doenças preveníveis por vacinação, gastroenterites infecciosas, pneumonias bacterianas, infecções de urina, asma e anemias.
- b) A criança com risco clínico e social deve necessariamente ser acompanhada pelo pediatra, em conjunto com o médico de família e comunidade.
- c) O risco clínico é identificado na presença de condições biológicas decorrentes da gestação e período periparto, ou adquiridas ao longo da vida da criança.
- d) O risco social é identificado na presença de condições familiares que caracterizam maior vulnerabilidade à criança, como mãe com deficiência ou inabilidade, suspeita de maus tratos, criança manifestadamente indesejada.
- e) O risco habitual é definido na própria condição de ser criança, como imaturidade imunológica.

13) Com o envelhecimento a população a APS lida cada vez com pacientes mais idosos e portanto com altos índices de patologias múltiplas e crônicas. Qual afirmação não é correta sobre a atenção à saúde do idoso:

- a) São fatores de risco para quedas: gênero masculino, idade maior do que 70 anos, uso de psicotrópicos, problemas de equilíbrio, déficit cognitivo, osteoartrose, anemia.
- b) Os estudos de rastreamento não são, em sua maioria, dirigidos para a população de idosos. A prática de rastreio em população idosa deve ser avaliada individualmente, considerando a idade, a autonomia funcional e a sobrevida.
- c) A síncope é uma condição que aumenta na população idosa e pode ser explicada pela maior prescrição de fármacos vasoativos e pela maior prevalência de arritmias nesse grupo populacional.
- d) A perda de apetite, diminuição da ingestão de água, confusão, letargia, tontura ou incontinência urinária podem ser a manifestação atípica de doenças em idosos e merecem investigação por parte do médico.
- e) São sintomas de anemia nos idosos: claudicação intermitente, insuficiência cardíaca e angina.

14) O refluxo gastroesofágico é uma condição comum nas crianças e é motivo de consultas frequentes para o Médico de Família e Comunidade. Não são características de refluxo fisiológico e merecem intervenção, exceto:

- a) Presença de regurgitação ou vômitos que acontecem independente da mamada;
- b) Irritabilidade;
- c) Alterações no sono;
- d) Ganho de peso insuficiente;
- e) Criança em opistótono após mamar.

15) O médico de família e comunidade pode acompanhar todo o pré-natal, de uma gestação de baixo risco, ou risco habitual. Mas a qualquer momento o risco pode se alterar e a gestante deverá ser encaminhada para serviço de referência. Qual condição indica encaminhar a gestante para serviço de alto risco:

- a) Glicemia de jejum em exame de 1º trimestre entre 85- 99mg/dl.
- b) Gestantes com teste positivo para sífilis.
- c) Gestante com diagnóstico prévio de hipotireoidismo.
- d) Gestante com IMC abaixo de 17.
- e) História pregressa de restrição de crescimento intrauterino.

16) Segundo a Constituição de 1988, e o regulamentado pelas Leis 8080 e 8142/90, o Sistema Único de Saúde (SUS) é definido como um sistema descentralizado, com comando único em cada esfera de governo. Segundo este princípio, podemos concluir que:

- a) Estados e Municípios devem financiar, EXCLUSIVAMENTE, com recursos próprios seus respectivos sistemas de saúde;
- b) Estados e Municípios têm autonomia formal para que formulem e implementem suas respectivas políticas de saúde sob as diretrizes do MS (Ministério da Saúde);
- c) Fica restrito à União, EXCLUSIVAMENTE, a responsabilidade pela execução das ações de Saúde Pública;
- d) Compete à União, EXCLUSIVAMENTE, a responsabilidade pelo financiamento das ações de Saúde Pública.
- e) Cabe à União, EXCLUSIVAMENTE, a responsabilidade pelo financiamento da assistência médica hospitalar, através das AIH (Autorização de Internação Hospitalar).

17) Qual das alternativas abaixo relaciona corretamente medidas de atenção primária:

- a) Imunização, inquéritos para descobrir casos na comunidade e higiene pessoal.
- b) Moradia adequada, áreas de lazer e detecção precoce ("screening").
- c) Imunização, reabilitação e detecção precoce ("screening").
- d) Moradia adequada, imunização e controle de vetores.
- e) Alimentação adequada, saneamento ambiental e detecção precoce ("screening").

18) Para examinar o possível papel de diabetes mellitus (DM) na etiologia do câncer de pâncreas (CP), foram investigados 720 pacientes com diagnóstico recente de CP e 720 pacientes internados por outras doenças. Os participantes foram recrutados em três hospitais, durante um período de dois anos. Entre os pacientes com CP, 64 relataram história prévia de DM (há pelo menos dois anos antes da data de internação). Entre os pacientes com outras doenças, 50

referiam prévia de DM (também há pelo menos dois anos antes da data de internação). Em relação a este estudo, podemos afirmar que:

- a) Para melhor avaliação, deveria se realizar um estudo transversal retrospectivo;
- b) Deveria ser considerado um estudo de coorte prospectiva;
- c) É um estudo de coorte retrospectiva, mas faltam dados;
- d) Trata-se de um estudo do tipo caso-controle;
- e) É um estudo do tipo ecológico retrospectivo.

19) Paciente desconhecido foi levado para o Pronto Socorro municipal, em estado de coma. Os exames mostraram tratar-se de coma diabético, mas o paciente faleceu em seguida, sem ter recobrado a consciência. Para a obtenção do atestado de óbito podemos considerar que:

- a) O serviço social da instituição deve ser acionado, pelo médico-chefe do Pronto Socorro, para as providências legais;
- b) É do médico plantonista do Pronto Socorro a responsabilidade de sua emissão;
- c) Que o Diretor Clínico da instituição deverá encaminhar ofício ao Instituto de Identificação, e a polícia civil a fim de evitar problemas policiais e de justiça;
- d) A família do paciente deve procurar o Serviço de Verificação de Óbitos, levando declaração assinada pelo médico;
- e) Que o hospital deve encaminhar o óbito ao Instituto Médico-Legal, imediatamente, pois sempre é necessária a realização de necropsia nestes casos.

20) Se a taxa de letalidade da doença A é igual a doença B, pode-se afirmar que:

- a) Ambas as doenças têm a mesma taxa de mortalidade
- b) As taxas de prevalência são idênticas para as duas doenças
- c) O risco de morrer é o mesmo para os acometidos pela doença A e B
- d) As taxas de incidência das duas doenças são iguais
- e) As taxas de prevalência são as mesmas para as duas doenças.

21) Mulher de 32 anos, portadora de diabetes mellitus tipo 1 há 18 anos e insuficiência renal crônica, vem apresentando piora progressiva dos níveis pressóricos, sendo encaminhada da atenção primária para ajuste da terapêutica anti-hipertensiva. Está em uso de hidroclortiazida 25mg pela manhã.

PA: 168/88mmHg FC: 82bpm

Exames complementares: creatinina 2,8 mg/dL, ureia 46 mg/dL, albuminúria 44mg/24h

Pergunta-se qual a meta de pressão arterial máxima e a classe medicamentosa de primeira escolha para controle pressórico da paciente?

- a) 140/80mmHg e bloqueador de canal de cálcio

- b) 140/80mmHg e bloqueadores de receptores de angiotensina
- c) 130/80mmHg e beta-bloqueadores
- d) 130/80mmHg e inibidores da enzima conversora de angiotensina
- e) 140/80mmHg e diurético de alça

22) No tratamento da artrite reumatoide, são consideradas drogas modificadoras de doença, todas abaixo, EXCETO:

- a) Cetoprofeno
- b) Metotrexato
- c) Infliximabe
- d) Rituximabe
- e) Leflunomida

23) Mulher de 47 anos de idade, com antecedente de Hipertensão Arterial Sistêmica, procura o pronto atendimento referindo cefaleia holocraniana de moderada intensidade, contínua, opressiva, que piora com a mudança de decúbito, iniciada há 5 semanas. Relata turvação visual bilateral de início recente, além de piora na intensidade da cefaléia, náuseas matinais e sudorese profusa vespertina. Medicamentos em uso contínuo: Enalapril 20mg 12/12 horas, Hidroclorotiazida 25mg/dia, Atenolol 50mg 12/12 horas, Anlodipino 5mg/dia. Na admissão hospitalar apresenta os sinais vitais: FC=87bpm, FR=18irpm, PA=152x93mmHg, T=37,9oC. No exame neurológico apresenta-se consciente, orientada no tempo e espaço, notado estrabismo divergente com PIFR e fotofobia, tremor fino de extremidades, sem alterações na marcha ou da força muscular, reflexos osteotendinosos profundos presentes e exaltados, e presença de sinais de irritação meníngea. A tomografia de crânio sem contraste não evidenciou alterações. No exame de líquido cefalorraquidiano apresentou pressão de abertura 32 cmH₂O, a amostra coletada possui aspecto xantocrômico, cuja análise laboratorial revelou celularidade de 384 células/mm³ com predomínio de células mononucleares, glicose 34 mg/dL e proteína 88 mg/dL. Exame bacterioscópico e cultura em andamento. Segundo o texto acima, assinale a alternativa que melhor corresponde ao caso:

- a) Emergência hipertensiva, iniciar tratamento com nitroprussiato de sódio.
- b) Meningite viral, indicar isolamento respiratório e iniciar tratamento com iniciar ceftriaxone.
- c) Meningite bacteriana, indicar isolamento respiratório e iniciar tratamento com ceftriaxone.
- d) Meningite tuberculosa, indicar isolamento respiratório e solicitar baciloscopia direta de escarro.
- e) Meningite meningocócica, indicar isolamento respiratório e iniciar tratamento com ceftriaxone.

24) Paciente masculino, 54 anos, portador de cirrose hepática por álcool. Chega ao plantão com história de aumento do volume abdominal há uma semana e confusão mental há um dia. Em uso de propranolol 40 mg 8/8 horas e espironolactona 100 mg ao dia.

Ao exame clínico foi visto: PA=80x60 mmHg; FC=62 bpm. Consciente e orientado, Tremores tipo *flapping*. Abdome globoso, indolor, com ascite de moderado volume.

Feita paracentese diagnóstica + exames laboratoriais.

Resultados:

Líquido ascítico:

Hemáceas: 4.000 por campo;

Glóbulos brancos: 950

Neutrófilos: 600

Linfócitos: 150

Células mesoteliais: 200

Sangue: Creatinina: 1,0; Uréia: 48; Sódio: 134 ;Potássio: 4,5.

O paciente foi internado. Quais itens devem estar na prescrição deste paciente?

- a) Ciprofloxacina; espironolactona e lactulose
- b) Ceftriaxona; propranolol; espironolactona; albumina endovenosa e lactulose
- c) Ciprofloxacina; albumina endovenosa; propranolol e lactulose
- d) Ceftriaxona; albumina endovenosa; espironolactona e lactulose
- e) Ceftriaxona; albumina endovenosa e lactulose

25) Homem, 21 anos, queixa-se de diarreia intermitente há 5 meses. Com 5 a 8 evacuações ao dia, fezes líquidas, sem sangue, com períodos de cólicas abdominais difusas precedendo as evacuações, melhora discreta ao defecar. Os episódios costumam durar 3 a 5 dias e vem se tornando mais frequentes. Perdeu 6 Kg desde o início do quadro. Há dois dias houve piora: evacuando até 10 vezes ao dia, com dor abdominal. Hoje teve um pico febril de 38,5oC. Exame físico: REG, descorado ++/4+, desidratado ++/4+. Abdome: plano, flácido, doloroso difusamente, com descompressão dolorosa em FID. RHA hiperativos. Exames Laboratoriais: Hb= 9,0g/dL, Ht= 29%, VCM=77fL, HCM= 26pg; leucócitos= 8.200 (bastões: 15%, segmentados= 61%; linfócitos= 24%), plaquetas= 450.000/mm³. Albumina= 3,2g/dL; K= 3,7 mEq/L; Na= 135mEq/L.

Qual é o diagnóstico mais provável?

- a) Apendicite aguda
- b) Doença de Crohn
- c) Neoplasia de colon

- d) Doença celíaca
- e) Diverticulite

26) Paciente masculino, 48 anos, etilista crônico há 20 anos, há cerca de cinco anos fazendo uso de 1 litro de aguardente por dia. Há cinco dias com febre alta, calafrios, tosse produtiva com expectoração esverdeada. Há dois dias com dispnéia progressiva, piora em decúbito.

Ao exame clínico: REG, descorado +/4+, desidratado +/4+, taquidispneico.

PA=100x70 mmHg; FC=90 bpm; FR=26rpm; Temperatura axilar: 38,8oC

Aparelho Respiratório: tórax simétrico, expansibilidade reduzida à esquerda, som maciço à percussão em 2/3 inferiores à esquerda, murmúrio vesicular abolido nos 2/3 inferiores a E.

RX de tórax:



Qual é o diagnóstico mais provável?

- a) Tuberculose pulmonar
- b) Pneumonia adquirida na comunidade (provável agente etiológico: *Streptococcus pneumoniae*)

- c) Pneumonia adquirida na comunidade (provável agente etiológico: *Klebsiella pneumoniae*)
- d) Hidrotórax hepático
- e) Tromboembolismo pulmonar

27) Paciente de 56 anos, sexo feminino, diabética, hipertensa, tabagista de longa data, procura Pronto Atendimento de Hospital Universitário queixando de que há 2 anos vem apresentando falta de ar para caminhar. Tem que descansar sempre um pouco pra poder voltar a caminhar. Está sentindo piora progressiva do quadro, porém há 1 dia passou a sentir falta de ar no repouso acompanhada de sudorese fria, mal estar e sensação de sufocamento.

Ao EF: PA:120/80mmHg, FC=110bpm regular, FR=28ipm, saturação 89% em ar ambiente. Dados positivos do exame especial: Torax com murmúrio vesicular diminuído em bases, crepitações finas até terço médio de ambos os pulmões e coração com 2 bulhas ritmicas normofonéticas com sopro sistólico em foco mitral 2+/4+ irradiado para linha axilar média.

Qual o **diagnóstico mais provável e conduta mais apropriada** a ser tomada pelo médico do Pronto Atendimento nesse primeiro momento?

- a) Cardiopatia de provável etiologia isquêmica, com provável quadro atual de equivalente isquêmica e disfunção ventricular diastólica. Tratamento: Suplementação de oxigênio, medidas para congestão, AAS 300mg via oral, clopidogrel 300 mg, eletrocardiograma em até 10 minutos e anticoagulação plena apenas se eletrocardiograma alterado e dosagem de enzimas cardíacas, eletrólitos e função renal.
- b) Cardiopatia de provável etiologia isquêmica, com provável quadro atual de equivalente isquêmico e disfunção ventricular sistólica. Tratamento: Suplementação de oxigênio, medidas para congestão, AAS 300 mg via oral, clopidogrel 300mg, eletrocardiograma em até 10 minutos e anticoagulação plena mesmo se eletrocardiograma normal e dosagem de enzimas cardíacas, eletrólitos e função renal.
- c) Insuficiência cardíaca classe IV sem etiologia definida. Tratamento: medidas para insuficiência cardíaca: suplementação de oxigênio, medidas para congestão com diurético e inibidor de enzima conversora de angiotensina se função renal normal.
- d) Insuficiência respiratória por provável doença pulmonary obstrutiva crônica. Tratamento: suplementação de oxigênio para manter saturação em torno de 90%, Beta 2 agonista, corticoterapia se necessário e gasometria arterial.
- e) Insuficiência cardíaca classe IV por provável evolução natural da doença e uso incorreto das medicações. Tratamento: medidas para insuficiência cardíaca: suplementação de oxigênio, medidas para congestão com diurético e nitroglicerina endovenosa e digital endovenoso.

28) Mulher, 62 anos, vem à UBS com queixa de mancha escura no braço com crescimento rápido nos últimos meses. Paciente refere que há cerca de 2 anos surgiu uma mancha amarronzada no braço esquerdo, e que nos últimos 6 meses notou crescimento e modificação da lesão. Ao exame físico: mácula assimétrica de 4mm de diâmetro, apresentando 3 cores (marrom escuro, marrom claro e preto), com bordas regulares. Frente a esta lesão suspeita **a melhor conduta é:**

- a) Biópsia excisional da lesão com margem cirúrgicas de 2cm, pois a suspeita clínica é de melanoma, e envio do material para exame anatomopatológico.
- b) Biópsia incisional da lesão, pois a suspeita clínica é de nevo melanocítico, e envio do material para exame anatomopatológico.
- c) Biópsia excisional da lesão com margem cirúrgica de 1 a 2mm, pois a suspeita clínica é de melanoma, e envio do material para exame anatomopatológico.
- d) Biópsia excisional da lesão com margem cirúrgicas de 1cm, pois a suspeita clínica é de melanoma, e envio do material para exame anatomopatológico.
- e) Acompanhamento clínico e nova avaliação em 6 meses.

29) Em paciente com suspeita de tuberculose pulmonar, assinale a alternativa correta:

- a) O teste rápido molecular para tuberculose é o método mais indicado para investigação de caso novo de tuberculose pulmonar na população geral.
- b) A pesquisa de bacilos álcool-ácido resistentes em duas amostras de escarro é o método de primeira escolha no diagnóstico de tuberculose pulmonar em populações vulneráveis como profissionais da saúde, pessoas que vivem com HIV/aids e população privada de liberdade;
- c) O teste rápido molecular para tuberculose é o método mais indicado para investigação de tuberculose ativa em paciente com vistas a retratamento de tuberculose pulmonar.
- d) A rifampicina é a droga de escolha para o tratamento infecção latente pelo *Mycobacterium tuberculosis* (ILTb) em pessoas que vivem com HIV/aids em uso de inibidores da protease.
- e) Deve-se vacinar com BCG toda criança portadora de HIV acima dos cinco anos de idade.

30) Paciente masculino, 47 anos, é admitido no Pronto Atendimento com quadro de monoartrite aguda em joelho direito. Ao exame, apresenta hiperemia, dor intensa limitando a mobilização ativa e passiva e moderado derrame articular. Nega trauma local prévio.

A melhor conduta inicial, frente ao caso é:

- a) Realizar artrocentese de alívio no joelho direito e infiltrar corticosteróide.
- b) Encaminhar para o ortopedista para abordagem cirúrgica, imediatamente.
- c) Colher ácido úrico sérico e urinário, prescrever AINE, colchicina e compressa de gelo local.
- d) Puncionar o joelho para realização de citologia, pesquisa de cristais e cultura do líquido sinovial.
- e) Iniciar antibioticoterapia para artrite séptica

31) JOS, 45 anos, feminina, referindo queixa de dor em andar superior do abdome há 3 dias, irradiada para dorso, associada a episódios de náusea e vômitos esverdeados. Relata ingestão eventual de cerveja aos finais de semana. Previamente ao quadro, apresenta cólicas em hipocôndrio direito, com melhora ao utilizar brometo de escopolamina. Ao exame físico encontra-se com escleras levemente amareladas, abdome doloroso, principalmente em andar superior direita, onde observa-se defesa a palpação.

Foi internada com suspeita de Pancreatite aguda, tendo como resultado de exames:

TGO: 66, TGP: 57, Hb: 13, Le: 10.000, Cr: 2,4, U: 55, Bilirrubina total: 2,5 (bilirrubina indireta: 1,0), FA: 200, GGT: 160. Amilase sérica 140.

Com base no quadro apresentando acima, é correto afirmar:

- a) É possível excluir pancreatite aguda devido ao valor normal da amilase
- b) Sugere-se dor abdominal secundária a insuficiência renal aguda
- c) Pode-se confirmar coledocolitíase como causadora da dor devido aos valores de enzimas canaliculares elevados
- d) Lipase poderia confirmar o diagnóstico em questão
- e) O próximo exame para o diagnóstico seria a Colangiorressonância Magnética

32) AM, 65 anos, etilista de 1L de pinga aos finais de semana, hipertenso (em uso de Losartana), evolui com quadro de hematêmese vultuosa, seguida de desmaio, há 15 minutos da admissão.

Admitido na Unidade de Emergência do HU, com PA: 80 x 50mmHg, FC: 130 bpm, descorado, com sudorese profusa. Ao exame físico, apresenta rarefação pilosa e algumas telangiectasias em tórax.

Em relação a endoscopia no caso apresentando acima:

- a) Deve ser realizada imediatamente, pois reduz a mortalidade se realizada dentro de 1h da admissão

- b) Não está indicada, pois no caso apresentando o sangramento decorre de varizes de esôfago e, nesse caso, a indicação é pelo balão de Sengstaken-Blakemore
- c) Deve ser realizada dentro de 12h da admissão hospitalar após a estabilização hemodinâmica e, se possível, deve-se realizar terapêutica endoscópica.
- d) Deve ser realizada somente uma vez, sendo que, em caso de falha, procedimentos adicionais como TIPS (Shunt portossistêmico intra-hepático transjugular) está indicado.
- e) Deve ser realizada dentro de 6h caso não seja atingida a estabilização hemodinâmica, como tentativa de cessar a hemorragia.

33) Mulher, 26 a, com disúria, polaciúria e dor lombar leve E há 3 dias, dá entrada na Emergência às 12 h com febre alta e piora da dor lombar, agora de forte intensidade.

EF: palidez cutânea, sudorese fria

P=FC=155 / FR=18 irpm / PA: 110 x 70 mmHg

Temp axilar: 39.1 C

Cardiopulmonar: taquicardia/taquipneia, s/sopros

Abdome: sem alterações

Giordano (+) Esquerda

EXAMES SUBSIDIÁRIOS:

Urina I: 300.000 leucócitos / Nitritos (+)

Hemograma: 27.700 leuc / 10% bastões

US Vias Urinárias: importante ureterohidronefrose E +
imagem de cálculo 1/3 médio do ureter E



Sinais ultrassonográficos de pielonefrite aguda E

Qual a melhor abordagem terapêutica para essa paciente?

- a) Internação após hidratação vigorosa e antibioticoterapia
- b) Internação, solicitar vaga na UTI e avaliação urológica urgente
- c) Ureterolitotripsia a laser
- d) Ureterolitotomia urgente
- e) Implante de cateter duplo J à E + suporte clínico avançado em UTI

34) Paciente de 35 anos refere que, após relação sexual há 1 dia, o pênis começou a ficar edemaciado e com dor ao toque. Nega dificuldade para urinar. Foi ao PS e foi diagnosticado FIMOSE COM EVOLUÇÃO PARA PARAFIMOSE.

Em relação à fimose e parafimose é CORRETO afirmar:

- a) A fimose pode evoluir para parafimose
- b) A parafimose deve ser tratada com cremes e antiinflamatórios via oral
- c) A fimose é comum nos primeiros anos de vida e permanece na adolescência na maioria dos casos
- d) Exercícios prepuciais feitos pelos pais em crianças com fimose devem ser estimulados
- e) Nenhuma das alternativas anteriores

35) Homem de 43 anos, apresenta-se em primeiro pós-operatório de hérnia inguinal E. Queixa-se de dor testicular E desde quando acabou a cirurgia, já na recuperação anestésica. A dor melhora pouco com uso de cetoprofeno endovenoso. EF: aumento de volume do testículo e sinais flogísticos leve à E, e com dor à palpação local.

O diagnóstico etiológico poderá ser feito por meio de:

- a) Anamnese + Exame Físico
- b) Anamnese + Exame Físico + RX bacia

- c) Anamnese + Exame Físico + US Doppler de bolsa escrotal
- d) Anamnese + Exame Físico + exploração cirúrgica imediata sem exames, pois trata-se de uma emergência urológica
- e) Nenhuma das anteriores

36) Paciente masculino, 72 anos, portador de angina instável, com indicação de revascularização do miocárdio. Na avaliação pré-operatória, foi identificado uma estenose de carótida interna esquerda de 50 a 69% e, no lado direito, ausência de lesões. Sabendo que o paciente não tinha história de eventos neurológicos prévios, qual a indicação mais correta?

- a) Tratamento clínico da doença carotídea e proceder apenas à revascularização do miocárdio.
- b) Endarterectomia carotídea prévia à cirurgia do miocárdio.
- c) Angioplastia/stent de carótida esquerda por oferecer um risco menor de evento cardiológico no pós-operatório comparado à cirurgia convencional e, após 3 meses, realizar a revascularização do miocárdio.
- d) Revascularização do miocárdio inicialmente e na sequência a endarterectomia carotídea, na mesma internação hospitalar, com um intervalo de, aproximadamente, 7 dias entre os procedimentos.
- e) Somente Revascularização do Miocárdio, sem necessidade de tratamento clínico.

37) Atualmente, um dos escores de gravidade mais utilizados em pancreatite aguda trata-se do BISAP (Bed Side Index), que consta de 5 critérios. São eles:

- a) Uréia ou BUN, alteração do status mental, presença de SIRS, Idade e derrame pleural
- b) Bilirrubina, INR, presença de SIRS, Amilase e alteração do pulso
- c) Bilirrubina, Idade, alteração do Status mental, Amilase, derrame pleural
- d) Uréia ou BUN, Idade, presença de SIRS, Alteração pressórica e derrame pleural
- e) Bilirrubina, INR, alteração do Status mental, Amilase, alteração pressórica

38) Paciente de 65 anos, feminina com cefaleia crônica em região temporal direita e há 6 semanas com piora da dor associado a claudicação de mandíbula dor temporal e alterações visuais homolateral. Em exames laboratoriais apresenta VHS muito elevado (maior 100). O diagnóstico mais provável a ser pensado é?

- a) Amaurose fugaz
- b) Dissecção de carótida
- c) Migrane
- d) Arterite temporal
- e) Ansiedade

39) Paciente masculino de 38 anos dá entrada no SMU vítima de ferimento por arma branca em região dorsal. Na avaliação inicial apresenta-se consciente e contactuante, com FC de 140 e PA 84x56. Glasgow 14, ansioso, saturando 93% em ar ambiente. A exposição apresenta ferimento de 3 cm sem sangramento ativo em região lombar direita, nível de L4, a 3 cm do processo espinhoso. Qual melhor conduta?

- a) FAST para avaliar penetração na cavidade
- b) Laparoscopia para avaliar penetração na cavidade
- c) Laparotomia exploradora
- d) Tomografia Computadorizada com triplo contraste para avaliar lesões
- e) Duas das anteriores estão corretas

40) Mulher, 41 anos, dá entrada em SMU trazida por familiares vítima de agressão após briga com marido.

Ao Exame Físico:

Vias aéreas pérvias sem colar

Murmúrios vesiculares presentes bilateralmente sem ruídos adventícios. Orifício de entrada de ferimento por arma branca em quarto espaço intercostal esquerdo, linha hemi-clavicular

PA 80x40 mmHg, FC 140 bpm, pulso paradoxal. Ferimento por arma branca em hipocôndrio esquerdo.

Escala de Coma de Glasgow 8, pupilas isocóricas e fotorreagentes.

Nenhuma outra lesão além das descritas.

Qual principal diagnóstico e conduta inicial:

- a) Lesão de aorta; Angiografia: Tratamento endovascular
- b) Lesão de baço; FAST; Laparotomia exploradora
- c) Lesão de baço; Laparotomia exploradora
- d) Tamponamento cardíaco; Toracotomia de reanimação

e) Tamponamento cardíaco; Toracotomia de emergência

41) Laura, 26 anos, G1, P0, A0, se encontra com aproximadamente 10 semanas de gestação e apresentou durante a consulta de pré-natal o seguinte resultado: sorologia para toxoplasmose IgM 4UI/mL e IgG positivos. Qual deverá ser a próxima conduta?

- a) Repetir exame sorológico IgM em 21 dias para confirmar a doença.
- b) Iniciar imediatamente o tratamento com Pirimetamina na dose de 200 mg por dia até o fim da gestação.
- c) Solicitar o teste de Avidéz para verificar o tempo de infecção.
- d) Nenhuma conduta, pois o resultado sorológico mostra que a gestante não está susceptível á doença.
- e) Nenhuma das alternativas acima está correta.

42) Paciente de 23 anos chegou ao consultório relatando que iniciou vida sexual á seis meses e que gostaria de realizar a coleta de Papanicolau. Como devemos orientar a paciente segundo as Diretrizes Brasileiras para o Rastreamento do Câncer do Colo Uterino?

- a) Não há necessidade de realizar o exame uma vez que a mesma iniciou vida sexual á menos de um ano.
- b) Iniciar coleta anualmente á partir dos 25 anos de idade.
- c) Coletar o Papanicolau independente da idade, uma vez iniciado a sexarca.
- d) Orientar a paciente de que o início do procedimento deverá ser realizado á partir dos 25 anos de idade e se o resultado do exame for normal durante dois anos consecutivos, a coleta poderá ser feita a cada três anos.
- e) Nenhuma das alternativas acima está correta.

43) Primípara, 32 semanas de gestação, realizando a primeira consulta de pré-natal, apresenta quadro sorológico confirmado de toxoplasmose. Que conduta terapêutica deverá ser estabelecida?

- a) Iniciar tratamento com Espiramicina.
- b) Iniciar tratamento com Sulfadiazina, Pirimetamina e Ácido Folínico.
- c) O tratamento só deverá ser iniciado após o parto.
- d) Iniciar tratamento com Pirimetamina e Ácido Folínico.
- e) Nenhuma das alternativas acima está correta.

44) Paula, 32 anos, G3, P2, A0, com 30 semanas de gestação, apresenta como resultado do exame de Papanicolau, presença de ASC-US (células escamosas atípicas de significado indeterminado). Que conduta clínica deve ser realizada?

- a) Esperar o término da gestação, depois encaminhar a mesma para realização do exame colposcópico.
- b) Repetir a coleta de Papanicolau em um ano.
- c) Após seis meses, realizar novo exame de Papanicolau.
- d) Encaminhar a paciente para o exame de Colposcopia.
- e) Nenhuma das alternativas acima está correta.

45) Paciente durante a consulta de puerpério imediato decide como método contraceptivo o DIU T-Cu 380A. Qual a orientação com relação ao período para sua colocação?

- a) Quinze dias após o parto.
- b) Após o término da amamentação.
- c) Seis meses após o parto.
- d) Até quarenta e oito horas após o parto ou depois de quatro meses do mesmo.
- e) Nenhuma das alternativas acima está correta.

46) Paciente de 50 anos, virgem, última menstruação há 7 meses, com queixas de fogachos, labilidade emocional e insônia; retorna à UBS trazendo resultados **normais** de mamografia, colpocitologia, bem como de exames laboratoriais (hemograma, lipidograma, TSH, urina e pesquisa de sangue oculta nas fezes. FSH= 98UI/L. Nega doenças prévias e relata uma tia-avó com câncer de mama. Sem outras queixas ginecológicas no momento. A conduta correta é:

- a) Prescrever terapia de reposição hormonal (TRH), com a concordância da paciente, utilizando-se da medicação disponível na farmácia da UBS, contendo Estrógeno + Progesterona;
- b) Prescrever TRH, utilizando-se da medicação disponível na farmácia da UBS, contendo Estrógeno apenas;
- c) Não prescrever TRH, pelo antecedente familiar de câncer de mama, oferecendo medidas naturais para a melhoria dos sintomas, tais como chá de amora;
- d) Prescrever bifosfonados para prevenção de osteoporose, uma vez que existe a contra-indicação para TRH;

- e) Não prescrever contraceptivo ou TRH pois a paciente não apresenta atividade sexual.

47) Paciente de 36 anos, nuligesta, acompanhada do marido de 30 anos, vem para consulta relatando muita preocupação por já estarem casados há 6 meses, sem uso de nenhum método contraceptivo e com relações sexuais frequentes (2-3 vezes por semana) e não terem conseguido engravidar. Apresenta ciclos menstruais regulares. Não apresenta outras queixas. Resultado de colpocitologia normal (há 3 meses). Qual a melhor conduta para esta situação?

- a) Anamnese e exame físico completo e caso não se encontre nenhuma alteração, apenas orientar o casal, pois não completou um ano de tentativa;
- b) Anamnese e exame físico completo e solicitação de exames hormonais para a mulher;
- c) Anamnese e exame físico completo e solicitação de exames hormonais para o casal, além de histerossalpingografia;
- d) Anamnese e exame físico completo e solicitação de exames hormonais para a mulher, além de espermograma para o marido;
- e) Anamnese e exame físico completo e já iniciar a investigação para infertilidade conjugal.

48) Paciente de 28 anos, G₂P₂A₀ (1 Parto normal e 1 Cesariana com LT, anteriores), última menstruação há 4 meses, nega uso de qualquer medicação, comparece à UBS, sendo examinada (Ferriman=12), trazendo os seguintes resultados de exames, realizados há uma semana: FSH= 7,5 mUI/ml, Beta-HCG sérico negativo, Prolactina= 12 ng/dL, TSH= 2,5mUI/L, Testosterona total= 97ng/dL e SDHEA= 155ng/dL . Nesta situação, a conduta correta é:

- a) Iniciar imediatamente anticoncepção com pílula combinada, devido ao FSH baixo;
- b) Prescrever Terapia de Reposição Hormonal imediatamente, utilizando-se da medicação disponível na UBS;
- c) Solicitar ultra-sonografia apenas, para avaliar o endométrio;
- d) O quadro clínico é compatível com anovulação crônica, por síndrome dos ovários policísticos e o tratamento pode ser somente progestágeno 14 dias por mês, iniciando no 12º dia do ciclo.
- e) Repetir os exames em uma semana, adicionando ao pedido, as dosagens de LH e Progesterona.

49) Na terapia de reposição hormonal combinada, ou seja, que contém estrogênio e progestágeno, qual é a função do progestágeno?

- a) Garantir a anticoncepção que, eventualmente, pode ocorrer nas pacientes mais jovens;
- b) Colaborar para a redução dos fogachos e das alterações de humor, sintomas presentes nesta fase;
- c) Proteção endometrial contra a hiperplasia endometrial promovida pelo estrogênio;
- d) Prevenção da osteoporose que ocorre no período da pós-menopausa;
- e) Todas as anteriores.

50) Paciente de 18 anos é atendida na USF com queixa de aparecimento de lesões, destacadas na figura abaixo. Assinale a alternativa correta:



- a) Trata-se de candidíase vulvar e o tratamento correto deverá utilizar fluconazol oral e creme vaginal contendo miconazol;
- b) Trata-se de infecção mista e o tratamento correto deverá utilizar tinidazol oral e creme vaginal contendo nistatina;
- c) Trata-se de condiloma, causado pelo HPV e o tratamento recomendado é a aplicação de gama-interferon, devido à quantidade maciça de lesões;
- d) Trata-se de de condiloma, causado pelo HPV e o tratamento recomendado é a aplicação de ácido tricloroacético em concentração não inferior a 80%;
- e) Não é possível definir a infecção, o correto seria utilização de creme vaginal contendo antifúngico, antibacteriano e antiprotzoário.