

1. Uma proposta prevê que apenas a Vigilância em Saúde supervisione ACS e ACE. Qual arranjo é correto segundo a PNAB?
 - a) Concentrar supervisão em Vigilância, excluindo participação da Atenção Básica.
 - b) Centralizar supervisão na Atenção Básica, sem interface com Vigilância.
 - c) Realizar supervisão e coordenação compartilhadas entre AB e Vigilância, considerando integração territorial.
 - d) Transferir supervisão ao hospital de referência em linhas de cuidado selecionadas.
 - e) Delegar supervisão ao CAPS em função da demanda de saúde mental comunitária.
2. Em uma capital com expansão de bairros periféricos e alta mobilidade diária, a secretaria municipal precisa revisar a adscrição das equipes para reduzir discontinuidades da atenção. Determine a diretriz normativa que melhor orienta a definição de território e responsabilização sanitária das equipes na Atenção Básica (AB).
 - a) Adscriver população por território definido com responsabilização sanitária da equipe.
 - b) Vinculação livre sem território, com atendimento preferencial por demanda espontânea.
 - c) Territorialização apenas por critérios geográficos, sem considerar vulnerabilidade.
 - d) Adscriver restrita ao microterritório da UBS, sem possibilidade de pactos interfederativos.
 - e) Adscriver condicionada ao tipo de unidade (ESF x eAB), mas sem responsabilização.
3. Adolescente de 16 anos com irritabilidade, explosões de raiva desproporcionais, 3 vezes por semana há 12 meses, em múltiplos contextos. Qual diagnóstico?
 - a) Transtorno explosivo intermitente.
 - b) Transtorno disruptivo da desregulação do humor.
 - c) Transtorno de conduta.
 - d) Transtorno opositor desafiante.
 - e) Transtorno de personalidade antissocial.
4. Uma equipe de Atenção Básica propõe carga total de 40h semanais, mas com cada profissional cumprindo apenas 8h. Qual resposta está alinhada à PNAB?
 - a) Validar se há médico e enfermeiro, priorizando a composição mínima profissional prevista em regulamentos.
 - b) Priorizar soma total de 40h por equipe, sem necessidade de respeitar carga mínima individual por categoria.
 - c) Respeitar mínimo de 10h por profissional, máximo de três por categoria e carga global de 40h por equipe.
 - d) Mantê-la assim se houver núcleo de apoio com profissionais complementares em regime compartilhado.
 - e) Manter arranjo itinerante com plantões alternados, substituindo cargas individuais por coberturas rotativas.
5. Uma equipe de residência em Belém desenha um projeto para reduzir iniquidades na atenção a pessoas com doença falciforme em áreas periféricas. O plano inclui busca ativa, oferta de atenção integral e pactuação regional para garantia de exames de média complexidade. Segundo a legislação do SUS, o arranjo valoriza:
 - a) universalidade, integralidade e equidade, com regionalização e hierarquização do acesso.
 - b) focalização econômica, seletividade de acesso e centralização decisória estadual.
 - c) equidade entendida como tratamento idêntico para todos os usuários.
 - d) integralidade apenas como oferta de medicamentos essenciais.
 - e) regionalização entendida como distribuição livre de serviços sem pactos interfederativos.
6. Para investigar a associação entre sedentarismo e obesidade em adultos de uma cidade, qual delineamento mede prevalência e razão de prevalências?
 - a) Coorte prospectiva
 - b) Caso-controle
 - c) Transversal
 - d) Ensaio clínico
 - e) Série de casos

- 7.** Qual dos itens abaixo descreve corretamente um dos princípios fundamentais estabelecidos pela Lei nº 10.216/2001, que regulamenta a Reforma Psiquiátrica no Brasil?
- a** A manutenção obrigatória de internação em hospitais psiquiátricos sempre que o paciente apresentar diagnóstico de transtorno mental grave, independentemente da avaliação de risco.
 - b** A prioridade ao tratamento comunitário, assegurando que a internação hospitalar seja utilizada apenas como medida excepcional e temporária, quando houver risco iminente à saúde do indivíduo ou de terceiros.
 - c** A exclusão total de recursos financeiros públicos para serviços de atenção psicossocial, transferindo integralmente o financiamento para a iniciativa privada.
 - d** A obrigatoriedade de que todos os pacientes com transtorno mental sejam submetidos a Terapia Eletroconvulsiva (TEC) como primeira linha de tratamento.
 - e** A criação de unidades de internação de longa permanência em hospitais gerais, sem necessidade de acompanhamento multiprofissional ou vínculo com a rede de atenção psicossocial.
- 8.** Considerando a Lei nº 10.216/2001, qual das assertivas abaixo descreve adequadamente a relação entre a política de desinstitucionalização e a organização da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)?
- a** A desinstitucionalização implica a extinção total dos leitos psiquiátricos nos hospitais gerais, de modo que todo o atendimento de urgência em saúde mental passe a ser realizado exclusivamente pelos CAPS.
 - b** A política de desinstitucionalização requer a criação de unidades de internação de curta duração (UCI) dentro dos próprios CAPS, permitindo que a internação seja conduzida por equipes multiprofissionais sem necessidade de encaminhamento a hospitais.
 - c** A desinstitucionalização está associada à implantação de serviços de atenção psicossocial em diferentes níveis de complexidade (CAPS I, II, III, Residências Terapêuticas, etc.), sendo a internação hospitalar mantida apenas como recurso de exceção.
 - d** A lei determina que a responsabilidade exclusiva pelo acompanhamento pós-alta de pacientes internados seja atribuída ao médico psiquiatra responsável pela internação, sem participação de outros profissionais da RAPS.
 - e** Para garantir a desinstitucionalização, a legislação exige que todas as famílias dos usuários recebam apoio financeiro direto do Estado, independentemente da existência de serviços de suporte comunitário.
- 9.** Assinale a alternativa que melhor descreve a principal função do Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica (SNVE).
- a** Coletar dados apenas sobre doenças transmissíveis para gerar alertas imediatos.
 - b** Monitorar a ocorrência de agravos de saúde, analisar dados e subsidiar a definição de políticas públicas.
 - c** Fiscalizar exclusivamente a qualidade dos laboratórios de diagnóstico do SUS.
 - d** Realizar a vacinação da população em campanhas pontuais, sem integração com outros serviços.
 - e** Gerenciar somente informações sobre óbitos maternos, ignorando demais indicadores de saúde.
- 10.** Qual dos itens abaixo corresponde à definição mais adequada de violência no contexto da saúde?
- a** Qualquer situação em que haja conflito verbal entre pacientes e profissionais.
 - b** A ocorrência de agressões físicas exclusivas ao ambiente hospitalar.
 - c** Qualquer ação ou omissão que cause dano físico, psicológico ou social ao indivíduo, em qualquer local.
 - d** Somente os episódios de violência doméstica que chegam ao serviço de saúde.
 - e** Apenas os casos de violência cometidos por agentes de segurança do hospital.

Leia o caso clínico abaixo para responder às questões 11 e 12

Sr. João, 58 anos, tabagista 10 maços/ano, vem à consulta anual com médico do trabalho sem queixas ou uso de medicações para avaliação, ao exame foi verificada pressão arterial (PA) de 135 x 85 mmHg, sem outros achados significantes ao exame físico; deste modo, foram solicitados exames laboratoriais e orientação sobre Mudanças no Estilo de Vida (MEV). Após 3 meses, Sr. João retorna à consulta com adoção das MEV, apresentando ao exame físico PA de 134 x 82 mmHg, com os seguintes exames laboratoriais

Glicemia: 130 mg/dl	HbA1c: 7,2%
Colesterol total: 210 mg/dl	Triglicerídeos: 162 mg/dl
LDL colesterol: 110 mg/dl	HDL colesterol: 38 mg/dl

11. Conforme a Diretriz de Hipertensão Arterial mais atual da Sociedade Brasileira de Cardiologia, a melhor conduta referente aos níveis pressóricos, é:

- a) iniciar terapia farmacológica anti-hipertensiva em monoterapia.
- b) iniciar terapia farmacológica anti-hipertensiva com duas classes de ação sinérgica.
- c) reforçar MEV, principalmente, redução da ingestão de sal e reavaliar em 90 dias.
- d) reforçar MEV, principalmente, suplementação de magnésio e reavaliar em 90 dias.
- e) reavaliação anual com estímulo à adoção de estilo de vida saudável.

12. Considerando ainda o caso acima, qual a melhor conduta em relação aos níveis glicêmicos:

- a) iniciar tratamento farmacológico com metformina e gliclazida, associada a MEV.
- b) iniciar tratamento farmacológico com dapagliflozina, associada a MEV.
- c) orientar medidas não farmacológicas, como dieta com restrição de carboidratos, para o controle glicêmico e reavaliação em 90 dias.
- d) repetir a glicemia de jejum para confirmação diagnóstica, antes de iniciar qualquer tratamento.
- e) solicitar teste oral de tolerância à glicose (TOTG) para confirmação diagnóstica, antes de iniciar qualquer tratamento.

13. Mulher de 38 anos com história de nódulo hipoecoico, sólido, 1,4 x 1,0 cm, com microcalcificações (TI-RADS 5), realizou punção aspirativa por agulha fina (PAAF) com resultado citológico compatível classificação Bethesda II. Após 12 meses, o nódulo aumentou de tamanho, passando a medir 1,9 x 1,3 cm, mantendo as demais características. A conduta mais indicada, neste caso, é:

- a) solicitar nova PAAF.
- b) manter seguimento anual com ultrassonografia.
- c) solicitar cintilografia da tireoide.
- d) encaminhar para realização de lobectomia tireoidiana.
- e) solicitar painel genético para avaliação de mutação relacionada a carcinoma da tireoide.

14. Homem de 70 anos, diabético tipo 2 há 20 anos, hipertenso de longa data, dislipidêmico e ex-tabagista (40 maços/ano). Refere piora progressiva da memória há 1 ano, com quedas frequentes, lentificação do raciocínio, e episódios de desorientação leve em ambientes novos. A esposa relata piora mais acentuada após um episódio de confusão aguda há 8 meses, seguido de discreta melhora e nova piora recente. Exame neurológico: força muscular preservada, marcha com passos curtos, apraxia de marcha e reflexos aumentados em MMII, sem rigidez ou alucinações visuais. Tomografia computadorizada de crânio mostra leucomatose e áreas isquêmicas antigas nos núcleos da base. O diagnóstico mais provável para o quadro de declínio cognitivo, é:

- a) Doença de Alzheimer de início tardio.
- b) Demência vascular por infartos múltiplos.
- c) Demência frontotemporal variante comportamental.
- d) Demência com corpúsculos de Lewy.
- e) Hidrocefalia de pressão normal.

15. Mulher de 26 anos apresenta, desde os 20 anos, crises recorrentes de cefaleia bilateral, de intensidade moderada a intensa, descrita como "em peso", com duração entre 12 e 48 horas, associadas a náuseas, vômitos, fotofobia e fonofobia. As crises pioram com esforço físico e melhoram com repouso. Exame neurológico: normal. O diagnóstico mais provável, neste caso, é:

- a) Cefaleia tensional episódica.
- b) Cefaleia cervicogênica.
- c) Cefaleia em salvas.
- d) Sinusite maxilar recorrente.
- e) Enxaqueca sem aura.

- 16.** Todos os seguintes pacientes devem efetuar um rastreamento de lipídios, **EXCETO**:
- a) homem saudável de 23 anos que começou a trabalhar como motorista de aplicativos.
 - b) menino de 17 anos com diabetes do tipo 1.
 - c) adolescente do sexo feminino de 17 anos que recentemente começou a fumar.
 - d) mulher de 48 anos no início da menopausa.
 - e) homem de 62 anos com história clínica pregressa de hipertensão arterial.
- 17.** Um empresário de 62 anos é atendido por um especialista em Medicina do Sono após sua esposa relatar roncos intensos, pausas respiratórias e episódios de engasgos noturnos. Refere sonolência diurna excessiva (Epworth = 14). Ao exame físico: IMC 38 kg/m², circunferência cervical aumentada, Mallampati IV, pressão arterial de 150/95 mmHg. Foi realizada polissonografia de noite inteira, que evidenciou: Índice de Apneia-Hipopneia (IAH): 23 eventos/hora; dessaturações repetidas, com SpO₂ mínima de 82%; predomínio de eventos obstrutivos. Fragmentação significativa da arquitetura do sono. Considerando o quadro acima, a classificação de gravidade da Apneia Obstrutiva do Sono (AOS) e o tratamento de escolha segundo diretrizes atuais (AASM, 2023), são:
- a) Moderada / CPAP (Continuous Positive Airway Pressure)
 - b) Leve / Dispositivo intraoral
 - c) Moderada / Cirurgia ortognática
 - d) Grave / Bilel PAP
 - e) Grave / Dispositivo intraoral
- 18.** Em relação à necessidade de coterapia profilática (inibidor de bomba de prótons ou misoprostol) para prevenir sangramento gastrointestinal induzido por Antinflamatórios Não Hormonais (AINEs). O paciente que apresenta indicação clara e formal para essa proteção, segundo diretrizes atuais, é:
- a) mulher de 40 anos com artrite reumatoide em uso de metotrexato semanal, iniciando ibuprofeno em doses plenas para controle da dor inflamatória.
 - b) homem de 55 anos com crise aguda de gota, usando naproxeno e em terapia crônica com alopurinol, sem comorbidades adicionais.
 - c) homem de 75 anos com osteoartrite e fibrilação atrial, em uso crônico de warfarina com INR dentro da faixa terapêutica.
 - d) mulher de 50 anos com mialgias crônicas atribuídas à fibromialgia, com sorologia positiva para *Helicobacter pylori*, iniciando AINE intermitente.
 - e) homem de 35 anos internado por pneumonia comunitária, recebendo AINE para febre, sem comorbidades e sem uso de outras medicações.

- 19.** Sobre a indicação de exames de imagem (TC ou RM de encéfalo) no pronto atendimento de pacientes com vertigem aguda, assinala a alternativa em que a neuroimagem **NÃO** é mandatória para afastar causa central.
- a) Vertigem aguda acompanhada de ataxia de tronco e incapacidade de marcha.
 - b) Cefaleia occipital intensa associada a vertigem de instalação súbita.
 - c) Vertigem contínua de início súbito, sem gatilhos, persistente por >24h.
 - d) Vertigem aguda com hipoacusia/flutuação auditiva e história compatível com doença de Ménière.
 - e) Vertigem súbita com reflexo vestibulo-ocular (RVO) preservado no HINTS.
- 20.** Considere as afirmativas a seguir, relacionadas às doenças autoimunes e neoplásicas da tireoide e assinala a alternativa correta.
- I. Níveis elevados de anti-TPO (>100 UI/mL) têm alta sensibilidade para tireoidite de Hashimoto, mas sua presença isolada não confirma disfunção tireoidiana, podendo estar presentes em indivíduos eutireoidianos, especialmente em mulheres e em pacientes com outras doenças autoimunes.
 - II. A presença de rouquidão em bócio multinodular deve sempre ser considerada um achado de alarme, podendo indicar compressão do nervo laríngeo recorrente, mas ocorre em menos de 5% dos casos e sempre está associada a neoplasia maligna ou processo inflamatório invasivo.
 - III. O tabagismo aumenta tanto o risco quanto a gravidade da orbitopatia de Graves, e pacientes fumantes submetidos a radioiodoterapia apresentam maior risco de exacerbação da doença ocular.
 - IV. A dosagem de TRAb no terceiro trimestre está indicada mesmo em mulheres previamente tratadas com radioiodoterapia ou tireoidectomia, devido ao risco persistente de transmissão de anticorpos estimuladores ao feto.
 - V. A tireoglobulina não deve ser utilizada como marcador tumoral em carcinoma medular da tireoide; entretanto, pode ser falsamente elevada na presença de anticorpos anti-tireoglobulina, sendo a calcitonina basal e estimulada os principais marcadores de recorrência no CA medular.

A alternativa que contém todas as afirmativas corretas, é:

- a) I e II
- b) III e IV
- c) II, IV e V
- d) I, II e V
- e) I, III e IV

- 21.** Assinale a alternativa que contém a soma correta dos pontos atribuídos a um paciente com anorexia, descompressão brusca em fossa ilíaca direita e leucocitose segundo o escore de Alvarado para apendicite aguda.
- a) 3 pontos
 - b) 4 pontos
 - c) 5 pontos
 - d) 6 pontos
 - e) 7 pontos
- 22.** Sobre a colelitíase é correto afirmar que:
- a) a maioria dos cálculos biliares é composta por pigmentos pretos, sendo a dieta rica em gordura o fator de risco mais importante para a sua formação.
 - b) pacientes assintomáticos com cálculos biliares devem ser submetidos à colecistectomia profilática imediatamente para evitar câncer de vesícula.
 - c) os fatores de risco clássicos para colelitíase incluem: sexo feminino, sobrepeso/obesidade, idade fértil/multiparidade e idade acima de 40 anos.
 - d) a ultrasonografia de abdome tem baixa sensibilidade e especificidade para diagnóstico de cálculos da vesícula biliar sendo a tomografia computadorizada o padrão-ouro.
 - e) a cólica é uma dor intensa, contínua e persistente que dura mais de 24 horas, localizada no quadrante superior direito e sinal de Murphy positivo.
- 23.** Sobre a pancreatite aguda, assinale a alternativa que apresenta as duas etiologias mais comuns, responsáveis pela grande maioria dos casos.
- a) Hipertrigliceridemia e infecções virais.
 - b) Colelitíase (cálculos biliares) e etilismo (álcool).
 - c) Trauma abdominal e uso de medicamentos.
 - d) Câncer de pâncreas e pancreatite autoimune.
 - e) Hipercalcemia e caxumba.
- 24.** Um homem de 45 anos hígido, procura o consultório com queixa de um abaulamento na região da virilha direita que aparece ao tossir ou carregar peso e desaparece quando ele deita. Ele relata desconforto local, mas nega dor intensa, vômitos ou febre. Ao exame físico, o abaulamento é palpável e redutível. Com base no quadro clínico, a conduta mais adequada, é:
- a) uso contínuo de cinta/funda para conter a hérnia.
 - b) cirurgia de urgência imediata.
 - c) vigilância ativa (esperar para ver se a hérnia aumenta).
 - d) cirurgia eletiva (herniorrafia ou hernioplastia).
 - e) exercícios abdominais para fortalecer a parede.
- 25.** Um paciente de 45 anos, com histórico de cirurgia abdominal prévia (apendicectomia), procura a emergência com dor abdominal tipo cólica, distensão abdominal, náuseas, vômitos e parada de eliminação de gases e fezes há 24 horas. Ao exame, apresenta ruídos hidroaéreos aumentados no início do quadro. A principal hipótese diagnóstica e a causa mais provável, neste caso, é:
- a) Apendicite aguda por bridas.
 - b) Obstrução intestinal mecânica por bridas.
 - c) Íleo paralítico por tumor.
 - d) Volvo de sigmoide por constipação.
 - e) Gastroenterite aguda por aderências.
- 26.** O exame de imagem inicial mais indicado e o achado esperado para confirmar a hipótese diagnóstica de úlcera péptica perforada, é:
- a) ultrassonografia de abdome superior, mostrando espessamento da parede gástrica.
 - b) radiografia de abdome simples em decúbito dorsal, mostrando alças intestinais dilatadas.
 - c) Endoscopia Digestiva Alta (EDA), evidenciando úlcera ativa e sangramento.
 - d) tomografia de abdome sem contraste, mostrando apenas ascite volumosa.
 - e) radiografia de tórax em pé, mostrando pneumoperitônio (ar livre subdiafragmático).
- 27.** Paciente de 65 anos, com histórico de constipação, dá entrada na emergência com dor abdominal intensa no quadrante inferior esquerdo, febre baixa e náuseas há 2 dias. Ao exame físico, apresenta dor à palpação no local da dor e defesa abdominal localizada. Qual é a hipótese diagnóstica mais provável e o exame de imagem padrão-ouro para confirmação?
- a) Apendicite aguda e Ultrassonografia.
 - b) Câncer de cólon e Colonoscopia.
 - c) Diverticulite aguda e Tomografia Computadorizada (TC) de abdome.
 - d) Doença de Crohn e Ressonância Magnética.
 - e) Obstrução intestinal e Radiografia simples de abdome.

- 28.** Paciente de 55 anos, tabagista e etilista, dá entrada no pronto-socorro com hematêmese volumosa e melena. Ao exame físico: hipotensão (PA 90/60 mmHg), taquicárdico (FC 110 bpm) e pálido. A conduta inicial imediata e mais importante antes da realização da Endoscopia Digestiva Alta (EDA), é:
- a** estabilização hemodinâmica com ressuscitação volêmica (cristaloides) e garantia de via aérea.
 - b** Endoscopia Digestiva Alta nas primeiras 2 horas para conter o sangramento.
 - c** tomografia de abdômen com contraste para localizar o vaso sangrante.
 - d** administração imediata de antiácidos via oral e dieta zero.
 - e** hemograma completo e aguardar resultado para iniciar reposição de fluidos.
- 29.** Sobre o Câncer Colorretal (CCR) é correto afirmar que:
- a** o rastreamento deve ser iniciado apenas após os 65 anos de idade.
 - b** pessoas com histórico familiar de câncer de cólon não precisam iniciar o rastreio antes da população geral.
 - c** a colonoscopia é um exame de rastreamento eficaz, pois permite a identificação e remoção de pólipos, prevenindo a evolução para câncer.
 - d** a carne branca e dietas ricas em fibras são os principais fatores de risco para o desenvolvimento do CCR.
 - e** o sangue oculto nas fezes positivo, exclui a necessidade de realização de colonoscopia.
- 30.** Uma Endoscopia Digestiva Alta que revela uma lesão ulcerada no antro gástrico, com bordas elevadas, infiltrativas e limites imprecisos (sem clara demarcação entre o tumor e a mucosa sã), com aspecto "infiltrativo-ulcerado". Segundo a classificação de Borrmann para câncer gástrico avançado, o tipo desta lesão, é:
- a** Tipo I
 - b** Tipo II
 - c** Tipo IV
 - d** Tipo 0
 - e** Tipo III
- 31.** Mulher de 29 anos, G2P0A1, com 13 semanas de gestação, procura atendimento por sangramento vaginal. Ao exame: bom estado geral, PA 110/70 mmHg, FC 86 bpm, colo uterino entreaberto e sangramento ativo. Ultrassonografia obstétrica evidencia ausência de batimentos cardíacos fetais. A conduta para este caso é:
- a** Aspiração manual intrauterina
 - b** Cesariana de emergência
 - c** Prescrever misoprostol
 - d** Realizar a curetagem uterina
 - e** Conduta expectante
- 32.** Mulher, 25 anos, sexualmente ativa, queixa-se de prurido vulvar, dispareunia de penetração e corrimento vaginal amarelo-esverdeado. Exame físico: mucosa vaginal rosada com preguiamento fisiológico; colo uterino indolor a mobilização normotrófico com várias manchas avermelhadas; muco cervical cristalino; conteúdo vaginal amarelo-esverdeado abundante com bolhas e com odor; colo e vagina sem lesões. Neste contexto, considerando a principal hipótese diagnóstica o tratamento indicado é:
- a** Fluconazol via oral em dose única.
 - b** Miconazol creme vaginal.
 - c** Ciprofloxacina e Azitromicina.
 - d** Estriol, creme vaginal.
 - e** Secnidazol via oral.
- 33.** Mulher, 49 anos de idade, menopausada há 2 anos, queixa-se de fogachos e irritabilidade afetando sua qualidade de vida. Nega outros sintomas. Nega comorbidades. Nega uso de medicamentos contínuos. Exame físico sem alterações, útero presente. Dentre as opções abaixo a melhor escolha terapêutica é:
- a** Estrogênio transdérmico isolado.
 - b** Progesterona natural micronizada isolada.
 - c** Estrogênio e progesterona.
 - d** Sertralina.
 - e** Fluoxetina.

34. Tercigesta, com 18 semanas de idade gestacional, assintomática, comparece a primeira consulta pré-natal com os seguintes exames: 1- cultura de urina mostrando duas amostras consecutivas com isolamento *Escherichia coli* com 100.000 unidades formadoras de colônias (UFCs) por ml de urina; 2- Tipagem sanguínea AB Rh-negativa. Relata que o segundo filho e o marido têm tipagem RH positiva. O adequado cuidado pré-natal, para esta idade gestacional, diante deste quadro deve conter:

- a Antibioticoterapia por 7 dias e solicitação do Coombs indireto.
- b Repetir urocultura para decidir sobre antibioticoterapia e a Imunoglobulina anti-D deverá ser realizada somente após o parto.
- c Repetir urocultura para decidir sobre antibioticoterapia e administrar Imunoglobulina anti-D imediatamente.
- d Antibioticoterapia por 7 dias e solicitação de coombs direto materno.
- e Somente Antibioticoterapia por 14 dias.

35. Primigesta, 20 anos de idade, 12 semanas de amenorréia, apresentando dor intensa tipo cólica em hipogástrio. Relata que há cerca de 10 dias teve episódio de sangramento vaginal intenso, com redução de volume posteriormente. Exame físico: temperatura axilar=38°C; pequeno sangramento vaginal de odor fétido; colo uterino pérvio para 0,5 cm; útero amolecido intra-pélvico. Ultrassonografia transvaginal evidencia material amorfo em cavidade uterina. Dosagem de gonadotrofina coriônica humana é positiva. Diante deste quadro a melhor conduta dentre as opções abaixo é:

- a antibioticoterapia e histerectomia.
- b hidratação e controle ultrassonográfico em 1 semana.
- c curetagem uterina com alta após 24 horas.
- d antibioticoterapia seguida de aspiração manual intra-uterina.
- e iniciar pré-natal.

36. Gestante com 20 semanas de idade gestacional, comparece à consulta com os seguintes resultados de exame: 1- Sorologia pra toxoplasmose IgM positiva e IgG positiva; 2- Teste de avidéz para toxoplasmose com baixa avidéz. Diante destes exames a conduta inicial adequada é:

- a tratar com espiramicina até o fim da gestação.
- b tratar com sulfadiazina, pirimetamina, sulfadiazina e ácido folínico até o fim da gestação.
- c iniciar sulfadiazina, pirimetamina, sulfadiazina e ácido folínico e solicitar amniocentese para pesquisa de toxoplasma no líquido amniótico.
- d realizar amniocentese para pesquisa de toxoplasma no líquido amniótico e decidir sobre tratamento após resultado de exame.
- e explicar para a paciente que não há necessidade de tratamento pois a infecção é antiga.

37. Gestante, com 25 semanas de idade gestacional, queixando-se de lombalgia, disúria, polaciúria, urgência miccional e hematúria. Exame físico: colo e vagina sem lesões, muco cervical cristalino, conteúdo vaginal fisiológico; Giordano positivo bilateralmente. Paciente nega episódios anteriores deste mesmo quadro clínico. Diante do quadro, logo após coletar urocultura, a conduta mais adequada dentre as opções abaixo é:

- a tratar após resultado de urocultura, conforme sensibilidade aos antibióticos testados.
- b antibioticoterapia oral ambulatorial sem necessidade de profilaxia com antibiótico após tratamento.
- c antibioticoterapia intravenosa em ambiente hospitalar sem necessidade de profilaxia com antibiótico após tratamento.
- d antibioticoterapia oral ambulatorial, iniciando profilaxia com antibiótico após tratamento.
- e antibioticoterapia intravenosa em ambiente hospitalar, iniciando profilaxia com antibiótico após tratamento.

38. Puérpera, com 10 dias após parto normal, queixando-se de febre e mastalgia a direita. Exame físico: mama direita ingurgitada apresentando área com 2cm de diâmetro, contendo flutuação, hiperemia e calor, em quadrante superior lateral. Diante do quadro o tratamento inicial mais adequado dentre as opções abaixo é:

- a corrigir eventuais erros de amamentação, ordenhar a mama acometida, prescrever analgésicos e iniciar antibiótico.
- b suspender amamentação, ordenhar a mama acometida, prescrever analgésicos e iniciar antibiótico.
- c suspender amamentação, ordenhar a mama acometida, elevar ambas as mamas e prescrever analgésicos.
- d corrigir eventuais erros de amamentação, ordenhar a mama acometida, prescrever analgésicos e elevar mama acometida.
- e corrigir eventuais erros de amamentação e ordenhar a mama acometida, sem necessidade de antibiótico.

39. Primigesta, cuja ultrassonografia transvaginal realizada com 08 semanas de gestação evidencia sinal do lâmbida e dois sacos gestacional. Diante deste exame é possível afirmar que trata-se de:

- a Gestação gemelar Monocoriônica e Diamniótica.
- b Gestação gemelar Dicoriônica e Diamniótica.
- c Gestação gemelar Dicoriônica e Monoamniótica.
- d Gestação gemelar Monocoriônica e Monoamniótica.
- e Gestação com feto único.

40. Secundigesta, 35 anos de idade, 12 semanas de gestação, assintomática, comparece a consulta trazendo duas dosagens de glicemia de jejum: a primeira com 10 semanas de gestação=130 mg/dL e segunda com 12 semanas=128 mg/dL. Nega exames anteriores com glicemia alterada. Nega diagnósticos prévios de doença crônica. Fez pré-natal completo na primeira gravidez, sem intercorrências na gestação e no parto. Neste contexto a principal hipótese diagnóstica é:

- a Diabetes mellitus gestacional.
- b Diabetes mellitus tipo 1.
- c Diabetes mellitus tipo 2.
- d Euglicemia.
- e Exames inconclusivos.

41. Lactente masculino de 6 semanas, nascido a termo por parto vaginal, sem intercorrências, é levado à UPA por tosse persistente há 7 dias, referida como em "salvas" e sem febre. A mãe relata boa aceitação alimentar. Informa que, na terceira semana de vida, o bebê apresentou conjuntivite tratada em domicílio. Ao exame: afebril, taquipneia leve, sem toxemia, SatO₂ 97% em ar ambiente. Ausculta pulmonar com estertores finos difusos bilaterais. Radiografia de tórax mostra hiperinsuflação e infiltrado intersticial difuso. Hemograma sem leucocitose, com eosinofilia periférica. Diante do quadro clínico, a conduta terapêutica mais adequada, neste caso, é:

- a iniciar amoxicilina 80-90 mg/kg/dia VO, dividida a cada 12 h, por 7 dias.
- b iniciar azitromicina 20 mg/kg/dia VO, em dose única diária, por 3 dias.
- c iniciar ceftriaxona 50 mg/kg/dia IM/IV, 1x ao dia, por 7 dias.
- d iniciar oseltamivir 3 mg/kg/dose VO, a cada 12 h, por 5 dias.
- e iniciar claritromicina 15 mg/kg/dia VO, dividida a cada 12 h, por 10 dias.

42. Menino de 4 anos é levado à Unidade Básica de Saúde com febre há 3 dias, tosse produtiva e taquipneia leve. Mantém boa aceitação alimentar e está ativo. Ao exame físico: FR discretamente aumentada para a idade, SatO₂: 96% em ar ambiente, ausência de tiragem ou gemência; à ausculta pulmonar apresenta Estertores crepitantes em base direita sem comorbidades prévias. Considerando o diagnóstico de Pneumonia Adquirida na Comunidade (PAC) leve, a conduta mais adequada, neste caso, é:

- a solicitar radiografia de tórax e hemograma antes de qualquer conduta terapêutica.
- b internar para antibioticoterapia intravenosa.
- c iniciar antibioticoterapia empírica ambulatorial e reavaliar em 48-72 horas.
- d solicitar procalcitonina para definir etiologia antes de tratar.
- e observar sem antibiótico por 72 horas para confirmação diagnóstica.

43. Lactente do sexo feminino, 9 meses de idade, previamente hígida, é levada ao pronto atendimento por quadro de febre alta há 3 dias, com temperaturas que atingiam 39,5 °C, sem sintomas respiratórios associados. A mãe relata irritabilidade e dois episódios de diarreia leve. No quarto dia de evolução, a febre cessou abruptamente e, poucas horas depois, surgiram lesões maculopapulares róseas, inicialmente no tronco e abdome, disseminando-se posteriormente para pescoço e membros proximais. Ao exame físico, encontra-se afebril, ativa, hidratada, com exantema maculopapular róseo, não pruriginoso, sem descamação e sem linfonodomegalias significativas. Com base na evolução clínica e nos achados do exame físico, a hipótese diagnóstica mais provável, é:

- a** Sarampo.
- b** Eritema infeccioso.
- c** Rubéola.
- d** Escarlatina.
- e** Exantema súbito (roséola infantil).

44. Menina de 4 anos, previamente hígida, é levada à Unidade de Pronto Atendimento com história de diarreia líquida há 48 horas, cerca de 6 episódios ao dia, sem sangue ou muco, associada a dois episódios de vômito nas últimas 12 horas. A mãe relata ainda redução da aceitação alimentar e maior sonolência. Ao exame físico: criança irritada, olhos levemente encovados, mucosas secas, turgor cutâneo discretamente diminuído, frequência cardíaca de 110 bpm, extremidades aquecidas, pulsos palpáveis, tempo de enchimento capilar < 2 segundos. Com base na classificação do grau de desidratação segundo o Ministério da Saúde, a conduta mais adequada neste momento, é:

- a** iniciar solução de reidratação oral (SRO) 50–100 mL/kg em 4–6 horas, sob supervisão na unidade, com reavaliação clínica periódica.
- b** administrar soro fisiológico 0,9% 20 mL/kg IV em bolus imediato.
- c** administrar soro fisiológico 0,9% 30 mL/kg em 30 minutos e repetir conforme resposta clínica.
- d** liberar para domicílio com orientação para oferecer líquidos caseiros após cada evacuação.
- e** iniciar antibiótico empírico e manter dieta habitual sem reidratação supervisionada.

45. Em relação à etiologia e fisiopatologia da diarreia aguda na infância, assinale a alternativa correta.

- a** Os vírus são altamente infectantes e necessitam de grande carga viral para desencadear a doença.
- b** Após a introdução da vacina contra rotavírus, esse agente deixou de ser causa relevante de hospitalização por diarreia.
- c** *Taenia solium* e *Ascaris lumbricoides* estão entre os principais agentes etiológicos de diarreia aguda infecciosa.
- d** A presença de sangue nas fezes caracteriza disenteria, frequentemente associada a mecanismo invasivo, sendo a *Shigella* spp. uma das principais etiologias.
- e** A maioria dos quadros de diarreia aguda bacteriana é autolimitada e nunca cursa com complicações sistêmicas.

46. Menina de 4 anos, previamente hígida, é levada ao Pronto Atendimento com história de febre alta há 24 horas, associada a cefaleia intensa e dois episódios de vômitos. Nas últimas horas, tornou-se sonolenta e apresentou um episódio de crise convulsiva tônico-clônica generalizada, com duração aproximada de 3 minutos, revertida espontaneamente. Ao exame físico: temperatura de 39,2 °C, rigidez de nuca presente, sinais de Kernig positivos, sem déficits neurológicos focais. Diante da suspeita diagnóstica, o exame essencial para confirmação etiológica do quadro, é:

- a** Hemocultura.
- b** Punção lombar com análise do líquido cefalorraquidiano.
- c** Tomografia computadorizada de crânio.
- d** Ressonância magnética de encéfalo.
- e** Eletroencefalograma.

47. Um lactente de 4 meses, previamente hígido, é levado ao pronto atendimento com coriza e tosse há 3 dias, evoluindo nas últimas 24 horas com aumento do esforço respiratório e recusa parcial das mamadas. Ao exame físico: irritado, FR 66 irpm, tiragem subcostal moderada, sibilos e estertores difusos, obstrução nasal importante. SatO₂ 91% em ar ambiente. Sem sinais de choque. De acordo com o capítulo do Tratado sobre Bronquite Viral Aguda (BVA), a classificação de gravidade e a conduta inicial mais adequadas são:

- a** BVA leve; alta com lavagem nasal e retorno se piora.
- b** BVA moderada; suporte com higiene/aspiração nasal, monitorização e considerar internação/observação hospitalar, com oxigênio se necessário para manter SatO₂ > 90%.
- c** BVA grave; iniciar antibiótico empírico e solicitar hemograma e hemocultura de rotina.
- d** BVA moderada; prescrever prednisolona 1 mg/kg/dia e salbutamol fixo de 4/4h.
- e** BVA grave; solicitar radiografia de tórax para todos os casos antes de definir conduta.

48. Criança de 4 anos, previamente hígida, é admitida com febre persistente há 5 dias, associada a dor abdominal intensa, diarreia, vômitos e exantema maculopapular difuso. Evoluiu nas últimas 24 horas com prostração, taquicardia e taquipneia. Ao exame físico apresenta conjuntivite não purulenta, edema de mãos e pés e pressão arterial limítrofe para idade. Exames laboratoriais evidenciam: neutrofilia com linfopenia, plaquetopenia ($110.000/\text{mm}^3$), elevação de PCR e ferritina, discreto aumento de transaminases. Ecocardiograma mostra leve dilatação de câmaras cardíacas, fração de ejeção preservada e pequeno derrame pericárdico. Sorologia para SARS-CoV-2: IgG positiva e IgM negativa. Com base no quadro clínico e nas informações do Tratado de Pediatria, assinale a alternativa correta.

- a** ausência de IgM positiva exclui o diagnóstico de SIM-P.
- b** A presença de alterações cardíacas afasta SIM-P, sugerindo miocardite viral isolada.
- c** A associação de febre persistente, marcadores inflamatórios elevados, plaquetopenia e envolvimento cardiovascular sustenta o diagnóstico de SIM-P.
- d** O diagnóstico mais provável é doença de Kawasaki clássica, pois há exantema e conjuntivite.
- e** Escarlatina é o diagnóstico mais provável, exantema típico

49. Menina de 1 ano e 6 meses, previamente hígida, chega ao pronto atendimento com febre há 2 dias (39°C), irritabilidade e vômitos, com recusa alimentar. Ao exame: mau estado geral, taquicárdica e dor à palpação em flanco. EAS: leucocitúria +++, nitrito positivo e hematúria microscópica. Urocultura por cateterismo foi coletada, com antibiograma previsto para 72h. A conduta terapêutica inicial mais apropriada, é:

- a** iniciar ceftriaxona intravenosa, manter internação e reavaliar para troca para via oral após melhora clínica e apirexia por 24–48h.
- b** iniciar cefalexina VO por 10 dias e reavaliar ambulatorialmente em 48h.
- c** manter suporte clínico e aguardar urocultura antes de iniciar antibiótico.
- d** iniciar ciprofloxacina EV até a liberação do antibiograma.
- e** iniciar antibiótico apenas após o antibiograma, pois a escolha empírica aumenta o risco de resistência e pode “mascarar” o resultado da cultura.

50. Sobre a Síndrome Nefrótica Idiopática (SNI) na infância, assinale a alternativa correta.

- a** Na infância, 80–90% dos casos de síndrome nefrótica são primários/idiopáticos, e 80–90% dessas crianças tendem a ser corticossensíveis, com remissão em até 4 semanas de prednisona/prednisolona na dose padronizada.
- b** A síndrome nefrótica na infância é majoritariamente secundária e, por isso, deve-se sempre priorizar investigação etiológica extensa antes de qualquer terapia.
- c** Hipocomplementenemia é achado compatível com lesão histológica mínima e não modifica conduta, sendo rara indicação de biópsia renal.
- d** A presença de hipertensão severa e disfunção renal não altera a indicação de biópsia renal em crianças com síndrome nefrótica típica.
- e** A principal causa de óbito na síndrome nefrótica é trombose, e infecção não é complicação relevante.



UNIVERSIDADE DO ESTADO DO PARÁ
PROCESSO SELETIVO SUPLEMENTAR PARA RESIDÊNCIA MÉDICA DA UEPa 2026
Grupo A: ACESSO DIRETO
Especialidades: Medicina Intensiva, Infectologia, Oftalmologia.

GABARITO DO CANDIDATO

O gabarito poderá ser copiado, **SOMENTE**, no espelho constante no final do boletim de questões disponibilizado para este fim que somente será destacado no final de sua prova, pelo fiscal de sua sala.

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