



**HOSPITAL THEREZINHA DE JESUS - HMTJ**  
**PROVA DE SELEÇÃO PARA RESIDÊNCIA MÉDICA 2012**

Data: 29/01/2012 - Domingo  
Local: Hospital Therezinha de Jesus - HMTJ  
Endereço: Rua Dr. Dirceu de Andrade, 33 – São Mateus – Juiz de Fora/MG  
Salas : 106,107,108  
Horário: 08:30 às 13:00 horas

**REGULAMENTO**

**Leia atentamente as seguintes instruções:**

- 1) Você receberá do fiscal o seguinte material:
  - a) Um cartão de respostas destinado à marcação da opção que julgar acertada em cada pergunta;
  - b) Um caderno com o enunciado das 100 (cem) questões e respectivas opções, sem repetição ou falha.
- 2) Verifique se este material está em ordem. Ocorrendo dúvidas, notifique imediatamente ao fiscal.
- 3) Para cada uma das questões são apresentadas 4 (quatro) alternativas classificadas com as letras a),b),c),d); somente uma alternativa responde ao quesito proposto. Você só deve assinalar uma resposta; a marcação de mais de uma alternativa no cartão, anula a questão, mesmo que uma delas esteja correta.
- 4) As questões são identificadas pelo número que se situa junto ao seu enunciado.
- 5) Preencha **completamente o retângulo** correspondente a letra escolhida, com caneta esferográfica com tinta **azul ou preta**.
- 6) Tenha muito cuidado com o cartão de respostas para não dobrá-lo, amassá-lo ou manchá-lo em nenhuma hipótese será fornecido um substituto. **NÃO É PERMITIDO O USO DE CORRETIVO, NEM RASURAS.**
- 7) Sob a carteira somente será permitido o documento de identificação, ficha de inscrição, caneta e borracha.
- 8) Ao terminar a prova, entregue ao fiscal o caderno de questões e o cartão de respostas assinado.
- 9) Boa prova.

**ATENÇÃO**

**Condição de anulação da prova:**  
**Retângulos preenchidos à lápis ou caneta hidrocor.**  
**É proibido portar quaisquer aparelhos eletrônicos, mesmo desligados, incluindo relógio, computadores de mão, calculadoras, telefones celulares, etc.**  
**A comprovação do porte de qualquer equipamento eletrônico pelo candidato resultará em sua eliminação do processo seletivo.**

**CIRURGIA GERAL**

- 1) Paciente sexo masculino, 26 anos, submetido há apendicectomia videolaparoscópica há 2 meses, evoluiu com novo quadro de dor em fossa ilíaca direita, contratura e defesa a palpação e descompressão brusca dolorosa no mesmo local. Também apresentou febre 38,2 graus. Retornou ao hospital em que foi operado e então foi submetido a tomografia computadorizada de abdome cujo laudo mostrou: estrutura tubular em fossa ilíaca direita de 2,5 cm de comprimento, com espessura de 1,1 cm e borramento da gordura adjacente. Tratado com antibioticoterapia para germes gram negativos e anaeróbios evoluiu bem, com melhora quase completa da dor e desaparecimento da febre. Procurou outro serviço para avaliação e nova tomografia computadorizada de abdome foi realizada mostrando a mesma estrutura tubular com 0,8 cm de espessura e aproximadamente 2,5 cm de extensão, ainda com borramento da gordura adjacente. Pergunta-se qual o diagnóstico e melhor conduta respectivamente:
- a) apendicite de coto apendicular – apendicectomia videolaparoscópica do segmento remanescente
  - b) doença de Crohn – tiflectomia
  - c) doença de Whipple – antibioticoterapia de largo espectro
  - d) diverticulite de ceco – colectomia direita
- 2) Paciente sexo masculino, 66 anos, com quadro de dor em hipocôndrio direito, contratura e defesa a palpação e sinal de Murphy positivo interna para o serviço de gastroenterologia no hospital. O quadro é sugestivo de colecistite aguda, entretanto a ultrassonografia de abdome superior revela uma vesícula biliar de espessura normal sem litíase. Solicitada tomografia computadorizada de abdome que mostrou divertículos em todo colon com um borramento da gordura adjacente à flexura hepática do colon e à vesícula biliar não sendo possível definir se o processo inflamatório é proveniente do cólon (diverticulite não complicada) ou da vesícula biliar (colecistite alitiásica). Qual o melhor exame para determinar o diagnóstico ainda nesta internação:
- a) cintilografia da vesícula e vias biliares (DISIDA)
  - b) colonoscopia na fase aguda
  - c) CPRE (colangiopancreatografia retrograda endoscópica com coleta de bile e dosagem de cristais e sais biliares)
  - d) Nova tomografia computadorizada ou ressonância nuclear magnética de abdome após 3 dias de antibioticoterapia venosa de largo espectro.

- 3)** Paciente apresentando quadro de pancreatite aguda biliar grave, mas sem necrose pancreática. Após 20 dias de internação a paciente apresentava-se bem, sem febre, sem dor abdominal, havia reassumido a alimentação oral e deambulação, as enzimas pancreáticas (lipase e amilase) e hepática (fosfatase alcalina e GGT) haviam retornado a valores normais. Entretanto, antes da alta hospitalar apresentou nova pancreatite aguda sendo necessário jejum por 3 dias até melhora do quadro e normalização das enzimas pancreáticas e hepática novamente. A conduta apropriada é:
- a)** alta hospitalar e programar colecistectomia para 6 meses
  - b)** colecistectomia videolaparoscópica nesta mesma internação
  - c)** colangiopancreatografia retrograda endoscópica nesta internação e colecistectomia videolaparoscópica daqui a 3 meses
  - d)** alta hospitalar e uso contínuo de ácido ursodesoxicólico
- 4)** Paciente 22 anos, sexo feminino, submetida a esplenectomia, em que foi deixado dreno tubular de cavidade em loja esplênica por 10 dias, durante o qual apenas saiu secreção serosanguínea, evoluiu no décimo quinto dia de pós-operatório com febre e dor abdominal em hipocondrio esquerdo. O diagnóstico mais provável e a conduta apropriada incluem:
- a)** lesão iatrogênica de colon e fistula estercorácea – relaparotomia com colostomia em alça
  - b)** abscesso em cavidade abdominal (loja esplênica) – punção guiada por ultrassonografia ou tomografia com drenagem percutânea da coleção
  - c)** pneumonia – antibioticoterapia com metronidazol apenas por 10 dias
  - d)** infecção urinária – antibioticoprofilaxia com vancomicina
- 5)** Um paciente com apendicite aguda com peritonite generalizada é submetido a apendicectomia videolaparoscópica. Um esquema antimicrobiano adequado pode ser encontrado abaixo:
- a)** clindamicina + metronidazol
  - b)** ceftriaxone + metronidazol
  - c)** moxifloxacino + ciprofloxacino
  - d)** amicacina + gentamicina
- 6)** Um paciente com hérnia inguinal direita com destruição importante do assoalho do triângulo de Hasselbach possui qual classificação de Nyhus e merece qual tratamento:
- a)** Nyhus I – herniorrafia inguinal técnica de Bassini
  - b)** Nyhus II – herniorrafia inguinal técnica de MacVay Anson com tela
  - c)** Nyhus III a – herniorrafia inguinal técnica de Lichtenstein
  - d)** Nyhus III b – herniorrafia inguinal técnica de Ferguson

- 7) A seqüência correta de fases da cicatrização tecidual é:
- a) inflamatória, proliferativa, maturação
  - b) proliferativa, inflamatória, maturação
  - c) maturação, inflamatória, proliferativa
  - d) inflamatória, maturação, proliferativa
- 8) De modo geral, as neoplasias malignas da tireóide podem ser divididas com base nos conhecimentos de patologia molecular. Marque a opção INCORRETA:
- a) os de origem nas células foliculares (diferenciados) são representados pelo carcinoma papilífero e pelo folicular e suas respectivas variantes, responsáveis por cerca de 90% a 95% dos casos
  - b) o carcinoma medular, de origem parafolicular, que responde por 6% dos casos, dos quais 20% a 30% são de origem familiar, enquanto os demais são esporádicos
  - c) o carcinoma anaplásico, cujo comportamento biológico se caracteriza pela baixa agressividade (1% dos casos)
  - d) o linfoma não Hodgkin, com origem nas células linfóides da tireóide, também pouco freqüente.
- 9) Um paciente apresenta uma gasometria arterial com  $Ph = 7,30$ ;  $PO_2 = 140$  mmHg;  $PCO_2 = 28$ ;  $HCO_3 = 10$ . O diagnóstico do distúrbio ácido-básico é:
- a) acidose metabólica
  - b) acidose respiratória
  - c) acidose mista
  - d) acidose metabólica com alcalose respiratória
- 10) São condições clínicas que geram risco elevado de desenvolver câncer colorretal, EXCETO:
- a) polipose adenomatosa familiar; síndrome de Lynch;
  - b) parente de primeiro grau com câncer colorretal
  - c) retocolite ulcerativa; pós-ureterossigmoidostomia
  - d) doença diverticular dos cólons e após 50 anos de apendicectomia
- 11) A respeito da doença hemorroidária qual afirmação incorreta:
- a) os sinais mais comuns são sangramento vermelho rutilante, em volume variado, durante as evacuações; e prolapso de mamilos
  - b) há relação entre a intensidade do sangramento e o tamanho dos mamilos hemorroidários
  - c) A maioria dos pacientes não tem dor, apenas sentem-se incomodados com o prolapso
  - d) O diagnóstico se faz pela história clínica e exame proctológico

- 12)** Paciente de 69 anos, sexo masculino, tabagista e portador de fibrilação atrial, dá entrada no setor de emergência com quadro de dor em membro inferior esquerdo de início súbito. O exame clínico mostra um pé com intensa palidez cutânea, parestesia associada a dor e ausência de pulsos pedioso e tibial posterior. Não há empastamento da panturrilha esquerda. Não há déficit motor. O diagnóstico mais provável e o tratamento adequado são:
- a) oclusão arterial aguda – embolectomia com cateter de Fogarty
  - b) trombose venosa profunda – anticoagulação com enoxaparina
  - c) trombose arterial – amputação ao nível de tornozelo
  - d) tromboangeíte obliterante – anticoagulação com heparina não fracionada
- 13)** Paciente internado em caráter de urgência com diagnóstico de aneurisma de aorta abdominal roto, apresenta hipertensão arterial grave (Pressão Arterial = 220 x 140) e taquicardia (Frequência Cardíaca = 136 batimentos por minuto). Faz-se necessário controle clínico mínimo pré-operatório que inclui medidas para controle de pressão arterial e frequência cardíaca respectivamente:
- a) nitroprussiato de sódio e beta bloqueador
  - b) captopril e amiodarona
  - c) hidralazina e clonidina
  - d) nifedipina e propranolol
- 14)** A respeito da doação de órgãos marque a alternativa INCORRETA:
- a) alguns tumores primários do sistema nervoso central, carcinoma basocelular da pele e carcinoma *in situ* de colo uterino não são contraindicações a doação de órgãos
  - b) sepse bacteriana e fungica sistêmicas não controladas; hepatites ou encefalites virais são contraindicações a doação de órgãos
  - c) presença de soropositividade para citomegalovírus humano, vírus Epstein-Barr, Treponema pallidum, Toxoplasma gondii, Trypanosoma cruzi e Echinococcus granulosus contraindica a doação de órgãos
  - d) SIDA e uso habitual de drogas endovenosas

- 15)** A respeito do tratamento inicial do politraumatizado pode-se afirmar, EXCETO:
- a)** denomina-se hemotórax volumoso o acúmulo de mais de 1500 ml de sangue na cavidade pleural. Neste caso pode estar indicada toracotomia de urgência
  - b)** a hemorragia é a principal causa de morte evitável no doente traumatizado. No trauma o choque deve-se na maioria das vezes a perda de sangue.
  - c)** controle do ambiente e proteção contra hipotermia são preocupações secundárias tendo em vista as demais lesões potenciais a que está sujeito o doente.
  - d)** No exame secundário busca-se novas informações a respeito do paciente: alergias, medicamentos em uso, passado médico, prenhez, líquidos e alimentos ingeridos recentemente e ambiente em que ocorreu o trauma.
- 16)** Paciente vítima de queimadura é trazido ao setor de emergência. A área queimada é de 20%, o peso corpóreo é de 70 Kg. Utilizando a fórmula de *Brooke Army Hospital* modificada (que se tenta padronizar mundialmente pela Sociedade Internacional de Queimaduras), o início da reposição (com cristalóides) nas primeiras 24 horas se fará com:
- a)** 1400 ml a 2800 ml
  - b)** 14000 ml a 28000 ml
  - c)** 700 ml a 1400 ml
  - d)** 2800 ml a 3600 ml
- 17)** Criança de 60 dias de vida, sexo masculino é trazida ao setor de emergência com quadro de vômitos pós-prandiais em jato, sem bile precedidos de cólicas reveladas pelo desconforto após a alimentação. A criança apresenta-se letárgica, desidratada e a mãe informa que as fezes estão escassas. Ao exame físico do abdome percebem-se ondas peristálticas e distensão epigástrica. A palpação podemos notar a presença de uma formação arredondada próxima ao rebordo costal direito. O diagnóstico mais provável é de:
- a)** pâncreas anular
  - b)** invaginação intestinal
  - c)** diverticulite de Meckel
  - d)** estenose hipertrófica de piloro

- 18)** A respeito do tratamento da distopia testicular podemos afirmar
- a) o tratamento definitivo deve ser realizado entre seis meses e um ano de vida, já que a descida espontânea do testículo ocorre na maior parte das vezes até três meses de vida e incomumente após.
  - b) A utilização de terapias hormonais nunca deve ser realizada a através da estimulação com beta-HCG exógeno ou GnRH
  - c) O tratamento inclui orquidopexia aberta para testículos papáveis e orquidopexia laparoscópica para testículos intra-abdominais
  - d) O sucesso da orquidopexia varia com a posição do testículo
- 19)** Paciente submetida cirurgia torácica apresenta drenagem de secreção de aspecto leitoso pelo dreno torácico após iniciar alimentação oral. A dosagem de triglicerídeos foi de 500 mg/dl. O diagnóstico provável é de:
- a) fistula esofageana
  - b) fistula quilosa
  - c) fístula esofagopleural
  - d) abscesso parapneumônico
- 20)** São indicações para drenagem pleural, EXCETO:
- a) pneumotórax espontâneo primário ou secundário
  - b) pneumotórax iatrogênico ou traumático
  - c) hemopneumotórax traumático
  - d) pré-operatório de lobectomia

**CLÍNICA MÉDICA**

- 21)** Paciente masculino de 54 anos de idade procura Serviço de Emergência com dor precordial intensa. Sua PA é de 60/30 mmHg, taquicardia sinusal com FC de 150 bpm. O ECG apresenta supra ST em derivação V1 a V4. **Supondo que você está num hospital que dispõe de todos os recursos necessários, qual seria sua proposta terapêutica?**
- a) A trombólise precoce apresenta melhores resultados
  - b) Suporte hemodinâmico com Dobutamina para melhorar o débito cardíaco
  - c) Angioplastia primária e suporte hemodinâmico com balão intra-aórtico e drogas vasoativas se necessário
  - d) Cirurgia de revascularização miocárdica de resgate
- 22)** Paciente masculino de 50 anos de idade procura Serviço de Emergência referindo “palpitações” há 1 semana com piora há 2 horas. Sem doenças prévias. Na avaliação ele apresenta pulso irregular e PA=140/70mmHg. O ECG mostra fibrilação atrial de alta frequência=140/minuto. **QUAL É A CONDUTA CORRETA NESTE CASO?**
- a) Cardioversão elétrica após ECO cárdio transtorácico
  - b) Cardioversão elétrica imediata diminui risco de embolização
  - c) Sulfato de magnésio 2g endovenoso
  - d) Controle da frequência cardíaca, heparinização, ecocardiograma transesofágico
- 23)** Das opções abaixo, qual é a mais INDICADA para o manuseio de um caso de edema agudo pulmonar de etiologia hipertensiva na unidade de emergência ?
- a) IECA e oxigenação com máscara
  - b) Nitroprussiato de sódio, furosemida e ventilação não invasiva
  - c) Nitroglicerina endovenosa e ventilação não invasiva
  - d) IECA e furosemida
- 24)** Na ausculta cardíaca, qual o evento que fisiopatologicamente está mais associado à disfunção diastólica?
- a) B4
  - b) B3
  - c) Desdobramento paradoxal de B2
  - d) Hiperfonese de P2



- 25) Em paciente hipertenso e diabético, qual a melhor opção terapêutica inicial?
- Betabloqueadores
  - Hidroclorotiazida
  - Bloqueador de canais de cálcio
  - IECA
- 26) Sobre pneumonia por *Pneumocystis Carinii* (PCP), marque abaixo a afirmativa INCORRETA:
- O diagnóstico definitivo por Pneumonia por *Pneumocystis Carinii* é feito por demonstração do microorganismo no tecido pulmonar ou secreções do trato respiratório
  - Em pacientes com Leucemia ou Linfoma, a doença (PCP) pode ocorrer na remissão ou recaída
  - A droga de escolha para o tratamento é sulfametoxazol – trimetoprim e taxas de reações adversas são menores em pacientes infectados pelo HIV do que em pacientes não infectados
  - No paciente hospitalizado, recomendam-se as precauções de rotina
- 27) Assinale a alternativa FALSA:
- A infecção por *Toxoplasma Gongii* adquirida após o nascimento é geralmente assintomática
  - Toxoplasmose ocular ocorre mais frequentemente como resultado de infecção congênita e menos frequentemente por infecção adquirida
  - A doença ocular pode se reativar após a infecção inicial em pessoas saudáveis e imunocomprometidas
  - A maioria das infecções adquiridas requer terapia antimicrobiana específica
- 28) Por Sífilis adquirida entendemos, EXCETO:
- A infecção pode ser dividida em três estágios
  - O estágio terciário se refere a goma e a sífilis cardiovascular, mas não a neurosífilis
  - As várias manifestações da neurosífilis podem ocorrer em qualquer estágio, especialmente em pessoas infectadas com o vírus HIV
  - O *Treponema Pallidum* é um espiroqueta fino e muito móvel cultivado com sucesso em meios artificiais disponíveis
- 29) Os antimicrobianos podem atuar de diversas maneiras. Marque a alternativa na qual TODOS INTERFEREM na membrana citoplasmática do microorganismo:
- Penicilina, fosfomicina, carbapenêmicos
  - Metronidazol, quinolona, aciclovir
  - Cefalosporinas, vancomicina, cloranfenicol
  - Polimixina b, anfotericina, fluconazol

- 30)** Paciente do sexo feminino, 18 anos, branca, estudante. Há 48 horas iniciou quadro de febre ( $T^{\circ} 38,8^{\circ}C$ ), tosse seca e queda do estafilo geral. Sem antecedentes patológicos importantes. **Exame físico:** hidratada, febril, FC:116 bpm; PA: 110X70; FR: 22 ipm; ausculta pulmonar com sopro tubário em 1/3 inferior E + estertores crepitantes em base E. **Exames laboratoriais:** LG:18.300/mm<sup>3</sup>, com desvio à esquerda. Bioquímica normal. RX Tórax: consolidação em região inferior do pulmão E + presença de pequeno derrame pleural E. Diante do quadro, qual diagnóstico mais provável:
- Empiema pleural
  - Tuberculose Pleuro-pulmonar
  - Pneumonia bacteriana comunitária
  - Abscesso pulmonar
- 31)** Sobre Pneumonia Comunitária (PAC) assinale a alternativa CORRETA:
- O agente mais comum da PAC é o pneumococo, estando envolvido em 30% a 70% dos casos
  - Em pacientes sem co-morbidades com PAC o melhor esquema terapêutico são as quinolonas respiratórias
  - O isolamento do agente causador de PAC é sempre necessário para orientação terapêutica
  - PAC é aquela que se manifesta clinicamente na comunidade ou após a 1ª semana de internação
- 32)** Paciente do sexo masculino, 67anos, portador de DPOC, procura o Serviço de Emergência com quadro de tosse produtiva mucoide por 2 dias, piora da dispnéia e sibilância leve. Uso irregular da medicação (Salmoterol + Fluticasona). Fumando: 50 a.m.. **Ao exame :** bom estado geral, dispnéico, acianótico. FC:72 bpm; FR: 24 ipm; PA: 120x80;AR: MV diminuído difusamente com raros sibilos. **Exames complementares:** gasometria: normal; hemograma: normal; bioquímica: normal; RX tórax: hiperinsuflação pulmonar. Assinale a alternativa CORRETA: conferir digitação
- A internação é necessária para o tratamento da exacerbação da DPOC
  - Após a realização do RX de tórax é necessária investigação de neoplasia pulmonar
  - Não está indicado, no momento, o uso de antibiótico, somente iniciar corticóide oral+broncodilatador inalatório e retorno do uso da medicação
  - Não é necessário o uso da medicação preventiva, uma vez que iniciaremos corticóide oral
- 33)** No CTI é admitido um paciente cirrótico Child C, com hemorragia digestiva alta, em choque hipovolêmico e com rebaixamento do nível de consciência. Qual das medidas abaixo não deve ser realizada:
- Intubação orotraqueal e reposição volêmica vigorosa.
  - Iniciar terlipressina ou octreotida.
  - Iniciar antibioticoprofilaxia para peritonite bacteriana espontânea.
  - Iniciar propranolol para reduzir a pressão nas varizes de esôfago.

- 34)** Mulher, 27 anos, queixa-se nos últimos 3 anos de plenitude pós-prandial, eructações frequentes, sensação de gosto amargo na boca e desconforto na região epigástrica. Os sintomas relacionam-se com a ingestão de alguns alimentos, como gorduras, massas e bananas, piorando quando nervosa. Nega emagrecimento neste período. Com relação ao caso clínico descrito, é correto afirmar que:
- a)** Deve-se pedir EDA para avaliação inicial.
  - b)** Esta paciente deve ser portadora de doença ulcerosa péptica gástrica, uma vez que seus sintomas pioram com a dieta e com o estresse emocional.
  - c)** Considerando a queixa de intolerância a alimentos gordurosos, há 90% de possibilidade de colecistopatia calculosa crônica.
  - d)** O diagnóstico pode ser dispepsia funcional, sendo fundamental uma boa relação médico-paciente e valorização dos aspectos psicossociais envolvidos.
- 35)** Considere uma paciente com Doença de Crohn, em uso de imunossupressor há 5 anos, que refere saída de secreção purulenta ao redor do ânus há 12 dias. Ao exame proctológico notam-se 3 orifícios fistulosos com drenagem espontânea. Colonoscopia mostra úlceras profundas em íleo terminal e em reto distal. Ausência de estenose ou tumoração. Optou-se pelo uso de Infliximabe. Antes de aplicarmos a terapia biológica devemos seguir alguns procedimentos, EXCETO:
- a)** Realizar Rx de tórax e teste da tuberculina.
  - b)** Avaliar o passado vacinal da paciente.
  - c)** Analisar antecedentes de neoplasia.
  - d)** Suspender imediatamente o imunossupressor.
- 36)** Sobre a obesidade é correto afirmar:
- a)** Gêmeos idênticos tem IMC bastante parecidos, independente de serem criados juntos ou separados.
  - b)** Pessoas adotadas tem IMC mais parecidos com seus pais biológicos do que com os adotivos.
  - c)** O recente aumento da obesidade nos Estados Unidos fala à favor da influência comportamental na obesidade.
  - d)** Todas estão corretas.

- 37)** Uma mulher com 32 anos, gesta I, para I, veio à consulta com queixa que há 8 meses começou a ganhar peso e vem sentindo muita ansiedade, tristeza, desânimo, desinteresse pelas atividades domésticas e queda do libido. Informa que o médico perito concedeu licença do seu trabalho de professora. Há 6 meses foi diagnosticada depressão e o psiquiatra prescreveu 40mg de fluoxetina e 2mg de clonazepan/dia. Houve pequena melhora do quadro, mas há 3 meses a menstruação não vem e há 1 mês apresenta galactorreia bilateral. Nega alteração da visão. Ao exame físico alt 162 cms e peso 61 kgs, FC 82 bm, com RR 2 t, PA 130 x 90 mmHg. Tireóide normopalpável. Presença de galactorreia bilateral à expressão. Qual a hipótese diagnóstica mais provável?
- a) Síndrome amenorréia-galactorreia por hiperprolactinemia causada por adenoma hipofisário.
  - b) Hiperprolactinemia por inibidor de recaptção de serotonina.
  - c) Síndrome de ovários policísticos com hiperinsulinemia.
  - d) Hipofisite autoimune.
- 38)** A abordagem correta de um paciente com nódulo solitário da tireóide pressupõe:
- a) Se o TSH sérico é normal, deve ser feita PAAF para estudo citopatológico (preferencialmente guiada por ultrassom).
  - b) A chance de benignidade é de 60% a 70% e de malignidade em torno de 4%.
  - c) Nos casos de malignidade o carcinoma papilífero é o mais prevalente.
  - d) Todas estão corretas
- 39)** Mulher, 42 anos, gesta III, para III, vem à consulta por sentira cansaço fácil, fraqueza e desânimo há mais de um ano, quando ganhou 7 kgs alimentando-se menos que anteriormente. O fluxo menstrual vem aumentando progressivamente e ultimamente dura 8 dias. Tem sentido parestesias, sonolência diurna e diminuição da memória. Refere constipação intestinal, evacuando a cada 5 dias. Ao exame físico apresenta palidez cutânea, mucosas hipocoradas (++/4 e a pele é fira e seca) Alt 158 cms e 67 kgs. O tempo de relaxamento do reflexo aquileo está prolongado. A FC é de 64 bm, RR 2 t, a PA 165 x 100. A tireóide é palpável, com volume estimado em duas vezes o normal, consistência firme. O abdome está um pouco distendido, sem sinais de ascite. O fígado é palpável a 2 dedos da reborda. Aponte a hipótese diagnóstica mais provável com os exames para a sua confirmação.
- a) Anemia por menometrorragia da menopausa e hipertensão arterial. Os exames indicados são: hemograma, FSH, LH, E2.
  - b) Anemia por hipotireoidismo autoimune e hipertensão arterial. Os exames indicados são: Hemograma, TSH, T4 Livre e Anti-TPO
  - c) Anemia hipertensão e neoplasia primária ou metastática de fígado. Os exames indicados são: hemograma, CEA,  $\alpha$  fetoproteína, bilirrubinas, atividade de protrombina, TGO, TGP, fosfatase alcalina e US de fígado.
  - d) Anemia e Hipertensão arterial com bloqueio de ramo, em mulher com hipoparatireoidismo e os exames indicados são: ECG, cálcio, fósforo, magnésio, potássio e creatinina.

- 40)** Mulher com 54 anos, casada, gesta III, para II, aborto I, menopausa há 4 anos, IMC 32, DM2 há 6 anos, em uso de dieta, metformina (MET) 850mg 1+1+1 glibenclamida (GBC) 5mg 1+0+0 apresentou tosse seca que evoluiu para catarro purulento há 7 dias, dor torácica à direita, com febre de 38,8°, perda de peso, polidipsia e poliúria, astenia, hiporexia e queda do estado geral. Foi levada para UPA Santa Luzia que a internou e transferiu para o HMTJ. Foi admitida lúcida, prostrada, com temperatura 38°C, com desidratação moderada, sem hálito cetônico, PA 110 x 70 mmHg, FC 112 bpm, ritmo regular em 2 tempos. A FR era de 24 irpm; ausculta pulmonar com estertores crepitantes na metade inferior de HD. A glicemia plasmática era de 418 mg/dL, o hemograma com Hc 51%, Hb 14,8; leucometria de 21400 (bastões 9%, S 76%, L 11%, M 4%). A gasometria mostrou pH 7.28, pO<sub>2</sub> 98%, pCO<sub>2</sub> 35%, HCO<sub>3</sub>-16 mEq/L, BE-6%. Na 138 mEq/L, K 5,8 mEq/L. O RX de tórax revelou infiltrado de padrão alveolar no campo médio do pulmão D e broncogramas aéreos. Ausência de derrame pleural. Qual a melhor conduta inicial para este paciente?
- a)** Coletar sangue para hemocultura, escarro para bacterioscopia e cultura e iniciar SF 1000 mL na 1ª hora e 1000 mL nas 2 horas seguintes; aumentar a GBC para 20 mg/dia e suspender a MET. Iniciar cefalosporina de 3ª e macrolídeo IV.
- b)** Coletar sangue para hemocultura, escarro para bacterioscopia e cultura e iniciar SF 1000 mL na 1ª hora e 1000 mL nas 2 horas seguintes; suspender a GBC e a MET e iniciar insulina NPH s.c. imediatamente 0,3 unidades/Kg peso por dia. Iniciar cefalosporina de 3ª e macrolídeo IV, em doses adequadas.
- c)** Coletar sangue para hemocultura, escarro para bacterioscopia e cultura e iniciar SF 1000 mL na 1ª hora e 1000 mL nas 2 horas seguintes; suspender GBC e MET e iniciar, após 1 hora de hidratação, infusão de insulina regular a 0,1 unidades/Kg/hora, em soro fisiológico, em bomba de insulina. Administrar cefalosporina de 3ª e macrolídeo IV, em doses adequadas.
- d)** Tendo em vista que se trata de pneumonia comunitária, podemos tratar com hidratação com soro fisiológico, aumento das doses de GBC e MET e uso de norfloxacin como antibiótico.

**OBSTETRÍCIA E GINECOLOGIA**

- 41)** Marque a opção **INCORRETA** em relação ao aleitamento materno:
- a) O colostro evolui para leite materno entre 3 e 14 dias após o parto
  - b) Geralmente entre o 2º e 4º dia após o parto tem início a produção mais abundante do leite, assinalado pelo ingurgitamento dos seios
  - c) O valor energético é de cerca de 60calorias/100ml, sendo a taca de gordura a que apresenta variações mais profundas
  - d) A galactose é o principal carboidrato do leite
- 42)** Ainda em relação ao aleitamento materno, marque a opção **CORRETA**:
- a) O colostro e o leite humano contém linfócitos T e B, monócitos, macrófagos, neutrófilos e células epiteliais
  - b) Os linfócitos T de memória ativadas contidas no leite humano não estimulam o sistema imunológico dos recém-nascidos e lactantes
  - c) As características antialérgicas do leite humano são pouco evidentes e sabemos completamente sua forma específica de atuação
  - d) A tradicional comparação com leite de vaca e fórmulas derivadas deste, evidencia que há segurança em oferecer a mãe este alimento.
- 43)** Em relação aos ovários polimicrocísticos podemos afirmar que:
- a) O aumento do LH em relação com FSH estimularia as células da teca folicular, as quais produziram um excesso de androstenediona e testosterona
  - b) A insulina inibe a produção de androgênios na teca e estimula a síntese hepática de uma proteína que se une à testosterona, a qual aumenta a proporção de testosterona circulante livre
  - c) Os níveis elevados de estrogênios suprimem a secreção de FSH e inibem a secreção constante de LH, com hipoplasia das células da teca com produção aumentada de andrógenos
  - d) Obesidade, síndrome metabólica e hirsutismo, oligomenorréia e amenorréia são condições pouco frequentes em pacientes com síndrome dos ovários microcísticos

- 44)** JHC, 30 anos, secundigesta com 1 cesariana anterior, encaminhada ao serviço de obstetrícia do HMTJ com diagnóstico de cetoacidose diabética recém diagnosticada e trabalho de parto prematuro com idade gestacional de 30 semanas calculada pela ultrassonografia com 26 semanas (não sabe DUM). História de indisposição, sonolência, poliúria, polidipsia há 2 dias e dinâmica uterina presente há 4 horas. Até o momento não sabia ser diabética e não apresentava antecedentes familiares relacionados ao quadro. Ao exame pélvico: colo 4 cm, 40% apagamento, cefálico, occipito transverso esquerda, bolsa íntegra, BCF 114 bpm, útero fita 34 cm, em relação à conduta obstétrica mais adequada para o caso podemos afirmar que:
- a)** Tocólise com sulfato de magnésio + cardiocografia diária
  - b)** Cardiotocografia + USG com Doppler obstétrico + tocólise com nifedipina se avaliação de bem estar fetal favorável
  - c)** Cesariana após avaliação do peso fetal estimado com USG e reserva de leite em UTI neonatal
  - d)** Cardiotocografia com prescrição de dexametasona e após cesariana em no máximo 24 horas por sofrimento fetal crônico.
- 45)** Paciente encaminhada ao serviço de obstetrícia do HMTJ com quadro de gestação de 33 semanas e 4 dias, 23 anos secundigesta com 1 parto normal anterior, com quadro de síncope e glicemia capilar de 586 mg/dl realizada no SAMU que a trouxe ao hospital. Ao exame físico geral de entrada em nosso serviço apresentava mal estado geral, desidratada ++/4; afebril, aneictérica, edema de membros inferiores de +++/4, FC=80bpm, FR=16 IRpm e PA=140x90 mmHg, cefaléia leve. Exame obstétrico: feto único, cefálico, BCF=148 Bpm, útero fita de 30 cm e ausência de contrações uterinas, exame especular evidenciando vulvovaginite fúngica. Em relação ao caso descrito a conduta a ser adotada deverá incluir:
- a)** Iniciar esquema de insulino terapia venosa, isoconazol via vaginal, hidratação e dosagem Ph e eletrólitos, cardiocografia e USG com Doppler obstétrico de artéria cerebral média (analisando pico de velocidade sistólica, resistência e pulsatilidade)
  - b)** Iniciar esquema de insulino terapia subcutânea, isoconazol via vaginal, hidratação venosa + cardiocografia e USG com Doppler + corticoterapia
  - c)** Iniciar esquema de insulino terapia venosa, hidratação com dosagem de eletrólitos e Phmetria, fundoscopia, dosagem de plaquetas, LDH, ácido úrico, coagulograma, cardiocografia e USG obstétrico com Doppler de artéria umbilical e cerebral média, avaliando pico de velocidade sistólica da ACM e pulsatilidade nos vasos umbilicais associado a avaliação da resistência no mesmo vaso.
  - d)** Iniciar esquema de insulino terapia subcutânea, hipoglicemiantes orais, propedêutica laboratorial para pré-eclampsia, corticoterapia com dexametasona além de USG com Doppler obstétrico da artéria cerebral média e umbilical (avaliando pico de velocidade sistólica e resistência)

**46)** Paciente 41 anos, com quadro de diabetes préveo à gestação sem tratamento adequado, agora consulta na emergência da maternidade do HMTJ com quadro de amenorréia de 29 semanas com queixa de tonteira e sangramento vaginal de início há 2 dias. Ao exame obstétrico da admissão: hipocorada ++/4, sem edemas, afebril, FC=74 bpm, FR=22 irpm, PA=100x60 mmHg, pesquisa de Giordano negativa, útero fita de 26 cm, BCF+120 bpm. Ao exame de toque: colo posterior e impérveo, com sangramento leve e escuro sendo evidenciado. Foi internada e solicitados exames que evidenciaram: glicemia de 456mg/dl, ph 7,26; bicarbonato 9,8 mEq/L e potássio de 3,8 mEq/L. USG com Doppler da artéria cerebral média normal e diástole reversa da artéria umbilical associada a perfil biofísico fetal de 4 em 10, ascite fetal, derrame pleural e peso abaixo do percentil 10 para idade gestacional de 29 semanas e oligohidramnia acentuada. A melhor conduta obstétrica para o caso incluirá:

- a) Aguardar corticoterapia a ser prescrita com cardiotocografia diária, perfil biofísico fetal e estabilização do quadro clínico
- b) Indução do parto com misoprostol com prescrição de corticoterapia e esquema de insulino terapia subcutânea
- c) Iniciar corticoterapia, solicitar novo exame de USG com Doppler em 48 horas, cardiotocografia diária e após indução do parto com misoprostol além de prescrição de insulina venosa
- d) Insulino terapia e estabilização dos níveis glicêmicos USG com Doppler obstétrico, estudando ducto venoso, corticoterapia e após interrupção de gestação por cesariana

**47)** Em relação a Síndrome Hipertensiva na gravidez podemos afirmar que:

- a) Todas as tentativas com aspirina, cálcio, vitamina E, vitamina C, óleo de peixe, entre outros, tem mostrado ineficiência a luz das evidências clínicas. Os diversos ensaios que geram metanálises bem elaboradas demonstram que nenhum fármaco conseguiu diminuir a prevalência de pré-eclampsia
- b) Na gestação normal a excreção de sódio aumenta quando comparamos o segundo com o terceiro trimestre e esse aumento é mais acentuado na pré-eclampsia
- c) O repouso no leito em decúbito lateral direito é recomendação comum. A maioria dos pesquisadores inclui em seus protocolos, quer para tratamento ambulatorial ou hospitalar da pré-eclampsia provavelmente por meio da descompressão da veia cava
- d) A  $\alpha$  metil dopa diminui a resistência vascular sistêmica sem alterações no débito cardíaco e deverá ser a droga de escolha para tratamento das crises hipertensivas durante a gravidez complicada por pré-eclampsia associada ou não a hipertensão previa



- 48)** A classificação das substâncias químicas de acordo com seu potencial teratogênico segundo o FDA (Food and Drug Administration – EUA) estabelece que:
- a)** Para a prevenção e tratamento de tromboembolismo venoso, a heparina é o anticoagulante de escolha pela sua segurança e eficácia bem estabelecidas na gravidez sendo classificado como categoria D
  - b)** Os anticoagulantes cumarínicos são classificados como categoria B
  - c)** O uso de heparina durante a gravidez está relacionado a malformações menores do sistema cardiovascular fetal e poderá a critério clínico ser utilizado sem maiores restrições na gestação principalmente durante a primeira metade da gravidez
  - d)** De um modo geral, pode-se afirmar que na gestante existe um risco 6 vezes maior de ocorrer tromboembolismo venoso e que a TVP incide em 1 a 2 casos por 1000 gestações depois da toxemia gravídica, a embolia pulmonar é a causa mais comum de mortalidade materna em pacientes não tratados adequadamente
- 49)** Em paciente de 19 anos com anovulação crônica, obesidade e ovários micropolicísticos ao USG endovaginal podemos afirmar que:
- a)** A resistência insulínica é parcialmente explicada pelo excesso de tecido adiposo, principalmente a gordura visceral que apresentam características metabólicas que deterioram a sensibilidade insulínica
  - b)** Atividade física regular não é capaz de aumentar a sensibilidade à insulina, não deslocando maior aporte de transportadores de glicose
  - c)** O seço de GLUT4 da metformina diminuirá a sensibilidade periférica da insulina
  - d)** A relação LH-FSH encontra-se inalterada em pacientes com síndrome dos ovários micropolicísticos, sendo que níveis de sulfato de dehidroepiandrosterona estarão sempre muito elevados
- 50)** Paciente 35 anos G<sub>2</sub>P<sub>1</sub>, 1 parto normal, consulta em ambulatório de planejamento familiar desejando contracepção. Em sua história clínica observa-se histórico familiar importante para câncer de mama, fumante 15 cigarros dia, controle com mastologista por cisto oleoso da mama e ectasia ductal. Anota-se também diagnóstico de adenomiose. A opção mais indicada seguindo critérios de elegibilidade para contracepção da OMS é:
- a)** Salpingotripsia bilateral
  - b)** Anticoncepcional oral combinado (estrogênio + progesterona)
  - c)** Dispositivo intra-uterino liberador de levonogrestrel
  - d)** Dispositivo intra-uterino a base de cobre (TCU 380-A)

- 51)** Uma paciente pós menopausada de 60 anos, nuligesta, sem uso de terapia hormonal, IMC 23, hipertensa em uso de  $\alpha$  metil dopa 2 gramas/dia e propranolol 80 mg/dia, consulta trazendo resultados de exames com mamografia bilateral BIRADS 1 e USG endovaginal evidenciando endométrio hiperecogênico e espessado com 12 mm. Neste caso a conduta adequada será:
- a) USG mamas e indicação de histerectomia abdominal total
  - b) Mamografia com compressão localizada e biópsia de endométrio com cureta de Novack ambulatorial
  - c) Retorno habitual com screening mamográfico em 1 ano e novo exame ultrassonográfico em 6 meses
  - d) Histeroscopia diagnóstica com biópsia endometrial dirigida e controle mamográfico anual
- 52)** Casal consulta com quadro de infertilidade primária de 3 anos, ela 30 anos e ele 46 anos com filhos de outra união. Relatam atividade sexual freqüente (4X/semana) e negam patologias clínicas e uso de medicamentos. A propeidêutica adequada a ser investigada no caso deverá incluir:
- a) Dosagem progesterona, TSH e T4 livre, laparoscopia diagnóstica, USG endovaginal e espermograma e colposcopia
  - b) Dosagem progesterona e estradiol , USG endovaginal, espermograma
  - c) Dosagem FSH, LH, prolactina e espermograma com morfologia e USG de bolsa escrotal com Doppler
  - d) Dosagem FSH, LH, prolactina, TSH e T4 livre, histerossalpingografia, espermograma com morfologia, USG endovaginal para controle de ovulação .
- 53)** Em relação à predição de parto pré-termo assinale a alternativa INCORRETA:
- a) Uma historia de parto pré-termo prévio se correlaciona com trabalho de parto pré-termo subsequente
  - b) A dilatação cervical assintomática após a metade da gestação tem sido considerada um fator de risco para o parto pré-termo
  - c) A vaginose bacteriana tem sido associada ao parto pré-termo espontâneo, à ruptura prematura de membranas e infecção do córion e âmnio
  - d) A detecção da fibronectina fetal em secreções cervicovaginais não tem valor em mulheres com sintomas de trabalho de parto pré-termo para identificar aquelas com valores negativos e um risco reduzido de parto pré-termo

- 54)** Paciente internada no centro de parto normal do HMTJ com gestação de 37 semanas e 5 dias em trabalho de parto, apresentando amniorexe de 18 horas, febre de 39°C, odor fétido vaginal, dor a palpação do fundo uterino e taquicardia materna e BFC de 158 Bpm.  
Hemograma solicitado evidenciando Leucocitose de 18.000 leucócitos. Diante do quadro a conduta obstétrica mais adequada será:
- a) Cesariana imediata por sofrimento fetal agudo
  - b) Indução do parto com misoprostol seguido de amnioinfusão
  - c) Iniciar ampicilina 2 gramas IV de 6/6 horas, mais gentamicina 2mg/kg em dose de ataque e 1,5 mg/kg IV a cada 8 horas e indução do parto privilegiando via baixa vaginal
  - d) Iniciar cliendamicina 600mg a cada 8 horas e cesariana após 2 horas da 1ª dose de antibiótico
- 55)** Em pacientes com diagnóstico de mola hidatiforme parcial o cariótipo típico é:
- a) 60 XXX, 69 XXY ou 69 XYY
  - b) 46 XX
  - c) 46 XY
  - d) 45 X e 45 Y
- 56)** Em paciente com bacia do tipo antropóide (bacia dos primatas) o prognóstico em relação a distócias de parto:
- a) É bom tendo pequena ou desprezível incidência de distócias
  - b) É mau com insinuação nos diâmetros transversos
  - c) É ruim com aumentos de incidência de posteriores (obliquas e diretas) sendo que se não houver distócia no estreito superior, não haverá no resto
  - d) Muito ruim com distocias crescentes com a progressão da apresentação
- 57)** Paciente com 42 anos , consulta com queixa de dor misturada a prurido vulvar, disúria e dispareunia, com piora progressiva do quadro de coceira. Ao exame físico evidenciaram-se pápulas, pele brilhante e com placas brancas. O diagnóstico a ser firmado é:
- a) Líquem escleroso
  - b) Intertrigo
  - c) Psoríase
  - d) Dermatite de contato associada a lesão por HPV

- 58)** ML 19 anos em tratamento de infecção por papiloma vírus humano com verrugas genitais e neoplasia intraepitelial escamosa de baixo grau. Há 03 anos realizou novos exames que evidenciaram displasia moderada (NIC II) à citologia confirmada com colposcopia e biopsia dirigida, no caso descrito a opção terapêutica/propedêutica devesa indicar:
- a)** Seguimento colposcópico e citológico trimestral
  - b)** Curetagem uterina e seguimento colposcópico e citológico trimestral
  - c)** Cauterização de colo uterino e seguimento colposcópico e citológico semestral
  - d)** Conização de alta frequencia (CAF)
- 59)** Em relação às dosagens hormonais utilizadas na avaliação do eixo-hipotálamo-hipófise-ovário, é correto afirmar que:
- a)** O teste de progesterona negativo sugere deficiência endógena de estrogênios e é fundamental na avaliação dos casos de amenorréia primária
  - b)** O sulfato de dehidroepiandrosterona é um indicador da atividade adrenal na hiperplasia congênita da adrenal por deficiência da enzima 21 hidroxilase
  - c)** A dosagem de progesterona maior ou igual a 10mg/ml na metade da fase lútea indica defeito de fase lútea
  - d)** A concentração basal de FSH (3º dia do ciclo), o teste do citrato de clomifeno e a dosagem de inibina B são métodos utilizados na avaliação da reserva ovariana
- 60)** São fatores de risco aumentados para ocorrência de câncer de ovário, exceto:
- a)** Duas parentas de 1º grau com câncer epitelial ovariano
  - b)** Pacientes portadoras de mutação de gene BRCA 1
  - c)** Síndrome de Lynch II
  - d)** Uso de anticoncepcional oral

**MEDICINA PREVENTIVA E SOCIAL**

As questões de 1 a 6 dizem respeito a Portaria MS-GM -648/2006 que institui a Política de Atenção Básica. Marque a **CORRETA**.

**61)** A Atenção Básica caracteriza-se por “um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social”. Considerando-se o parágrafo acima, define-se a atenção básica como:

- a) Ações planejadas pelo médico que visem o tratamento das principais doenças nas famílias da área de abrangência
- b) Ações planejadas pela equipe de acordo com diagnósticos do território e da população adscrita.
- c) Ações planejadas pelo nível central de gestão e executadas pelo médico de atenção básica visem o tratamento das principais doenças nas famílias da área de abrangência.
- d) Ações que, embora sejam de grande relevância clínica, dependem do contato dos usuários com o serviço de saúde.

**62)** Ao identificar como responsabilidade da equipe a promoção da saúde essa Portaria se refere a:

- a) Ações que se desenvolvem em diversos cenários do território e são abrangentes, tendo como foco a busca de qualidade de vida da população.
- b) Ações desenvolvidas pelas equipes dentro da unidade de saúde, tendo como foco as doenças crônicas.
- c) Ações que os enfermeiros executam durante campanhas de vacinação.
- d) Ações direcionadas a um público específico: idosos, adolescentes ou mulheres e que buscam oferecer maior adesão aos tratamentos.

- 63)** Ao relacionar o trabalho da Atenção Básica a uma atividade de alta complexidade e baixa densidade tecnológica a Portaria se refere a:
- a) O atendimento da atenção básica deve ser sempre baseado nos resultados dos exames complementares.
  - b) Os profissionais da Atenção Básica têm em seu repertório uma grande quantidade de recursos tecnológicos.
  - c) Os usuários da Atenção Básica possuem sempre queixas bastante simples, não havendo necessidade de investigação.
  - d) O atendimento deve ser inter e multidisciplinar para conseguir alcançar a variedade de causalidades possíveis.
- 64)** Ao identificar o atendimento da Atenção Básica como contato preferencial ou porta de entrada do sistema de saúde, a Portaria refere-se a:
- a) Um território delimitado para garantia de atendimento a todos os moradores de dentro ou de fora da área de abrangência.
  - b) O usuário que está sob os cuidados de um especialista não necessita de consultar-se com o médico da Atenção Básica enquanto durar este atendimento.
  - c) Embora preferencial essa entrada não é exclusiva, podendo haver outras, como a urgência, por exemplo.
  - d) Nas emergências o usuário deve primeiro procurar seu médico da atenção básica.
- 65)** Ao considerar a continuidade e coordenação do cuidado como princípio da Atenção Básica a Portaria refere-se a:
- a) O fato de o usuário continuar com a sua equipe de referência mesmo quando ele muda para outro bairro.
  - b) O fato do usuário não continuar com sua equipe de referência quando é encaminhado para outros níveis, por exemplo, para internação.
  - c) O fato de o médico utilizar a referência e contra-referência para garantir o cuidado de acordo com a necessidade do usuário.
  - d) O fato de o usuário buscar sempre serviços mais especializados
- 66)** Ao considerar como princípio da Atenção Básica a “Participação Social” entendemos que:
- a) O serviço social deve fazer parte das equipes na Atenção Básica.
  - b) Os usuários devem buscar participar através dos órgãos ligados a instituições sociais.
  - c) A formação dos Conselhos de Saúde é obrigatória e sua participação garantida nas decisões da saúde.
  - d) O prefeito deve escolher pessoas para atuar nos Conselhos de Saúde

As questões de 7 e 8 devem usar como referência a situação abaixo:

*“O programa de diabetes é um exemplo da falta de equidade e dos problemas que a acompanha. Como o medicamento é caro e os governos estadual e federal praticamente fornecem de forma irregular, o secretário de saúde criou regras visando favorecer os mais carentes. Um critério foi só fornecer para quem faz acompanhamento no serviço público e é cadastrado Hiperdia. Outro critério foi a exigência do título de eleitor para a marcação das consultas”...*

- 67)** Essa situação referida por um usuário demonstra que o princípio de Equidade, garantido pela Constituição Federal de 1988, não está sendo cumprido, já que *equidade* significa:
- a)** Que os mais pobres devem receber uma atenção à saúde diferenciada.
  - b)** Deve ser fornecida uma maior atenção à saúde para aqueles que, ricos ou pobres, estejam em situação de maior risco.
  - c)** Deve-se priorizar a atenção à saúde aos moradores da área de abrangência da equipe de saúde
  - d)** Falta clareza de critério na utilização dos recursos da saúde
- 68)** A exigência do título de eleitor para o fornecimento da medicação demonstra que o secretário descumpriu o seguinte princípio do SUS:
- a)** Integralidade
  - b)** Economicidade
  - c)** Universalidade
  - d)** Regionalização.
- 69)** No financiamento da Atenção Primária a Saúde os municípios contam com o PAB (piso de atenção básica) fixo e variável. Esses recursos são definidos por:
- a)** O PAB fixo depende da capacidade de prestação de serviços do município.
  - b)** O PAB variável modifica-se sempre que o município adere e implanta ações estratégicas visando a saúde da população.
  - c)** O PAB variável depende do número de pessoas do município.
  - d)** Ambos os recursos são repassados via Estado.

- 70)** Sabendo que os profissionais da saúde atuam em atividades onde há risco de exposição ao sangue e materiais biológicos, podemos dizer que :
- a) as exposições representam riscos de transmissão ocupacional de HIV e dos vírus das hepatites B (HBV) e C (HCV)
  - b) as exposições podem ser percutâneas, mucosas, cutânea em pele não íntegra e por mordedura,
  - c) Apesar do sêmen e das secreções vaginais estarem frequentemente relacionadas a transmissão sexual desses vírus, esses materiais não estarão envolvidos habitualmente nas situações de risco ocupacional para profissionais de saúde
  - d) todas estão corretas.
- 71)** O Pacto pela Vida reforça no SUS o movimento da gestão pública por resultados, estabelece um conjunto de compromissos sanitários considerados prioritários, pactuado de forma tripartite, a ser implementado pelos entes federados. Esses compromissos deverão ser efetivados pela rede do SUS, de forma a garantir o alcance das metas pactuadas. O Pacto pela Vida contém alguns objetivos e metas prioritárias (Portaria GM/MS nº 325, de 21 de fevereiro de 2008) e entre eles:
- a) Fortalecimento da capacidade de resposta às doenças emergentes e endemias, com ênfase na dengue, febre amarela, tuberculose, malária; Promoção da saúde; Regionalização e descentralização
  - b) Saúde do trabalhador rural; Saúde mental; Fortalecimento da capacidade de resposta do sistema de saúde às pessoas com deficiência; Controle social;
  - c) Atenção à saúde do idoso; Controle do câncer de colo de útero e de mama; Redução da mortalidade infantil e materna entre outros, fortalecimento da capacidade de respostas as endemias;
  - d) Atenção integral às pessoas em situação ou risco de violência; Saúde do homem; Fortalecimento da atenção hospitalar com o Pro-Hosp.
- 72)** O Dr. Jose Carlos é médico de uma UAPS . Num dia ele atende em media 30 pacientes com patologias diversas. Alguns querem apenas um exame, ou atestado médico; outros voltam toda semana e, mesmo com o tratamento dispensado, não melhoram os sintomas. Para otimizar o atendimento o Dr. José deveria:
- a) Utilizar-se da prescrição como forma de encerrar a consulta naqueles casos onde os pacientes sejam poli queixosos;
  - b) Numa equipe interdisciplinar o médico deve objetivar o tratamento das doenças, deixando os aspectos socioculturais para a enfermeira;
  - c) Evitar fornecer muitas informações sobre o problema do paciente para não estressá-lo, considerando que ele é um leigo e isso não ajudaria no tratamento;
  - d) Procurar conhecer mais o contexto para saber quem é o paciente e como esta doença o afeta, estabelecendo relações de confiança e garantido a continuidade do cuidado.



73) Na Atenção Primária à Saúde as doenças comuns se caracterizam por ser:

- a) Benignas, fugazes e autolimitadas, com acentuada tendência para remissão espontânea.
- b) Benignas e bastante diferenciadas o que facilita o diagnóstico.
- c) São de baixa complexidade e requerem utilização de tecnologia dura para seu diagnóstico.
- d) Apresentam-se numa fase precoce, o que facilita o diagnóstico.

74) A Incidência de uma doença num determinado lugar diminui com :

- a) O prolongamento da vida dos casos não curados
- b) Imigração de indivíduos doentes
- c) Diminuição da taxa de cura dos casos
- d) Emigração de indivíduos doentes

75) Marque a coluna da direita de acordo com a da esquerda:

a	O Indicador de Anos Potenciais De Vida Perdidos (APVP):		São fontes de informações os dados do Sistema Nacional de Agravos Notificáveis (SINAN), Autorização de Internação Hospitalar (AIH), Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT), e estudos locais específicos.
b	Morbidade		Elevado coeficiente de mortalidade por doenças crônico degenerativas e cardiovasculares e diminuição das doenças infecto contagiosas e parasitárias.
c	Transição epidemiológica		Apresenta os indicadores demográficos e sócio-sanitários por micro-área, área, segmento territorial, zona (urbana /rural), município, estado e região;
d	Sistema de informação da atenção básica (SIAB)		Considera os anos de vida perdidos a cada óbito, dando mais peso aos óbitos que ocorrem em idades precoces.

- a) a, d, c, b
- b) b, c, d, a
- c) c, b, d, a
- d) b, c, a, d

- 76)** Sensibilidade e especificidade são propriedades de testes diagnóstico. Podemos dizer que:
- a)** Sensibilidade é a capacidade de um teste diagnóstico acertar em um indivíduo sem aquela doença.
  - b)** Especificidade é a capacidade de um teste diagnóstico acertar em um indivíduo com aquela doença.
  - c)** Testes altamente sensíveis detectam todos (ou quase todos) os doentes e tem poucos falsos negativos.
  - d)** Testes específicos tem poucos falsos-negativos
- 77)** Você foi contratado como médico de uma UAPS numa cidade de pequeno porte. Ao atender um paciente com suspeita de meningite você deve:
- a)** Notificar imediatamente a vigilância epidemiológica mesmo antes da confirmação do caso.
  - b)** Transferir o paciente para o hospital de referência na cidade vizinha e aguardar que o hospital notifique a vigilância epidemiológica.
  - c)** Aguardar a confirmação da etiologia meningocócica da meningite para notificar a Vigilância Epidemiológica.
  - d)** Aguardar e observar a evolução do paciente por 24 horas antes de qualquer medida.
- 78)** Paciente de masculino, 16 anos, branco, estudante, chega à consulta na UAPS com quadro de a febre, (39°C) de início abrupto, associada à cefaleia, adinamia, mialgias, artralguas, exantema, prurido, anorexia, náuseas, e diarreia. Início dos sintomas há 4 dias. Você suspeita de dengue, faz a prova do laço e conta 15 petéquias. A conduta correta é
- a)** Solicitar hemograma completo. Manter paciente em casa e orientar a hidratação oral (tomar líquidos à vontade). Caso não melhore em até 48h retornar para reavaliação.
  - b)** Hemograma completo: obrigatório. A coleta deve ser imediata, com resultado no mesmo período. Exames específico (sorologia/isolamento viral): obrigatório
  - c)** Hemograma completo: obrigatório. A coleta deve ser imediata, com resultado no mesmo período. Tratamento ambulatorial: hidratação oral vigorosa: 80ml/kg/dia.
  - d)** Solicitação do hemograma completo: coleta no mesmo dia e resultado em até 24 horas. Hidratação oral: calcular o volume de líquidos de 60 a 80ml/kg/dia, sendo 1/3 com solução salina e no início com volume maior. Para os 2/3 restantes, orientar a ingestão de líquidos caseiros. Monitorar o paciente diariamente.

**79)** Dona Antônia é diabética, obesa, hipertensa, ansiosa e usa diariamente os seguintes medicamentos: Nifedipina (20mg-3/dia), Captopril (25mg -6/dia), Hidroclorotiazida (25mg-1/dia), AAS (100mg -2/dia), Metiformina (850 mg-3/dia), Glibenclamida (5mg-3/dia), Omeprazol (20mg-1/dia), Clonazepan (2mg-1/dia), Fluoxetina (20mg-1/dia) e Alendronato de Sódio (70mg-1/semana) e cálcio (500mg-1/dia). Hoje, pela manhã ela chegou à UAPS com a PA 200/100mmHg e durante a consulta relata que tem medo de tornar-se dependente destes medicamentos, portanto não os toma diariamente. Podemos dizer que em relação a este caso:

- O número de doses e medicamentos é inversamente proporcional à adesão ao tratamento.
- Existe a possibilidade de tornar-se dependente de algum destes medicamentos.
- Devemos usar métodos comportamentais que auxiliam a adesão ao tratamento.
- Todas estão certas

**80)** De acordo com o calendário vacinal da Secretaria de Saúde de Minas Gerais para crianças, marque a coluna da direita de acordo com a da esquerda:

a	BCG		Aos 9 meses e 10 anos
b	Tetra valente(DPT + Hib)		Ao nascer, 1 e 6 meses
c	Vacina Oral Poliomelite - VOP		15 meses e 4 anos
d	Vacina Hepatite B		2, 4, 6 e 12 meses
e	Vacina Febre amarela		Dose única ao nascer
f	Vacina Oral Rotavírus Humano (VORH)		12 meses e 4 anos
g	Vacina pneumocócica 10 (conjugada)		2, 4 e 6 meses de idade
h	Vacina tríplice viral (SCR)		3, 5 e 15 meses
i	Vacina meningocócica C (conjugada)		2, 4, 6 meses de idade e 15 meses
j	Vacina tríplice Bacteriana (DPT)		2 meses e 4 meses

- e, d, j, g, a, h, b, i, c, f
- j, d, e, h, a, g, b, i, c, f
- h, j, d, e, a, g, b, i, c, f
- a, f, d, h, i, j, b, g, e, c

**PEDIATRIA**

- 81)** Em todas alternativas podemos suspeitar de anormalidades da puberdade , exceto:
- a) Quando a puberdade se acompanha de manifestações heterossexuais como sinais de virilização no sexo feminino ou de feminilização no sexo masculino
  - b) Ausência de mamas a partir dos 13 anos ou de pêlos púbicos a partir dos 14 anos no sexo feminino
  - c) Ausência de pelos púbicos a partir dos 14,5 anos ou ausência do aumento do volume testicular a partir dos 14 anos no sexo masculino
  - d) Surgimento de características sexuais secundárias antes dos 10 anos nas meninas e dos 9 nos meninos
- 82)** São causas para deficiência de hormônio do crescimento, exceto:
- a) Ausência congênita da hipófise
  - b) Holoprosencefalia
  - c) Tuberculose
  - d) Radioterapia
- 83)** Algumas doenças genéticas cursam com diarreia crônica na faixa etária pediátrica dentre elas temos a cloridarréia congênita que é uma doença autossômica recessiva. Dentre as alternativas marque a que não apresenta suas principais manifestações fenotípicas:
- a) Prematuridade
  - b) Diarreia grave com cloreto superior a 100 mEq/L de fezes
  - c) Deficiência de lactase
  - d) Distensão abdominal
- 84)** A fibrose Cística é uma doença causada pela mutação no gene regulador da condutância transmembrana do cloro. São características laboratoriais desta doença, exceto:
- a) Hiponatremia
  - b) Alteração das diferenças no potencial elétrico da mucosa nasal
  - c) Hipercalemiúria
  - d) Altas concentrações de potássio e sódio no suor
- 85)** A síndrome das luvas e meias que é caracterizada por lesões purpúricas simétricas e eritematosas indolores nas mãos e nos pés tem o mesmo agente etiológico que:
- a) Roséola infantil
  - b) Eritema infeccioso
  - c) Rubéola
  - d) Enterovirose

**86)** Em Relação a Insuficiência Renal Aguda no Recem-nascido pretermo :

- a) Na IRA pré renal a osmoralidade urinária é < 350
- b) Na IRA pré renal o Na urinário > 30
- c) Na Lesão renal aguda o FENA é < 2,5
- d) Nenhuma das alternativas acima

**87)** RNPT, peso ao nascer 1100 g , encaminhado para UTI nas primeiras horas de vida. Necessitou ventilação mecânica assistida , nutrição parenteral total e antibiótico sistêmico.

A dieta enteral foi iniciada a partir do 6º dia de vida , em virtude da instabilidade hemodinâmica, com leite humano do banco de leite , alternado com fórmulas para prematuros.No início da 3ª semana de vida , a criança já se encontrava em ar ambiente, alimentando-se por gavagem , quando apresenta quadro de distensão abdominal importante e resíduo gástrico volumoso de aspecto inicialmente alimentar e progredindo para bilioso.Ao exame a criança mostrava sinais de gravidade , com comprometimento da perfusão periférica, taquicardia , apnéia , necessitando novamente de ventilação mecânica assistida. Ao exame radiológico do abdome foi evidenciado pobreza na distribuição de gás , alças muito distendidas , com sinal de pneumatose intestinal.

Em relação aos aspectos apresentados na assistência prestada a esse RN podem ser considerados como risco para ocorrência de ENC (enterocolite necrotizante ) , exceto:

- a) Prematuridade
- b) Uso de leite humano do banco de leite
- c) Tempo de inicio da dieta
- d) Uso de antibióticos

**88)** Em relação à síndrome nefrótica na infância podemos afirmar , exceto:

- a) A lesão mais comum encontrada ( cerca de 85% dos casos ) é a lesão mínima
- b) Encontramos proteinúria maciça , hipercolesterolemia, hipertrigliceridemia, hipoproteinemia e complemento C3 baixo
- c) O tratamento inicial consiste em uso de corticoide oral na dose de 2 mg/ kg / dia por 4 semanas não excedendo a dose total de 60 mg / dia
- d) A biopsia é sempre indicada quando a doença se inicia no primeiro ano de vida ou após os 10 anos.

- 89)** Um lactente, nasceu a termo e com 7 meses de vida foi levado ao posto de saúde e lá chegando a agente de saúde verificou que o mesmo só havia recebido as vacinas no hospital quando nasceu e no 2º mês de vida . Quais vacinas estão faltando para fazer nesta criança?
- a) 1 dose de hepatite b , 2 doses pólio , 2 doses tríplice bacteriana , 2 doses de haemófilus b, 2 dose de rotavirus , 2 doses de meningococo , 2 doses de pneumococo
  - b) 1 dose de hepatite b , 2 doses pólio , 2 doses tríplice bacteriana , 2 doses de haemófilus b , 2 doses de meningococo , 2 doses de pneumococo
  - c) 2 doses de hepatite b , 2 doses pólio , 2 doses tríplice bacteriana , 2 doses de haemófilus b, 2 dose de rotavirus , 1 doses de meningococo , 1 doses de pneumococo
  - d) 1 dose de hepatite b , 2 doses pólio , 2 doses tríplice bacteriana , 2 doses de haemófilus b, 1 dose de rotavirus , 2 doses de meningococo , 2 doses de pneumococo
- 90)** Pré-escolar de três anos, em uso de corticosteróide para tratamento de síndrome nefrótica, apresenta febre baixa, queda do estado geral e queixa de dor abdominal. A conduta imediata é:
- a) Iniciar antibioticoterapia
  - b) prescrever ciclofosfamida
  - c) realizar paracentese diagnóstica
  - d) reduzir a dose de corticóide
- 91)** Recém-nascido de 35 semanas de idade gestacional apresenta cianose intensa desde o nascimento. Com quatro horas de vida, a oximetria mostra SaO<sub>2</sub> de 30% em FiO<sub>2</sub> de 100% (no capacete de oxigênio). Exame físico: cianose generalizada; B2 única. Radiografia de tórax: hipofluxo pulmonar. Eletrocardiograma: hipertrofia ventricular esquerda com eixo desviado para a esquerda. A conduta indicada é:
- a) ventilação mecânica
  - b) surfactante por via inalatória
  - c) óxido nítrico por via inalatória
  - d) prostaglandina E por via venosa
- 92)** Pré-escolar de dois anos é levado ao ambulatório por estar anorético, apático, desnutrido, com palidez cutâneo-mucosa e manchas visíveis na conjuntiva. O exame de fundo de olho evidenciou palidez de papila e mácula. Está indicada, prioritariamente, a suplementação de:
- a) vitamina A
  - b) vitamina C
  - c) vitamina E
  - d) vitamina B12

**93)** Em relação a síndrome hemolítica – urêmica podemos afirmar , EXCETO:

- a) É a causa mais comum de insuficiência renal aguda em crianças pequenas
- b) Sucetida normalmente por gastroenterite mais frequentemente causada pela Shiguella
- c) As complicações incluem anemia, acidose , hipercalemia, , sobrecarga hídrica, insuficiência cardíaca , hipertensão arterial
- d) As alterações iniciais nos glomérulos incluem espessamento das paredes dos capilares , estreitamento das luzes dos capilares e alargamento do mesângio

**94)** Recem –nascido a termo parto vaginal , PN: 3260 g , Apgar 9/10 .Mãe não fez pré-natal e nos exames da maternidade foi evidenciado VDRL: 1:64 Qual deverá ser a conduta neste recém –nascido?

- a) Colher Hemograma , VDRL, Líquor , Rx ossos longos e crânio e avaliar tratamento com Penicilina Benzatiana 1 dose
- b) Colher Hemograma ,, VDRL, Líquor , Rx ossos longos e crânio e iniciar tratamento com Penicilina G cristalina por 10 dias
- c) Fazer 1 dose de Penicilina Benzatina
- d) Colher os exames e mandá -lo para acompanhamento ambulatorial

**95)** Em relação a questão anterior , se o líquido vier com VDRL positivo , como será o tratamento:

- a) Penicilina Benzatina 3 doses
- b) Penicilina G cristalina 10 dias
- c) Penicilina G cristalina 14 dias
- d) Penicilina Benzatina 1 dose

**96)** Em relação à hipertensão arterial em pediatria é correto afirmar, exceto:

- a) Pode ser de origem primária ou secundária, sendo que as causas secundárias são mais comuns e dentre elas se destacam as doenças renais
- b) Independente da idade a etiologia secundária deve ser exaustivamente investigada
- c) Na emergência hipertensiva a droga de escolha é o nitroprussiato de sódio
- d) Pode ser classificada quando a criança apresentar níveis de PA superior ao percentil 90 para idade , sexo, estatura após três medidas sucessivas de PA.

- 97) Criança de 7 anos de idade , Maria Eduarda , foi se consultar e ao ser examinada foi evidenciado PA : 113 x 75 . Se encontra no percentil 75 de estatura e percentil 50 de peso. Qual a sua classificação diante de sua pressão arterial:
- a) Normotensa
  - b) Pré- hipertensão arterial
  - c) Hipertensão arterial estágio I
  - d) Hipertensão arterial grave
- 98) Em relação a anemia ferropriva , marque alternativa incorreta:
- a) Os leites artificiais com 7-12 mg de Fe / L para lactentes a termo e os leites artificiais para prematuros com 15mg de Fe / L para lactentes com peso ao nascer inferior a 1800 g não são eficazes
  - b) Diagnóstico diferencial pode ser feito com  $\beta$  talassemia , intoxicação por chumbo associada à deficiência de ferro,doença da Hb A (  $\alpha$  talassemia )
  - c) O baixo peso ao nascer e a ocorrência de hemorragia perinatal significativa estão associados a redução da massa de hemoglobina neonatal e das reservas de ferro
  - d) Os adolescentes também são susceptíveis á deficiência de ferro, devido às grandes necessidades do surto de crescimento , deficiências dietéticas e perda de sangue menstrual
- 99) Em relação a sinusite na criança , marque a alternativa incorreta:
- a) Quadro clínico é semelhante a dos adultos e adolescentes, apresentando cefaléia, dor facial, tosse , edema facial.
  - b) A maioria das infecções do trato respiratório superior melhora em 7 a 10 dias
  - c) O valor da radiografia e da tomografia é controverso
  - d) A amoxicilina é a primeira escolha no tratamento da sinusite bacteriana
- 100) Com relação a hérnia diafragmática podemos afirmar:
- a) As alterações anatomopatológicas em lactentes com hérnia diafragmáticas congênitas se limitam ao diafragma
  - b) Quando não reconhecida pode ser causa de morte súbita em lactentes e crianças de até 2 anos de idade.
  - c) A maioria do diagnóstico é feito tardiamente por falta de manifestações clínicas iniciais
  - d) A sintomatologia e prognóstico independem da localização do defeito e anomalias associados.