



Não deixe de preencher as informações a seguir:

Nome

Nº de Identidade

Órgão Expedidor

 UF

Nº de Inscrição

GRUPO 01
ÁREAS BÁSICAS COM ACESSO DIRETO

PREZADO CANDIDATO

- *Você está recebendo o seu Caderno de Prova Escrita, contendo 100 (cem) questões objetivas de múltipla escolha com 05 (cinco) alternativas cada. Verificar se o GRUPO/PROGRAMA impressos se referem àqueles de sua opção no ato da inscrição.*
- *Se encontrar alguma informação em desacordo, incompleta ou com algum defeito gráfico que lhe cause dúvidas, informe, imediatamente, ao Fiscal para ele tomar as providências necessárias. Caso não seja atendido em sua reivindicação, solicite que seja chamado o Chefe de Prédio.*
- *Para registrar as alternativas escolhidas nas questões objetivas de múltipla escolha, você receberá um Cartão-Resposta de Leitura Ótica. Verifique, também, se o **Número de Inscrição e o Grupo/Programa** impressos **estão de acordo com sua opção**.*
- *As marcações das suas respostas no Cartão-Resposta devem ser realizadas mediante o preenchimento total das bolhas correspondentes a cada número da questão e da letra da alternativa. Utilize, para isso, caneta esferográfica na cor azul ou preta.*
- *Se for necessária a utilização do sanitário, você deverá solicitar permissão ao fiscal de sala que designará um fiscal volante para acompanhá-lo no deslocamento, devendo permanecer em silêncio, durante todo o percurso, podendo, antes de entrar no sanitário e depois da utilização deste, ser submetido à revista (com ou sem detector de metais). Caso, nesse momento, seja detectada qualquer irregularidade ou porte de qualquer tipo de equipamento eletrônico, serão tomadas providências de acordo com o estabelecido no Edital do Concurso.*
- *Ao terminar sua Prova e preenchido o Cartão-Resposta, desde que no horário estabelecido para deixar o recinto de Prova, entregue o Cartão-Resposta ao Fiscal e deixe a sala em silêncio.*

BOA SORTE!

CLÍNICA MÉDICA

01. Homem de 74 anos, hipertenso e portador de osteoartrose, procura atendimento por fadiga progressiva, dispneia aos médios esforços e redução da capacidade funcional há cerca de quatro meses. Refere perda ponderal não intencional de 5 kg nos últimos seis meses. Nega hematúria, epistaxes ou hemoptise. Faz uso contínuo de losartana 50 mg/dia e diclofenaco de forma intermitente para dor articular. Ao exame físico, apresenta palidez cutaneomucosa discreta, frequência cardíaca de 88 bpm, pressão arterial de 132×78 mmHg e abdome sem alterações. Os exames laboratoriais revelam hemoglobina de 9,4 g/dL, VCM de 72 fL, HCM de 23 pg, RDW aumentado, ferritina de 11 ng/mL, saturação de transferrina de 8%, reticulócitos de 0,7%, creatinina de 1,0 mg/dL e vitamina B12 e ácido fólico dentro da normalidade. Considerando o quadro clínico, qual é a conduta inicial mais apropriada?

- A) Iniciar sulfato ferroso oral e solicitar investigação da causa da deficiência de ferro, incluindo endoscopia digestiva alta e colonoscopia.
- B) Prescrever apenas ferro endovenoso, pois pacientes idosos não respondem adequadamente ao ferro oral.
- C) Transfundir concentrado de hemácias imediatamente e reavaliar em seis meses.
- D) Iniciar eritropoetina subcutânea associada à reposição de ferro.
- E) Repetir o hemograma em três meses antes de iniciar qualquer tratamento.

02. Homem de 39 anos procura atendimento por tristeza persistente, perda de interesse pelas atividades habituais, fadiga, insônia e dificuldade de concentração há cerca de dois meses. Os sintomas prejudicam seu desempenho profissional e suas relações familiares. Nega uso de álcool ou drogas, ideação suicida, sintomas psicóticos, catatonias e episódios prévios de mania ou hipomania. Exame clínico sem alterações relevantes. Foi diagnosticado episódio depressivo maior de intensidade moderada. Qual é a conduta inicial mais adequada?

- A) Encaminhar para eletroconvulsoterapia como tratamento de primeira escolha.
- B) Orientar apenas medidas de estilo de vida e reavaliar em seis meses.
- C) Iniciar estabilizador de humor como monoterapia.
- D) Prescrever benzodiazepínico como tratamento isolado prolongado.
- E) Iniciar antidepressivo de primeira linha, associado à psicoterapia quando disponível.

03. Homem de 66 anos, portador de diabetes mellitus tipo 2 há 14 anos e hipertensão arterial, em uso de metformina 2.000 mg/dia e losartana 100 mg/dia, comparece à consulta de rotina. Encontra-se assintomático, aderente ao tratamento e sem episódios recentes de hipoglicemia. Apresenta HbA1c de 7,1%, pressão arterial de 126×74 mmHg, TFG estimada de 58 mL/min/1,73 m² e relação albumina/creatinina urinária de 180 mg/g, confirmada em duas amostras com intervalo superior a três meses. O exame físico não evidencia edema, e o restante dos exames laboratoriais permanece estável.

Segundo as Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD 2025), qual é a melhor estratégia terapêutica para reduzir a progressão da doença renal e o risco cardiovascular?

- A) Suspender a metformina e iniciar insulina basal.
- B) Associar uma sulfonilureia para intensificar o controle glicêmico.
- C) Associar um inibidor de SGLT2 com benefício cardiorrenal comprovado.
- D) Associar um inibidor de DPP-4 por apresentar efeito semelhante na proteção renal.
- E) Manter o tratamento atual, pois a hemoglobina glicada encontra-se próxima da meta.

04. Homem de 42 anos, natural de Vitória de Santo Antão (PE), previamente hígido, procura atendimento por dor torácica ventilatório-dependente à esquerda, tosse seca e dispneia aos esforços há três semanas. Refere febre baixa predominantemente vespertina, sudorese noturna e perda de aproximadamente 5 kg no último mês. Ao exame físico, apresenta temperatura de 37,8°C, frequência cardíaca de 92 bpm e redução do murmúrio vesicular na base pulmonar esquerda, com macicez à percussão. A radiografia de tórax evidencia derrame pleural moderado à esquerda, sem consolidações pulmonares. A toracocentese demonstra derrame pleural exsudativo, com proteína pleural de 5,1 g/dL, DHL de 420 U/L, glicose de 72 mg/dL, pH de 7,36, predomínio linfocitário (92%), ADA de 68 U/L e culturas bacterianas negativas.

Com base no quadro clínico e nos achados do líquido pleural, qual é o diagnóstico mais provável?

- A) Derrame pleural parapneumônico complicado.
- B) Derrame pleural tuberculoso.
- C) Hidrotórax hepático.
- D) Derrame pleural secundário à insuficiência cardíaca congestiva.
- E) Quilotórax.

05. Mulher de 26 anos, com diagnóstico recente de lúpus eritematoso sistêmico, procura atendimento por artralgias em mãos, fotossensibilidade e rash malar. Nega dispneia, dor torácica, alterações neurológicas ou urinárias. Ao exame físico, não apresenta sinovite importante. Os exames mostram hemograma, creatinina, complemento (C3 e C4) e exame de urina sem alterações, afastando acometimento renal ou de outros órgãos maiores. Segundo as recomendações atuais para o tratamento do lúpus eritematoso sistêmico, qual medicamento deve ser prescrito para praticamente todos os pacientes, salvo contraindicação?

- A) Azatioprina. B) Hidroxicloroquina. C) Ciclofosfamida. D) Rituximabe. E) Metotrexato.
-

06. Mulher de 32 anos é diagnosticada com trombose venosa profunda proximal em membro inferior esquerdo, confirmada por ultrassonografia Doppler, sem fator desencadeante identificado. Refere duas perdas gestacionais consecutivas após a 10ª semana de gestação. A investigação para síndrome antifosfolípide, realizada fora da gestação e repetida após 12 semanas, demonstra anticoagulante lúpico positivo, anticardiolipina IgG em títulos altos e anti-β2-glicoproteína I IgG positivo, persistentes. Não apresenta neoplasia, insuficiência renal, hepatopatia ou contraindicação ao uso de antagonista da vitamina K.

Qual é a estratégia de anticoagulação mais adequada após o tratamento inicial?

- A) Suspender a anticoagulação após 30 dias, pois se trata do primeiro episódio de trombose venosa.
B) Manter ácido acetilsalicílico em monoterapia como prevenção secundária.
C) Manter anticoagulação prolongada com varfarina, visando INR entre 2,0 e 3,0.
D) Substituir a anticoagulação por rivaroxabana, por apresentar maior eficácia em pacientes com síndrome antifosfolípide triplo-positiva.
E) Suspender a anticoagulação e solicitar investigação de trombofilia hereditária antes de definir o tratamento.
-

07. Mulher de 48 anos procura atendimento por episódios recorrentes de nefrolitíase nos últimos dois anos e constipação. Os exames mostram cálcio sérico total de 11,8 mg/dL, confirmado em segunda dosagem, albumina normal, creatinina de 0,8 mg/dL e fósforo de 2,3 mg/dL. Nega uso de suplementos de cálcio, vitamina D, lítio ou diuréticos tiazídicos.

Após confirmar a hipercalcemia, qual é o exame laboratorial mais importante para iniciar a investigação etiológica?

- A) Dosagem sérica de PTH intacto. D) Densitometria óssea.
B) Calcitonina. E) Ultrassonografia cervical.
C) Cintilografia das paratireoides.
-

08. Mulher de 34 anos procura atendimento por perda de 7 kg nos últimos três meses, apesar do aumento do apetite. Refere palpitações, tremores nas mãos, intolerância ao calor e nervosismo. Encontra-se em bom estado geral, afebril e hemodinamicamente estável. Ao exame físico, apresenta frequência cardíaca de 108 bpm, bócio difuso de consistência elástica e discreta retração palpebral. Teste de gravidez negativo. Os exames mostram TSH < 0,01 mUI/L, T4 livre de 3,1 ng/dL e TRAb positivo. A ultrassonografia da tireoide evidencia glândula difusamente aumentada, com ecotextura heterogênea e aumento difuso da vascularização ao Doppler, sem nódulos.

Qual é o diagnóstico e a conduta inicial mais adequada?

- A) Tireoidite subaguda; iniciar anti-inflamatório não esteroide.
B) Hipertireoidismo factício; suspender levotiroxina.
C) Doença de Graves; iniciar metimazol associado a betabloqueador, salvo contraindicação.
D) Adenoma tóxico; indicar radioiodoterapia como tratamento inicial.
E) Tireoidite de Hashimoto; iniciar levotiroxina.
-

09. Homem de 65 anos, hipertenso e portador de doença renal crônica estágio 3 (TFG estimada de 48 mL/min/1,73 m²), procura atendimento por dor intensa, edema e vermelhidão no hálux direito iniciados há 24 horas. Relata episódio semelhante há dois anos e refere ingestão de cerveja e carne vermelha na véspera do início dos sintomas. Ao exame físico, apresenta artrite da primeira articulação metatarsofalangeana direita, sem febre, sem sinais de infecção e sem comprometimento de outras articulações. Não faz uso de alopurinol, febuxostate ou colchicina.

Qual das seguintes medicações está indicada para o tratamento da crise aguda de gota nesse paciente?

- A) Alopurinol. D) Febuxostate.
B) Probenecida. E) Benzbromarona.
C) Colchicina em baixa dose, com ajuste para a função renal.
-

10. De acordo com a Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial 2025, assinale a alternativa INCORRETA.

- A) Mudanças no estilo de vida são recomendadas para todos os pacientes com pressão arterial elevada ou hipertensão.
- B) A monitorização ambulatorial ou residencial da pressão arterial pode auxiliar na confirmação diagnóstica da hipertensão arterial.
- C) A estratificação do risco cardiovascular deve considerar fatores de risco, lesão de órgão-alvo e doenças associadas.
- D) A redução do consumo de sódio é uma das medidas não farmacológicas recomendadas para prevenção e tratamento da hipertensão arterial.
- E) O tratamento medicamentoso deve ser iniciado apenas após seis meses de medidas não farmacológicas, independentemente do estágio da hipertensão e do risco cardiovascular.

11. Com base na Diretriz Brasileira de Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose – 2025, assinale a alternativa INCORRETA.

- A) A dosagem da lipoproteína (a) é recomendada apenas para pacientes com doença cardiovascular aterosclerótica estabelecida, não devendo ser utilizada na estratificação do risco cardiovascular em indivíduos sem doença conhecida.
- B) As estatinas permanecem como tratamento farmacológico de primeira linha para redução do LDL-colesterol.
- C) O colesterol não-HDL pode ser utilizado como meta terapêutica complementar, especialmente em pacientes com hipertrigliceridemia.
- D) A intensidade do tratamento hipolipemiante deve ser definida de acordo com a categoria de risco cardiovascular do paciente.
- E) A apolipoproteína B pode ser utilizada como marcador adicional da carga de lipoproteínas aterogênicas em situações clínicas específicas.

12. Homem de 68 anos, hipertenso e diabético, é admitido na emergência com febre, tosse produtiva, dispneia e confusão mental há dois dias. Ao exame físico, apresenta temperatura de 38,9°C, pressão arterial de 82×48 mmHg, frequência cardíaca de 122 bpm, frequência respiratória de 30 irpm, saturação de oxigênio de 89% em ar ambiente e enchimento capilar lentificado. Os exames iniciais mostram leucócitos de 19.800/mm³, lactato de 4,5 mmol/L, creatinina de 2,1 mg/dL (basal de 1,0 mg/dL) e radiografia de tórax com consolidação em lobo inferior direito. Após o reconhecimento de choque séptico, foram coletadas hemoculturas.

De acordo com as recomendações atuais da Surviving Sepsis Campaign, qual é a conduta mais adequada nas primeiras horas de atendimento?

- A) Aguardar o resultado das hemoculturas antes de iniciar antibioticoterapia.
- B) Iniciar antibioticoterapia empírica de amplo espectro o mais precocemente possível, sem retardar seu início pela coleta de exames adicionais.
- C) Iniciar hidrocortisona intravenosa para todos os pacientes com choque séptico, independentemente da resposta à reposição volêmica e aos vasopressores.
- D) Adiar a reposição volêmica até a confirmação microbiológica do agente infeccioso.
- E) Iniciar vasopressores somente após a infusão de todo o volume de cristaloides programado, mesmo na presença de hipotensão persistente.

13. Homem de 72 anos é admitido na emergência com história de diarreia intensa e vômitos há três dias. Refere tontura ao levantar-se e redução importante do volume urinário nas últimas 24 horas. Ao exame físico, apresenta mucosas secas, pressão arterial de 88×56 mmHg, frequência cardíaca de 112 bpm e enchimento capilar lentificado. Os exames mostram creatinina de 2,2 mg/dL (basal de 1,0 mg/dL), ureia de 82 mg/dL, sódio de 138 mEq/L e potássio de 4,8 mEq/L.

Qual é a conduta inicial mais adequada?

- A) Iniciar furosemida intravenosa para aumentar o débito urinário.
- B) Iniciar reposição volêmica com solução cristalóide isotônica, reavaliando a resposta clínica e hemodinâmica.
- C) Restringir líquidos para evitar sobrecarga volêmica.
- D) Iniciar hemodiálise de urgência apenas pela elevação da creatinina.
- E) Administrar bicarbonato de sódio para prevenir lesão renal aguda.

14. Homem de 79 anos é internado por pneumonia comunitária e evolui clinicamente estável após 48 horas de antibioticoterapia. Durante a visita médica, a equipe discute medidas para reduzir o risco de delirium durante a internação. O paciente encontra-se orientado, sem déficit cognitivo conhecido e sem uso de sedativos.

Segundo as recomendações atuais, qual medida é mais eficaz para prevenir delirium em pacientes hospitalizados?

- A) Prescrever haloperidol em baixa dose para todos os pacientes idosos internados.
- B) Administrar benzodiazepínicos à noite para melhorar a qualidade do sono.
- C) Manter o paciente em repouso absoluto e reduzir estímulos ambientais.
- D) Estimular mobilização precoce, reorientação frequente, higiene do sono e correção de déficits visuais e auditivos.
- E) Restringir visitas familiares para diminuir estímulos durante a internação.

15. Homem de 56 anos, portador de diabetes mellitus tipo 2, iniciou tratamento para tuberculose pulmonar com rifampicina, isoniazida, pirazinamida e etambutol há quatro semanas. Retorna ao ambulatório referindo formigamento e sensação de queimação em ambos os pés, de início gradual, sem fraqueza muscular ou limitação para caminhar. Nega alterações visuais, perda auditiva, icterícia, náuseas ou vômitos. Ao exame físico, apresenta força muscular preservada, reflexos normais e discreta redução da sensibilidade vibratória distal. As transaminases encontram-se dentro dos valores de referência.

Segundo o Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose do Ministério da Saúde, qual é a conduta mais adequada?

- A) Suspende definitivamente a isoniazida e substituí-la por levofloxacino.
- B) Iniciar suplementação com piridoxina (vitamina B6), mantendo o esquema antituberculose.
- C) Suspende todos os medicamentos até desaparecimento completo dos sintomas.
- D) Suspende apenas a rifampicina e manter os demais medicamentos.
- E) Substituir a isoniazida por etambutol em dose dobrada.

16. Homem de 64 anos, hipertenso, diabético e ex-tabagista, procura a emergência com dor torácica opressiva iniciada há uma hora, irradiada para o braço esquerdo e associada à sudorese. O eletrocardiograma evidencia supradesnivelamento do segmento ST em D2, D3 e aVF, compatível com infarto agudo do miocárdio com supradesnivelamento do segmento ST (IAMCSST). O hospital dispõe de serviço de hemodinâmica para realização de angioplastia primária. Segundo as recomendações atuais, qual medicamento deve ser administrado precocemente, na ausência de contraindicações a todos os pacientes com esse diagnóstico?

- A) Ácido acetilsalicílico (AAS).
- B) Digoxina.
- C) Furosemida.
- D) Varfarina.
- E) Amiodarona.

17. Homem de 68 anos, portador de osteoartrite de joelhos, faz uso diário de diclofenaco há cerca de seis meses. Procura atendimento por epigastria em queimação há dois meses, que piorou nas últimas semanas. A endoscopia digestiva alta evidencia úlcera gástrica de 1,5 cm, sem sinais de sangramento ativo. A biópsia é negativa para neoplasia, e o teste da urease é positivo para *Helicobacter pylori*. O paciente encontra-se hemodinamicamente estável.

Segundo as recomendações atuais, qual é a conduta mais adequada?

- A) Manter o AINE e prescrever apenas um inibidor da bomba de prótons.
- B) Suspende o AINE, iniciar tratamento para erradicação do *Helicobacter pylori* e prescrever um inibidor da bomba de prótons.
- C) Prescrever apenas antibióticos para erradicação do *Helicobacter pylori*, sem necessidade de inibidor da bomba de prótons.
- D) Indicar tratamento cirúrgico da úlcera por apresentar infecção por *Helicobacter pylori*.
- E) Iniciar corticosteroide para acelerar a cicatrização da úlcera.

18. Mulher de 76 anos, hipertensa, iniciou hidroclorotiazida 25 mg/dia há três semanas. Procura a emergência por fraqueza, náuseas e sonolência leve, iniciadas há dois dias. Nega convulsões, perda da consciência, vômitos, diarreia ou insuficiência cardíaca. Ao exame físico, encontra-se orientada, hemodinamicamente estável, sem edema e sem sinais de desidratação. Os exames mostram: sódio sérico 124 mEq/L, potássio 3,2 mEq/L, glicemia 96 mg/dL, creatinina 0,8 mg/dL e osmolaridade sérica reduzida. Qual é a conduta inicial mais adequada?

- A) Manter a hidroclorotiazida e aumentar a ingestão de sal.
- B) Iniciar solução salina hipertônica imediatamente, independentemente da intensidade dos sintomas.
- C) Suspende a hidroclorotiazida, restringir água livre e monitorar a correção do sódio, evitando correção rápida.
- D) Iniciar furosemida, mantendo a hidroclorotiazida.
- E) Prescrever desmopressina para reduzir a diurese.

19. Homem de 39 anos refere pirose e regurgitação pós-prandial há três meses. Os sintomas ocorrem duas a três vezes por semana e pioram ao deitar. Nega disfagia, perda de peso, anemia, hematêmese, melena ou vômitos persistentes. O exame físico é normal. Segundo as recomendações atuais para doença do refluxo gastroesofágico (DRGE), qual é a conduta inicial mais adequada?

- A) Solicitar endoscopia digestiva alta antes de iniciar qualquer tratamento.
- B) Solicitar pHmetria esofágica de 24 horas como primeiro exame.
- C) Iniciar tratamento empírico com inibidor da bomba de prótons, associado a medidas comportamentais.
- D) Solicitar manometria esofágica como exame inicial.
- E) Indicar tratamento cirúrgico como primeira opção.

20. Homem de 66 anos, ex-tabagista, apresenta diagnóstico de DPOC confirmado por espirometria. Encontra-se estável, sem exacerbações no último ano e utiliza broncodilatador de longa duração regularmente. Durante a consulta, pergunta qual medida reduz de forma comprovada o risco de novas exacerbações e infecções respiratórias. Qual é a orientação mais adequada?

- A) Iniciar corticoterapia oral contínua.
- B) Prescrever antibiótico profilático continuamente para todos os pacientes.
- C) Suspende o broncodilatador, por estar assintomático.
- D) Manter vacinação contra influenza e pneumococo, conforme as recomendações vigentes.
- E) Iniciar mucolítico continuamente para todos os pacientes.

CIRURGIA GERAL

21. Homem de 28 anos, dor em FID há 5 dias, febre baixa, anorexia. Ao exame: massa dolorosa palpável em FID, sem sinais de peritonite difusa. TC: plastra apendicular, sem abscesso definido e sem gás. Paciente está hemodinamicamente estável.

Qual é a conduta mais adequada segundo as recomendações atuais?

- A) Laparotomia imediata para apendicectomia e liberação do plastra
- B) Laparoscopia imediata para apendicectomia precoce
- C) Antibioticoterapia + observação clínica, com apendicectomia intervalar após 6–8 semanas
- D) Antibioticoterapia + drenagem percutânea de loja apendicular
- E) Alta com retorno ambulatorial em 48h

22. Durante uma laparotomia por outra causa, em paciente assintomático do ponto de vista biliar, em qual das situações abaixo está CORRETAMENTE indicada a realização de colecistectomia profilática?

- A) Paciente jovem, sem comorbidades, com cálculo único de 8 mm encontrado incidentalmente.
- B) Paciente com anemia falciforme, com múltiplos cálculos pequenos, assintomático
- C) Paciente com cálculo único de 2 cm, assintomático, submetido à colectomia por câncer de cólon
- D) Paciente com póipo de vesícula de 5 mm encontrado incidentalmente
- E) Paciente com cálculo de 1 cm, assintomático, submetido à hernioplastia inguinal eletiva laparoscópica

23. Sobre o perfil epidemiológico da neoplasia sólido-pseudopapilar do pâncreas (Tumor de Frantz), assinale a alternativa CORRETA.

- A) Ocorre predominantemente em homens acima de 60 anos, com comportamento altamente agressivo.
- B) É mais comum em mulheres jovens, entre a segunda e terceira décadas de vida, com baixo potencial maligno.
- C) É o tumor pancreático mais comum na infância, predominando em meninos.
- D) Apresenta incidência semelhante entre os sexos e costuma surgir em pacientes com pancreatite crônica.
- E) É típico de pacientes idosos e está fortemente associado a mutações BRCA1/2.

24. Após uma gastrectomia subtotal por úlcera péptica complicada, o cirurgião precisa escolher o tipo de reconstrução. Sobre as vantagens e desvantagens da reconstrução em Billroth II comparada à reconstrução em Y-de-Roux, assinale a alternativa CORRETA.

- A) Billroth II reduz significativamente o refluxo biliar em comparação ao Y-de-Roux.
- B) Y-de-Roux está associado a maior incidência de síndrome da alça aferente do que Billroth II.
- C) Billroth II é tecnicamente mais simples, porém apresenta maior risco de gastrite alcalina e refluxo biliar.

- D) Y-de-Roux é contraindicado em pacientes com câncer gástrico devido ao risco de fístula.
 E) Billroth II apresenta menor risco de síndrome de dumping do que Y-de-Roux.

25. Sobre os critérios utilizados no Brasil para definir prioridade na lista de transplante hepático, assinale a alternativa CORRETA.

- A) A ordem de transplante é determinada principalmente pelo tempo de espera na fila, com MELD usado apenas como critério secundário.
 B) O MELD é calculado apenas com bilirrubina e INR, sem considerar creatinina ou sódio.
 C) Pacientes com hepatocarcinoma (HCC) dentro dos critérios de Milão recebem prioridade absoluta, independentemente do MELD.
 D) O sistema brasileiro utiliza o MELD/MELD-Na como critério principal, com prioridades especiais para situações como insuficiência hepática aguda, síndrome hepatopulmonar e HCC dentro dos critérios.
 E) Pacientes com colangite esclerosante primária têm prioridade automática independentemente da gravidade clínica.

26. A fisiopatologia da resposta inflamatória no paciente grave evoluiu do modelo clássico SIRS/CARS para o conceito mais amplo de REMIT (Resposta Imunológica do Hospedeiro ao Trauma/Infecção). Sobre esses conceitos, assinale a alternativa CORRETA.

- A) O REMIT descreve uma resposta simultânea e desregulada composta por ativação pró-inflamatória (SIRS) e anti-inflamatória (CARS), que podem coexistir desde o início do insulto.
 B) O SIRS representa exclusivamente uma resposta anti-inflamatória tardia, enquanto o CARS é a fase inicial pró-inflamatória.
 C) O modelo atual considera que o paciente alterna rigidamente entre SIRS e CARS, sem sobreposição entre as fases.
 D) O CARS é caracterizado por hiperinflamação sistêmica, liberação maciça de citocinas e disfunção endotelial.
 E) O REMIT foi abandonado e substituído pelo uso exclusivo dos critérios clínicos de SIRS para diagnóstico de sepse.

27. Homem de 46 anos, previamente hígido, é admitido com dor em hipocôndrio direito há 24 horas, febre baixa e leucocitose. A ultrassonografia mostra vesícula distendida, parede espessada e cálculo impactado no infundíbulo. Indica-se colecistectomia laparoscópica. Durante a cirurgia, o cirurgião encontra inflamação moderada, com tecido fibroso denso no triângulo hepatocístico. Após cuidadosa dissecação, ele observa:

- ✓ O triângulo hepatocístico está completamente limpo de gordura e tecido fibroso
- ✓ Apenas duas estruturas parecem entrar na vesícula
- ✓ O fundo da vesícula foi parcialmente descolado do leito hepático, expondo claramente a “ilha” da vesícula sustentada por duas estruturas

Qual é a interpretação CORRETA desse cenário?

- A) A visualização parcial do ducto hepático comum confirma a visão crítica de segurança.
 B) A visão crítica de segurança foi adequadamente obtida, e é seguro proceder à clipagem e secção das estruturas.
 C) A visão crítica de segurança não pode ser obtida em colecistite aguda, e o cirurgião deve converter para cirurgia aberta.
 D) A visão crítica de segurança só é válida se o ducto hepático comum for completamente identificado.
 E) A visão crítica de segurança exige a identificação do triângulo de Calot clássico, incluindo a base do segmento 4.

28. Mulher de 58 anos apresenta anemia ferropriva e dor abdominal vaga. Colonoscopia revela lesão vegetante no cólon ascendente. A biópsia mostra adenocarcinoma moderadamente diferenciado. A imuno-histoquímica demonstra perda de expressão de MLH1 e PMS2, compatível com deficiência de reparo de DNA (dMMR) e instabilidade de microssatélites (MSI-H).

Sobre as características genéticas e clínicas associadas aos tumores de cólon direito com MSI-H, assinale a alternativa CORRETA.

- A) Tumores MSI-H são tipicamente associados a mutações KRAS e apresentam pior prognóstico que tumores MSS.
 B) Tumores MSI-H ocorrem predominantemente no cólon esquerdo e raramente se associam à síndrome de Lynch.
 C) Tumores MSI-H apresentam baixa infiltração linfocitária e menor resposta à imunoterapia.
 D) Tumores MSI-H são mais comuns no cólon direito, apresentam intensa infiltração linfocitária, melhor prognóstico e alta resposta à imunoterapia.
 E) Tumores MSI-H são caracterizados por instabilidade cromossômica (CIN) e alta taxa de mutações TP53.

29. Homem de 52 anos, etilista pesado, apresenta dor epigástrica recorrente há 3 anos, perda ponderal de 12 kg e múltiplas internações por exacerbações de pancreatite crônica. A TC mostra dilatação do ducto pancreático principal (9 mm), calcificações intraductais e aumento focal da cabeça pancreática, sem massa definida. O paciente faz uso regular de opioides, sem controle adequado da dor.

Sobre os princípios de indicação cirúrgica na pancreatite crônica, assinale a alternativa CORRETA.

- A) A cirurgia está indicada apenas quando há suspeita de malignidade, não sendo recomendada para controle de dor.
- B) A presença de calcificações pancreáticas isoladas, sem dilatação ductal, é indicação absoluta de cirurgia.
- C) Dor intratável associada a ducto pancreático dilatado é indicação clássica de cirurgia, sendo os procedimentos de drenagem ou ressecção escolhidos conforme o padrão anatômico.
- D) A cirurgia deve ser evitada em pacientes com aumento da cabeça pancreática, pois aumenta o risco de insuficiência endócrina.
- E) A presença de dependência de opioides contraindica cirurgia, pois reduz a chance de alívio da dor.

30. Homem de 54 anos, previamente hígido, apresenta dor abdominal intermitente há 3 meses, associada a perda ponderal de 6 kg e episódios de diarreia não sanguinolenta. Nega flushing. O exame físico é inespecífico. A tomografia de abdome evidencia lesão sólida de 2,8 cm em íleo terminal, com realce ao contraste e linfonodos mesentéricos aumentados. Enteroscopia identifica lesão submucosa, cuja biópsia revela tumor neuroendócrino bem diferenciado, com 3 mitoses por 10 campos de grande aumento, cromogranina A e sinaptofisina positivas e índice Ki-67 de 8%. O estadiamento não mostra metástases hepáticas.

Com base na classificação atual dos tumores neuroendócrinos gastrointestinais, qual o grau deste tumor?

- A) Tumor neuroendócrino grau 1 (G1)
- B) Tumor neuroendócrino grau 2 (G2)
- C) Tumor neuroendócrino grau 3 (G3)
- D) Carcinoma neuroendócrino (NEC)
- E) Tumor neuroendócrino indiferenciado de alto grau

31. Mulher de 62 anos, tabagista de longa data, portadora de HIV com carga viral indetectável e CD4 de 480, procura atendimento por dor anal progressiva há 4 meses, associada a sangramento ocasional e sensação de massa local. Ao exame proctológico, observa-se lesão ulcerovegetante de aproximadamente 3,5 cm localizada no canal anal, dolorosa à palpação, sem extensão aparente para a pele perianal. A palpação inguinal revela linfonodo de 1,5 cm à direita, móvel e doloroso. Biópsia da lesão confirma carcinoma espinocelular (CEC) de canal anal. A tomografia de pelve mostra espessamento tumoral sem invasão de estruturas adjacentes e linfonodo inguinal aumentado, sem outras metástases.

Qual é o tratamento de escolha para este caso?

- A) Ressecção local ampla com margens livres
- B) Amputação abdominoperineal (cirurgia de Miles)
- C) Quimiorradioterapia combinada com 5-FU e mitomicina C
- D) Radioterapia isolada
- E) Quimioterapia sistêmica exclusiva

32. Homem de 48 anos, trabalhador da construção civil, procura atendimento por dor inguinal direita há 8 meses, piorando ao esforço. O exame físico confirma hérnia inguinal indireta redutível. O paciente deseja retorno precoce ao trabalho e pergunta sobre técnicas videolaparoscópicas. O cirurgião explica as diferenças entre as abordagens totalmente extraperitoneal (TEP) e transabdominal pré-peritoneal (TAPP).

Considerando as características das duas técnicas, qual das afirmações abaixo está CORRETA?

- A) A técnica TEP evita a entrada na cavidade peritoneal, reduzindo o risco de lesão visceral e de aderências.
- B) A técnica TAPP é preferida em pacientes com cirurgia prévia no espaço pré-peritoneal.
- C) A técnica TEP é contraindicada em hérnias bilaterais.
- D) A técnica TAPP apresenta maior taxa de dor crônica pós-operatória que a TEP.
- E) A técnica TEP exige obrigatoriamente abertura do peritônio para posicionamento da tela.

33. Homem de 32 anos, previamente hígido, é atendido no pronto-socorro após colisão automobilística frontal a aproximadamente 60 km/h. Ele estava de cinto de segurança e não houve ejeção do veículo. Chega consciente, com Glasgow 15, hemodinamicamente estável. Refere dor leve em ombro direito, mas nega dor cervical. Ao exame, encontra-se alerta e orientado, sem sinais de intoxicação, sem déficit neurológico focal, sem dor à palpação da linha média cervical e sem outras lesões dolorosas que possam desviar sua atenção. O médico da sala de trauma considera a possibilidade de retirar o colar cervical sem realizar exames de imagem.

Com base nos critérios NEXUS para exclusão de lesão cervical, qual deve ser a conduta?

- A) Manter o colar cervical e solicitar radiografia simples da coluna cervical
- B) Manter o colar cervical e solicitar tomografia de coluna cervical
- C) Retirar o colar cervical, pois o paciente preenche todos os critérios NEXUS
- D) Solicitar tomografia apenas se a dor cervical surgir nas próximas horas
- E) Realizar ressonância magnética antes de retirar o colar cervical

34. Mulher de 47 anos, previamente hígida, dá entrada no pronto-socorro com dor em hipocôndrio direito há 12 horas, irradiando para dorso, associada a náuseas. Nega febre. Ao exame físico, apresenta sinal de Murphy negativo e leve icterícia. Exames laboratoriais mostram bilirrubina total de 3,2 mg/dL (direta 2,4), fosfatase alcalina e GGT elevadas, além de transaminases discretamente aumentadas. A ultrassonografia de abdome revela múltiplos cálculos na vesícula e ducto colédoco medindo 9 mm, porém sem visualização direta de cálculo no colédoco. Não há sinais de colangite. A equipe cirúrgica discute a necessidade de investigação adicional.

Considerando os critérios de estratificação de risco para coledocolitíase, qual deve ser a conduta?

- A) Realizar colangiorrressonância antes de qualquer intervenção
- B) Indicar CPER imediatamente, pois a paciente apresenta critério de alto risco
- C) Realizar colangiografia intraoperatória durante colecistectomia videolaparoscópica
- D) Observar evolução clínica e repetir exames laboratoriais em 24 horas
- E) Realizar ultrassom endoscópico (EUS) como primeiro exame

35. Homem de 29 anos, previamente hígido, procura atendimento por sangramento retal há 10 dias. Refere sangue vermelho vivo que escorre pelo vaso sanitário imediatamente após evacuar. Relata dor anal intensa e lancinante durante a evacuação, que persiste por 20 a 30 minutos após o término, levando-o a evitar evacuar. Nega prurido anal, prolapsos, febre, diarreia ou perda ponderal. O hábito intestinal tornou-se mais preso nos últimos dias devido ao medo de evacuar. Ao exame físico, o toque retal não é realizado devido à dor intensa à tentativa de introdução do dedo. A inspeção anal revela hipertonia esfinteriana e pequena área linear eritematosa na linha média posterior, extremamente dolorosa ao afastamento suave das nádegas. Não há hemorroidas externas trombosadas, nem prolapsos visíveis. Qual o diagnóstico mais provável?

- | | |
|---------------------------------|--------------------------------------|
| A) Hemorroidas internas grau II | D) Fissura anal aguda |
| B) Proctite infecciosa | E) Pólipo retal pediculado sangrante |
| C) Neoplasia de canal anal | |

36. Homem de 58 anos, etilista, é admitido com dor abdominal intensa irradiada para dorso, vômitos e aumento de amilase/lipase compatíveis com pancreatite aguda. A TC de abdome realizada 72 horas após o início dos sintomas mostra áreas extensas de necrose pancreática, porém sem bolhas de gás no interior da necrose. O paciente está febril (38,3°C), com leucocitose de 27.000 e taquicárdico. Não há sinais de falência orgânica. A equipe discute o uso de antibióticos. Qual é a conduta CORRETA segundo as evidências atuais?

- A) Iniciar antibiótico profilático em pacientes com pancreatite necrosante
- B) Iniciar carbapenêmico imediatamente devido à febre e leucocitose
- C) Iniciar antibiótico apenas se a necrose envolver mais de 30% do pâncreas
- D) Iniciar antibiótico se a PCR estiver acima de 150 mg/L
- E) Não iniciar antibiótico, pois necrose estéril não é indicação de antibioticoterapia

37. Mulher de 67 anos será submetida à colectomia eletiva por câncer de cólon. É diabética controlada, IMC 31, e sem outras comorbidades. A equipe discute medidas baseadas em evidência para reduzir risco de infecção de sítio cirúrgico (ISC). Considerando as recomendações atuais, qual das condutas abaixo é comprovadamente eficaz para reduzir ISC em cirurgias colorretais?

- A) Tricotomia no dia anterior da cirurgia
- B) Suspende banho pré-operatório com sabonete comum
- C) Uso rotineiro de curativos oclusivos por 72 horas
- D) Profilaxia antibiótica por 48h no pós-op
- E) Preparação mecânica do cólon associada a antibiótico oral pré-operatório

38. Homem de 63 anos, tabagista e etilista, apresenta disfagia progressiva há 3 meses, inicialmente para sólidos e agora também para pastosos. Perdeu 8 kg no período. A endoscopia digestiva alta revela lesão ulceroinfiltrativa envolvendo a junção esofagogástrica, com epicentro 1 cm acima da linha Z. A biópsia confirma adenocarcinoma. A tomografia de tórax e abdome mostra espessamento tumoral acometendo o esôfago distal e pequena extensão para o fundo gástrico, sem metástases à distância. A ecoendoscopia demonstra T3N1. A equipe discute a melhor abordagem cirúrgica após quimiorradioterapia neoadjuvante.

Considerando a classificação de Siewert e as indicações cirúrgicas, qual é a conduta operatória mais adequada?

- A) Gastrectomia total com linfadenectomia D2
- B) Gastrectomia proximal com reconstrução em Y-de-Roux
- C) Ressecção endoscópica da mucosa após quimiorradioterapia
- D) Esofagectomia trans-hiatal ou transtóraca com ressecção do fundo gástrico
- E) Apenas quimiorradioterapia definitiva, sem cirurgia

39. Homem de 71 anos, portador de DPOC e diabetes tipo 2, é internado após colectomia esquerda por diverticulite complicada. No pós-operatório imediato evolui com resposta inflamatória sistêmica, necessidade de ventilação mecânica e sinais de desnutrição moderada (albumina 2,8 g/dL, perda ponderal de 8% em 3 meses). A equipe discute o início da terapia nutricional. O paciente encontra-se hemodinamicamente estável, com trato gastrointestinal funcional e sem contraindicação para dieta enteral. Considerando as evidências atuais sobre nutrição imunomoduladora (arginina, ômega-3, nucleotídeos), qual das condutas abaixo é a mais adequada?

- A) Evitar fórmulas imunomoduladoras em qualquer paciente séptico devido ao risco de piora da resposta inflamatória
- B) Utilizar fórmulas imunomoduladoras apenas após o sétimo dia de internação, quando o risco de infecção já estiver estabelecido
- C) Priorizar nutrição parenteral total com imunonutrientes, pois é superior à via enteral em pacientes críticos
- D) Iniciar fórmula enteral imunomoduladora precocemente, pois reduz complicações infecciosas e tempo de internação em cirurgias digestivas de grande porte
- E) Reservar imunonutrição apenas para pacientes com fístulas entéricas de alto débito

40. Homem de 58 anos, com história de duas laparotomias prévias por trauma abdominal, procura o pronto-socorro com dor abdominal difusa há 24 horas, distensão progressiva e vômitos biliosos. Refere parada de eliminação de gases e fezes há 18 horas. Ao exame físico, apresenta abdome distendido, timpanismo difuso e ruídos hidroaéreos aumentados. Não há sinais de peritonite. A tomografia de abdome com contraste mostra múltiplas alças delgadas dilatadas, nível líquido-gasoso e ponto de transição único compatível com brida, sem sinais de isquemia (sem espessamento parietal, sem pneumatoses, sem líquido livre significativo).

Considerando o quadro clínico e as recomendações atuais, qual é a conduta inicial mais adequada?

- A) Laparotomia exploradora imediata
- B) Laparoscopia diagnóstica de urgência
- C) Antibioticoterapia de amplo espectro e observação domiciliar
- D) Tratamento conservador com hidratação, sonda nasogástrica e observação hospitalar
- E) Colonoscopia descompressiva

OBSTETRÍCIA E GINECOLOGIA

41. Gestante de 30 anos, primigesta e nulípara, 40ª semana de gestação, deu entrada na emergência obstétrica, com dor em baixo ventre. Ao toque vaginal o colo uterino apresentava-se com 10 cm de dilatação, bolsa rota, líquido claro com grumos, plano II de De Lee, cefálico e occipito direita transversa (ODT), percebendo o parietal posterior. Dinâmica uterina de 4 contrações/ 10 minuto/ 50 segundos. Batimentos cardio-fetais (BCF) de 140 bpm. Após 6 horas, o toque vaginal era inalterado, porém com a presença de bossa serossanguínea. BCF: 136 bpm. Analise o exame e assinale a alternativa que representa uma possibilidade que ocorreu durante a descida e insinuação fetal no período expulsivo.

- | | |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> A) Obliquidade de Nägele B) Obliquidade de Litzman C) Assinclitismo anterior | <ul style="list-style-type: none"> D) Sinclitismo E) Obliquidade de Baudelocque-Duncan |
|--|--|

42. Gestante de 19 anos, primigesta e nulípara, veio para nova consulta pré-natal, no dia 27 de julho de 2026, referindo que está no 5º mês de gestação e assintomática. Fez várias ultrassonografias e refere ainda que tinha ciclos regulares e sabia o momento da sua ovulação todos os meses.

Abaixo seguem os dados informados pela paciente e as ultrassonografias anteriores com suas idades gestacionais na época do exame:

- Primeiro dia da última menstruação: 16 de fevereiro de 2026.
- Data da 1ª ultrassonografia: 27 de março de 2026 (calculada pelo diâmetro médio do saco gestacional – 4 semanas).
- Data da 2ª ultrassonografia: 29 de abril de 2026 (IG: calculada pela média do diâmetro biparietal, circunferência abdominal e comprimento do fêmur – 11 semanas).
- Data da 3ª ultrassonografia: 20 de maio de 2026 (IG: calculada pelo comprimento céfalo-nadegas – 13 semanas e 6 dias).
- Data da 4ª ultrassonografia: 06 de junho de 2026 (IG: 17 semanas).

Diante desses dados, qual a idade gestacional CORRETA para acompanhamento da gravidez no dia da consulta de pré-natal?

- | | |
|------------------------|------------------------|
| A) 21 semanas e 3 dias | D) 24 semanas e 2 dias |
| B) 23 semanas e 0 dia | E) 23 semanas e 5 dias |
| C) 23 semanas e 4 dias | |

43. Paciente de 35 anos, tercigesta, primípara (parto prematuro), 28ª semana de gravidez e chegou à emergência obstétrica referindo dor em baixo ventre. Pré-natal irregular com 2 consultas e realizado na unidade básica de saúde. Referiu sobre o parto anterior: o 1º prematuro, não sabe o motivo, mas informa que chegou ao hospital com 5 cm de dilatação, por via vaginal, e o recém-nascido apresentou desconforto respiratório. Ao exame geral, nada digno de nota. Ao exame obstétrico: dinâmica uterina 4 contrações/30 minutos; altura de fundo uterino de 26cm; pressão arterial de 160 x 110 mmHg; toque vaginal, com colo 7 cm, longo e posterior e feto alto e móvel. Assinale a alternativa que melhor representa uma medida preventiva precoce que poderia ter sido realizada para evitar esse diagnóstico, considerando o antecedente do parto anterior referido pela paciente e o exame obstétrico.

- A) Iniciar progesterona.
 B) Cálcio no meio do terceiro trimestre.
 C) Ácido acetil salicílico a partir da 26ª semana de gravidez.
 D) Ultrassonografia transvaginal entre 18 e 24 semanas.
 E) Iniciar nifedipina.

44. Paciente de 22 anos, tercigesta, secundípara, 31ª semana de gravidez e chegou na emergência obstétrica referindo dor em baixo ventre e perda de líquido amniótico. No cartão de pré-natal, observa-se: tipagem sanguínea A negativo; Coombs indireto positivo e glicemia jejum de 90 mg% (todos realizados no 1º trimestre de gravidez). Ao exame obstétrico: dinâmica uterina ausente; altura de fundo uterino de 30cm; pressão arterial de 100 x 60 mmHg; toque vaginal, não realizado com visualização de líquido claro exteriorizando pela fúrcula vaginal. A ultrassonografia realizada no momento do atendimento revelou: percentil de peso para idade gestacional 80; dopplervelocimetria com índice de pulsatilidade na artéria umbilical de 1,20 e na artéria cerebral média fetal de 2,10; pico sistólico da artéria cerebral média (ACM) fetal em 2 MoM para a idade gestacional; e maior bolsão (MB) de 9,0cm.

Nesta paciente, o que MELHOR pode representar a causa ou consequência do valor do MB do líquido amniótico?

- A) Doença hemolítica fetal e neonatal – Coombs indireto positivo que sugere anemia fetal.
 B) Descolamento prematuro da placenta normalmente inserida – devido à distensão uterina e rotura prematura das membranas.
 C) Rotura prematura das membranas ovulares – devido à distensão uterina.
 D) Diabetes – devido ao aumento da diurese fetal.
 E) Doença hemolítica fetal e neonatal – pico sistólico da ACM fetal que sugere anemia fetal.

45. Paciente de 22 anos, tercigesta, secundípara, 30ª semana de gravidez, chegou à emergência obstétrica referindo perda de líquido amniótico, náusea e vômitos. No cartão de pré-natal, observam-se exames de rotina pré-natal normais (realizados no 1º trimestre de gravidez). Observaram-se 4 consultas de pré-natal. Ao exame obstétrico: dinâmica uterina ausente; altura de fundo uterino de 29cm; pressão arterial de 110 x 60 mmHg; toque vaginal não realizado, sendo observado saída de líquido claro e discreto sangramento. A ultrassonografia realizada no momento do atendimento revelou: percentil de peso para idade gestacional 50; e maior bolsão de 1,8cm.

Durante aproximadamente 4 semanas, a paciente foi mantida internada.

Com 33 semana e 5 dias, apresentou sangramento escuro e referia dor em baixo ventre.

Dinâmica uterina com tônus aumentado. BCF: 110 bom. Frequência cardíaca materna: 120 bpm.

Qual alternativa melhor representa a hipótese diagnóstica que levou à interrupção da gravidez?

- A) Fase ativa do trabalho de parto.
- B) Rotura prematura das membranas ovulares
- C) Infecção intra-amniótica
- D) Descolamento prematuro da placenta normalmente inserida
- E) Placenta prévia

46. Assinale a alternativa que representa um parâmetro biofísico atual para a avaliação do risco de pré-eclâmpsia.

- A) Pico sistólico da artéria uterina.
- B) Dopplervelocimetria da artéria oftálmica.
- C) Pico sistólico da artéria umbilical.
- D) Índice de pulsatilidade do ducto venoso.
- E) Pico sistólico da artéria cerebral média.

47. Gestante de 32 anos, secundigesta, veio para o pré-natal com a imagem ultrassonográfica abaixo, sugerindo gestação dicoriônica e diamniótica (DiDi).

Assinale a alternativa CORRETA com relação ao sinal abaixo que se encontra no laudo ultrassonográfico.



- A) Sinal do Gama.
- B) Sinal do 'T'.
- C) Sinal do Lâmbda.
- D) Diagnóstico do tipo de gestação gemelar (DiDi) é incompatível com a imagem ultrassonográfica.
- E) Sinal do "V".

48. Paciente de 21 anos, primigesta, na 18ª semana de gravidez e assintomática. Veio à emergência trazendo uma ultrassonografia obstétrica complementada pela via endovaginal apresentando colo uterino de 1,3 cm. Ela foi encaminhada pelo ultrassonografista, pois deveria procurar uma emergência.

Baseando-se nas recomendações atuais, assinale a alternativa CORRETA.

- A) Iniciar clindamicina e gentamicina
- B) Indicar pessário vaginal
- C) Indicar cerclagem uterina
- D) Iniciar ampicilina, amoxicilina e azitromicina
- E) Iniciar progesterona

49. Paciente de 30 anos, primípara, com acompanhamento pré-natal de baixo risco bem realizado e sem intercorrências. Vem para acompanhamento pré-natal na 33ª semana de gravidez, quando é percebida uma AFU de 30 cm. Foi submetida a uma ultrassonografia que evidenciou uma circunferência abdominal entre o percentil 3 e 10, o índice de pulsatilidade da artéria cerebral média fetal no percentil 3 e da artéria umbilical no percentil 95.

Qual o diagnóstico CORRETO?

- A) Feto pequeno para idade gestacional precoce.
- B) Restrição de crescimento intraútero precoce.
- C) Feto pequeno para idade gestacional tardio.
- D) Restrição de crescimento intraútero tardio.
- E) Normal.

50. Uma puérpera de 26 anos, primigesta, comparece à consulta no 5º dia após parto vaginal sem intercorrências. Relata que, desde o terceiro dia pós-parto, apresenta episódios de choro fácil, sensibilidade emocional aumentada e sensação de estar "mais emotiva do que o normal". Refere preocupação com os cuidados ao recém-nascido, mas consegue amamentar adequadamente, mantém interesse pelas atividades diárias e demonstra afeto pelo bebê. Nega ideação suicida, sentimentos persistentes de desesperança ou incapacidade de cuidar da criança. Ao exame, encontra-se orientada, sem alterações psicóticas, com sono fragmentado compatível com os horários das mamadas. Qual é o diagnóstico mais provável?

- A) Transtorno de ansiedade generalizada pós-parto.
- B) Episódio depressivo maior com início no periparto.
- C) Blues puerperal.
- D) Psicose puerperal.
- E) Transtorno de ajustamento com humor deprimido.

51. Adolescente de 15 anos procura atendimento por ausência de menstruação. Refere desenvolvimento mamário adequado desde os 11 anos e crescimento normal. Ao exame físico, apresenta mamas em estágio Tanner V, pelos pubianos escassos e genitália externa feminina. A ultrassonografia pélvica não identifica útero, e o cariótipo revela 46, XY. Qual é o diagnóstico mais provável?

- A) Síndrome de Turner
- B) Hiperplasia adrenal congênita clássica
- C) Síndrome da insensibilidade completa aos andrógenos
- D) Síndrome de Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser
- E) Hipogonadismo hipogonadotrófico

52. Jovem de 22 anos comparece à consulta com queixa de corrimento vaginal esbranquiçado e odor fétido que piora após a menstruação e o coito. Ao exame especular, nota-se conteúdo vaginal fluido, homogêneo, com bolhas discretas, além de um teste de Schiff (KOH a 10%) positivo e pH vaginal de 5,2. A microscopia do esfregaço a fresco revela a presença de *clue cells* (células-guia) e ausência de polimorfonucleares.

Diante dos achados, para o diagnóstico dessa condição, assinale a conduta ou característica diagnóstica CORRETA.

- A) O tratamento de escolha inicial deve incluir o metronidazol por via oral, sendo obrigatória a convocação e o tratamento concomitante do parceiro sexual.
- B) A presença de *clue cells* associada ao pH elevado e teste do sopro positivo confirma o diagnóstico de tricomoníase vaginal.
- C) O exame padrão-ouro para a confirmação diagnóstica definitiva e isolamento do agente etiológico principal é a cultura em meio de Thayer-Martin.
- D) A condição descrita é uma disbiose caracterizada pela redução acentuada de lactobacilos e pelo supercrescimento de bactérias anaeróbias, dispensando o tratamento do parceiro.
- E) O achado microscópico clássico decorre da lise celular intensa mediada por hifas e pseudohifas de *Cândida albicans*.

53. Uma paciente de 24 anos, nuligesta, queixa-se de ciclos menstruais irregulares (frequência de 45 a 60 dias) há cerca de um ano. Nega outras comorbidades e não faz uso de medicações. Ao exame físico, apresenta Índice de Massa Corporal (IMC) de 27 e leve hirsutismo em linha alba. Exame ecográfico revela micropolicistose.

Diante do quadro clínico e da fisiologia do ciclo menstrual, assinale a alternativa que apresenta a principal alteração hormonal esperada que justifica o quadro clínico dessa paciente.

- A) Redução dos níveis de estrogênio total devido à falência ovariana prematura.
- B) Elevação persistente dos níveis de progesterona na fase folicular tardia.
- C) Alteração da secreção do GnRH, com maior liberação de LH em relação ao FSH.
- D) Queda abrupta na produção de androgênios pelas células da teca ovariana.
- E) Hiperprolactinemia compensatória decorrente do aumento dos níveis de FSH.

54. Menina de 6 anos e 8 meses é levada ao ambulatório por desenvolvimento mamário progressivo há 8 meses. Ao exame, apresenta mamas Tanner M3P1, velocidade de crescimento aumentada e idade óssea de 9 anos. Não há sinais de virilização. Teste de estímulo com GnRH demonstra pico de LH puberal.

A ressonância magnética de encéfalo é normal. Qual é o diagnóstico mais provável?

- A) Telarca precoce isolada.
- B) Puberdade precoce central idiopática.
- C) Puberdade precoce periférica por cisto ovariano funcional.
- D) Hiperplasia adrenal congênita não clássica.
- E) Síndrome de McCune-Albright.

55. Mulher de 28 anos, G2P2 (vaginais), apresenta irritabilidade, labilidade emocional, mastalgia e sensação de edema que surgem regularmente na fase lútea do ciclo menstrual e desaparecem poucos dias após o início da menstruação. No exame físico, não se encontram alterações. Os exames hormonais são normais. Considerando os mecanismos fisiopatológicos atualmente aceitos para o cenário acima, qual das alternativas melhor explica a origem desses sintomas?

- A) Produção excessiva de estrogênio durante toda a fase folicular, levando à hiperestimulação direta do sistema nervoso central.
- B) Hipersensibilidade do sistema nervoso central às flutuações fisiológicas dos esteroides ovarianos, com alteração da neurotransmissão serotoninérgica e gabaérgica.
- C) Deficiência absoluta de progesterona na fase lútea, sendo este o principal mecanismo responsável pela TPM.
- D) Aumento persistente da secreção de gonadotrofinas hipofisárias durante a fase lútea, promovendo sintomas neuropsiquiátricos.
- E) Redução da produção de prostaglandinas endometriais durante a menstruação, desencadeando manifestações emocionais cíclicas.

56. Mulher de 29 anos procura atendimento por lesão genital surgida há duas semanas após relação sexual desprotegida. Ao exame, observa-se úlcera única em sulco interlabial à esquerda, de bordas elevadas, fundo limpo, endurecida à palpação e indolor. Apresenta linfonodomegalia inguinal bilateral, móvel e indolor. Considerando a principal hipótese diagnóstica e seus diagnósticos diferenciais, assinale a alternativa CORRETA.

- A) Cancro mole
- B) Protossifiloma
- C) Bulbão
- D) Donovanose
- E) Molusco

57. Mulher de 23 anos procura atendimento por disúria, polaciúria e urgência miccional há 48 horas. Nega febre, dor lombar ou corrimento vaginal. Ao exame, apresenta-se afebril, com dor suprapúbica discreta e sem dor a punho-percussão lombar. Considerando a principal hipótese diagnóstica e o agente etiológico mais provável, qual alternativa está CORRETA?

- A) Cistite aguda não complicada; *Escherichia coli* é o agente mais frequente.
- B) Pielonefrite aguda; *Staphylococcus aureus* é o agente mais comum.
- C) Uretrite gonocócica; *Neisseria gonorrhoeae* é o agente mais frequente.
- D) Cistite aguda não complicada; *Pseudomonas aeruginosa* é o agente predominante.
- E) Pielonefrite aguda; *Enterococcus faecalis* é o principal agente etiológico.

58. Paciente de 65 anos procura consultório ginecológico com queixa de “bola” na vagina. Durante o exame, foi realizado o POP-q que demonstrou o seguinte cenário:

-3	-3	- 10
5	4	10
+3	+4	-

De acordo com o quadro acima, qual o estadiamento adequado?

- A) PPA E I
- B) PApical E II
- C) PPP E III
- D) PPA E IV
- E) PPP E 0

59. Mulher de 46 anos procura atendimento por nódulo mamário esquerdo percebido há quatro meses, com crescimento rápido nas últimas semanas. Ao exame, observa-se massa única de aproximadamente seis centímetros, móvel, bem delimitada, indolor e sem linfonodomegalias axilares palpáveis. A mamografia sugere lesão sólida circunscrita.

Considerando a principal hipótese diagnóstica e fatores associados, assinale a alternativa CORRETA.

- A) É um tumor *Phyllodes* que, apesar de ocorrer predominantemente em adolescentes, está fortemente associado à mutação dos genes BRCA1 e BRCA2.
- B) É um tumor *Phyllodes*, pois se trata da apresentação clínica típica de massa mamária com crescimento rápido em mulheres entre 35 e 55 anos.
- C) É tumor *Phyllodes*, por se caracterizar de infiltração precoce dos linfonodos axilares, tornando o esvaziamento axilar etapa obrigatória do tratamento.

- D) É um carcinoma ductal avançado apresentando como principal fator de riscos a nuliparidade associada ao uso prolongado de contraceptivos hormonais.
- E) É um simples fibroadenoma porque se apresenta como múltiplos nódulos dolorosos bilaterais, frequentemente acompanhados de descarga papilar sanguinolenta.

60. Mulher de 44 anos, múltipara, procura atendimento por aumento progressivo do fluxo menstrual há dois anos, associado à dismenorreia intensa e dor pélvica crônica. Ao exame ginecológico, o útero encontra-se aumentado difusamente, globoso e doloroso à mobilização.

Considerando a principal hipótese diagnóstica, assinale a alternativa CORRETA.

- A) A doença em questão é mais frequente em adolescentes nuligestas e caracteriza-se predominantemente por amenorreia secundária.
- B) O quadro clínico típico inclui menorragia, dismenorreia progressiva e aumento uterino difuso, sendo mais comum em mulheres na quarta e quintas décadas de vida.
- C) A doença ocorre principalmente após a menopausa e raramente está associada a sangramento uterino anormal.
- D) A principal manifestação clínica é infertilidade isolada, na ausência de sintomas menstruais ou dor pélvica.
- E) A situação em questão acomete preferencialmente mulheres jovens e apresenta útero de tamanho normal e superfície regular.

PEDIATRIA

61. Durante uma consulta de puericultura, uma criança de 20 meses é submetida ao Modified Checklist for Autism in Toddlers – Revised with Follow-Up (M-CHAT-R/F), disponível na Caderneta de Saúde da Criança. Ao final da aplicação, obtém 3 pontos. Não há regressão do desenvolvimento, e o exame físico é normal.

Com base nas recomendações para interpretação do instrumento, qual é a conduta mais adequada?

- A) Considerar a triagem positiva e encaminhar imediatamente para avaliação diagnóstica do TEA, sem necessidade de outras etapas.
- B) Classificar o resultado como de risco médio, realizar a entrevista de seguimento do M-CHAT-R/F e considerar a triagem positiva, caso 2 ou mais itens permaneçam positivos após a entrevista, indicando encaminhamento para avaliação diagnóstica e intervenção precoce.
- C) Classificar o resultado como risco médio, realizar a entrevista de seguimento do M-CHAT-R/F e considerar a triagem positiva, se 3 ou mais itens permanecerem positivos após a entrevista, com indicação de encaminhamento para avaliação diagnóstica e intervenção precoce.
- D) Considerar a triagem negativa e repetir o M-CHAT-R após os 24 meses, mantendo vigilância do desenvolvimento.
- E) Repetir apenas os três itens alterados do questionário na mesma consulta e, se algum permanecer positivo, encaminhar imediatamente para avaliação diagnóstica

62. Criança de 2 anos e 4 meses apresenta febre de 39 graus, otalgia intensa e irritabilidade há 36 horas. A otoscopia mostra membrana timpânica abaulada, opaca e com mobilidade reduzida. Há também conjuntivite purulenta bilateral. Recebeu amoxicilina há 3 semanas por rinossinusite bacteriana.

Qual é a escolha terapêutica inicial mais apropriada?

- A) Observação clínica isolada por 72 horas, pois a maioria dos casos é viral.
- B) Amoxicilina em dose habitual, pois *Streptococcus pneumoniae* é sempre o principal alvo.
- C) Amoxicilina associada a clavulanato pela síndrome otite-conjuntivite e uso recente de amoxicilina.
- D) Azitromicina, pois cobre melhor *Haemophilus influenzae* produtor de beta lactamase.
- E) Ciprofloxacino por via oral, pela maior penetração no ouvido médio.

63. Menino de 6 anos, de zona rural, chega à emergência com dor abdominal em cólica, distensão abdominal, vômitos biliosos e eliminação recente de vermes cilíndricos nas fezes. Está afebril, hidratado após reposição inicial, sem sinais de peritonite. Radiografia sugere suboclusão por bolo de áscaris.

Qual é a abordagem inicial mais adequada nesse momento?

- A) Alta com dose única de albendazol, pois o quadro tende a resolver espontaneamente.
- B) Laparotomia imediata está indicada em todos os casos, antes de qualquer medida clínica, com o intuito de evitar sofrimento de alças intestinais e migração para vias biliares.
- C) Internamento com jejum, hidratação, sonda nasogástrica, óleo mineral para desenovelamento e ascaricida, quando possível.

- D) Internamento com prescrição de corticoide sistêmico para reduzir o edema intestinal e piperazina.
E) Colonoscopia terapêutica para retirada dos parasitas.

64. Lactente de 7 semanas, previamente hígido, apresenta primeiro episódio de sibilância após coriza e tosse. Mãe relata dois episódios de pausa respiratória curta durante a madrugada e redução importante da mamada. No exame: FR 68 irpm, tiragem subcostal moderada, saturação de 91% em ar ambiente, sibilos e crepitações difusas. Após aspiração nasal, permanece taquipneico, mas a saturação oscila entre 92 e 94%.

Qual conduta tem melhor relação benefício-risco?

- A) Alta com beta-agonista inalatório de horário, pois a saturação ficou acima de 90 por cento.
B) Internação para suporte clínico, monitorização da alimentação e do padrão respiratório, sem broncodilatadores ou corticoide de rotina.
C) Radiografia de tórax e antibiótico estão indicados em todo lactente menor de 2 meses com sibilância.
D) Corticoide sistêmico por 5 dias para prevenir evolução para asma.
E) Nebulização com adrenalina de horário em todos os lactentes hospitalizados.

65. Menino de 11 anos apresenta dor abdominal há 24 horas, inicialmente periumbilical e depois em fossa ilíaca direita, com anorexia, náuseas e febre de 38,3 graus. Ao exame: dor localizada, defesa discreta e sinal de Rovsing positivo. Leucócitos: 15.500 por mm³ com neutrofilia. Ultrassonografia não visualiza o apêndice e não mostra líquido livre.

Qual é a melhor conduta?

- A) Alta com analgesia, pois ultrassonografia inconclusiva afasta apendicite.
B) Antibiótico oral e retorno se febre persistir por 7 dias.
C) Avaliação cirúrgica e complementação diagnóstica conforme risco clínico, mantendo observação se necessário.
D) Colonoscopia, pois dor em fossa ilíaca direita sugere doença inflamatória intestinal como primeira hipótese.
E) Parasitológico de fezes antes de qualquer decisão, devido à dor abdominal.

66. Lactente de 18 meses consome cerca de 1 litro de leite de vaca por dia e pouca carne. Exames: Hb 8,7 g por dL, VCM 66 fL, RDW 19%, ferritina 7 ng/mL, reticulócitos 0,8%, plaquetas 520.000/mm³. Inicia sulfato ferroso em dose terapêutica, com orientação alimentar adequada.

Qual achado após 3 a 4 semanas mais apoia resposta terapêutica adequada e confirma que hipótese?

- A) Redução imediata do VCM para valores ainda menores.
B) Aumento da hemoglobina em cerca de 1 g por dL ou mais, desde que haja adesão e ausência de perdas persistentes.
C) Normalização completa da ferritina em 7 dias.
D) Queda dos reticulócitos para zero.
E) Surgimento de Coombs direto positivo.

67. Gestante de 40 semanas evolui para parto vaginal. O líquido amniótico é meconial espesso. O recém-nascido nasce com choro vigoroso, bom tônus, respiração regular e frequência cardíaca de 150 bpm. Há disponibilidade de equipe treinada em reanimação neonatal. Qual é a conduta inicial mais adequada?

- A) Intubação traqueal imediata para aspiração, por se tratar de mecônio espesso.
B) Aspiração profunda de boca, nariz e traqueia antes de secar o recém-nascido.
C) Cuidados de rotina junto à mãe, com manutenção da temperatura e observação, sem aspiração traqueal de rotina.
D) Ventilação com pressão positiva por 30 segundos, independentemente da respiração.
E) Oxigênio a 100 % por máscara, pois todo líquido meconial causa hipoxemia.

68. Diante de um recém-nascido com diagnóstico de hiperplasia adrenal congênita, com deficiência grave de 21-hidroxilase (inferior a 3%), todos os achados laboratoriais estão de acordo com esta situação clínica, EXCETO:

- A) renina plasmática reduzida.
B) acidose metabólica.
C) níveis elevados de ACTH.
D) testosterona sérica elevada.
E) distúrbios eletrolíticos, marcadamente hiponatremia e hipercalemia.

69. Recém-nascido masculino de 48 horas apresenta icterícia intensa. Mãe e filho têm tipagem sanguínea O Rh positivo. Coombs direto negativo. Hb: 12 g/dL. Reticulócitos: 13%. Bilirrubina total: 18 mg/dL. O pai refere episódio de anemia grave após ingestão de fava na infância. A dosagem de G6PD feita durante a crise vem no limite inferior da normalidade. Qual interpretação é mais adequada?

- A) A deficiência de G6PD está excluída, pois a dosagem não veio francamente baixa.
- B) A dosagem pode ser falsamente normal durante hemólise com reticulocitose; o teste deve ser repetido posteriormente, se a suspeita persistir.
- C) O Coombs negativo confirma incompatibilidade ABO.
- D) A história familiar paterna não tem relevância, por se tratar de recém-nascido masculino.
- E) O diagnóstico mais provável é atresia biliar.

70. Menino de 6 anos apresenta febre baixa intermitente há 5 semanas, dor óssea noturna em membros inferiores, claudicação ocasional e fadiga progressiva. Foi tratado com antibiótico e anti-inflamatório sem melhora. Exame: palidez, equimoses esparsas, hepatoesplenomegalia discreta, sem artrite verdadeira. Hemograma: Hb 8,1 g/dL, leucócitos 3.200/mm³, neutrófilos 420/mm³, plaquetas 38.000/mm³. DHL e ácido úrico elevados. O esfregaço periférico não mostra blastos evidentes. Qual é a conduta mais apropriada diante da principal hipótese diagnóstica?

- A) Com a exclusão da possibilidade de leucemia, pois não há blastos no sangue periférico, direcionar investigação para quadros infecciosos.
- B) Iniciar prednisona por provável artrite idiopática juvenil, antes de investigação hematológica.
- C) Encaminhar com urgência para investigação hematológica com aspirado de medula óssea, imunofenotipagem e medidas iniciais para risco de lise tumoral.
- D) Prescrever ferro terapêutico e repetir hemograma em 60 dias.
- E) Iniciar tratamento para púrpura trombocitopênica imune.

71. Lactente de 58 dias, nascido a termo, previamente saudável, chega com febre de 38,6 graus há 6 horas. Está ativo, perfundido, sem sinais respiratórios ou neurológicos. Exame físico normal. A família mora a 2 horas do hospital. Ainda não foram coletados exames. Qual é a principal razão para investigação criteriosa nessa faixa etária?

- A) A maioria dos casos nessa idade é causada por pneumonia bacteriana.
- B) A apresentação clínica pode ser pouco específica, e infecção bacteriana invasiva ou urinária pode ocorrer mesmo em lactente aparentemente bem.
- C) A ausência de foco exclui infecção urinária.
- D) Exame físico normal permite alta sem exames em todos os lactentes menores de 2 meses.
- E) Febre abaixo de 39 graus tem menor relevância nessa idade para o diagnóstico de sepse.

72. Menino de 10 anos, residente em área de maior risco social, teve faringoamigdalite não tratada há 4 semanas. Agora apresenta febre, dor importante em joelho esquerdo e tornozelo direito, PCR elevada e ASLO alto. Não há sopro ao exame, mas ecocardiograma com Doppler mostra regurgitação mitral patológica compatível com cardite subclínica. Qual afirmação é CORRETA pelos critérios de Jones revisados?

- A) A ausência de sopro exclui cardite como critério maior.
- B) Cardite subclínica ao ecocardiograma pode constituir critério maior.
- C) ASLO elevada é critério maior isolado.
- D) PCR elevada substitui a necessidade de evidência de infecção estreptocócica.
- E) Artralgia e artrite têm o mesmo peso em qualquer população.

73. RN nascido a termo, com 23 dias de vida, encontra-se icterico. Genitora relata que percebeu os olhos amarelados na primeira semana de vida, porém, não buscou ajuda pois foi orientada pela vizinha a dar banho de sol. Há dois dias, percebeu que as fezes do filho estavam “pálidas”. Ao exame clínico, RN encontra-se com aspecto saudável, icterico em Zona III, sem outros achados relevantes. Menor nasceu com 3 kg, e o peso atual é de 3,5 quilos. Exames laboratoriais evidenciaram:

BT= 14,5 mg/dL
BI= 9,5 mg/dL

Sobre esse caso clínico, assinale a alternativa CORRETA.

- A) Por não termos o valor da bilirrubina direta, não podemos afirmar que se trata de uma Síndrome Colestática.
- B) Pelo bom estado geral, atresia de vias biliares é uma hipótese diagnóstica improvável.
- C) Um ultrassom abdominal deve ser solicitado para confirmar ou afastar atresia de vias biliares extra-hepática.
- D) A Síndrome de Gilbert não é uma causa a ser considerada para esse paciente.
- E) Para esse caso em específico, a função tireoidiana não deverá fazer parte dos exames laboratoriais iniciais.

74. Qual das drogas abaixo tem um importante efeito antiproteinúrico e está indicada no controle da proteinúria, em crianças com Síndrome Nefrótica, se não houver hiperpotassemia ou injúria renal aguda?

- A) Propranolol
- B) Losartan
- C) Anlodipino
- D) Clonidina
- E) Hidroclorotiazida

75. Menino de 4 anos e 4 meses, hígido, sem comorbidades, com cartão vacinal completo pelo PNI. Recebeu VPC10 aos 2 e 4 meses, reforço aos 12 meses, meningocócica C aos 3 e 5 meses e reforço com meningocócica ACWY aos 12 meses. Não recebeu vacinas fora da rede pública. Os pais perguntam se, apesar de o cartão estar completo no PNI 2026, haveria diferenças se fosse seguido o calendário da SBP 2025/2026. Qual é a melhor orientação?

- A) Não há diferença relevante, pois criança hígida com PNI completo não tem qualquer benefício potencial com vacinas adicionais recomendadas pela SBP.
- B) Deve receber apenas VPP23, pois toda criança que recebeu VPC10 no primeiro ano deve receber pneumocócica polissacarídica aos 4 anos, independentemente de risco clínico.
- C) Pela SBP, pode ser considerada dose adicional com vacina pneumocócica conjugada de maior valência, como VPC13, VPC15 ou VPC20, até os 5 anos em criança que completou VPC10; também há recomendação de reforço de meningocócica ACWY entre 4 e 6 anos e possibilidade de iniciar meningocócica B em duas doses
- D) Pelo PNI 2026, a criança deveria receber obrigatoriamente VPC20 aos 4 anos, pois a VPC10 foi retirada do calendário infantil.
- E) Pela SBP, a meningocócica ACWY só deve ser administrada na adolescência; portanto, não há reforço previsto entre 4 e 6 anos.

76. Considere uma criança de 4 anos, 18 quilos, já diagnosticada com asma e que está em acompanhamento pediátrico. Encontra-se em tratamento diário adequado, classificada neste momento no Step 2. Em relação à condição clínica descrita acima, tomando como referência o GINA 2026, assinale a alternativa CORRETA.

- A) Menor deve estar fazendo uso diário de corticoide inalatório em dose média, e não em dose alta.
- B) Caso a criança não responda adequadamente ao tratamento proposto no Step 2 em três meses, a próxima conduta deve incluir LABA (formoterol) em dose baixa associado a mesma dose do corticoide inalatório já em uso.
- C) Caso a criança tenha uma resposta inadequada ao tratamento atual após 2-3 meses, a associação de LAMA (tiotropio) é uma excelente opção terapêutica.
- D) Se essa criança apresentar uma exacerbação classificada como moderada, o pediatra de plantão deverá fazer SABA numa dosagem máxima de 100 mcg a cada 20 minutos.
- E) Diante de um cenário de exacerbação grave, após a primeira hora do tratamento adequado, o médico poderá considerar o uso de sulfato de magnésio endovenoso para essa criança.

77. RNT masculino, nascido de parto vaginal em boas condições clínicas, apresentou febre com 11 dias de vida. Genitora relatou que, além da febre, menor está irritado e com recusa do leite materno nas últimas 12 horas. Pediatra de plantão solicitou hemograma e outros exames. Alguns dados do hemograma encontram-se abaixo:

Leucócitos: 30.000/mm³
Bastões = 10%
Segmentados = 50%
Plaquetas = 120.000/mm³

Diante do exposto acima, assinale a alternativa CORRETA.

- A) A contagem de plaquetas não faz parte do Escore de Rodwell; portanto, a discreta plaquetopenia deste RN não está correlacionada a um processo infeccioso.
- B) Por se tratar de uma sepse tardia, Penicilina Cristalina não deve ser uma boa escolha; nesse caso, deve-se dar prioridade à cefalosporina de terceira geração, como o Cefepime.
- C) O índice neutrofílico (IN) corresponde a uma razão na qual o numerador contém o total de segmentados; neste caso, o IN é igual a 5,0.

- D) Neutrofilia em RN com mais de 48 h de vida somente é considerada, se estiver acima de 21.000/mm³, portanto, não é o caso desse paciente.
- E) A cobertura com antibióticos para esse RN deve atuar tanto sobre microrganismos Gram negativos e quando Gram positivos.

78. “SUS passa a oferecer imunobiológico para proteger bebês e crianças com comorbidades contra a bronquiolite”.

(Publicado em 05/02/2026, em gov.br)

De acordo com a publicação acima, o SUS iniciou a ofertar o nirsevimabe, anticorpo que garante proteção imediata contra o vírus sincicial respiratório a recém-nascidos prematuros a partir da seguinte idade gestacional:

- A) todos aqueles menores que 37 semanas, apenas com comorbidade.
- B) todos aqueles menores que 37 semanas.
- C) todos aqueles menores de 34 semanas.
- D) todos aqueles menores de 32 semanas.
- E) apenas recém-nascidos e crianças com comorbidades com idade menor que 12 meses.

79. “Estima-se que ao nascimento a prevalência de toxoplasmose congênita (TC) em populações brasileiras seja de 1-3/1.000 nascidos vivos. É majoritariamente resultante da infestação pelo *T. gondii* durante a gestação em mulheres soronegativas” (Tratado de Pediatria/ SBP). **O tratamento da Toxoplasmose Congênita em recém-nascidos com retinocoroidite deve ser feita com todas as medicações abaixo, EXCETO:**

- A) Sulfadiazina B) Espiramicina C) Ácido folínico D) Pirimetamina E) Prednisolona

80. **O diagnóstico laboratorial diante de uma forte suspeita de tuberculose pulmonar em crianças continua sendo um grande desafio nos tempos atuais. No entanto, a reação em cadeia de polimerase em tempo real é capaz de detectar o DNA de *M. tuberculosis*, podendo ser realizado em vários espécimes clínicos. O referido teste é denominado de**

- A) técnica de Lowenstein-Jensen.
- B) IGRA.
- C) teste do NBT.
- D) Xpert Ultra.
- E) Teste de Dihidrorodamina (DHR).

MEDICINA PREVENTIVA E SOCIAL

81. **Um município de 200.000 habitantes apresenta, nos últimos 5 anos, uma média histórica de 1.200 casos confirmados de dengue por ano, com picos sazonais bem definidos entre os meses de janeiro e abril. No mês de março do ano corrente, foram notificados 1.100 casos, número que segundo a vigilância epidemiológica do município se mantém dentro do limite superior do período sazonal histórico. Não houve isolamento de novo sorotipo viral nem aumento da letalidade. Diante desse cenário, a classificação epidemiológica CORRETA é um(a):**

- A) Surto. B) Epidemia. C) Endemia. D) Pandemia. E) Nenhuma das alternativas.

82. **Um pesquisador deseja investigar a associação entre exposição ocupacional a agrotóxicos e o desenvolvimento de uma doença rara na população geral. Para testar essa hipótese com o melhor custo-benefício e viabilidade temporal, qual desenho de estudo epidemiológico deve ser escolhido?**

- A) Estudo de caso-controle.
- B) Estudo de coorte prospectiva.
- C) Ensaio clínico randomizado duplo-cego.
- D) Transversal com inquérito populacional.
- E) Revisão sistemática com metanálise.

83. **Um estudo de coorte avaliou a associação entre consumo diário de carne processada e câncer colorretal, encontrando Risco Relativo (RR) = 1,18 (IC95% 1,02 – 1,37). Com base nesse resultado, assinale a alternativa CORRETA.**

- A) O consumo de carne processada reduz o risco de câncer em 18%.
- B) O risco de câncer no grupo exposto é 37% maior do que no grupo não exposto.
- C) O resultado é inválido, pois o valor do RR é inferior a 2,0, indicando ausência de causalidade.
- D) Há associação estatisticamente significativa, mas o risco é de pequena magnitude clínica.
- E) Nenhuma das alternativas.

84. Um novo teste para diagnóstico de infarto agudo do miocárdio apresenta sensibilidade de 90% e especificidade de 85%. Ao ser aplicado em uma população de baixa prevalência (2%), assinale a alternativa que MELHOR descreve o desempenho desse teste.

- A) O Valor Preditivo Positivo será alto, superior a 80%, devido à alta sensibilidade.
- B) O Valor Preditivo Positivo será baixo, gerando muitos resultados falso-positivos.
- C) O Valor Preditivo Negativo será comprometido pela baixa prevalência.
- D) A acurácia do teste será inferior a 50%, tornando-o inútil para rastreamento.
- E) Nenhuma das alternativas.

85. A Lista Nacional de Notificação Compulsória inclui as principais doenças e agravos de notificação obrigatória em todo o território nacional. Foi atualizada em 2026 pela Portaria GM/MS nº 11.211/2026, e dentre as principais mudanças e inclusões, qual doença passou a ser de notificação imediata?

- A) Toxoplasmose congênita.
- B) Doença de Creutzfeldt-Jakob.
- C) Doença aguda pelo vírus Zika.
- D) Esporotricose humana.
- E) Parotidite.

86. O processo de estruturação da seguridade social no Brasil é marcado por marcos legislativos que refletem o contexto político e econômico de cada época. Em 1923, com a crescente industrialização e o fortalecimento do movimento operário urbano, o Estado brasileiro editou o Decreto Legislativo nº 4.682, conhecido como Lei Eloy Chaves. Diante desse contexto histórico, a Lei Eloy Chaves estabeleceu especificamente

- A) o Sistema Nacional de Assistência e Previdência Social.
- B) os Institutos de Aposentadoria e Pensões.
- C) o Instituto Nacional de Previdência Social.
- D) a Caixa de Aposentadorias e Pensões.
- E) Nenhuma das alternativas.

87. A Atenção Primária à Saúde (APS) possui atributos específicos que qualificam suas ações e serviços, conforme a conceituação clássica da pesquisadora Barbara Starfield. Em sua obra, ela categoriza e conceitua esses atributos. Considerando essa classificação, assinale a alternativa que apresenta um atributo derivado da APS, segundo Starfield.

- A) Acesso de primeiro contato.
- B) Longitudinalidade.
- C) Integralidade.
- D) Coordenação do cuidado.
- E) Orientação familiar.

88. Em um estudo transversal realizado em uma Unidade de Pronto Atendimento, os pesquisadores avaliaram a acurácia do sintoma "mialgia" como preditor clínico para o diagnóstico de dengue. Para isso, 500 pacientes com quadro febril agudo de até 72 horas foram submetidos simultaneamente à pesquisa do antígeno NS1 por teste imunocromatográfico, considerado o padrão-ouro para a determinação do diagnóstico final.

Os resultados obtidos foram os seguintes:

- 150 pacientes tiveram o diagnóstico de dengue confirmado pelo NS1.
- Dentre os 150 pacientes com dengue, 100 referiram mialgia à admissão.
- Dos 350 pacientes sem dengue, 150 também referiram mialgia.

Com base nesses dados, suponha que o médico assistente, durante o acolhimento, decidisse classificar o paciente como não portador de dengue com base exclusivamente na ausência de mialgia.

Em qual porcentagem dos pacientes avaliados nessa condição, essa classificação estaria CORRETA?

- A) 40%
- B) 57,1%
- C) 66,7%
- D) 80%
- E) Nenhuma das alternativas.

89. Em um município com 50.000 habitantes, foi realizado um levantamento epidemiológico para monitorar a doença de Chagas em uma região endêmica. No dia 1º de janeiro de 2025, foram identificados 400 casos ativos da doença entre os moradores. Durante todo o ano de 2025, foram diagnosticados 80 novos casos.

Considerando que não houve óbitos nem curas entre os casos prevalentes no início do ano, e que a população permaneceu estável ao longo do ano, analise as afirmativas a seguir:

- I. A prevalência da doença em 1º de janeiro de 2025 é de 8 casos por 1.000 habitantes.
- II. A incidência acumulada da doença no ano de 2025 é de 1,6 casos por 1.000 habitantes.
- III. A prevalência da doença em 31 de dezembro de 2025 é de 9,6 casos por 1.000 habitantes.
- IV. A incidência acumulada da doença no ano de 2025 é de 1,6%, considerando a população total como denominador.

Estão CORRETAS

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

90. Instituída em 2003, a Política Nacional de Humanização (PNH) propõe um dispositivo teórico-prático cujo objetivo é auxiliar na condução clínica do adocimento e do sofrimento, pautando-se na atenção à singularidade do paciente e na compreensão da complexidade do processo saúde/doença.

Assinale a alternativa que diz respeito a essa ferramenta teórico-metodológica da PNH.

- A) Ambiência. D) Método clínico centrado na pessoa.
 B) Acolhimento. E) Clínica ampliada e compartilhada.
 C) Projeto terapêutico singular.

91. A Portaria GM/MS nº 3.493, de 10 de abril de 2024, instituiu uma nova metodologia de cofinanciamento federal do Piso de Atenção Primária à Saúde (APS) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), promovendo alterações significativas no modelo anteriormente vigente.

Sobre as características e os efeitos desse novo modelo de financiamento, analise as afirmativas a seguir:

- I. O novo modelo substitui integralmente o Programa Previne Brasil, extinguindo o pagamento por desempenho vinculado a indicadores e adotando o repasse per capita baseado na população cadastrada.
- II. A nova metodologia de cofinanciamento federal da APS é composta por componentes de financiamento que incluem incentivos vinculados ao vínculo e acompanhamento territorial, além de um componente de qualidade, cuja implantação ocorre de forma gradual.
- III. O repasse dos recursos financeiros previstos no novo modelo é realizado pelo Ministério da Saúde ao Fundo Municipal de Saúde, destinando-se ao custeio das equipes de Saúde da Família (eSF), equipes de Atenção Primária (eAP), equipes de Saúde Bucal (eSB) e Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF).
- IV. O novo modelo de financiamento da APS mantém inalterados os critérios de repasse para as equipes de Consultório na Rua (eCR) e equipes de Atenção Primária Prisional (eAPP), que continuam a ser financiadas por emendas parlamentares.

Está CORRETO o que se afirma em

- A) todas.
 B) apenas três.
 C) apenas duas.
 D) apenas uma.
 E) Nenhuma das afirmativas está correta.

92. As Comissões Intergestores Bipartite (CIB) e Tripartite (CIT) são instâncias colegiadas de negociação e pactuação entre os gestores do Sistema Único de Saúde (SUS), sendo essenciais para a gestão compartilhada e descentralizada do sistema.

Sobre a composição, as competências e o funcionamento dessas comissões, analise as afirmativas a seguir:

- I. A CIT é uma instância de articulação e pactuação na esfera nacional, composta paritariamente por representantes do Ministério da Saúde, do Conselho Nacional de Secretários de Saúde e do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde.
- II. A CIB atua no âmbito estadual e é composta paritariamente por representantes da Secretaria Estadual de Saúde e das Secretarias Municipais de Saúde, sendo obrigatória a participação do Secretário de Saúde da capital do estado.
- III. Tanto a CIB quanto a CIT têm como objetivo decidir sobre aspectos operacionais, financeiros e administrativos da gestão compartilhada do SUS, bem como definir diretrizes sobre a organização das redes de saúde e a integração das ações e serviços entre os entes federados.

IV. As decisões nas Comissões Intergestores são tomadas por votação majoritária, garantindo a celeridade nos processos de pactuação.

Está **CORRETO** o que se afirma em

- A) todas.
 B) apenas três.
 C) apenas duas.
 D) apenas uma.
 E) Nenhum afirmativa está correta.

93. Uma mulher de 40 anos, assintomática, comparece à Unidade Básica de Saúde para sua consulta de rotina. Após avaliação, a equipe solicita exame de Papanicolau, que revela lesão intraepitelial de baixo grau.

Considerando a história natural da doença e os níveis de prevenção, a conduta de rastreamento e o tratamento da lesão pré-maligna classificam-se, respectivamente, em prevenção:

- A) Primária. B) Secundária. C) Terciária. D) Quaternária. E) Quinquenária.

94. João, 42 anos, é atendido em um pronto-socorro com quadro de hemorragia digestiva alta grave, evoluindo com instabilidade hemodinâmica e queda dos níveis de hemoglobina. A equipe médica avalia que a conduta imediata indicada é a transfusão de concentrado de hemácias. Entretanto, João está lúcido, orientado no tempo e espaço, e apresenta um Testamento Vital, no qual ele expressa sua recusa à transfusão sanguínea, amparado por suas convicções religiosas. Ele reitera verbalmente sua decisão à equipe assistente.

Diante desse cenário, à luz dos princípios da bioética e da legislação brasileira qual é a conduta eticamente adequada?

- A) Realizar a transfusão, pois a beneficência prevalece sobre a autonomia em emergência.
 B) Nomear um curador provisório para o paciente, considerando que a iminência de morte caracteriza incapacidade decisória superveniente.
 C) Buscar decisão judicial antes de qualquer conduta, pois a não maleficência se sobrepõe à autonomia.
 D) Respeitar a recusa, manter suporte clínico, documentar e priorizar a autonomia.
 E) Nenhuma das alternativas.

95. A Estratégia de Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI) é uma abordagem padronizada para o atendimento infantil, que tem como objetivo principal a redução da mortalidade e da morbidade em uma faixa etária específica.

De acordo com o manual do Ministério da Saúde, qual é a faixa etária contemplada pela estratégia AIDPI CRIANÇA?

- A) Nascimento aos 2 anos de idade.
 B) Nascimento até 4 anos, 11 meses e 29 dias.
 C) 2 meses até 4 anos, 11 meses e 29 dias.
 D) 2 anos até 9 anos, 11 meses e 29 dias.
 E) Nenhuma das alternativas.

96. Médico residente, 32 anos de idade, procura atendimento psiquiátrico com quadro de choro frequente e isolamento no ambiente de trabalho. Relata que há cerca de três semanas vem apresentando humor deprimido na maior parte do dia, perda de interesse por atividades que antes lhe davam prazer, insônia inicial e despertares precoces, fadiga intensa mesmo ao despertar, dificuldade de concentração, e sentimento persistente de inutilidade, com ideação suicida passiva. Nega uso de substâncias psicoativas ou outras condições clínicas que justifiquem o quadro. Os sintomas estão causando prejuízo significativo em sua atuação profissional e em sua vida social.

Diante do caso, baseado nos critérios diagnósticos do DSM-5 para o Transtorno Depressivo Maior (TDM), o diagnóstico de TDM é

- A) confirmado, pois o paciente apresenta, no mesmo período de duas semanas, cinco ou mais sintomas.
 B) confirmado, pois o paciente apresenta episódio de hipomania.
 C) descartado, pois é necessário um período mínimo de quatro semanas para o diagnóstico.
 D) descartado, pois a ideação suicida passiva não é considerada no critério A do DSM-5.
 E) Nenhuma das alternativas.

97. Quando observamos disparidades sistemáticas e mensuráveis nos indicadores de saúde ou na cobertura assistencial entre distintos segmentos populacionais. Diferenças essas que não decorrem de fatores biológicos ou genéticos inerentes, mas sim de condicionantes estruturais como pobreza, discriminação étnico-racial, baixa escolaridade e concentração de renda, e que, por serem passíveis de prevenção e intervenção, carregam um forte componente de injustiça social e desnecessidade, estamos conceituando a/os

- A) Discriminação em saúde.
- B) Iniquidade em saúde.
- C) Invisibilidade social.
- D) Determinantes Sociais da Saúde.
- E) Nenhuma das alternativas.

98. A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH) orienta-se por diretrizes que visam superar as barreiras de acesso e reconhecer as especificidades da população masculina. Para operacionalizar esse cuidado, a Política estabelece eixos temáticos fundamentais que norteiam as ações nos diferentes níveis de atenção. Considerando o disposto na PNAISH, assinale a alternativa que apresenta CORRETAMENTE os eixos temáticos que a compõem:

- A) Acessibilidade e equidade; paternidade e cuidado; humanização e integralidade; planejamento familiar e fertilidade.
- B) Acessibilidade e equidade; paternidade e cuidado; humanização e integralidade.
- C) Paternidade e cuidado; planejamento familiar e fertilidade; prevenção de violências e agravos.
- D) Acessibilidade e equidade; humanização e integralidade; vigilância em saúde do trabalhador.
- E) Planejamento familiar e fertilidade; paternidade e cuidado; atenção à saúde mental e uso de álcool.

99. A equipe de saúde da família de um município do interior está revisando as cadernetas de vacinação dos idosos adscritos ao território, conforme as diretrizes do Programa Nacional de Imunizações (PNI) para o ano de 2026. Durante a revisão, são avaliados os seguintes casos:

- A. Paciente A, 68 anos, hipertenso e diabético, reside em sua própria casa, é independente para as atividades de vida diária e não possui histórico de vacinação pneumocócica prévia.
- B. Paciente B, 72 anos, acamado, residente em Instituição de Longa Permanência para Idosos (ILPI), sem registro de vacina pneumocócica anterior.
- C. Paciente C, 65 anos, indígena, residente em aldeia, sem comprovação de vacinação pneumocócica conjugada prévia.

Considerando as recomendações do Calendário Nacional de Vacinação do Idoso para a vacina pneumocócica 23-valente (VPP23), ela está indicada

- A) para os três pacientes, devendo ser administrada em dose única para todos, com reforço anual.
- B) apenas para o paciente C, que deve receber duas doses com intervalo de 5 anos, por ser indígena.
- C) para os três pacientes, porém o paciente A deve receber apenas uma dose, enquanto B e C recebem duas doses com intervalo de 5 anos.
- D) apenas para os pacientes B e C que devem receber dose única.
- E) Nenhuma das alternativas.

100. Paciente de 50 anos, internado em uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI) há 7 dias por sepse abdominal, encontra-se em ventilação mecânica invasiva há 5 dias. Evoluiu com piora clínica e o diagnóstico de pneumonia associada à ventilação mecânica foi estabelecido. Considerando o tempo de intubação e a epidemiologia das infecções hospitalares em UTIs brasileiras, qual das seguintes alternativas contempla os agentes etiológicos mais frequentes para esse quadro?

- A) *Streptococcus pneumoniae* e *Haemophilus influenzae*.
- B) *Mycoplasma pneumoniae* e *Chlamydomydia pneumoniae*.
- C) *Pseudomonas aeruginosa* e *Staphylococcus aureus*.
- D) *Candida albicans* e *Klebsiella pneumoniae*.
- E) Nenhuma das alternativas.

GRUPO 01
- ÁREAS BÁSICAS COM ACESSO DIRETO -