

EDITAL Nº 02/2025 - PROCESSO SELETIVO DE RESIDÊNCIA MÉDICA 2025/2026

CADERNO DE PROVA

ANTES DE COMEÇAR A FAZER A PROVA:

1. Verifica se este caderno contém um total de 100 (cem) questões, sequencialmente numeradas de 1 a 100.
2. Caso haja algum problema, solicite ao aplicador a substituição deste caderno, impreterivelmente até 15 minutos após o início da prova.

AO RECEBER A FOLHA DE RESPOSTAS (GABARITO):

3. Confira seus dados e, havendo erro, solicite ao aplicador a correção na Ata de Sala.
4. Assine à caneta os espaços indicados.

AO TRANSFIRIR A MARCAÇÃO DAS ALTERNATIVAS PARA A FOLHA DE RESPOSTAS (GABARITO):

5. Use somente caneta azul ou preta e aplique traços firmes dentro da área reservada à letra correspondente a cada resposta, conforme modelo:



6. Sua resposta não será computada se houver marcação de mais de uma alternativa.
7. A folha de resposta não deve ser dobrada, amassada ou rasurada.

AO TERMINAR A PROVA:

8. Você deve chamar a atenção do aplicador levantando o braço. Ele irá até você para recolher sua FOLHA DE RESPOSTAS (GABARITO) e este CADERNO DE PROVAS.
9. Recolha seus objetos, deixe a sala, em seguida o prédio. A partir do momento em que você sair da sala e até sair da sala, continuam válidas as proibições sobre o uso de aparelhos eletrônicos e celulares, bem como não lhe é mais permitido o uso de sanitários no prédio onde estará sendo aplicada a prova.

Terá a prova anulada e será automaticamente eliminado do processo seletivo o candidato que, durante a sua realização, for surpreendido portando equipamentos eletrônicos, mesmo que desligados, como máquinas calculadoras, telefone celular, MP3, MP4, smartwatches, notebook, tablets, gravador, máquina fotográfica, filmadora, fone de ouvido, controle de alarme de carro, etc.; bolsa ou mochila, relógio de qualquer espécie, óculos escuros ou quaisquer acessórios de chapelaria (chapéu, boné, gorro, capacete, etc.) e qualquer tipo de arma, salvo os casos previstos em lei nº 10.826/03 e suas alterações.

NOME: _____ CPF: _____

DURAÇÃO TOTAL DA PROVA, INCLUIDO PREENCHIMENTO DA FOLHA DE RESPOSTA (GABARITO): 04 HORAS

1. Um paciente do sexo masculino, 52 anos, chega à Unidade Básica de Saúde para uma consulta de rotina. Ele relata sentir-se mais cansado que o habitual nos últimos meses, com aumento da sede e necessidade de levantar-se uma vez por noite para urinar. Nega perda de peso significativa. Possui histórico de hipertensão arterial sistêmica, em uso de losartana 50 mg/dia, e dislipidemia, em uso de sinvastatina 20 mg/dia. Seu pai teve diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2) e sofreu um infarto agudo do miocárdio aos 58 anos. Ao exame físico, apresenta-se em bom estado geral, peso de 95 kg, altura de 1,70 m (IMC: 32,8 kg/m²), PA: 135x85 mmHg. Você solicita exames laboratoriais que retornam com os seguintes resultados: Glicemia de jejum = 150 mg/dL; Hemoglobina glicada (HbA1c) = 8,2%; Creatinina = 1,0 mg/dL (TFGe > 60 ml/min/1,73 m²); Colesterol total = 190 mg/dL; HDL = 38 mg/dL; LDL = 135 mg/dL; Triglicerídeos = 185 mg/dL. Com base nos achados e nas diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes, qual a conduta mais adequada para este paciente?
 - (A) Adiar a confirmação diagnóstica e o tratamento farmacológico, solicitando um teste oral de tolerância à glicose (TTGO) para melhor avaliação do quadro. Recomendar, por enquanto, apenas mudanças no estilo de vida, incluindo intervenção nutricional e atividade física regular.
 - (B) Confirmar o diagnóstico de DM2 e, devido ao seu perfil de alto risco cardiovascular, iniciar imediatamente tratamento combinado com metformina e um agente com benefício cardiovascular comprovado (iSGLT2 ou AR GLP-1), associado a mudanças no estilo de vida.
 - (C) Confirmar o diagnóstico de DM2 e iniciar a terapia de primeira linha convencional com metformina em monoterapia, por ser a droga de escolha inicial. Recomendar mudanças no estilo de vida e agendar reavaliação laboratorial e clínica em um período de três meses.
 - (D) Confirmar o diagnóstico de DM2 e, considerando a HbA1c elevada e a presença de sintomas, optar pela terapia com insulina basal associada à metformina para um controle glicêmico mais rápido e para reduzir os efeitos da glucotoxicidade, juntamente com orientação de estilo de vida.
2. Paciente feminina, 48 anos, retorna à Unidade Básica de Saúde com queixa de dor articular. Refere que há 21 dias iniciou quadro de febre alta, cefaleia, exantema pruriginoso e poliartralgia incapacitante em mãos, punhos e tornozelos. Na ocasião, foi orientada a usar dipirona e repouso, com melhora da febre e do exantema em uma semana. Contudo, a dor articular persiste com forte intensidade (escala visual analógica de dor 8/10), agora acompanhada de edema visível em punhos e tornozelos e uma rigidez matinal que dura cerca de uma hora. Nega outras comorbidades, exceto hipertensão arterial controlada com enalapril. Com base na apresentação clínica e nas recomendações do Ministério da Saúde, qual a conduta terapêutica mais apropriada para esta paciente neste momento?
 - (A) Iniciar hidroxiquina 400 mg/dia para controle da doença articular crônica e encaminhar para avaliação reumatológica, mantendo analgesia simples até o início da ação do fármaco.
 - (B) Manter o tratamento sintomático com dipirona e paracetamol intercalados, associar um opioide fraco como codeína para a dor intensa e reforçar a importância do repouso articular.
 - (C) Iniciar prednisona na dose de 0,5 mg/kg/dia, manter analgesia para dor residual conforme necessidade e agendar reavaliação em três a quatro semanas para programar o desmame do corticoide.
 - (D) Prescrever um corticóide injetável durante a fase subaguda e solicitar a aplicação do questionário DN4 para investigar componente de dor neuropática.
3. Uma mulher de 35 anos procura a Unidade Básica de Saúde (UBS) onde você atua como médico da Estratégia Saúde da Família. Ela relata que há dois meses vem se sentindo com "tristeza profunda", anedonia, insônia terminal, fadiga constante e dificuldade de concentração, o que tem gerado prejuízo funcional em seu trabalho. Nega ideação suicida e sintomas psicóticos. É o primeiro episódio com essa intensidade. Você diagnostica um episódio depressivo moderado e precisa decidir a melhor

conduta, considerando o modelo de atenção integral preconizado pelas Diretrizes da Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP). Qual das seguintes opções representa a conduta mais adequada de acordo com as diretrizes apresentadas?

- (A) Encaminhar a paciente para o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) de referência, por ser este o serviço central e a porta de entrada para o tratamento de todos os transtornos mentais, incluindo a depressão.
 - (B) Acolher a paciente, iniciar o tratamento com um inibidor seletivo da recaptação de serotonina (ISRS) e agendar retorno breve, manejando o caso na própria UBS conforme o princípio da atenção primária em saúde mental.
 - (C) Encaminhar a paciente imediatamente para o pronto-socorro psiquiátrico para avaliação em nível terciário, visto que a intensidade dos sintomas depressivos configura uma urgência médica que necessita de intervenção imediata.
 - (D) Solicitar um parecer especializado para o Ambulatório de Psiquiatria, encaminhando a paciente para que todo o tratamento seja iniciado e conduzido pelo especialista em nível secundário, sem iniciar nenhuma medida na UBS
4. Homem de 42 anos acorda durante a noite e percebe um pequeno ferimento sangrante no dedo, após contato com um morcego que entrou em sua residência. O animal não foi capturado para observação. Ele procura atendimento no mesmo dia. Qual deve ser a conduta correta em relação à profilaxia da raiva humana?
- (A) Iniciar esquema de vacinação antirrábica com quatro doses (dias 0, 3, 7 e 14) e administrar soro antirrábico (SAR ou IGHAR).
 - (B) Realizar apenas lavagem do ferimento com água e sabão, sem profilaxia, pois o risco de transmissão é considerado baixo.
 - (C) Prescrever antibiótico profilático para prevenir infecção bacteriana e observar clinicamente o paciente.

(D) Solicitar observação do paciente por 10 dias e iniciar vacina apenas se apresentar sinais de raiva.

5. Uma paciente de 68 anos, sexo feminino, foi diagnosticada com osteoporose pós-menopausa, apresentando T-score de -3,0 no fêmur total e nível sérico de 25-hidroxivitamina D de 22 ng/mL. Não há histórico de fraturas prévias. Qual das seguintes condutas é a mais apropriada para o tratamento inicial desta paciente, conforme as diretrizes atuais?
- (A) Iniciar alendronato 70 mg/semana via oral, suplementar cálcio 500 mg/dia e vitamina D 400 UI/dia.
 - (B) Administrar uma dose de ataque de vitamina D (50.000 UI/semana por 8 semanas), seguida por manutenção de 1000-2000 UI/dia; suplementar cálcio para uma ingestão total de 1000 mg/dia e iniciar risedronato 35 mg/semana via oral.
 - (C) Iniciar raloxifeno 60 mg/dia via oral, suplementar cálcio 800 mg/dia e vitamina D 600 UI/dia, sendo esta uma opção de tratamento não prioritária para fraturas de fêmur.
 - (D) Recomendar apenas o aumento da ingestão de cálcio e vitamina D da dieta, sem a necessidade de um bisfosfonato, uma vez que a paciente não possui histórico de fraturas prévias, o que é inadequado para o T-score apresentado.
6. Um paciente de 45 anos, com diagnóstico de artrite reumatoide em tratamento com Adalimumabe, procura a unidade de saúde com história de febre (38,8°C) há 24 horas, tosse, dor de garganta e cefaleia. Ele nega dispneia, mas refere sentir-se bastante prostrado. Ao exame físico, apresenta sinais vitais estáveis, ausculta pulmonar com roncos esparsos e saturação de O₂ de 96% em ar ambiente. O paciente está preocupado com a possibilidade de complicações devido à sua condição de base e medicação. Considerando o caso clínico e o protocolo de tratamento da Influenza, qual a conduta terapêutica mais apropriada?
- (A) Iniciar o tratamento sintomático, manter o Adalimumabe e orientar retorno se piora do estado clínico.

- (B) Suspender o Adalimumabe, prescrever sintomáticos e orientar que o Oseltamivir deve ser utilizado apenas se houver agravamento do estado clínico.
- (C) Prescrever Oseltamivir e sintomáticos, manter o Adalimumabe e orientar retorno em 48 horas.
- (D) Suspender o Adalimumabe e encaminhar para internação em Leito de Enfermaria.
7. Um paciente de 28 anos, previamente hígido, procura o pronto-atendimento com queixas de obstrução nasal, rinorreia anterior clara, dor leve na região da face e uma tosse irritativa que o incomoda há 6 dias. Ele relata que os sintomas iniciaram após um resfriado comum, mas não houve piora significativa e a febre, quando presente no início do quadro, foi baixa (máximo 37,5°C). Não há secreção nasal purulenta ou dor intensa e unilateral. Qual é o diagnóstico mais provável e a conduta terapêutica inicial recomendada para este paciente?
- (A) Rinossinusite Aguda Bacteriana; iniciar Amoxicilina 875mg 2x/dia por 7 a 10 dias.
- (B) Rinossinusite Aguda Pós-viral; prescrever corticoide nasal spray, lavagem nasal e evitar antibióticos.
- (C) Rinossinusite Aguda Resfriado Comum; indicar descongestionantes, lavagem nasal, analgesia e evitar antibióticos.
- (D) Rinossinusite Crônica; solicitar exames de imagem para avaliar uso de antibióticos.
8. Homem de 25 anos procura atendimento por dor de garganta de início súbito há 2 dias, febre de 38,5 °C, exsudato purulento em amígdalas e linfadenomegalia cervical anterior dolorosa. Nega tosse. Segundo o escore de Centor modificado, ele soma 4 pontos. Qual a conduta correta em relação ao uso de antibióticos neste caso?
- (A) Não prescrever antibióticos, pois a maioria das faringoamigdalites em adultos é viral.
- (B) Solicitar hemograma e proteína C-reativa antes de considerar antibioticoterapia.
- (C) Prescrever antibióticos apenas se o paciente não melhorar após 7 dias de sintomatologia.
- (D) Iniciar antibioticoterapia empírica com amoxicilina ou penicilina.
9. Mulher de 48 anos, portadora de pré-diabetes e hipertensão arterial controlada, apresenta queixa de fadiga. Exames laboratoriais mostram discreta elevação de ALT e AST. Ultrassonografia de abdome revela esteatose hepática moderada. Após investigação, são descartadas causas virais e autoimunes de hepatopatia. O índice de massa corporal é de 31 kg/m² e a paciente relata dificuldade em aderir a programas de atividade física. Qual deve ser a conduta inicial mais adequada para o manejo clínico e tratamento desta paciente?
- (A) Iniciar pioglitazona imediatamente, já que todo paciente com pré-diabetes e esteatose hepática deve receber a medicação como primeira escolha.
- (B) Recomendar modificação do estilo de vida com redução de peso $\geq 5\%$, pois essa é a intervenção inicial com maior impacto na melhora histológica da doença.
- (C) Indicar vitamina E como tratamento de primeira linha em associação à dieta, uma vez que possui evidência robusta de benefício em pacientes diabéticos.
- (D) Encaminhar a paciente para cirurgia bariátrica de imediato, pois o diagnóstico de esteatose hepática em obesos é indicação formal de procedimento cirúrgico.
10. Homem de 32 anos, previamente hígido, procura a unidade de saúde para atualizar seu cartão vacinal. Relata não se lembrar de ter recebido a vacina tríplice viral na infância. Não há contraindicações à imunização. Qual é a conduta mais adequada em relação ao esquema vacinal da tríplice viral para este paciente?
- (A) Administrar apenas uma dose da tríplice viral, pois indivíduos de 30 a 59 anos sem registro vacinal necessitam de apenas uma dose.

- (B) Administrar duas doses do triplice viral com intervalo mínimo de 30 dias, pois adultos de 30 a 59 anos sem comprovação vacinal devem receber duas doses.
- (C) Administrar esquema de três doses da triplice viral, para garantir imunidade completa em adultos não vacinados.
- (D) Não administrar nenhuma dose, pois a vacinação é recomendada apenas até os 29 anos de idade.
- 11.** Mulher de 42 anos apresenta dor e rigidez matinal em articulações das mãos há cerca de 8 semanas. Relata dificuldade para abrir objetos pela manhã. No exame físico, observam-se sinovite simétrica em metacarpofalângicas e punhos. Os exames laboratoriais mostram elevação de VHS e PCR, com anticorpo anti-CCP positivo e fator reumatoide negativo. Radiografia não evidencia erosões articulares. De acordo com os critérios classificatórios do ACR/EULAR 2010, quais parâmetros devem ser avaliados para confirmar o diagnóstico nesta paciente?
- (A) Considerar apenas a positividade do anti-CCP, pois isoladamente já seria marcador específico suficiente.
- (B) Valorizar unicamente a rigidez matinal em conjunto com a elevação de marcadores inflamatórios.
- (C) Basear-se exclusivamente na presença de erosões radiográficas visíveis em mãos e punhos.
- (D) Avaliar o número e tipo de articulações, a sorologia, os reagentes de fase aguda e a duração dos sintomas.
- 12.** Mulher de 41 anos procura atendimento por dor de cabeça diária há cerca de quatro meses. Refere dor em aperto, bilateral, de intensidade leve a moderada, sem náuseas ou vômitos, e que não piora com atividade física. Relata que a dor costuma estar presente na maior parte do dia e piora em situações de estresse. Faz uso frequente de analgésicos comuns, com melhora apenas parcial. Ao exame físico, não há alterações neurológicas, mas há sensibilidade aumentada à palpação da musculatura pericraniana. Qual o diagnóstico mais provável e o manejo inicial recomendado?
- (A) Cefaleia tensional episódica; conduta com analgésicos simples conforme necessidade e medidas educativas.
- (B) Cefaleia tensional crônica; conduta com medidas não farmacológicas, evitar abuso de analgésicos e considerar profilaxia com antidepressivo tricíclico.
- (C) Migrânea crônica; manejo com triptanos em crises frequentes e profilaxia com betabloqueadores.
- (D) Cefaleia secundária a distúrbio intracraniano; investigação imediata com neuroimagem antes de qualquer conduta terapêutica.
- 13.** Mulher de 59 anos, tabagista, apresenta vertigem súbita intensa há 24 horas, acompanhada de náuseas e instabilidade da marcha. Ao exame, observa-se nistagmo espontâneo horizontal unidirecional. No teste de impulso cefálico (Head Impulse Test), há presença de sacada corretiva à direita. Não há perda auditiva. De acordo com a bateria HINTS/HINTS Plus, qual é a interpretação mais adequada desse quadro?
- (A) Vertigem central (provável AVC), pois o nistagmo unidirecional é indicativo de lesão de tronco cerebral.
- (B) Vertigem central, pois a ausência de perda auditiva unilateral exclui causas periféricas.
- (C) Vertigem periférica, pois nistagmo vertical sugere labirintite viral com evolução benigna.
- (D) Vertigem periférica (neurite vestibular), pois há nistagmo unidirecional e presença de sacada corretiva no Head Impulse Test.
- 14.** Homem de 62 anos, hipertenso e diabético, internado por pneumonia grave, evolui com oligúria nas últimas 24 horas (150 mL/24h). Os exames mostram creatinina sérica de 3,6mg/dL (valor basal 1,0 mg/dL), ureia elevada, hipercalemia leve e acidose metabólica. Ao exame físico, encontra-se hipervolêmico, com

dispneia e estertores crepitantes difusos. Qual é o diagnóstico e a conduta inicial mais adequada neste paciente?

- (A) Insuficiência renal aguda estágio 1; conduta expectante, apenas hidratação oral e observação clínica.
- (B) Insuficiência renal aguda estágio 2; iniciar hidratação venosa agressiva para aumentar o débito urinário.
- (C) Insuficiência renal aguda estágio 3; avaliar indicações de diálise precoce devido à hipervolemia e distúrbios metabólicos.
- (D) Insuficiência renal crônica; solicitar biópsia renal para confirmação e postergar medidas dialíticas até diagnóstico definitivo.

15. Homem de 28 anos, com diagnóstico de asma na adolescência, apresenta sintomas de dispneia e sibilância duas vezes por semana, além de despertar noturno por asma uma vez ao mês. Relata uso frequente de β 2-agonista de curta duração (SABA) como único tratamento. No exame físico, está estável, saturando bem em ar ambiente, sem sinais de exacerbação aguda. De acordo com o GINA 2025, qual é a conduta farmacológica mais adequada para o manejo de manutenção desse paciente?

- (A) Manter apenas o uso de β 2-agonista de curta duração (SABA) em caso de sintomas.
- (B) Iniciar corticosteroide inalatório em baixa dose de forma contínua, sem necessidade de broncodilatador associado.
- (C) Iniciar combinação de corticosteroide inalatório em baixa dose + formoterol para alívio dos sintomas.
- (D) Iniciar antagonista de receptor de leucotrieno em monoterapia, como primeira escolha para controle da doença.

16. Mulher de 25 anos apresenta duas lesões eritemato-descamativas circulares em tronco e braços, com bordas elevadas e prurido intenso. Qual a conduta terapêutica mais adequada?

- (A) Iniciar antifúngico tópico como terbinafina ou imidazólico por 2 a 4 semanas.
- (B) Prescrever antibiótico oral, já que o quadro é compatível com infecção bacteriana.
- (C) Utilizar corticoide tópico em monoterapia para redução imediata da inflamação.
- (D) Iniciar antifúngico sistêmico em todos os casos, independentemente da extensão.

17. Homem de 58 anos, com IC com fração de ejeção reduzida (FEVE 35%), em uso de IECA e betabloqueador. Apresenta persistência de sintomas de classe funcional II da NYHA. Qual medicação deve ser adicionada ao tratamento para reduzir mortalidade?

- (A) Espironolactona.
- (B) Digoxina.
- (C) Hidroclorotiazida.
- (D) Antiarrítmico de classe I.

18. Paciente de 65 anos, tabagista crônico, apresenta dispneia progressiva aos esforços e tosse produtiva diária. Espirometria confirma VEF1/CVF < 0,7 pós-broncodilatador. Qual a medicação de primeira escolha para controle sintomático inicial?

- (A) Corticosteroide inalatório em monoterapia contínua diária.
- (B) Broncodilatador de longa ação (LABA ou LAMA).
- (C) Indicar antibiótico de uso contínuo.
- (D) Broncodilatador de curta ação (SABA).

19. Homem de 70 anos, com DPOC, apresenta febre, tosse produtiva e taquipneia (FR 32 irpm). Radiografia com infiltrado multilobar. Qual critério clínico reforça a necessidade de internação hospitalar?

- (A) Idade avançada isolada, sem outros fatores de risco clínico associados.

- (B) Taquipneia significativa com frequência respiratória maior que 30 irpm.
- (C) Tosse produtiva persistente com escarro purulento há mais de cinco dias.
- (D) Achado radiológico de pneumonia lobar simples, sem complicações adicionais.
- 20.** Paciente de 80 anos, portador de Alzheimer leve, mantém autonomia parcial nas atividades de vida diária. O cuidador pergunta sobre estratégias não medicamentosas que podem auxiliar no tratamento. Qual é a medida mais adequada a ser recomendada?
- (A) Estimulação cognitiva, atividade física regular e suporte psicossocial ao cuidador.
- (B) Isolamento social para evitar estímulos excessivos e sobrecarga emocional.
- (C) Suspensão precoce de atividades físicas e sociais para evitar acidentes.
- (D) Uso de benzodiazepínicos de rotina para reduzir ansiedade e prevenir agitação.
- 21.** O médico de família realiza a primeira visita domiciliar a um recém-nascido (RN) de 4 dias de vida. Parto vaginal a termo, sem intercorrências. A mãe refere que o bebê está mamando exclusivamente ao seio, mas com dificuldades: faz muitas pausas, solta o seio com frequência e parece irritado. Refere também que ele está com a pele mais "amarelada" desde o segundo dia. Ao exame, o RN está ativo, afebril, com icterícia visível até a região inferior do abdome, pega ineficaz ao seio e perda de 9% do peso de nascimento. Diante desse cenário, qual é a melhor conduta inicial pelo médico de família?
- (A) Iniciar fototerapia domiciliar, com orientação e reavaliação programada em 48 horas.
- (B) Manter aleitamento materno exclusivo e orientar exposição solar três vezes ao dia.
- (C) Encaminhar para avaliação em serviço com suporte laboratorial e fototerapia.
- (D) Introduzir fórmula infantil e acompanhar em domicílio.
- 22.** Recém-nascido de 3 horas de vida, sexo masculino, a termo, parto vaginal, apresenta taquipneia (FR = 80 irpm), gemência e batimento de asa de nariz. Saturação de O₂ em ar ambiente: 88%. Ausculta pulmonar: crepitações difusas. Mãe hígida, pré-natal adequado, sem sinais de infecção ou sofrimento fetal durante o trabalho de parto. Qual o diagnóstico mais provável?
- (A) Síndrome do desconforto respiratório (doença da membrana hialina).
- (B) Aspiração meconial.
- (C) Pneumonia congênita.
- (D) Taquipneia transitória do recém-nascido.
- 23.** Durante consulta de puericultura, um lactente masculino de 12 meses, nascido a termo, apresenta peso de 8,5 kg e comprimento de 74 cm. A avaliação do peso para idade, segundo a curva da OMS (escore-Z), encontra-se em -1,2 DP. Considerando os parâmetros de crescimento, qual é a interpretação correta?
- (A) Criança com baixo peso para idade (desnutrição moderada).
- (B) Criança com peso adequado para idade.
- (C) Criança com risco de sobrepeso.
- (D) Criança com baixo peso grave (desnutrição grave).
- 24.** Uma puérpera saudável solicita alta 36 horas após o parto vaginal sem intercorrências. O recém-nascido (RN), a termo, em aleitamento materno exclusivo, apresenta exame físico normal. Antes da alta, é realizado o teste do coraçãozinho, com os seguintes resultados: Mão direita (pré-ductal) 94% e Pé (pós-ductal): 96%. Não há cianose ou sinais de desconforto respiratório. Diante desse achado, qual deve ser a conduta da equipe?

- (A) Liberar alta, pois a diferença entre os membros é menor que 3% e não há sintomas.
- (B) Considerar falha do teste, pois saturação menor que 95% indica necessidade de ecocardiograma imediato.
- (C) Repetir a oximetria em 1 hora, pois saturação entre 90–94% exige nova avaliação antes de definir resultado.
- (D) Aguardar 24h para repetir o teste, pois medições antes de 48h podem ser falsamente alteradas.

25. Durante a visita de puerpério no 5º dia pós-parto, uma mãe primípara relata dificuldades com o aleitamento materno. Diz que o bebê “chora muito após mamar”, que sente dor nos mamilos e que está considerando oferecer fórmula. Ao exame, observa-se fissura mamilar bilateral, mamas ingurgitadas e pega inadequada (aréola pouco visível, lábios voltados para dentro). O recém-nascido está hidratado, porém com perda de 8% do peso de nascimento. Diante dessa situação, qual deve ser a conduta prioritária da equipe de saúde?

- (A) Orientar ordenha manual e oferecer o leite extraído em copinho até cicatrizar o mamilo, mantendo pausa temporária na amamentação direta.
- (B) Corrigir a pega e a posição do bebê, orientar esvaziamento adequado das mamas e manter aleitamento materno exclusivo, oferecendo suporte contínuo.
- (C) Iniciar complementação com fórmula nas mamadas até o ganho ponderal se estabilizar, retornando ao aleitamento exclusivo quando o bebê engordar.
- (D) Prescrever pomada antibiótica tópica e orientar uso de protetores de mamilo, mantendo o padrão de mamada.

26. Durante atendimento em Unidade Básica de Saúde, uma mãe procura avaliação para seu filho de 2 anos, com quadro de coriza hialina, tosse leve, espirros e febre baixa (37,8 °C) há 2 dias. A criança está ativa, hidratada, aceitando bem líquidos e alimentos,

ausculta pulmonar normal, sem sinais de esforço respiratório, sem otalgia ou exsudato faríngeo. A mãe já administrou antitérmico com melhora da febre e pergunta se deve iniciar antibiótico “para evitar complicações”. Qual é a conduta mais adequada?

- (A) Orientar que o quadro é viral e autolimitado, manter tratamento sintomático (lavagem nasal, hidratação, antitérmico se necessário) e observar sinais de alarme.
- (B) Prescrever antibiótico de amplo espectro para prevenir otite e sinusite, além de antitérmico e lavagem nasal.
- (C) Solicitar hemograma e PCR para decidir se há infecção bacteriana antes de prescrever medicação.
- (D) Prescrever anti-histamínico e descongestionante oral para alívio rápido dos sintomas respiratórios.

27. Uma criança de 5 meses, previamente saudável, foi diagnosticada com primeiro episódio de ITU febril confirmado por urocultura (*E. coli* >100.000 UFC/mL, coletada por cateterismo). Foi tratada com antibiótico adequado, com boa resposta clínica. A família retorna à UBS para seguimento, e os pais perguntam se a criança precisa fazer exames adicionais ou tomar antibiótico de prevenção para evitar novos episódios. Qual é a conduta mais adequada segundo as diretrizes atuais?

- (A) Realizar ultrassom de rins e vias urinárias após o primeiro episódio e iniciar profilaxia antibiótica contínua até completar 2 anos.
- (B) Solicitar ultrassom de rins e vias urinárias; profilaxia antibiótica só é indicada se houver refluxo vesicoureteral (RVU) moderado/grave ou ITU recorrente.
- (C) Não há necessidade de exames de imagem após o primeiro episódio, se houve boa resposta ao tratamento.
- (D) Solicitar uretrocistografia miccional para todas as crianças após o primeiro episódio de ITU febril para descartar refluxo.

28. Uma criança de 2 anos e 3 meses é levada ao pronto atendimento após ter engolido uma moeda enquanto brincava. O episódio foi observado pela avó, que viu a criança tossir rapidamente, mas sem engasgo prolongado ou cianose. No momento do atendimento, a criança encontra-se estável, sem dispneia, saturando 98%, sem sialorreia, sem estridor, aceitando líquidos. Os pais relatam que não sabem ao certo qual moeda foi engolida, mas afirmam que “pode ser aquelas de 1 real”. O exame físico é normal, e a radiografia de tórax e abdome mostra imagem radiopaca circular única projetada no esôfago torácico, nível T2–T3. Qual é a conduta mais adequada?

- (A) Observar por até 24 horas, pois a maioria dos corpos estranhos passa espontaneamente para o estômago.
- (B) Liberar para casa com retorno ambulatorial, pois a ausência de sintomas respiratórios indica baixo risco de complicação.
- (C) Realizar manobra de Heimlich seguida de nova radiografia, pois o corpo estranho ainda está impactado no esôfago.
- (D) Realizar endoscopia digestiva alta em caráter de urgência, pois corpo estranho no esôfago exige remoção mesmo que a criança esteja assintomática.

29. Uma criança de 4 anos, previamente saudável, sofre acidente doméstico por derramamento de água fervente enquanto estava na cozinha. No atendimento inicial na UBS, apresenta queimadura de 2º grau superficial em face anterior do tronco, metade de membro superior direito e face anterior de membro superior esquerdo. Está consciente, chorosa, hidratada, sem estridor e sem sinais de lesão inalatória. Não recebeu analgésico. Considerando a avaliação inicial de queimaduras em crianças, qual é a conduta mais adequada?

- (A) Iniciar hidratação venosa com fórmula de Parkland, analgesia adequada, cobertura estéril das lesões e encaminhamento ao hospital de referência, pois a SCQ é maior que 10% em criança.

(B) Prescrever analgésico oral, limpar a área com SF 0,9%, aplicar pomada de sulfadiazina de prata e liberar para acompanhamento ambulatorial, pois a área queimada é inferior a 15% da SCQ.

(C) Não iniciar hidratação endovenosa, pois queimaduras de 2º grau só necessitam reposição volêmica quando ultrapassam 20% da SCQ.

(D) Aplicar gelo para reduzir a dor, prescrever antibiótico sistêmico profilático e liberar para casa com retorno em 24 horas.

30. Durante consulta de puericultura, os pais de uma criança de 3 anos e 6 meses relatam que utilizam o carro diariamente para levá-la à creche. A criança viaja no banco traseiro, mas sentada apenas com o cinto de segurança do carro, pois “já é grande demais para o bebê conforto” e a família acredita que o cinto comum é suficiente. A mãe pergunta se a criança já pode se sentar no banco da frente “em trajetos curtos”. Considerando as recomendações de segurança no transporte de crianças segundo a legislação brasileira e diretrizes de prevenção de acidentes, qual orientação está correta?

(A) A criança pode usar apenas o cinto de segurança do carro, desde que esteja no banco traseiro, pois já tem mais de 3 anos.

(B) A criança pode ir no banco da frente se usar o cinto de três pontos, desde que acompanhada por um dos responsáveis.

(C) A criança deve ser transportada no banco traseiro com cadeirinha apropriada ao peso e altura, pois o cinto comum não protege adequadamente crianças pequenas.

(D) A criança pode ir sem cadeirinha se o trajeto for curto e dentro da cidade, pois o risco de acidentes graves é menor.

31. Uma criança de 1 ano e 11 meses, previamente saudável, é levada à Unidade Básica de Saúde com quadro de diarreia aquosa há 2 dias, associada a 3 episódios de vômitos nas últimas 24h. A mãe refere febre baixa no primeiro dia, já ausente. Ao exame, a criança está alerta, com olhos levemente fundos, sede aumentada, mucosas um pouco secas, tempo de

enchimento capilar normal e diurese reduzida, mas presente. Sinais vitais estáveis e sem sangramento nas fezes. Segundo o protocolo de manejo da diarreia aguda em crianças, qual é a conduta correta?

- (A) Iniciar hidratação endovenosa imediata com solução de ringer lactato, pois a presença de vômitos indica desidratação grave.
- (B) Realizar hidratação oral supervisionada com SRO (sais de reidratação oral) conforme Plano B, oferecendo 75 mL/kg em 4 horas, com reavaliação clínica após o período.
- (C) Manter hidratação domiciliar com aumento da oferta hídrica habitual (água, chá, sucos) e alimentação fracionada, conforme Plano A.
- (D) Iniciar antibiótico empírico e antiemético, e orientar retorno se a diarreia persistir por mais de 3 dias.

32. Uma criança de 7 anos é levada à UBS devido a dor abdominal recorrente, prurido anal noturno intenso e irritabilidade. A mãe relata que a criança costuma coçar a região perianal durante a noite e que outros dois irmãos apresentam sintomas semelhantes. Ao exame físico, a criança está em bom estado geral, sem diarreia ou febre. O teste da fita gomada (“fita adesiva”) foi solicitado e resultou positivo para ovos de helminto. Considerando o quadro clínico e o exame complementar, qual é o parasita mais provável e o tratamento adequado?

- (A) *Giardia lamblia* – tratar com metronidazol por 5–7 dias. Repetir após 21 dias.
- (B) *Ascaris lumbricoides* – tratar com albendazol dose única de 400 mg. Repetir após uma semana.
- (C) *Enterobius vermicularis* – tratar com mebendazol 100 mg 2x/dia por 3 dias, repetindo o ciclo em 2 semanas.
- (D) *Taenia saginata* – tratar com praziquantel dose única 10 mg/kg.

33. Uma criança de 1 ano e 3 meses, previamente saudável, é trazida ao atendimento após apresentar febre alta (39–40 °C) há 3 dias, com boa resposta

parcial a antitérmicos, porém sem outros sintomas importantes. No terceiro dia, a febre desaparece subitamente, e no mesmo dia surge um exantema maculopapular róseo, não pruriginoso, iniciado no tronco e se espalhando para pescoço e face. A criança está ativa, hidratada, alimentando-se bem, sem adenomegalias dolorosas, sem sinais de toxemia e sem enantema em mucosa oral. Qual o diagnóstico mais provável?

- (A) Sarampo.
- (B) Exantema súbito.
- (C) Rubéola.
- (D) Dengue clássica.

34. Uma criança de 5 anos, previamente saudável e sem histórico vacinal registrado, é levada ao atendimento com febre há 2 dias, acompanhada de tosse seca, conjuntivite não purulenta e coriza. No 3º dia de febre, surge exantema maculopapular avermelhado que se inicia na região retroauricular e espalha-se para face, tronco e membros em poucas horas. Ao exame, observam-se pequenas lesões esbranquiçadas na mucosa jugal, na altura dos pré-molares. A criança apresenta prostração moderada, hiperemia conjuntival e fotofobia. Qual o diagnóstico mais provável?

- (A) Rubéola.
- (B) Reação vacinal pós-tríplice viral.
- (C) Sarampo.
- (D) Exantema por Parvovírus B19.

35. Durante uma consulta de rotina, uma adolescente de 12 anos, previamente saudável, comparece à UBS acompanhada da mãe. Ela nunca recebeu a vacina contra HPV. A mãe questiona se ainda “está na idade certa”, se a vacina é realmente necessária antes do início da vida sexual e quantas doses devem ser aplicadas. A adolescente não apresenta imunossupressão e não faz parte de grupos de risco. Qual orientação está correta segundo o Calendário Nacional de Imunização do Ministério da Saúde?

- (A) A vacinação deve ser iniciada apenas após o início da vida sexual, pois a eficácia depende do contato prévio com o vírus.
- (B) A adolescente deve receber duas doses, com intervalo de 6 meses, pois faz parte do público-alvo de rotina (9 a 14 anos).
- (C) A adolescente deve receber três doses, pois toda pessoa acima de 10 anos deve seguir o esquema 0–1–6 meses.
- (D) A vacinação só é recomendada para meninas até 9 anos; após essa idade, só é indicada em imunossuprimidos.

36. Durante consulta de puericultura, um menino de 18 meses é avaliado pela equipe da Atenção Primária. Ele apresenta desenvolvimento motor adequado para a idade, porém ainda não fala palavras com significado, não responde quando chamado pelo nome, evita contato visual, não aponta para objetos e passa longos períodos girando rodas de carrinhos sem interagir com os pais. A mãe relata que “ele é quieto, prefere brincar sozinho”. Segundo as orientações da Caderneta da Criança (MS/PNI), qual conduta está correta diante desses achados?

- (A) Reavaliar apenas no próximo agendamento, pois cada criança tem seu tempo de desenvolvimento e o atraso de fala isolado é esperado até 2 anos.
- (B) Orientar estímulo verbal e social no domicílio e aguardar até os 24 meses, quando há maior chance de fala estruturada.
- (C) Registrar o achado como sinal de alerta para suspeita de Transtorno Espectro Autista (TEA), iniciar investigação precoce e encaminhar para avaliação especializada.
- (D) Solicitar apenas audiometria, pois a ausência de resposta ao nome indica maior probabilidade de perda auditiva do que autismo.

37. Um menino de 8 anos é levado à UBS com história de tosse seca persistente há 7 dias, febre baixa (máx. 38 °C), cefaleia, dor torácica à tosse e mal-estar. A mãe refere que o quadro começou de forma lenta e progressiva. Ao exame físico, a criança está em bom

estado geral, eupneica, saturação 97%, sem tiragem, mas com estertores finos dispersos e sibilos leves à ausculta. A radiografia de tórax mostra infiltrado intersticial difuso, sem consolidação lobar. Diante desse quadro clínico, qual é o agente etiológico mais provável e o tratamento recomendado?

- (A) *Streptococcus pneumoniae* – tratar com amoxicilina por 7 a 10 dias.
- (B) *Mycoplasma pneumoniae* – tratar com azitromicina por 5 dias.
- (C) *Haemophilus influenzae* – tratar com ampicilina EV.
- (D) *Staphylococcus aureus* – tratar com oxacilina associada a ceftriaxona.

38. Uma criança de 3 anos, previamente saudável, é levada ao pronto atendimento com febre alta há 6 dias, sem melhora com antitérmicos. Ao exame físico, apresenta conjuntivite bilateral não purulenta, hiperemia labial com fissuras, língua em “framboesa”, exantema polimórfico no tronco e eritema com edema de mãos e pés. Há linfonodo cervical único palpável de 2,5 cm. A ausculta cardíaca é normal. A mãe relata que a criança está irritada e tem recusado líquidos. Considerando o quadro clínico, qual é a principal hipótese diagnóstica e qual o tratamento recomendado?

- (A) Escarlatina – tratar com penicilina benzatina intramuscular em dose única.
- (B) Sarampo – iniciar vitamina A e isolamento respiratório.
- (C) Doença de Kawasaki – iniciar imunoglobulina intravenosa e ácido acetilsalicílico.
- (D) Eritema multiforme – tratar com anti-histamínico e encaminhar para dermatologia.

39. Uma criança de 2 anos e 4 meses é levada à UBS com quadro de febre (38,5 °C), irritabilidade, choro ao deitar e puxar constante da orelha direita há 24 horas. A mãe relata congestão nasal e tosse leve iniciadas há 3 dias. Ao exame, a otoscopia mostra membrana timpânica abaulada, hiperemiada, com redução da

mobilidade à insuflação. Não há otorreia. A criança não possui doenças crônicas, não frequenta creche e está em bom estado geral. Considerando as recomendações atuais de manejo da Otite Média Aguda (OMA) em crianças, qual é a conduta correta?

- (A) Iniciar antibioticoterapia imediata com amoxicilina, pois a criança tem menos de 2 anos e apresenta dor e febre.
- (B) Observar por 48–72 horas sem antibiótico, prescrever analgésico e orientar retorno se piora ou ausência de melhora.
- (C) Iniciar amoxicilina-clavulanato de forma empírica porque a presença de abaulamento timpânico indica otite bacteriana grave.
- (D) Solicitar cultura de nasofaringe antes de prescrever antibiótico, pois o agente etiológico precisa ser confirmado.

40. Uma menina de 4 anos é levada à UBS com prurido intenso, pior à noite, há 2 semanas. Ao exame, observam-se lesões papulares e escoriações em espaços interdigitais, punhos, abdome inferior e axilas. A mãe relata que outros familiares também estão coçando. A criança está afebril e sem sinais de infecção secundária. Qual é o diagnóstico mais provável e a conduta recomendada?

- (A) Dermatite atópica — tratar com corticoide tópico em áreas afetadas.
- (B) Impetigo — iniciar antibioticoterapia e cuidados locais.
- (C) Escabiose — tratar com permetrina 5% loção, repetir em 7 dias e tratar os contactantes.
- (D) Larva migrans — prescrever ivermectina oral em dose única.

41. Um médico de família e comunidade atende um paciente com forte suspeita clínica de sarampo em uma Unidade Básica de Saúde. Considerando os aspectos epidemiológicos da doença, qual das seguintes ações representa a medida mais prioritária e eficaz, nos primeiros momentos, para otimizar a interrupção da cadeia de transmissão na comunidade?

- (A) Orientar o paciente ao isolamento domiciliar e aguardar a confirmação laboratorial do caso para então iniciar a investigação de contatos.
- (B) Coletar amostras para RT-PCR e sorologia (IgM/IgG), encaminhando-as prioritariamente ao Laboratório de Referência Nacional (LRN) para aceleração do diagnóstico.
- (C) Realizar a notificação compulsória imediata do caso suspeito e, em paralelo, iniciar a investigação e vacinação de bloqueio seletivo dos contatos próximos em até 72 horas.
- (D) Instituir uma busca ativa laboratorial (BAL) nas unidades de saúde da região para identificar casos de arboviroses com resultado negativo que possam ser sarampo não notificado.

42. Uma médica de MFC atende uma comunidade com doenças crônicas não transmissíveis DCNTs crescentes, baixa vacinação e alta violência. A partir da reflexão sobre as complexas transições (demográficas, epidemiológicas, nutricionais) de saúde do Brasil, qual a abordagem mais eficaz para a prática clínica, gestão e planejamento em saúde?

- (A) Priorizar o rastreamento e o tratamento clínico individualizado das DCNTs, considerando que a complexidade da violência e as deficiências nutricionais residuais são desafios que extrapolam a capacidade de intervenção do setor saúde e demandam soluções exclusivas de segurança pública e assistência social.
- (B) Focar na recuperação imediata das altas coberturas vacinais e na vigilância ativa de doenças transmissíveis, uma vez que a "transição epidemiológica incompleta" demonstra a permanência dessas enfermidades como o principal e mais urgente desafio para a saúde da população brasileira.
- (C) Reconhecer que o envelhecimento populacional, a transição epidemiológica para DCNTs e a alta carga de violência são desafios interconectados e impactam a equidade, exigindo da Medicina de Família e Comunidade uma atuação nos determinantes sociais, a promoção do cuidado contínuo e longitudinal, e a articulação de

estratégias intersetoriais para aprimorar a saúde coletiva.

- (D) Direcionar a maior parte dos recursos da atenção primária para o fortalecimento de programas de reabilitação e cuidado paliativo, visto que o aumento da morbidade por DCNTs e a carga de violência são indicativos de que as intervenções de prevenção primária e de promoção da saúde já não são suficientes.

43. Um médico de família e comunidade atua em uma Unidade de Saúde da Família (USF) e se depara com dados sobre a evolução da Estratégia Saúde da Família (ESF) no país. Considerando os avanços, desafios e a organização do cuidado em APS, argumenta-se:

- (A) A trajetória de expansão e qualificação da Estratégia Saúde da Família (ESF) no Brasil tem demonstrado uma associação consistente com a melhoria de desfechos em saúde populacional, evidenciada pela queda de indicadores sensíveis à atenção primária, como as taxas de mortalidade infantil e materna.
- (B) As avaliações da qualidade da Atenção Primária à Saúde no Brasil, realizadas com o instrumento PCATool-Brasil, consistentemente indicam que o atributo "Acesso" é o mais bem avaliado pelas pessoas usuárias, superando o ponto de corte de qualidade estabelecido.
- (C) No Brasil, a estrutura das equipes de Saúde da Família é rígida e padronizada em todos os municípios, não permitindo flexibilidade na composição ou carga horária dos profissionais, mesmo após a criação das equipes de Atenção Primária (eAP).
- (D) O modelo de agendamento de "acesso avançado", apesar de eficaz, é caracterizado por reservar a maior parte das vagas da agenda para agendamentos prévios de acompanhamento, dificultando o atendimento da demanda espontânea diária nas unidades.

44. Assinale a alternativa que corresponde a uma área de atuação da epidemiologia em:

- (A) Diagnóstico clínico e prescrição individualizada de medicamentos.
- (B) Investigação de padrões de ocorrência de doenças em populações.
- (C) Realização de cirurgias de urgência em pacientes com trauma.
- (D) Aconselhamento psicológico individual para transtornos de ansiedade.

45. A Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD), Lei nº 13.709/2018, é a lei brasileira que regulamenta a coleta, o processamento e o uso de dados pessoais, garantindo a liberdade, a privacidade e a livre formação da personalidade dos indivíduos. Ela estabelece regras para o tratamento de dados, tanto físicos quanto digitais, por pessoas ou empresas, e confere aos titulares dos dados direitos como acesso, correção e exclusão de suas informações. Em relação ao tratamento de dados pessoais, a LGPD estabelece uma série de princípios fundamentais que devem ser observados. Qual o princípio da LGPD aborda a obrigação de tornar informações claras, acessíveis e compreensíveis sobre o tratamento de dados aos titulares?

- (A) Finalidade do tratamento.
- (B) Consentimento prévio.
- (C) Transparência.
- (D) Segurança da informação.

46. A Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, conhecida como Lei Orgânica da Saúde, estabelece as diretrizes e bases do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil. Conforme os princípios e disposições dessa lei, a gestão do SUS caracteriza-se pela:

- (A) Descentralização político-administrativa com direção compartilhada entre União, Estados e municípios, organizando serviços em rede regionalizada e hierarquizada.
- (B) Direção exclusiva do Ministério da Saúde, com estados e municípios apenas executando as diretrizes centrais.

- (C) Participação social por meio de conselhos de saúde com caráter consultivo, sem capacidade de deliberação ou controle sobre as políticas de saúde.
- (D) Administração privada predominante para serviços de média e alta complexidade, integrada ao SUS por contratos de cooperação pública.
47. Qual princípio do Sistema Único de Saúde (SUS), previsto na Lei Orgânica da Saúde, refere-se ao "conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos"?
- (A) Universalidade.
- (B) Integralidade.
- (C) Equidade.
- (D) Direito à informação.
48. De acordo com o Ministério da Saúde, qual dos seguintes procedimentos ambulatoriais é indicado para ser realizado nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), de forma eletiva ou durante o atendimento à demanda espontânea?
- (A) Drenagem de abscesso superficial.
- (B) Redução de luxação complexa.
- (C) Remoção de corpo estranho da córnea.
- (D) Lavagem gástrica em paciente com Glasgow ≤ 8 não intubado.
49. No ano de 2024, o Ministério da Saúde apresentou novos indicadores de indução de boas práticas para a Atenção Primária, com o objetivo de:
- (A) avaliar a satisfação dos usuários atendidos.
- (B) substituir as diretrizes técnicas da atenção básica, impedindo qualquer iniciativa local de adaptação dos territórios.
- (C) substituir o Índice de Desempenho da Atenção Primária (IDAPS) como parâmetro exclusivo de avaliação e financiamento das equipes.
- (D) monitorar a qualidade das ações ofertadas pelas equipes nos territórios.
50. Em relação aos subsistemas de informação em saúde do SUS listados abaixo, assinale a alternativa que indica o principal instrumento de notificação de nascidos vivos:
- (A) SISNASC.
- (B) SISVAN.
- (C) SINAN.
- (D) SIAB.
51. Mulher de 45 anos, sem antecedentes pessoais de câncer e sem queixas mamárias, comparece à Unidade Básica de Saúde solicitando realização de mamografia de rastreamento. De acordo com a diretriz brasileira atual para mulheres de 40 a 49 anos, qual é a conduta mais adequada na Atenção Primária?
- (A) Solicitar mamografia de rastreamento apenas se houver história familiar de câncer de mama em parente de primeiro grau.
- (B) Esclarecer riscos e benefícios do rastreamento e solicitar mamografia de rastreamento mediante decisão compartilhada.
- (C) Não solicitar mamografia de rastreamento, pois nessa faixa etária o rastreio está contraindicado para mulheres assintomáticas, independente dos fatores de risco.
- (D) Orientar que somente mulheres de 40 a 49 anos, com queixas mamárias, tem direito a mamografia de rastreamento.
52. Em uma comunidade rural, observa-se elevada prevalência de anemia em crianças menores de 5 anos por desnutrição e, simultaneamente, aumento do sobrepeso em adultos. As equipes de saúde implementaram ações de educação alimentar, fortificação de farinha de milho e incentivo à agricultura familiar para enfrentar esse cenário. Considerando o contexto descrito, qual política pública brasileira, em sua essência, integra e direciona

medidas de alimentação saudável, combate à desnutrição infantil e prevenção da obesidade?

- (A) Programa Bolsa Família.
- (B) Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN).
- (C) Programa de Aceleração do Crescimento (PAC).
- (D) Estratégia Global para a Alimentação do Bebê e da Criança Pequena (EGABCP).

53. Em uma aldeia indígena no Norte do Brasil, equipes da Estratégia de Saúde da Família detectaram surtos de tuberculose pulmonar e altos índices de desnutrição infantil. Para planejar ações que respeitem as especificidades culturais e a autonomia comunitária, a equipe deve seguir qual política nacional?

- (A) Política Nacional de Atenção Básica (PNAB).
- (B) Política Nacional de Saúde da População Negra.
- (C) Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas.
- (D) Política Nacional de Promoção da Saúde Infantil.

54. Homem, 78 anos, teve duas quedas nos últimos seis meses. Apresenta fragilidade pelo critério de Fried e convive com hipertensão e diabetes controladas em Atenção Primária à Saúde (APS). Considerando o manejo da fragilidade e prevenção de quedas na APS, a conduta mais adequada é:

- (A) Implementar programa de exercícios físicos multicompetentes (força, equilíbrio e hárgia), preferencialmente em grupo, articulado pela equipe da Atenção Primária.
- (B) Priorizar o repouso e reduzir a deambulação, a fim de diminuir o risco de novas quedas em idosos frágeis.
- (C) Manter apenas o acompanhamento das doenças crônicas (hipertensão e diabetes), pois a prevenção de quedas deve ser realizada exclusivamente em serviços especializados.

(D) Encaminhar o idoso imediatamente para atendimento hospitalar, mesmo na ausência de novas quedas, pois todo o idoso frágil deve ser manejado em nível terciário.

55. Um médico de família e comunidade atua em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) onde a taxa de aleitamento materno exclusivo até os seis meses é baixa, e a introdução de alimentos complementares ocorre precocemente. A equipe da ESF busca implementar estratégias para promover a amamentação e a alimentação saudável no primeiro ano de vida. Qual a abordagem mais eficaz, considerando os princípios da MFC e a atuação em APS?

- (A) Realizar palestras informativas mensais sobre amamentação e alimentação complementar na UBS para todas as mães, com foco nas vantagens nutricionais e na prevenção de doenças.
- (B) Capacitar a equipe multiprofissional (médicos, enfermeiros, ACS) para oferecer apoio individualizado e contínuo às gestantes e puérperas, incluindo visitas domiciliares, grupos de apoio à amamentação e oficinas de culinária saudável para a introdução alimentar, envolvendo a família.
- (C) Distribuir fórmulas lácteas e papinhas industrializadas suplementadas para as famílias com baixa renda, a fim de garantir a nutrição adequada da criança, minimizando os riscos da insegurança alimentar.
- (D) Priorizar o acompanhamento pediátrico intensivo na UBS, com consultas semanais até os seis meses de idade, para monitorar o peso e a altura, e encaminhar casos de baixo ganho ponderal para o nutricionista do nível secundário.

56. Em um estudo de avaliação de um teste diagnóstico para a Doença X, foram testados 1.000 indivíduos. Sabe-se que 200 deles realmente têm a doença (confirmada por padrão-ouro) e 800 não a apresentam. Os resultados do teste foram:

- Verdadeiros positivos (VP): 180
- Falsos negativos (FN): 20
- Verdadeiros negativos (VN): 720

- Falsos positivos (FP): 80

Com base nesses dados, calcule a sensibilidade e a especificidade do teste.

- (A) Sensibilidade 90%; Especificidade 90%.
- (B) Sensibilidade 90%; Especificidade 80%.
- (C) Sensibilidade 80%; Especificidade 90%.
- (D) Sensibilidade 80%; Especificidade 80%.

57. Um médico de família e comunidade atende um paciente de 40 anos que relata dificuldade em controlar o estresse no trabalho, com sintomas de ansiedade e irritabilidade que persistem há meses. O paciente demonstra ambivalência em relação a mudanças em sua rotina, reconhecendo o problema, mas resistindo a alterar hábitos. Qual a ferramenta ou abordagem mais indicada para o médico auxiliar este paciente na APS?

- (A) Prescrever um ansiolítico de uso contínuo para controle dos sintomas e recomendar a busca por um psicoterapeuta no setor privado, fora do SUS, para acompanhamento especializado.
- (B) Utilizar a Entrevista Motivacional (EM) para explorar a ambivalência do paciente, fortalecer sua motivação interna para a mudança e, em conjunto, definir pequenas metas de enfrentamento do estresse e introdução de hábitos saudáveis, com acompanhamento na própria UBS.
- (C) Encaminhar o paciente para um grupo de terapia ocupacional, focando em atividades relaxantes e de distração, para que ele consiga lidar com o estresse sem precisar de intervenções clínicas mais aprofundadas.
- (D) Ignorar a resistência à mudança e insistir na importância da prática de meditação e yoga como única solução, oferecendo material informativo sobre técnicas de relaxamento e agendando retorno em 6 meses.

58. Um médico de família e comunidade está elaborando um protocolo para o rastreamento de câncer colorretal em sua área de abrangência. Ao discutir as melhores

práticas com a equipe, considerando a relação entre benefício, risco e a perspectiva da APS, qual a abordagem mais adequada?

- (A) Implementar o rastreamento oportunístico da população geral, realizando pesquisa de sangue oculto nas fezes anualmente em todos os pacientes que comparecem à UBS, independentemente da faixa etária ou fatores de risco.
- (B) Oferecer a discussão sobre o rastreamento de câncer colorretal (pesquisa de sangue oculto nas fezes ou colonoscopia) para indivíduos de 50 a 75 anos com risco habitual, promovendo a decisão compartilhada e orientando sobre os benefícios e malefícios de cada método.
- (C) Recomendar a colonoscopia para todos os indivíduos a partir dos 40 anos, com periodicidade bienal, considerando que é o exame mais sensível para o diagnóstico precoce e deve ser universalizado.
- (D) Não realizar rastreamento de câncer colorretal na APS, delegando essa função aos especialistas em gastroenterologia do nível secundário, que possuem a expertise e os recursos necessários para a condução do exame e do acompanhamento.

59. Em uma zona urbana periférica, uma equipe de saúde da família (ESF) identifica que a população local sofre com alta prevalência de depressão, ansiedade e estresse crônico, fatores agravados pelo desemprego, moradias precárias e falta de espaços de lazer e segurança. Qual a estratégia da ESF que melhor integra a abordagem dos determinantes sociais da saúde para mitigar esses problemas?

- (A) Concentrar os esforços na oferta de terapia medicamentosa e encaminhamentos para psicólogos e psiquiatras, visto que a saúde mental é uma questão de âmbito individual e clínico.
- (B) Implementar grupos de apoio na UBS e visitas domiciliares focadas na identificação precoce de sintomas de depressão e ansiedade, educando a comunidade sobre a importância do autocuidado individual e da resiliência pessoal.

(C) Desenvolver projetos intersetoriais que visem à geração de renda, melhoria das condições habitacionais, criação de espaços públicos seguros e promoção de atividades culturais e físicas, complementando o cuidado clínico em saúde mental.

(D) Elaborar um mapa epidemiológico detalhado da distribuição dos transtornos mentais e dos indicadores socioeconômicos, utilizando-o para justificar a necessidade de mais recursos humanos (médicos e psicólogos) para a UBS.

60. Após uma longa espera na Unidade Básica de Saúde (UBS), um pai visivelmente irritado aborda o médico de família, dizendo em tom elevado: "É um absurdo! Vocês nunca respeitam meu tempo. Meu filho está doente e vocês me fazem esperar por horas, isso é uma falta de consideração!" Diante dessa situação, qual a melhor forma de o médico aplicar os princípios da Comunicação Não-Violenta (CNV) para engajar o pai e otimizar a comunicação?

(A) Explicar ao pai que a espera é inevitável devido à alta demanda da UBS e que sua irritação não mudará o processo, pedindo que se acalme para que a consulta possa prosseguir.

(B) Acolher o sentimento de frustração do pai, expressar o próprio desejo de atender à família e, em seguida, compreender a necessidade específica que o leva a falar naquele momento.

(C) Ignorar o tom elevado e solicitar que o pai descreva os sintomas do filho, priorizando a coleta de dados clínicos para um diagnóstico rápido e eficiente.

(D) Concordar com o pai sobre a deficiência do sistema de saúde, compartilhando exemplos de sua própria frustração com a gestão, a fim de criar uma conexão de solidariedade.

Leia o caso clínico para responder as questões 61 e 62

Gestante de 17 semanas comparece a consulta de pré-natal, assintomática, trazendo consigo os exames solicitados pela enfermeira na primeira consulta. Está preocupada pois viu que o exame de toxoplasmose estava alterado com IgM

positivo, IgG negativo e urocultura de jato médio com *E. coli* 250.000 UFC/mL.

61. Em relação a toxoplasmose, qual conduta mais adequada no momento?

(A) Iniciar o tratamento com espiramicina e encaminhá-la para medicina fetal.

(B) Iniciar o tratamento com esquema triplice e realizar nova sorologia após três semanas.

(C) Orientar sobre medidas de prevenção e repetir os exames sorológicos a cada três meses.

(D) Acalmar a paciente, esclarecendo que a infecção ocorreu antes da gravidez.

62. Considerando bacteriúria assintomática na gestação, qual é a melhor conduta?

(A) Prescrever tratamento conforme antibiograma, com duração de sete dias.

(B) Indicar antibioticoterapia apenas na fase final da gestação.

(C) Solicitar ultrassonografia das vias urinárias antes de iniciar o tratamento.

(D) Não realizar tratamento, considerando que a gestante está assintomática.

63. Em relação ao conceito de abortamento definido pela Organização Mundial de Saúde (OMS), podemos afirmar que seja a interrupção da gravidez antes de:

(A) 21 semanas e com um feto até 500g.

(B) 21 semanas ou com um feto até 500g.

(C) 22 semanas e com um feto até 600g.

(D) 22 semanas, ou com um feto até 500g.

64. Gestante de 18 semanas, assintomática, em pré-natal regular, com exames iniciais normais registrados na Caderneta da Gestante, procura atendimento em consulta de demanda espontânea, encontrando-se emocionalmente abalada após relatar infidelidade

conjugal por parte do parceiro. O teste rápido para sífilis realizado na gestante é não reagente, enquanto o teste rápido do parceiro apresentou resultado reagente. Ambos se encontram assintomáticos e não há relato de tratamento prévio para sífilis. Considerando o contexto clínico e epidemiológico, qual a conduta inicial mais adequada neste caso?

- (A) Tranquilizar a gestante, aguardar o resultado do VDRL do parceiro e definir posteriormente a necessidade de tratamento do casal.
 - (B) Administrar Penicilina benzatina 2,4 milhões UI IM na gestante e no parceiro; repetir teste rápido em 30 dias na gestante e aguardar o VDRL do parceiro para definir a conduta.
 - (C) Prescrever Penicilina benzatina 2,4 milhões UI IM em três doses semanais (total 7,2 milhões UI) para gestante e parceiro, com seguimento sorológico treponêmico trimestral.
 - (D) Solicitar VDRL para gestante e prescrever Penicilina benzatina 2,4 milhões UI IM em três doses semanais (total 7,2 milhões UI) apenas para o parceiro.
65. Gestante de 26 semanas, IMC 24 kg/m², sem fatores de risco, glicemia de jejum inicial normal e sem diagnóstico de diabetes prévio à gestação, retorna na unidade de saúde para seguimento pré-natal. Nesse caso, recomenda-se:
- (A) Encerrar o rastreio para diabetes gestacional.
 - (B) Realizar glicemia ao acaso.
 - (C) Realizar Teste oral de tolerância à glicose jejum/1h/2h com 75 g.
 - (D) Solicitar Hemoglobina glicada após 30 semanas.
66. Gestante de 28 semanas com PA 161/98 mmHg, confirmada por intervalo de 15 minutos, relata escotomas visuais. Nega hipertensão prévia. Exames realizados: relação proteína/creatinina urinária 0,40; creatinina 0,8 mg/dL; plaquetas 180.000/mm³; transaminases normais. Qual o diagnóstico mais provável?

- (A) Hipertensão gestacional.
- (B) Eclâmpsia.
- (C) Pré-eclâmpsia sem sinais de gravidade.
- (D) Pré-eclâmpsia com sinais de gravidade.

67. Gestante, 32 anos de idade, 37 semanas e 5 dias, G4PC2A1, chega no Hospital Maternidade Dona Regina com polo cefálico coroando. Após extração fetal, o médico traciona o cordão para acelerar a saída, ocorrendo sangramento vaginal volumoso, com queda do estado geral. Encaminha-se a paciente ao centro cirúrgico. Qual conduta deverá ser instituída?

- (A) Histerorrafia com placenta in situ com o aguardo da expulsão espontânea da placenta.
- (B) Histerectomia parcial com placenta in situ.
- (C) Histerectomia total com placenta in situ.
- (D) Extração manual da placenta com posterior histerorrafia.

68. Paciente em puerpério imediato após parto vaginal, apresentando sangramento aumentado com coágulos, estimado em 800–1000 mL. Ao exame físico: útero globoso e flácido à palpação, placenta íntegra e sem sinais de restos, inspeção do canal de parto sem lacerações significativas. Acesso venoso já estabelecido e sinais vitais estáveis. Qual a conduta inicial prioritária frente a atonia uterina?

- (A) Ácido tranexâmico intravenoso como medida isolada antes de iniciar qualquer uterotônico.
- (B) Massagem uterina bimanual + administração de ocitocina venosa em infusão contínua.
- (C) Misoprostol em dose terapêutica como intervenção única sem massagem uterina imediata.
- (D) Balão intrauterino para tamponamento como primeira opção antes da terapia farmacológica.

69. Algumas manobras devem ser lançadas mão para que o parto aconteça via vaginal. A técnica usada para

distocia de ombros, na qual o médico insere a mão na vagina para localizar o braço do bebê puxando-o para baixo e para fora, chama-se de /manobra de:

- (A) Rubin I.
- (B) Rubin II.
- (C) Jacquemier.
- (D) McRoberts.

70. Gestante de 24 anos, G1P0, 39 semanas e 2 dias, sem comorbidades, evolui em trabalho de parto espontâneo. Na admissão, encontra-se em fase ativa, com dilatação cervical de 5 cm, colo apagado, apresentação cefálica, variedade occipitoanterior, bolsa íntegra. A frequência cardíaca fetal é de 140 bpm, com boa variabilidade. Após o início do acompanhamento no partograma, observa-se que, passadas 4 horas, a dilatação cervical permanece em 6 cm, com contrações regulares (3 em 10 minutos, duração de 40 segundos), frequência cardíaca fetal normal e sem sinais de sofrimento materno ou fetal. A curva de dilatação ultrapassa a linha de alerta, mas ainda não alcança a linha de ação. Diante desse achado, a conduta mais adequada é:

- (A) Indicar cesariana imediata diante da lentificação da dilatação cervical, considerando falha de progressão do trabalho de parto ativo.
- (B) Realizar amniotomia associada ao início de ocitocina endovenosa, sem necessidade de reavaliação clínica materno-fetal prévia.
- (C) Intensificar a vigilância materna e fetal, reavaliar a dinâmica uterina e manter o acompanhamento no partograma, pois a linha de ação ainda não foi atingida.
- (D) Suspender o uso do partograma e aguardar evolução clínica, considerando que sua aplicação se limita às primeiras horas do trabalho de parto.

71. Mulher com 3 semanas pós-parto em amamentação exclusiva, sem comorbidades, não recebeu DIU na sala de parto e deseja método eficaz e reversível. Exame puerperal sem intercorrências. Qual conduta é a mais apropriada neste momento?

- (A) Iniciar progestagênio.
- (B) Iniciar combinado estrogênio + progesterona.
- (C) Inserir DIU-LNG.
- (D) Indicar inserção do DIU de cobre após 4 semanas do parto.

72. A Portaria conjunta SAES/SECTICS Nº 13, de 29 de julho de 2025 aprovou as Diretrizes Brasileiras para o Rastreamento do Câncer de Colo do Útero: Parte I - Rastreamento organizado utilizando testes moleculares para detecção de DNA-HPV Oncogênico. Qual é o principal benefício que sustenta essa escolha?

- (A) Dispensa colposcopia e qualquer triagem adicional quando o resultado é positivo.
- (B) Dispensa coleta após 1 exame negativo e comprovação de esquema vacinal completo de HPV até os 15 anos.
- (C) Exame de custo, sensibilidade e especificidade baixíssimos.
- (D) Detecção de mais lesões de alto grau e maior espaçamento do rastreamento após resultado negativo.

73. Município de Palmas está ampliando a cobertura do rastreamento do câncer do colo do útero conforme as novas diretrizes do Ministério da Saúde, que implementam o teste de DNA-HPV como método primário de triagem. Durante a campanha do outubro rosa foram realizados exames em consonância com o novo protocolo. Hoje dona Maria, 32 anos, imunocompetente, sexualmente ativa, sem histórico prévio de lesão cervical, traz consigo o resultado do exame: Teste de DNA-HPV positivo para não 16/18. Qual conduta deve ser tomada imediatamente?

- (A) Indicar colposcopia.
- (B) Repetir exame em 06 meses.
- (C) Realizar citologia reflexa.
- (D) Repetir exame em 01 ano.

74. Menina de 16 anos procura unidade de saúde, junto com sua mãe, por estarem preocupadas com o fato de nunca ter menstruado. Refere ter tido telarca e pubarca aos 10 anos, nega dor. Ao exame físico, mamas, vulva, pilificação e genitália Tunner IV, abdome inocente, contudo o introito vaginal não permite a passagem de um cotonete. Qual a melhor conduta para elucidação diagnóstica?
- (A) Ultrassom pélvico.
- (B) Dosagem sérica de FSH e LH.
- (C) Dosagem sérica de Prolactina e TSH.
- (D) Dosagem sérica de estrogênio e progesterona.
75. Em relação aos métodos contraceptivos alguns são superiores em relação a outros. De acordo com índice de Pearl, qual método apresenta maior eficácia?
- (A) Ligadura tubária.
- (B) Hormônios combinados.
- (C) DIU hormonal.
- (D) Implante subdérmico.
76. Paciente, 51 anos, menopausada, apresentando sangramento vaginal, busca atendimento médico por estar preocupada, já que há 03 anos não menstruava. Médico realiza exame físico e por não observar nenhuma alteração, solicita ultrassonografia endovaginal, a qual é realizada, com o seguinte laudo: imagem hiperecogênica de 7 mm com vascularização única e espessura endometrial de 3 mm. Qual hipótese diagnóstica?
- (A) Mioma intramural.
- (B) Pólipo endometrial.
- (C) Câncer de endométrio.
- (D) Brides uterinas.
77. A menopausa é a cessação natural e permanente da menstruação, marcando o fim da fase reprodutiva feminina, confirmado após 12 meses consecutivos sem menstruar. Assim, seu diagnóstico costuma ser eminentemente clínico. Caso seja necessária, podemos lançar mão da dosagem hormonal. Dentre estes, qual deve ser solicitada isolado para confirmar o diagnóstico de menopausa?
- (A) LH.
- (B) FSH.
- (C) Estradiol.
- (D) Progesterona.
78. Paciente, 40 anos, com quadro de dores intensas em fosse ilíaca esquerda há cerca de 01 ano. Ao realizar exames, o único achado foi de cisto espesso ovariano. Realizada ooforectomia com diagnóstico de cistoadenoma mucinoso, a qual houve ruptura durante cirurgia. Qual principal consequência dessa ruptura?
- (A) Pseudomixoma.
- (B) Pseudoadenoma.
- (C) Hamartomas.
- (D) Miomas.
79. Paciente com corrimento vaginal de odor fétido branco amarelado, cujo cheiro piorou após o coito. Ao exame especular, observa-se corrimento com a característica descrita pela paciente. Teste de Shiller paredes vaginais em sua maioria integras, marrons, homogêneas, banhadas por corrimento perolado bolhoso. À microscopia nota-se presença de *Clue cells*. O diagnóstico é:
- (A) *Candida albicans*.
- (B) Vaginose bacteriana.
- (C) Tricomoníase.
- (D) Cervicite.
80. Mulher, 17 anos, com parceria fixa e uso ocasional de preservativos nas relações sexuais, vem à consulta queixando-se de corrimento vaginal, sangramento pós-coito, dispareunia e disúria. Ao exame físico,

evidencia-se sangramento ao toque da espátula, material mucopurulento no orifício externo do colo e dor à mobilização do colo uterino. Nesse caso, a melhor opção terapêutica é:

- (A) Metronidazol oral + vaginal.
- (B) Ciprofloxacina + Nistatina.
- (C) Ceftriaxona + Azitromicina.
- (D) Ceftriaxona + Doxiciclina.

81. Um paciente de 45 anos apresenta dor intensa em cólica no hipocôndrio direito, com duração de 4 horas, que irradia para a escápula. O exame físico e os exames laboratoriais (incluindo leucócitos, bilirrubinas e amilase) estão normais. O ultrassom revela cálculos na vesícula biliar, sem espessamento da parede vesicular. Qual é o tratamento de escolha para este episódio de cólica biliar?

- (A) Colecistectomia laparoscópica eletiva (programada).
- (B) CPRE (Colangiopancreatografia Retrógrada Endoscópica) urgente.
- (C) Antibioticoterapia por 7 dias seguida de colecistectomia.
- (D) Drenagem percutânea da vesícula biliar.

82. Um paciente adulto de 50 anos, pesando 80 kg, sofreu queimaduras térmicas de 2º e 3º graus em 30% da superfície corporal total (SCT). Ele chega 1 hora após o evento. Seguindo a regra de cálculo de líquidos para ressuscitação volêmica em pacientes queimados (Fórmula de Parkland/Baxter modificada), qual o volume total de cristalóide (Ringer com Lactato) que deve ser administrado nas primeiras 8 horas, a partir do momento da queimadura?

- (A) 9.600 mL.
- (B) 2.400 mL.
- (C) 4.800 mL.
- (D) 3.600 mL.

83. Um paciente de 70 anos, com história prévia de colelitíase, é admitido com a Tríade de Charcot (febre, icterícia e dor no quadrante superior direito). Exames laboratoriais mostram leucocitose e hiperbilirrubinemia. Qual é o tratamento inicial imediato mais importante, além do suporte hemodinâmico?

- (A) Antibioticoterapia intravenosa e estabilização clínica.
- (B) CPRE (Colangiopancreatografia Retrógrada Endoscópica).
- (C) Colecistectomia de urgência.
- (D) Colangiografia transhepática percutânea.

84. Um paciente com colangite aguda grave (colangite tóxica), apresentando hipotensão e confusão mental (Pêntade de Reynolds), não melhora após 4 horas de ressuscitação e antibióticos de amplo espectro. Qual é o procedimento que deve ser realizado com a máxima urgência?

- (A) Laparotomia exploradora para drenagem da via biliar comum.
- (B) Exames de imagem adicionais, como ressonância magnética.
- (C) Descompressão biliar urgente, geralmente por CPRE.
- (D) Administração de vasopressores sem descompressão biliar.

85. Um homem de 70 anos é levado à emergência com uma massa irreductível e dolorosa na virilha. Ele refere dor abdominal intensa e persistente, e a pele sobre o local da hérnia está eritematosa e tensa. Ele está taquicárdico (FC 115 bpm). Qual é a principal suspeita clínica e a conduta de emergência mais adequada?

- (A) Hérnia encarcerada simples; tentar redução manual sob sedação.
- (B) Hérnia estrangulada (comprometimento vascular); cirurgia imediata.

- (C) Hérnia femoral; ultrassonografia de virilha de urgência.
- (D) Hérnia irreduzível; observação clínica por 6 horas.
- 86.** Um paciente é diagnosticado com um cálculo ureteral distal de 8 mm, que causa obstrução e dor intermitente, mas controlável, sem sinais de infecção. Qual é a abordagem terapêutica que, nos casos de cálculos pequenos e não complicados, visa facilitar a passagem espontânea?
- (A) Ureteroscopia flexível imediata.
- (B) Litotripsia Extracorpórea por Ondas de Choque (LECO).
- (C) Terapia farmacológica expulsiva, com um bloqueador alfa-adrenérgico.
- (D) Nefrolitotomia percutânea imediata.
- 87.** Um paciente de 80 anos com Hiperplasia Prostática Benigna (HPB) conhecida é trazido à emergência com retenção urinária aguda. O paciente está extremamente desconfortável. Qual é a medida terapêutica de primeira linha para o manejo imediato desta condição?
- (A) Realizar cateterização uretral (sonda de Foley) para descompressão.
- (B) Iniciar diurético e aguardar diurese espontânea.
- (C) Inserir cateter suprapúbico de emergência.
- (D) Usar bloqueador alfa-adrenérgico intravenoso.
- 88.** Um paciente sofre um golpe na região temporal. Inicialmente, ele perde a consciência, mas recupera a lucidez por alguns minutos (intervalo lúcido) antes de deteriorar rapidamente, tornando-se comatoso. A TC de crânio revela uma coleção de sangue hiperdensa em forma de lente biconvexa que não cruza as suturas. Qual é a lesão mais provável e a causa etiológica comum?
- (A) Hematoma Subdural Agudo; ruptura de veias ponte.
- (B) Hematoma Subdural Crônico; trauma de baixo impacto.
- (C) Hematoma Epidural (Extradural); ruptura da artéria meníngea média.
- (D) Contusão Cerebral; sangramento intraparenquimatoso.
- 89.** Um paciente vítima de ferimento por arma de fogo no abdome apresenta os seguintes sinais vitais: FC 140 bpm, PA 70/50 mmHg, FR 40 irpm, estado mental letárgico, e débito urinário estimado como negligenciável (< 5 mL/h). De acordo com a classificação do choque hemorrágico do ATLS/Sabiston, qual é a classe de choque mais provável?
- (A) Classe I (perda de < 15%).
- (B) Classe II (perda de 15-30%).
- (C) Classe III (perda de 30-40%).
- (D) Classe IV (perda > 40%).
- 90.** Um paciente é trazido à emergência após um atropelamento. Ele está inconsciente e apresenta sangramento arterial pulsátil no membro inferior esquerdo, além de respiração superficial. De acordo com os princípios do ATLS ("xABCDE"), qual é a primeira prioridade que deve ser abordada?
- (A) Abertura e proteção da via aérea.
- (B) Controle da hemorragia exsanguinante.
- (C) Avaliação da respiração e ventilação.
- (D) Exposição e controle da hipotermia.
- 91.** Um paciente vítima de queda de altura está inconsciente e com respiração ruidosa (roncos). Não há suspeita de trauma cervical. Qual é a manobra manual preferencial para abrir e manter a via aérea, já que a obstrução é provavelmente causada pela língua?
- (A) Tração da mandíbula (Jaw-thrust).
- (B) Compressão abdominal (Manobra de Heimlich).

- (C) Inclinação da cabeça e elevação do queixo (Head tilt-chin lift).
- (D) Cricotireoidotomia por punção.
92. Um morador de rua é trazido inconsciente após ser encontrado em um local com alta concentração de fumaça de um incêndio. Ele tem queimaduras leves. A oximetria de pulso (SpO₂) marca 99%. Qual a interpretação correta deste achado e o tratamento específico mandatório?
- (A) A SpO₂ normal exclui intoxicação por monóxido de carbono (CO); investigar outras causas.
- (B) A SpO₂ é alta, mas deve-se iniciar a administração de oxigênio a 100% devido à alta probabilidade de intoxicação por CO.
- (C) A saturação normal indica que a hemoglobina está adequadamente ligada ao oxigênio; não há necessidade de tratamento específico.
- (D) Administrar Naloxona, pois o rebaixamento de consciência sugere intoxicação por opioides.
93. Um paciente de 55 anos, que realizou uma apendicectomia aberta 10 anos antes, apresenta distensão abdominal progressiva, dor em cólica e vômitos. A radiografia de abdome em pé mostra múltiplos níveis hidroaéreos e pouco gás no cólon. Qual a etiologia mais provável para este quadro de obstrução de intestino delgado?
- (A) Neoplasia de cólon sigmoide.
- (B) Íleo paralítico.
- (C) Aderências (bridas) pós-operatórias.
- (D) Hérnia inguinal encarcerada.
94. Um paciente de 60 anos é admitido no pronto-socorro com dor abdominal intensa, náuseas e vômitos, sendo diagnosticado com pancreatite aguda. Para determinar o prognóstico inicial nas primeiras 48 horas, o médico utiliza os Critérios de Ranson. Qual das alternativas abaixo apresenta a lista correta dos cinco critérios de Ranson avaliados na admissão do paciente?
- (A) Idade > 55 anos, Queda do hematócrito > 10%, Glicose > 200 mg/dL, AST > 250 UI/L, Cálculo sérico < 8 mg/dL.
- (B) Idade > 60 anos, Leucócitos > 18.000/μL, Bilirrubinas > 2 mg/dL, AST > 250 UI/L, Sequestro de fluidos > 6 L.
- (C) Leucócitos > 16.000/μL, Glicose > 200 mg/dL, LDH > 350 UI/L, Sequestro de fluidos > 6 L, Queda do hematócrito > 10%.
- (D) Idade > 55 anos, Leucócitos > 16.000/μL, Glicose > 200 mg/dL, LDH > 350 UI/L, AST > 250 UI/L.
95. Um paciente de 47 anos com histórico de constipação crônica procura o pronto-socorro com queixa de dor anal excruciante, de início súbito e que piora significativamente durante a evacuação, seguida por dor em queimação que se mantém por várias horas. Nega febre. Retossigmoidoscopia de 6 meses atrás sem alterações. O exame revela uma pequena úlcera na linha média posterior do ânus. Qual é o diagnóstico mais provável e a conduta terapêutica inicial mais recomendada para esta condição?
- (A) Abscesso perianal; drenagem cirúrgica imediata sob anestesia.
- (B) Câncer anal; radioterapia.
- (C) Fissura anal aguda; tratamento conservador com amolecedores de fezes e fibras.
- (D) Hemorroida trombosada; hemorroidectomia de urgência.
96. Um homem de 55 anos, com queixa de prolapso anal após as evacuações, procura a UBS. Ele relata que precisa empurrar as hemorroidas para dentro do canal anal manualmente após cada evacuação. Qual é a classificação desta doença hemorroidária interna e qual é a conduta terapêutica inicial mais indicada para essa fase?
- (A) Grau II; tratamento primário com ligadura elástica.
- (B) Grau III; tratamento inicial conservador, focado em dieta e fibras.

(C) Grau IV; tratamento cirúrgico de urgência.

(D) Grau I; tratamento conservador, focado em banhos de assento.

97. Mulher de 20 anos chega à emergência com dor abdominal que se iniciou na região periumbilical e migrou para o quadrante inferior direito (FID) nas últimas 12 horas. Ao realizar o exame físico, o médico palpa profundamente a fossa ilíaca esquerda (FIE) e nota que o paciente refere dor na FID (Sinal de Rovsing positivo), além de sensibilidade de rebote. Qual é o diagnóstico mais provável e o tratamento de escolha?

(A) Ileíte terminal; tratamento com corticoesteroides.

(B) Doença inflamatória pélvica (DIP); tratamento com antibióticos de amplo espectro.

(C) Apendicite aguda; tratamento com apendicectomia.

(D) Diverticulite; tratamento clínico com antibióticos.

98. Um médico realiza o fechamento primário de uma laceração limpa no antebraço de um paciente. O objetivo da sutura é garantir a coaptação das bordas e otimizar a cicatrização. Em relação ao processo de reparo tecidual, qual período marca o início da fase proliferativa da cicatrização, caracterizada pela formação de angiogênese e deposição de colágeno.

(A) Após 3 semanas.

(B) Imediatamente, nas primeiras 24 horas.

(C) Aproximadamente 4 a 6 dias após o ferimento.

(D) Após 2 meses.

99. Um paciente é programado para realizar uma herniorrafia inguinal eletiva, procedimento em que não há penetração dos tratos respiratório, alimentar, genital ou urinário, e não há inflamação ou infecção prévia na área cirúrgica. Em qual categoria de classificação de feridas cirúrgicas este procedimento se enquadra e qual a conduta padrão de antibioticoprofilaxia?

(A) Cirurgia Contaminada (Classe III); antibióticos obrigatórios por 24 horas.

(B) Cirurgia Limpa-Contaminada (Classe II); antibióticos obrigatórios no pré-operatório.

(C) Cirurgia Suja ou Infectada (Classe IV); antibióticos terapêuticos.

(D) Cirurgia Limpa (Classe I); profilaxia antibiótica geralmente não indicada, exceto em casos especiais.

100. Um homem de 42 anos procura a Unidade de Saúde da Família com queixa de dor e aumento de volume em região glútea direita há 4 dias. Relata início como “caroço pequeno”, com piora progressiva da dor, febre baixa (37,8 °C) e dificuldade para sentar-se. Ao exame físico, apresenta lesão de aproximadamente 4 cm de diâmetro, eritematosa, quente, dolorosa à palpação, com área central flutuante, sem sinais sistêmicos de gravidade. Não é diabético, não faz uso de imunossupressores e nega episódios semelhantes prévios. Considerando o manejo adequado na Atenção Primária à Saúde, qual é a conduta mais indicada?

(A) Prescrever antibiótico sistêmico por 7 dias e reavaliar após o término do tratamento.

(B) Encaminhar imediatamente para avaliação cirúrgica hospitalar para drenagem sob anestesia geral.

(C) Realizar incisão e drenagem do abscesso na unidade, associada a orientações locais, sem antibiótico sistêmico de rotina.

(D) Prescrever anti-inflamatório não esteroide e compressas mornas, aguardando drenagem espontânea.