UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE (UFCSPA)
SANTA CASA DE PORTO ALEGRE

PROCESSO SELETIVO PARA RESIDÊNCIA MÉDICA — ANO 2027

RESIDÊNCIA MÉDICA COM PRÉ-REQUISITO - UFCSPA/SANTA CASA
PRM MASTOLOGIA

Nome:_____

Nº de Inscrição: | | | | | | |

Instruções

- Confira o material recebido (CADERNO DE QUESTÕES e CARTÃO DE RESPOSTAS); se houver falha, solicite a substituição ao fiscal da sala.
- Após conferir seus dados no CARTÃO DE RESPOSTAS (NOME, Nº de INSCRIÇÃO e PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MÉDICA), assine no local indicado.
- Este caderno contém **30 questões de múltipla escolha,** com quatro alternativas (**A**, **B**, **C** e **D**), das quais somente uma será a correta.
- O cartão de respostas é o único documento válido para a correção da prova objetiva, sendo de responsabilidade do candidato sua guarda durante a prova, seu preenchimento e sua entrega ao fiscal de sala.
- Preencha o CARTÃO DE RESPOSTAS, com bastante atenção, à caneta esferográfica, azul ou preta, ponta grossa, marcando uma única alternativa em cada questão.
- Verifique, no CARTÃO DE RESPOSTAS, as instruções para preenchimento. Sob nenhuma circunstância, o cartão de respostas será substituído devido a erro, desatenção ou falha no preenchimento por parte do candidato.
- Durante a realização da prova, estão vedados o empréstimo de materiais, a comunicação entre candidatos ou terceiros, a utilização de quaisquer dispositivos, como máquina calculadora e/ou similares, livros, anotações, réguas de cálculo, impressos ou qualquer outro material de consulta.
- A prova objetiva terá duração de até **3 horas**, incluído o tempo para preenchimento do CARTÃO DE RESPOSTAS.
- Após o início da prova, o candidato deverá permanecer na sala pelo **tempo mínimo de 60 minutos**.
- Ao terminar a prova, o candidato devolverá ao fiscal da sala o CARTÃO DE RESPOSTAS.
- O candidato somente poderá levar o caderno de provas **quando estiver faltando 60 minutos para o término do tempo total de duração da prova.** Por razões de segurança, o candidato que sair antes desse horário não poderá copiar as suas respostas.
- Os dois últimos candidatos de cada sala de prova deverão permanecer no recinto, a fim de acompanhar o lacre do material, quando então poderão retirar-se do local após concluído o procedimento.

DIREITOS AUTORAIS RESERVADOS. PROIBIDA A REPRODUÇÃO, AINDA QUE PARCIAL, SEM AUTORIZAÇÃO PRÉVIA.

1. Mulher de 72 anos é admitida na emergência com febre, calafrios, dor em hipocôndrio direito e icterícia, iniciados há um dia. Ao exame, encontra-se confusa, hipotensa (pressão arterial 84x50mmHg) e taquicárdica. Os exames laboratoriais mostram leucocitose importante, elevação de bilirrubinas e de fosfatase alcalina. A ultrassonografia de abdome evidencia dilatação de vias biliares e colelitíase. Após ressuscitação volêmica inicial e início de antibioticoterapia de amplo espectro, qual é a conduta mais adequada?

(A) Realizar colangiopancreatografia retrógrada endoscópica para descompressão biliar com urgência.
(B) Realizar colecistectomia de urgência como primeira medida de descompressão da via biliar.
(C) Manter antibioticoterapia, reavaliando a necessidade de descompressão biliar após estabilização clínica.
(D) Realizar drenagem biliar percutânea transparieto-hepática como primeira escolha antes de tentativa endoscópica.

---

2. Uma mulher de 63 anos procura o pronto-socorro com dor em hipocôndrio direito há 24 horas, associada a febre, náuseas e vômitos. O exame físico mostra sinal de Murphy positivo. Exames laboratoriais revelam leucocitose, aumento de bilirrubina direta e fosfatase alcalina. Ultrassonografia de abdome mostra vesícula biliar espessada, com presença de cálculos e vias biliares dilatadas. Qual conduta deve ser adotada frente a esses achados?

(A) Colecistectomia de urgência associada à exploração da via biliar ou à colangiografia endoscópica pré-operatória para remoção do cálculo.
(B) Antibioticoterapia e observação clínica, pois, mesmo se houver cálculos, a maioria deles migra espontaneamente para o intestino.
(C) Drenagem percutânea da vesícula biliar e indicação de antibióticos endovenosos.
(D) Colecistectomia videolaparoscópica eletiva.

---

3. Na avaliação pós-operatória diária de um dreno de sucção fechada colocado no leito de uma cirurgia de partes moles, qual é o critério fisiológico mais amplamente utilizado para decidir o momento seguro de sua remoção?

(A) A remoção deve ser realizada no 3º dia de pós-operatório, para não criar fístulas.
(B) O dreno pode ser removido quando o efluente torna-se purulento, indicando o fim da sua fase de utilidade asséptica.
(C) A remoção deve ser indicada quando a aparência do líquido passa a ser predominantemente serosa e o volume diário drenado cai abaixo de um limiar mínimo seguro.
(D) O dreno só deve ser retirado quando a pressão de vácuo do bulbo for neutralizada espontaneamente pelos gases teciduais.

4. Paciente de 56 anos em pós-operatório de prostatectomia total apresenta febre, calafrios, dor lombar e hipotensão, de início súbito, durante transfusão de concentrado de hemácias. Qual deve ser a conduta?

(A) Reduzir a velocidade da transfusão e administrar anti-histamínico.
(B) Interromper imediatamente a transfusão.
(C) Administrar antitérmico e reiniciar a transfusão após a melhora.
(D) Manter a transfusão e solicitar teste de Coombs direto.

---

5. Paciente masculino apresenta dispneia intensa, hipoxemia e infiltrado pulmonar bilateral duas horas após o término da infusão de uma unidade de plasma. Não apresenta hipertensão, turgência jugular, balanço hídrico positivo ou evidência de disfunção ventricular esquerda. O diagnóstico mais provável é:

(A) Reação hemolítica transfusional tardia.
(B) Lesão pulmonar aguda relacionada à transfusão (TRALI).
(C) Sobrecarga circulatória associada à transfusão (TACO).
(D) Reação tranfusional por contaminação bacteriana.

---

6. Mulher de 63 anos apresenta dor em fossa ilíaca esquerda e febre há cinco dias. Está hemodinamicamente estável e apresenta dor localizada, sem sinais de peritonite difusa. A tomografia evidencia espessamento do sigmoide, inflamação da gordura pericólica e coleção pélvica de 5,5cm. Qual é a estratégia terapêutica inicial mais adequada?

(A) Antibioticoterapia e avaliação para drenagem percutânea da coleção.
(B) Sigmoidectomia de urgência com anastomose primária.
(C) Tratamento ambulatorial com hidratação e analgesia.
(D) Colonoscopia imediata para excluir neoplasia colorretal perfurada.

---

7. Homem de 56 anos, tabagista e usuário frequente de anti-inflamatórios, apresenta dor epigástrica súbita, seguida de dor abdominal difusa. Após reposição volêmica inicial, permanece hemodinamicamente estável. A tomografia demonstra perfuração de 8mm na parede anterior da primeira porção do duodeno, sem evidência de neoplasia ou de obstrução da saída gástrica. Durante a laparoscopia, confirma-se pequena perfuração duodenal, com bordas viáveis. Qual é o tratamento operatório mais apropriado?

(A) Gastrectomia distal com reconstrução à Billroth II.
(B) Duodenopancreatectomia, devido ao risco de lesão neoplásica subjacente.
(C) Biópsia de bordas, fechamento primário da perfuração, reforçado com retalho de omento.
(D) Ressecção das bordas da úlcera com anastomose duodenojejunal.

8. Sobre queimaduras por contato elétrico, é correto afirmar que:

(A) A lesão elétrica é semelhante a outras queimaduras, e as áreas visíveis de necrose tecidual representam o tecido lesado.
(B) A corrente elétrica entra em uma parte do corpo, como os dedos ou a mão, e passa pelos tecidos com maior resistência à corrente, geralmente os nervos, vasos sanguíneos e músculos.
(C) O calor gerado pela transferência de corrente elétrica e passagem da própria corrente danifica tecidos como o músculo, sendo este o principal tecido através do qual a corrente flui e, portanto, sofre o maior dano.
(D) A pele tem uma resistência relativamente alta à corrente elétrica e, portanto, em queimaduras elétricas, costuma ser bastante afetada.

---

9. Qual é o principal fator de risco técnico ou sistêmico diretamente associado à falha do fechamento fascial e ao desenvolvimento de uma hérnia incisional após uma laparotomia?

(A) A realização de incisões transversas, que separam as fibras aponeuróticas com maior tensão do que as incisões medianas.
(B) A presença de infecção do sítio cirúrgico (superficial ou profunda), que altera a fase proliferativa da cicatrização e enfraquece a matriz de colágeno.
(C) O uso de sutura contínua com fios de absorção lenta, que é sabidamente inferior ao uso de fios de categute de absorção rápida para o fechamento da fáscia.
(D) A manutenção do paciente em decúbito dorsal estrito por 48 horas no pós-operatório.

---

10. Um homem de 68 anos dá entrada no pronto-socorro com dor abdominal súbita, intensa, iniciada há 6 horas, localizada na região periumbilical, que se espalhou rapidamente por todo o abdome. Relata náuseas, vômitos e ausência de eliminação de gases nas últimas 12 horas. Está hipotenso (PA 85/60mmHg), taquicárdico (FC 120bpm) e em evidente estado de choque hipovolêmico. À inspeção, o abdome está distendido e rígido, com defesa involuntária. Apresenta leucocitose (leucócitos > 15.000/µL), hematócrito elevado e elevação dos níveis de lactato sérico. A radiografia abdominal mostra ar livre sob o diafragma. Com base nesses achados de exames clínicos e laboratoriais, qual é a conduta mais adequada?

(A) Iniciar antibioticoterapia empírica e observar por 24 horas; indicar laparoscopia se não houver melhora clínica.
(B) Realizar tratamento conservador com hidratação, analgesia e controle hemodinâmico, aguardando resultados de tomografia.
(C) Adiar a cirurgia até estabilização completa, após passagem de sonda nasogástrica, hidratação vigorosa e antibióticos de amplo espectro.
(D) Indicar laparotomia exploradora de urgência, por abdome agudo suspeito de perfuração de víscera.

11. Uma paciente será submetida a colectomia eletiva. Recebe cefazolina e metronidazol por via intravenosa antes da incisão. Durante a operação, a equipe prevê que o procedimento ultrapassará o intervalo recomendado para uma nova dose de cefazolina. Não há evidência de infecção ativa. Qual é a conduta mais adequada em relação ao uso de antibioticoprofilaxia?

(A) Manter apenas as doses iniciais e observar a paciente no pós-operatório, pois uma nova dose só é indicada se ocorrer contaminação intestinal visível.
(B) Manter as doses iniciais durante a operação e prescrever o mesmo esquema por 24 horas após a cirurgia, para compensar sua duração.
(C) Administrar uma nova dose de cefazolina durante a operação no intervalo recomendado e encerrar a profilaxia ao término do procedimento.
(D) Administrar nova dose de cefazolina e metronidazol simultaneamente durante a operação e manter ambos até a recuperação do trânsito intestinal.

---

12. Uma mulher de 37 anos é internada com abdome agudo. Antes da cirurgia, omite que utiliza diariamente oxicodona sem prescrição. Após o procedimento, recebe naloxona por depressão respiratória. Poucos minutos depois, desenvolve ansiedade intensa, temperatura corporal de 37,9°C, bocejos repetidos, lacrimejamento, rinorreia, piloereção, midríase, cólicas abdominais, vômitos e diarreia. Mantém-se consciente e orientada. Sobre esse quadro, assinale a alternativa correta.

(A) Trata-se de intoxicação causada pela naloxona, que deve ser tratada prioritariamente com benzodiazepínico.
(B) Trata-se de síndrome serotoninérgica, indicada pela presença de midríase e sintomas gastrintestinais.
(C) Trata-se de hipertermia maligna desencadeada pelo procedimento anestésico, cuja apresentação inicial pode incluir instabilidade autonômica e elevação da temperatura corporal.
(D) Trata-se de abstinência por opioides precipitada pela naloxona, decorrente de antagonismo competitivo de receptores opioides.

---

13. Considerando os "5 Momentos para Higienização das Mãos", qual é a melhor justificativa para essa orientação?

(A) A higienização das mãos sempre está indicada após contato com o paciente e superfícies ou equipamentos localizados em sua área de assistência.
(B) A higienização das mãos está indicada apenas quando ocorre exposição direta a fluidos corporais ou secreções.
(C) A higienização das mãos após contato com áreas próximas ao paciente é recomendada somente quando o paciente se encontra em isolamento.
(D) O contato com equipamentos próximos ao leito não representa risco de transmissão de microrganismos quando não há contato direto com o paciente.

14. A história AMPLE é uma ferramenta essencial na avaliação secundária do paciente traumatizado. Cada letra do mnemônico corresponde a um elemento da história clínica. Considerando o AMPLE, assinale a alternativa que relaciona CORRETAMENTE a letra do mnemônico à informação clínica.

(A) A - Alergias.
(B) M - Mecanismo do trauma.
(C) P - Pressão sanguínea.
(D) E - Exame neurológico.

---

15. A utilização de drenos de sucção fechada (como os modelos Jackson-Pratt ou Blake) possui indicações cirúrgicas estabelecidas. Qual das alternativas representa uma indicação clássica e amplamente aceita?

(A) Evacuação de espaço morto e prevenção de acúmulo de seroma ou hematoma sob grandes descolamentos de retalhos cutâneos (mastectomias, abdominoplastias).
(B) Posicionamento intrabiliar como stent primário durante uma derivação biliodigestiva paliativa.
(C) Drenagem profilática rotineira da cavidade peritoneal após toda e qualquer ressecção colônica não complicada, para evitar deiscência de anastomose.
(D) Tratamento curativo de fístulas enterocutâneas de alto débito sem a necessidade de controle da sepse subjacente.

---

16. Gestante de 24 anos, com 22 semanas de gestação, relata que há cerca de 3 meses apresentou lesão genital única, que desapareceu espontaneamente sem tratamento. Atualmente, apresenta lesões maculares e papulosas disseminadas pelo corpo, associadas a poliadenomegalia. Nega tratamento prévio para sífilis. Durante a investigação, realiza teste treponêmico rápido reagente, porém o VDRL inicial é não reagente. Considerando a apresentação clínica e os métodos diagnósticos da sífilis, assinale a alternativa correta.

(A) O VDRL não reagente exclui sífilis ativa, e o teste treponêmico reagente deve ser interpretado como provável cicatriz sorológica.
(B) A presença de exantema indica sífilis latente, fase na qual manifestações clínicas cutâneas são características e os testes treponêmicos frequentemente se tornam negativos.
(C) Diante da discordância entre o teste treponêmico e o VDRL, a confirmação diagnóstica exige obrigatoriamente bacterioscopia em campo escuro, independentemente da existência de lesão adequada para coleta.
(D) O quadro clínico é compatível com sífilis secundária, e o VDRL não reagente pode decorrer do efeito prozona; a diluição do soro pode revelar títulos elevados.

17. Sobre o uso de clonazepam na gravidez, é correto afirmar que:

(A) Em relação a malformações fetais, os benzodiazepínicos têm se mostrado mais seguros do que previamente se imaginava.
(B) Os riscos de hipotermia, hipotonia, apneia, dificuldade de sucção e Apgar baixo são praticamente nulos nas semanas gestacionais próximas ao parto.
(C) Recém-nascidos de mães usuárias crônicas não apresentam riscos aumentados na admissão para unidades de cuidados intensivos.
(D) A única contraindicação absoluta para o seu uso na gestação é no início do tratamento de crises de pânico, já que é um tipo de droga de alta potência e meia-vida mais curta, como o alprazolam e lorazepam.

---

18. Gestante de 37 anos, G4C3, com 32 semanas e 2 dias, está sem sangramento, sem contrações e hemodinamicamente estável. A avaliação fetal é satisfatória. A ultrassonografia demonstra placenta prévia anterior recobrindo o orifício interno do colo, com implantação sobre a região da cicatriz uterina. Observam-se múltiplas lacunas irregulares com fluxo turbulento, perda focal da zona hipoecoica retroplacentária e vasos em ponte na interface uterovesical. Não há protrusão evidente de tecido placentário para o interior da bexiga. Uma ressonância magnética realizada em outro serviço descreve placenta prévia, sem sinais conclusivos de invasão miometrial ou vesical. A paciente não deseja novas gestações e, após aconselhamento, aceita a possibilidade de histerectomia. Considerando os critérios diagnósticos e o planejamento terapêutico, assinale a alternativa correta.

(A) A ausência de invasão miometrial na ressonância permite atribuir as alterações ultrassonográficas à cicatriz uterina. Deve-se planejar a cesariana para placenta prévia, com dequitação habitual e histerectomia reservada à hemorragia não controlada.
(B) A presença de vasos em ponte estabelece placenta percreta com invasão vesical, mesmo sem protrusão placentária. Deve-se programar cesárea-histerectomia associada à ressecção parcial da bexiga, tomando esse achado como definidor da extensão cirúrgica.
(C) O conjunto clínico e ultrassonográfico mantém elevada suspeita de acretismo, apesar da ressonância não conclusiva. Deve-se revisar os exames e planejar o parto em centro especializado; se adotada cesárea-histerectomia, a incisão uterina deve evitar a placenta, que será mantida in situ, sem tentativa de desprendimento.
(D) A discordância entre os exames exige verificar intraoperatoriamente o plano de clivagem antes de decidir pela histerectomia. Deve-se programar a cesariana em centro especializado e, após a extração fetal, tentar descolamento manual cuidadoso, prosseguindo à histerectomia se houver resistência.

19. Sobre os tipos de tratamento cirúrgico da gestação ectópica tubária e suas indicações, assinale a alternativa correta.

(A) A recorrência de gestação ectópica na mesma tuba e a lesão tubária irreparável constituem indicações de salpingectomia; o desejo de gestação futura, isoladamente, não determina a escolha da cirurgia conservadora.
(B) Na salpingectomia por gestação ampular, recomenda-se associar a ressecção em cunha da porção intramural da tuba, com a finalidade de prevenir nova implantação no coto tubário.
(C) Na paciente com desejo reprodutivo e tuba contralateral saudável, a salpingostomia deve ser preferida à salpingectomia por proporcionar maior fertilidade futura, demonstrada nos estudos comparativos.
(D) A salpingostomia é uma opção para gestação tubária pequena e íntegra, com interesse em preservar a fertilidade; após a retirada aparentemente completa do tecido gestacional, o acompanhamento seriado da β-hCG fica reservado às pacientes com sintomas persistentes.

---

20. Primigesta de 31 anos, com 30 semanas e 5 dias, previamente normotensa, apresenta pressão arterial de 148 × 96mmHg e 146 × 94mmHg em medidas realizadas com técnica adequada, separadas por quatro horas. Nega cefaleia, alterações visuais, dor epigástrica e dispneia. A investigação demonstra relação proteína/creatinina urinária de 0,18mg/mg, plaquetas de 196.000/mm³, creatinina de 0,7mg/dL e transaminases normais. A ultrassonografia mostra crescimento fetal adequado, líquido amniótico normal e Doppler umbilical sem alterações. Diante da suspeita clínica de pré-eclâmpsia ainda não confirmada pelos exames habituais, solicita-se a razão sFlt-1/PlGF (tirosina quinase 1 solúvel semelhante a fms/Fator de Crescimento Placentário), cujo resultado é 96. Qual é a conduta mais adequada diante desse resultado?

(A) Programar o parto para os próximos 14 dias, após corticoterapia, pois a razão elevada constitui indicação de interrupção da gestação mesmo sem deterioração materna ou fetal.
(B) Manter acompanhamento como hipertensão gestacional, sem intensificar a investigação, pois a ausência de proteinúria impede considerar pré-eclâmpsia.
(C) Considerar o resultado pouco relevante para o manejo, pois razões inferiores a 110 indicam baixa probabilidade de pré-eclâmpsia, independentemente da idade gestacional.
(D) Considerar a pré-eclâmpsia fortemente suspeita e intensificar a vigilância clínica, laboratorial e fetal, sem indicar antecipação do parto exclusivamente pelo biomarcador.

21. Gestante de 30 anos, G2P1, com 33 semanas e 4 dias, procura atendimento por mal-estar, náuseas e dor persistente em epigástrio e hipocôndrio direito, iniciados há oito horas. O pré-natal transcorria sem intercorrências. Está consciente, afebril, sem prurido e sem manifestações neurológicas. A pressão arterial é de 128 × 82mmHg, mantendo-se abaixo de 140 × 90mmHg nas medidas subsequentes. A avaliação fetal é satisfatória. Os exames demonstram:

- Hemoglobina: 9,6g/dL, anteriormente 11,5g/dL;
- Plaquetas: 84.000/mm³;
- Desidrogenase láctica: 920U/L;
- Bilirrubina total: 2,0mg/dL, com predomínio da fração indireta;
- Esfregaço periférico: presença de esquizócitos;
- AST/TGO: 168U/L;
- ALT/TGP: 142U/L;
- Creatinina: 0,8mg/dL;
- Glicemia: 91mg/dL;
- Tempo de protrombina e tempo de tromboplastina parcial ativada normais;
- Relação proteína/creatinina urinária: 0,12mg/mg.

Qual é o diagnóstico mais provável?

(A) Esteatose hepática aguda da gestação.
(B) Síndrome HELLP completa.
(C) Trombocitopenia gestacional associada a alteração inespecífica das transaminases.
(D) Síndrome HELLP parcial, pois não há hipertensão nem proteinúria significativa.

---

22. Gestante de 29 anos, G2P1, com um parto anterior a termo, comparece com 21 semanas e 3 dias por sensação de pressão vaginal e aumento de secreção mucoide. Nega dor, contrações, sangramento ou perda de líquido pela via vaginal. Não possui antecedentes de cirurgia cervical ou cerclagem. Está afebril, com sinais vitais normais, sem dor à palpação uterina e sem dinâmica uterina durante a observação. Ao exame especular, observa-se dilatação cervical de aproximadamente 2cm, com membranas ovulares íntegras abaulando-se pelo canal cervical e visíveis no orifício externo. A ultrassonografia confirma gestação única, feto vivo sem malformações maiores identificadas, líquido amniótico normal e colo acentuadamente encurtado. A avaliação não evidencia rotura de membranas nem sinais de infecção intra-amniótica. Qual é o diagnóstico mais provável e a conduta mais adequada?

(A) Insuficiência cervical aguda; indicar cerclagem transvaginal de emergência, após excluir contraindicações e discutir os riscos do procedimento.
(B) Trabalho de parto prematuro; instituir tocólise como tratamento principal e aguardar regressão da dilatação antes de considerar intervenção cervical.
(C) Colo curto isolado; utilizar progesterona vaginal e acompanhamento ultrassonográfico, pois a ausência de perdas gestacionais anteriores afasta insuficiência cervical.
(D) Insuficiência cervical aguda; indicar cerclagem transabdominal como primeira escolha, pois a exposição das membranas impede a abordagem vaginal.

23. Mulher de 29 anos, com ciclos ovulatórios regulares, realiza biópsia endometrial sete dias após a ovulação. O exame demonstra glândulas tortuosas, acúmulo intracelular de glicogênio e glicoproteínas e arteríolas espiraladas mais enrodilhadas. Qual mecanismo hormonal explica diretamente essas alterações?

(A) Ação da hCG, promovendo diretamente a diferenciação das células endometriais.
(B) Ação da progesterona sobre o endométrio previamente sensibilizado pelo estradiol.
(C) Ação do estradiol, intensificando a proliferação glandular e estromal.
(D) Ação do FSH, estimulando diretamente os receptores das glândulas endometriais.

---

24. Considerando o sangramento uterino anormal (SUA), avalie se as afirmativas são verdadeiras (V) ou falsas (F) e assinale a sequência correspondente.

( ) É uma condição ginecológica frequente, e a idade da mulher influencia diretamente na orientação das hipóteses diagnósticas.
( ) Na adolescência, a imaturidade do eixo hipotálamo-hipófise é considerada causa apenas no primeiro ano pós-menarca.
( ) Na classificação PALM-COEIN aceita pela FIGO desde 2011, os componentes PALM são entidades estruturais que podem ser vistas em exame de imagem.
( ) O carcinoma de endométrio na pós menopausa é mais prevalente em mulheres com hipertensão, diabetes e obesidade.

(A) V - V - V - F.
(B) V - F - V - F.
(C) F - V - F - V.
(D) V - F - V - V.

---

25. Sobre o câncer de ovário, assinale a alternativa correta.

(A) O uso de anticoncepcional oral combinado representa epidemiologicamente fator de proteção.
(B) Na população geral, o rastreamento com ecografia transvaginal e CA 125 reduz a mortalidade.
(C) Salpingectomia é redutora de risco apenas em pacientes com mutação BRCA 1 e 2.
(D) A letalidade é baixa devido aos meios atuais de rastreamento populacional.

26. Uma mulher de 35 anos, assintomática, comparece à consulta de rotina. Durante a anamnese, relata que sua mãe foi diagnosticada com câncer do colo do útero aos 52 anos e faleceu aos 58 anos. A paciente nunca realizou rastreamento cervical. O médico solicita citologia cervical, que retorna com resultado de ASC-US (células escamosas atípicas de significado indeterminado). Após investigação com teste de HPV, a paciente é diagnosticada com infecção por HPV16 e, na sequência, colposcopia revela lesão intraepitelial escamosa de alto grau (HSIL/CIN II). A paciente é submetida a excisão da zona de transformação (EZT) e apresenta cura completa da lesão. Considerando que a história natural do câncer do colo do útero leva, em média, 20 a 30 anos para progredir de um carcinoma *in situ* para doença clinicamente invasiva e que a vacinação contra HPV reduz significativamente o risco de infecção persistente, analise as seguintes afirmativas sobre os vieses metodológicos envolvidos na avaliação de programas de rastreamento cervical e assinale a alternativa correta.

I. O rastreamento identificou uma lesão de crescimento lento (HSIL com potencial de regressão em alguns casos), enquanto lesões de crescimento rápido teriam se manifestado clinicamente antes do rastreamento ser conduzido. Isso representa um viés de duração variável da doença, que faz o rastreamento parecer mais efetivo porque detecta proporcionalmente mais cânceres com melhor prognóstico inerente, independentemente da efetividade do tratamento precoce.
II. A vacinação contra HPV, se tivesse sido administrada à paciente na adolescência, teria reduzido significativamente o risco de infecção persistente por HPV16 e, consequentemente, a progressão para HSIL. Isso demonstra que a prevenção primária (vacinação) é mais eficaz do que a prevenção secundária (rastreamento) para evitar a doença, pois elimina a causa antes da infecção, eliminando completamente o período de "tempo ganho" e os vieses associados ao rastreamento.
III. O rastreamento, nesse caso, não apresenta viés de tempo ganho, pois a lesão foi detectada e tratada antes de causar sintomas, o que garante cura completa e aumento real da sobrevida. Além disso, como a paciente foi rastreada apenas uma vez, não há possibilidade de viés de duração variável, pois esse viés ocorre apenas em rastreamentos repetidos, em que lesões de crescimento lento são selecionadas proporcionalmente.

(A) Apenas as afirmativas I e II estão corretas.
(B) Apenas as afirmativas II e III estão corretas.
(C) Apenas as afirmativas I e III estão corretas.
(D) Todas as afirmativas estão corretas.

27. Sobre intervenções preventivas, é correto afirmar que:

(A) Um exame como a mamografia pode ser utilizado para rastreamento ou diagnóstico precoce, porque as probabilidades pré-teste e pós-teste são semelhantes nos dois contextos.
(B) A colonoscopia é considerada uma intervenção preventiva de nível secundário, mas não se caracteriza como uma intervenção preventiva quando realizada no seguimento pós-tratamento para o câncer de cólon.
(C) A vacina contra o HPV tem as características necessárias para ser implementada como uma intervenção preventiva de nível primário.
(D) Polivitamínicos são recomendados para reduzir o risco de diversos tipos de câncer, sendo classificados como uma intervenção de nível terciário.

---

28. Mulher, 71 anos, tabagista ativa há 50 anos, menopausa aos 52 anos, vem à consulta para avaliação de saúde. Nega terapia de reposição hormonal e não apresenta doenças conhecidas. Foi realizada densitometria óssea, descrita na tabela abaixo. Paciente refere boa ingesta de leite e derivados e relata que a mãe tinha osteoporose e teve fratura de fêmur por queda da própria altura. Nega histórico de fraturas prévias.

sítio	densidade mineral óssea (g/cm²)	t score	z score
L1-L4	0,635	-3,2	-2,9
Colo do fêmur	0,758	-2,6	-2,1
Fêmur total	0,790	-2,3	-1,9

Em relação ao caso acima, assinale a alternativa correta.

(A) Nesse caso, devemos analisar o z score, pois queremos comparar a densidade mineral óssea da paciente com as de mulheres da mesma idade.
(B) Sexo, idade, tabagismo e mãe com fratura por fragilidade são os fatores de risco dessa paciente para o desenvolvimento de osteoporose.
(C) A paciente apresenta osteoporose leve, evidenciada pelos valores de t score apresentados, e o tratamento deve ser feito somente com suplementação de cálcio e colecalciferol.
(D) A ausência de fraturas por insuficiência, mesmo em vigência de uma densitometria com osteoporose, permite-nos postergar o tratamento com bisfosfonatos, já que este tem como principal objetivo evitar fraturas.

29. Mulher de 24 anos, saudável, sem comorbidades e com ciclos regulares, procura atendimento no quarto dia do ciclo menstrual para iniciar anticoncepcional hormonal combinado. A anamnese e o exame físico são normais, e a pressão arterial está adequada. Qual é a conduta mais apropriada?

(A) Iniciar o método imediatamente, sem exames complementares e sem método de backup.
(B) Solicitar exames laboratoriais e aguardar o próximo ciclo para iniciar o método.
(C) Iniciar o método imediatamente e recomendar método de backup por sete dias.
(D) Adiar o início, pois o método somente pode ser iniciado no primeiro dia do ciclo.

---

30. Sobre o câncer de mama associado à gestação e suas implicações materno-fetais, analise as afirmativas e assinale a alternativa correta.

I. O adiamento da maternidade para idades mais avançadas contribui para o aumento da ocorrência de câncer de mama associado à gestação. As alterações fisiológicas das mamas nesse período podem dificultar a identificação de lesões e favorecer o diagnóstico em estágios mais avançados.
II. Após confirmação histológica de câncer de mama durante a gravidez, a interrupção da gestação integra o tratamento oncológico de rotina, pois a redução dos níveis hormonais maternos melhora a sobrevida, independentemente do estadiamento tumoral.
III. O risco fetal da quimioterapia depende do medicamento e da idade gestacional. Esquemas baseados em antraciclinas podem ser empregados, quando indicados, no segundo e no terceiro trimestres, enquanto o tamoxifeno deve ser evitado durante a gestação.
IV. Nas gestantes com câncer de mama não metastático, a cesariana é preferível ao parto vaginal, pois reduz o risco de disseminação tumoral materna durante o trabalho de parto.

(A) Apenas as afirmativas I e II estão corretas.
(B) Apenas as afirmativas II e IV estão corretas.
(C) Apenas as afirmativas I e III estão corretas.
(D) Apenas as afirmativas III e IV estão corretas.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE (UFCSPA)
SANTA CASA DE PORTO ALEGRE

PROCESSO SELETIVO PARA RESIDÊNCIA MÉDICA — ANO 2027

RESIDÊNCIA MÉDICA COM PRÉ-REQUISITO - UFCSPA/SANTA CASA
PRM MEDICINA INTENSIVA PEDIÁTRICA

Nome:_____

Nº de Inscrição: | | | | | | |

Instruções

- Confira o material recebido (CADERNO DE QUESTÕES e CARTÃO DE RESPOSTAS); se houver falha, solicite a substituição ao fiscal da sala.
- Após conferir seus dados no CARTÃO DE RESPOSTAS (NOME, Nº de INSCRIÇÃO e PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MÉDICA), assine no local indicado.
- Este caderno contém **30 questões de múltipla escolha,** com quatro alternativas (**A**, **B**, **C** e **D**), das quais somente uma será a correta.
- O cartão de respostas é o único documento válido para a correção da prova objetiva, sendo de responsabilidade do candidato sua guarda durante a prova, seu preenchimento e sua entrega ao fiscal de sala.
- Preencha o CARTÃO DE RESPOSTAS, com bastante atenção, à caneta esferográfica, azul ou preta, ponta grossa, marcando uma única alternativa em cada questão.
- Verifique, no CARTÃO DE RESPOSTAS, as instruções para preenchimento. Sob nenhuma circunstância, o cartão de respostas será substituído devido a erro, desatenção ou falha no preenchimento por parte do candidato.
- Durante a realização da prova, estão vedados o empréstimo de materiais, a comunicação entre candidatos ou terceiros, a utilização de quaisquer dispositivos, como máquina calculadora e/ou similares, livros, anotações, réguas de cálculo, impressos ou qualquer outro material de consulta.
- A prova objetiva terá duração de até **3 horas**, incluído o tempo para preenchimento do CARTÃO DE RESPOSTAS.
- Após o início da prova, o candidato deverá permanecer na sala pelo **tempo mínimo de 60 minutos**.
- Ao terminar a prova, o candidato devolverá ao fiscal da sala o CARTÃO DE RESPOSTAS.
- O candidato somente poderá levar o caderno de provas **quando estiver faltando 60 minutos para o término do tempo total de duração da prova.** Por razões de segurança, o candidato que sair antes desse horário não poderá copiar as suas respostas.
- Os dois últimos candidatos de cada sala de prova deverão permanecer no recinto, a fim de acompanhar o lacre do material, quando então poderão retirar-se do local após concluído o procedimento.

DIREITOS AUTORAIS RESERVADOS. PROIBIDA A REPRODUÇÃO, AINDA QUE PARCIAL, SEM AUTORIZAÇÃO PRÉVIA.

1. Sobre a obstrução aguda das vias aéreas superiores, analise as afirmativas e assinale a alternativa correta.

I. As doenças que causam obstrução supraglótica têm o potencial de obstruir rapidamente as vias aéreas, tornando-as letais.
II. A inflamação ou obstrução da glote gera abafamento da voz (ou "voz de batata quente"), devido ao comprometimento das cordas vocais.
III. A salivação é um fator proeminente, desde que a obstrução ocorra acima do esôfago, impedindo a deglutição do paciente.
IV. A expressão "síndrome do crupe" caracteriza um grupo de doenças que se manifestam clinicamente com os sintomas de rouquidão, tosse ladrante, estridor predominantemente inspiratório e graus variados de desconforto respiratório.

(A) Apenas as afirmativas I, II e III estão corretas.
(B) Apenas as afirmativas I, II e IV estão corretas.
(C) Apenas as afirmativas I, III e IV estão corretas.
(D) Apenas as afirmativas II, III e IV estão corretas.

---

2. Um recém-nascido de 12 horas de vida, sexo masculino, nascido a termo, apresenta-se no berçário com cianose central progressiva que não melhora com a oferta de oxigênio a 100% (teste de hiperóxia negativo). Ao exame físico, o bebê está ativo, com precórdio calmo, e não são observados sopros cardíacos significativos. A radiografia de tórax revela uma área cardíaca de tamanho normal, mas com um pedículo vascular estreito (imagem em "ovo deitado"), e fluxo pulmonar normal. Considerando a fisiopatologia das cardiopatias cianóticas e os achados apresentados, qual é o diagnóstico mais provável e a medida terapêutica imediata para garantir a sobrevivência do paciente?

(A) Transposição das grandes artérias (TGA); infusão de prostaglandina E1 (PGE1) para manter o canal arterial patente.
(B) Tetralogia de Fallot; início de morfina e posição genupeitoral para controle de crises hipóxicas.
(C) Síndrome de hipoplasia do coração esquerdo (SHCE); indicação de cirurgia de Norwood nas primeiras horas de vida.
(D) Persistência do canal arterial (PCA); uso de indometacina para fechamento imediato da comunicação.

3. São condições que resultam em insuficiência respiratória hipercápnica, EXCETO:

(A) Redução do volume corrente.
(B) Aumento do espaço morto.
(C) Redução da FiO2.
(D) Redução da frequência respiratória.

---

4. Você recebe uma criança de 7 anos encaminhada à emergência por trauma cranioencefálico (TCE). Ela necessita de estímulo doloroso para abertura ocular, apresenta retirada em flexão do membro superior e emite sons incompreensíveis. Segundo sua avaliação, trata-se de TCE:

(A) Leve.
(B) Moderado.
(C) Grave.
(D) São necessários mais dados para classificar.

---

5. Um adolescente de 15 anos, 65kg, será submetido à correção de fratura exposta de rádio em centro cirúrgico. Apresenta história de apneia obstrutiva do sono moderada e asma leve. A equipe discute a escolha do fármaco para sedação consciente com analgesia adequada durante a redução ortopédica. Considerando as informações apresentadas, qual é a opção farmacológica mais segura para o paciente?

(A) Morfina em bolus endovenoso repetido, pelo seu potente efeito analgésico.
(B) Midazolam isolado, pois garante sedação e analgesia suficiente.
(C) Propofol em infusão contínua, devido ao rápido início e à curta duração.
(D) Cetamina, por manter ventilação espontânea e preservar reflexos de via aérea.

---

6. Paciente de 18 anos está internado com desidratação grave por diarreia. Exame: pele seca, letargia, pressão arterial baixa. Gasometria: Na^+ sérico 118mEq/L e osmolaridade baixa. Referência Na^+ sérico: 135mEq/L - 145mEq/L. Qual é a complicação mais grave da correção rápida dessa condição?

(A) Edema cerebral.
(B) Edema agudo de pulmão.
(C) Mielinólise pontina.
(D) Rabdomiólise.

7. Homem de 32 anos é levado ao pronto-socorro após acidente automobilístico. Na avaliação inicial, apresenta abertura ocular apenas ao estímulo doloroso, emite sons incompreensíveis e retira o membro ao estímulo doloroso. Não há relato de uso de drogas, intoxicação ou sedativos. Qual é a pontuação na Escala de Coma de Glasgow e a melhor interpretação do estado de consciência?

(A) Glasgow 8, compatível com coma.
(B) Glasgow 10, compatível com estado confusional leve.
(C) Glasgow 12, compatível com alteração discreta da consciência.
(D) Glasgow 15, compatível com consciência preservada.

---

8. Sobre a cardiomiopatia induzida pela sepse e o manejo hemodinâmico do paciente em choque, assinale a alternativa correta.

(A) A monitorização da pressão venosa central (PVC) com alvos estáticos de 8 - 12mmHg é a estratégia padrão recomendada para guiar, de forma isolada, a reposição volêmica total, pois está associada à redução da mortalidade.
(B) A cardiomiopatia induzida pela sepse manifesta-se tipicamente pela redução da fração de ejeção do ventrículo esquerdo, pelo aumento do índice de volume diastólico final e pelo possível comprometimento do ventrículo direito.
(C) O uso de solução salina a 0,9% (soro fisiológico) é preferível em relação às soluções cristaloides balanceadas (como Ringer Lactato), pois estas aumentam o risco de acidose metabólica hiperclorêmica.
(D) A dobutamina deve ser iniciada como o vasopressor de primeira escolha em todos os pacientes com choque séptico para garantir o aumento imediato do débito cardíaco antes da administração de fluidos.

---

9. Candidúria é observada com maior frequência nos pacientes em uso de sonda vesical (cateter urinário) por tempo prolongado, em ambiente de UTI, em uso de múltiplos antibióticos e, ainda, nos pacientes diabéticos. Em relação à candidúria, analise as afirmativas e assinale a alternativa correta.

I. A apresentação clínica varia da bacteriúria assintomática à sepse urinária.
II. A maioria dos casos se dá devido à *Candida albicans*.
III. O tratamento medicamentoso dos assintomáticos não é recomendado, pois não reduz recorrência ou nova infecção.

(A) Apenas as afirmativas I e II estão corretas.
(B) Apenas as afirmativas II e III estão corretas.
(C) Apenas as afirmativas I e III estão corretas.
(D) Todas as afirmativas estão corretas.

10. Uma criança de 3 anos está em parada cardiorrespiratória (PCR) intra-hospitalar com ritmo inicial de atividade elétrica sem pulso (AESP). O acesso intraósseo já foi obtido. Qual conduta medicamentosa está mais alinhada às recomendações da Academia Americana de Pediatria para Suporte Avançado de Vida 2025?

(A) Aguardar a segunda checagem de ritmo antes de administrar qualquer medicamento.
(B) Administrar epinefrina (adrenalina) assim que possível.
(C) Priorizar bicarbonato de sódio como primeira medicação.
(D) Administrar amiodarona, pois é o antiarrítmico de escolha em ritmos não chocáveis.

---

11. Durante RCP de uma criança de 5 anos com monitorização arterial invasiva contínua, seguindo a atualização de 2025, qual parâmetro hemodinâmico deve ser utilizado como meta de qualidade da RCP?

(A) Pressão arterial diastólica ≥ 25mmHg, independentemente da idade.
(B) Pressão arterial diastólica ≥ 30mmHg, por se tratar de criança com 5 anos de idade.
(C) Pressão arterial sistólica ≥ 60mmHg como único parâmetro relevante.
(D) ETCO2 acima de um valor de corte específico como critério isolado para nortear a interrupção da RCP.

---

12. Durante um plantão em um pronto-socorro pediátrico, quatro crianças são encaminhadas após eventos traumáticos distintos. Todas parecem bem, estão conscientes, hemodinamicamente estáveis e sem sinais evidentes de lesões graves à avaliação inicial. Com base exclusivamente nos mecanismos de trauma descritos, qual criança apresenta o menor risco de lesão traumática oculta significativa?

(A) Menino de 6 anos atropelado por bicicleta motorizada que trafegava a aproximadamente 8km/h.
(B) Menina de 10 anos vítima de colisão automobilística utilizando cinto de segurança em veículo que trafegava a aproximadamente 70km/h.
(C) Menino de 6 anos que caiu de uma árvore de 1,5 metro de altura.
(D) Menina de 9 anos envolvida em acidente automobilístico com vítima fatal no mesmo veículo.

13. Um paciente evolui com desconforto respiratório e necessita de ventilação mecânica. Durante a avaliação, o médico observa que volumes correntes adequados só são obtidos com pressões inspiratórias progressivamente maiores do que as utilizadas inicialmente. Não há evidências de obstrução significativa das vias aéreas ou de falha do ventilador. Qual é a interpretação mais adequada desse achado?

(A) O pulmão apresenta aumento da complacência pulmonar, exigindo pressões mais elevadas para produzir o mesmo volume corrente.
(B) O pulmão apresenta redução da complacência pulmonar, exigindo pressões mais elevadas para produzir o mesmo volume corrente.
(C) A complacência pulmonar está preservada, e a necessidade de maiores pressões indica aumento obrigatório do volume pulmonar.
(D) A complacência pulmonar não influencia a relação entre pressão aplicada e volume corrente obtido durante a ventilação mecânica.

---

14. Paciente de 18 anos é admitido na sala de recuperação cirúrgica no pós-operatório imediato de grande cirurgia. Nas primeiras horas após o procedimento, apresenta dor moderada, porém a equipe demonstra preocupação com o uso excessivo de opioides devido ao risco de depressão respiratória e atraso na extubação. Durante a discussão multiprofissional, considera-se a introdução de cetorolaco como parte da estratégia analgésica. Qual é a principal justificativa para essa conduta?

(A) O cetorolaco deve ser preferido aos opioides porque apresenta maior efeito sedativo e promove melhor adaptação à ventilação mecânica.
(B) O cetorolaco apresenta potência analgésica semelhante aos opioides fortes, substituindo a necessidade de analgesia complementar.
(C) O cetorolaco reduz o risco de insuficiência renal aguda, sendo particularmente indicado após cirurgias pediátricas de maior porte.
(D) O cetorolaco promove analgesia eficaz, reduz a necessidade de opioides e não está associado à depressão respiratória.

---

15. Considerando os "5 Momentos para Higienização das Mãos", qual é a melhor justificativa para essa orientação?

(A) A higienização das mãos sempre está indicada após contato com o paciente e superfícies ou equipamentos localizados em sua área de assistência.
(B) A higienização das mãos está indicada apenas quando ocorre exposição direta a fluidos corporais ou secreções.
(C) A higienização das mãos após contato com áreas próximas ao paciente é recomendada somente quando o paciente se encontra em isolamento.
(D) O contato com equipamentos próximos ao leito não representa risco de transmissão de microrganismos quando não há contato direto com o paciente.

16. Menino de 15 meses com queixa de irritabilidade, palidez e emagrecimento há 2 meses. Apresenta lesões azuladas periorbitárias e hepatomegalia. Ao exame: PA normal, FC 120bpm, sem febre. Ultrassonografia abdominal revela massa suprarrenal direita. Exames laboratoriais mostram aumento de catecolaminas urinárias. Considerando o caso descrito, qual é o diagnóstico mais provável?

(A) Linfoma de Burkitt.
(B) Tumor de Wilms.
(C) Neuroblastoma metastático.
(D) Hepatoblastoma com metástase.

---

17. Em relação à doença do refluxo gastroesofágico (DRGE) na criança, analise as afirmativas abaixo e assinale a alternativa correta.

I. O diagnóstico de DRGE é basicamente clínico.
II. Considera-se que a maioria dos episódios de refluxo em lactentes é não ácida ou fracamente ácida.
III. Em alguns pacientes pediátricos, a DRGE pode ser crônica, com risco de desenvolver sequelas mais graves, como esôfago de Barrett e adenocarcinoma de esôfago.

(A) Apenas as afirmativas I e II estão corretas.
(B) Apenas as afirmativas I e III estão corretas.
(C) Apenas as afirmativas II e III estão corretas.
(D) Todas as afirmativas estão corretas.

---

18. São sinais de gravidade da insuficiência respiratória:

I. Presença de exaustão.
II. Tosse contínua.
III. Palidez.
IV. Alteração de consciência.

(A) Apenas as afirmativas I, II e III estão corretas.
(B) Apenas as afirmativas I, II e IV estão corretas.
(C) Apenas as afirmativas I, III e IV estão corretas.
(D) Apenas as afirmativas II, III e IV estão corretas.

---

19. Criança de três meses apresenta, nas últimas 48 horas, um aumento da demanda de leite materno. A mãe, preocupada com a necessidade de diminuir o intervalo entre as mamadas e aumentar o tempo durante a amamentação, liga para o médico em busca de orientações sobre como proceder. Qual das orientações abaixo é a mais adequada para esse caso?

(A) Orientar a mãe a aumentar sua ingestão de líquidos (água) e prescrever metoclopramida para auxiliar no aumento da produção de leite.
(B) Iniciar a introdução de frutas para melhorar a saciedade e o aporte calórico da criança, juntamente com a manutenção do aleitamento materno.
(C) Complementar o aleitamento materno com fórmula láctea de partida para garantir um adequado aporte calórico e atendimento às necessidades da criança.
(D) Tranquilizar a mãe e observar o peso e comportamento da criança, pois pode tratar-se de um período de aceleração do crescimento, que se manifesta por um aumento da demanda de leite.

20. Menino de 2 anos, previamente hígido, é levado ao pronto atendimento por dor abdominal leve e em cólica há 24 horas, associada a fezes amolecidas com sangue vivo. A mãe relata que o episódio começou subitamente, sem febre, e que a criança apresenta palidez e prostração. Ao exame físico: PA 95/60mmHg, FC 112bpm e abdome levemente distendido e pouco doloroso difusamente à palpação, sem sinais de irritação peritoneal. Toque retal: presença de sangue vivo. Considerando o quadro apresentado, qual é o diagnóstico mais provável?

(A) Invaginação intestinal.
(B) Doença inflamatória intestinal.
(C) Divertículo de Meckel.
(D) Apendicite aguda atípica.

---

21. Um menino de 6 anos de idade apresenta púrpura palpável em membros inferiores, dor abdominal tipo cólica e artralgia de tornozelos. O diagnóstico clínico é de vasculite por IgA (púrpura de Henoch-Schönlein). Considerando a fisiopatologia, qual é o mecanismo imunopatológico central responsável pelas lesões vasculares observadas?

(A) Deposição de imunocomplexos contendo predominantemente IgA1 com glicosilação aberrante na parede de pequenos vasos.
(B) Produção de autoanticorpos anticitoplasma de neutrófilos (ANCA) que ativam a via alternativa do complemento.
(C) Infiltração direta de linfócitos T citotóxicos na túnica média de artérias de médio calibre, causando aneurismas.
(D) Deficiência congênita de proteínas reguladoras da coagulação, levando à microtrombose difusa sem componente inflamatório.

---

22. Uma criança de 6 anos com diagnóstico de asma apresenta exacerbação leve caracterizada por tosse, sibilos ocasionais e pequena limitação para brincar. Não apresenta sinais de gravidade nem necessidade de internação. Considerando a estratégia preferencial de alívio recomendada pelo GINA 2026, assinale a alternativa correta.

(A) O tratamento de alívio deve priorizar estratégias que ofereçam também ação anti-inflamatória.
(B) O tratamento ideal da crise consiste em utilizar broncodilatador de curta ação isoladamente.
(C) Corticosteroides inalatórios devem ser reservados apenas para pacientes com internações prévias.
(D) O principal objetivo do tratamento é melhorar sintomas.

23. Um recém-nascido de 25 dias foi encaminhado ao ambulatório especializado após triagem neonatal sugestiva de fibrose cística. Apresenta esteatorreia, ganho ponderal insatisfatório e elastase fecal compatível com insuficiência pancreática exócrina. Durante a discussão do caso, pela idade do paciente, um médico sugere aguardar a confirmação diagnóstica definitiva da fibrose cística antes de iniciar a terapia de reposição enzimática (TRE), enquanto outro defende seu início imediato. Considerando as recomendações da Sociedade Brasileira de Pediatria, qual é a melhor conduta?

(A) Aguardar a confirmação diagnóstica definitiva, pois a TRE pode interferir nos resultados dos testes diagnósticos para fibrose cística.
(B) Iniciar a TRE apenas após o início da alimentação complementar, quando a digestão de gorduras se torna mais complexa.
(C) Iniciar a TRE somente se houver perda ponderal superior a 10% do peso corporal.
(D) Iniciar a TRE imediatamente diante da evidência de insuficiência pancreática, mesmo antes da confirmação definitiva da fibrose cística.

---

24. Uma criança de 5 anos é atendida no pronto-socorro com febre há 48 horas, tosse, taquipneia e infiltrado pulmonar à radiografia de tórax, sendo diagnosticada com pneumonia adquirida na comunidade (PAC). O calendário vacinal está atualizado. Durante a investigação, a procalcitonina (PCT) sérica resulta em 0,08ng/mL. Considerando as evidências atuais sobre o uso da procalcitonina na PAC pediátrica, é correto afirmar que esse resultado:

(A) Reduz significativamente a probabilidade de pneumonia bacteriana, porque valores de PCT < 0,1ng/mL apresentam elevado valor preditivo negativo.
(B) Indica elevada probabilidade de etiologia viral, pois o alto valor preditivo negativo implica simultaneamente baixo valor preditivo positivo para pneumonia bacteriana.
(C) Torna desnecessária a avaliação radiológica e epidemiológica, pois o alto valor preditivo negativo da PCT supera o desempenho diagnóstico desses métodos.
(D) Praticamente exclui pneumonia bacteriana grave, mas não modifica a probabilidade de pneumonia bacteriana de menor gravidade.

25. Uma criança de 6 anos, previamente hígida, está internada por pneumonia adquirida na comunidade, complicada por derrame pleural parapneumônico loculado. Após drenagem torácica, a equipe discute as opções terapêuticas para acelerar a resolução do quadro. O cirurgião pediátrico sugere videotoracoscopia (VATS), enquanto o intensivista propõe drenagem associada à fibrinólise intrapleural. Com base nas evidências atuais, qual é a intervenção mais adequada para orientar a decisão terapêutica?

(A) A VATS deve ser sempre a primeira escolha, pois apresenta taxas de sucesso superiores às da fibrinólise em todos os estudos comparativos.
(B) A fibrinólise deve ser sempre preferida porque apresenta menor invasividade e resultados clínicos superiores à VATS.
(C) Tanto a VATS quanto a fibrinólise representam opções efetivas, devendo a escolha considerar experiência da equipe e a disponibilidade local.
(D) A presença de loculações pleurais contraindica o uso de fibrinolíticos, tornando a VATS a única alternativa terapêutica recomendada.

---

26. Um menino de 10 anos, previamente saudável, foi submetido à amputação transfemoral direita após acidente automobilístico ocorrido há 8 meses. Durante consulta de seguimento, apresenta peso medido de 36kg e estatura adequada para a idade. O interno calcula o IMC utilizando diretamente o peso aferido e conclui que o paciente apresenta eutrofia. O preceptor questiona essa conduta e solicita nova análise. Qual é a principal justificativa para essa intervenção?

(A) O peso aferido após amputação tende a superestimar o estado nutricional, exigindo correção antes da interpretação antropométrica.
(B) O peso aferido após amputação tende a subestimar o peso corporal de referência, devendo ser corrigido para estimar o peso não amputado antes da classificação nutricional.
(C) O índice de massa corporal não pode ser utilizado em pacientes amputados, independentemente da extensão da amputação.
(D) A avaliação nutricional de pacientes amputados deve basear-se exclusivamente na estatura, pois o peso perde validade clínica.

27. Paciente de 10 anos de idade é trazido por sua mãe à consulta de rotina com pediatra. A mãe conta ao pediatra que o paciente concluiu a avaliação psiquiátrica e foi diagnosticado com transtorno de hiperatividade e déficit de atenção. Ela pergunta ao pediatra por que o paciente tem esse transtorno, querendo entender quais são os fatores de risco para esse diagnóstico. Sobre isso, assinale a alternativa correta.

(A) A herdabilidade desse transtorno é extremamente baixa, pois poucos estudos encontraram associação familiar relacionada a ele.
(B) Existem alguns fatores de risco, tais como baixo peso ao nascer e prematuridade, que podem contribuir para a etiologia desse transtorno.
(C) O tabagismo materno oferece uma proteção para o desenvolvimento desse transtorno.
(D) Esse transtorno se caracteriza por uma falha na maturidade cerebral e é pouco provável que os sintomas de hiperatividade regridam com o desenvolvimento.

---

28. Um lactente de 4 meses apresenta diarreia crônica, baixo ganho ponderal e dermatite atópica extensa. Após investigação, foi diagnosticado com alergia à proteína do leite de vaca (APLV) associada a comprometimento importante do trato gastrintestinal. A mãe interrompeu o aleitamento materno por complicações clínicas próprias e necessita escolher uma alternativa alimentar. Dentre as seguintes propostas nutricionais, qual é a mais adequada para esse caso:

(A) Fórmula extensamente hidrolisada, por apresentar proteínas com reduzida antigenicidade e indicação para lactentes com APLV e comprometimento gastrointestinal.
(B) Fórmula à base de proteína isolada de soja, pois apresenta perfil proteico adequado e menor custo.
(C) Fórmula parcialmente hidrolisada, pois a hidrólise parcial reduz suficientemente a antigenicidade da proteína do leite.
(D) Composto lácteo enriquecido com vitaminas e minerais, pois fornece aporte nutricional semelhante ao das fórmulas infantis.

29. Sobre a conduta frente à presença de líquido amniótico meconial durante o atendimento ao RN em sala de parto, assinale a alternativa INCORRETA.

(A) A aspiração de orofaringe e nasofaringe ao desprendimento do polo cefálico do concepto não deve ser realizada.
(B) Se o RN é de termo, está respirando ou chorando e com tônus muscular em flexão, ele apresenta boa vitalidade e deve continuar junto de sua mãe depois do clampeamento do cordão.
(C) Se o RN for pré-termo tardio ou pós-termo, não iniciou movimentos respiratórios regulares ou apresenta tônus muscular flácido, é necessário levá-lo à mesa de reanimação e realizar os passos iniciais, sendo prudente incluir a aspiração de vias aéreas superiores.
(D) No RN levado à mesa de reanimação para os passos iniciais e que apresenta apneia, respiração irregular e/ou FC<100bpm, é fundamental a realização da laringoscopia direta imediata com aspiração traqueal.

---

30. Um recém-nascido com 38 semanas de idade gestacional, parto vaginal sem intercorrências, apresenta, ao exame físico realizado com 24 horas de vida, uma tumoração de consistência amolecida no couro cabeludo. A lesão ultrapassa as linhas de sutura cranianas e surgiu logo após o nascimento. O lactente encontra-se ativo, com exame neurológico normal. Sobre esse achado e sua interpretação, é correto afirmar que:

(A) Trata-se provavelmente de cefalohematoma, cuja principal característica é ultrapassar as linhas de sutura.
(B) Trata-se provavelmente de bossa serossanguínea (*caput succedaneum*), relacionada ao trauma do parto e com tendência à reabsorção rápida.
(C) Sugere hidrocefalia neonatal e deve motivar investigação imediata por neuroimagem.
(D) Abaulamento pode ser compatível com meningite neonatal, sendo necessária punção lombar.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE (UFCSPA)
SANTA CASA DE PORTO ALEGRE

PROCESSO SELETIVO PARA RESIDÊNCIA MÉDICA — ANO 2027

RESIDÊNCIA MÉDICA COM PRÉ-REQUISITO - UFCSPA/SANTA CASA
PRM MEDICINA PALIATIVA

Nome:_____

Nº de Inscrição: | | | | | | |

Instruções

- Confira o material recebido (CADERNO DE QUESTÕES e CARTÃO DE RESPOSTAS); se houver falha, solicite a substituição ao fiscal da sala.
- Após conferir seus dados no CARTÃO DE RESPOSTAS (NOME, Nº de INSCRIÇÃO e PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MÉDICA), assine no local indicado.
- Este caderno contém **30 questões de múltipla escolha,** com quatro alternativas (**A**, **B**, **C** e **D**), das quais somente uma será a correta.
- O cartão de respostas é o único documento válido para a correção da prova objetiva, sendo de responsabilidade do candidato sua guarda durante a prova, seu preenchimento e sua entrega ao fiscal de sala.
- Preencha o CARTÃO DE RESPOSTAS, com bastante atenção, à caneta esferográfica, azul ou preta, ponta grossa, marcando uma única alternativa em cada questão.
- Verifique, no CARTÃO DE RESPOSTAS, as instruções para preenchimento. Sob nenhuma circunstância, o cartão de respostas será substituído devido a erro, desatenção ou falha no preenchimento por parte do candidato.
- Durante a realização da prova, estão vedados o empréstimo de materiais, a comunicação entre candidatos ou terceiros, a utilização de quaisquer dispositivos, como máquina calculadora e/ou similares, livros, anotações, réguas de cálculo, impressos ou qualquer outro material de consulta.
- A prova objetiva terá duração de até **3 horas**, incluído o tempo para preenchimento do CARTÃO DE RESPOSTAS.
- Após o início da prova, o candidato deverá permanecer na sala pelo **tempo mínimo de 60 minutos**.
- Ao terminar a prova, o candidato devolverá ao fiscal da sala o CARTÃO DE RESPOSTAS.
- O candidato somente poderá levar o caderno de provas **quando estiver faltando 60 minutos para o término do tempo total de duração da prova.** Por razões de segurança, o candidato que sair antes desse horário não poderá copiar as suas respostas.
- Os dois últimos candidatos de cada sala de prova deverão permanecer no recinto, a fim de acompanhar o lacre do material, quando então poderão retirar-se do local após concluído o procedimento.

DIREITOS AUTORAIS RESERVADOS. PROIBIDA A REPRODUÇÃO, AINDA QUE PARCIAL, SEM AUTORIZAÇÃO PRÉVIA.

1. Paciente masculino de 60 anos com história de hipertensão controlada com hidroclorotiazida 25mg por dia apresenta cansaço progressivo há 3 meses e dores na região lombar e do quadril. Os exames iniciais revelam: hemoglobina 9g/dL, leucócitos 6000/µL, ureia 100mg/dL, creatinina 1,8mg/dL, cálcio total 11,1mg/dL, fósforo 3mg/dL, fosfatase alcalina 100U/L e paratormônio 40pg/mL. O exame qualitativo de urina revelou: densidade 1.030, pH 5,5, demais elementos físico-químicos negativos e, no sedimento, a presença de cilindros granulosos e proteína/creatinina urinária 3g/g. Para prosseguir a investigação, qual dos exames abaixo seria indicado inicialmente?

(A) Biópsia renal com imunofluorescência.
(B) Eletroforese de proteínas séricas e urinárias com imunofixação.
(C) Ecografia de paratireoides.
(D) Ecografia de próstata.

---

2. A respeito das associações entre agentes infecciosos e linfomas, relacione as colunas e assinale a sequência correspondente.

(1) Epstein-Barr vírus.
(2) HTLV-1.
(3) Vírus da Hepatite C.

(A) Linfoma linfoplasmocítico.
(B) Linfoma de Hodgkin.
(C) Linfoma de células T adulto.

(A) 1b, 2c, 3a
(B) 1a, 2b, 3c
(C) 1c, 2a, 3b
(D) 1b, 2a, 3c

---

3. Um homem de 52 anos, com histórico de insuficiência cardíaca congestiva e diabetes mellitus, é levado à emergência com tosse produtiva, febre e dispneia há 3 dias. Ao exame físico: orientado, FR 32irpm, PA 88/54mmHg, FC 110bpm e temperatura 38,5°C. Exames laboratoriais revelam ureia 50mg/dL e saturação de O2 de 89% em ar ambiente. A radiografia de tórax mostra infiltrado nos lobos inferior direito e superior esquerdo. De acordo com os critérios de CURB-65, qual é a conduta mais adequada para esse paciente?

(A) O paciente possui CURB-65 de 2, devendo ser internado em enfermaria clínica para tratamento com amoxicilina/clavulanato isolado.
(B) O paciente possui CURB-65 de 4, indicando alta mortalidade (22%), e preenche critérios menores para pneumonia grave, devendo ser considerado para internação em UTI.
(C) Por apresentar saturação < 92%, o paciente deve ser internado, mas o escore PSI é preferível ao CURB-65 para decidir a necessidade de ventilação mecânica.
(D) O tratamento pode ser domiciliar se o paciente tiver bom suporte familiar, pois o CURB-65 não leva em conta a presença de comorbidades como diabetes.

4. Sobre a neutropenia e o manejo profilático em pacientes com neoplasia em tratamento quimioterápico, assinale a alternativa correta.

(A) O risco de infecção torna-se proporcional ao grau de neutropenia a partir do momento em que a contagem absoluta de neutrófilos (CAN) torna-se inferior a 500/µL.
(B) Pacientes com neutropenia prolongada, definida com uma CAN <500/µL por duas semanas ou mais, possuem risco aumentado para aspergilose invasiva e outros fungos filamentosos.
(C) A profilaxia com fluoroquinolonas, como o levofloxacino, é indicada para adultos com neutropenia profunda (CAN <500/µL) por um período superior a 14 dias.
(D) O isavuconazol é frequentemente recomendado como profilaxia em pacientes com leucemia mieloide aguda (LMA) por ter demonstrado eficácia superior ao posaconazol na prevenção de doenças fúngicas invasivas.

---

5. Considere, no cenário de atendimento ambulatorial, um paciente com dor torácica atípica aos esforços. Após avaliação das comorbidades e da sintomatologia, estima-se, por meio do *Risk-Factor-Weighted Clinical Likelihood* (RF-CL) ou do *Diamond-Forrester* modificado, probabilidade pré-teste intermediária (15 - 50%) para doença arterial coronariana (DAC). Considerando as recomendações atuais para investigação e tratamento da DAC, assinale a alternativa correta.

(A) Recomenda-se como opção a realização de teste funcional para pesquisa de isquemia.
(B) Recomenda-se realizar estratificação invasiva diretamente.
(C) Dispensa-se investigação adicional devido à presença de sintomas compatíveis.
(D) Caso seja confirmada lesão coronariana significativa (>70%) em segmento médio ou distal, é mandatória a indicação de angioplastia.

---

6. Em relação aos tumores intracranianos, assinale a alternativa correta.

(A) O glioblastoma é o tumor intracraniano primário mais frequente e, tipicamente, apresenta características de tumor extra-axial.
(B) Os meningiomas são tumores extra-axiais e representam os tumores intracranianos primários não gliais mais frequentes em adultos.
(C) Os schwannomas vestibulares são tumores intra-axiais originados do parênquima cerebral.
(D) As metástases cerebrais são lesões únicas, apenas.

7. Um paciente de 58 anos procura atendimento por lombalgia intensa associada à dor irradiada bilateralmente para os membros inferiores. Relata dificuldade para urinar nas últimas 24 horas e sensação de dormência na região perineal. Ao exame, apresenta diminuição da força em ambos os pés, anestesia em sela e redução do tônus esfincteriano anal. Diante desse caso, qual é a conduta mais apropriada?

(A) Iniciar tratamento conservador com anti-inflamatórios e reavaliar em 30 dias.
(B) Solicitar eletroneuromiografia urgente antes de tomar qualquer outra medida.
(C) Iniciar fisioterapia intensiva imediata e observação hospitalar.
(D) Realizar ressonância magnética lombar urgente e descompressão cirúrgica precoce se confirmada compressão da cauda equina.

---

8. Homem de 68 anos, hipertenso e portador de fibrilação atrial, é internado após sofrer evento neurológico grave. No exame neurológico, apresenta coma profundo, sem resposta motora a estímulos dolorosos, sem abertura ocular e sem resposta verbal. Permanece em ventilação mecânica e, após correção de causas metabólicas e exclusão de hipotermia e sedação residual, mantém pupilas em midríase fixa e arreativa e demonstra ausência de reflexos de tronco encefálico e ausência de *drive* respiratório ao teste de apneia. A neuroimagem é compatível com lesão encefálica estrutural catastrófica, com isquemia em território de artéria basilar. Diante desse quadro, qual é a conduta mais adequada?

(A) Considerar que o paciente está em morte encefálica e seguir o protocolo institucional para confirmação diagnóstica.
(B) Aguardar 72 horas para reavaliar, pois todo paciente em coma profundo pode recuperar-se espontaneamente.
(C) Iniciar anticoagulação plena, pois o quadro sugere AVC isquêmico extenso.
(D) Solicitar punção lombar para confirmar a causa do coma antes de qualquer outra conduta.

---

9. Homem de 32 anos é levado ao pronto-socorro após acidente automobilístico. Na avaliação inicial, apresenta abertura ocular apenas ao estímulo doloroso, emite sons incompreensíveis e retira o membro ao estímulo doloroso. Não há relato de uso de drogas, intoxicação ou sedativos. Qual é a pontuação na Escala de Coma de Glasgow e a melhor interpretação do estado de consciência?

(A) Glasgow 8, compatível com coma.
(B) Glasgow 10, compatível com estado confusional leve.
(C) Glasgow 12, compatível com alteração discreta da consciência.
(D) Glasgow 15, compatível com consciência preservada.

10. Dispneia é uma experiência subjetiva presente em um grande número de pacientes em fase final de vida, especialmente nos portadores de doença pulmonar obstrutiva crônica e insuficiência cardíaca avançada. Sobre a avaliação e tratamento paliativo da dispneia, assinale a correta.

(A) A taquipneia é um importante dado a ser avaliado, pois correlaciona-se com a gravidade do sintoma.
(B) A aferição da saturação de oxigênio com oximetria de pulso é indispensável para avaliar a necessidade de intervenção.
(C) A ansiedade causada pela sensação de dispneia exacerba a dispneia basal.
(D) O uso de oxigênio suplementar deve ser a medida inicial para melhora da sensação de dispneia.

---

11. Um dos principais pilares no cuidado paliativo é o controle da dor em pacientes com doenças que ameacem a continuidade da vida. Sobre a analgesia com opioides em cuidados paliativos, é CORRETO afirmar que:

(A) Deve-se evitar o uso de opioides mesmo em pacientes com dor moderada a forte, devido aos sintomas adversos dessas medicações.
(B) Morfina é um opioide forte e deve-se oferecê-la apenas quando o paciente tem dor, evitando o uso de doses fixas.
(C) Depressão respiratória é frequente em usuários de opioide e, portanto, deve ser motivo de preocupação no momento do aumento da dose.
(D) Constipação é um efeito comum ao utilizar opioides, e o tratamento deve ser iniciado de modo preventivo.

---

12. Paciente J.M.S., 77 anos, apresenta diagnóstico de neoplasia de mama há 15 anos. Realizou cirurgia, múltiplos tratamentos sistêmicos e radioterapia. No momento, apresenta metástases hepáticas, pulmonares e ósseas. Está em uso de analgesia via oral, com diferentes classes de medicações, e em uso de tamoxifeno. Tem bom suporte familiar, e a espiritualidade é exercida através da religião. Queixa-se de dificuldade para dormir, tristeza profunda, ansiedade e choro frequente nos últimos dois meses. Sobre depressão em cuidados paliativos, analise as afirmativas e assinale a alternativa correta.

I. Depressão em fase final de vida pode diminuir a aderência às intervenções médicas.
II. Certas condições como hipercalcemia e hipotireoidismo podem mimetizar depressão e devem ser excluídas.
III. Dor não controlada está associada a maiores taxas de depressão em pacientes com doença terminal.

(A) Apenas as afirmativas I e II estão corretas.
(B) Apenas as afirmativas I e III estão corretas.
(C) Apenas as afirmativas II e III estão corretas.
(D) Todas as afirmativas estão corretas.

13. Os sintomas físicos devem ser cuidadosamente avaliados e tratados nos pacientes recebendo cuidados paliativos. Fadiga é um dos sintomas mais comumente relatados não apenas em pacientes oncológicos, mas também em portadores de doença pulmonar obstrutiva crônica, insuficiência cardíaca e esclerose múltipla. Sobre a avaliação e o tratamento paliativo da fadiga, analise as afirmativas e assinale a alternativa correta.

I. A causa da fadiga pode ser secundária à doença de base, devido à liberação de fator de necrose tumoral e citocinas.
II. Tratamentos de causas reversíveis, como anemia e infecção, podem melhorar a percepção de fadiga.
III. Corticoide é uma opção de tratamento farmacológico.

(A) Apenas as afirmativas I e II estão corretas.
(B) Apenas as afirmativas I e III estão corretas.
(C) Apenas as afirmativas II e III estão corretas.
(D) Todas as afirmativas estão corretas.

---

14. Mulher de 76 anos, internada há 4 dias em enfermaria de medicina interna para tratamento de broncopneumonia de comunidade, tem histórico de acidente vascular cerebral (AVC) sem sequelas, com hipertensão bem controlada. Está em uso de ceftriaxona e azitromicina, iniciadas na emergência, além de analgesia com dipirona e doses baixas de morfina para resgate de dor pleurítica. Faz uso crônico de anti-hipertensivo e estatina. O plantão da última noite foi chamado por quadro de agitação psicomotora. Ao exame clínico, apresenta-se desorientada no tempo e espaço e não atende coerentemente ao examinador. Um familiar relata que ela não dormiu bem na última noite e teve alguns momentos de alucinações visuais. Ao exame físico, está sem déficit neurológico focal, normotensa, afebril e apresenta glicemia capilar de 118mg/dL. Realizou tomografia de crânio de urgência, sem achados agudos. Em relação ao diagnóstico e à conduta, qual seria a melhor atitude inicial do plantonista?

(A) Pensando em delirium como principal hipótese, é mandatório complementar a investigação com eletroencefalograma e ressonância magnética de encéfalo para firmar o diagnóstico.
(B) A escolha de benzodiazepínicos pode auxiliar na regulação sono-vigília, bem como melhorar a confusão mental aguda no delirium.
(C) Na avaliação inicial do delirium, sempre é necessário avaliar situações como infecção ativa, distúrbios eletrolíticos e alterações de função renal e hepática, pois são possíveis fatores desencadeantes desse quadro.
(D) O haloperidol deve ser usado para agitação no delirium, visto que há muitas evidências dos antipsicóticos típicos e atípicos no controle do quadro.

15. Paciente de 40 anos, do sexo feminino, com diagnóstico de câncer de mama, estágio clínico II, em tratamento quimioterápico neoadjuvante com esquema AC+T, procura o serviço de emergência com febre de 39°C e relata que realizou o último ciclo da quimioterapia vermelha na última semana. Nega sintomas respiratórios, gastrointestinais ou geniturinários. Nega comorbidades, além do câncer em tratamento. Relata vômitos após a aplicação da quimioterapia, porém já cessados há 2 dias, com melhora alimentar. Nega outras queixas, buscando atendimento apenas por orientação de seu médico assistente. Ao exame, a paciente estava hidratada e apresentou FC 88bpm, FR 18rpm, Tax. 38,4°C e PA 130x80mmHg. Exame neurológico normal; ausculta cardíaca e respiratória normais; e abdome sem particularidades. A paciente estava sem acessos ou sondas, com a pele íntegra e com as extremidades bem perfundidas, sem edema. Os exames laboratoriais evidenciaram: hemoglobina 8,8g/dL, 1500 leucócitos, com 733 neutrófilos, 110.000 plaquetas, ureia 50mg/dL e creatinina 0,92mg/dL. Considerando o caso clínico acima, é correto afirmar que:

(A) O uso de filgrastima deve ser priorizado, tornando-se obrigatório, pois o aumento de sobrevida com essa medicação está bem documentado.
(B) Visto que o quadro clínico é leve, podendo-se observar novos picos febris, a investigação com a coleta de hemoculturas não se faz necessária.
(C) O tratamento ambulatorial pode ser considerado, com antibioticoterapia adequada e monitorização clínica.
(D) A paciente apresenta alto risco de deterioração clínica, devendo ser internada em unidade de tratamento intensivo.

---

16. Um homem de 62 anos, portador de fibrilação atrial em uso de apixabana, procura emergência hospitalar por vômitos com sangue vivo em grande volume. Na admissão, estava torporoso, com pressão arterial 87 x 54mmhg, FC 115bpm e com as extremidades frias. Familiares relataram que o quadro iniciou há 3 horas. O médico da emergência inicia o atendimento com o objetivo de estabilizar o paciente, realizando a reposição volêmica com cristaloides e a solicitação de uma unidade de concentrado de hemácias. Após essas medidas, considerando o manejo das hemorragias digestivas altas, é correto afirmar que:

(A) A aplicação da escala de Glasgow-Blatchford pode ser útil no estadiamento da gravidade, porém não auxilia na triagem de pacientes de baixo risco que podem ir para casa e realizar manejo ambulatorial.
(B) A infusão de inibidor de bomba de prótons (IBP) deve ser iniciada prontamente, pois, além de reduzir riscos de complicações, melhora desfechos clínicos como intervenção cirúrgica e morte.
(C) A endoscopia digestiva alta deve ser realizada logo após a estabilização do paciente, em até 6 horas após o evento, pois reduz a mortalidade desses pacientes.
(D) Entre as causas mais comuns de hemorragia digestiva alta está a úlcera gástrica, cujos achados endoscópicos são relevantes para o prognóstico e para as medidas subsequentes.

17. Homem de 65 anos com massa de 7cm em lobo médio pulmonar foi diagnosticado com câncer de pulmão de não pequenas células (CPNPC), estágio IV (metástases cerebrais múltiplas, hepáticas e ósseas). Paciente encontra-se em ECOG 4, acamado, com perda de 15% do peso nos últimos 2 meses e apresenta dependência para atividades básicas. Qual é a abordagem mais adequada?

(A) Iniciar, imediatamente, quimioterapia combinada com platina para controle da doença.
(B) Encaminhar para cirurgia de ressecção do tumor primário para reduzir a carga tumoral.
(C) Priorizar cuidados paliativos, com controle de sintomas e suporte nutricional, evitando-se quimioterapia agressiva.
(D) Indicar radioterapia torácica de campo total para controle local.

---

18. Paciente de 80 anos, do sexo feminino, é trazida ao médico por sua filha porque há 3 semanas não demonstra interesse por atividades das quais gostava anteriormente, parece triste a maior parte do tempo, está sem apetite, tem dificuldade de conciliar o sono e está mais lenta. Ela fala que já incomodou bastante, que é um fardo para os filhos e que "seria bom se Deus a levasse", embora não manifeste ideação suicida. Sobre um possível episódio depressivo nessa senhora, é correto afirmar que:

(A) Os critérios diagnósticos são diferentes para essa faixa etária.
(B) O curso e prognóstico dessa doença em idosos são pouco influenciados por episódios prévios, estressores psicossociais e doenças clínicas concomitantes.
(C) A idade de início de um primeiro episódio depressivo maior pode ter implicações etiológicas e prognósticas.
(D) Quadros depressivos com etiologia ou componente vascular estabelecido geralmente cursam com mais sentimentos de culpa.

---

19. Homem de 34 anos, no décimo dia após transplante alogênico de células-tronco hematopoéticas, apresentou febre de 38,7°C com neutrófilos de 150/mm³. Após exame físico dirigido às portas de entrada bacterianas e coleta de hemoculturas, foi iniciada antibioticoterapia de amplo espectro com cobertura antipseudomonas. Decorridas 96 horas, o paciente mantém picos febris diários. Encontra-se hemodinamicamente estável, sem novos sinais localizatórios; as hemoculturas permanecem negativas, e os neutrófilos seguem em 120/mm³. Recebeu profilaxia antifúngica desde o condicionamento. A conduta mais adequada é:

(A) Escalonar o antibacteriano para um carbapenêmico, uma vez que a febre persiste.
(B) Investigar ativamente doença fúngica invasiva e considerar modificação do esquema antifúngico.
(C) Associar vancomicina ao esquema vigente, uma vez que a febre persiste.
(D) Substituir o esquema atual por amicacina em monoterapia, guiada por níveis séricos.

20. Uma mulher de 54 anos procura o atendimento de urgência por náuseas, vômitos, diarreia e tremores. Tem diagnóstico prévio de hipertensão arterial sistêmica e de transtorno bipolar tipo I. Faz uso regular de carbonato de lítio e de anlodipino há mais de 5 anos, porém, pelo controle insuficiente da pressão, relata que iniciou um novo anti-hipertensivo há sete dias, mas não se lembra do nome do medicamento. Ao exame físico, ela apresenta tremor nas extremidades, fraqueza muscular, hiperreflexia, disartria e ataxia de marcha. Na tomografia computadorizada de crânio, não há particularidades. Considerando isso, qual dos seguintes medicamentos é o mais provável de ter sido utilizado sete dias antes do início dos sintomas?

(A) Atenolol.
(B) Amilorida.
(C) Hidroclorotiazida.
(D) Nifedipina.

---

21. Sobre a diarreia aguda, analise as afirmativas e assinale a alternativa correta.

I. A minoria dos casos de diarreia aguda tem causa infecciosa.
II. A maioria dos casos de diarreia aguda infecciosa tem indicação de antibioticoterapia.
III. O manejo da diarreia aguda não invasiva pode ser feito sem avaliação laboratorial na maioria dos casos.

(A) Apenas a afirmativa I está correta.
(B) Apenas a afirmativa III está correta.
(C) Apenas as afirmativas I e III estão corretas.
(D) Todas as afirmativas estão corretas.

---

22. Mulher de 24 anos, no sétimo dia de pós-operatório de cirurgia de mama, procura a emergência, pois há três dias tem febre alta, mialgia intensa, náuseas, vômitos e diarreia, evoluindo com confusão mental nas últimas horas. Ao exame: temperatura axilar 39,5°C, PA 82/48mmHg, FC 128bpm e FR 26irpm. Apresenta exantema eritematoso difuso, com aspecto de queimadura solar, acometendo face, tronco e extremidades, além de hiperemia conjuntival e de mucosa oral. A ferida operatória tem discreta hiperemia, sem drenagem espontânea evidente. Exames: creatinina 3,2mg/dL (prévia de 0,8mg/dL), ureia 78mg/dL, plaquetas 96.000/mm³ e CPK elevada. Hemoculturas colhidas. A conduta mais adequada é:

(A) Iniciar vancomicina com clindamicina e explorar cirurgicamente a ferida operatória.
(B) Iniciar ceftriaxona com doxiciclina e explorar cirurgicamente a ferida operatória.
(C) Iniciar vancomicina com clindamicina e postergar a exploração da ferida operatória.
(D) Iniciar piperacilina-tazobactam isolada e explorar cirurgicamente a ferida operatória.

23. Homem de 41 anos apresenta, há três semanas, cefaleia progressiva, febre baixa vespertina e perda ponderal e, na última semana, lentificação e desatenção. Ao exame, está lúcido e orientado, com discreta rigidez de nuca, sem déficit focal e sem papiledema. Foi realizada punção lombar: pressão de abertura 240mmH_2O; 180células/µL com 85% de linfócitos; glicose liquórica 26mg/dL com glicemia simultânea de 98mg/dL; e proteína 165mg/dL. Bacterioscopia negativa. Diante disso, é CORRETO afirmar que o perfil liquórico é compatível com:

(A) Meningite viral, na qual a glicose liquórica costuma se manter normal.
(B) Meningite bacteriana aguda, em que há predomínio de neutrófilos no líquor.
(C) Meningite fúngica ou tuberculosa, que cursam com pleocitose linfocítica e hipoglicorraquia.
(D) Meningite parasitária, caracterizada por eosinofilia liquórica acentuada.

---

24. Em relação aos achados de imagem da tuberculose, é correto afirmar que:

(A) Na tuberculose primária, as linfonodomegalias hilares e mediastinais são mais comuns em crianças do que nos adultos.
(B) Os achados mais frequentes da tuberculose pós-primária na tomografia computadorizada são de múltiplos micronódulos não calcificados com distribuição randômica.
(C) Na tuberculose miliar, há predomínio de nódulos centrolobulares tipo "árvore em brotamento".
(D) Em todas as formas clínicas da tuberculose, o padrão predominante na tomografia computadorizada é de opacidades em “vidro-fosco” esparsas nos pulmões.

---

25. Homem de 58 anos encontra-se internado com endocardite infecciosa em valva nativa. As hemoculturas identificaram *Streptococcus pneumoniae*, e o antibiograma ainda está em processamento. Durante a internação, o paciente evolui com febre persistente, cefaleia intensa, rigidez de nuca e alteração do nível de consciência, levantando-se a suspeita de meningite associada. Considerando o tratamento antimicrobiano necessário, a conduta mais adequada é:

(A) Manter penicilina intravenosa em dose habitual para endocardite, pois a identificação do pneumococo dispensa modificação do esquema.
(B) Iniciar vancomicina associada à ceftriaxona, em doses apropriadas para meningite, mantendo esse esquema até a disponibilização dos resultados de suscetibilidade.
(C) Utilizar ceftriaxona em monoterapia, na dose habitual empregada para endocardite pneumocócica, independentemente da suscetibilidade do isolado.
(D) Suspender temporariamente os antimicrobianos até a confirmação microbiológica da meningite.

26. A hepatite C é atualmente considerada uma infecção potencialmente erradicável devido à alta eficácia do tratamento antiviral. Entretanto, ainda é comum o diagnóstico tardio, sendo que o rastreamento populacional tem a possibilidade de identificar casos assintomáticos e evitar complicações como cirrose e carcinoma hepatocelular. No contexto de atenção primária à saúde, em um paciente que faz rastreamento com teste rápido para hepatite C e tem resultado positivo, para confirmar ou excluir o diagnóstico de hepatite C, é essencial indicar:

(A) AST e ALT.
(B) Anti-HCV.
(C) Anti-HBc total.
(D) Carga viral do HCV.

---

27. Uma mulher de 52 anos, não fumante, procura o serviço de pneumologia com queixa de tosse seca persistente há 3 meses, dispneia progressiva aos esforços e perda de 6kg. A tomografia de tórax evidencia massa pulmonar de 4,5cm em lobo inferior direito, com múltiplos nódulos pulmonares bilaterais e derrame pleural à direita. A broncoscopia com biópsia confirma adenocarcinoma de pulmão. O estadiamento completo demonstra metástases hepáticas, configurando doença em estágio IV. O oncologista solicita painel molecular completo do tumor. O resultado revela mutação de deleção no éxon 19 do gene EGFR. Sobre a conduta e o significado prognóstico desse achado, assinale a alternativa correta.

(A) A pesquisa de mutações moleculares como EGFR, ALK e ROS1 é indicada apenas em pacientes com carcinoma escamoso de pulmão, não devendo ser realizada em pacientes com diagnóstico de adenocarcinoma pulmonar.
(B) A identificação de mutação ativadora no gene EGFR (deleção no éxon 19) define um subgrupo com melhor prognóstico e indica tratamento de primeira linha com inibidor de tirosina quinase (TKI) anti-EGFR, como osimertinibe, com superioridade comprovada sobre quimioterapia em sobrevida livre de progressão e resposta tumoral.
(C) O resultado do painel molecular não altera a conduta terapêutica no estágio IV, sendo a quimioterapia com carboplatina e paclitaxel o único tratamento padrão, independentemente do perfil molecular.
(D) A mutação de deleção no éxon 19 do EGFR confere pior prognóstico em relação a tumores sem alterações moleculares acionáveis, pois indica maior agressividade biológica e resistência primária aos tratamentos.

28. Um homem de 67 anos, tabagista pesado (100 maços-ano) e etilista crônico, procura o ambulatório com queixa de lesão oral de crescimento progressivo há 4 meses, odinofagia e perda de 8kg. Ao exame, apresenta lesão ulcerada em fundo de palato e linfonodo cervical ipsilateral de 3cm. Biópsia confirma carcinoma de células escamosas HPV-negativo. Sobre o perfil epidemiológico e prognóstico desse paciente, assinale a alternativa correta.

(A) Independentemente do fator causal, o tratamento de tumores de cabeça e pescoço sempre é cirúrgico, com vistas ao melhor controle locorregional.
(B) O consumo de álcool e tabaco são fatores de risco independentes para carcinoma de células escamosas de cabeça e pescoço, com efeito sinérgico quando combinados.
(C) Tumores de orofaringe HPV-negativos têm melhor prognóstico quando comparados aos HPV-positivos.
(D) O tabagismo é fator de risco apenas para câncer de pulmão e bexiga, sem forte associação com tumores de cabeça e pescoço.

---

29. Mulher de 38 anos com histórico de HPV e câncer de colo de útero apresentou, nos últimos 3 meses, 2 episódios de pielonefrite e, após tratamento adequado, segue com dor lombar. Seu exame de urina apresenta hematúria e proteinúria. Considerando esse quadro, qual é a complicação mais provável?

(A) Obstrução do trato urinário.
(B) Glomerulonefrite secundária à malignidade.
(C) Cálculo coraliforme.
(D) Fístula vesicovaginal.

---

30. Homem de 18 anos, previamente hígido, ingeriu quantidade desconhecida de ecstasy (MDMA - metilenodioximetanfetamina) em uma festa e iniciou com cefaleia, vômitos e episódio de convulsão. O resultado dos exames de laboratório vai demorar pelo menos 4 horas. Diante desse quadro, inicia-se tratamento empírico com:

(A) Soro glicosado 5%.
(B) Soro fisiológico 0,9%.
(C) Soro hipertônico 3%.
(D) Ringer lactato.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE (UFCSPA)
SANTA CASA DE PORTO ALEGRE

PROCESSO SELETIVO PARA RESIDÊNCIA MÉDICA — ANO 2027

RESIDÊNCIA MÉDICA COM PRÉ-REQUISITO - UFCSPA/SANTA CASA
PRM NEFROLOGIA PEDIÁTRICA

Nome:_____

Nº de Inscrição: | | | | | | |

Instruções

- Confira o material recebido (CADERNO DE QUESTÕES e CARTÃO DE RESPOSTAS); se houver falha, solicite a substituição ao fiscal da sala.
- Após conferir seus dados no CARTÃO DE RESPOSTAS (NOME, Nº de INSCRIÇÃO e PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MÉDICA), assine no local indicado.
- Este caderno contém **30 questões de múltipla escolha,** com quatro alternativas (**A**, **B**, **C** e **D**), das quais somente uma será a correta.
- O cartão de respostas é o único documento válido para a correção da prova objetiva, sendo de responsabilidade do candidato sua guarda durante a prova, seu preenchimento e sua entrega ao fiscal de sala.
- Preencha o CARTÃO DE RESPOSTAS, com bastante atenção, à caneta esferográfica, azul ou preta, ponta grossa, marcando uma única alternativa em cada questão.
- Verifique, no CARTÃO DE RESPOSTAS, as instruções para preenchimento. Sob nenhuma circunstância, o cartão de respostas será substituído devido a erro, desatenção ou falha no preenchimento por parte do candidato.
- Durante a realização da prova, estão vedados o empréstimo de materiais, a comunicação entre candidatos ou terceiros, a utilização de quaisquer dispositivos, como máquina calculadora e/ou similares, livros, anotações, réguas de cálculo, impressos ou qualquer outro material de consulta.
- A prova objetiva terá duração de até **3 horas**, incluído o tempo para preenchimento do CARTÃO DE RESPOSTAS.
- Após o início da prova, o candidato deverá permanecer na sala pelo **tempo mínimo de 60 minutos**.
- Ao terminar a prova, o candidato devolverá ao fiscal da sala o CARTÃO DE RESPOSTAS.
- O candidato somente poderá levar o caderno de provas **quando estiver faltando 60 minutos para o término do tempo total de duração da prova.** Por razões de segurança, o candidato que sair antes desse horário não poderá copiar as suas respostas.
- Os dois últimos candidatos de cada sala de prova deverão permanecer no recinto, a fim de acompanhar o lacre do material, quando então poderão retirar-se do local após concluído o procedimento.

DIREITOS AUTORAIS RESERVADOS. PROIBIDA A REPRODUÇÃO, AINDA QUE PARCIAL, SEM AUTORIZAÇÃO PRÉVIA.

1. Em relação às medidas não farmacológicas recomendadas no manejo da hipertensão arterial sistêmica, de acordo com a Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial 2025, analise as afirmativas e assinale a alternativa correta.

I. A perda de peso em indivíduos com sobrepeso ou obesidade está associada à redução da pressão arterial e deve ser incentivada como parte do tratamento da hipertensão.
II. A redução da ingestão de sódio, a prática regular de atividade física e a moderação do consumo de álcool são medidas recomendadas, podendo apresentar efeito aditivo no controle da pressão arterial.
III. A redução do consumo de sódio apresenta efeito semelhante sobre a pressão arterial em indivíduos hipertensos e normotensos, independentemente da idade.

(A) Apenas a afirmativa I está correta.
(B) Apenas as afirmativas I e II estão corretas.
(C) Apenas as afirmativas II e III estão corretas.
(D) Todas as afirmativas estão corretas.

---

2. Uma mulher de 51 anos, IMC 31kg/m², com hipertensão e antecedente de diabetes gestacional há 15 anos, comparece a uma consulta de rotina. Nega poliúria, polidipsia, perda ponderal e outros sintomas. Exames solicitados recentemente mostram: glicemia de jejum 132mg/dL, HbA1c 6,3%, triglicerídeos 248mg/dL e HDL-C 39mg/dL. Não há exames glicêmicos prévios disponíveis. De acordo com as Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD) de 2025, sobre a conduta mais adequada nesse caso, assinale a alternativa correta.

(A) O diagnóstico de diabetes mellitus está confirmado, e metformina deve ser iniciada imediatamente
(B) O resultado é compatível com pré-diabetes, devendo ser orientadas mudanças no estilo de vida e repetição dos exames em um ano.
(C) É necessário um segundo exame alterado para confirmar o diagnóstico de diabetes nessa paciente.
(D) O teste oral de tolerância à glicose com 75g deve ser solicitado e confirma diabetes se a glicemia em 2 horas for ≥195mg/dL.

3. Homem de 48 anos procura consulta para avaliação de exames de rotina. Não apresenta doença cardiovascular estabelecida, doença renal ou evidências de lesão de órgão-alvo. Não fuma e pratica caminhada duas vezes por semana. Na consulta: pressão arterial 146×92mmHg e, repetida após 2 minutos, 140×89mmHg. FC 72bpm, IMC 29kg/m² e sem outras alterações no exame físico. Exames laboratoriais: creatinina 0,9mg/dL, glicemia de jejum 95mg/dL, LDL-C 136mg/dL e potássio 4,3mEq/L. O paciente pergunta se já pode ser considerado hipertenso e se necessita iniciar tratamento medicamentoso. Sobre esse caso, assinale a alternativa correta de acordo com a Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial de 2025.

(A) O diagnóstico de hipertensão arterial está confirmado, devendo ser iniciado tratamento medicamentoso com monoterapia, associado a mudanças no estilo de vida.
(B) O diagnóstico de hipertensão arterial está confirmado, não havendo indicação de tratamento medicamentoso neste momento, apenas mudanças no estilo de vida.
(C) O diagnóstico de hipertensão arterial está confirmado, sendo indicada terapia anti-hipertensiva combinada desde a avaliação inicial, além de mudanças no estilo de vida.
(D) Apesar da pressão elevada em consultório, o diagnóstico de hipertensão deve ser confirmado por medidas repetidas em consultas subsequentes e/ou monitorização residencial.

---

4. Mulher de 19 anos vem para aconselhamento após episódio recente de cistite já tratada. Quer saber que tipo de comportamento está associado ao risco de recorrência de cistites. Entre as alternativas a seguir, assinale a que apresenta o único fator de risco comprovado por evidências científicas.

(A) Hábito de banho de imersão.
(B) Não urinar após a relação sexual.
(C) Frequência da atividade sexual.
(D) Higiene perineal de trás para a frente após evacuar.

---

5. Paciente de 80 anos, com cardiopatia isquêmica e diabetes melito, em uso de AAS, losartana, carvedilol, rosuvastatina e glimepirida contraiu influenza A e ficou 5 dias com baixa ingestão por via oral. Está há 24h com diarreia. Ao exame está lúcido, pálido, afebril, com frequência cardíaca 100bpm, pressão arterial 100/60mmHg deitado e 85/55mmHg em pé, mucosas secas, extremidades aquecidas e pulsos periféricos cheios. Exames na admissão: ureia 90mg/dL, creatinina 1,8mg/dL, glicose 90mg/dL, sódio 134mEq/L, potássio 4mEq/L, CO2 23mEq/L, hematócrito 38% e hemoglobina 13g/dL. Neste primeiro momento, o tratamento mais adequado é:

(A) Soro fisiológico 0,9%.
(B) Soro glicosado com bicarbonato isosmolar.
(C) Albumina sérica.
(D) Soro glicosado com NaCl 20% e KCl 10%.

6. Pacientes submetidos à esplenectomia como parte de tratamento de neoplasias ou trauma perdem a capacidade do sistema reticuloendotelial de remover bactérias do organismo e, por isso, apresentam maior predisposição à infecção por determinados germes. Algumas bactérias encapsuladas são as maiores causadoras de sepse em pós-esplenectomizados. Sempre que possível, esses pacientes devem ser orientados a fazer vacina dirigida para essas bactérias. Entre as alternativas abaixo, qual germe NÃO se enquadra no cenário descrito?

(A) *Neisseria meningitidis*.
(B) *Streptococcus pneumoniae*.
(C) *Haemophilus influenzae*.
(D) *Staphylococcus aureus*.

---

7. Criança de 7 anos de idade com síndrome nefrótica (SN), em tratamento com prednisona há 4 semanas, é levada à emergência apresentando febre elevada, dor abdominal e prostração. PA 90×60mmHg, FC 140bpm e FR 26irpm. Abdome doloroso difusamente. Exame de urina: proteinúria +++. Considerando o caso descrito, qual é a principal hipótese e a conduta imediata?

(A) Peritonite bacteriana espontânea; iniciar ceftriaxona intravenosa após coleta de cultura.
(B) Trombose venosa mesentérica; solicitar angiotomografia.
(C) Sepse urinária; solicitar urocultura e iniciar cefazolina intravenosa.
(D) Descompensação da SN; aumentar dose de corticoide.

---

8. Menino de 4 anos de idade, previamente hígido, é levado à consulta por edema periorbitário matinal que evoluiu para edema de membros inferiores e escroto nos últimos 4 dias. Ao exame, apresenta PA 100×60mmHg, peso com aumento de 2,5kg em relação à última consulta, presença de ascite leve e edema de membros inferiores. Exame de urina: proteinúria maciça (++++) sem hematúria. Albumina sérica: 1,6g/dL. Ureia e creatinina normais. O diagnóstico de síndrome nefrótica foi estabelecido. Com base na fisiopatologia dessa condição, assinale a alternativa que explica corretamente o principal mecanismo responsável pela formação do edema nesse paciente.

(A) A proteinúria leva à ativação do sistema complemento e ao dano tubular direto, gerando retenção de sal e água.
(B) A ativação do sistema nervoso simpático e do sistema renina-angiotensina-aldosterona precede a proteinúria e causa vasoconstrição sistêmica, reduzindo a filtração glomerular.
(C) A hiperlipidemia decorrente da síntese hepática compensatória agrava o edema pela toxicidade direta sobre o endotélio vascular.
(D) A perda de proteínas leva à redução da pressão oncótica plasmática, com extravasamento de líquido para o interstício e hipovolemia subsequente, que ativa mecanismos de retenção renal de sódio.

9. Paciente de 63 anos com hipertensão diagnosticada aos 45 anos traz exames: creatinina 3,1mg/dL; ureia 120mg/dL; potássio 4,8mEq/L; sódio 137mEq/L; CO2 23mEq/L; exame qualitativo de urina com ph 5,5, densidade 1010, albumina 1+ e leucócitos 5/campo; hematócrito 31% e hemoglobina 10,4g/dL. A ecografia do aparelho urinário evidencia rins de 11cm, sem hidronefrose. Na ausência de exames anteriores, o achado mais compatível com doença renal crônica é:

(A) Creatinina sérica elevada.
(B) Isostenúria.
(C) Tamanho renal.
(D) Anemia.

---

10. Homem de 18 anos, previamente hígido, ingeriu quantidade desconhecida de ecstasy (MDMA - metilenodioximetanfetamina) em uma festa e iniciou com cefaleia, vômitos e episódio de convulsão. O resultado dos exames de laboratório vai demorar pelo menos 4 horas. Diante desse quadro, inicia-se tratamento empírico com:

(A) Soro glicosado 5%.
(B) Soro fisiológico 0,9%.
(C) Soro hipertônico 3%.
(D) Ringer lactato.

---

11. Jovem de 16 anos veio para aconselhamento, pois a família de seu pai tem doença policística renal e dois de seus tios estão em diálise, aguardando transplante renal. Você solicita ecografia (ultrassom) abdominal para avaliar a presença de cistos. O diagnóstico pode ser estabelecido com qual dos seguintes resultados?

(A) Pelo menos dois cistos renais em cada rim.
(B) Pelo menos dois cistos renais (unilateral ou bilateral).
(C) Pelo menos quatro cistos em cada rim.
(D) 6 cistos ou mais em cada rim.

---

12. Um recém-nascido a termo nasceu após sofrimento fetal agudo e líquido amniótico meconial espesso. Evolui com desconforto respiratório importante, exigindo ventilação mecânica. Apesar do aumento progressivo da FiO_2, a hipoxemia persiste. O médico plantonista sugere elevar ainda mais a oxigenação para corrigir rapidamente a saturação. O neonatologista decide revisar toda a estratégia terapêutica antes de aumentar novamente o oxigênio. Qual é a justificativa mais adequada para essa decisão?

(A) A hiperóxia pode agravar a lesão pulmonar e não corrige necessariamente a fisiopatologia subjacente da hipertensão pulmonar persistente.
(B) O oxigênio é contraindicado na síndrome de aspiração de mecônio.
(C) A hipoxemia observada é esperada e não deve ser tratada.
(D) A correção da hipoxemia depende exclusivamente da administração de surfactante.

13. Paciente de 18 anos está internado com desidratação grave por diarreia. Exame: pele seca, letargia, pressão arterial baixa. Gasometria: Na^+ sérico 118mEq/L e osmolaridade baixa. Referência Na^+ sérico: 135mEq/L - 145mEq/L. Qual é a complicação mais grave da correção rápida dessa condição?

(A) Edema cerebral.
(B) Edema agudo de pulmão.
(C) Mielinólise pontina.
(D) Rabdomiólise.

---

14. Menina de 10 meses tem história de diarreia intermitente e perda de peso nos últimos 45 dias. Pais referem que ela apresenta episódios de irritabilidade e hipertensão arterial nos últimos dias. Ao exame: PA 110×80mmHg, abdome distendido e presença de massa mal delimitada em flanco esquerdo. USG abdominal sugere lesão retroperitoneal de provável origem suprarrenal. Diante do caso descrito, assinale a alternativa que indica o exame mais útil para confirmar a principal hipótese diagnóstica.

(A) Dosagem urinária de catecolaminas (ácido vanilmandélico e ácido homovanílico).
(B) Tomografia de crânio.
(C) Alfafetoproteína (AFP).
(D) Biópsia hepática com agulha grossa.

---

15. Candidúria é observada com maior frequência nos pacientes em uso de sonda vesical (cateter urinário) por tempo prolongado, em ambiente de UTI, em uso de múltiplos antibióticos e, ainda, nos pacientes diabéticos. Em relação à candidúria, analise as afirmativas e assinale a alternativa correta.

I. A apresentação clínica varia da bacteriúria assintomática à sepse urinária.
II. A maioria dos casos se dá devido à *Candida albicans*.
III. O tratamento medicamentoso dos assintomáticos não é recomendado, pois não reduz recorrência ou nova infecção.

(A) Apenas as afirmativas I e II estão corretas.
(B) Apenas as afirmativas II e III estão corretas.
(C) Apenas as afirmativas I e III estão corretas.
(D) Todas as afirmativas estão corretas.

16. Menino de 15 meses com queixa de irritabilidade, palidez e emagrecimento há 2 meses. Apresenta lesões azuladas periorbitárias e hepatomegalia. Ao exame: PA normal, FC 120bpm, sem febre. Ultrassonografia abdominal revela massa suprarrenal direita. Exames laboratoriais mostram aumento de catecolaminas urinárias. Considerando o caso descrito, qual é o diagnóstico mais provável?

(A) Linfoma de Burkitt.
(B) Tumor de Wilms.
(C) Neuroblastoma metastático.
(D) Hepatoblastoma com metástase.

---

17. Em relação à doença do refluxo gastroesofágico (DRGE) na criança, analise as afirmativas abaixo e assinale a alternativa correta.

I. O diagnóstico de DRGE é basicamente clínico.
II. Considera-se que a maioria dos episódios de refluxo em lactentes é não ácida ou fracamente ácida.
III. Em alguns pacientes pediátricos, a DRGE pode ser crônica, com risco de desenvolver sequelas mais graves, como esôfago de Barrett e adenocarcinoma de esôfago.

(A) Apenas as afirmativas I e II estão corretas.
(B) Apenas as afirmativas I e III estão corretas.
(C) Apenas as afirmativas II e III estão corretas.
(D) Todas as afirmativas estão corretas.

---

18. São sinais de gravidade da insuficiência respiratória:

I. Presença de exaustão.
II. Tosse contínua.
III. Palidez.
IV. Alteração de consciência.

(A) Apenas as afirmativas I, II e III estão corretas.
(B) Apenas as afirmativas I, II e IV estão corretas.
(C) Apenas as afirmativas I, III e IV estão corretas.
(D) Apenas as afirmativas II, III e IV estão corretas.

---

19. Criança de três meses apresenta, nas últimas 48 horas, um aumento da demanda de leite materno. A mãe, preocupada com a necessidade de diminuir o intervalo entre as mamadas e aumentar o tempo durante a amamentação, liga para o médico em busca de orientações sobre como proceder. Qual das orientações abaixo é a mais adequada para esse caso?

(A) Orientar a mãe a aumentar sua ingestão de líquidos (água) e prescrever metoclopramida para auxiliar no aumento da produção de leite.
(B) Iniciar a introdução de frutas para melhorar a saciedade e o aporte calórico da criança, juntamente com a manutenção do aleitamento materno.
(C) Complementar o aleitamento materno com fórmula láctea de partida para garantir um adequado aporte calórico e atendimento às necessidades da criança.
(D) Tranquilizar a mãe e observar o peso e comportamento da criança, pois pode tratar-se de um período de aceleração do crescimento, que se manifesta por um aumento da demanda de leite.

20. Menino de 2 anos, previamente hígido, é levado ao pronto atendimento por dor abdominal leve e em cólica há 24 horas, associada a fezes amolecidas com sangue vivo. A mãe relata que o episódio começou subitamente, sem febre, e que a criança apresenta palidez e prostração. Ao exame físico: PA 95/60mmHg, FC 112bpm e abdome levemente distendido e pouco doloroso difusamente à palpação, sem sinais de irritação peritoneal. Toque retal: presença de sangue vivo. Considerando o quadro apresentado, qual é o diagnóstico mais provável?

(A) Invaginação intestinal.
(B) Doença inflamatória intestinal.
(C) Divertículo de Meckel.
(D) Apendicite aguda atípica.

---

21. Um menino de 6 anos de idade apresenta púrpura palpável em membros inferiores, dor abdominal tipo cólica e artralgia de tornozelos. O diagnóstico clínico é de vasculite por IgA (púrpura de Henoch-Schönlein). Considerando a fisiopatologia, qual é o mecanismo imunopatológico central responsável pelas lesões vasculares observadas?

(A) Deposição de imunocomplexos contendo predominantemente IgA1 com glicosilação aberrante na parede de pequenos vasos.
(B) Produção de autoanticorpos anticitoplasma de neutrófilos (ANCA) que ativam a via alternativa do complemento.
(C) Infiltração direta de linfócitos T citotóxicos na túnica média de artérias de médio calibre, causando aneurismas.
(D) Deficiência congênita de proteínas reguladoras da coagulação, levando à microtrombose difusa sem componente inflamatório.

---

22. Uma criança de 6 anos com diagnóstico de asma apresenta exacerbação leve caracterizada por tosse, sibilos ocasionais e pequena limitação para brincar. Não apresenta sinais de gravidade nem necessidade de internação. Considerando a estratégia preferencial de alívio recomendada pelo GINA 2026, assinale a alternativa correta.

(A) O tratamento de alívio deve priorizar estratégias que ofereçam também ação anti-inflamatória.
(B) O tratamento ideal da crise consiste em utilizar broncodilatador de curta ação isoladamente.
(C) Corticosteroides inalatórios devem ser reservados apenas para pacientes com internações prévias.
(D) O principal objetivo do tratamento é melhorar sintomas.

23. Um recém-nascido de 25 dias foi encaminhado ao ambulatório especializado após triagem neonatal sugestiva de fibrose cística. Apresenta esteatorreia, ganho ponderal insatisfatório e elastase fecal compatível com insuficiência pancreática exócrina. Durante a discussão do caso, pela idade do paciente, um médico sugere aguardar a confirmação diagnóstica definitiva da fibrose cística antes de iniciar a terapia de reposição enzimática (TRE), enquanto outro defende seu início imediato. Considerando as recomendações da Sociedade Brasileira de Pediatria, qual é a melhor conduta?

(A) Aguardar a confirmação diagnóstica definitiva, pois a TRE pode interferir nos resultados dos testes diagnósticos para fibrose cística.
(B) Iniciar a TRE apenas após o início da alimentação complementar, quando a digestão de gorduras se torna mais complexa.
(C) Iniciar a TRE somente se houver perda ponderal superior a 10% do peso corporal.
(D) Iniciar a TRE imediatamente diante da evidência de insuficiência pancreática, mesmo antes da confirmação definitiva da fibrose cística.

---

24. Uma criança de 5 anos é atendida no pronto-socorro com febre há 48 horas, tosse, taquipneia e infiltrado pulmonar à radiografia de tórax, sendo diagnosticada com pneumonia adquirida na comunidade (PAC). O calendário vacinal está atualizado. Durante a investigação, a procalcitonina (PCT) sérica resulta em 0,08ng/mL. Considerando as evidências atuais sobre o uso da procalcitonina na PAC pediátrica, é correto afirmar que esse resultado:

(A) Reduz significativamente a probabilidade de pneumonia bacteriana, porque valores de PCT < 0,1ng/mL apresentam elevado valor preditivo negativo.
(B) Indica elevada probabilidade de etiologia viral, pois o alto valor preditivo negativo implica simultaneamente baixo valor preditivo positivo para pneumonia bacteriana.
(C) Torna desnecessária a avaliação radiológica e epidemiológica, pois o alto valor preditivo negativo da PCT supera o desempenho diagnóstico desses métodos.
(D) Praticamente exclui pneumonia bacteriana grave, mas não modifica a probabilidade de pneumonia bacteriana de menor gravidade.

25. Uma criança de 6 anos, previamente hígida, está internada por pneumonia adquirida na comunidade, complicada por derrame pleural parapneumônico loculado. Após drenagem torácica, a equipe discute as opções terapêuticas para acelerar a resolução do quadro. O cirurgião pediátrico sugere videotoracoscopia (VATS), enquanto o intensivista propõe drenagem associada à fibrinólise intrapleural. Com base nas evidências atuais, qual é a intervenção mais adequada para orientar a decisão terapêutica?

(A) A VATS deve ser sempre a primeira escolha, pois apresenta taxas de sucesso superiores às da fibrinólise em todos os estudos comparativos.
(B) A fibrinólise deve ser sempre preferida porque apresenta menor invasividade e resultados clínicos superiores à VATS.
(C) Tanto a VATS quanto a fibrinólise representam opções efetivas, devendo a escolha considerar experiência da equipe e a disponibilidade local.
(D) A presença de loculações pleurais contraindica o uso de fibrinolíticos, tornando a VATS a única alternativa terapêutica recomendada.

---

26. Um menino de 10 anos, previamente saudável, foi submetido à amputação transfemoral direita após acidente automobilístico ocorrido há 8 meses. Durante consulta de seguimento, apresenta peso medido de 36kg e estatura adequada para a idade. O interno calcula o IMC utilizando diretamente o peso aferido e conclui que o paciente apresenta eutrofia. O preceptor questiona essa conduta e solicita nova análise. Qual é a principal justificativa para essa intervenção?

(A) O peso aferido após amputação tende a superestimar o estado nutricional, exigindo correção antes da interpretação antropométrica.
(B) O peso aferido após amputação tende a subestimar o peso corporal de referência, devendo ser corrigido para estimar o peso não amputado antes da classificação nutricional.
(C) O índice de massa corporal não pode ser utilizado em pacientes amputados, independentemente da extensão da amputação.
(D) A avaliação nutricional de pacientes amputados deve basear-se exclusivamente na estatura, pois o peso perde validade clínica.

27. Paciente de 10 anos de idade é trazido por sua mãe à consulta de rotina com pediatra. A mãe conta ao pediatra que o paciente concluiu a avaliação psiquiátrica e foi diagnosticado com transtorno de hiperatividade e déficit de atenção. Ela pergunta ao pediatra por que o paciente tem esse transtorno, querendo entender quais são os fatores de risco para esse diagnóstico. Sobre isso, assinale a alternativa correta.

(A) A herdabilidade desse transtorno é extremamente baixa, pois poucos estudos encontraram associação familiar relacionada a ele.
(B) Existem alguns fatores de risco, tais como baixo peso ao nascer e prematuridade, que podem contribuir para a etiologia desse transtorno.
(C) O tabagismo materno oferece uma proteção para o desenvolvimento desse transtorno.
(D) Esse transtorno se caracteriza por uma falha na maturidade cerebral e é pouco provável que os sintomas de hiperatividade regridam com o desenvolvimento.

---

28. Um lactente de 4 meses apresenta diarreia crônica, baixo ganho ponderal e dermatite atópica extensa. Após investigação, foi diagnosticado com alergia à proteína do leite de vaca (APLV) associada a comprometimento importante do trato gastrintestinal. A mãe interrompeu o aleitamento materno por complicações clínicas próprias e necessita escolher uma alternativa alimentar. Dentre as seguintes propostas nutricionais, qual é a mais adequada para esse caso:

(A) Fórmula extensamente hidrolisada, por apresentar proteínas com reduzida antigenicidade e indicação para lactentes com APLV e comprometimento gastrointestinal.
(B) Fórmula à base de proteína isolada de soja, pois apresenta perfil proteico adequado e menor custo.
(C) Fórmula parcialmente hidrolisada, pois a hidrólise parcial reduz suficientemente a antigenicidade da proteína do leite.
(D) Composto lácteo enriquecido com vitaminas e minerais, pois fornece aporte nutricional semelhante ao das fórmulas infantis.

29. Sobre a conduta frente à presença de líquido amniótico meconial durante o atendimento ao RN em sala de parto, assinale a alternativa INCORRETA.

(A) A aspiração de orofaringe e nasofaringe ao desprendimento do polo cefálico do concepto não deve ser realizada.
(B) Se o RN é de termo, está respirando ou chorando e com tônus muscular em flexão, ele apresenta boa vitalidade e deve continuar junto de sua mãe depois do clampeamento do cordão.
(C) Se o RN for pré-termo tardio ou pós-termo, não iniciou movimentos respiratórios regulares ou apresenta tônus muscular flácido, é necessário levá-lo à mesa de reanimação e realizar os passos iniciais, sendo prudente incluir a aspiração de vias aéreas superiores.
(D) No RN levado à mesa de reanimação para os passos iniciais e que apresenta apneia, respiração irregular e/ou FC<100bpm, é fundamental a realização da laringoscopia direta imediata com aspiração traqueal.

---

30. Um recém-nascido com 38 semanas de idade gestacional, parto vaginal sem intercorrências, apresenta, ao exame físico realizado com 24 horas de vida, uma tumoração de consistência amolecida no couro cabeludo. A lesão ultrapassa as linhas de sutura cranianas e surgiu logo após o nascimento. O lactente encontra-se ativo, com exame neurológico normal. Sobre esse achado e sua interpretação, é correto afirmar que:

(A) Trata-se provavelmente de cefalohematoma, cuja principal característica é ultrapassar as linhas de sutura.
(B) Trata-se provavelmente de bossa serossanguínea (*caput succedaneum*), relacionada ao trauma do parto e com tendência à reabsorção rápida.
(C) Sugere hidrocefalia neonatal e deve motivar investigação imediata por neuroimagem.
(D) Abaulamento pode ser compatível com meningite neonatal, sendo necessária punção lombar.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE (UFCSPA)
SANTA CASA DE PORTO ALEGRE

PROCESSO SELETIVO PARA RESIDÊNCIA MÉDICA — ANO 2027

RESIDÊNCIA MÉDICA COM PRÉ-REQUISITO - UFCSPA/SANTA CASA
PRM NEONATOLOGIA

Nome:_____

Nº de Inscrição: | | | | | | |

Instruções

- Confira o material recebido (CADERNO DE QUESTÕES e CARTÃO DE RESPOSTAS); se houver falha, solicite a substituição ao fiscal da sala.
- Após conferir seus dados no CARTÃO DE RESPOSTAS (NOME, Nº de INSCRIÇÃO e PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MÉDICA), assine no local indicado.
- Este caderno contém **30 questões de múltipla escolha,** com quatro alternativas (**A**, **B**, **C** e **D**), das quais somente uma será a correta.
- O cartão de respostas é o único documento válido para a correção da prova objetiva, sendo de responsabilidade do candidato sua guarda durante a prova, seu preenchimento e sua entrega ao fiscal de sala.
- Preencha o CARTÃO DE RESPOSTAS, com bastante atenção, à caneta esferográfica, azul ou preta, ponta grossa, marcando uma única alternativa em cada questão.
- Verifique, no CARTÃO DE RESPOSTAS, as instruções para preenchimento. Sob nenhuma circunstância, o cartão de respostas será substituído devido a erro, desatenção ou falha no preenchimento por parte do candidato.
- Durante a realização da prova, estão vedados o empréstimo de materiais, a comunicação entre candidatos ou terceiros, a utilização de quaisquer dispositivos, como máquina calculadora e/ou similares, livros, anotações, réguas de cálculo, impressos ou qualquer outro material de consulta.
- A prova objetiva terá duração de até **3 horas**, incluído o tempo para preenchimento do CARTÃO DE RESPOSTAS.
- Após o início da prova, o candidato deverá permanecer na sala pelo **tempo mínimo de 60 minutos**.
- Ao terminar a prova, o candidato devolverá ao fiscal da sala o CARTÃO DE RESPOSTAS.
- O candidato somente poderá levar o caderno de provas **quando estiver faltando 60 minutos para o término do tempo total de duração da prova.** Por razões de segurança, o candidato que sair antes desse horário não poderá copiar as suas respostas.
- Os dois últimos candidatos de cada sala de prova deverão permanecer no recinto, a fim de acompanhar o lacre do material, quando então poderão retirar-se do local após concluído o procedimento.

DIREITOS AUTORAIS RESERVADOS. PROIBIDA A REPRODUÇÃO, AINDA QUE PARCIAL, SEM AUTORIZAÇÃO PRÉVIA.

1. Um recém-nascido de 12 horas de vida, sexo masculino, nascido a termo, apresenta-se no berçário com cianose central progressiva que não melhora com a oferta de oxigênio a 100% (teste de hiperóxia negativo). Ao exame físico, o bebê está ativo, com precórdio calmo, e não são observados sopros cardíacos significativos. A radiografia de tórax revela uma área cardíaca de tamanho normal, mas com um pedículo vascular estreito (imagem em "ovo deitado"), e fluxo pulmonar normal. Considerando a fisiopatologia das cardiopatias cianóticas e os achados apresentados, qual é o diagnóstico mais provável e a medida terapêutica imediata para garantir a sobrevivência do paciente?

(A) Transposição das grandes artérias (TGA); infusão de prostaglandina E1 (PGE1) para manter o canal arterial patente.
(B) Tetralogia de Fallot; início de morfina e posição genupeitoral para controle de crises hipóxicas.
(C) Síndrome de hipoplasia do coração esquerdo (SHCE); indicação de cirurgia de Norwood nas primeiras horas de vida.
(D) Persistência do canal arterial (PCA); uso de indometacina para fechamento imediato da comunicação.

---

2. Mulher de 31 anos, puérpera de 3 semanas, lactante, procura atendimento por dor intensa e febre há 3 dias. Refere início com sinais de mastite na mama esquerda, tratada com amamentação em livre demanda, compressas e cefalexina por 5 dias. No entanto, evoluiu com piora da dor, aumento do volume mamário e febre persistente. Ao exame: área de 5cm de diâmetro, eritematosa, endurecida, extremamente dolorosa e com flutuação evidente no quadrante inferior lateral da mama esquerda. Não há sinais sistêmicos de gravidade, e o bebê segue em aleitamento exclusivo. Considerando o quadro clínico apresentado, qual é a conduta mais adequada?

(A) Suspender imediatamente a amamentação, iniciar vancomicina endovenosa e programar drenagem cirúrgica em centro cirúrgico.
(B) Manter a amamentação, realizar ultrassonografia da mama e, se confirmado abscesso, iniciar drenagem percutânea associada a antibiótico oral.
(C) Introduzir corticoide oral e antibiótico, já que a flutuação pode ser manejada clinicamente em pacientes imunocompetentes.
(D) Encaminhar para internação hospitalar e drenagem cirúrgica com anestesia geral, interrompendo o aleitamento por risco de sepse neonatal.

---

3. Logo após a extração completa do concepto da cavidade uterina, avalia-se se o RN começou a respirar ou chorar e se o tônus muscular está em flexão. Após essa avaliação inicial, qual é o principal norteador da decisão de indicar as diversas manobras de reanimação?

(A) Frequência cardíaca.
(B) Frequência respiratória.
(C) Escore de Apgar.
(D) Oximetria pré-ductal.

4. Recém-nascido de 40 semanas, com 6 dias de vida, em aleitamento materno exclusivo, é levado pela mãe à unidade de pronto atendimento (UPA) mais próxima apresentando icterícia moderada, com bom estado geral. Antecedentes gineco-obstétricos sem particularidades. Ao exame, apresenta icterícia até abdome, sem alterações sistêmicas. Bilirrubina total: 15mg/dL (direta: 0,3). Peso atual: 3.040g (peso de nascimento: 3.250g). Com base no quadro clínico descrito, assinale a conduta mais adequada.

(A) Iniciar fototerapia imediatamente.
(B) Interromper aleitamento materno e iniciar fórmula.
(C) Manter aleitamento, com observação e reavaliação seriada.
(D) Solicitar avaliação especializada para biópsia hepática.

---

5. Paciente de 26 anos, puérpera há 6 semanas (G1P1A0), inicia com anedonia, especialmente em relação ao recém-nascido. Nega tristeza ou lentificação psicomotora, mas, ao mesmo tempo, refere ansiedade e sentimento de culpa, especialmente por apresentar pensamentos intrusivos e imagens mentais recorrentes de agressão ao bebê ("vou jogá-lo no lixo ou pela janela, mas eu não quero isso"). Refere, ainda, insônia intermediária, não conseguindo voltar a dormir no meio da madrugada quando acorda para amamentar. Sente-se sem energia e não tem conseguido se concentrar em atividades simples, como assistir à televisão. Com essas informações, o quadro mais provável é:

(A) *Blues* puerperal.
(B) Transtorno obsessivo-compulsivo.
(C) Depressão pós-parto.
(D) Psicose puerperal.

---

6. Um recém-nascido pré-termo de 30 semanas, com peso ao nascer de 1.100g, encontra-se internado na UTI neonatal. A mãe apresenta produção insuficiente de leite para suprir toda a necessidade nutricional do filho. O médico decide utilizar leite humano pasteurizado proveniente do Banco de Leite Humano (BLH). Considerando os benefícios do leite humano doado para prematuros, qual é a principal justificativa para essa conduta?

(A) O leite humano pasteurizado elimina completamente todos os componentes imunológicos, mas possui valor nutricional superior às fórmulas.
(B) O leite humano pasteurizado reduz o risco de enterocolite necrosante e melhora a tolerância alimentar dos prematuros.
(C) O leite humano pasteurizado deve ser utilizado apenas quando houver contraindicação absoluta ao aleitamento materno.
(D) O leite humano pasteurizado apresenta composição idêntica ao leite da própria mãe do recém-nascido.

7. Uma amostra de leite humano doado chega ao Banco de Leite Humano para processamento. Durante a etapa de avaliação pré-pasteurização, o profissional identifica acidez Dornic de 9°D. Qual deve ser a conduta da equipe?

(A) Liberar a amostra para pasteurização, pois o aquecimento corrigirá eventuais alterações.
(B) Misturar a amostra com outras de menor acidez antes da pasteurização.
(C) Encaminhar a amostra para utilização em recém-nascidos a termo.
(D) Descartar a amostra por não atender aos critérios de qualidade.

---

8. Um recém-nascido com cardiopatia congênita complexa dependente do canal arterial será transportado por helicóptero para correção cirúrgica em outro centro. O voo terá duração aproximada de 90 minutos. Durante o *briefing* pré-transporte, são propostas as medidas descritas nas alternativas abaixo. Assinale a medida que demonstra o melhor entendimento das particularidades fisiológicas do transporte aéreo neonatal.

(A) Reduzir a oferta de oxigênio durante o voo para evitar toxicidade pulmonar relacionada à altitude.
(B) Despreocupar-se com o controle térmico, pois a incubadora elimina o risco de hipotermia.
(C) Manter a sonda gástrica fechada para evitar perda de calor durante o transporte.
(D) Garantir monitorização rigorosa da oxigenação, pois reduções da pressão atmosférica podem aumentar a necessidade de oxigênio suplementar.

---

9. Um recém-nascido de 39 semanas nasce após descolamento prematuro de placenta. Necessitou de ventilação com pressão positiva e intubação traqueal na sala de parto. Aos 40 minutos de vida, apresenta pH arterial de 6,92 e excesso de bases de −14mEq/L. Com 3 horas de vida, encontra-se letárgico e hipotônico e apresenta redução da atividade espontânea, porém ainda não apresentou convulsões. A equipe discute a indicação de hipotermia terapêutica. Considerando isso, assinale a alternativa que representa a melhor decisão clínica.

(A) Indicar hipotermia terapêutica imediatamente, pois há evidência de asfixia perinatal associada a sinais precoces de encefalopatia.
(B) Não indicar hipotermia, pois o Apgar não foi informado e este é critério indispensável para a indicação.
(C) Não indicar hipotermia, pois a ausência de convulsões exclui encefalopatia hipóxico-isquêmica moderada ou grave.
(D) Aguardar a evolução clínica por 24 horas para confirmar o estágio da encefalopatia antes de iniciar o tratamento.

10. Um recém-nascido a termo sofreu asfixia perinatal grave e encontra-se em hipotermia terapêutica. Nas primeiras 24 horas de vida, apresenta episódios repetidos de movimentos discretos dos membros superiores, difíceis de diferenciar de tremores. O monitor cardíaco e os sinais vitais permanecem estáveis. Um médico argumenta que não há necessidade de investigação adicional porque o recém-nascido não apresenta crises convulsivas clinicamente evidentes. Considerando isso, qual é a melhor conduta?

(A) Concordar com o médico, pois a maioria das crises neonatais é clinicamente evidente.
(B) Solicitar monitorização eletroencefalográfica contínua, pois grande parte das crises neonatais associadas à encefalopatia hipóxico-isquêmica é subclínica.
(C) Prescrever fenobarbital imediatamente, sem necessidade de confirmação diagnóstica.
(D) Adiar a investigação até o término da hipotermia terapêutica, quando as manifestações clínicas tornam-se mais evidentes.

---

11. Um recém-nascido a termo apresentou líquido amniótico meconial espesso e sofrimento fetal agudo antes do parto. Após o nascimento, evolui com desconforto respiratório importante, cianose e necessidade crescente de oxigênio. A radiografia evidencia áreas alternadas de hiperinsuflação e atelectasia. Apesar do suporte ventilatório, a criança mantém hipoxemia significativa. A saturação pré-ductal medida no membro superior direito é de 95%, enquanto a pós-ductal nos membros inferiores é de 87%. Qual é a interpretação mais adequada desse achado?

(A) A diferença entre as saturações sugere *shunt* direita-esquerda pelo canal arterial associado à hipertensão pulmonar persistente.
(B) A diferença entre as saturações confirma síndrome do desconforto respiratório por deficiência de surfactante.
(C) A ausência de igualdade entre as saturações indica defeito do oxímetro de pulso.
(D) O achado exclui hipertensão pulmonar persistente porque a saturação pré-ductal encontra-se normal.

12. Um recém-nascido de 29 semanas de idade gestacional e 1.150g iniciou dieta enteral trófica nas primeiras 24 horas de vida com leite da própria mãe. No quinto dia de vida, encontra-se hemodinamicamente estável, sem vômitos e com exame abdominal normal. Durante a passagem da sonda orogástrica, foi aspirado pequeno volume de resíduo gástrico. Diante desse achado, o médico propõe suspender imediatamente a progressão da dieta por receio de enterocolite necrosante. Qual é a melhor conduta?

(A) Suspender a dieta enteral até o desaparecimento completo dos resíduos gástricos.
(B) Solicitar radiografia abdominal antes de qualquer nova oferta alimentar.
(C) Prosseguir a progressão da dieta, uma vez que o resíduo gástrico isolado não é um preditor confiável de intolerância alimentar ou enterocolite necrosante.
(D) Substituir leite humano por fórmula específica para prematuros para reduzir o risco de enterocolite necrosante.

---

13. Um recém-nascido de 35 semanas de idade gestacional apresenta desconforto respiratório logo após o nascimento. A mãe realizou cesariana eletiva sem trabalho de parto e não apresentava fatores de risco infecciosos. Com 2 horas de vida, o recém-nascido mantém taquipneia (FR 82irpm), leve gemência e necessidade de FiO_2 de 25%, sugerindo a hipótese inicial de taquipneia transitória do recém-nascido. Nas 8 horas seguintes, observa-se aumento progressivo da necessidade de oxigênio para 40%, manutenção das retrações e piora gasométrica. A radiografia inicial mostrava apenas discreta hiperinsuflação pulmonar. Qual é a melhor interpretação desse quadro?

(A) A evolução reforça o diagnóstico de taquipneia transitória do recém-nascido, pois a doença costuma piorar progressivamente nas primeiras 24 horas.
(B) A evolução clínica exige reconsiderar o diagnóstico inicial, pois a progressão da insuficiência respiratória torna menos provável a taquipneia transitória isolada.
(C) A necessidade crescente de oxigênio é esperada na adaptação pulmonar normal do recém-nascido tardio.
(D) A piora respiratória exclui sepse neonatal, pois a radiografia inicial era pouco alterada.

14. Um recém-nascido de 28 semanas de idade gestacional e 980g encontra-se no terceiro dia de vida em ventilação não invasiva. Recebeu antibióticos empíricos desde o nascimento. A mãe iniciou ordenha nas primeiras horas após o parto e está disponibilizando pequenas quantidades de colostro. Durante a visita multiprofissional, é proposto suspender temporariamente a oferta de colostro porque o recém-nascido ainda está distante da dieta enteral plena. Outro membro da equipe propõe manter colostroterapia e dieta enteral mínima. Considerando as evidências apresentadas, qual argumento sustenta melhor a segunda proposta?

(A) O principal benefício do colostro é fornecer calorias suficientes para substituir precocemente a nutrição parenteral.
(B) O colostro favorece a modulação da microbiota intestinal e a maturação imunológica, podendo contribuir para a redução de infecções e enterocolite necrosante.
(C) O colostro elimina a necessidade de uso de leite humano de banco de leite e de fortificação posterior da dieta.
(D) A principal função da colostroterapia é acelerar o ganho ponderal, sem interferir na imunidade intestinal.

---

15. Um recém-nascido de 26 semanas de idade gestacional evolui com síndrome do desconforto respiratório e necessita de suporte ventilatório na UTI neonatal. No quinto dia de vida, a equipe discute estratégias para reduzir o risco de displasia broncopulmonar (DBP). Qual das seguintes condutas apresenta a melhor relação entre evidência científica e prevenção da DBP?

(A) Manter ventilação mecânica invasiva até completa recuperação pulmonar para evitar falhas de extubação.
(B) Utilizar oxigênio liberalmente para evitar episódios transitórios de dessaturação.
(C) Priorizar suporte ventilatório menos invasivo, com uso precoce de CPAP quando possível, reduzindo exposição à ventilação mecânica invasiva.
(D) Prescrever diuréticos de rotina por várias semanas para todos os prematuros de extremo baixo peso.

16. Menino de 15 meses com queixa de irritabilidade, palidez e emagrecimento há 2 meses. Apresenta lesões azuladas periorbitárias e hepatomegalia. Ao exame: PA normal, FC 120bpm, sem febre. Ultrassonografia abdominal revela massa suprarrenal direita. Exames laboratoriais mostram aumento de catecolaminas urinárias. Considerando o caso descrito, qual é o diagnóstico mais provável?

(A) Linfoma de Burkitt.
(B) Tumor de Wilms.
(C) Neuroblastoma metastático.
(D) Hepatoblastoma com metástase.

---

17. Em relação à doença do refluxo gastroesofágico (DRGE) na criança, analise as afirmativas abaixo e assinale a alternativa correta.

I. O diagnóstico de DRGE é basicamente clínico.
II. Considera-se que a maioria dos episódios de refluxo em lactentes é não ácida ou fracamente ácida.
III. Em alguns pacientes pediátricos, a DRGE pode ser crônica, com risco de desenvolver sequelas mais graves, como esôfago de Barrett e adenocarcinoma de esôfago.

(A) Apenas as afirmativas I e II estão corretas.
(B) Apenas as afirmativas I e III estão corretas.
(C) Apenas as afirmativas II e III estão corretas.
(D) Todas as afirmativas estão corretas.

---

18. São sinais de gravidade da insuficiência respiratória:

I. Presença de exaustão.
II. Tosse contínua.
III. Palidez.
IV. Alteração de consciência.

(A) Apenas as afirmativas I, II e III estão corretas.
(B) Apenas as afirmativas I, II e IV estão corretas.
(C) Apenas as afirmativas I, III e IV estão corretas.
(D) Apenas as afirmativas II, III e IV estão corretas.

---

19. Criança de três meses apresenta, nas últimas 48 horas, um aumento da demanda de leite materno. A mãe, preocupada com a necessidade de diminuir o intervalo entre as mamadas e aumentar o tempo durante a amamentação, liga para o médico em busca de orientações sobre como proceder. Qual das orientações abaixo é a mais adequada para esse caso?

(A) Orientar a mãe a aumentar sua ingestão de líquidos (água) e prescrever metoclopramida para auxiliar no aumento da produção de leite.
(B) Iniciar a introdução de frutas para melhorar a saciedade e o aporte calórico da criança, juntamente com a manutenção do aleitamento materno.
(C) Complementar o aleitamento materno com fórmula láctea de partida para garantir um adequado aporte calórico e atendimento às necessidades da criança.
(D) Tranquilizar a mãe e observar o peso e comportamento da criança, pois pode tratar-se de um período de aceleração do crescimento, que se manifesta por um aumento da demanda de leite.

20. Menino de 2 anos, previamente hígido, é levado ao pronto atendimento por dor abdominal leve e em cólica há 24 horas, associada a fezes amolecidas com sangue vivo. A mãe relata que o episódio começou subitamente, sem febre, e que a criança apresenta palidez e prostração. Ao exame físico: PA 95/60mmHg, FC 112bpm e abdome levemente distendido e pouco doloroso difusamente à palpação, sem sinais de irritação peritoneal. Toque retal: presença de sangue vivo. Considerando o quadro apresentado, qual é o diagnóstico mais provável?

(A) Invaginação intestinal.
(B) Doença inflamatória intestinal.
(C) Divertículo de Meckel.
(D) Apendicite aguda atípica.

---

21. Um menino de 6 anos de idade apresenta púrpura palpável em membros inferiores, dor abdominal tipo cólica e artralgia de tornozelos. O diagnóstico clínico é de vasculite por IgA (púrpura de Henoch-Schönlein). Considerando a fisiopatologia, qual é o mecanismo imunopatológico central responsável pelas lesões vasculares observadas?

(A) Deposição de imunocomplexos contendo predominantemente IgA1 com glicosilação aberrante na parede de pequenos vasos.
(B) Produção de autoanticorpos anticitoplasma de neutrófilos (ANCA) que ativam a via alternativa do complemento.
(C) Infiltração direta de linfócitos T citotóxicos na túnica média de artérias de médio calibre, causando aneurismas.
(D) Deficiência congênita de proteínas reguladoras da coagulação, levando à microtrombose difusa sem componente inflamatório.

---

22. Uma criança de 6 anos com diagnóstico de asma apresenta exacerbação leve caracterizada por tosse, sibilos ocasionais e pequena limitação para brincar. Não apresenta sinais de gravidade nem necessidade de internação. Considerando a estratégia preferencial de alívio recomendada pelo GINA 2026, assinale a alternativa correta.

(A) O tratamento de alívio deve priorizar estratégias que ofereçam também ação anti-inflamatória.
(B) O tratamento ideal da crise consiste em utilizar broncodilatador de curta ação isoladamente.
(C) Corticosteroides inalatórios devem ser reservados apenas para pacientes com internações prévias.
(D) O principal objetivo do tratamento é melhorar sintomas.

23. Um recém-nascido de 25 dias foi encaminhado ao ambulatório especializado após triagem neonatal sugestiva de fibrose cística. Apresenta esteatorreia, ganho ponderal insatisfatório e elastase fecal compatível com insuficiência pancreática exócrina. Durante a discussão do caso, pela idade do paciente, um médico sugere aguardar a confirmação diagnóstica definitiva da fibrose cística antes de iniciar a terapia de reposição enzimática (TRE), enquanto outro defende seu início imediato. Considerando as recomendações da Sociedade Brasileira de Pediatria, qual é a melhor conduta?

(A) Aguardar a confirmação diagnóstica definitiva, pois a TRE pode interferir nos resultados dos testes diagnósticos para fibrose cística.
(B) Iniciar a TRE apenas após o início da alimentação complementar, quando a digestão de gorduras se torna mais complexa.
(C) Iniciar a TRE somente se houver perda ponderal superior a 10% do peso corporal.
(D) Iniciar a TRE imediatamente diante da evidência de insuficiência pancreática, mesmo antes da confirmação definitiva da fibrose cística.

24. Uma criança de 5 anos é atendida no pronto-socorro com febre há 48 horas, tosse, taquipneia e infiltrado pulmonar à radiografia de tórax, sendo diagnosticada com pneumonia adquirida na comunidade (PAC). O calendário vacinal está atualizado. Durante a investigação, a procalcitonina (PCT) sérica resulta em 0,08ng/mL. Considerando as evidências atuais sobre o uso da procalcitonina na PAC pediátrica, é correto afirmar que esse resultado:

(A) Reduz significativamente a probabilidade de pneumonia bacteriana, porque valores de PCT < 0,1ng/mL apresentam elevado valor preditivo negativo.
(B) Indica elevada probabilidade de etiologia viral, pois o alto valor preditivo negativo implica simultaneamente baixo valor preditivo positivo para pneumonia bacteriana.
(C) Torna desnecessária a avaliação radiológica e epidemiológica, pois o alto valor preditivo negativo da PCT supera o desempenho diagnóstico desses métodos.
(D) Praticamente exclui pneumonia bacteriana grave, mas não modifica a probabilidade de pneumonia bacteriana de menor gravidade.

25. Uma criança de 6 anos, previamente hígida, está internada por pneumonia adquirida na comunidade, complicada por derrame pleural parapneumônico loculado. Após drenagem torácica, a equipe discute as opções terapêuticas para acelerar a resolução do quadro. O cirurgião pediátrico sugere videotoracoscopia (VATS), enquanto o intensivista propõe drenagem associada à fibrinólise intrapleural. Com base nas evidências atuais, qual é a intervenção mais adequada para orientar a decisão terapêutica?

(A) A VATS deve ser sempre a primeira escolha, pois apresenta taxas de sucesso superiores às da fibrinólise em todos os estudos comparativos.
(B) A fibrinólise deve ser sempre preferida porque apresenta menor invasividade e resultados clínicos superiores à VATS.
(C) Tanto a VATS quanto a fibrinólise representam opções efetivas, devendo a escolha considerar experiência da equipe e a disponibilidade local.
(D) A presença de loculações pleurais contraindica o uso de fibrinolíticos, tornando a VATS a única alternativa terapêutica recomendada.

26. Um menino de 10 anos, previamente saudável, foi submetido à amputação transfemoral direita após acidente automobilístico ocorrido há 8 meses. Durante consulta de seguimento, apresenta peso medido de 36kg e estatura adequada para a idade. O interno calcula o IMC utilizando diretamente o peso aferido e conclui que o paciente apresenta eutrofia. O preceptor questiona essa conduta e solicita nova análise. Qual é a principal justificativa para essa intervenção?

(A) O peso aferido após amputação tende a superestimar o estado nutricional, exigindo correção antes da interpretação antropométrica.
(B) O peso aferido após amputação tende a subestimar o peso corporal de referência, devendo ser corrigido para estimar o peso não amputado antes da classificação nutricional.
(C) O índice de massa corporal não pode ser utilizado em pacientes amputados, independentemente da extensão da amputação.
(D) A avaliação nutricional de pacientes amputados deve basear-se exclusivamente na estatura, pois o peso perde validade clínica.

27. Paciente de 10 anos de idade é trazido por sua mãe à consulta de rotina com pediatra. A mãe conta ao pediatra que o paciente concluiu a avaliação psiquiátrica e foi diagnosticado com transtorno de hiperatividade e déficit de atenção. Ela pergunta ao pediatra por que o paciente tem esse transtorno, querendo entender quais são os fatores de risco para esse diagnóstico. Sobre isso, assinale a alternativa correta.

(A) A herdabilidade desse transtorno é extremamente baixa, pois poucos estudos encontraram associação familiar relacionada a ele.
(B) Existem alguns fatores de risco, tais como baixo peso ao nascer e prematuridade, que podem contribuir para a etiologia desse transtorno.
(C) O tabagismo materno oferece uma proteção para o desenvolvimento desse transtorno.
(D) Esse transtorno se caracteriza por uma falha na maturidade cerebral e é pouco provável que os sintomas de hiperatividade regridam com o desenvolvimento.

28. Um lactente de 4 meses apresenta diarreia crônica, baixo ganho ponderal e dermatite atópica extensa. Após investigação, foi diagnosticado com alergia à proteína do leite de vaca (APLV) associada a comprometimento importante do trato gastrintestinal. A mãe interrompeu o aleitamento materno por complicações clínicas próprias e necessita escolher uma alternativa alimentar. Dentre as seguintes propostas nutricionais, qual é a mais adequada para esse caso:

(A) Fórmula extensamente hidrolisada, por apresentar proteínas com reduzida antigenicidade e indicação para lactentes com APLV e comprometimento gastrointestinal.
(B) Fórmula à base de proteína isolada de soja, pois apresenta perfil proteico adequado e menor custo.
(C) Fórmula parcialmente hidrolisada, pois a hidrólise parcial reduz suficientemente a antigenicidade da proteína do leite.
(D) Composto lácteo enriquecido com vitaminas e minerais, pois fornece aporte nutricional semelhante ao das fórmulas infantis.

29. Sobre a conduta frente à presença de líquido amniótico meconial durante o atendimento ao RN em sala de parto, assinale a alternativa INCORRETA.

(A) A aspiração de orofaringe e nasofaringe ao desprendimento do polo cefálico do concepto não deve ser realizada.
(B) Se o RN é de termo, está respirando ou chorando e com tônus muscular em flexão, ele apresenta boa vitalidade e deve continuar junto de sua mãe depois do clampeamento do cordão.
(C) Se o RN for pré-termo tardio ou pós-termo, não iniciou movimentos respiratórios regulares ou apresenta tônus muscular flácido, é necessário levá-lo à mesa de reanimação e realizar os passos iniciais, sendo prudente incluir a aspiração de vias aéreas superiores.
(D) No RN levado à mesa de reanimação para os passos iniciais e que apresenta apneia, respiração irregular e/ou FC<100bpm, é fundamental a realização da laringoscopia direta imediata com aspiração traqueal.

30. Um recém-nascido com 38 semanas de idade gestacional, parto vaginal sem intercorrências, apresenta, ao exame físico realizado com 24 horas de vida, uma tumoração de consistência amolecida no couro cabeludo. A lesão ultrapassa as linhas de sutura cranianas e surgiu logo após o nascimento. O lactente encontra-se ativo, com exame neurológico normal. Sobre esse achado e sua interpretação, é correto afirmar que:

(A) Trata-se provavelmente de cefalohematoma, cuja principal característica é ultrapassar as linhas de sutura.
(B) Trata-se provavelmente de bossa serossanguínea (*caput succedaneum*), relacionada ao trauma do parto e com tendência à reabsorção rápida.
(C) Sugere hidrocefalia neonatal e deve motivar investigação imediata por neuroimagem.
(D) Abaulamento pode ser compatível com meningite neonatal, sendo necessária punção lombar.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE (UFCSPA)
SANTA CASA DE PORTO ALEGRE

PROCESSO SELETIVO PARA RESIDÊNCIA MÉDICA — ANO 2027

RESIDÊNCIA MÉDICA COM PRÉ-REQUISITO - UFCSPA/SANTA CASA
PRM NEUROFISIOLOGIA CLÍNICA INVASIVA

Nome:_____

Nº de Inscrição: | | | | | | |

Instruções

- Confira o material recebido (CADERNO DE QUESTÕES e CARTÃO DE RESPOSTAS); se houver falha, solicite a substituição ao fiscal da sala.
- Após conferir seus dados no CARTÃO DE RESPOSTAS (NOME, Nº de INSCRIÇÃO e PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MÉDICA), assine no local indicado.
- Este caderno contém **30 questões de múltipla escolha,** com quatro alternativas (**A**, **B**, **C** e **D**), das quais somente uma será a correta.
- O cartão de respostas é o único documento válido para a correção da prova objetiva, sendo de responsabilidade do candidato sua guarda durante a prova, seu preenchimento e sua entrega ao fiscal de sala.
- Preencha o CARTÃO DE RESPOSTAS, com bastante atenção, à caneta esferográfica, azul ou preta, ponta grossa, marcando uma única alternativa em cada questão.
- Verifique, no CARTÃO DE RESPOSTAS, as instruções para preenchimento. Sob nenhuma circunstância, o cartão de respostas será substituído devido a erro, desatenção ou falha no preenchimento por parte do candidato.
- Durante a realização da prova, estão vedados o empréstimo de materiais, a comunicação entre candidatos ou terceiros, a utilização de quaisquer dispositivos, como máquina calculadora e/ou similares, livros, anotações, réguas de cálculo, impressos ou qualquer outro material de consulta.
- A prova objetiva terá duração de até **3 horas**, incluído o tempo para preenchimento do CARTÃO DE RESPOSTAS.
- Após o início da prova, o candidato deverá permanecer na sala pelo **tempo mínimo de 60 minutos**.
- Ao terminar a prova, o candidato devolverá ao fiscal da sala o CARTÃO DE RESPOSTAS.
- O candidato somente poderá levar o caderno de provas **quando estiver faltando 60 minutos para o término do tempo total de duração da prova.** Por razões de segurança, o candidato que sair antes desse horário não poderá copiar as suas respostas.
- Os dois últimos candidatos de cada sala de prova deverão permanecer no recinto, a fim de acompanhar o lacre do material, quando então poderão retirar-se do local após concluído o procedimento.

DIREITOS AUTORAIS RESERVADOS. PROIBIDA A REPRODUÇÃO, AINDA QUE PARCIAL, SEM AUTORIZAÇÃO PRÉVIA.

1. Em relação aos tumores intracranianos, assinale a alternativa correta.

(A) O glioblastoma é o tumor intracraniano primário mais frequente e, tipicamente, apresenta características de tumor extra-axial.
(B) Os meningiomas são tumores extra-axiais e representam os tumores intracranianos primários não gliais mais frequentes em adultos.
(C) Os schwannomas vestibulares são tumores intra-axiais originados do parênquima cerebral.
(D) As metástases cerebrais são lesões únicas, apenas.

---

2. Um paciente de 58 anos procura atendimento por lombalgia intensa associada à dor irradiada bilateralmente para os membros inferiores. Relata dificuldade para urinar nas últimas 24 horas e sensação de dormência na região perineal. Ao exame, apresenta diminuição da força em ambos os pés, anestesia em sela e redução do tônus esfincteriano anal. Diante desse caso, qual é a conduta mais apropriada?

(A) Iniciar tratamento conservador com anti-inflamatórios e reavaliar em 30 dias.
(B) Solicitar eletroneuromiografia urgente antes de tomar qualquer outra medida.
(C) Iniciar fisioterapia intensiva imediata e observação hospitalar.
(D) Realizar ressonância magnética lombar urgente e descompressão cirúrgica precoce se confirmada compressão da cauda equina.

---

3. Uma senhora de 78 anos, viúva, branca, com 12 anos de escolaridade (Ensino Médio) e aposentada do funcionalismo público, veio à consulta com queixa de esquecimento. Mora sozinha e cuida de seus afazeres, almoça fora perto de casa, não dirige, usa cartão e lembra sua senha. Faz ginástica 2 vezes por semana com instrutor físico no prédio onde mora e encontra-se com amigas 1 vez por semana para jogar cartas. Refere ter apresentado um episódio de esquecer o nome de uma das amigas, o que a deixou muito preocupada, e notou dificuldade para manusear um celular novo presenteado pelos filhos. Ademais, apresentou um MEEM (Mini Mental) de 28/30 (perdeu 2 pontos no cálculo). Considerando o caso apresentado, qual é a hipótese principal?

(A) Síndrome demencial a investigar.
(B) Comprometimento cognitivo leve.
(C) Manifestações fisiológicas do envelhecimento.
(D) Quadro de depressão ansiosa.

4. Avaliando um paciente em coma, você não consegue elicitar o reflexo oculocefálico com as manobras de movimentação cefálica, então decide realizar teste calórico para avaliar o reflexo vestíbulo-ocular. Durante quanto tempo você deve instilar água gelada continuamente no canal auditivo externo da orelha direita e qual resposta espera encontrar se o tronco encefálico estiver intacto?

(A) 30 segundos; desvio tônico em direção à orelha D, com nistagmo para E.
(B) 60 segundos; desvio tônico em direção à orelha D, com nistagmo para E.
(C) 30 segundos; desvio tônico em direção à orelha E, com nistagmo para D.
(D) 60 segundos; desvio tônico em direção à orelha E, com nistagmo para D.

---

5. Em relação à epilepsia, avalie se as afirmativas são verdadeiras (V) ou falsas (F) e assinale a sequência correspondente.

( ) Em torno de 1/3 das epilepsias na vida adulta apresentam fatores de risco que podem ser identificados por meio da anamnese. Trauma craniano, infecções e AVC estão entre os mais comuns.
( ) Entre as causas genéticas de epilepsia, a maioria é devido à mutação de um único gene.
( ) A epilepsia benigna com pontas centrotemporais tipicamente inicia no final da adolescência e pode remitir espontaneamente.
( ) Crises epilépticas focais com sensação abdominal ascendente, náuseas e palidez podem se originar de estruturas límbicas.

(A) V - F - V - F.
(B) F - F - F - V.
(C) F - V - V - V.
(D) V - F - F - V.

---

6. Um paciente de 62 anos evolui em 10 semanas com demência progressiva, mioclonias e ataxia. A ressonância magnética apresenta restrição da difusão no córtex cerebral bilateral. Na suspeita de encefalopatia espongiforme transmissível, qual exame menos invasivo tem maior rendimento diagnóstico confirmatório?

(A) EEG com descargas periódicas.
(B) Biópsia cerebral estereotáxica.
(C) Teste RT-QuIC no líquor.
(D) Dosagem da proteína 14-3-3 no líquor.

7. Paciente feminina de 52 anos, previamente hígida, apresenta cefaleia súbita, intensa, descrita como “a pior da vida”, associada a náuseas e rigidez de nuca. TC de crânio sem contraste confirma hemorragia subaracnoidea (HSA) difusa (Fisher 3). Angio-TC identifica aneurisma sacular de artéria comunicante anterior. Após estabilização inicial, a paciente permanece internada em UTI neurológica. Em relação ao manejo e às complicações da hemorragia subaracnoidea aneurismática, assinale a alternativa correta.

(A) O vasoespasmo cerebral ocorre tipicamente nas primeiras 24 horas após a HSA.
(B) Nimodipino reduz a incidência angiográfica de vasoespasmo.
(C) A clipagem ou embolização do aneurisma deve ser postergada até a resolução do vasoespasmo.
(D) Nimodipino está indicado para reduzir risco de isquemia cerebral tardia.

---

8. Paciente masculino de 56 anos, previamente independente (mRS 0), apresenta AVC isquêmico extenso em território de artéria cerebral média direita. Evolui nas primeiras 36 horas com piora do nível de consciência e midríase ipsilateral intermitente, e TC de crânio mostra edema cerebral importante, desvio de linha média de 8mm e apagamento de cisternas basais. NIHSS inicial de 20. Em relação à hemicraniectomia descompressiva, assinale a alternativa correta.

(A) A hemicraniectomia deve ser considerada idealmente nas primeiras 48 horas do início dos sintomas.
(B) A indicação está restrita a pacientes com menos de 40 anos.
(C) O procedimento reduz a mortalidade, mas aumenta a proporção de sobreviventes com incapacidade grave sem melhora funcional.
(D) O procedimento só é indicado após falha comprovada de todas as medidas clínicas por mais de 72 horas.

---

9. Em relação à patologia e aos biomarcadores da doença de Alzheimer (DA), assinale a alternativa correta.

(A) O achado neuropatológico mais precoce e específico da DA é a deposição cortical difusa de Aβ, iniciando-se no córtex occipital.
(B) O PET com FDG demonstra hipermetabolismo temporoparietal posterior nas fases iniciais da DA.
(C) A angiopatia amiloide cerebral é rara na DA e, quando presente, protege contra hemorragias lobares.
(D) A redução de Aβ42 no líquor, associada à elevação de tau total e tau hiperfosforilada, reflete maior deposição cerebral de amiloide e degeneração neuroaxonal.

10. Assinale a alternativa que indica as características mais específicas para o diagnóstico de paralisia supranuclear progressiva (PSP).

(A) Presença do sinal do aplauso e alterações no teste de Luria.
(B) Hipotensão ortostática grave precoce e disfunção urinária.
(C) Redução da velocidade e da amplitude das sacadas verticais, especialmente para o olhar para baixo.
(D) Ataxia apendicular e "*hot cross bun sign*" na RM de encéfalo.

---

11. Paciente de 32 anos, sexo feminino, apresenta episódios recorrentes de perda visual unilateral, parestesia nos membros inferiores e incontinência urinária. A ressonância magnética (RM) cerebral revela múltiplas lesões hiperintensas em T2 e FLAIR, algumas periventriculares e justacorticais, e uma lesão com realce pelo gadolínio. O líquido cefalorraquidiano (LCR) mostra bandas oligoclonais de IgG. O diagnóstico de esclerose múltipla (EM) é estabelecido. Sobre o diagnóstico e manejo da EM, assinale a alternativa INCORRETA.

(A) A presença de bandas oligoclonais de IgG no LCR é um achado comum na EM, com sensibilidade de 85-90%, mas não é específica para a doença.
(B) A mielite transversa é uma apresentação comum da EM, sendo caracterizada por um processo inflamatório monofásico da medula espinhal.
(C) O ocrelizumabe é a única terapia aprovada para a esclerose múltipla primariamente progressiva (EMPP) e também é eficaz em formas remitente-recorrentes.
(D) A fadiga é um sintoma comum e muitas vezes incapacitante da EM, podendo ocorrer independentemente da depressão e não estando necessariamente ligada a distúrbios do sono.

---

12. Paciente de 45 anos, sexo feminino, apresenta um quadro agudo de perda visual bilateral grave e paraparesia flácida. A ressonância magnética da medula espinhal revela uma lesão longitudinalmente extensa que abrange três segmentos vertebrais. O exame de LCR mostra pleocitose significativa. O teste para anticorpos antiaquaporina-4 (AQP4-IgG) é positivo. Qual das seguintes afirmações sobre a neuromielite óptica (NMO) é correta?

(A) A NMO é considerada uma variante da esclerose múltipla (EM), compartilhando a mesma patogênese e resposta ao tratamento.
(B) O envolvimento medular na NMO é tipicamente caracterizado por lesões curtas e focais.
(C) O anticorpo antiaquaporina-4 (AQP4-IgG) é um biomarcador altamente específico para NMO, auxiliando na distinção da EM.
(D) O tratamento da NMO geralmente envolve o uso de interferon-beta, que é a terapia de primeira linha para prevenir recaídas.

13. Paciente de 50 anos chega na emergência com queixa de movimentos involuntários que iniciaram há dois dias e vêm atrapalhando movimentação normal. Ao exame, você observa movimentos arrítmicos, aleatórios, rápidos e fluidos que diagnostica como coreia. A etiologia a ser pensada no diagnóstico diferencial desse caso inclui as seguintes alternativas, EXCETO:

(A) Doença de Huntington.
(B) Coreia induzida pela levodopa.
(C) AVC.
(D) Encefalite herpética.

---

14. Paciente do sexo masculino, 68 anos, apresenta quadro de fraqueza muscular progressiva e indolor, com um padrão predominantemente distal. Estudos eletrofisiológicos evidenciaram um processo motor, assimétrico e multifocal. Foi realizado estudo do líquor, que evidenciou elevação de proteínas e pleocitose. Qual etiologia deve ser considerada como mais provável?

(A) Esclerose lateral amiotrófica.
(B) Polirradiculite infecciosa ou neoplásica.
(C) Polirradiculoneuropatia desmielinizante inflamatória crônica.
(D) Neuropatia motora multifocal.

---

15. Paciente do sexo feminino, 35 anos, previamente hígida, consultou com "médico integrativo holístico" famoso na rede social Instagram após indicação de uma colega do pilates. Depois de realizar uma lista extensa de exames laboratoriais solicitados pelo médico, todos normais, a paciente foi orientada a tomar um composto manipulado que continha uma série de vitaminas. Passados alguns meses, a paciente apresentou um quadro de perda do equilíbrio com piora progressiva. Consultou neurologista, que identificou, após exame neurológico, uma possível ataxia sensitiva e solicitou uma eletroneuromiografia, que foi compatível com ganglionopatia sensitiva. Considerando isso, qual alternativa apresenta um nutriente que pode ser a causa do quadro clínico apresentado pela paciente, por ser consumido em excesso?

(A) Vitamina B1 (tiamina).
(B) Vitamina B3 (niacina).
(C) Vitamina B6 (piridoxina).
(D) Vitamina B12 (cobalamina).

16. Homem de 32 anos sente gosto metálico e apresenta sensação epigástrica ascendente, seguida de olhar fixo, ausência de resposta e movimentos repetitivos de mastigação. Após cerca de um minuto, evolui com rigidez e movimentos clônicos bilaterais. A crise cessa espontaneamente, sendo seguida por sonolência e desorientação transitórias. Após a recuperação, encontra-se estável e sem déficits neurológicos focais. Sobre a interpretação do episódio e a conduta mais adequada, assinale a alternativa correta.

(A) Crise tônico-clônica de início generalizado, devendo a avaliação considerar apenas a fase convulsiva bilateral.
(B) Evento não epiléptico, pois sintomas sensitivos e comportamentais não são compatíveis com crises epilépticas.
(C) Crise de ausência típica com evolução para crise tônico-clônica, devendo a investigação priorizar epilepsia generalizada da infância.
(D) Crise focal com comprometimento da consciência, evoluindo para crise tônico-clônica bilateral, devendo a investigação ser direcionada para possíveis causas focais.

---

17. Homem de 48 anos, com epilepsia e baixa adesão ao tratamento, é levado à emergência por crise tônico-clônica bilateral contínua há oito minutos. Após medidas de suporte e administração intravenosa de benzodiazepínico, seguida de medicamento anticrise intravenoso, cessam os movimentos tônico-clônicos evidentes. Entretanto, 40 minutos após o início do quadro, o paciente permanece em coma e apresenta movimentos clônicos discretos dos dedos e movimentos oculares rápidos. A conduta mais adequada é:

(A) Considerar encerrado o estado de mal epiléptico, pois cessaram os movimentos tônico-clônicos generalizados.
(B) Aguardar a recuperação espontânea da consciência, pois o coma corresponde necessariamente ao período pós-ictal.
(C) Realizar eletroencefalograma para investigar a persistência de atividade epiléptica, mantendo o tratamento do estado de mal epiléptico.
(D) Suspender os medicamentos anticrise, pois os movimentos discretos sugerem efeito adverso do tratamento.

18. Homem de 58 anos encontra-se internado com endocardite infecciosa em valva nativa. As hemoculturas identificaram *Streptococcus pneumoniae*, e o antibiograma ainda está em processamento. Durante a internação, o paciente evolui com febre persistente, cefaleia intensa, rigidez de nuca e alteração do nível de consciência, levantando-se a suspeita de meningite associada. Considerando o tratamento antimicrobiano necessário, a conduta mais adequada é:

(A) Manter penicilina intravenosa em dose habitual para endocardite, pois a identificação do pneumococo dispensa modificação do esquema.
(B) Iniciar vancomicina associada à ceftriaxona, em doses apropriadas para meningite, mantendo esse esquema até a disponibilização dos resultados de suscetibilidade.
(C) Utilizar ceftriaxona em monoterapia, na dose habitual empregada para endocardite pneumocócica, independentemente da suscetibilidade do isolado.
(D) Suspender temporariamente os antimicrobianos até a confirmação microbiológica da meningite.

---

19. Paciente de 52 anos apresenta, há 48 horas, febre, alteração comportamental, déficit de memória recente, afasia e crise epiléptica focal. A ressonância magnética demonstra hipersinal assimétrico nas sequências FLAIR e de difusão nas regiões temporal medial e insular esquerdas. O líquido cefalorraquidiano apresenta pleocitose linfocitária, discreta hiperproteinorraquia e glicose normal. A PCR para vírus herpes simples no líquido cefalorraquidiano, coletado após 36 horas de sintomas, é negativa. O paciente recebeu aciclovir intravenoso nas últimas 24 horas. Considerando isso, a conduta mais adequada é:

(A) Suspender o aciclovir, pois a elevada sensibilidade da PCR torna improvável encefalite herpética diante de resultado negativo.
(B) Suspender o aciclovir por 48 horas e, posteriormente, repetir a PCR, evitando interferência do antiviral no resultado.
(C) Manter o aciclovir intravenoso e repetir a PCR no líquido cefalorraquidiano em 1 a 3 dias, caso não seja identificado diagnóstico alternativo.
(D) Substituir o aciclovir por foscarnet, pois a PCR negativa durante o tratamento sugere resistência antiviral.

20. Homem de 74 anos apresenta declínio cognitivo progressivo há dois anos. As alterações cognitivas foram precedidas ou acompanhadas, desde o início, por flutuações acentuadas do estado de alerta, alucinações visuais recorrentes e episódios de identificação delirante relatado pelos familiares. Meses depois, surgiram bradicinesia, rigidez, hipomimia e postura encurvada. Não havia diagnóstico prévio de doença de Parkinson. O PET amiloide é positivo, com retenção difusa do radiotraçador no córtex cerebral. Considerando o fenótipo clínico e as limitações diagnósticas desse biomarcador, assinale a alternativa correta.

(A) O PET amiloide positivo estabelece a doença de Alzheimer como causa predominante da demência e exclui o diagnóstico de demência com corpos de Lewy.
(B) O quadro clínico favorece demência com corpos de Lewy, enquanto o PET amiloide positivo pode indicar patologia de Alzheimer concomitante, sem definir isoladamente a etiologia predominante da síndrome demencial.
(C) A positividade do PET amiloide não possui relevância diagnóstica em idosos, pois depósitos de beta-amiloide obrigatoriamente fazem parte do envelhecimento cerebral normal.
(D) A presença de parkinsonismo determina o diagnóstico de demência associada à doença de Parkinson, independentemente da relação temporal entre os sintomas motores e cognitivos.

---

21. Adolescente de 15 anos apresenta episódios recorrentes de postura distônica do membro superior direito, associada a movimentos coreiformes no mesmo hemicorpo. As manifestações surgem imediatamente após levantar-se bruscamente de uma cadeira ou iniciar a marcha, duram aproximadamente 20 a 40 segundos e podem ocorrer várias vezes ao dia. O paciente permanece consciente, não apresenta automatismos nem confusão após os episódios. Por vezes, refere breve parestesia no membro acometido imediatamente antes dos movimentos. O exame neurológico entre as crises é normal. Os episódios tornaram-se frequentes e passaram a interferir nas atividades escolares. Considerando isso, assinale a alternativa que apresenta o diagnóstico e a conduta terapêutica mais adequados.

(A) Discinesia paroxística cinesigênica; iniciar carbamazepina em baixa dose.
(B) Discinesia paroxística não cinesigênica; orientar abstinência de cafeína e álcool e considerar clonazepam.
(C) Discinesia paroxística induzida pelo exercício; evitar exercícios prolongados e considerar dieta cetogênica.
(D) Tique motor complexo; iniciar tratamento comportamental destinado à reversão de hábitos.

22. Paciente de 78 anos apresenta piora progressiva da marcha, seguida por urgência urinária e discreto comprometimento executivo. Ao exame, caminha com passos curtos, baixa elevação dos pés, rotação externa dos quadris e instabilidade do tronco. A ressonância magnética de crânio demonstra ventriculomegalia, com pouca atrofia cortical e sem atrofia hipocampal significativa. Após punção lombar com retirada de 40mL de líquido cefalorraquidiano, observa-se melhora transitória da marcha. O PET amiloide é positivo. Diante disso, analise as afirmativas e assinale a alternativa correta.

I. O conjunto clínico e radiológico favorece o diagnóstico de hidrocefalia de pressão normal.
II. A melhora após a retirada de líquido cefalorraquidiano confirma que o paciente apresentará resposta duradoura à derivação ventricular.
III. A positividade do PET amiloide exclui hidrocefalia de pressão normal e contraindica o tratamento cirúrgico.
IV. O PET amiloide positivo pode refletir copatologia amiloide relacionada à doença de Alzheimer e está associado à menor probabilidade de resposta à derivação ventricular, mas não exclui, isoladamente, o diagnóstico de hidrocefalia de pressão normal.

(A) Apenas as afirmativas I e II estão corretas.
(B) Apenas as afirmativas I e IV estão corretas.
(C) Apenas as afirmativas II e III estão corretas.
(D) Apenas as afirmativas I, III e IV estão corretas.

23. Com relação às manifestações clínicas e aos elementos empregados no diagnóstico diferencial das principais síndromes demenciais, avalie se as afirmativas são verdadeiras (V) ou falsas (F) e assinale a sequência correspondente.

( ) Na apresentação amnéstica típica da doença de Alzheimer, o comprometimento inicial predominante envolve a memória episódica. Entretanto, a ausência desse padrão nas fases iniciais não exclui a doença, que também pode se manifestar por atrofia cortical posterior, afasia progressiva primária variante logopênica, síndrome corticobasal ou apresentação disexecutiva/comportamental.
( ) Na variante comportamental da demência frontotemporal, manifestações como desinibição, apatia, perda de empatia, comportamentos compulsivos e alterações do comportamento alimentar podem preceder o comprometimento mnésico significativo, enquanto as habilidades visuoespaciais e aritméticas tendem a permanecer relativamente preservadas.
( ) A ocorrência de demência, alucinações visuais e flutuações cognitivas em paciente com doença de Parkinson estabelecida há vários anos favorece o diagnóstico de demência associada à doença de Parkinson. Quando o declínio cognitivo e os sintomas neuropsiquiátricos precedem ou surgem concomitantemente ao parkinsonismo, o diagnóstico sindrômico mais apropriado é demência com corpos de Lewy.
( ) Na hidrocefalia de pressão normal, a melhora transitória da marcha ou da cognição após a retirada de 30 a 50mL de líquido cefalorraquidiano é suficiente, isoladamente, para confirmar a indicação de derivação ventricular e predizer, de maneira consistente, resposta clínica favorável ao procedimento.
( ) Em fases avançadas da doença de Alzheimer, podem ocorrer marcha arrastada, rigidez generalizada e lentificação motora. A presença isolada desses achados não estabelece o diagnóstico de demência com corpos de Lewy.

(A) V - V - V - F - V.
(B) V - V - F - F - V.
(C) V - F - V - V - F.
(D) F - V - V - F - V.

24. A respeito das manifestações neurológicas e do território vascular, relacione as colunas e assinale a sequência correspondente.

(1) Afasia fluente, com comprometimento da compreensão da linguagem e sem paresia relevante.
(2) Paresia contralateral predominante no membro inferior, associada a abulia e possível incontinência urinária.
(3) Hemianopsia homônima contralateral associada a alexia sem agrafia.
(4) Consciência preservada, tetraplegia e anartria, com preservação do piscar e dos movimentos oculares verticais.

( ) Divisão inferior da artéria cerebral média no hemisfério dominante.
( ) Artéria cerebral anterior.
( ) Artéria cerebral posterior no hemisfério dominante, com envolvimento do esplênio do corpo caloso.
( ) Artéria basilar, com infarto da região ventral da ponte.

(A) 1 - 2 - 3 - 4.
(B) 2 - 1 - 4 - 3.
(C) 1 - 3 - 2 - 4.
(D) 3 - 2 - 1 - 4.

---

25. A respeito da encefalopatia hipóxico-isquêmica e das manifestações neurológicas observadas após parada cardíaca, assinale a alternativa INCORRETA.

(A) A redução global e prolongada do fluxo sanguíneo cerebral pode inicialmente produzir infartos nas zonas limítrofes entre os principais territórios arteriais; em situações mais graves, como na parada cardíaca, a hipóxia-isquemia global pode causar lesão encefálica difusa.
(B) Mioclonias patológicas podem ocorrer após lesão cerebral anóxica e, quando correspondem a crises mioclônicas epilépticas, resultam de disfunção cortical e podem apresentar descargas bilaterais síncronas no eletroencefalograma imediatamente antes dos movimentos.
(C) A persistência do coma após o desaparecimento das manifestações convulsivas evidentes constitui indicação para realização de eletroencefalograma, a fim de excluir a continuidade de estado de mal epiléptico com manifestações motoras sutis ou exclusivamente eletrográficas.
(D) Em pacientes submetidos a bloqueio neuromuscular, a ausência de movimentos convulsivos permite excluir a persistência de crises eletrográficas e torna desnecessária a monitorização eletroencefalográfica.

26. Com relação à classificação fisiopatológica e à avaliação clínica da dor, assinale a alternativa correta.

(A) A dor nociceptiva somática decorre da estimulação mecânica ou química dos nociceptores, com transmissão neural preservada, tende a ser mais bem localizada e pode apresentar caráter dolorido ou latejante; as metástases ósseas constituem um exemplo clássico.
(B) A dor nociceptiva visceral origina-se da ativação de nociceptores presentes nos órgãos internos, geralmente apresenta caráter profundo ou em cólica e tem como exemplo clássico a dor decorrente de metástases ósseas.
(C) A dor neuropática decorre de sinalização neural anormal e pode ser descrita como queimação, choque ou descarga elétrica; sua classificação, entretanto, é estabelecida prioritariamente pela intensidade registrada em escala numérica.
(D) Por constituir uma experiência subjetiva, a avaliação clínica da dor deve fundamentar-se essencialmente na intensidade relatada, sendo a qualidade, a localização, os fatores modificadores e o impacto funcional parâmetros complementares de menor relevância.

---

27. Mulher de 27 anos, previamente saudável, procura atendimento ambulatorial por história de cefaleias recorrentes há cerca de 6 anos. Refere crises que ocorrem, em média, 2 a 3 vezes por mês, com início gradual, dor de localização hemicraniana direita, de caráter pulsátil e intensidade moderada a intensa, com piora ao subir escadas e ao realizar atividades rotineiras. As crises duram em torno de 12 a 24 horas quando não tratadas e, frequentemente, são acompanhadas de náuseas e fotofobia — a paciente prefere permanecer em ambiente escuro e silencioso. Nega febre, cervicalgia, perda de consciência, déficit motor, crises convulsivas ou alteração de comportamentos associados ao quadro. Nesta ocasião, refere fenômenos visuais positivos, com pontos luminosos e linhas em zigue-zague que surgiram de forma gradual no campo visual, ampliaram-se em cerca de 20 a 30 minutos e desapareceram completamente em 15 minutos, sendo seguidos imediatamente por cefaleia de forte intensidade. Não usa medicações de uso contínuo, apenas faz uso eventual de analgésicos simples. Ao exame físico e neurológico, não se observam alterações. Diante disso, qual é o diagnóstico mais provável?

(A) Cefaleia do tipo tensional episódica.
(B) Enxaqueca (migrânea) com aura.
(C) Cefaleia em salvas.
(D) Cefaleia secundária por neoplasia intracraniana.

28. Homem de 35 anos procura a emergência com dor de cabeça de início súbito, unilateral, em região orbitária direita, descrita como excruciante e a pior dor que já sentiu. Refere que as crises duram cerca de 60 a 90 minutos, ocorrem várias vezes ao dia e vêm se repetindo há alguns dias, em salvas. Durante as crises, apresenta lacrimejamento ipsilateral, congestão nasal, rinorreia e sensação intensa de inquietação, com necessidade de andar de um lado para o outro e vontade de bater a cabeça na parede. Nega febre, rigidez de nuca, déficit neurológico focal ou trauma. Entre as crises, o exame físico é normal. Diante do quadro, qual é a conduta mais apropriada para abortar a crise aguda?

(A) Administrar oxigênio a alto fluxo e sumatriptana subcutânea.
(B) Prescrever apenas paracetamol por via oral e orientar retorno ambulatorial.
(C) Iniciar betabloqueador oral como tratamento de resgate imediato.
(D) Administrar opioide intravenoso, por ser a opção mais eficaz para dor intensa.

---

29. Homem de 68 anos, hipertenso e portador de fibrilação atrial, é internado após sofrer evento neurológico grave. No exame neurológico, apresenta coma profundo, sem resposta motora a estímulos dolorosos, sem abertura ocular e sem resposta verbal. Permanece em ventilação mecânica e, após correção de causas metabólicas e exclusão de hipotermia e sedação residual, mantém pupilas em midríase fixa e arreativa e demonstra ausência de reflexos de tronco encefálico e ausência de *drive* respiratório ao teste de apneia. A neuroimagem é compatível com lesão encefálica estrutural catastrófica, com isquemia em território de artéria basilar. Diante desse quadro, qual é a conduta mais adequada?

(A) Considerar que o paciente está em morte encefálica e seguir o protocolo institucional para confirmação diagnóstica.
(B) Aguardar 72 horas para reavaliar, pois todo paciente em coma profundo pode recuperar-se espontaneamente.
(C) Iniciar anticoagulação plena, pois o quadro sugere AVC isquêmico extenso.
(D) Solicitar punção lombar para confirmar a causa do coma antes de qualquer outra conduta.

30. Mulher de 54 anos, com diagnóstico prévio de miastenia gravis generalizada há 3 anos, em uso irregular de piridostigmina e prednisona, chega ao pronto-socorro com piora progressiva de fraqueza há 48 horas. Refere disfagia, voz anasalada e dispneia aos mínimos esforços. Ao exame, apresenta ptose palpebral bilateral, fatigabilidade acentuada, disartria, fala entrecortada, incapacidade de pronunciar frases longas e uso de musculatura acessória para respirar, além de ortopneia com piora em decúbito. Há importante redução da capacidade vital forçada e queda progressiva da saturação. Qual é a conduta mais adequada?

(A) Internar em unidade de terapia intensiva e iniciar imunoglobulina intravenosa ou plasmaférese, com suporte ventilatório se necessário.
(B) Aumentar apenas a dose de piridostigmina e liberar a paciente para casa.
(C) Iniciar antibiótico empírico de amplo espectro e aguardar melhora espontânea antes de qualquer terapia específica.
(D) Suspender corticoide, pois ele sempre piora a miastenia e nunca deve ser usado na crise.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE (UFCSPA)
SANTA CASA DE PORTO ALEGRE

PROCESSO SELETIVO PARA RESIDÊNCIA MÉDICA — ANO 2027

RESIDÊNCIA MÉDICA COM PRÉ-REQUISITO - UFCSPA/SANTA CASA
PRM NEUROLOGIA PEDIÁTRICA

Nome:_____

Nº de Inscrição: | | | | | | |

Instruções

- Confira o material recebido (CADERNO DE QUESTÕES e CARTÃO DE RESPOSTAS); se houver falha, solicite a substituição ao fiscal da sala.
- Após conferir seus dados no CARTÃO DE RESPOSTAS (NOME, Nº de INSCRIÇÃO e PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MÉDICA), assine no local indicado.
- Este caderno contém **30 questões de múltipla escolha,** com quatro alternativas (**A**, **B**, **C** e **D**), das quais somente uma será a correta.
- O cartão de respostas é o único documento válido para a correção da prova objetiva, sendo de responsabilidade do candidato sua guarda durante a prova, seu preenchimento e sua entrega ao fiscal de sala.
- Preencha o CARTÃO DE RESPOSTAS, com bastante atenção, à caneta esferográfica, azul ou preta, ponta grossa, marcando uma única alternativa em cada questão.
- Verifique, no CARTÃO DE RESPOSTAS, as instruções para preenchimento. Sob nenhuma circunstância, o cartão de respostas será substituído devido a erro, desatenção ou falha no preenchimento por parte do candidato.
- Durante a realização da prova, estão vedados o empréstimo de materiais, a comunicação entre candidatos ou terceiros, a utilização de quaisquer dispositivos, como máquina calculadora e/ou similares, livros, anotações, réguas de cálculo, impressos ou qualquer outro material de consulta.
- A prova objetiva terá duração de até **3 horas**, incluído o tempo para preenchimento do CARTÃO DE RESPOSTAS.
- Após o início da prova, o candidato deverá permanecer na sala pelo **tempo mínimo de 60 minutos**.
- Ao terminar a prova, o candidato devolverá ao fiscal da sala o CARTÃO DE RESPOSTAS.
- O candidato somente poderá levar o caderno de provas **quando estiver faltando 60 minutos para o término do tempo total de duração da prova.** Por razões de segurança, o candidato que sair antes desse horário não poderá copiar as suas respostas.
- Os dois últimos candidatos de cada sala de prova deverão permanecer no recinto, a fim de acompanhar o lacre do material, quando então poderão retirar-se do local após concluído o procedimento.

DIREITOS AUTORAIS RESERVADOS. PROIBIDA A REPRODUÇÃO, AINDA QUE PARCIAL, SEM AUTORIZAÇÃO PRÉVIA.

1. Avaliando um paciente em coma, você não consegue elicitar o reflexo oculocefálico com as manobras de movimentação cefálica, então decide realizar teste calórico para avaliar o reflexo vestíbulo-ocular. Durante quanto tempo você deve instilar água gelada continuamente no canal auditivo externo da orelha direita e qual resposta espera encontrar se o tronco encefálico estiver intacto?

(A) 30 segundos; desvio tônico em direção à orelha D, com nistagmo para E.
(B) 60 segundos; desvio tônico em direção à orelha D, com nistagmo para E.
(C) 30 segundos; desvio tônico em direção à orelha E, com nistagmo para D.
(D) 60 segundos; desvio tônico em direção à orelha E, com nistagmo para D.

---

2. Em relação à epilepsia, avalie se as afirmativas são verdadeiras (V) ou falsas (F) e assinale a sequência correspondente.

( ) Em torno de 1/3 das epilepsias na vida adulta apresentam fatores de risco que podem ser identificados por meio da anamnese. Trauma craniano, infecções e AVC estão entre os mais comuns.
( ) Entre as causas genéticas de epilepsia, a maioria é devido à mutação de um único gene.
( ) A epilepsia benigna com pontas centrotemporais tipicamente inicia no final da adolescência e pode remitir espontaneamente.
( ) Crises epilépticas focais com sensação abdominal ascendente, náuseas e palidez podem se originar de estruturas límbicas.

(A) V - F - V - F.
(B) F - F - F - V.
(C) F - V - V - V.
(D) V - F - F - V.

---

3. Paciente feminina de 52 anos, previamente hígida, apresenta cefaleia súbita, intensa, descrita como “a pior da vida”, associada a náuseas e rigidez de nuca. TC de crânio sem contraste confirma hemorragia subaracnoidea (HSA) difusa (Fisher 3). Angio-TC identifica aneurisma sacular de artéria comunicante anterior. Após estabilização inicial, a paciente permanece internada em UTI neurológica. Em relação ao manejo e às complicações da hemorragia subaracnoidea aneurismática, assinale a alternativa correta.

(A) O vasoespasmo cerebral ocorre tipicamente nas primeiras 24 horas após a HSA.
(B) Nimodipino reduz a incidência angiográfica de vasoespasmo.
(C) A clipagem ou embolização do aneurisma deve ser postergada até a resolução do vasoespasmo.
(D) Nimodipino está indicado para reduzir risco de isquemia cerebral tardia.

4. Paciente masculino de 56 anos, previamente independente (mRS 0), apresenta AVC isquêmico extenso em território de artéria cerebral média direita. Evolui nas primeiras 36 horas com piora do nível de consciência e midríase ipsilateral intermitente, e TC de crânio mostra edema cerebral importante, desvio de linha média de 8mm e apagamento de cisternas basais. NIHSS inicial de 20. Em relação à hemicraniectomia descompressiva, assinale a alternativa correta.

(A) A hemicraniectomia deve ser considerada idealmente nas primeiras 48 horas do início dos sintomas.
(B) A indicação está restrita a pacientes com menos de 40 anos.
(C) O procedimento reduz a mortalidade, mas aumenta a proporção de sobreviventes com incapacidade grave sem melhora funcional.
(D) O procedimento só é indicado após falha comprovada de todas as medidas clínicas por mais de 72 horas.

---

5. Assinale a alternativa que indica as características mais específicas para o diagnóstico de paralisia supranuclear progressiva (PSP).

(A) Presença do sinal do aplauso e alterações no teste de Luria.
(B) Hipotensão ortostática grave precoce e disfunção urinária.
(C) Redução da velocidade e da amplitude das sacadas verticais, especialmente para o olhar para baixo.
(D) Ataxia apendicular e "*hot cross bun sign*" na RM de encéfalo.

---

6. Paciente de 32 anos, sexo feminino, apresenta episódios recorrentes de perda visual unilateral, parestesia nos membros inferiores e incontinência urinária. A ressonância magnética (RM) cerebral revela múltiplas lesões hiperintensas em T2 e FLAIR, algumas periventriculares e justacorticais, e uma lesão com realce pelo gadolínio. O líquido cefalorraquidiano (LCR) mostra bandas oligoclonais de IgG. O diagnóstico de esclerose múltipla (EM) é estabelecido. Sobre o diagnóstico e manejo da EM, assinale a alternativa INCORRETA.

(A) A presença de bandas oligoclonais de IgG no LCR é um achado comum na EM, com sensibilidade de 85-90%, mas não é específica para a doença.
(B) A mielite transversa é uma apresentação comum da EM, sendo caracterizada por um processo inflamatório monofásico da medula espinhal.
(C) O ocrelizumabe é a única terapia aprovada para a esclerose múltipla primariamente progressiva (EMPP) e também é eficaz em formas remitente-recorrentes.
(D) A fadiga é um sintoma comum e muitas vezes incapacitante da EM, podendo ocorrer independentemente da depressão e não estando necessariamente ligada a distúrbios do sono.

7. Paciente de 45 anos, sexo feminino, apresenta um quadro agudo de perda visual bilateral grave e paraparesia flácida. A ressonância magnética da medula espinhal revela uma lesão longitudinalmente extensa que abrange três segmentos vertebrais. O exame de LCR mostra pleocitose significativa. O teste para anticorpos antiaquaporina-4 (AQP4-IgG) é positivo. Qual das seguintes afirmações sobre a neuromielite óptica (NMO) é correta?

(A) A NMO é considerada uma variante da esclerose múltipla (EM), compartilhando a mesma patogênese e resposta ao tratamento.
(B) O envolvimento medular na NMO é tipicamente caracterizado por lesões curtas e focais.
(C) O anticorpo antiaquaporina-4 (AQP4-IgG) é um biomarcador altamente específico para NMO, auxiliando na distinção da EM.
(D) O tratamento da NMO geralmente envolve o uso de interferon-beta, que é a terapia de primeira linha para prevenir recaídas.

---

8. Paciente de 50 anos chega na emergência com queixa de movimentos involuntários que iniciaram há dois dias e vêm atrapalhando movimentação normal. Ao exame, você observa movimentos arrítmicos, aleatórios, rápidos e fluidos que diagnostica como coreia. A etiologia a ser pensada no diagnóstico diferencial desse caso inclui as seguintes alternativas, EXCETO:

(A) Doença de Huntington.
(B) Coreia induzida pela levodopa.
(C) AVC.
(D) Encefalite herpética.

---

9. Paciente do sexo feminino, 22 anos, procura emergência com quadro de fraqueza ascendente com evolução de 3 dias e piora progressiva. Ao exame, encontra-se bastante ansiosa e taquicárdica, além de apresentar tetraparesia flácida com reflexos abolidos. Familiares referem antecedente de várias internações prévias por episódios de dor abdominal recorrente, amplamente investigados com exames de imagem e sem diagnóstico conclusivo. Considerando a hipótese diagnóstica mais provável, qual das alternativas abaixo representa a propedêutica mais adequada?

(A) A hipótese de porfiria intermitente aguda deve ser considerada. Portanto, deve-se solicitar com urgência a dosagem do porfobilinogênio urinário.
(B) O diagnóstico é síndrome de Guillain-Barré. Portanto, deve-se iniciar, com urgência, pulsoterapia com metilprednisolona 1g/kg.
(C) Trata-se provavelmente de um quadro neurológico funcional, tendo em vista várias internações prévias amplamente investigadas e presença de sintomas de ansiedade evidentes.
(D) Trata-se de um quadro de síndrome de Guillain-Barré. Portanto, deve-se realizar eletroneuromiografia e iniciar plasmaférese.

10. Paciente do sexo masculino, 68 anos, apresenta quadro de fraqueza muscular progressiva e indolor, com um padrão predominantemente distal. Estudos eletrofisiológicos evidenciaram um processo motor, assimétrico e multifocal. Foi realizado estudo do líquor, que evidenciou elevação de proteínas e pleocitose. Qual etiologia deve ser considerada como mais provável?

(A) Esclerose lateral amiotrófica.
(B) Polirradiculite infecciosa ou neoplásica.
(C) Polirradiculoneuropatia desmielinizante inflamatória crônica.
(D) Neuropatia motora multifocal.

---

11. Você recebe uma criança de 7 anos encaminhada à emergência por trauma cranioencefálico (TCE). Ela necessita de estímulo doloroso para abertura ocular, apresenta retirada em flexão do membro superior e emite sons incompreensíveis. Segundo sua avaliação, trata-se de TCE:

(A) Leve.
(B) Moderado.
(C) Grave.
(D) São necessários mais dados para classificar.

---

12. Paciente de 18 anos está internado com desidratação grave por diarreia. Exame: pele seca, letargia, pressão arterial baixa. Gasometria: Na^+ sérico 118mEq/L e osmolaridade baixa. Referência Na^+ sérico: 135mEq/L - 145mEq/L. Qual é a complicação mais grave da correção rápida dessa condição?

(A) Edema cerebral.
(B) Edema agudo de pulmão.
(C) Mielinólise pontina.
(D) Rabdomiólise.

---

13. Todas as situações abaixo são consideradas fatores de risco para convulsão futura após um episódio de convulsão febril, EXCETO:

(A) Convulsão febril complexa.
(B) Duração da febre de menos de 90 minutos antes do início da convulsão.
(C) Anormalidade no desenvolvimento neurológico.
(D) História familiar de epilepsia.

---

14. Em relação à Síndrome de Lennox-Gastaut (SLG), assinale a alternativa correta.

(A) As crises convulsivas dificilmente ocorrem durante o sono e são caracterizadas principalmente como espasmos involuntários.
(B) Crises como "queda súbita" são um marco diagnóstico.
(C) Pacientes com SLG costumam apresentar declínio cognitivo, mas sem alteração de comportamento.
(D) A maioria dos casos tem etiologia bem definida, decorrente de lesões estruturais graves.

15. Homem de 18 anos, previamente hígido, ingeriu quantidade desconhecida de ecstasy (MDMA - metilenodioximetanfetamina) em uma festa e iniciou com cefaleia, vômitos e episódio de convulsão. O resultado dos exames de laboratório vai demorar pelo menos 4 horas. Diante desse quadro, inicia-se tratamento empírico com:

(A) Soro glicosado 5%.
(B) Soro fisiológico 0,9%.
(C) Soro hipertônico 3%.
(D) Ringer lactato.

---

16. Menino de 15 meses com queixa de irritabilidade, palidez e emagrecimento há 2 meses. Apresenta lesões azuladas periorbitárias e hepatomegalia. Ao exame: PA normal, FC 120bpm, sem febre. Ultrassonografia abdominal revela massa suprarrenal direita. Exames laboratoriais mostram aumento de catecolaminas urinárias. Considerando o caso descrito, qual é o diagnóstico mais provável?

(A) Linfoma de Burkitt.
(B) Tumor de Wilms.
(C) Neuroblastoma metastático.
(D) Hepatoblastoma com metástase.

---

17. Em relação à doença do refluxo gastroesofágico (DRGE) na criança, analise as afirmativas abaixo e assinale a alternativa correta.

I. O diagnóstico de DRGE é basicamente clínico.
II. Considera-se que a maioria dos episódios de refluxo em lactentes é não ácida ou fracamente ácida.
III. Em alguns pacientes pediátricos, a DRGE pode ser crônica, com risco de desenvolver sequelas mais graves, como esôfago de Barrett e adenocarcinoma de esôfago.

(A) Apenas as afirmativas I e II estão corretas.
(B) Apenas as afirmativas I e III estão corretas.
(C) Apenas as afirmativas II e III estão corretas.
(D) Todas as afirmativas estão corretas.

---

18. São sinais de gravidade da insuficiência respiratória:

I. Presença de exaustão.
II. Tosse contínua.
III. Palidez.
IV. Alteração de consciência.

(A) Apenas as afirmativas I, II e III estão corretas.
(B) Apenas as afirmativas I, II e IV estão corretas.
(C) Apenas as afirmativas I, III e IV estão corretas.
(D) Apenas as afirmativas II, III e IV estão corretas.

19. Criança de três meses apresenta, nas últimas 48 horas, um aumento da demanda de leite materno. A mãe, preocupada com a necessidade de diminuir o intervalo entre as mamadas e aumentar o tempo durante a amamentação, liga para o médico em busca de orientações sobre como proceder. Qual das orientações abaixo é a mais adequada para esse caso?

(A) Orientar a mãe a aumentar sua ingestão de líquidos (água) e prescrever metoclopramida para auxiliar no aumento da produção de leite.
(B) Iniciar a introdução de frutas para melhorar a saciedade e o aporte calórico da criança, juntamente com a manutenção do aleitamento materno.
(C) Complementar o aleitamento materno com fórmula láctea de partida para garantir um adequado aporte calórico e atendimento às necessidades da criança.
(D) Tranquilizar a mãe e observar o peso e comportamento da criança, pois pode tratar-se de um período de aceleração do crescimento, que se manifesta por um aumento da demanda de leite.

---

20. Menino de 2 anos, previamente hígido, é levado ao pronto atendimento por dor abdominal leve e em cólica há 24 horas, associada a fezes amolecidas com sangue vivo. A mãe relata que o episódio começou subitamente, sem febre, e que a criança apresenta palidez e prostração. Ao exame físico: PA 95/60mmHg, FC 112bpm e abdome levemente distendido e pouco doloroso difusamente à palpação, sem sinais de irritação peritoneal. Toque retal: presença de sangue vivo. Considerando o quadro apresentado, qual é o diagnóstico mais provável?

(A) Invaginação intestinal.
(B) Doença inflamatória intestinal.
(C) Divertículo de Meckel.
(D) Apendicite aguda atípica.

---

21. Um menino de 6 anos de idade apresenta púrpura palpável em membros inferiores, dor abdominal tipo cólica e artralgia de tornozelos. O diagnóstico clínico é de vasculite por IgA (púrpura de Henoch-Schönlein). Considerando a fisiopatologia, qual é o mecanismo imunopatológico central responsável pelas lesões vasculares observadas?

(A) Deposição de imunocomplexos contendo predominantemente IgA1 com glicosilação aberrante na parede de pequenos vasos.
(B) Produção de autoanticorpos anticitoplasma de neutrófilos (ANCA) que ativam a via alternativa do complemento.
(C) Infiltração direta de linfócitos T citotóxicos na túnica média de artérias de médio calibre, causando aneurismas.
(D) Deficiência congênita de proteínas reguladoras da coagulação, levando à microtrombose difusa sem componente inflamatório.

22. Uma criança de 6 anos com diagnóstico de asma apresenta exacerbação leve caracterizada por tosse, sibilos ocasionais e pequena limitação para brincar. Não apresenta sinais de gravidade nem necessidade de internação. Considerando a estratégia preferencial de alívio recomendada pelo GINA 2026, assinale a alternativa correta.

(A) O tratamento de alívio deve priorizar estratégias que ofereçam também ação anti-inflamatória.
(B) O tratamento ideal da crise consiste em utilizar broncodilatador de curta ação isoladamente.
(C) Corticosteroides inalatórios devem ser reservados apenas para pacientes com internações prévias.
(D) O principal objetivo do tratamento é melhorar sintomas.

---

23. Um recém-nascido de 25 dias foi encaminhado ao ambulatório especializado após triagem neonatal sugestiva de fibrose cística. Apresenta esteatorreia, ganho ponderal insatisfatório e elastase fecal compatível com insuficiência pancreática exócrina. Durante a discussão do caso, pela idade do paciente, um médico sugere aguardar a confirmação diagnóstica definitiva da fibrose cística antes de iniciar a terapia de reposição enzimática (TRE), enquanto outro defende seu início imediato. Considerando as recomendações da Sociedade Brasileira de Pediatria, qual é a melhor conduta?

(A) Aguardar a confirmação diagnóstica definitiva, pois a TRE pode interferir nos resultados dos testes diagnósticos para fibrose cística.
(B) Iniciar a TRE apenas após o início da alimentação complementar, quando a digestão de gorduras se torna mais complexa.
(C) Iniciar a TRE somente se houver perda ponderal superior a 10% do peso corporal.
(D) Iniciar a TRE imediatamente diante da evidência de insuficiência pancreática, mesmo antes da confirmação definitiva da fibrose cística.

---

24. Uma criança de 5 anos é atendida no pronto-socorro com febre há 48 horas, tosse, taquipneia e infiltrado pulmonar à radiografia de tórax, sendo diagnosticada com pneumonia adquirida na comunidade (PAC). O calendário vacinal está atualizado. Durante a investigação, a procalcitonina (PCT) sérica resulta em 0,08ng/mL. Considerando as evidências atuais sobre o uso da procalcitonina na PAC pediátrica, é correto afirmar que esse resultado:

(A) Reduz significativamente a probabilidade de pneumonia bacteriana, porque valores de PCT < 0,1ng/mL apresentam elevado valor preditivo negativo.
(B) Indica elevada probabilidade de etiologia viral, pois o alto valor preditivo negativo implica simultaneamente baixo valor preditivo positivo para pneumonia bacteriana.
(C) Torna desnecessária a avaliação radiológica e epidemiológica, pois o alto valor preditivo negativo da PCT supera o desempenho diagnóstico desses métodos.
(D) Praticamente exclui pneumonia bacteriana grave, mas não modifica a probabilidade de pneumonia bacteriana de menor gravidade.

25. Uma criança de 6 anos, previamente hígida, está internada por pneumonia adquirida na comunidade, complicada por derrame pleural parapneumônico loculado. Após drenagem torácica, a equipe discute as opções terapêuticas para acelerar a resolução do quadro. O cirurgião pediátrico sugere videotoracoscopia (VATS), enquanto o intensivista propõe drenagem associada à fibrinólise intrapleural. Com base nas evidências atuais, qual é a intervenção mais adequada para orientar a decisão terapêutica?

(A) A VATS deve ser sempre a primeira escolha, pois apresenta taxas de sucesso superiores às da fibrinólise em todos os estudos comparativos.
(B) A fibrinólise deve ser sempre preferida porque apresenta menor invasividade e resultados clínicos superiores à VATS.
(C) Tanto a VATS quanto a fibrinólise representam opções efetivas, devendo a escolha considerar experiência da equipe e a disponibilidade local.
(D) A presença de loculações pleurais contraindica o uso de fibrinolíticos, tornando a VATS a única alternativa terapêutica recomendada.

---

26. Um menino de 10 anos, previamente saudável, foi submetido à amputação transfemoral direita após acidente automobilístico ocorrido há 8 meses. Durante consulta de seguimento, apresenta peso medido de 36kg e estatura adequada para a idade. O interno calcula o IMC utilizando diretamente o peso aferido e conclui que o paciente apresenta eutrofia. O preceptor questiona essa conduta e solicita nova análise. Qual é a principal justificativa para essa intervenção?

(A) O peso aferido após amputação tende a superestimar o estado nutricional, exigindo correção antes da interpretação antropométrica.
(B) O peso aferido após amputação tende a subestimar o peso corporal de referência, devendo ser corrigido para estimar o peso não amputado antes da classificação nutricional.
(C) O índice de massa corporal não pode ser utilizado em pacientes amputados, independentemente da extensão da amputação.
(D) A avaliação nutricional de pacientes amputados deve basear-se exclusivamente na estatura, pois o peso perde validade clínica.

27. Paciente de 10 anos de idade é trazido por sua mãe à consulta de rotina com pediatra. A mãe conta ao pediatra que o paciente concluiu a avaliação psiquiátrica e foi diagnosticado com transtorno de hiperatividade e déficit de atenção. Ela pergunta ao pediatra por que o paciente tem esse transtorno, querendo entender quais são os fatores de risco para esse diagnóstico. Sobre isso, assinale a alternativa correta.

(A) A herdabilidade desse transtorno é extremamente baixa, pois poucos estudos encontraram associação familiar relacionada a ele.
(B) Existem alguns fatores de risco, tais como baixo peso ao nascer e prematuridade, que podem contribuir para a etiologia desse transtorno.
(C) O tabagismo materno oferece uma proteção para o desenvolvimento desse transtorno.
(D) Esse transtorno se caracteriza por uma falha na maturidade cerebral e é pouco provável que os sintomas de hiperatividade regridam com o desenvolvimento.

28. Um lactente de 4 meses apresenta diarreia crônica, baixo ganho ponderal e dermatite atópica extensa. Após investigação, foi diagnosticado com alergia à proteína do leite de vaca (APLV) associada a comprometimento importante do trato gastrintestinal. A mãe interrompeu o aleitamento materno por complicações clínicas próprias e necessita escolher uma alternativa alimentar. Dentre as seguintes propostas nutricionais, qual é a mais adequada para esse caso:

(A) Fórmula extensamente hidrolisada, por apresentar proteínas com reduzida antigenicidade e indicação para lactentes com APLV e comprometimento gastrointestinal.
(B) Fórmula à base de proteína isolada de soja, pois apresenta perfil proteico adequado e menor custo.
(C) Fórmula parcialmente hidrolisada, pois a hidrólise parcial reduz suficientemente a antigenicidade da proteína do leite.
(D) Composto lácteo enriquecido com vitaminas e minerais, pois fornece aporte nutricional semelhante ao das fórmulas infantis.

29. Sobre a conduta frente à presença de líquido amniótico meconial durante o atendimento ao RN em sala de parto, assinale a alternativa INCORRETA.

(A) A aspiração de orofaringe e nasofaringe ao desprendimento do polo cefálico do concepto não deve ser realizada.
(B) Se o RN é de termo, está respirando ou chorando e com tônus muscular em flexão, ele apresenta boa vitalidade e deve continuar junto de sua mãe depois do clampeamento do cordão.
(C) Se o RN for pré-termo tardio ou pós-termo, não iniciou movimentos respiratórios regulares ou apresenta tônus muscular flácido, é necessário levá-lo à mesa de reanimação e realizar os passos iniciais, sendo prudente incluir a aspiração de vias aéreas superiores.
(D) No RN levado à mesa de reanimação para os passos iniciais e que apresenta apneia, respiração irregular e/ou FC<100bpm, é fundamental a realização da laringoscopia direta imediata com aspiração traqueal.

30. Um recém-nascido com 38 semanas de idade gestacional, parto vaginal sem intercorrências, apresenta, ao exame físico realizado com 24 horas de vida, uma tumoração de consistência amolecida no couro cabeludo. A lesão ultrapassa as linhas de sutura cranianas e surgiu logo após o nascimento. O lactente encontra-se ativo, com exame neurológico normal. Sobre esse achado e sua interpretação, é correto afirmar que:

(A) Trata-se provavelmente de cefalohematoma, cuja principal característica é ultrapassar as linhas de sutura.
(B) Trata-se provavelmente de bossa serossanguínea (*caput succedaneum*), relacionada ao trauma do parto e com tendência à reabsorção rápida.
(C) Sugere hidrocefalia neonatal e deve motivar investigação imediata por neuroimagem.
(D) Abaulamento pode ser compatível com meningite neonatal, sendo necessária punção lombar.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE (UFCSPA)
SANTA CASA DE PORTO ALEGRE

PROCESSO SELETIVO PARA RESIDÊNCIA MÉDICA — ANO 2027

RESIDÊNCIA MÉDICA COM PRÉ-REQUISITO - UFCSPA/SANTA CASA
PRM ANGIORRADIOLOGIA E CIRURGIA ENDOVASCULAR

Nome:_____

Nº de Inscrição: | | | | | | |

Instruções

- Confira o material recebido (CADERNO DE QUESTÕES e CARTÃO DE RESPOSTAS); se houver falha, solicite a substituição ao fiscal da sala.
- Após conferir seus dados no CARTÃO DE RESPOSTAS (NOME, Nº de INSCRIÇÃO e PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MÉDICA), assine no local indicado.
- Este caderno contém **30 questões de múltipla escolha,** com quatro alternativas (**A**, **B**, **C** e **D**), das quais somente uma será a correta.
- O cartão de respostas é o único documento válido para a correção da prova objetiva, sendo de responsabilidade do candidato sua guarda durante a prova, seu preenchimento e sua entrega ao fiscal de sala.
- Preencha o CARTÃO DE RESPOSTAS, com bastante atenção, à caneta esferográfica, azul ou preta, ponta grossa, marcando uma única alternativa em cada questão.
- Verifique, no CARTÃO DE RESPOSTAS, as instruções para preenchimento. Sob nenhuma circunstância, o cartão de respostas será substituído devido a erro, desatenção ou falha no preenchimento por parte do candidato.
- Durante a realização da prova, estão vedados o empréstimo de materiais, a comunicação entre candidatos ou terceiros, a utilização de quaisquer dispositivos, como máquina calculadora e/ou similares, livros, anotações, réguas de cálculo, impressos ou qualquer outro material de consulta.
- A prova objetiva terá duração de até **3 horas**, incluído o tempo para preenchimento do CARTÃO DE RESPOSTAS.
- Após o início da prova, o candidato deverá permanecer na sala pelo **tempo mínimo de 60 minutos**.
- Ao terminar a prova, o candidato devolverá ao fiscal da sala o CARTÃO DE RESPOSTAS.
- O candidato somente poderá levar o caderno de provas **quando estiver faltando 60 minutos para o término do tempo total de duração da prova.** Por razões de segurança, o candidato que sair antes desse horário não poderá copiar as suas respostas.
- Os dois últimos candidatos de cada sala de prova deverão permanecer no recinto, a fim de acompanhar o lacre do material, quando então poderão retirar-se do local após concluído o procedimento.

DIREITOS AUTORAIS RESERVADOS. PROIBIDA A REPRODUÇÃO, AINDA QUE PARCIAL, SEM AUTORIZAÇÃO PRÉVIA.

1. Na angiotomografia computadorizada, qual achado constitui sinal direto de tromboembolismo pulmonar agudo?

(A) Derrame pleural.
(B) Opacidade em vidro fosco.
(C) Atelectasia laminar.
(D) Falha de enchimento intraluminal da artéria pulmonar.

---

2. Homem de 68 anos, tabagista de 45 maços-ano, realiza tomografia computadorizada do tórax que evidencia nódulo sólido de 2,1cm no lobo superior direito, com margens espiculadas e discreta retração pleural adjacente. Não há calcificações ou gordura identificáveis. Diante disso, assinale a alternativa correta.

(A) A presença de espiculações praticamente confirma tratar-se de lesão benigna.
(B) A ausência de calcificações exclui hamartoma, porém reduz significativamente a possibilidade de neoplasia.
(C) O crescimento documentado em exames seriados é um dos principais indicadores de malignidade.
(D) Nódulos sólidos maiores que 2cm apresentam baixo risco de malignidade quando localizados em lobos superiores.

---

3. As alternativas abaixo apresentam características das bronquiectasias, EXCETO:

(A) Dilatação patológica reversível das vias aéreas de forma focal ou difusa.
(B) Relação broncoarterial aumentada "sinal do anel de sinete".
(C) Possibilidade de classificação em cilíndricas, varicosas e císticas, conforme a aparência do brônquio acometido e o grau de severidade.
(D) Radiografia com baixa sensibilidade e especificidade no diagnóstico.

---

4. São padrões tomográficos característicos da sarcoidose pulmonar, EXCETO:

(A) Presença de nódulos perilinfáticos.
(B) Acometimento frequente dos campos pulmonares inferiores.
(C) Alta frequência de linfonodomegalias hilares e mediastinais (cerca de 90% dos pacientes).
(D) Regressão espontânea ou evolução para fibrose pulmonar.

---

5. A respeito da avaliação do nódulo pulmonar solitário, é correto afirmar que:

(A) Quanto menor é o tamanho do nódulo, maior é a probabilidade de benignidade.
(B) 80% dos nódulos menores do que 2,0cm de diâmetro são malignos.
(C) A presença de calcificação em pipoca favorece malignidade.
(D) Os nódulos contendo gordura são sempre benignos.

6. Em relação aos achados de imagem da tuberculose, é correto afirmar que:

(A) Na tuberculose primária, as linfonodomegalias hilares e mediastinais são mais comuns em crianças do que nos adultos.
(B) Os achados mais frequentes da tuberculose pós-primária na tomografia computadorizada são de múltiplos micronódulos não calcificados com distribuição randômica.
(C) Na tuberculose miliar, há predomínio de nódulos centrolobulares tipo "árvore em brotamento".
(D) Em todas as formas clínicas da tuberculose, o padrão predominante na tomografia computadorizada é de opacidades em “vidro-fosco” esparsas nos pulmões.

---

7. Em relação aos achados de imagem dos tumores gástricos, assinale a alternativa correta.

(A) O adenocarcinoma gástrico geralmente apresenta crescimento exofítico exuberante com pouca infiltração da parede.
(B) Aproximadamente 70% dos GIST originam-se na mucosa gástrica, produzindo espessamento superficial difuso.
(C) O GIST frequentemente apresenta crescimento exofítico, podendo conter áreas de necrose e ulceração.
(D) O adenocarcinoma raramente determina espessamento parietal.

---

8. Paciente de 72 anos, diabético em uso de metformina, será submetido à angiotomografia de aorta com contraste iodado intravenoso. Apresenta taxa de filtração glomerular estimada (TFGe) de 24mL/min/1,73m². Sobre a conduta em relação à metformina, assinale a alternativa correta.

(A) A metformina pode ser mantida, pois o contraste iodado intravenoso não aumenta o risco de acidose láctica.
(B) A metformina deve ser suspensa apenas no dia anterior ao exame, podendo ser reiniciada imediatamente após sua realização.
(C) A metformina deve ser suspensa no dia do exame e permanecer suspensa por 48 horas, sendo reiniciada apenas após confirmação de estabilidade da função renal.
(D) A suspensão da metformina é obrigatória em todos os pacientes submetidos à administração de contraste iodado, independentemente da função renal.

---

9. Em relação aos achados de imagem dos nódulos hepáticos benignos, assinalar a alternativa INCORRETA.

(A) O hemangioma costuma ter realce nodular periférico e descontínuo.
(B) A hiperplasia nodular focal costuma ter hiperrealce arterial homogêneo com cicatriz central.
(C) O adenoma pode apresentar hemorragia e transformação maligna.
(D) O angiomiolipoma é um tumor mesenquimal maligno raro do fígado.

10. Sobre os incidentalomas adrenais, assinale a alternativa INCORRETA.

(A) O adenoma é um tumor do córtex da adrenal.
(B) A maioria dos adenomas são ricos em gordura intracitoplasmática.
(C) Na tomografia sem contraste, os adenomas apresentam atenuação média entre -20UH e 10UH.
(D) Os adenomas tipicamente apresentam atenuação heterogênea com necrose.

---

11. Em relação à classificação de Bosniak 2019 para cistos renais, assinale a alternativa correta.

(A) Cistos Bosniak II apresentam espessamento irregular da parede com realce ao contraste.
(B) Lesões Bosniak IIF apresentam baixo risco de malignidade e necessitam de acompanhamento por imagem.
(C) Lesões Bosniak III possuem até 3 septos finos (2mm).
(D) A presença de qualquer calcificação mural classifica automaticamente a lesão como Bosniak IV.

---

12. São critérios definidores de hepatocarcinoma (CHC) por imagem, EXCETO:

(A) Lesão maior ou igual a 1cm.
(B) Lesão com hiperrealce arterial periférico e descontínuo.
(C) Lavagem na fase venosa.
(D) Pseudocápsula com impregnação em fase tardia.

---

13. Em relação às hemorragias intracerebrais espontâneas relacionadas à hipertensão arterial, assinale a alternativa correta.

(A) As hemorragias hipertensivas acometem preferencialmente putâmen, cápsula interna e tálamo.
(B) A localização mais frequente é o lobo occipital.
(C) A presença de hemorragia lobar em paciente idoso favorece hipertensão como principal etiologia.
(D) A sequência SWI não possui utilidade na investigação dessas hemorragias.

---

14. A respeito da avaliação por imagem do acidente vascular cerebral (AVC), assinale a alternativa correta.

(A) O propósito imediato de um estudo de imagem em um paciente com suspeita de AVC é diferenciar as causas das lesões isquêmicas agudas.
(B) Nas primeiras 6 horas do AVC, as alterações isquêmicas agudas já podem ser perceptíveis na tomografia computadorizada.
(C) A ressonância magnética permanece como método de imagem preferencial para a avaliação inicial dos pacientes com AVC.
(D) A ressonância magnética consegue detectar lesões isquêmicas agudas com alta sensibilidade e especificidade na sequência T2.

15. Em relação à avaliação por imagem do traumatismo cranioencefálico (TCE), assinale a alternativa correta.

(A) A maioria dos hematomas epidurais estão associados à fratura.
(B) A maioria dos hematomas epidurais têm origem em uma lesão venosa.
(C) O aspecto clássico de imagem do hematoma subdural agudo é biconvexo.
(D) A tomografia computadorizada tem alta sensibilidade em detectar lesão axonal difusa.

---

16. Em relação à síndrome de reperfusão após quadros de oclusão arterial aguda das extremidades, assinale a alternativa correta.

(A) As consequências metabólicas sistêmicas incluem alcalose metabólica e hipopotassemia, com risco de parada cardíaca.
(B) Identificada mioglobinúria, a hemodiálise deve ser instituída precocemente para evitar depósito tubular e insuficiência renal.
(C) A fasciotomia deve ser indicada na suspeita de síndrome compartimental, mas o achado de endurecimento do grupamento muscular indica lesão irreversível, contraindicando sua realização.
(D) A fasciotomia preferencialmente indicada é a do compartimento anterior, que pode facilmente ser estendida para o compartimento lateral pela mesma incisão cutânea.

---

17. Em relação ao exame de ultrassonografia vascular, assinale a alternativa correta.

(A) A ecogenicidade da estrutura de interesse não depende da sua composição, mas sim dos ajustes de ganho parcial e total.
(B) Em pacientes obesos ou com edema acentuado, transdutores de menor frequência podem ser utilizados para compensar perdas pela atenuação do ultrassom.
(C) Em modo B, estruturas vasculares anecoicas sugerem alterações patológicas como placas de ateroma ou trombo.
(D) A sombra acústica posterior impede ou dificulta a visualização de estruturas profundas a estruturas anecoicas.

---

18. Uma das variações anatômicas mais frequentes decorrentes de anomalias no desenvolvimento do arco aórtico é o chamado "tronco bovino". Essa anomalia se caracteriza pela:

(A) Origem anômala da artéria subclávia direita diretamente da aorta descendente.
(B) Fusão completa das artérias carótidas comuns direita e esquerda na origem aórtica.
(C) Duplicação completa do arco aórtico com compressão extrínseca do esôfago.
(D) Origem da carótida comum esquerda a partir de um tronco arterial comum que também origina o tronco braquiocefálico.

19. Analisando conceitualmente a equação de Hagen-Poiseuille, fundamental para a compreensão da hidrodinâmica no sistema circulatório, conclui-se que o fluxo sanguíneo (Q) apresenta uma relação matemática específica com o raio do vaso (r). Qual é essa relação?

(A) O fluxo é inversamente proporcional ao quadrado do raio.
(B) O fluxo é diretamente proporcional ao raio.
(C) O fluxo é diretamente proporcional à quarta potência do raio.
(D) O fluxo é inversamente proporcional à terceira potência do raio.

---

20. Durante a avaliação clínica de fístulas arteriovenosas (FAVs), especialmente as de alto débito, a realização da compressão digital sobre o local da comunicação anormal provoca uma resposta hemodinâmica sistêmica imediata caracterizada por bradicardia. Esse fenômeno clínico é conhecido como sinal de:

(A) Schwartz.
(B) Perthes.
(C) Homans.
(D) Nicoladoni-Branham.

---

21. O edema de membros inferiores é um achado clínico comum e um dos primeiros sinais de microangiopatia na doença venosa crônica. De acordo com a classificação diagnóstica CEAP, a presença de edema isolado sem alterações tróficas cutâneas enquadra o membro em qual categoria?

(A) C1
(B) C2
(C) C3
(D) C4

---

22. No exame físico venoso de membros inferiores, o examinador aplica um garrote no terço médio da coxa com o paciente em ortostatismo e solicita que este deambule, observando se ocorre ou não o esvaziamento das varizes superficiais. Essa manobra clássica destina-se a avaliar a perviedade do sistema profundo e a competência das perfurantes, sendo chamada de:

(A) Manobra de Trendelenburg.
(B) Manobra de Perthes.
(C) Teste da percussão de Schwartz.
(D) Manobra de Linton.

23. O sistema SVS-WIfI foi desenvolvido pela Sociedade de Cirurgia Vascular Americana para estimar o risco de amputação em 1 ano e o benefício de revascularização em membros inferiores ameaçados. Esse sistema baseia-se na estratificação de gravidade de três eixos fundamentais, que são:

(A) Dor, edema de tornozelo e extensão de necrose.
(B) Úlcera diabética, neuropatia periférica e osteomielite.
(C) Ferida, isquemia e infecção do pé.
(D) Perda de pulsos, extensão da obstrução (TASC) e risco anestésico (ASA).

---

24. Em relação às derivações extra-anatômicas, assinale a alternativa que descreve corretamente uma característica da derivação femorofemoral cruzada.

(A) Apresenta resultados inferiores em termos de patência quando comparada a outras derivações extra-anatômicas.
(B) Foi descrita originalmente por Geier *et al.* no ano de 1962.
(C) Cursa em um trajeto subcutâneo suprapúbico, conduzindo o fluxo da femoral doadora para a femoral receptora.
(D) É realizada preferencialmente por via retroperitoneal profunda devido ao alto risco de infecção suprapúbica.

---

25. Em relação à "Síndrome de Quebra-Nozes", assinale a alternativa que define corretamente sua base anatomofisiológica.

(A) Compressão extrínseca sofrida pela veia renal esquerda entre a aorta abdominal e a artéria mesentérica superior.
(B) Compressão da veia ilíaca comum esquerda pela artéria ilíaca comum direita contra a coluna vertebral.
(C) Obstrução trombótica aguda da veia cava inferior supra-hepática associada à síndrome de Budd-Chiari.
(D) Compressão extrínseca da artéria mesentérica superior entre a veia renal esquerda e a aorta abdominal.

---

26. Qual é o principal fator hemodinâmico que torna a reconstrução de grandes veias com enxertos ou stents mais suscetível à trombose quando comparada ao território arterial?

(A) A alta complacência da parede venosa e a ausência completa de proteínas C e S na circulação periférica.
(B) O diâmetro reduzido das próteses e stents venosos em relação aos enxertos arteriais.
(C) O fluxo menor nos enxertos ou stents venosos, decorrente principalmente da baixa pressão no sistema e da circulação colateral desenvolvida.
(D) O refluxo retrógrado contínuo provocado pela abertura de múltiplas fístulas arteriovenosas peroperatórias.

27. A patogênese descrita por May e Thurner em 1956 associa a hipertrofia intimal e as obstruções parciais na veia ilíaca comum esquerda a qual estresse mecânico crônico?

(A) Compressão exercida pelas pulsações da artéria ilíaca comum direita que a pressiona contra a coluna vertebral/vértebra lombar.
(B) Atrito contínuo gerado pela passagem do ureter esquerdo sobre a bifurcação ilíaca.
(C) Compressão sofrida entre a aorta abdominal e a artéria mesentérica superior.
(D) Estiramento venoso decorrente de lordose lombar severa em pacientes obesos.

---

28. Na ausência de diretrizes mundiais estabelecidas ou estudos que respaldem condutas invasivas, o tratamento de pacientes com a "anatomia de May-Thurner" (compressão anatômica visível) deve:

(A) Recair apenas sobre os pacientes que possuam sintomas significativos.
(B) Implantar rotineiramente stent venoso de grande diâmetro, mesmo em pacientes assintomáticos.
(C) Indicar transposição cirúrgica aberta imediata de urgência em todos os casos de compressão maior que 50%.
(D) Incluir realização preventiva de fístula arteriovenosa temporária para aumentar o fluxo ilíaco.

---

29. No suprimento venoso superficial do membro superior, a disposição clássica na fossa cubital é caracterizada pela veia intermédia do antebraço dividindo-se em dois ramos que desembocam nas veias basílica e cefálica. Como é denominada essa disposição anatômica?

(A) Y invertido.
(B) M clássico.
(C) Arco anastomótico.
(D) Plexo de Gerota.

---

30. De acordo com os critérios de história e exame físico estabelecidos, quais são os diâmetros luminais mínimos, medidos preferencialmente por ultrassom Doppler, recomendados para a seleção da artéria e da veia na confecção de uma FAV para hemodiálise?

(A) Artéria ao menos 1,0mm e veia mais de 1,5mm.
(B) Artéria ao menos 2,0mm e veia mais de 2,5mm.
(C) Artéria ao menos 3,0mm e veia mais de 4,0mm.
(D) Ambos os vasos devem apresentar diâmetro mínimo de 5,0mm.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE (UFCSPA)
SANTA CASA DE PORTO ALEGRE

PROCESSO SELETIVO PARA RESIDÊNCIA MÉDICA — ANO 2027

RESIDÊNCIA MÉDICA COM PRÉ-REQUISITO - UFCSPA/SANTA CASA
PRM CARDIOLOGIA PEDIÁTRICA

ESPECIALIZAÇÃO MÉDICA SANTA CASA DE PORTO ALEGRE (CARDIOLOGIA PEDIÁTRICA)

Nome:_____

Nº de Inscrição: | | | | | | |

Instruções

- Confira o material recebido (CADERNO DE QUESTÕES e CARTÃO DE RESPOSTAS); se houver falha, solicite a substituição ao fiscal da sala.
- Após conferir seus dados no CARTÃO DE RESPOSTAS (NOME, Nº de INSCRIÇÃO e PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MÉDICA), assine no local indicado.
- Este caderno contém **30 questões de múltipla escolha,** com quatro alternativas (**A**, **B**, **C** e **D**), das quais somente uma será a correta.
- O cartão de respostas é o único documento válido para a correção da prova objetiva, sendo de responsabilidade do candidato sua guarda durante a prova, seu preenchimento e sua entrega ao fiscal de sala.
- Preencha o CARTÃO DE RESPOSTAS, com bastante atenção, à caneta esferográfica, azul ou preta, ponta grossa, marcando uma única alternativa em cada questão.
- Verifique, no CARTÃO DE RESPOSTAS, as instruções para preenchimento. Sob nenhuma circunstância, o cartão de respostas será substituído devido a erro, desatenção ou falha no preenchimento por parte do candidato.
- Durante a realização da prova, estão vedados o empréstimo de materiais, a comunicação entre candidatos ou terceiros, a utilização de quaisquer dispositivos, como máquina calculadora e/ou similares, livros, anotações, réguas de cálculo, impressos ou qualquer outro material de consulta.
- A prova objetiva terá duração de até **3 horas**, incluído o tempo para preenchimento do CARTÃO DE RESPOSTAS.
- Após o início da prova, o candidato deverá permanecer na sala pelo **tempo mínimo de 60 minutos**.
- Ao terminar a prova, o candidato devolverá ao fiscal da sala o CARTÃO DE RESPOSTAS.
- O candidato somente poderá levar o caderno de provas **quando estiver faltando 60 minutos para o término do tempo total de duração da prova.** Por razões de segurança, o candidato que sair antes desse horário não poderá copiar as suas respostas.
- Os dois últimos candidatos de cada sala de prova deverão permanecer no recinto, a fim de acompanhar o lacre do material, quando então poderão retirar-se do local após concluído o procedimento.

DIREITOS AUTORAIS RESERVADOS. PROIBIDA A REPRODUÇÃO, AINDA QUE PARCIAL, SEM AUTORIZAÇÃO PRÉVIA.

1. Em relação às medidas não farmacológicas recomendadas no manejo da hipertensão arterial sistêmica, de acordo com a Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial 2025, analise as afirmativas e assinale a alternativa correta.

I. A perda de peso em indivíduos com sobrepeso ou obesidade está associada à redução da pressão arterial e deve ser incentivada como parte do tratamento da hipertensão.
II. A redução da ingestão de sódio, a prática regular de atividade física e a moderação do consumo de álcool são medidas recomendadas, podendo apresentar efeito aditivo no controle da pressão arterial.
III. A redução do consumo de sódio apresenta efeito semelhante sobre a pressão arterial em indivíduos hipertensos e normotensos, independentemente da idade.

(A) Apenas a afirmativa I está correta.
(B) Apenas as afirmativas I e II estão corretas.
(C) Apenas as afirmativas II e III estão corretas.
(D) Todas as afirmativas estão corretas.

---

2. Uma mulher de 51 anos, IMC 31kg/m², com hipertensão e antecedente de diabetes gestacional há 15 anos, comparece a uma consulta de rotina. Nega poliúria, polidipsia, perda ponderal e outros sintomas. Exames solicitados recentemente mostram: glicemia de jejum 132mg/dL, HbA1c 6,3%, triglicerídeos 248mg/dL e HDL-C 39mg/dL. Não há exames glicêmicos prévios disponíveis. De acordo com as Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD) de 2025, sobre a conduta mais adequada nesse caso, assinale a alternativa correta.

(A) O diagnóstico de diabetes mellitus está confirmado, e metformina deve ser iniciada imediatamente
(B) O resultado é compatível com pré-diabetes, devendo ser orientadas mudanças no estilo de vida e repetição dos exames em um ano.
(C) É necessário um segundo exame alterado para confirmar o diagnóstico de diabetes nessa paciente.
(D) O teste oral de tolerância à glicose com 75g deve ser solicitado e confirma diabetes se a glicemia em 2 horas for ≥195mg/dL.

---

3. Paciente de 80 anos, com cardiopatia isquêmica e diabetes melito, em uso de AAS, losartana, carvedilol, rosuvastatina e glimepirida contraiu influenza A e ficou 5 dias com baixa ingestão por via oral. Está há 24h com diarreia. Ao exame está lúcido, pálido, afebril, com frequência cardíaca 100bpm, pressão arterial 100/60mmHg deitado e 85/55mmHg em pé, mucosas secas, extremidades aquecidas e pulsos periféricos cheios. Exames na admissão: ureia 90mg/dL, creatinina 1,8mg/dL, glicose 90mg/dL, sódio 134mEq/L, potássio 4mEq/L, CO2 23mEq/L, hematócrito 38% e hemoglobina 13g/dL. Neste primeiro momento, o tratamento mais adequado é:

(A) Soro fisiológico 0,9%.
(B) Soro glicosado com bicarbonato isosmolar.
(C) Albumina sérica.
(D) Soro glicosado com NaCl 20% e KCl 10%.

4. Homem de 48 anos procura consulta para avaliação de exames de rotina. Não apresenta doença cardiovascular estabelecida, doença renal ou evidências de lesão de órgão-alvo. Não fuma e pratica caminhada duas vezes por semana. Na consulta: pressão arterial 146×92mmHg e, repetida após 2 minutos, 140×89mmHg. FC 72bpm, IMC 29kg/m² e sem outras alterações no exame físico. Exames laboratoriais: creatinina 0,9mg/dL, glicemia de jejum 95mg/dL, LDL-C 136mg/dL e potássio 4,3mEq/L. O paciente pergunta se já pode ser considerado hipertenso e se necessita iniciar tratamento medicamentoso. Sobre esse caso, assinale a alternativa correta de acordo com a Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial de 2025.

(A) O diagnóstico de hipertensão arterial está confirmado, devendo ser iniciado tratamento medicamentoso com monoterapia, associado a mudanças no estilo de vida.
(B) O diagnóstico de hipertensão arterial está confirmado, não havendo indicação de tratamento medicamentoso neste momento, apenas mudanças no estilo de vida.
(C) O diagnóstico de hipertensão arterial está confirmado, sendo indicada terapia anti-hipertensiva combinada desde a avaliação inicial, além de mudanças no estilo de vida.
(D) Apesar da pressão elevada em consultório, o diagnóstico de hipertensão deve ser confirmado por medidas repetidas em consultas subsequentes e/ou monitorização residencial.

---

5. Um menino de 8 anos de idade, portador de comunicação interventricular (CIV) não corrigida, apresenta febre diária de 38,5°C há 8 dias, associada a cansaço e perda de apetite. Ao exame físico: paciente em regular estado geral, palidez cutânea, presença de sopro holossistólico em borda esternal esquerda (preexistente) e aparecimento de um novo sopro diastólico em foco aórtico. Observam-se pequenas lesões hemorrágicas não dolorosas em palmas das mãos e plantas dos pés. Considerando os Critérios de Duke modificados para o diagnóstico de endocardite infecciosa (EI), como se classifica o caso e qual é a interpretação dos achados físicos nas extremidades?

(A) EI definitiva; as lesões em palmas e plantas são manchas de Roth, que representam fenômenos imunológicos.
(B) EI possível; as lesões em palmas e plantas são nódulos de Osler, indicando vasculite por deposição de imunocomplexos.
(C) EI definitiva; as lesões em palmas e plantas são manchas de Janeway, caracterizadas como fenômenos vasculares embólicos.
(D) EI descartada; a presença de sopro preexistente invalida o critério de "novo sopro", independentemente das lesões cutâneas.

6. Um adolescente de 16 anos de idade, previamente hígido, apresenta dor torácica tipo pleurítica e dispneia após quadro gripal. O ECG mostra supradesnível de ST difuso e inversão de onda T. A troponina I está significativamente elevada. O ecocardiograma revela disfunção ventricular esquerda leve (FE 50%). Para a confirmação diagnóstica e o manejo do caso clínico apresentado, qual exame é o padrão-ouro atual e qual terapia adjuvante pode ser considerada para modular a resposta inflamatória?

(A) Cineangiocoronariografia para excluir doença obstrutiva; uso de estatinas em altas doses.
(B) Holter de 24 horas; uso profilático de amiodarona para todos os pacientes.
(C) Tomografia de tórax com contraste; uso de aspirina em doses anti-inflamatórias (100mg/kg/dia).
(D) Ressonância magnética cardíaca (RMC); uso de imunoglobulina venosa (IGIV) em altas doses.

---

7. Um recém-nascido de 12 horas de vida, sexo masculino, nascido a termo, apresenta-se no berçário com cianose central progressiva que não melhora com a oferta de oxigênio a 100% (teste de hiperóxia negativo). Ao exame físico, o bebê está ativo, com precórdio calmo, e não são observados sopros cardíacos significativos. A radiografia de tórax revela uma área cardíaca de tamanho normal, mas com um pedículo vascular estreito (imagem em "ovo deitado"), e fluxo pulmonar normal. Considerando a fisiopatologia das cardiopatias cianóticas e os achados apresentados, qual é o diagnóstico mais provável e a medida terapêutica imediata para garantir a sobrevivência do paciente?

(A) Transposição das grandes artérias (TGA); infusão de prostaglandina E1 (PGE1) para manter o canal arterial patente.
(B) Tetralogia de Fallot; início de morfina e posição genupeitoral para controle de crises hipóxicas.
(C) Síndrome de hipoplasia do coração esquerdo (SHCE); indicação de cirurgia de Norwood nas primeiras horas de vida.
(D) Persistência do canal arterial (PCA); uso de indometacina para fechamento imediato da comunicação.

---

8. Um escolar de 7 anos de idade, sexo masculino, assintomático, é encaminhado para avaliação cardiológica após a detecção de um sopro em exame de rotina. Ao exame físico, o paciente encontra-se em bom estado geral, eupneico e acianótico. A ausculta cardíaca revela um desdobramento fixo e constante da segunda bulha (B2) em foco pulmonar, associado a um sopro sistólico de ejeção suave (grau 2/6) no mesmo foco. Não há frêmitos ou hepatomegalia. Com base nos achados de ausculta e na história clínica, qual é a morfologia mais comum dessa anomalia?

(A) Comunicação interatrial (CIA) tipo *ostium secundum*.
(B) Comunicação interatrial (CIA) tipo *ostium primum*.
(C) Persistência do canal arterial (PCA).
(D) Coarctação da aorta.

9. Uma lactente de 3 meses, sexo feminino é levada ao médico devido à dificuldade para mamar, à sudorese excessiva em fronte e ao baixo ganho ponderal no último mês. Ao exame físico, apresenta-se taquipneica (FR 62irpm), com tiragem subcostal leve. A ausculta cardíaca revela um sopro holossistólico rude, grau 4/6, mais audível em borda esternal esquerda baixa, com irradiação em "roda de carroça" e segunda bulha hiperfonética. O fígado é palpável a 3cm do rebordo costal direito. Considerando a fisiopatologia do hiperfluxo pulmonar e os achados do exame físico, qual é o diagnóstico mais provável e a conduta inicial recomendada para estabilização clínica?

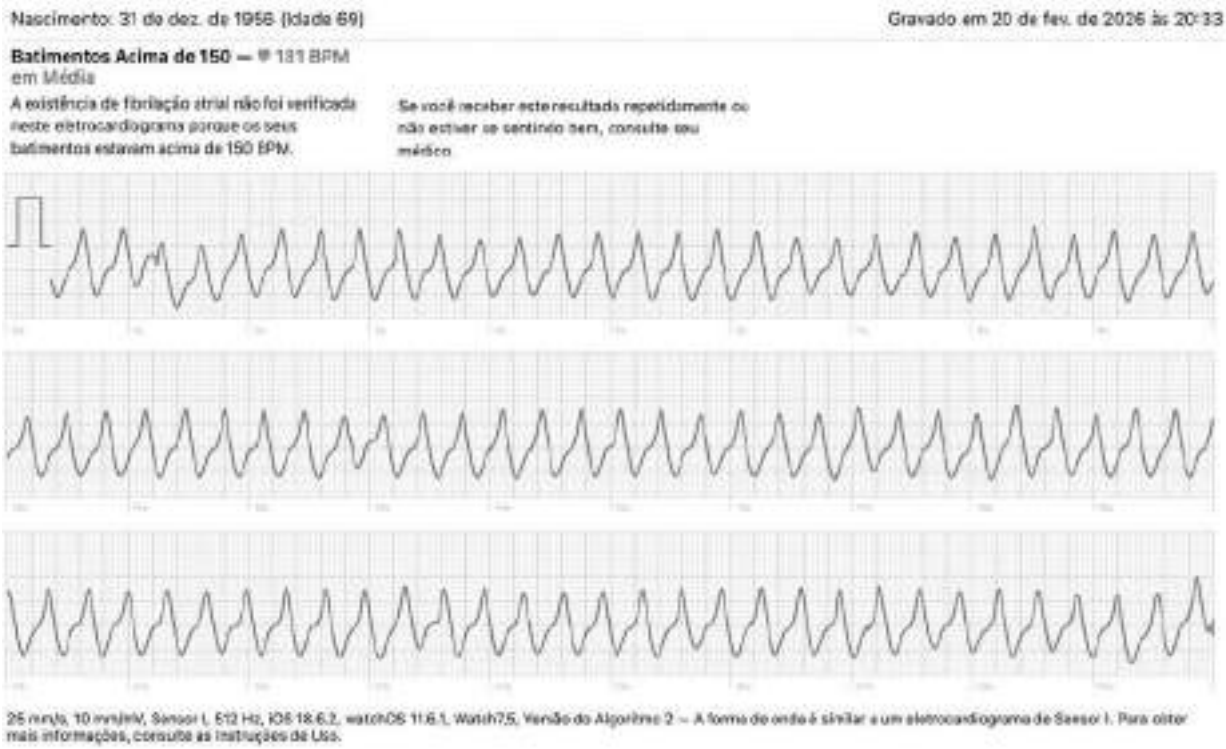
(A) Comunicação interatrial (CIA); observação clínica, pois a maioria apresenta fechamento espontâneo até os 2 anos, sem necessidade de medicação.
(B) Tetralogia de Fallot; administração de betabloqueadores para prevenir crises de hipóxia e encaminhamento para cirurgia de emergência.
(C) Comunicação interventricular (CIV) de grande débito; início de terapia com diuréticos e inibidores da enzima conversora de angiotensina (IECAs).
(D) Estenose pulmonar crítica; realização de valvoplastia percutânea imediata para reduzir a sobrecarga de volume no ventrículo esquerdo.

---

10. Paciente do sexo feminino, 8 anos, chega ao pronto-socorro após um desmaio repentino. A mãe relata que a criança estava em um parque de diversões, em um dia quente, quando começou a sentir-se mal. O episódio foi precedido por uma sensação de mal-estar, tontura e palidez. A perda de consciência durou alguns segundos, e a paciente recuperou-se completamente ao ser deitada com os membros inferiores elevados. Não houve movimentos tônico-clônicos, e a paciente não se queixou de dor de cabeça após o evento. Exame físico, incluindo ausculta cardíaca, não revela alterações. Com base na fisiopatologia da síncope, qual é o mecanismo primário que causou a perda de consciência nesse caso?

(A) Perda do tônus postural devido à redistribuição de fluxo sanguíneo para a periferia, levando à hipoperfusão cerebral transitória.
(B) Disfunção cerebral difusa causada por atividade elétrica anormal, resultando em crise epiléptica.
(C) Diminuição do débito cardíaco devido a uma arritmia cardíaca, levando a uma hipoperfusão cerebral transitória.
(D) Hipoglicemia que causou uma redução do substrato energético para o cérebro, resultando em perda de consciência.

11. Homem de 69 anos, com histórico de insuficiência cardíaca, apresentou mal-estar e registrou o seguinte traçado no *Apple Watch.*



Sobre o caso clínico e o registro realizado, assinale a alternativa correta.

(A) Pelo fato de não documentar fibrilação atrial, possivelmente trata-se de artefato.
(B) O método foi validado em ensaio clínico para diagnóstico tanto de fibrilação atrial como de arritmias ventriculares.
(C) A avaliação desse traçado deve ser utilizada para desencadear resposta médica imediata.
(D) Pelo *Apple Heart Study*, devido à acurácia próxima a 100% para o diagnóstico de fibrilação atrial, não há necessidade de revisão do traçado por médico.

---

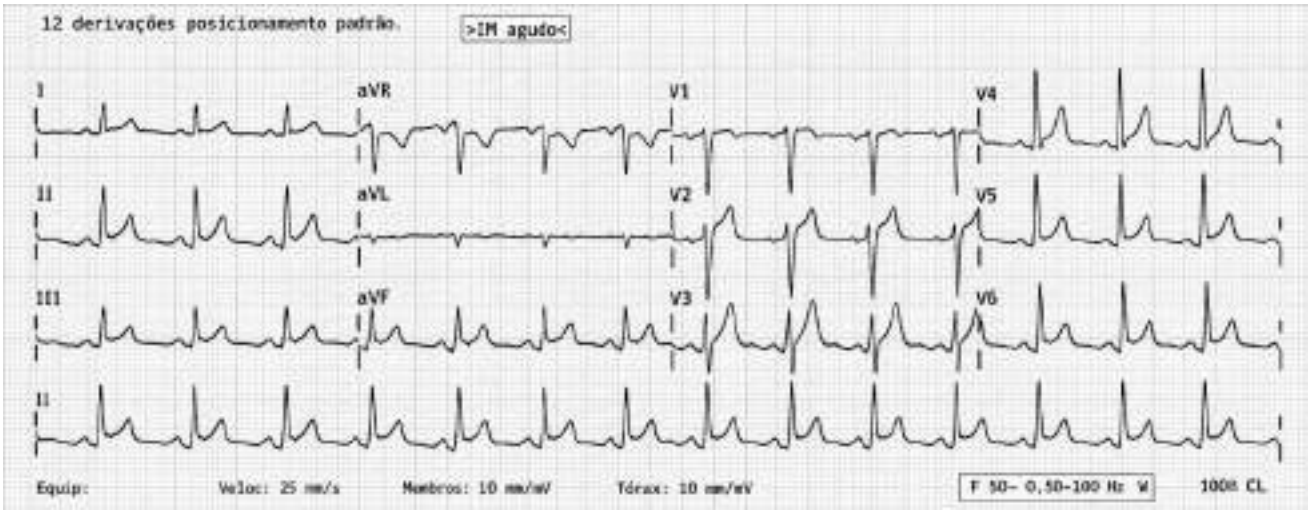
12. Considere um paciente com diagnóstico de endocardite infecciosa confirmado pelos critérios de Duke modificado. Ao ecocardiograma transesofágico, observa-se vegetação de 13mm em valva mitral nativa, associada à insuficiência mitral importante e fração de ejeção do ventrículo esquerdo de 40% (NYHA II). O paciente permanece febril após sete dias de antibioticoterapia guiada por antibiograma de hemoculturas periféricas. Com base nesse caso, assinale a alternativa correta.

(A) O achado de manchas de Janeway constitui manifestação imunológica da endocardite infecciosa.
(B) A identificação de vegetação ao ecocardiograma transesofágico constitui critério maior isoladamente suficiente para confirmação diagnóstica definitiva.
(C) Está indicada abordagem cirúrgica de urgência.
(D) Vegetações maiores que 10mm constituem contraindicação ao tratamento cirúrgico devido à mobilidade da vegetação e ao risco de ocorrência de eventos embólicos.

13. Paciente masculino, 57 anos, vem à consulta encaminhado por achado de colesterol elevado em exame ocupacional. Relata ser sedentário e ex-tabagista (20 maços/ano, cessou há 8 anos). Nega história de diabetes mellitus, doença cardiovascular, doença renal crônica ou doença cerebrovascular. O paciente é assintomático. Faz uso apenas de losartana 50mg/dia para hipertensão arterial. Ao exame: IMC 28kg/m², pressão arterial 128×78mmHg e frequência cardíaca 68bpm. Exames laboratoriais: LDL-colesterol 158mg/dL, HDL-colesterol 46mg/dL, triglicerídeos 132mg/dL, colesterol total 232mg/dL, glicemia de jejum 94mg/dL, HbA1c 5,5% e creatinina 0,9mg/dL. Ergometria sem sinais de isquemia miocárdica, e ultrassonografia de carótidas demonstrou presença de pequena placa aterosclerótica calcificada na bifurcação da artéria carótida direita, sem repercussão hemodinâmica e com estenose inferior a 20%. De acordo com a Diretriz Brasileira de Dislipidemias e Prevenção de Aterosclerose 2025, assinale a alternativa que traz a classificação de risco e a conduta mais adequada para esse caso.

(A) Risco intermediário; indicar terapia hipolipemiante visando LDL <90mg/dL.
(B) Alto risco cardiovascular; indicar terapia hipolipemiante de alta intensidade visando LDL <70mg/dL.
(C) Risco intermediário; indicar terapia hipolipemiante visando LDL <115mg/dL.
(D) Risco cardiovascular muito alto; indicar terapia hipolipemiante de alta intensidade visando LDL <55mg/dL.

14. Considere o eletrocardiograma da imagem abaixo.

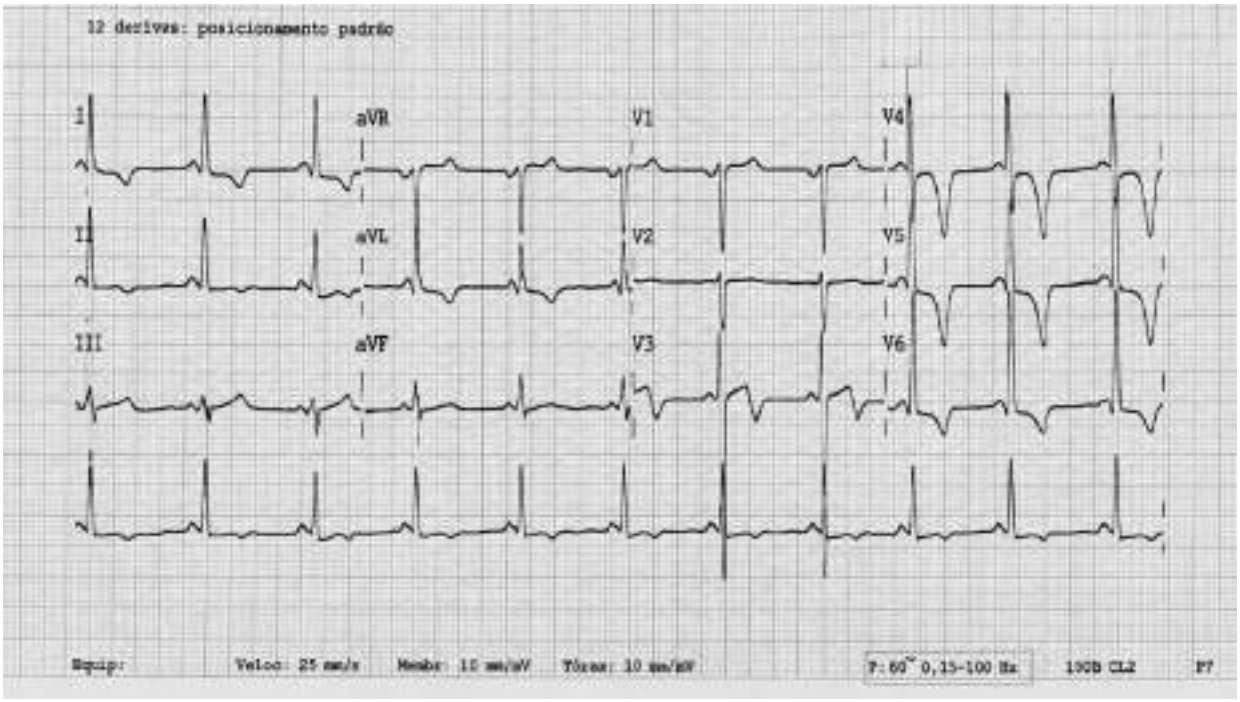


Paciente do sexo feminino, de 53 anos, apresenta-se ao pronto-socorro com quadro de dor torácica há 10 dias, com piora nas últimas 2 horas. À avaliação, informa que a dor piora à inspiração profunda. A primeira dosagem de troponina qualitativa foi negativa, e a segunda amostra está em processamento. Levando em consideração o diagnóstico mais provável, assinale a alternativa que relaciona corretamente a impressão diagnóstica e a conduta imediata mais adequada.

(A) Pericardite subaguda, evitar colchicina e iniciar metilprednisona.
(B) Miopericardite aguda, administrar corticosteroide e solicitar ressonância magnética cardíaca.
(C) IAM com supra de ST; administrar AAS e clopidogrel e encaminhar para angioplastia primária.
(D) Pericardite aguda, introduzir anti-inflamatório não esteroidal e colchicina.

---

15. Considere o eletrocardiograma abaixo. Paciente do sexo masculino, de 61 anos, tabagista e portador de DM2, é admitido na sala vermelha com dor torácica típica iniciada há 14 horas. Após o manejo inicial e o início de nitroglicerina endovenosa, observa-se melhora parcial da dor, apesar do aumento incremental das doses. O eletrocardiograma representado na imagem e os exames laboratoriais encontram-se em andamento. Qual é a conduta mais adequada nesse caso?



(A) O padrão eletrocardiográfico sugere oclusão da artéria coronária descendente anterior, com indicação de trombólise na ausência de sala de hemodinâmica disponível.
(B) O padrão eletrocardiográfico demonstrado é fortemente sugestivo de lesão crítica da artéria circunflexa. Deve-se encaminhar o paciente para cineangiocoronariografia dentro das próximas 48 horas.
(C) A ausência de supradesnivelamento do segmento ST descarta oclusão coronariana aguda, sendo apropriado aguardar o resultado da troponina para definir a conduta.
(D) O paciente deve ser encaminhado para cineangiocoronariografia de urgência devido à angina refratária, não sendo necessário aguardar o resultado da troponina.

16. Menino de 15 meses com queixa de irritabilidade, palidez e emagrecimento há 2 meses. Apresenta lesões azuladas periorbitárias e hepatomegalia. Ao exame: PA normal, FC 120bpm, sem febre. Ultrassonografia abdominal revela massa suprarrenal direita. Exames laboratoriais mostram aumento de catecolaminas urinárias. Considerando o caso descrito, qual é o diagnóstico mais provável?

(A) Linfoma de Burkitt.
(B) Tumor de Wilms.
(C) Neuroblastoma metastático.
(D) Hepatoblastoma com metástase.

---

17. Em relação à doença do refluxo gastroesofágico (DRGE) na criança, analise as afirmativas abaixo e assinale a alternativa correta.

I. O diagnóstico de DRGE é basicamente clínico.
II. Considera-se que a maioria dos episódios de refluxo em lactentes é não ácida ou fracamente ácida.
III. Em alguns pacientes pediátricos, a DRGE pode ser crônica, com risco de desenvolver sequelas mais graves, como esôfago de Barrett e adenocarcinoma de esôfago.

(A) Apenas as afirmativas I e II estão corretas.
(B) Apenas as afirmativas I e III estão corretas.
(C) Apenas as afirmativas II e III estão corretas.
(D) Todas as afirmativas estão corretas.

---

18. São sinais de gravidade da insuficiência respiratória:

I. Presença de exaustão.
II. Tosse contínua.
III. Palidez.
IV. Alteração de consciência.

(A) Apenas as afirmativas I, II e III estão corretas.
(B) Apenas as afirmativas I, II e IV estão corretas.
(C) Apenas as afirmativas I, III e IV estão corretas.
(D) Apenas as afirmativas II, III e IV estão corretas.

---

19. Criança de três meses apresenta, nas últimas 48 horas, um aumento da demanda de leite materno. A mãe, preocupada com a necessidade de diminuir o intervalo entre as mamadas e aumentar o tempo durante a amamentação, liga para o médico em busca de orientações sobre como proceder. Qual das orientações abaixo é a mais adequada para esse caso?

(A) Orientar a mãe a aumentar sua ingestão de líquidos (água) e prescrever metoclopramida para auxiliar no aumento da produção de leite.
(B) Iniciar a introdução de frutas para melhorar a saciedade e o aporte calórico da criança, juntamente com a manutenção do aleitamento materno.
(C) Complementar o aleitamento materno com fórmula láctea de partida para garantir um adequado aporte calórico e atendimento às necessidades da criança.
(D) Tranquilizar a mãe e observar o peso e comportamento da criança, pois pode tratar-se de um período de aceleração do crescimento, que se manifesta por um aumento da demanda de leite.

20. Menino de 2 anos, previamente hígido, é levado ao pronto atendimento por dor abdominal leve e em cólica há 24 horas, associada a fezes amolecidas com sangue vivo. A mãe relata que o episódio começou subitamente, sem febre, e que a criança apresenta palidez e prostração. Ao exame físico: PA 95/60mmHg, FC 112bpm e abdome levemente distendido e pouco doloroso difusamente à palpação, sem sinais de irritação peritoneal. Toque retal: presença de sangue vivo. Considerando o quadro apresentado, qual é o diagnóstico mais provável?

(A) Invaginação intestinal.
(B) Doença inflamatória intestinal.
(C) Divertículo de Meckel.
(D) Apendicite aguda atípica.

---

21. Um menino de 6 anos de idade apresenta púrpura palpável em membros inferiores, dor abdominal tipo cólica e artralgia de tornozelos. O diagnóstico clínico é de vasculite por IgA (púrpura de Henoch-Schönlein). Considerando a fisiopatologia, qual é o mecanismo imunopatológico central responsável pelas lesões vasculares observadas?

(A) Deposição de imunocomplexos contendo predominantemente IgA1 com glicosilação aberrante na parede de pequenos vasos.
(B) Produção de autoanticorpos anticitoplasma de neutrófilos (ANCA) que ativam a via alternativa do complemento.
(C) Infiltração direta de linfócitos T citotóxicos na túnica média de artérias de médio calibre, causando aneurismas.
(D) Deficiência congênita de proteínas reguladoras da coagulação, levando à microtrombose difusa sem componente inflamatório.

---

22. Uma criança de 6 anos com diagnóstico de asma apresenta exacerbação leve caracterizada por tosse, sibilos ocasionais e pequena limitação para brincar. Não apresenta sinais de gravidade nem necessidade de internação. Considerando a estratégia preferencial de alívio recomendada pelo GINA 2026, assinale a alternativa correta.

(A) O tratamento de alívio deve priorizar estratégias que ofereçam também ação anti-inflamatória.
(B) O tratamento ideal da crise consiste em utilizar broncodilatador de curta ação isoladamente.
(C) Corticosteroides inalatórios devem ser reservados apenas para pacientes com internações prévias.
(D) O principal objetivo do tratamento é melhorar sintomas.

23. Um recém-nascido de 25 dias foi encaminhado ao ambulatório especializado após triagem neonatal sugestiva de fibrose cística. Apresenta esteatorreia, ganho ponderal insatisfatório e elastase fecal compatível com insuficiência pancreática exócrina. Durante a discussão do caso, pela idade do paciente, um médico sugere aguardar a confirmação diagnóstica definitiva da fibrose cística antes de iniciar a terapia de reposição enzimática (TRE), enquanto outro defende seu início imediato. Considerando as recomendações da Sociedade Brasileira de Pediatria, qual é a melhor conduta?

(A) Aguardar a confirmação diagnóstica definitiva, pois a TRE pode interferir nos resultados dos testes diagnósticos para fibrose cística.
(B) Iniciar a TRE apenas após o início da alimentação complementar, quando a digestão de gorduras se torna mais complexa.
(C) Iniciar a TRE somente se houver perda ponderal superior a 10% do peso corporal.
(D) Iniciar a TRE imediatamente diante da evidência de insuficiência pancreática, mesmo antes da confirmação definitiva da fibrose cística.

24. Uma criança de 5 anos é atendida no pronto-socorro com febre há 48 horas, tosse, taquipneia e infiltrado pulmonar à radiografia de tórax, sendo diagnosticada com pneumonia adquirida na comunidade (PAC). O calendário vacinal está atualizado. Durante a investigação, a procalcitonina (PCT) sérica resulta em 0,08ng/mL. Considerando as evidências atuais sobre o uso da procalcitonina na PAC pediátrica, é correto afirmar que esse resultado:

(A) Reduz significativamente a probabilidade de pneumonia bacteriana, porque valores de PCT < 0,1ng/mL apresentam elevado valor preditivo negativo.
(B) Indica elevada probabilidade de etiologia viral, pois o alto valor preditivo negativo implica simultaneamente baixo valor preditivo positivo para pneumonia bacteriana.
(C) Torna desnecessária a avaliação radiológica e epidemiológica, pois o alto valor preditivo negativo da PCT supera o desempenho diagnóstico desses métodos.
(D) Praticamente exclui pneumonia bacteriana grave, mas não modifica a probabilidade de pneumonia bacteriana de menor gravidade.

25. Uma criança de 6 anos, previamente hígida, está internada por pneumonia adquirida na comunidade, complicada por derrame pleural parapneumônico loculado. Após drenagem torácica, a equipe discute as opções terapêuticas para acelerar a resolução do quadro. O cirurgião pediátrico sugere videotoracoscopia (VATS), enquanto o intensivista propõe drenagem associada à fibrinólise intrapleural. Com base nas evidências atuais, qual é a intervenção mais adequada para orientar a decisão terapêutica?

(A) A VATS deve ser sempre a primeira escolha, pois apresenta taxas de sucesso superiores às da fibrinólise em todos os estudos comparativos.
(B) A fibrinólise deve ser sempre preferida porque apresenta menor invasividade e resultados clínicos superiores à VATS.
(C) Tanto a VATS quanto a fibrinólise representam opções efetivas, devendo a escolha considerar experiência da equipe e a disponibilidade local.
(D) A presença de loculações pleurais contraindica o uso de fibrinolíticos, tornando a VATS a única alternativa terapêutica recomendada.

26. Um menino de 10 anos, previamente saudável, foi submetido à amputação transfemoral direita após acidente automobilístico ocorrido há 8 meses. Durante consulta de seguimento, apresenta peso medido de 36kg e estatura adequada para a idade. O interno calcula o IMC utilizando diretamente o peso aferido e conclui que o paciente apresenta eutrofia. O preceptor questiona essa conduta e solicita nova análise. Qual é a principal justificativa para essa intervenção?

(A) O peso aferido após amputação tende a superestimar o estado nutricional, exigindo correção antes da interpretação antropométrica.
(B) O peso aferido após amputação tende a subestimar o peso corporal de referência, devendo ser corrigido para estimar o peso não amputado antes da classificação nutricional.
(C) O índice de massa corporal não pode ser utilizado em pacientes amputados, independentemente da extensão da amputação.
(D) A avaliação nutricional de pacientes amputados deve basear-se exclusivamente na estatura, pois o peso perde validade clínica.

27. Paciente de 10 anos de idade é trazido por sua mãe à consulta de rotina com pediatra. A mãe conta ao pediatra que o paciente concluiu a avaliação psiquiátrica e foi diagnosticado com transtorno de hiperatividade e déficit de atenção. Ela pergunta ao pediatra por que o paciente tem esse transtorno, querendo entender quais são os fatores de risco para esse diagnóstico. Sobre isso, assinale a alternativa correta.

(A) A herdabilidade desse transtorno é extremamente baixa, pois poucos estudos encontraram associação familiar relacionada a ele.
(B) Existem alguns fatores de risco, tais como baixo peso ao nascer e prematuridade, que podem contribuir para a etiologia desse transtorno.
(C) O tabagismo materno oferece uma proteção para o desenvolvimento desse transtorno.
(D) Esse transtorno se caracteriza por uma falha na maturidade cerebral e é pouco provável que os sintomas de hiperatividade regridam com o desenvolvimento.

28. Um lactente de 4 meses apresenta diarreia crônica, baixo ganho ponderal e dermatite atópica extensa. Após investigação, foi diagnosticado com alergia à proteína do leite de vaca (APLV) associada a comprometimento importante do trato gastrintestinal. A mãe interrompeu o aleitamento materno por complicações clínicas próprias e necessita escolher uma alternativa alimentar. Dentre as seguintes propostas nutricionais, qual é a mais adequada para esse caso:

(A) Fórmula extensamente hidrolisada, por apresentar proteínas com reduzida antigenicidade e indicação para lactentes com APLV e comprometimento gastrointestinal.
(B) Fórmula à base de proteína isolada de soja, pois apresenta perfil proteico adequado e menor custo.
(C) Fórmula parcialmente hidrolisada, pois a hidrólise parcial reduz suficientemente a antigenicidade da proteína do leite.
(D) Composto lácteo enriquecido com vitaminas e minerais, pois fornece aporte nutricional semelhante ao das fórmulas infantis.

29. Sobre a conduta frente à presença de líquido amniótico meconial durante o atendimento ao RN em sala de parto, assinale a alternativa INCORRETA.

(A) A aspiração de orofaringe e nasofaringe ao desprendimento do polo cefálico do concepto não deve ser realizada.
(B) Se o RN é de termo, está respirando ou chorando e com tônus muscular em flexão, ele apresenta boa vitalidade e deve continuar junto de sua mãe depois do clampeamento do cordão.
(C) Se o RN for pré-termo tardio ou pós-termo, não iniciou movimentos respiratórios regulares ou apresenta tônus muscular flácido, é necessário levá-lo à mesa de reanimação e realizar os passos iniciais, sendo prudente incluir a aspiração de vias aéreas superiores.
(D) No RN levado à mesa de reanimação para os passos iniciais e que apresenta apneia, respiração irregular e/ou FC<100bpm, é fundamental a realização da laringoscopia direta imediata com aspiração traqueal.

30. Um recém-nascido com 38 semanas de idade gestacional, parto vaginal sem intercorrências, apresenta, ao exame físico realizado com 24 horas de vida, uma tumoração de consistência amolecida no couro cabeludo. A lesão ultrapassa as linhas de sutura cranianas e surgiu logo após o nascimento. O lactente encontra-se ativo, com exame neurológico normal. Sobre esse achado e sua interpretação, é correto afirmar que:

(A) Trata-se provavelmente de cefalohematoma, cuja principal característica é ultrapassar as linhas de sutura.
(B) Trata-se provavelmente de bossa serossanguínea (*caput succedaneum*), relacionada ao trauma do parto e com tendência à reabsorção rápida.
(C) Sugere hidrocefalia neonatal e deve motivar investigação imediata por neuroimagem.
(D) Abaulamento pode ser compatível com meningite neonatal, sendo necessária punção lombar.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE (UFCSPA)
SANTA CASA DE PORTO ALEGRE

PROCESSO SELETIVO PARA RESIDÊNCIA MÉDICA — ANO 2027

RESIDÊNCIA MÉDICA COM PRÉ-REQUISITO - UFCSPA/SANTA CASA
PRM CIRURGIA DA MÃO

Nome:_____

Nº de Inscrição: | | | | | | |

Instruções

- Confira o material recebido (CADERNO DE QUESTÕES e CARTÃO DE RESPOSTAS); se houver falha, solicite a substituição ao fiscal da sala.
- Após conferir seus dados no CARTÃO DE RESPOSTAS (NOME, Nº de INSCRIÇÃO e PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MÉDICA), assine no local indicado.
- Este caderno contém **30 questões de múltipla escolha,** com quatro alternativas (**A**, **B**, **C** e **D**), das quais somente uma será a correta.
- O cartão de respostas é o único documento válido para a correção da prova objetiva, sendo de responsabilidade do candidato sua guarda durante a prova, seu preenchimento e sua entrega ao fiscal de sala.
- Preencha o CARTÃO DE RESPOSTAS, com bastante atenção, à caneta esferográfica, azul ou preta, ponta grossa, marcando uma única alternativa em cada questão.
- Verifique, no CARTÃO DE RESPOSTAS, as instruções para preenchimento. Sob nenhuma circunstância, o cartão de respostas será substituído devido a erro, desatenção ou falha no preenchimento por parte do candidato.
- Durante a realização da prova, estão vedados o empréstimo de materiais, a comunicação entre candidatos ou terceiros, a utilização de quaisquer dispositivos, como máquina calculadora e/ou similares, livros, anotações, réguas de cálculo, impressos ou qualquer outro material de consulta.
- A prova objetiva terá duração de até **3 horas**, incluído o tempo para preenchimento do CARTÃO DE RESPOSTAS.
- Após o início da prova, o candidato deverá permanecer na sala pelo **tempo mínimo de 60 minutos**.
- Ao terminar a prova, o candidato devolverá ao fiscal da sala o CARTÃO DE RESPOSTAS.
- O candidato somente poderá levar o caderno de provas **quando estiver faltando 60 minutos para o término do tempo total de duração da prova.** Por razões de segurança, o candidato que sair antes desse horário não poderá copiar as suas respostas.
- Os dois últimos candidatos de cada sala de prova deverão permanecer no recinto, a fim de acompanhar o lacre do material, quando então poderão retirar-se do local após concluído o procedimento.

DIREITOS AUTORAIS RESERVADOS. PROIBIDA A REPRODUÇÃO, AINDA QUE PARCIAL, SEM AUTORIZAÇÃO PRÉVIA.

1. Adolescente de 16 anos apresenta dor progressiva no joelho. Radiografias demonstram lesão óssea agressiva na metáfise distal do fêmur, com destruição cortical e reação periosteal, levantando suspeita de tumor ósseo maligno primário. Em relação à investigação e realização da biópsia, qual é a conduta mais adequada?

(A) Realizar inicialmente biópsia excisional, desde que o acesso seja longitudinal e permita exposição adequada da lesão.
(B) Realizar biópsia percutânea pelo trajeto mais curto até a lesão, priorizando a obtenção de tecido mesmo que esse acesso não coincida com a futura abordagem cirúrgica.
(C) Completar o estadiamento local apropriado e planejar o trajeto da biópsia em conjunto com a estratégia cirúrgica definitiva, permitindo sua posterior ressecção em bloco.
(D) Realizar estabilização profilática antes da biópsia quando houver destruição cortical significativa, reduzindo o risco de fratura durante a investigação.

---

2. Paciente sofre trauma do mediopé e apresenta dor intensa sobre as articulações tarsometatarsais e equimose plantar. Radiografias iniciais realizadas sem carga não demonstram diástase ou desalinhamento evidente. O paciente apresenta dificuldade importante para apoiar o membro. Diante da persistência da suspeita clínica de lesão de Lisfranc, qual é a conduta mais adequada?

(A) Considerar suficiente a ausência de diástase nas radiografias sem carga para afastar instabilidade tarsometatarsal e iniciar tratamento funcional.
(B) Repetir exclusivamente radiografias sem carga após 7 a 10 dias, pois exames avançados não acrescentam informações antes desse período.
(C) Prosseguir a investigação com radiografias sob carga, quando toleradas, e utilizar TC e/ou RM conforme a suspeita de lesão óssea ou ligamentar oculta.
(D) Indicar exploração cirúrgica imediata com base na equimose plantar, independentemente da demonstração de instabilidade por imagem.

3. Homem de 42 anos apresenta ruptura aguda completa do tendão de Aquiles durante esporte recreativo. É saudável, fisicamente ativo e deseja retornar à prática esportiva. Após discussão das opções terapêuticas, pergunta sobre as diferenças entre tratamento operatório e não operatório. Qual princípio deve orientar a escolha do tratamento?

(A) A alta demanda esportiva constitui, isoladamente, indicação para reparo cirúrgico, independentemente dos demais fatores clínicos.
(B) O tratamento operatório proporciona resultados funcionais superiores de forma consistente e, por isso, deve ser preferido nos pacientes jovens e ativos.
(C) O tratamento não operatório é mais apropriado quando associado à imobilização prolongada sem apoio, pois a mobilização precoce aumenta substancialmente o risco de rerruptura.
(D) Protocolos funcionais com mobilização e carga precoces permitem tratamento não operatório em pacientes selecionados, devendo a decisão considerar demanda funcional, características do paciente e riscos de cada estratégia.

---

4. Homem de 63 anos sofre queda com hiperextensão cervical. Apresenta fraqueza desproporcionalmente maior nos membros superiores que nos inferiores. A tomografia não demonstra fratura ou luxação, mas há espondilose cervical importante. Qual exame complementar é mais útil para avaliar compressão medular e estruturas disco-ligamentares?

(A) Radiografias cervicais dinâmicas em flexão e extensão para pesquisar instabilidade oculta.
(B) Tomografia computadorizada cervical com reconstruções multiplanares adicionais para caracterizar melhor o canal vertebral.
(C) Ressonância magnética cervical para avaliação da medula, elementos disco-ligamentares e eventual compressão neural.
(D) Mielotomografia cervical para avaliação do canal e definição do nível de compressão.

---

5. Paciente de 48 anos com lombociatalgia apresenta piora aguda, retenção urinária, anestesia em sela e fraqueza bilateral dos membros inferiores. Qual é a melhor conduta?

(A) Ressonância magnética urgente e avaliação imediata para descompressão cirúrgica.
(B) Infiltração epidural antes da investigação por imagem.
(C) Fisioterapia e reavaliação em uma semana.
(D) Tratamento analgésico e observação, pois retenção urinária é inespecífica.

6. Adulto jovem apresenta luxação posterior simples do cotovelo, reduzida sem fratura associada. Após redução, o cotovelo é estável no arco funcional, e o exame neurovascular é normal. Qual estratégia reduz o risco de rigidez sem comprometer a estabilidade?

(A) Imobilização gessada rígida por seis semanas.
(B) Imobilização breve seguida de mobilização precoce protegida.
(C) Artrodese preventiva.
(D) Reconstrução ligamentar cirúrgica em todos os casos.

---

7. Homem de 67 anos sofre luxação anterior do ombro após queda. Após redução, mantém incapacidade importante de elevar ativamente o braço, apesar de ter sensibilidade preservada na região do nervo axilar e radiografias confirmando redução articular adequada. Qual lesão associada deve ser especialmente investigada nessa faixa etária?

(A) Lesão do nervo axilar com déficit predominantemente motor e sensibilidade preservada.
(B) Ruptura aguda do manguito rotador associada à luxação.
(C) Lesão de Bankart como principal responsável pela incapacidade de elevação ativa.
(D) Lesão isolada do tendão da cabeça longa do bíceps como causa mais provável do déficit funcional.

---

8. Homem de 39 anos apresenta dor inguinal e ressonância magnética compatível com osteonecrose da cabeça femoral. A radiografia não mostra colapso subcondral, e a superfície articular mantém-se esférica. Qual aspecto é mais importante na escolha entre procedimento de preservação da cabeça e artroplastia?

(A) Presença ou ausência de colapso da cabeça femoral.
(B) Presença de dor lombar associada.
(C) Sexo do paciente.
(D) Dominância do membro inferior.

---

9. Paciente de 74 anos com artroplastia total do quadril sofre queda e apresenta fratura ao redor da haste femoral. As radiografias sugerem perda de fixação do componente, e imagens anteriores mostram sinais progressivos de subsidência. Qual informação é determinante para escolher entre osteossíntese isolada e revisão do componente femoral?

(A) Estabilidade da haste femoral.
(B) Presença de osteófitos acetabulares.
(C) Comprimento do membro contralateral.
(D) Grau de artrose do joelho ipsilateral.

---

10. Paciente de 61 anos apresenta gonartrose medial isolada sintomática, ligamentos funcionais, amplitude de movimento preservada e deformidade em varo corrigível. O compartimento lateral está preservado. Qual característica é particularmente favorável à consideração de artroplastia unicompartimental?

(A) Artrose tricompartimental avançada.
(B) Doença predominantemente isolada em um compartimento, com estabilidade ligamentar e deformidade corrigível.
(C) Instabilidade ligamentar importante.
(D) Contratura fixa grave e deformidade não corrigível.

---

11. Homem de 29 anos sofre entorse do joelho e evolui com bloqueio mecânico persistente, incapaz de atingir extensão completa. Ressonância demonstra lesão longitudinal deslocada em alça de balde do menisco medial em zona periférica vascularizada. Qual conduta é mais apropriada?

(A) Meniscectomia total é preferível por reduzir recorrência.
(B) Quando tecnicamente possível, redução e reparo meniscal são preferíveis à ressecção ampla.
(C) O bloqueio mecânico deve ser tratado apenas com fisioterapia por seis semanas.
(D) A vascularização periférica reduz a chance de cicatrização do reparo.

---

12. Atleta de 24 anos apresenta entorse sem contato, hemartrose precoce e Lachman positivo. Após reabilitação inicial, recupera amplitude de movimento, mas mantém episódios de falseio em mudanças de direção e deseja retornar ao esporte de pivô. Qual fator mais favorece a reconstrução do LCA?

(A) A presença isolada de hemartrose no trauma inicial.
(B) A idade inferior a 30 anos, independentemente dos sintomas e objetivos.
(C) Dor anterior do joelho sem episódios de falseio.
(D) Instabilidade funcional persistente associada à demanda esportiva de pivô.

---

13. Criança de 7 anos apresenta fratura supracondiliana desviada do úmero. Após redução e fixação percutânea, a mão permanece sem pulso palpável, porém está rósea, quente, com enchimento capilar adequado e exame neurológico estável. Qual conduta é mais adequada?

(A) Realizar exploração vascular obrigatória e imediata em todos os casos.
(B) Dar alta imediatamente porque a mão está rósea.
(C) Realizar exploração se houver deterioração da perfusão ou outros sinais de comprometimento.
(D) Retirar os fios para restaurar o pulso, independentemente da qualidade da redução.

14. Criança de 6 anos apresenta febre, incapacidade de apoiar o membro, dor intensa no quadril e marcadores inflamatórios elevados. A ultrassonografia demonstra derrame articular. A punção obtém líquido purulento. Qual conduta é mais adequada?

(A) Realizar drenagem articular e iniciar antibioticoterapia adequada após obtenção de material para cultura, sem retardar o tratamento.
(B) Aguardar o resultado definitivo das culturas antes de iniciar antibiótico.
(C) Tratar inicialmente como sinovite transitória devido à frequência dessa condição.
(D) Realizar apenas punções seriadas independentemente da evolução clínica.

---

15. Menino de 8 anos apresenta doença de Legg-Calvé-Perthes com limitação importante da abdução e extrusão lateral da cabeça femoral. A cabeça ainda apresenta potencial de remodelação, mas há perda progressiva de contenção. Qual conceito deve orientar a estratégia terapêutica?

(A) A idade não influencia o prognóstico ou a escolha do tratamento.
(B) É necessário preservar mobilidade e contenção da cabeça femoral dentro do acetábulo durante a fase de deformação.
(C) Imobilização rígida prolongada é necessária em todos os pacientes.
(D) Artroplastia é indicada quando há extrusão lateral durante a infância.

---

16. Adolescente de 13 anos, obeso, apresenta dor no quadril e joelho há três semanas e rotação externa obrigatória à flexão do quadril. Consegue caminhar com auxílio, apesar da dor. Radiografias confirmam epifisiólise proximal do fêmur. A conduta mais adequada é:

(A) Permitir apoio conforme tolerância até a cirurgia eletiva.
(B) Indicar fisioterapia para recuperar rotação interna antes do tratamento cirúrgico.
(C) Realizar redução fechada vigorosa para restaurar a anatomia antes da fixação.
(D) Suspender apoio e realizar estabilização *in situ*, evitando manobras forçadas de redução.

---

17. Lactente de 5 meses, sexo feminino, apresenta limitação da abdução do quadril esquerdo. A radiografia da pelve demonstra acetábulo displásico e cabeça femoral deslocada. Não houve tratamento prévio. Qual princípio terapêutico é mais apropriado nessa faixa etária?

(A) Aguardar até o início da marcha para definir necessidade de tratamento.
(B) Buscar redução concêntrica e estável precocemente, utilizando método adequado à idade e à redutibilidade do quadril.
(C) Realizar osteotomia pélvica isolada como tratamento inicial em todos os casos.
(D) Tratar apenas se houver diferença de comprimento dos membros.

18. Mulher de 58 anos apresenta parestesias no território do nervo mediano há dois anos. Evoluiu com hipoestesia persistente, atrofia tenar e fraqueza objetiva da oposição do polegar. O estudo eletrofisiológico demonstra neuropatia mediana grave no punho. Qual interpretação é mais adequada?

(A) A presença de déficit motor e atrofia caracteriza comprometimento avançado e favorece indicação de descompressão.
(B) Atrofia tenar contraindica cirurgia por indicar lesão nervosa irreversível.
(C) O tratamento deve permanecer exclusivamente conservador enquanto houver sensibilidade residual no indicador.
(D) A gravidade eletrofisiológica não possui relevância quando existe atrofia clínica.

---

19. Paciente apresenta, há 24 horas, dor e edema fusiforme no dedo após pequeno ferimento puntiforme. Há dor importante à extensão passiva e sensibilidade ao longo da bainha flexora. Está afebril e não apresenta leucocitose. Qual interpretação é mais adequada?

(A) A ausência de febre e leucocitose torna improvável tenossinovite infecciosa.
(B) O tratamento deve ser iniciado somente quando os quatro sinais de Kanavel estiverem presentes.
(C) A ressonância magnética é obrigatória antes da definição da conduta.
(D) Os achados clínicos locais podem sustentar forte suspeita de tenossinovite infecciosa mesmo sem manifestações sistêmicas.

---

20. Paciente apresenta dedo em martelo após trauma esportivo. A radiografia demonstra fratura-avulsão dorsal da base da falange distal associada à subluxação volar da falange distal. Qual achado modifica mais claramente a estratégia em relação ao tratamento conservador habitual do dedo em martelo simples?

(A) Dor dorsal na IFD.
(B) Edema local.
(C) Subluxação volar da falange distal.
(D) Incapacidade de extensão ativa da IFD.

---

21. Paciente apresenta fratura do colo do quinto metacarpo com angulação palmar, sem deformidade rotacional. Durante a flexão, todos os dedos convergem adequadamente e não ocorre sobreposição digital. Qual princípio é mais apropriado?

(A) Qualquer angulação residual exige redução anatômica e fixação.
(B) Encurtamento do metacarpo não apresenta repercussão funcional em qualquer magnitude.
(C) Deformidade rotacional é geralmente menos tolerada funcionalmente que determinado grau de angulação sagital.
(D) A presença de angulação torna obrigatória a fixação percutânea.

22. Paciente apresenta ferimento cortante na face volar da falange média do indicador. Ao exame individualizado, mantém flexão ativa da articulação interfalângica proximal, mas é incapaz de flexionar ativamente a interfalângica distal. Qual estrutura deve estar comprometida para explicar o déficit?

(A) Tendão flexor superficial dos dedos.
(B) Banda central do aparelho extensor.
(C) Ligamento retinacular oblíquo.
(D) Tendão flexor profundo dos dedos.

---

23. Homem de 25 anos apresenta fratura do terço médio do escafoide após queda. A tomografia demonstra desvio de aproximadamente 2mm, angulação e perda do alinhamento intracarpal. Qual característica mais influencia a indicação de estabilização cirúrgica?

(A) Dor à palpação da tabaqueira anatômica.
(B) Desvio e instabilidade da fratura.
(C) Idade inferior a 30 anos isoladamente.
(D) Edema do punho.

---

24. Paciente apresenta fratura fechada da diáfise do úmero sem déficit neurológico no atendimento inicial. Após redução fechada e imobilização, desenvolve paralisia completa do nervo radial. Qual interpretação é mais adequada?

(A) O aparecimento do déficit após manipulação levanta suspeita de encarceramento ou lesão do nervo e modifica a consideração sobre exploração.
(B) A paralisia secundária apresenta prognóstico invariavelmente melhor que a paralisia presente desde o trauma.
(C) Toda paralisia radial associada a fratura fechada do úmero exige exploração imediata.
(D) O momento de aparecimento da paralisia não interfere na avaliação terapêutica.

---

25. Homem de 30 anos apresenta fratura desviada do colo do tálus associada a luxação subtalar. É realizada redução urgente, com restauração do alinhamento e resolução da tensão sobre a pele. O membro permanece neurovascularmente íntegro, porém apresenta edema importante. A estratégia mais adequada é:

(A) A redução e a fixação definitiva constituem necessariamente uma única emergência.
(B) A redução da luxação é urgente, mas a fixação definitiva pode ser realizada posteriormente, quando as condições das partes moles forem adequadas.
(C) Tanto a redução quanto a fixação devem ser postergadas até a resolução do edema.
(D) O edema após a redução constitui indicação para tratamento conservador definitivo.

26. Paciente politraumatizado apresenta fratura instável do anel pélvico e choque hemorrágico. Foi colocada cinta pélvica corretamente e iniciado protocolo de transfusão maciça. O FAST abdominal é negativo, porém o paciente permanece hemodinamicamente instável. A conduta mais adequada é:

(A) Retirar a cinta pélvica para obtenção de radiografias adequadas antes de novas intervenções.
(B) Realizar imediatamente osteossíntese interna definitiva do anel pélvico.
(C) Considerar a pelve como possível fonte persistente de hemorragia e avançar para estratégia de controle hemorrágico conforme disponibilidade e protocolo institucional.
(D) Encaminhar obrigatoriamente para tomografia computadorizada contrastada antes de definir outra intervenção.

---

27. Homem de 35 anos sofre luxação traumática do joelho, reduzida antes da chegada ao hospital. O membro está perfundido e apresenta pulsos distais palpáveis e simétricos. O índice tornozelo-braquial é de 0,72. A conduta mais apropriada é:

(A) Observação clínica, pois a presença de pulsos simétricos exclui lesão arterial significativa.
(B) Ressonância magnética imediata para avaliação ligamentar antes da investigação vascular.
(C) Alta com orientação para retorno caso surjam alterações de perfusão.
(D) Investigação vascular adicional com método de imagem, como angiotomografia.

---

28. Homem de 38 anos sofre acidente automobilístico e apresenta fratura desviada e verticalizada do colo do fêmur. Tentativa de redução fechada não obtém alinhamento satisfatório. Qual princípio deve orientar o tratamento?

(A) Buscar redução anatômica e fixação estável, realizando redução aberta se necessário.
(B) Aceitar pequeno desvio residual para preservar a vascularização por meio de tratamento exclusivamente fechado.
(C) Realizar artroplastia devido ao padrão vertical da fratura.
(D) Priorizar a descompressão capsular independentemente da qualidade da redução.

29. Homem de 26 anos apresenta fratura fechada da diáfise da tíbia. Algumas horas após a imobilização, evolui com dor progressiva e desproporcional ao esperado para a lesão, pouco responsiva à analgesia, além de dor acentuada à mobilização passiva dos dedos e parestesias. O pé está aquecido, e os pulsos distais são palpáveis. A conduta mais adequada é:

(A) Manter observação, pois a presença de pulsos distais exclui síndrome compartimental.
(B) Solicitar ultrassonografia Doppler antes de definir a conduta.
(C) Indicar fasciotomia urgente, diante do quadro clínico fortemente sugestivo de síndrome compartimental.
(D) Aguardar surgimento de déficit motor para confirmar o diagnóstico.

---

30. Homem de 32 anos sofre acidente motociclístico e apresenta fratura exposta da diáfise da tíbia, com extensa contaminação por terra. Está hemodinamicamente estável, sem déficit neurovascular. Recebe antibioticoterapia intravenosa e profilaxia antitetânica na emergência. Em relação ao manejo da ferida, a conduta mais adequada é:

(A) Realizar irrigação e fechamento primário na emergência, deixando o desbridamento formal para o momento da fixação definitiva.
(B) Realizar desbridamento cirúrgico sistemático, retirando tecidos desvitalizados e corpos estranhos, com estratégia de fechamento definida conforme contaminação e viabilidade tecidual.
(C) Realizar culturas superficiais antes do desbridamento para determinar a antibioticoterapia definitiva.
(D) Preservar fragmentos ósseos desvitalizados sem inserção em partes moles para manutenção do comprimento tibial.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE (UFCSPA)
SANTA CASA DE PORTO ALEGRE

PROCESSO SELETIVO PARA RESIDÊNCIA MÉDICA — ANO 2027

RESIDÊNCIA MÉDICA COM PRÉ-REQUISITO - UFCSPA/SANTA CASA
PRM CIRURGIA DE CABEÇA E PESCOÇO

Nome:_____

Nº de Inscrição: | | | | | | |

Instruções

- Confira o material recebido (CADERNO DE QUESTÕES e CARTÃO DE RESPOSTAS); se houver falha, solicite a substituição ao fiscal da sala.
- Após conferir seus dados no CARTÃO DE RESPOSTAS (NOME, Nº de INSCRIÇÃO e PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MÉDICA), assine no local indicado.
- Este caderno contém **30 questões de múltipla escolha,** com quatro alternativas (**A**, **B**, **C** e **D**), das quais somente uma será a correta.
- O cartão de respostas é o único documento válido para a correção da prova objetiva, sendo de responsabilidade do candidato sua guarda durante a prova, seu preenchimento e sua entrega ao fiscal de sala.
- Preencha o CARTÃO DE RESPOSTAS, com bastante atenção, à caneta esferográfica, azul ou preta, ponta grossa, marcando uma única alternativa em cada questão.
- Verifique, no CARTÃO DE RESPOSTAS, as instruções para preenchimento. Sob nenhuma circunstância, o cartão de respostas será substituído devido a erro, desatenção ou falha no preenchimento por parte do candidato.
- Durante a realização da prova, estão vedados o empréstimo de materiais, a comunicação entre candidatos ou terceiros, a utilização de quaisquer dispositivos, como máquina calculadora e/ou similares, livros, anotações, réguas de cálculo, impressos ou qualquer outro material de consulta.
- A prova objetiva terá duração de até **3 horas**, incluído o tempo para preenchimento do CARTÃO DE RESPOSTAS.
- Após o início da prova, o candidato deverá permanecer na sala pelo **tempo mínimo de 60 minutos**.
- Ao terminar a prova, o candidato devolverá ao fiscal da sala o CARTÃO DE RESPOSTAS.
- O candidato somente poderá levar o caderno de provas **quando estiver faltando 60 minutos para o término do tempo total de duração da prova.** Por razões de segurança, o candidato que sair antes desse horário não poderá copiar as suas respostas.
- Os dois últimos candidatos de cada sala de prova deverão permanecer no recinto, a fim de acompanhar o lacre do material, quando então poderão retirar-se do local após concluído o procedimento.

DIREITOS AUTORAIS RESERVADOS. PROIBIDA A REPRODUÇÃO, AINDA QUE PARCIAL, SEM AUTORIZAÇÃO PRÉVIA.

1. Na avaliação pós-operatória diária de um dreno de sucção fechada colocado no leito de uma cirurgia de partes moles, qual é o critério fisiológico mais amplamente utilizado para decidir o momento seguro de sua remoção?

(A) A remoção deve ser realizada no 3º dia de pós-operatório, para não criar fístulas.
(B) O dreno pode ser removido quando o efluente torna-se purulento, indicando o fim da sua fase de utilidade asséptica.
(C) A remoção deve ser indicada quando a aparência do líquido passa a ser predominantemente serosa e o volume diário drenado cai abaixo de um limiar mínimo seguro.
(D) O dreno só deve ser retirado quando a pressão de vácuo do bulbo for neutralizada espontaneamente pelos gases teciduais.

---

2. Qual é o principal fator de risco técnico ou sistêmico diretamente associado à falha do fechamento fascial e ao desenvolvimento de uma hérnia incisional após uma laparotomia?

(A) A realização de incisões transversas, que separam as fibras aponeuróticas com maior tensão do que as incisões medianas.
(B) A presença de infecção do sítio cirúrgico (superficial ou profunda), que altera a fase proliferativa da cicatrização e enfraquece a matriz de colágeno.
(C) O uso de sutura contínua com fios de absorção lenta, que é sabidamente inferior ao uso de fios de categute de absorção rápida para o fechamento da fáscia.
(D) A manutenção do paciente em decúbito dorsal estrito por 48 horas no pós-operatório.

---

3. Mulher de 62 anos apresenta nódulo progressivamente crescente na região parotídea direita há seis meses. Nas últimas semanas, percebeu redução da movimentação da hemiface ipsilateral. Ao exame, a massa é endurecida, pouco móvel e mede aproximadamente 3cm. Não há sinais inflamatórios. Considerando isso, assinale a alternativa que descreve corretamente a interpretação e a conduta inicial desse quadro.

(A) A disfunção do nervo facial favorece tumor benigno, devendo-se optar por acompanhamento clínico.
(B) Na disfunção do nervo facial, a massa deve ser enucleada, pois a biópsia pré-operatória aumenta o risco de disseminação tumoral.
(C) O diagnóstico mais provável é tumor de Warthin, cuja transformação maligna é frequente e, por isso, deve ser removido.
(D) A disfunção do nervo facial favorece malignidade; deve-se realizar exame de imagem e punção aspirativa ou biópsia por agulha.

4. Homem de 48 anos apresenta massa cervical lateral direita, indolor e progressiva há três meses. Nega febre ou infecção recente. A ultrassonografia demonstra linfonodo predominantemente cístico, com 3,2cm, no nível II cervical. Ao exame da cavidade oral, não se identifica lesão evidente. Qual é a abordagem inicial mais apropriada?

(A) Prescrever antibioticoterapia empírica e reavaliar em três semanas.
(B) Realizar biópsia excisional do linfonodo como primeiro procedimento diagnóstico.
(C) Solicitar imagem cervical contrastada, realizar punção aspirativa do linfonodo e examinar endoscopicamente o trato aerodigestivo superior.
(D) Indicar cirurgia, pois a ultrassonografia sugere cisto branquial.

---

5. Mulher de 49 anos, sem história de pancreatite, apresenta desconforto persistente no andar superior do abdome. A ressonância magnética demonstra lesão cística de 5cm na cauda do pâncreas, com septações internas, sem comunicação com o ducto pancreático principal. A ecoendoscopia com punção revela líquido com CEA elevado e baixa concentração de amilase. Qual é o diagnóstico mais provável e a conduta adequada?

(A) Pseudocisto pancreático; drenagem endoscópica transgástrica.
(B) Neoplasia mucinosa cística; ressecção pancreática distal.
(C) Neoplasia serosa cística; acompanhamento radiológico obrigatório, independentemente dos sintomas e do tamanho.
(D) Neoplasia papilar mucinosa intraductal do ducto principal; duodenopancreatectomia.

---

6. Paciente de 72 anos, diabético, apresenta otalgia intensa, predominantemente noturna, e otorreia persistente, apesar do uso de antibiótico tópico. A otoscopia revela tecido de granulação no assoalho do conduto auditivo externo, próximo à junção osteocartilaginosa. Exame neurológico mostra paresia facial ipsilateral. Qual é a melhor abordagem terapêutica?

(A) Obter culturas, avaliar a extensão por imagem e iniciar antibioticoterapia antipseudomonas sistêmica prolongada.
(B) Realizar limpeza do conduto e manter quinolona tópica, com acompanhamento ambulatorial semanal.
(C) Indicar mastoidectomia radical, pois a paresia facial demonstra comprometimento obrigatório da mastoide.
(D) Iniciar corticosteroide sistêmico para a paresia facial e associar antibioticoterapia tópica para a otorreia.

7. Mulher de 61 anos apresenta crises breves de vertigem ao deitar-se e ao virar a cabeça para a direita. A manobra de Dix-Hallpike à direita provoca, após curta latência, nistagmo torsional e vertical para cima, fatigável. Qual é a conduta mais apropriada?

(A) Solicitar ressonância magnética antes de qualquer intervenção.
(B) Prescrever supressor vestibular por 30 dias.
(C) Realizar manobra de Lempert para o canal semicircular lateral esquerdo.
(D) Realizar manobra de reposicionamento de Epley para o canal posterior direito.

---

8. Criança de 6 anos apresenta febre, otalgia e otorreia há cinco dias. Evolui com abaulamento retroauricular, apagamento do sulco retroauricular e deslocamento anteroinferior do pavilhão. A tomografia mostra mastoidite coalescente e coleção subperiosteal. Qual é a melhor conduta?

(A) Alta com amoxicilina oral e reavaliação em 48 horas.
(B) Internação, antibioticoterapia intravenosa, drenagem da orelha média e abordagem cirúrgica de mastoide/abscesso.
(C) Punção lombar antes do início dos antibióticos, mesmo sem sinais meníngeos.
(D) Adenoidectomia e colocação bilateral de tubos de ventilação, sem abordagem da mastoide.

---

9. Homem de 68 anos, hipertenso e anticoagulado, apresenta epistaxe de grande volume. Após estabilização hemodinâmica, reversão individualizada da anticoagulação e tamponamento posterior, mantém recorrência do sangramento. A endoscopia nasal sugere origem posterior. Qual é a melhor opção de controle definitivo?

(A) Ligadura ou cauterização endoscópica da artéria esfenopalatina.
(B) Cauterização química bilateral do septo anterior.
(C) Septoplastia isolada.
(D) Ligadura da artéria carótida externa como primeira escolha.

---

10. Paciente de 42 anos apresenta obstrução nasal, hiposmia e secreção nasal há mais de um ano. A endoscopia demonstra pólipos bilaterais, e a tomografia evidencia comprometimento difuso dos seios paranasais. Permanece sintomático após tratamento clínico apropriado, incluindo corticosteroide intranasal, irrigação salina e cursos sistêmicos criteriosamente indicados. Sobre isso, assinale a alternativa correta.

(A) A tomografia alterada, isoladamente, estabelece indicação cirúrgica obrigatória.
(B) A cirurgia endoscópica elimina a necessidade de tratamento clínico pós-operatório.
(C) A polipectomia simples, sem considerar a drenagem sinusal, é sempre suficiente.
(D) A cirurgia endoscópica pode ser indicada diante da persistência de sintomas e doença objetiva após tratamento clínico adequado.

11. Sobre os tumores malignos de pele, pode-se afirmar que:

(A) O carcinoma basocelular raramente apresenta metástases à distância.
(B) A gênese do melanoma não tem relação com a exposição solar.
(C) Os carcinomas espinocelulares não ocorrem em pacientes imunossuprimidos.
(D) A cirurgia tem um papel secundário no tratamento dos tumores cutâneos.

---

12. Sobre queimaduras por contato elétrico, é correto afirmar que:

(A) A lesão elétrica é semelhante a outras queimaduras, e as áreas visíveis de necrose tecidual representam o tecido lesado.
(B) A corrente elétrica entra em uma parte do corpo, como os dedos ou a mão, e passa pelos tecidos com maior resistência à corrente, geralmente os nervos, vasos sanguíneos e músculos.
(C) O calor gerado pela transferência de corrente elétrica e passagem da própria corrente danifica tecidos como o músculo, sendo este o principal tecido através do qual a corrente flui e, portanto, sofre o maior dano.
(D) A pele tem uma resistência relativamente alta à corrente elétrica e, portanto, em queimaduras elétricas, costuma ser bastante afetada.

---

13. Paciente trazido à emergência pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), com as imobilizações de protocolo. À chegada, apresentou Glasgow 15, com os seguintes sinais: FC 112bpm, PA 60 x 40mmHg, Sat 96% em ar ambiente e FR 24mrpm. Realizado FAST, foi encontrado líquido livre na cavidade abdominal. O paciente foi encaminhado para laparotomia exploradora. Sobre o caso descrito, é correto afirmar que:

(A) A tomografia de abdômen é confiável para fazer o diagnóstico de rompimento do intestino delgado.
(B) Pacientes com fratura de Chance podem ter uma lesão intestinal associada.
(C) Lesões mesentéricas com desvascularização do intestino delgado são responsáveis por ¾ dos casos.
(D) As lesões mesentéricas sempre são de pequena apresentação.

---

14. Criança de 2 anos apresenta episódio súbito de tosse e engasgo durante alimentação. Permanece estável, mas com sibilância unilateral e redução do murmúrio vesicular à direita. A radiografia não mostra corpo estranho, mas evidencia hiperinsuflação unilateral. Qual é a conduta mais adequada?

(A) Excluir aspiração, pois não foi visualizado corpo estranho na radiografia.
(B) Indicar broncoscopia rígida diagnóstica e terapêutica.
(C) Solicitar tomografia e aguardar confirmação radiológica antes de qualquer procedimento.
(D) Prescrever broncodilatador e reavaliar após sete dias.

15. No quinto dia após gastrectomia parcial por neoplasia, um paciente de 67 anos apresenta dispneia de início súbito e dor torácica à inspiração. Está afebril, com frequência cardíaca de 116bpm, saturação de oxigênio de 89% em ar ambiente e pressão arterial de 125/75mmHg. A ausculta pulmonar apresenta murmúrio vesicular discretamente reduzido nas bases. A radiografia de tórax mostra atelectasia laminar basal esquerda, sem outros achados relevantes. Qual é o diagnóstico mais provável e a conduta inicial mais adequada?

(A) Atelectasia pulmonar: administrar oxigênio, otimizar a analgesia e intensificar a fisioterapia respiratória.
(B) Pneumonia hospitalar: administrar oxigênio, colher culturas e iniciar antibioticoterapia empírica.
(C) Tromboembolia pulmonar: administrar oxigênio, solicitar angiotomografia pulmonar e avaliar anticoagulação conforme o risco de sangramento.
(D) Edema agudo de pulmão: administrar oxigênio, iniciar diurético e investigar disfunção cardíaca.

---

16. Uma paciente será submetida a colectomia eletiva. Recebe cefazolina e metronidazol por via intravenosa antes da incisão. Durante a operação, a equipe prevê que o procedimento ultrapassará o intervalo recomendado para uma nova dose de cefazolina. Não há evidência de infecção ativa. Qual é a conduta mais adequada em relação ao uso de antibioticoprofilaxia?

(A) Manter apenas as doses iniciais e observar a paciente no pós-operatório, pois uma nova dose só é indicada se ocorrer contaminação intestinal visível.
(B) Manter as doses iniciais durante a operação e prescrever o mesmo esquema por 24 horas após a cirurgia, para compensar sua duração.
(C) Administrar uma nova dose de cefazolina durante a operação no intervalo recomendado e encerrar a profilaxia ao término do procedimento.
(D) Administrar nova dose de cefazolina e metronidazol simultaneamente durante a operação e manter ambos até a recuperação do trânsito intestinal.

---

17. Um homem de 68 anos será submetido a colectomia eletiva por neoplasia. Tem hipertensão controlada e sofreu um infarto do miocárdio há cinco anos, sem sintomas cardiovasculares desde então. Caminha regularmente e sobe dois lances de escada sem dispneia ou dor torácica. Ao exame, está estável, sem sinais de insuficiência cardíaca. Qual é a conduta mais adequada na avaliação cardiovascular pré-operatória?

(A) Solicitar teste de isquemia, pois o antecedente de infarto torna o exame obrigatório antes de cirurgia abdominal de grande porte.
(B) Solicitar cinecoronariografia para definir a anatomia coronariana antes de autorizar a operação.
(C) Adiar a colectomia até completar uma avaliação cardiológica invasiva, mesmo na ausência de sintomas atuais.
(D) Estimar o risco com uma ferramenta validada, considerar a boa capacidade funcional e prosseguir sem teste de isquemia de rotina, na ausência de outro motivo clínico para solicitá-lo.

18. Homem de 46 anos apresenta apneia obstrutiva do sono moderada, confirmada por polissonografia, e intolerância ao CPAP. O exame acordado mostra amígdalas pequenas, língua volumosa e ausência de obstrução nasal significativa. Considera-se tratamento cirúrgico. Qual é a melhor estratégia para definir a abordagem cirúrgica?

(A) Realizar cirurgia palatal inicialmente, reservando a abordagem lingual para persistência da apneia.
(B) Indicar redução da base da língua, considerando seu volume como evidência do principal local de colapso.
(C) Avaliar os níveis de colapso, considerando endoscopia do sono induzida antes da escolha do procedimento.
(D) Indicar cirurgia combinada do palato e da língua, considerando a provável obstrução multinível.

---

19. Paciente apresenta estridor inspiratório e dispneia após tireoidectomia total. A videolaringoscopia mostra ambas as pregas vocais imóveis em posição paramediana. Apesar da saturação preservada, o esforço respiratório aumenta progressivamente. Diante disso, qual é a conduta prioritária?

(A) Administrar corticoide intravenoso e aguardar a redução do edema laríngeo.
(B) Indicar cordotomia posterior imediata para ampliar a abertura glótica.
(C) Manter oxigênio e observação até surgir queda da saturação.
(D) Assegurar prontamente a via aérea com equipe e material preparados.

---

20. Paciente com infecção odontogênica apresenta aumento de volume submandibular bilateral, elevação do assoalho oral, disfagia, voz abafada, sialorreia e estridor. A tomografia mostra infiltração dos espaços submandibular e sublingual, sem coleção delimitada. Qual é a conduta inicial mais adequada?

(A) Iniciar antibiótico intravenoso e manter observação clínica, reservando a abordagem da via aérea para o caso de piora da saturação de oxigênio.
(B) Indicar drenagem cervical imediata sob anestesia geral, com intubação orotraqueal após indução anestésica e bloqueio neuromuscular.
(C) Assegurar a via aérea com o paciente acordado, mantendo ventilação espontânea e preparo para acesso cirúrgico; iniciar antibiótico intravenoso e tratar o foco odontogênico.
(D) Realizar primeiro a extração dentária e reavaliar a necessidade de intervenção na via aérea após redução do edema.

21. Adulto jovem de 21 anos apresenta odinofagia intensa unilateral, voz abafada, trismo e desvio da úvula para o lado contralateral. Não há sinais de obstrução iminente da via aérea. Qual é a conduta mais adequada?

(A) Drenagem por punção ou incisão, associada a antibioticoterapia e suporte clínico.
(B) Antibioticoterapia tópica e observação.
(C) Tonsilectomia obrigatória durante o primeiro episódio em todos os pacientes.
(D) Biópsia da amígdala antes do tratamento da infecção.

---

22. Homem tabagista apresenta disfonia persistente. Há placa leucoplásica unilateral espessa e irregular, com área eritroplásica adjacente e redução focal importante da onda mucosa. A mobilidade da prega está preservada. Qual é a próxima conduta mais apropriada?

(A) Realizar ablação em consultório e utilizar a resposta clínica para orientar o diagnóstico.
(B) Realizar microlaringoscopia com amostragem adequada para avaliação histopatológica.
(C) Instituir tratamento antirrefluxo antes de decidir pela obtenção de tecido.
(D) Indicar cordectomia ampliada, considerando a alteração vibratória suficiente para demonstrar invasão.

---

23. Homem de 60 anos foi submetido a laringectomia total e esvaziamento cervical por carcinoma espinocelular. As margens estão livres, mas um linfonodo apresenta extensão extranodal. O paciente tem bom desempenho funcional e boas condições clínicas. Qual é a recomendação adjuvante mais apropriada?

(A) Radioterapia associada à cisplatina concomitante.
(B) Radioterapia isolada, considerando as margens livres.
(C) Cisplatina seguida de radioterapia sequencial.
(D) Radioterapia associada a cetuximabe como substituição preferencial.

---

24. Menina de 3 anos, com fissura palatina corrigida, apresenta efusão bilateral persistente há quatro meses, perda auditiva condutiva de 30dB e atraso de linguagem. Não há obstrução nasal ou adenoidite. Qual é a conduta mais apropriada?

(A) Manter observação prolongada, considerando a ausência de episódios infecciosos.
(B) Realizar adenoidectomia isolada para melhorar a função das tubas auditivas.
(C) Indicar tubos de ventilação e manter acompanhamento auditivo e fonoaudiológico.
(D) Realizar miringotomia sem tubos e associar corticoterapia nasal.

25. Mulher de 63 anos apresenta dor em fossa ilíaca esquerda e febre há cinco dias. Está hemodinamicamente estável e apresenta dor localizada, sem sinais de peritonite difusa. A tomografia evidencia espessamento do sigmoide, inflamação da gordura pericólica e coleção pélvica de 5,5cm. Qual é a estratégia terapêutica inicial mais adequada?

(A) Antibioticoterapia e avaliação para drenagem percutânea da coleção.
(B) Sigmoidectomia de urgência com anastomose primária.
(C) Tratamento ambulatorial com hidratação e analgesia.
(D) Colonoscopia imediata para excluir neoplasia colorretal perfurada.

---

26. Homem de 56 anos, tabagista e usuário frequente de anti-inflamatórios, apresenta dor epigástrica súbita, seguida de dor abdominal difusa. Após reposição volêmica inicial, permanece hemodinamicamente estável. A tomografia demonstra perfuração de 8mm na parede anterior da primeira porção do duodeno, sem evidência de neoplasia ou de obstrução da saída gástrica. Durante a laparoscopia, confirma-se pequena perfuração duodenal, com bordas viáveis. Qual é o tratamento operatório mais apropriado?

(A) Gastrectomia distal com reconstrução à Billroth II.
(B) Duodenopancreatectomia, devido ao risco de lesão neoplásica subjacente.
(C) Biópsia de bordas, fechamento primário da perfuração, reforçado com retalho de omento.
(D) Ressecção das bordas da úlcera com anastomose duodenojejunal.

---

27. Homem de 32 anos, internado após politraumatismo, apresenta dispneia súbita imediatamente após tentativa de punção venosa central da subclávia. Encontra-se agitado, com frequência respiratória de 36irpm, saturação de 82%, pressão arterial de 75/45mmHg e ausência de murmúrio vesicular no hemitórax direito. Há distensão das veias do pescoço. Qual deve ser a próxima conduta?

(A) Solicitar radiografia portátil de tórax antes de realizar qualquer intervenção.
(B) Realizar descompressão imediata do hemitórax direito, seguida de drenagem pleural.
(C) Realizar intubação orotraqueal com pressão positiva e observar a resposta clínica.
(D) Solicitar tomografia de tórax para diferenciar pneumotórax de hemotórax.

28. Homem de 35 anos sofre trauma torácico fechado em acidente automobilístico. Na admissão, apresenta pneumotórax à direita e é submetido à drenagem pleural. Após o procedimento, mantém grande escape aéreo contínuo pelo dreno, e a radiografia demonstra ausência de expansão adequada do pulmão. O dreno está pérvio e adequadamente posicionado. Qual é a principal hipótese diagnóstica e o exame mais apropriado para confirmá-la?

(A) Lesão traqueobrônquica; broncoscopia.
(B) Contusão pulmonar; angiotomografia de tórax.
(C) Ruptura diafragmática; endoscopia digestiva alta.
(D) Laceração pulmonar periférica com fístula broncopleural; tomografia computadorizada de tórax.

---

29. Homem de 54 anos está internado por pneumonia adquirida na comunidade. Apesar da antibioticoterapia, mantém febre e leucocitose. A tomografia de tórax evidencia derrame pleural moderado e loculado. A toracocentese revela líquido turvo, pH de 7,05, glicose de 35mg/dL e bacterioscopia positiva. Qual é a melhor conduta inicial?

(A) Manter os antibióticos e repetir a tomografia após sete dias.
(B) Realizar toracocentese evacuadora única.
(C) Indicar pleurodese química após o esvaziamento do derrame.
(D) Manter antibioticoterapia e realizar a drenagem pleural fechada.

---

30. Homem de 71 anos, com história de colelitíase, apresenta dor no hipocôndrio direito, febre e icterícia há dois dias. Na admissão, encontra-se confuso, com pressão arterial de 85/55mmHg e frequência cardíaca de 118bpm. Os exames demonstram leucocitose e elevação da bilirrubina direta e das enzimas canaliculares. A ultrassonografia evidencia dilatação das vias biliares e provável cálculo no colédoco distal. Qual é o diagnóstico e a conduta mais apropriada?

(A) Colecistite aguda complicada; colecistectomia laparoscópica imediata.
(B) Colangite aguda; iniciar reposição volêmica e antibioticoterapia e realizar colangiorressonância antes de decidir pela descompressão biliar.
(C) Colangite aguda grave; ressuscitação, coleta de culturas, antibioticoterapia intravenosa e CPRE.
(D) Abscesso hepático piogênico; antibioticoterapia e drenagem percutânea da vesícula biliar.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE (UFCSPA)
SANTA CASA DE PORTO ALEGRE

PROCESSO SELETIVO PARA RESIDÊNCIA MÉDICA — ANO 2027

RESIDÊNCIA MÉDICA COM PRÉ-REQUISITO EM CIRURGIA GERAL - UFCSPA/SANTA CASA

(CIRURGIA DO APARELHO DIGESTIVO | CIRURGIA ONCOLÓGICA | CIRURGIA PEDIÁTRICA | CIRURGIA PLÁSTICA | CIRURGIA TORÁCICA | CIRURGIA VASCULAR | COLOPROCTOLOGIA | UROLOGIA)

ESPECIALIZAÇÃO MÉDICA SANTA CASA DE PORTO ALEGRE (CIRURGIA PLÁSTICA)

RESIDÊNCIA MÉDICA COM PRÉ-REQUISITO EM CIRURGIA GERAL - HMV (UROLOGIA)

Nome:_____

Nº de Inscrição: | | | | | | |

Instruções

- Confira o material recebido (CADERNO DE QUESTÕES e CARTÃO DE RESPOSTAS); se houver falha, solicite a substituição ao fiscal da sala.
- Após conferir seus dados no CARTÃO DE RESPOSTAS (NOME, Nº de INSCRIÇÃO e PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MÉDICA), assine no local indicado.
- Este caderno contém **30 questões de múltipla escolha,** com quatro alternativas (**A**, **B**, **C** e **D**), das quais somente uma será a correta.
- O cartão de respostas é o único documento válido para a correção da prova objetiva, sendo de responsabilidade do candidato sua guarda durante a prova, seu preenchimento e sua entrega ao fiscal de sala.
- Preencha o CARTÃO DE RESPOSTAS, com bastante atenção, à caneta esferográfica, azul ou preta, ponta grossa, marcando uma única alternativa em cada questão.
- Verifique, no CARTÃO DE RESPOSTAS, as instruções para preenchimento. Sob nenhuma circunstância, o cartão de respostas será substituído devido a erro, desatenção ou falha no preenchimento por parte do candidato.
- Durante a realização da prova, estão vedados o empréstimo de materiais, a comunicação entre candidatos ou terceiros, a utilização de quaisquer dispositivos, como máquina calculadora e/ou similares, livros, anotações, réguas de cálculo, impressos ou qualquer outro material de consulta.
- A prova objetiva terá duração de até **3 horas**, incluído o tempo para preenchimento do CARTÃO DE RESPOSTAS.
- Após o início da prova, o candidato deverá permanecer na sala pelo **tempo mínimo de 60 minutos**.
- Ao terminar a prova, o candidato devolverá ao fiscal da sala o CARTÃO DE RESPOSTAS.
- O candidato somente poderá levar o caderno de provas **quando estiver faltando 60 minutos para o término do tempo total de duração da prova.** Por razões de segurança, o candidato que sair antes desse horário não poderá copiar as suas respostas.
- Os dois últimos candidatos de cada sala de prova deverão permanecer no recinto, a fim de acompanhar o lacre do material, quando então poderão retirar-se do local após concluído o procedimento.

DIREITOS AUTORAIS RESERVADOS. PROIBIDA A REPRODUÇÃO, AINDA QUE PARCIAL, SEM AUTORIZAÇÃO PRÉVIA.

1. Sobre câncer de tireoide, analise as afirmativas e assinale a alternativa correta.

I. O aumento da incidência de câncer de tireoide nas últimas décadas ocorreu principalmente à custa do diagnóstico de pequenos carcinomas papilíferos, sem aumento proporcional da mortalidade específica.
II. O carcinoma papilífero da tireoide é o tipo mais comum de câncer diferenciado da tireoide e apresenta disseminação preferencial pela via hemática.
III. A tireoglobulina é o principal marcador sérico utilizado no seguimento do carcinoma medular da tireoide.

(A) Apenas a afirmativa I está correta.
(B) Apenas as afirmativas I e II estão corretas.
(C) Apenas as afirmativas II e III estão corretas.
(D) Todas as afirmativas estão corretas.

---

2. Mulher de 72 anos é admitida na emergência com febre, calafrios, dor em hipocôndrio direito e icterícia, iniciados há um dia. Ao exame, encontra-se confusa, hipotensa (pressão arterial 84x50mmHg) e taquicárdica. Os exames laboratoriais mostram leucocitose importante, elevação de bilirrubinas e de fosfatase alcalina. A ultrassonografia de abdome evidencia dilatação de vias biliares e colelitíase. Após ressuscitação volêmica inicial e início de antibioticoterapia de amplo espectro, qual é a conduta mais adequada?

(A) Realizar colangiopancreatografia retrógrada endoscópica para descompressão biliar com urgência.
(B) Realizar colecistectomia de urgência como primeira medida de descompressão da via biliar.
(C) Manter antibioticoterapia, reavaliando a necessidade de descompressão biliar após estabilização clínica.
(D) Realizar drenagem biliar percutânea transparieto-hepática como primeira escolha antes de tentativa endoscópica.

3. Homem de 62 anos apresenta icterícia obstrutiva com perda de 6kg em 2 meses. A TC de abdome evidencia: massa de 3,2cm na cabeça do pâncreas em contato com artéria mesentérica superior (AMS) em menos de 180° de sua circunferência (arco de contato: 140°), sem contato com a artéria hepática comum ou tronco celíaco; veia mesentérica superior (VMS) com deformidade focal mas pérvia; CA 19-9 840U/mL; e CEA normal. A biópsia endoscópica (ecoendoscopia) confirma adenocarcinoma ductal. Não há metástases à TC ou PET-CT. Qual é a melhor abordagem terapêutica inicial?

(A) Duodenopancreatectomia (cirurgia de Whipple) imediata, com reconstrução vascular intraoperatória da AMS se necessário, pois o contato arterial < 180° não contraindica a ressecção em centros de alto volume.
(B) Quimiorradioterapia neoadjuvante isolada sem quimioterapia sistêmica prévia, seguida de cirurgia se houver *downstaging* tumoral adequado.
(C) Quimioterapia neoadjuvante por 4 meses, seguida de reavaliação de ressecabilidade por TC e CA 19-9; colocar prótese biliar metálica para controle da icterícia durante a neoadjuvância.
(D) Quimioterapia paliativa sistêmica, pois o contato com a AMS > 90° e a deformidade da VMS indicam tumor irressecável pela classificação de borderline da NCCN.

---

4. Mulher de 63 anos apresenta dor em fossa ilíaca esquerda e febre há cinco dias. Está hemodinamicamente estável e apresenta dor localizada, sem sinais de peritonite difusa. A tomografia evidencia espessamento do sigmoide, inflamação da gordura pericólica e coleção pélvica de 5,5cm. Qual é a estratégia terapêutica inicial mais adequada?

(A) Antibioticoterapia e avaliação para drenagem percutânea da coleção.
(B) Sigmoidectomia de urgência com anastomose primária.
(C) Tratamento ambulatorial com hidratação e analgesia.
(D) Colonoscopia imediata para excluir neoplasia colorretal perfurada.

---

5. Na avaliação pós-operatória diária de um dreno de sucção fechada colocado no leito de uma cirurgia de partes moles, qual é o critério fisiológico mais amplamente utilizado para decidir o momento seguro de sua remoção?

(A) A remoção deve ser realizada no 3º dia de pós-operatório, para não criar fístulas.
(B) O dreno pode ser removido quando o efluente torna-se purulento, indicando o fim da sua fase de utilidade asséptica.
(C) A remoção deve ser indicada quando a aparência do líquido passa a ser predominantemente serosa e o volume diário drenado cai abaixo de um limiar mínimo seguro.
(D) O dreno só deve ser retirado quando a pressão de vácuo do bulbo for neutralizada espontaneamente pelos gases teciduais.

6. Homem de 56 anos, tabagista e usuário frequente de anti-inflamatórios, apresenta dor epigástrica súbita, seguida de dor abdominal difusa. Após reposição volêmica inicial, permanece hemodinamicamente estável. A tomografia demonstra perfuração de 8mm na parede anterior da primeira porção do duodeno, sem evidência de neoplasia ou de obstrução da saída gástrica. Durante a laparoscopia, confirma-se pequena perfuração duodenal, com bordas viáveis. Qual é o tratamento operatório mais apropriado?

(A) Gastrectomia distal com reconstrução à Billroth II.
(B) Duodenopancreatectomia, devido ao risco de lesão neoplásica subjacente.
(C) Biópsia de bordas, fechamento primário da perfuração, reforçado com retalho de omento.
(D) Ressecção das bordas da úlcera com anastomose duodenojejunal.

---

7. Homem de 35 anos sofre trauma torácico fechado em acidente automobilístico. Na admissão, apresenta pneumotórax à direita e é submetido à drenagem pleural. Após o procedimento, mantém grande escape aéreo contínuo pelo dreno, e a radiografia demonstra ausência de expansão adequada do pulmão. O dreno está pérvio e adequadamente posicionado. Qual é a principal hipótese diagnóstica e o exame mais apropriado para confirmá-la?

(A) Lesão traqueobrônquica; broncoscopia.
(B) Contusão pulmonar; angiotomografia de tórax.
(C) Ruptura diafragmática; endoscopia digestiva alta.
(D) Laceração pulmonar periférica com fístula broncopleural; tomografia computadorizada de tórax.

---

8. Homem de 54 anos está internado por pneumonia adquirida na comunidade. Apesar da antibioticoterapia, mantém febre e leucocitose. A tomografia de tórax evidencia derrame pleural moderado e loculado. A toracocentese revela líquido turvo, pH de 7,05, glicose de 35mg/dL e bacterioscopia positiva. Qual é a melhor conduta inicial?

(A) Manter os antibióticos e repetir a tomografia após sete dias.
(B) Realizar toracocentese evacuadora única.
(C) Indicar pleurodese química após o esvaziamento do derrame.
(D) Manter antibioticoterapia e realizar a drenagem pleural fechada.

9. Homem de 32 anos, internado após politraumatismo, apresenta dispneia súbita imediatamente após tentativa de punção venosa central da subclávia. Encontra-se agitado, com frequência respiratória de 36irpm, saturação de 82%, pressão arterial de 75/45mmHg e ausência de murmúrio vesicular no hemitórax direito. Há distensão das veias do pescoço. Qual deve ser a próxima conduta?

(A) Solicitar radiografia portátil de tórax antes de realizar qualquer intervenção.
(B) Realizar descompressão imediata do hemitórax direito, seguida de drenagem pleural.
(C) Realizar intubação orotraqueal com pressão positiva e observar a resposta clínica.
(D) Solicitar tomografia de tórax para diferenciar pneumotórax de hemotórax.

---

10. Mulher de 62 anos apresenta nódulo progressivamente crescente na região parotídea direita há seis meses. Nas últimas semanas, percebeu redução da movimentação da hemiface ipsilateral. Ao exame, a massa é endurecida, pouco móvel e mede aproximadamente 3cm. Não há sinais inflamatórios. Considerando isso, assinale a alternativa que descreve corretamente a interpretação e a conduta inicial desse quadro.

(A) A disfunção do nervo facial favorece tumor benigno, devendo-se optar por acompanhamento clínico.
(B) Na disfunção do nervo facial, a massa deve ser enucleada, pois a biópsia pré-operatória aumenta o risco de disseminação tumoral.
(C) O diagnóstico mais provável é tumor de Warthin, cuja transformação maligna é frequente e, por isso, deve ser removido.
(D) A disfunção do nervo facial favorece malignidade; deve-se realizar exame de imagem e punção aspirativa ou biópsia por agulha.

---

11. Homem de 71 anos, com história de colelitíase, apresenta dor no hipocôndrio direito, febre e icterícia há dois dias. Na admissão, encontra-se confuso, com pressão arterial de 85/55mmHg e frequência cardíaca de 118bpm. Os exames demonstram leucocitose e elevação da bilirrubina direta e das enzimas canaliculares. A ultrassonografia evidencia dilatação das vias biliares e provável cálculo no colédoco distal. Qual é o diagnóstico e a conduta mais apropriada?

(A) Colecistite aguda complicada; colecistectomia laparoscópica imediata.
(B) Colangite aguda; iniciar reposição volêmica e antibioticoterapia e realizar colangiorressonância antes de decidir pela descompressão biliar.
(C) Colangite aguda grave; ressuscitação, coleta de culturas, antibioticoterapia intravenosa e CPRE.
(D) Abscesso hepático piogênico; antibioticoterapia e drenagem percutânea da vesícula biliar.

12. Um homem de 30 anos apresenta-se com dor e inchaço no joelho após uma pequena queda. A radiografia mostra uma fratura patológica através de uma lesão lítica e excêntrica na epífise do fêmur distal, que se estende até o osso subcondral. A biópsia confirma o diagnóstico de um tumor ósseo benigno, mas que é conhecido por ser localmente agressivo, com altas taxas de recorrência, e por ter um raro potencial de causar metástases pulmonares de aparência benigna. Qual é o diagnóstico mais provável?

(A) Encondroma.
(B) Osteossarcoma.
(C) Displasia fibrosa.
(D) Tumor de células gigantes.

---

13. Homem de 25 anos apresenta-se com história de vários episódios de hematoquezia de grande volume e indolor. Os exames de endoscopia digestiva alta e colonoscopia são normais. Uma cintilografia com tecnécio-99m pertecnetato revela uma área de captação anômala no quadrante inferior direito do abdome. Considerando isso, qual é a anomalia congênita mais prevalente do trato gastrointestinal, e qual é a causa mais provável do sangramento nesse paciente?

(A) Divertículo de Meckel; a causa do sangramento é a ulceração da mucosa ileal adjacente por ácido secretado por mucosa gástrica ectópica dentro do divertículo.
(B) Má rotação intestinal; a causa do sangramento é a isquemia por volvo.
(C) Doença de Hirschsprung; o sangramento é raro e geralmente causado por enterocolite.
(D) Cisto de duplicação; o sangramento é causado por estase e ulceração.

---

14. Um paciente de 62 anos é diagnosticado com um adenocarcinoma no reto médio (a 7cm da margem anal). Os exames de estadiamento não mostram doença a distância. O cirurgião planeja uma ressecção curativa e explica ao paciente a importância de remover não apenas o tumor, mas todo o tecido linfogorduroso que o envolve, seguindo planos fasciais precisos para minimizar o risco de recidiva local. Qual é a intervenção mais efetiva para reduzir as taxas de recidiva local?

(A) Ressecção abdominoperineal (operação de Miles) como procedimento padrão para todos os tumores.
(B) Quimioterapia e radioterapia neoadjuvante para esterilizar o mesorreto, dispensando a cirurgia.
(C) Excisão transanal do tumor, preservando o mesorreto.
(D) Excisão mesorretal total (EMT).

15. Paciente trazido à emergência pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), com as imobilizações de protocolo. À chegada, apresentou Glasgow 15, com os seguintes sinais: FC 112bpm, PA 60 x 40mmHg, Sat 96% em ar ambiente e FR 24mrpm. Realizado FAST, foi encontrado líquido livre na cavidade abdominal. O paciente foi encaminhado para laparotomia exploradora. Sobre o caso descrito, é correto afirmar que:

(A) A tomografia de abdômen é confiável para fazer o diagnóstico de rompimento do intestino delgado.
(B) Pacientes com fratura de Chance podem ter uma lesão intestinal associada.
(C) Lesões mesentéricas com desvascularização do intestino delgado são responsáveis por 3/4 dos casos.
(D) As lesões mesentéricas sempre são de pequena apresentação.

---

16. Sobre queimaduras por contato elétrico, é correto afirmar que:

(A) A lesão elétrica é semelhante a outras queimaduras, e as áreas visíveis de necrose tecidual representam o tecido lesado.
(B) A corrente elétrica entra em uma parte do corpo, como os dedos ou a mão, e passa pelos tecidos com maior resistência à corrente, geralmente os nervos, vasos sanguíneos e músculos.
(C) O calor gerado pela transferência de corrente elétrica e passagem da própria corrente danifica tecidos como o músculo, sendo este o principal tecido através do qual a corrente flui e, portanto, sofre o maior dano.
(D) A pele tem uma resistência relativamente alta à corrente elétrica e, portanto, em queimaduras elétricas, costuma ser bastante afetada.

---

17. Paciente de 56 anos em pós-operatório de prostatectomia total apresenta febre, calafrios, dor lombar e hipotensão, de início súbito, durante transfusão de concentrado de hemácias. Qual deve ser a conduta?

(A) Reduzir a velocidade da transfusão e administrar anti-histamínico.
(B) Interromper imediatamente a transfusão.
(C) Administrar antitérmico e reiniciar a transfusão após a melhora.
(D) Manter a transfusão e solicitar teste de Coombs direto.

18. Um homem de 45 anos apresenta dor torácica súbita e intensa após episódio de vômito vigoroso. Relata dispneia, febre e taquicardia. Ao exame, observa-se enfisema subcutâneo na região cervical. A radiografia de tórax mostra derrame pleural à esquerda e ar no mediastino. A tomografia de tórax confirma presença de líquido e ar no mediastino, compatível com perfuração esofágica na região distal. Com base nesse quadro clínico, qual é a conduta mais adequada nesse momento?

(A) Iniciar antibioticoterapia intravenosa de amplo espectro e observação clínica, visto que a maioria das perfurações se fecha espontaneamente em até 48 horas.
(B) Inserir sonda nasogástrica para descompressão, iniciar jejum e antibióticos de amplo espectro e realizar drenagem cirúrgica precoce com reparo primário do esôfago, dado o risco de mediastinite fulminante.
(C) Solicitar endoscopia digestiva alta para confirmar o local da perfuração, realizar passagem da sonda nasogástrica e iniciar antibióticos, sem necessidade de intervenção cirúrgica nesse momento.
(D) Tratar inicialmente com nutrição parenteral total, analgesia e antibióticos; se não houver melhora em 48 horas, considerar cirurgia de resgate.

---

19. Um homem de 68 anos dá entrada no pronto-socorro com dor abdominal súbita, intensa, iniciada há 6 horas, localizada na região periumbilical, que se espalhou rapidamente por todo o abdome. Relata náuseas, vômitos e ausência de eliminação de gases nas últimas 12 horas. Está hipotenso (PA 85/60mmHg), taquicárdico (FC 120bpm) e em evidente estado de choque hipovolêmico. À inspeção, o abdome está distendido e rígido, com defesa involuntária. Apresenta leucocitose (leucócitos > 15.000/µL), hematócrito elevado e elevação dos níveis de lactato sérico. A radiografia abdominal mostra ar livre sob o diafragma. Com base nesses achados de exames clínicos e laboratoriais, qual é a conduta mais adequada?

(A) Iniciar antibioticoterapia empírica e observar por 24 horas; indicar laparoscopia se não houver melhora clínica.
(B) Realizar tratamento conservador com hidratação, analgesia e controle hemodinâmico, aguardando resultados de tomografia.
(C) Adiar a cirurgia até estabilização completa, após passagem de sonda nasogástrica, hidratação vigorosa e antibióticos de amplo espectro.
(D) Indicar laparotomia exploradora de urgência, por abdome agudo suspeito de perfuração de víscera.

20. Um paciente de 52 anos, etilista crônico, procura o pronto-socorro com dor epigástrica de forte intensidade há 10 dias, irradiando para o dorso, associada a perda de apetite e emagrecimento. Refere que a dor começou após um episódio de pancreatite aguda, tratado clinicamente há cerca de um mês. Ao exame físico, apresenta massa palpável na região epigástrica. Uma tomografia computadorizada de abdome evidencia uma coleção arredondada, homogênea, com conteúdo líquido, sem septações ou presença de gás no seu interior. Com base nesse quadro clínico e nos conhecimentos sobre as doenças pancreáticas, assinale a alternativa correta.

(A) O achado de imagem é compatível com necrose pancreática, complicação que raramente exige intervenção e regride espontaneamente na maioria dos casos.
(B) A principal hipótese diagnóstica é abscesso pancreático, cuja abordagem inicial deve ser antibioticoterapia e cirurgia imediata.
(C) O tratamento do pseudocisto pancreático é sempre cirúrgico, independentemente do tamanho ou dos sintomas associados.
(D) Trata-se provavelmente de um pseudocisto pancreático, uma complicação tardia da pancreatite aguda, que pode exigir drenagem caso haja sintomas persistentes ou aumento progressivo.

---

21. Uma paciente de 55 anos relata disfagia progressiva, inicialmente para sólidos e depois para líquidos, acompanhada de dor retroesternal intermitente, regurgitação e perda de peso de 5kg em 3 meses. Uma endoscopia digestiva alta (EDA) revela dilatação esofágica sem lesões mucosas visíveis e brida distal a 5cm da junção gastroesofágica. A manometria esofágica demonstra ausência de peristalse e hipertonia do esfíncter esofágico inferior. A pH-metria mostra refluxo esofágico leve. Considerando o caso, qual é o diagnóstico provável e o tratamento mais adequado?

(A) Câncer esofágico; indicação de esofagectomia imediata para evitar progressão e perda de função.
(B) Esclerose sistêmica com envolvimento esofágico; tratamento inicial com agonistas de motilidade (como metoclopramida) e inibidores de bomba de prótons (IBP).
(C) Acalásia (tipo I ou II); tratamento de escolha é miotomia endoscópica peroral (POEM) ou miotomia cirúrgica de Heller, preferencialmente com fundoplicatura.
(D) Esofagite eosinofílica; abordagem adequada seria dieta de eliminação e corticoterapia tópica (como budesonida ou fluticasona).

22. Uma mulher de 58 anos, com obesidade, relata pirose crônica, principalmente após refeições volumosas e ao se deitar, associada a regurgitação e disfagia ocasional. A endoscopia digestiva alta revela hérnia hiatal do tipo deslizamento (tipo I) com sinais de esofagite erosiva grau B de Los Angeles. O tratamento com inibidores de bomba de prótons (IBP) em dose plena melhora parcialmente os sintomas, mas a paciente refere piora ao reduzir a medicação. Os exames de pH-metria e manometria confirmam refluxo ácido significativo e função adequada do esfíncter esofágico inferior. Considerando o caso, qual é a conduta mais adequada?

(A) Continuar tratamento clínico com IBP em dose plena por tempo indeterminado, pois o tratamento cirúrgico não oferece vantagens para esse tipo de hérnia.
(B) Realizar esofagectomia parcial, visto que a presença de esofagite erosiva representa risco elevado de evolução para adenocarcinoma.
(C) Programar gastropexia para fixar o estômago na cavidade abdominal, procedimento indicado para todos os casos de hérnia hiatal.
(D) Indicar fundoplicatura laparoscópica (como a de Nissen), pois a paciente apresenta refluxo documentado, sintomas refratários ao tratamento clínico e adequada função esofágica.

---

23. A utilização de drenos de sucção fechada (como os modelos Jackson-Pratt ou Blake) possui indicações cirúrgicas estabelecidas. Qual das alternativas representa uma indicação clássica e amplamente aceita?

(A) Evacuação de espaço morto e prevenção de acúmulo de seroma ou hematoma sob grandes descolamentos de retalhos cutâneos (mastectomias, abdominoplastias).
(B) Posicionamento intrabiliar como *stent* primário durante uma derivação biliodigestiva paliativa.
(C) Drenagem profilática rotineira da cavidade peritoneal após toda e qualquer ressecção colônica não complicada, para evitar deiscência de anastomose.
(D) Tratamento curativo de fístulas enterocutâneas de alto débito sem a necessidade de controle da sepse subjacente.

---

24. Qual é o principal fator de risco técnico ou sistêmico diretamente associado à falha do fechamento fascial e ao desenvolvimento de uma hérnia incisional após uma laparotomia?

(A) A realização de incisões transversas, que separam as fibras aponeuróticas com maior tensão do que as incisões medianas.
(B) A presença de infecção do sítio cirúrgico (superficial ou profunda), que altera a fase proliferativa da cicatrização e enfraquece a matriz de colágeno.
(C) O uso de sutura contínua com fios de absorção lenta, que é sabidamente inferior ao uso de fios de categute de absorção rápida para o fechamento da fáscia.
(D) A manutenção do paciente em decúbito dorsal estrito por 48 horas no pós-operatório.

25. Um homem de 68 anos será submetido a colectomia eletiva por neoplasia. Tem hipertensão controlada e sofreu um infarto do miocárdio há cinco anos, sem sintomas cardiovasculares desde então. Caminha regularmente e sobe dois lances de escada sem dispneia ou dor torácica. Ao exame, está estável, sem sinais de insuficiência cardíaca. Qual é a conduta mais adequada na avaliação cardiovascular pré-operatória?

(A) Solicitar teste de isquemia, pois o antecedente de infarto torna o exame obrigatório antes de cirurgia abdominal de grande porte.
(B) Solicitar cinecoronariografia para definir a anatomia coronariana antes de autorizar a operação.
(C) Adiar a colectomia até completar uma avaliação cardiológica invasiva, mesmo na ausência de sintomas atuais.
(D) Estimar o risco com uma ferramenta validada, considerar a boa capacidade funcional e prosseguir sem teste de isquemia de rotina, na ausência de outro motivo clínico para solicitá-lo.

---

26. Uma paciente será submetida a colectomia eletiva. Recebe cefazolina e metronidazol por via intravenosa antes da incisão. Durante a operação, a equipe prevê que o procedimento ultrapassará o intervalo recomendado para uma nova dose de cefazolina. Não há evidência de infecção ativa. Qual é a conduta mais adequada em relação ao uso de antibioticoprofilaxia?

(A) Manter apenas as doses iniciais e observar a paciente no pós-operatório, pois uma nova dose só é indicada se ocorrer contaminação intestinal visível.
(B) Manter as doses iniciais durante a operação e prescrever o mesmo esquema por 24 horas após a cirurgia, para compensar sua duração.
(C) Administrar uma nova dose de cefazolina durante a operação no intervalo recomendado e encerrar a profilaxia ao término do procedimento.
(D) Administrar nova dose de cefazolina e metronidazol simultaneamente durante a operação e manter ambos até a recuperação do trânsito intestinal.

27. No quinto dia após gastrectomia parcial por neoplasia, um paciente de 67 anos apresenta dispneia de início súbito e dor torácica à inspiração. Está afebril, com frequência cardíaca de 116bpm, saturação de oxigênio de 89% em ar ambiente e pressão arterial de 125/75mmHg. A ausculta pulmonar apresenta murmúrio vesicular discretamente reduzido nas bases. A radiografia de tórax mostra atelectasia laminar basal esquerda, sem outros achados relevantes. Qual é o diagnóstico mais provável e a conduta inicial mais adequada?

(A) Atelectasia pulmonar: administrar oxigênio, otimizar a analgesia e intensificar a fisioterapia respiratória.
(B) Pneumonia hospitalar: administrar oxigênio, colher culturas e iniciar antibioticoterapia empírica.
(C) Tromboembolia pulmonar: administrar oxigênio, solicitar angiotomografia pulmonar e avaliar anticoagulação conforme o risco de sangramento.
(D) Edema agudo de pulmão: administrar oxigênio, iniciar diurético e investigar disfunção cardíaca.

---

28. Uma mulher de 37 anos é internada com abdome agudo. Antes da cirurgia, omite que utiliza diariamente oxicodona sem prescrição. Após o procedimento, recebe naloxona por depressão respiratória. Poucos minutos depois, desenvolve ansiedade intensa, temperatura corporal de 37,9°C, bocejos repetidos, lacrimejamento, rinorreia, piloereção, midríase, cólicas abdominais, vômitos e diarreia. Mantém-se consciente e orientada. Sobre esse quadro, assinale a alternativa correta.

(A) Trata-se de intoxicação causada pela naloxona, que deve ser tratada prioritariamente com benzodiazepínico.
(B) Trata-se de síndrome serotoninérgica, indicada pela presença de midríase e sintomas gastrintestinais.
(C) Trata-se de hipertermia maligna desencadeada pelo procedimento anestésico, cuja apresentação inicial pode incluir instabilidade autonômica e elevação da temperatura corporal.
(D) Trata-se de abstinência por opioides precipitada pela naloxona, decorrente de antagonismo competitivo de receptores opioides.

29. Um homem de 74 anos, com hipertensão arterial e comprometimento cognitivo leve, é submetido à artroplastia de quadril. No segundo dia pós-operatório, passa a alternar entre sonolência e agitação, tenta retirar o acesso venoso e afirma que "há pessoas escondidas atrás da cortina". Durante a entrevista, perde repetidamente o fio da conversa e não consegue dizer os meses do ano em ordem inversa. Sua temperatura é de 37,8°C, a saturação de oxigênio é de 91%, e a bexiga encontra-se palpável. Recebeu tramadol, difenidramina e diazepam nas últimas 24 horas. Qual é a conduta inicial mais apropriada?

(A) Administrar haloperidol intravenoso para controle da agitação, pois a presença de alucinações indica psicose aguda, e a melhora dos sintomas irá ajudar na investigação diagnóstica.
(B) Investigar e corrigir fatores precipitantes, incluindo hipóxia, retenção urinária, infecção e medicamentos, associando medidas ambientais de reorientação e reservando antipsicóticos para casos de risco à segurança do paciente.
(C) Corrigir imediatamente a hipóxia e solicitar avaliação neurológica com neuroimagem, considerando a possibilidade de evento cerebrovascular perioperatório, apesar da ausência de déficit neurológico focal.
(D) Suspender os fármacos potencialmente causadores do quadro e observar a evolução antes de iniciar outras intervenções, pois medicamentos são causas frequentes de delirium pós-operatório.

---

30. Considerando os "5 Momentos para Higienização das Mãos", qual é a melhor justificativa para essa orientação?

(A) A higienização das mãos sempre está indicada após contato com o paciente e superfícies ou equipamentos localizados em sua área de assistência.
(B) A higienização das mãos está indicada apenas quando ocorre exposição direta a fluidos corporais ou secreções.
(C) A higienização das mãos após contato com áreas próximas ao paciente é recomendada somente quando o paciente se encontra em isolamento.
(D) O contato com equipamentos próximos ao leito não representa risco de transmissão de microrganismos quando não há contato direto com o paciente.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE (UFCSPA)
SANTA CASA DE PORTO ALEGRE

PROCESSO SELETIVO PARA RESIDÊNCIA MÉDICA — ANO 2027

RESIDÊNCIA MÉDICA COM PRÉ-REQUISITO EM CLÍNICA MÉDICA - UFCSPA/SANTA CASA

(CARDIOLOGIA | CLÍNICA MÉDICA - R3 | ENDOCRINOLOGIA E METABOLOGIA | GASTROENTEROLOGIA | GERIATRIA | HEMATOLOGIA E HEMOTERAPIA (ADULTO) | NEFROLOGIA | ONCOLOGIA CLÍNICA | PNEUMOLOGIA | REUMATOLOGIA)

RESIDÊNCIA MÉDICA COM PRÉ-REQUISITO EM CLÍNICA MÉDICA - HMV
(CARDIOLOGIA | ENDOCRINOLOGIA E METABOLOGIA | GASTROENTEROLOGIA | HEMATOLOGIA E HEMOTERAPIA (ADULTO) | NEFROLOGIA | ONCOLOGIA CLÍNICA | PNEUMOLOGIA | REUMATOLOGIA)

Nome:_____

Nº de Inscrição: | | | | | | |

Instruções

- Confira o material recebido (CADERNO DE QUESTÕES e CARTÃO DE RESPOSTAS); se houver falha, solicite a substituição ao fiscal da sala.
- Após conferir seus dados no CARTÃO DE RESPOSTAS (NOME, Nº de INSCRIÇÃO e PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MÉDICA), assine no local indicado.
- Este caderno contém **30 questões de múltipla escolha,** com quatro alternativas (**A**, **B**, **C** e **D**), das quais somente uma será a correta.
- O cartão de respostas é o único documento válido para a correção da prova objetiva, sendo de responsabilidade do candidato sua guarda durante a prova, seu preenchimento e sua entrega ao fiscal de sala.
- Preencha o CARTÃO DE RESPOSTAS, com bastante atenção, à caneta esferográfica, azul ou preta, ponta grossa, marcando uma única alternativa em cada questão.
- Verifique, no CARTÃO DE RESPOSTAS, as instruções para preenchimento. Sob nenhuma circunstância, o cartão de respostas será substituído devido a erro, desatenção ou falha no preenchimento por parte do candidato.
- Durante a realização da prova, estão vedados o empréstimo de materiais, a comunicação entre candidatos ou terceiros, a utilização de quaisquer dispositivos, como máquina calculadora e/ou similares, livros, anotações, réguas de cálculo, impressos ou qualquer outro material de consulta.
- A prova objetiva terá duração de até **3 horas**, incluído o tempo para preenchimento do CARTÃO DE RESPOSTAS.
- Após o início da prova, o candidato deverá permanecer na sala pelo **tempo mínimo de 60 minutos**.
- Ao terminar a prova, o candidato devolverá ao fiscal da sala o CARTÃO DE RESPOSTAS.
- O candidato somente poderá levar o caderno de provas **quando estiver faltando 60 minutos para o término do tempo total de duração da prova.** Por razões de segurança, o candidato que sair antes desse horário não poderá copiar as suas respostas.
- Os dois últimos candidatos de cada sala de prova deverão permanecer no recinto, a fim de acompanhar o lacre do material, quando então poderão retirar-se do local após concluído o procedimento.

DIREITOS AUTORAIS RESERVADOS. PROIBIDA A REPRODUÇÃO, AINDA QUE PARCIAL, SEM AUTORIZAÇÃO PRÉVIA.

1. Pacientes submetidos à esplenectomia como parte de tratamento de neoplasias ou trauma perdem a capacidade do sistema reticuloendotelial de remover bactérias do organismo e, por isso, apresentam maior predisposição à infecção por determinados germes. Algumas bactérias encapsuladas são as maiores causadoras de sepse em pós-esplenectomizados. Sempre que possível, esses pacientes devem ser orientados a fazer vacina dirigida para essas bactérias. Entre as arternativas abaixo, qual germe NÃO se enquadra no cenário descrito?

(A) *Neisseria meningitidis.*
(B) *Streptococcus pneumoniae.*
(C) *Haemophilus influenzae.*
(D) *Staphylococcus aureus.*

---

2. Paciente masculino de 60 anos com história de hipertensão controlada com hidroclorotiazida 25mg por dia apresenta cansaço progressivo há 3 meses e dores na região lombar e do quadril. Os exames iniciais revelam: hemoglobina 9g/dL, leucócitos 6000/µL, ureia 100mg/dL, creatinina 1,8mg/dL, cálcio total 11,1mg/dL, fósforo 3mg/dL, fosfatase alcalina 100U/L e paratormônio 40pg/mL. O exame qualitativo de urina revelou: densidade 1.030, pH 5,5, demais elementos físico-químicos negativos e, no sedimento, a presença de cilindros granulosos e proteína/creatinina urinária 3g/g. Para prosseguir a investigação, qual dos exames abaixo seria indicado inicialmente?

(A) Biópsia renal com imunofluorescência.
(B) Eletroforese de proteínas séricas e urinárias com imunofixação.
(C) Ecografia de paratireoides.
(D) Ecografia de próstata.

---

3. Paciente de 60 anos, trabalhador rural, relata que alguns dias após limpar um galpão onde havia resíduos de roedores (ratos) iniciou com cefaleia intensa — especialmente retro-orbital — mialgias e conjuntivas hiperemiadas e apresentou febre e dor abdominal. Notou a pele mais amarelada e a urina mais escura. Ao exame, o paciente estava lúcido, orientado, prostrado e ictérico. Apresentou Tax 38°C, pressão arterial 120/80mmHg, FC 80bpm e FR 20irpm. Pulmões limpos e abdome doloroso com palpação do baço, sugerindo esplenomegalia. Em relação à patologia do paciente, analise as afirmativas e assinale a alternativa correta.

I. A lesão renal aguda pode cursar com ou sem oligúria após vários dias da doença.
II. Os casos mais graves podem necessitar diálise, mas a recuperação da função renal costuma ocorrer nos sobreviventes.
III. Caracteristicamente, os pacientes apresentam hipocalemia e hiponatremia.

(A) Apenas as afirmativas I e II estão corretas.
(B) Apenas as afirmativas II e III estão corretas.
(C) Apenas as afirmativas I e III estão corretas.
(D) Todas as afirmativas estão corretas.

4. Um paciente com doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) chega à unidade de pronto atendimento com piora aguda da falta de ar. Ele apresenta frequência respiratória (FR) de 26irpm, frequência cardíaca (FC) de 102bpm e saturação de oxigênio (SaO2) de 90% em ar ambiente. O paciente avalia sua falta de ar como nível 7 em uma escala visual analógica (VAS) de 0 a 10. Como deve ser classificada essa exacerbação segundo a proposta de Roma?

(A) Leve.
(B) Moderada.
(C) Grave.
(D) Muito Grave.

---

5. A respeito das associações entre agentes infecciosos e linfomas, relacione as colunas e assinale a sequência correspondente.

(1) Epstein-Barr vírus.
(2) HTLV-1.
(3) Vírus da Hepatite C.

(A) Linfoma linfoplasmocítico.
(B) Linfoma de Hodgkin.
(C) Linfoma de células T adulto.

(A) 1b, 2c, 3a
(B) 1a, 2b, 3c
(C) 1c, 2a, 3b
(D) 1b, 2a, 3c

---

6. Um homem de 52 anos, com histórico de insuficiência cardíaca congestiva e diabetes mellitus, é levado à emergência com tosse produtiva, febre e dispneia há 3 dias. Ao exame físico: orientado, FR 32irpm, PA 88/54mmHg, FC 110bpm e temperatura 38,5°C. Exames laboratoriais revelam ureia 50mg/dL e saturação de O2 de 89% em ar ambiente. A radiografia de tórax mostra infiltrado nos lobos inferior direito e superior esquerdo. De acordo com os critérios de CURB-65, qual é a conduta mais adequada para esse paciente?

(A) O paciente possui CURB-65 de 2, devendo ser internado em enfermaria clínica para tratamento com amoxicilina/clavulanato isolado.
(B) O paciente possui CURB-65 de 4, indicando alta mortalidade (22%), e preenche critérios menores para pneumonia grave, devendo ser considerado para internação em UTI.
(C) Por apresentar saturação < 92%, o paciente deve ser internado, mas o escore PSI é preferível ao CURB-65 para decidir a necessidade de ventilação mecânica.
(D) O tratamento pode ser domiciliar se o paciente tiver bom suporte familiar, pois o CURB-65 não leva em conta a presença de comorbidades como diabetes.

7. Considere, no cenário de atendimento ambulatorial, um paciente com dor torácica atípica aos esforços. Após avaliação das comorbidades e da sintomatologia, estima-se, por meio do *Risk-Factor-Weighted Clinical Likelihood* (RF-CL) ou do *Diamond-Forrester* modificado, probabilidade pré-teste intermediária (15 - 50%) para doença arterial coronariana (DAC). Considerando as recomendações atuais para investigação e tratamento da DAC, assinale a alternativa correta.

(A) Recomenda-se como opção a realização de teste funcional para pesquisa de isquemia.
(B) Recomenda-se realizar estratificação invasiva diretamente.
(C) Dispensa-se investigação adicional devido à presença de sintomas compatíveis.
(D) Caso seja confirmada lesão coronariana significativa (>70%) em segmento médio ou distal, é mandatória a indicação de angioplastia.

---

8. Considere um paciente com diagnóstico de endocardite infecciosa confirmado pelos critérios de Duke modificado. Ao ecocardiograma transesofágico, observa-se vegetação de 13mm em valva mitral nativa, associada à insuficiência mitral importante e fração de ejeção do ventrículo esquerdo de 40% (NYHA II). O paciente permanece febril após sete dias de antibioticoterapia guiada por antibiograma de hemoculturas periféricas. Com base nesse caso, assinale a alternativa correta.

(A) O achado de manchas de Janeway constitui manifestação imunológica da endocardite infecciosa.
(B) A identificação de vegetação ao ecocardiograma transesofágico constitui critério maior isoladamente suficiente para confirmação diagnóstica definitiva.
(C) Está indicada abordagem cirúrgica de urgência.
(D) Vegetações maiores que 10mm constituem contraindicação ao tratamento cirúrgico devido à mobilidade da vegetação e ao risco de ocorrência de eventos embólicos.

---

9. Os critérios eletrocardiográficos descritos nas alternativas abaixo fazem parte do diagnóstico de um bloqueio completo de ramo esquerdo (BRE), EXCETO:

(A) Duração do QRS maior ou igual a 120ms.
(B) Onda R inicial pequena ou ausente em V1 e V2 seguida por onda S profunda.
(C) Ausência de onda Q nas derivações I, V5 e V6.
(D) Onda S nas derivações I e V6 com largura maior ou igual a 40ms.

10. Sobre câncer de tireoide, analise as afirmativas e assinale a alternativa correta.

I. O aumento da incidência de câncer de tireoide nas últimas décadas ocorreu principalmente à custa do diagnóstico de pequenos carcinomas papilíferos, sem aumento proporcional da mortalidade específica.
II. O carcinoma papilífero da tireoide é o tipo mais comum de câncer diferenciado da tireoide e apresenta disseminação preferencial pela via hemática.
III. A tireoglobulina é o principal marcador sérico utilizado no seguimento do carcinoma medular da tireoide.

(A) Apenas a afirmativa I está correta.
(B) Apenas as afirmativas I e II estão corretas.
(C) Apenas as afirmativas II e III estão corretas.
(D) Todas as afirmativas estão corretas.

---

11. Homem de 58 anos, com histórico de etilismo crônico, é levado à emergência após dois episódios de vômitos com sangue vivo, seguidos de evacuação de fezes enegrecidas e fétidas. Encontra-se consciente, pálido e sudorético. Apresenta pressão arterial de 88x56mmHg e frequência cardíaca de 118bpm. Ao exame físico, observam-se telangiectasias em tórax e ascite discreta, além de abdome flácido e indolor. Após a reposição volêmica, qual é a conduta a seguir?

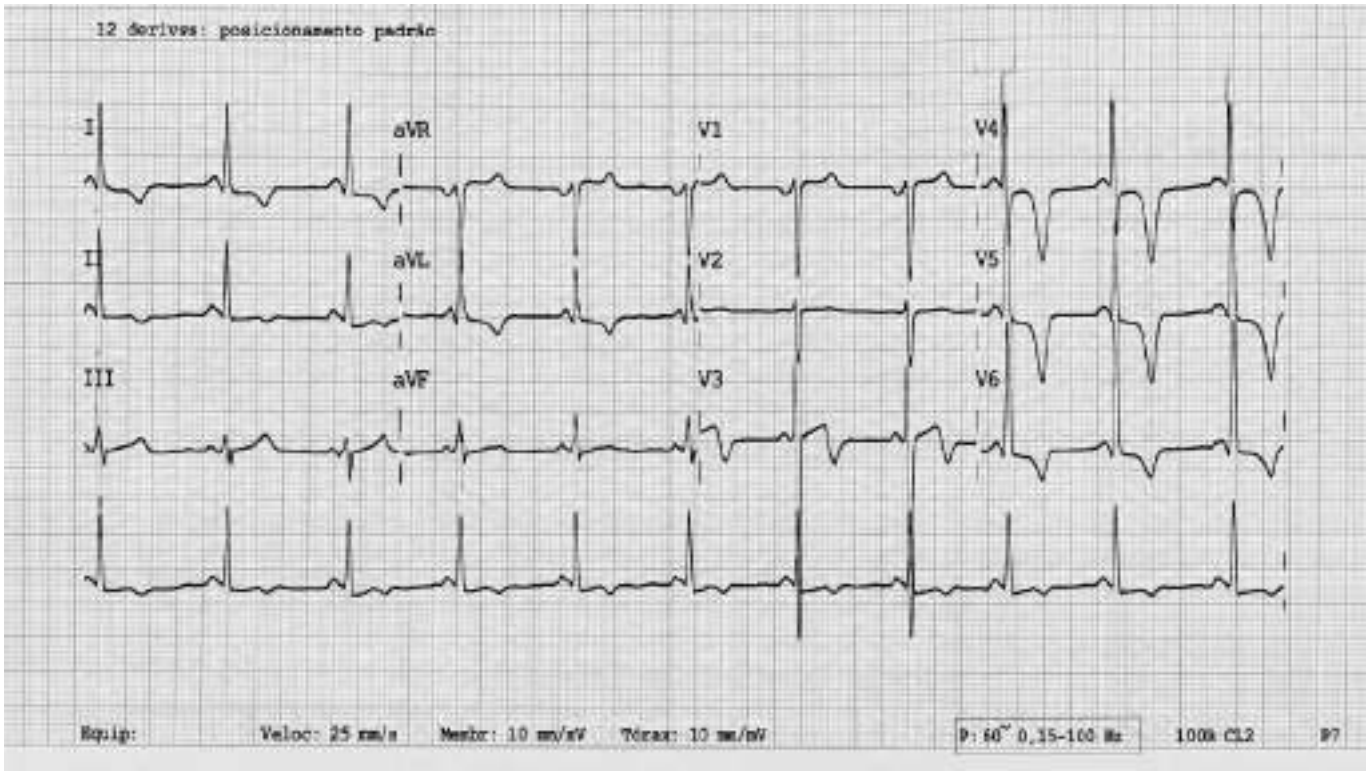
(A) Iniciar droga vasoativa esplâncnica (terlipressina) associada a antibioticoprofilaxia.
(B) Iniciar, além de terlipressina, inibidor de bomba de prótons em infusão contínua, aguardando a endoscopia em até 24 horas.
(C) Indicar a passagem de balão de tamponamento esofágico (Sengstaken-Blakemore) como medida inicial antes da avaliação endoscópica.
(D) Proceder à endoscopia alta para confirmar a origem do sangramento antes de iniciar a conduta medicamentosa.

---

12. Sobre a cardiomiopatia induzida pela sepse e o manejo hemodinâmico do paciente em choque, assinale a alternativa correta.

(A) A monitorização da pressão venosa central (PVC) com alvos estáticos de 8 - 12mmHg é a estratégia padrão recomendada para guiar, de forma isolada, a reposição volêmica total, pois está associada à redução da mortalidade.
(B) A cardiomiopatia induzida pela sepse manifesta-se tipicamente pela redução da fração de ejeção do ventrículo esquerdo, pelo aumento do índice de volume diastólico final e pelo possível comprometimento do ventrículo direito.
(C) O uso de solução salina a 0,9% (soro fisiológico) é preferível em relação às soluções cristaloides balanceadas (como Ringer Lactato), pois estas aumentam o risco de acidose metabólica hiperclorêmica.
(D) A dobutamina deve ser iniciada como o vasopressor de primeira escolha em todos os pacientes com choque séptico para garantir o aumento imediato do débito cardíaco antes da administração de fluidos.

13. Considere o eletrocardiograma abaixo. Paciente do sexo masculino, de 61 anos, tabagista e portador de DM2, é admitido na sala vermelha com dor torácica típica iniciada há 14 horas. Após o manejo inicial e o início de nitroglicerina endovenosa, observa-se melhora parcial da dor, apesar do aumento incremental das doses. O eletrocardiograma representado na imagem e os exames laboratoriais encontram-se em andamento. Qual é a conduta mais adequada nesse caso?



(A) O padrão eletrocardiográfico sugere oclusão da artéria coronária descendente anterior, com indicação de trombólise na ausência de sala de hemodinâmica disponível.
(B) O padrão eletrocardiográfico demonstrado é fortemente sugestivo de lesão crítica da artéria circunflexa. Deve-se encaminhar o paciente para cineangiocoronariografia dentro das próximas 48 horas.
(C) A ausência de supradesnivelamento do segmento ST descarta oclusão coronariana aguda, sendo apropriado aguardar o resultado da troponina para definir a conduta.
(D) O paciente deve ser encaminhado para cineangiocoronariografia de urgência devido à angina refratária, não sendo necessário aguardar o resultado da troponina.

---

14. Sobre as manifestações clínicas, o prognóstico e o tratamento da granulomatose eosinofílica com poliangeíte (EGPA), assinale a alternativa correta.

(A) Os anticorpos ANCA estão presentes na grande maioria dos pacientes (>90%), apresentando tipicamente um padrão de coloração citoplasmático (c-ANCA).
(B) O envolvimento neurológico, como a mononeurite múltipla, é raro (ocorre em menos de 10% dos casos) e costuma regredir totalmente após o início dos corticosteroides.
(C) O envolvimento dos sistemas cardiovascular, gastrointestinal e renal indica um pior prognóstico para o paciente.
(D) A plasmaférese é recomendada como terapia de indução inicial por demonstrar benefício adicional significativo na sobrevida.

15. Homem de 50 anos, com cirrose alcoólica e ascite volumosa, necessitando de paracenteses de alívio, apresenta cansaço progressivo, anorexia e dois episódios de diarreia. Suspendeu toda sua medicação há 48 horas. Ao exame, o paciente encontra-se em regular estado geral, pálido, afebril, prostrado e emagrecido, com ascite, abdome indolor e edema de 2+ de membros inferiores. Pressão arterial 80/60mmHg, FC 100bpm e FR 20irpm. Exames na chegada: sódio 130mEq/L, potássio 4,5mEq/L, ureia 45mg/dL, creatinina 2,3mg/dL (duas semanas antes era 0,8mg/dL), hemoglobina 10 e leucócitos 9000. O diagnóstico diferencial de síndrome hepatorrenal tipo 1 (HRS-AKI) mais importante antes de iniciar tratamento com terlipressina é:

(A) Nefrite intersticial aguda.
(B) Obstrução do trato urinário.
(C) Glomerulonefrite.
(D) Lesão/injúria renal aguda pré-renal.

16. Candidúria é observada com maior frequência nos pacientes em uso de sonda vesical (cateter urinário) por tempo prolongado, em ambiente de UTI, em uso de múltiplos antibióticos e, ainda, nos pacientes diabéticos. Em relação à candidúria, analise as afirmativas e assinale a alternativa correta.

I. A apresentação clínica varia da bacteriúria assintomática à sepse urinária.
II. A maioria dos casos se dá devido à *Candida albicans*.
III. O tratamento medicamentoso dos assintomáticos não é recomendado, pois não reduz recorrência ou nova infecção.

(A) Apenas as afirmativas I e II estão corretas.
(B) Apenas as afirmativas II e III estão corretas.
(C) Apenas as afirmativas I e III estão corretas.
(D) Todas as afirmativas estão corretas.

---

17. Com base no conhecimento atual sobre o rastreamento (*screening*) do câncer de pulmão, assinale a alternativa correta.

(A) A radiografia de tórax anual é um método eficaz para reduzir a mortalidade específica por câncer de pulmão em pacientes de alto risco.
(B) De acordo com as diretrizes atualizadas, o rastreamento é recomendado para qualquer indivíduo acima de 50 anos, independentemente do seu histórico tabágico.
(C) O uso de tomografia computadorizada de baixa dose reduziu a mortalidade por câncer de pulmão em 20% quando comparado ao uso de radiografia de tórax.
(D) Uma das principais vantagens da tomografia de baixa dose no rastreamento é a sua baixíssima taxa de resultados falsos-positivos, o que evita a realização de exames de acompanhamento desnecessários.

---

18. Paciente do sexo masculino, 68 anos, tabagista (40 maços-ano), em uso de broncodilatador de longa ação, será submetido a uma gastrectomia subtotal por adenocarcinoma gástrico. Ao exame físico, apresenta-se eupneico em repouso, com murmúrio vesicular diminuído globalmente e sem ruídos adventícios. SpO2 é de 94% em ar ambiente. O paciente relata que consegue subir dois lances de escada sem precisar parar por falta de ar. Baseando-se nesse caso, assinale a alternativa correta.

(A) Ser tabagista já torna a espirometria mandatória para prever complicações pós-operatórias para esse paciente e para todos os demais, independentemente do tipo de cirurgia.
(B) A localização da cirurgia é um dos fatores de risco mais importantes para complicações pulmonares pós-operatórias nesse caso.
(C) A cirurgia deve ser contraindicada se o volume expiratório forçado no primeiro segundo (VEF1) for inferior a 80% do previsto.
(D) Atualmente, a TC de tórax é o melhor preditor de complicações pulmonares pós-operatórias, superando a avaliação clínica e a capacidade funcional.

19. Considerando as escleroses sistêmicas cutâneas localizada e difusa, assinale a alternativa correta.

(A) A incidência de fenômeno de Raynaud é semelhante em ambas as apresentações.
(B) A forma cutânea localizada tem maior comprometimento pulmonar.
(C) A forma cutânea difusa tem maior ocorrência de hipertensão pulmonar.
(D) O comprometimento do esôfago é muito menor na forma cutânea localizada.

---

20. Homem de 74 anos apresenta declínio cognitivo progressivo há dois anos. As alterações cognitivas foram precedidas ou acompanhadas, desde o início, por flutuações acentuadas do estado de alerta, alucinações visuais recorrentes e episódios de identificação delirante relatado pelos familiares. Meses depois, surgiram bradicinesia, rigidez, hipomimia e postura encurvada. Não havia diagnóstico prévio de doença de Parkinson. O PET amiloide é positivo, com retenção difusa do radiotraçador no córtex cerebral. Considerando o fenótipo clínico e as limitações diagnósticas desse biomarcador, assinale a alternativa correta.

(A) O PET amiloide positivo estabelece a doença de Alzheimer como causa predominante da demência e exclui o diagnóstico de demência com corpos de Lewy.
(B) O quadro clínico favorece demência com corpos de Lewy, enquanto o PET amiloide positivo pode indicar patologia de Alzheimer concomitante, sem definir isoladamente a etiologia predominante da síndrome demencial.
(C) A positividade do PET amiloide não possui relevância diagnóstica em idosos, pois depósitos de beta-amiloide obrigatoriamente fazem parte do envelhecimento cerebral normal.
(D) A presença de parkinsonismo determina o diagnóstico de demência associada à doença de Parkinson, independentemente da relação temporal entre os sintomas motores e cognitivos.

21. Um homem de 78 anos, portador de doença renal crônica com TFG 45mL/min e relato de infarto do miocárdio há 6 anos, interna para realização de colectomia eletiva por adenocarcinoma e é solicitada avaliação clínica pré-operatória. Paciente é capaz de subir dois lances de escada sem reproduzir dor torácica ou dispneia, porém não pratica exercícios físicos regulares. Ao exame clínico, apresenta ausculta cardíaca e pulmonar normais, sem edema periférico nem turgência jugular. Pressão arterial 125 x 76mmhg; FC 67bpm; ECG com ritmo sinusal; e ondas Q em parede inferior. Faz uso de AAS, losartana, metoprolol e atorvastatina. Tendo em vista a avaliação de risco pré-operatório, qual é a melhor conduta para esse paciente?

(A) Liberar para a realização da cirurgia, uma vez que o risco do procedimento é intermediário e o paciente tem capacidade funcional maior ou igual a 4 METs.
(B) Suspender a cirurgia neste momento e propor investigação com teste funcional cardíaco não invasivo devido à idade, ao histórico de cardiopatia isquêmica prévia e ao procedimento de alto risco.
(C) Suspender a cirurgia neste momento e propor investigação com cateterismo cardíaco devido à idade, ao histórico de cardiopatia isquêmica prévia e ao procedimento de alto risco.
(D) Solicitar ecocardiografia transtorácica para avaliar questões estruturais devido ao histórico de infarto prévio, e, se o resultado for positivo, solicitar cateterismo cardíaco.

---

22. Um homem de 62 anos, portador de fibrilação atrial em uso de apixabana, procura emergência hospitalar por vômitos com sangue vivo em grande volume. Na admissão, estava torporoso, com pressão arterial 87 x 54mmhg, FC 115bpm e com as extremidades frias. Familiares relataram que o quadro iniciou há 3 horas. O médico da emergência inicia o atendimento com o objetivo de estabilizar o paciente, realizando a reposição volêmica com cristaloides e a solicitação de uma unidade de concentrado de hemácias. Após essas medidas, considerando o manejo das hemorragias digestivas altas, é correto afirmar que:

(A) A aplicação da escala de Glasgow-Blatchford pode ser útil no estadiamento da gravidade, porém não auxilia na triagem de pacientes de baixo risco que podem ir para casa e realizar manejo ambulatorial.
(B) A infusão de inibidor de bomba de prótons (IBP) deve ser iniciada prontamente, pois, além de reduzir riscos de complicações, melhora desfechos clínicos como intervenção cirúrgica e morte.
(C) A endoscopia digestiva alta deve ser realizada logo após a estabilização do paciente, em até 6 horas após o evento, pois reduz a mortalidade desses pacientes.
(D) Entre as causas mais comuns de hemorragia digestiva alta está a úlcera gástrica, cujos achados endoscópicos são relevantes para o prognóstico e para as medidas subsequentes.

23. Uma mulher de 57 anos, com diagnóstico de linfoma de grandes células B, encontra-se no 11º dia do segundo ciclo de quimioterapia com R-CHOP (rituximabe/ciclofosfamida/hidroxidaunorrubicina/vincristina/prednisona). Procura atendimento na emergência do hospital de referência e queixa-se de cansaço, calafrios e febre de 38,5°C, sintomas que iniciaram há 2 horas. Nega sintomas respiratórios e gastrointestinais e alterações cutâneas. Ao exame físico, não foram observados achados significativos, exceto leve hiperemia de orofaringe, cateter de longa permanência com inserção limpa, estabilidade hemodinâmica e bom padrão ventilatório. Exames laboratoriais iniciais apontaram hemoglobina 9,8g/dL; leucócitos 400/mm³; creatinina 0,9mg/dL; e bilirrubinas normais. Em relação ao caso descrito, qual é a melhor conduta inicial?

(A) Internar a paciente, coletar hemoculturas - periférica e do cateter - e urocultura, iniciar hidratação e pedir exames de imagem para definir foco, sem necessidade de antibiótico empírico devido à estabilidade hemodinâmica.
(B) Internar a paciente, coletar hemoculturas - periférica e do cateter - e urocultura e iniciar antibioticoterapia dentro de uma hora, com cobertura para bactérias Gram-positivas e Gram-negativas, principalmente antipseudomonas.
(C) Internar a paciente, coletar hemoculturas - periférica e do cateter - e urocultura e iniciar antibioticoterapia o mais precocemente possível, com cobertura antipseudomonas e para estafilococos coagulase-negativo, em virtude do cateter.
(D) Não é necessário internar a paciente, pois ela está hemodinamicamente estável e apresenta baixo risco. Deve-se administrar antibiótico via oral e orientar sinas de gravidade para retorno.

---

24. Em relação à dispepsia, assinale a alternativa correta.

(A) A dispepsia pode ser caracterizada como funcional independentemente de haver infecção pelo *H. pylori*.
(B) A infecção pelo *H. pylori* está associada à úlcera péptica, mas não à dispepsia não ulcerosa.
(C) A dispepsia pode ser dividida em síndrome da dor epigástrica e síndrome de desconforto pós-prandial, sendo que essa divisão é didática e não interfere no tratamento.
(D) Na ausência de *H. pylori*, o tratamento de primeira linha é usualmente feito com inibidor de bomba de prótons, independentemente do tipo de manifestação.

25. Mulher de 76 anos, internada há 4 dias em enfermaria de medicina interna para tratamento de broncopneumonia de comunidade, tem histórico de acidente vascular cerebral (AVC) sem sequelas, com hipertensão bem controlada. Está em uso de ceftriaxona e azitromicina, iniciadas na emergência, além de analgesia com dipirona e doses baixas de morfina para resgate de dor pleurítica. Faz uso crônico de anti-hipertensivo e estatina. O plantão da última noite foi chamado por quadro de agitação psicomotora. Ao exame clínico, apresenta-se desorientada no tempo e espaço e não atende coerentemente ao examinador. Um familiar relata que ela não dormiu bem na última noite e teve alguns momentos de alucinações visuais. Ao exame físico, está sem déficit neurológico focal, normotensa, afebril e apresenta glicemia capilar de 118mg/dL. Realizou tomografia de crânio de urgência, sem achados agudos. Em relação ao diagnóstico e à conduta, qual seria a melhor atitude inicial do plantonista?

(A) Pensando em *delirium* como principal hipótese, é mandatório complementar a investigação com eletroencefalograma e ressonância magnética de encéfalo para firmar o diagnóstico.
(B) A escolha de benzodiazepínicos pode auxiliar na regulação sono-vigília, bem como melhorar a confusão mental aguda no *delirium*.
(C) Na avaliação inicial do *delirium*, sempre é necessário avaliar situações como infecção ativa, distúrbios eletrolíticos e alterações de função renal e hepática, pois são possíveis fatores desencadeantes desse quadro.
(D) O haloperidol deve ser usado para agitação no *delirium*, visto que há muitas evidências dos antipsicóticos típicos e atípicos no controle do quadro.

---

26. Homem de 34 anos, previamente hígido, procura atendimento de emergência por fraqueza progressiva em membros inferiores há 3 dias. Refere diarreia autolimitada há cerca de 10 dias. A fraqueza iniciou nos pés e pernas, com evolução ascendente e simétrica, associada a parestesias em mãos e pés e dor lombar. Ao exame, apresenta força 3/5 em membros inferiores e 4/5 em superiores, dificuldade para deambular sem apoio e reflexos tendíneos profundos globalmente diminuídos, quase abolidos em membros inferiores. Não há alterações esfincterianas, nível sensitivo, comprometimento de nervos cranianos, dispneia ou instabilidade hemodinâmica. Qual é o diagnóstico mais provável?

(A) Síndrome de Guillain-Barré.
(B) Miastenia gravis.
(C) Mielite transversa aguda.
(D) Botulismo alimentar.

27. Um homem de 67 anos, portador de prótese valvar aórtica implantada há 8 meses, procura atendimento por febre diária há 10 dias, astenia e inapetência. Ao exame, apresenta temperatura de 38,3°C, pressão arterial de 118/72mmHg e novo sopro sistólico. Não há outro foco infeccioso evidente. Antes do início da antibioticoterapia, foram coletados três conjuntos de hemoculturas por venopunções periféricas distintas, com volume adequado. Após incubação em sistema automatizado, houve crescimento de *Staphylococcus epidermidis* com o mesmo perfil de suscetibilidade nos três conjuntos, com sinalização de positividade em aproximadamente 14 - 16 horas. Considerando a interpretação das hemoculturas e o significado clínico dos estafilococos coagulase-negativos (ECN), analise as afirmativas e assinale a alternativa correta.

I. O isolamento de *S. epidermidis* deve ser considerado contaminação até prova em contrário, independentemente do número de conjuntos positivos, pois ECN pertencem à microbiota cutânea.
II. O crescimento do mesmo microrganismo em múltiplas amostras obtidas de venopunções distintas aumenta a probabilidade de bacteremia verdadeira em comparação ao crescimento isolado em apenas um frasco ou conjunto.
III. O tempo para positividade pode contribuir para a interpretação da hemocultura, pois um crescimento relativamente precoce pode refletir maior carga bacteriana; entretanto, esse parâmetro não deve ser interpretado isoladamente para distinguir contaminação de bacteremia verdadeira.
IV. A presença de material protético intracardíaco modifica substancialmente a interpretação do isolamento de ECN, pois esses microrganismos podem causar infecções associadas a dispositivos e material protético.

(A) Apenas as afirmativas II e III estão corretas.
(B) Apenas as afirmativas I e IV estão corretas.
(C) Apenas as afirmativas II, III e IV estão corretas.
(D) Todas as afirmativas estão corretas.

---

28. O gradiente de albumina soro-ascite (GASA) é uma análise importante na ascite, especialmente em pacientes com hipertensão portal. Na análise da ascite de um paciente com cirrose e peritonite bacteriana, qual das alternativas abaixo possui o conjunto de resultados que corrobora com esses diagnósticos?

(A) GASA < 1,1g/dL; proteínas totais > 2,5g/dL; polimorfonucleares < 250/µL.
(B) GASA < 1,1g/dL; proteínas totais < 2,5g/dL; polimorfonucleares > 250/µL.
(C) GASA > 1,1g/dL; proteínas totais < 2,5g/dL; polimorfonucleares > 250/µL.
(D) GASA > 1,1g/dL; proteínas totais > 2,5g/dL; polimorfonucleares < 250/µL.

29. Uma paciente de 45 anos vem à consulta informando que dois irmãos e uma irmã foram identificados recentemente com hepatite B crônica. Usando inteligência artificial para buscar informações, leu que a transmissão vertical é a principal forma de infecção crônica por hepatite B e ficou preocupada. Então, realizou por conta própria diversos testes para hepatites virais:

- HBsAg reagente;
- Anti-HBc total reagente;
- Anti-HBs não reagente;
- HBeAg não reagente;
- Anti-HBe reagente;
- AST 60U/L;
- ALT 90U/L.

Sobre o caso descrito, analise as afirmativas e assinale a alternativa correta.

I. O diagnóstico de hepatite B crônica é altamente provável, porém não há indícios de replicação viral (uma vez que o HBeAg é não reagente), e a elevação de aminotransferases não pode ser atribuída à hepatite B nesse caso.
II. Deve-se solicitar os exames de carga viral e ultrassonografia de abdômen (preferencialmente com elastografia), bem como repetir AST e ALT, podendo haver indicação de tratamento antiviral conforme os resultados.
III. O diagnóstico entre hepatite B aguda ou crônica não pode ser definido agora, sendo essencial que a paciente realize biópsia hepática para determinar a necessidade de tratamento antiviral.

(A) Apenas a afirmativa I está correta.
(B) Apenas a afirmativa II está correta.
(C) Apenas a afirmativa III está correta.
(D) Todas as afirmativas estão corretas.

---

30. Paciente de 56 anos em pós-operatório de prostatectomia total apresenta febre, calafrios, dor lombar e hipotensão, de início súbito, durante transfusão de concentrado de hemácias. Qual deve ser a conduta?

(A) Reduzir a velocidade da transfusão e administrar anti-histamínico.
(B) Interromper imediatamente a transfusão.
(C) Administrar antitérmico e reiniciar a transfusão após a melhora.
(D) Manter a transfusão e solicitar teste de Coombs direto.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE (UFCSPA)
SANTA CASA DE PORTO ALEGRE

PROCESSO SELETIVO PARA RESIDÊNCIA MÉDICA — ANO 2027

RESIDÊNCIA MÉDICA COM PRÉ-REQUISITO - UFCSPA/SANTA CASA
PRM DOR

Nome:_____

Nº de Inscrição: | | | | | | |

Instruções

- Confira o material recebido (CADERNO DE QUESTÕES e CARTÃO DE RESPOSTAS); se houver falha, solicite a substituição ao fiscal da sala.
- Após conferir seus dados no CARTÃO DE RESPOSTAS (NOME, Nº de INSCRIÇÃO e PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MÉDICA), assine no local indicado.
- Este caderno contém **30 questões de múltipla escolha,** com quatro alternativas (**A**, **B**, **C** e **D**), das quais somente uma será a correta.
- O cartão de respostas é o único documento válido para a correção da prova objetiva, sendo de responsabilidade do candidato sua guarda durante a prova, seu preenchimento e sua entrega ao fiscal de sala.
- Preencha o CARTÃO DE RESPOSTAS, com bastante atenção, à caneta esferográfica, azul ou preta, ponta grossa, marcando uma única alternativa em cada questão.
- Verifique, no CARTÃO DE RESPOSTAS, as instruções para preenchimento. Sob nenhuma circunstância, o cartão de respostas será substituído devido a erro, desatenção ou falha no preenchimento por parte do candidato.
- Durante a realização da prova, estão vedados o empréstimo de materiais, a comunicação entre candidatos ou terceiros, a utilização de quaisquer dispositivos, como máquina calculadora e/ou similares, livros, anotações, réguas de cálculo, impressos ou qualquer outro material de consulta.
- A prova objetiva terá duração de até **3 horas**, incluído o tempo para preenchimento do CARTÃO DE RESPOSTAS.
- Após o início da prova, o candidato deverá permanecer na sala pelo **tempo mínimo de 60 minutos**.
- Ao terminar a prova, o candidato devolverá ao fiscal da sala o CARTÃO DE RESPOSTAS.
- O candidato somente poderá levar o caderno de provas **quando estiver faltando 60 minutos para o término do tempo total de duração da prova.** Por razões de segurança, o candidato que sair antes desse horário não poderá copiar as suas respostas.
- Os dois últimos candidatos de cada sala de prova deverão permanecer no recinto, a fim de acompanhar o lacre do material, quando então poderão retirar-se do local após concluído o procedimento.

DIREITOS AUTORAIS RESERVADOS. PROIBIDA A REPRODUÇÃO, AINDA QUE PARCIAL, SEM AUTORIZAÇÃO PRÉVIA.

1. Uma mulher de 54 anos, hipertensa e tabagista, apresenta cefaleia súbita de forte intensidade, descrita como "a pior da vida", seguida de vômitos e rebaixamento do nível de consciência. Na admissão, encontra-se sonolenta, abre os olhos ao chamado, obedece comandos simples e apresenta rigidez de nuca. A tomografia computadorizada de crânio demonstra hemorragia subaracnoide difusa predominando nas cisternas da base e fissura silviana direita. A angiotomografia identifica aneurisma sacular de 8mm na bifurcação da artéria cerebral média direita. Considerando o caso descrito, assinale a alternativa correta.

(A) A principal causa de morte na fase aguda da hemorragia subaracnoide aneurismática é o vasoespasmo cerebral, devendo o aneurisma ser tratado somente após o período crítico de 14 dias.
(B) A nimodipina reduz a incidência de vasoespasmo angiográfico, mas não influencia os desfechos neurológicos dos pacientes.
(C) Após a confirmação do aneurisma roto, o tratamento definitivo do aneurisma deve ser realizado o mais precocemente possível para reduzir o risco de ressangramento.
(D) A presença de sangue nas cisternas da base está associada ao baixo risco de vasoespasmo cerebral tardio.

---

2. Um paciente de 58 anos procura atendimento por lombalgia intensa associada à dor irradiada bilateralmente para os membros inferiores. Relata dificuldade para urinar nas últimas 24 horas e sensação de dormência na região perineal. Ao exame, apresenta diminuição da força em ambos os pés, anestesia em sela e redução do tônus esfincteriano anal. Diante desse caso, qual é a conduta mais apropriada?

(A) Iniciar tratamento conservador com anti-inflamatórios e reavaliar em 30 dias.
(B) Solicitar eletroneuromiografia urgente antes de tomar qualquer outra medida.
(C) Iniciar fisioterapia intensiva imediata e observação hospitalar.
(D) Realizar ressonância magnética lombar urgente e descompressão cirúrgica precoce se confirmada compressão da cauda equina.

3. Paciente do sexo masculino, 68 anos, tabagista (40 maços-ano), em uso de broncodilatador de longa ação, será submetido a uma gastrectomia subtotal por adenocarcinoma gástrico. Ao exame físico, apresenta-se eupneico em repouso, com murmúrio vesicular diminuído globalmente e sem ruídos adventícios. SpO2 é de 94% em ar ambiente. O paciente relata que consegue subir dois lances de escada sem precisar parar por falta de ar. Baseando-se nesse caso, assinale a alternativa correta.

(A) Ser tabagista já torna a espirometria mandatória para prever complicações pós-operatórias para esse paciente e para todos os demais, independentemente do tipo de cirurgia.
(B) A localização da cirurgia é um dos fatores de risco mais importantes para complicações pulmonares pós-operatórias nesse caso.
(C) A cirurgia deve ser contraindicada se o volume expiratório forçado no primeiro segundo (VEF1) for inferior a 80% do previsto.
(D) Atualmente, a TC de tórax é o melhor preditor de complicações pulmonares pós-operatórias, superando a avaliação clínica e a capacidade funcional.

---

4. Um paciente procura o pronto-socorro, relatando dor intensa e hipersensibilidade ao toque na parede abdominal direita. Ao exame físico, o médico observa rigidez local e dor à descompressão. A análise laboratorial revela processo inflamatório ativo. Com base nos mecanismos neurofisiológicos, assinalar a alternativa que explica corretamente por que estruturas viscerais, normalmente pouco sensíveis a estímulos mecânicos, tornam-se fonte de dor debilitante na presença de inflamação.

(A) A inflamação promove recrutamento de fibras Aβ, que normalmente respondem apenas ao toque leve, mas passam a transmitir sinais nociceptivos quando expostas a mediadores inflamatórios como bradicinina e prostaglandinas.
(B) Os nociceptores silenciosos e as fibras Aδ e C que são inativos em tecidos não inflamados tornam-se sensíveis a estímulos mecânicos na presença de mediadores inflamatórios, explicando a hipersensibilidade das vísceras patológicas.
(C) A inflamação reduz a densidade de canais de sódio nos terminais nociceptivos periféricos, elevando o limiar de ativação e promovendo uma resposta dolorosa tardia e prolongada, característica de dor visceral.
(D) A dor visceral intensa durante a inflamação ocorre exclusivamente por sensibilização central, na qual neurônios do corno dorsal passam a responder a estímulos previamente subliminares, sem alteração periférica dos nociceptores.

5. Um paciente com dor crônica submete-se a uma lesão cirúrgica eletiva em uma área do córtex frontal ativada por estímulos dolorosos. Após a cirurgia, o paciente relata que ainda consegue identificar com precisão a localização, a intensidade e a qualidade de um estímulo doloroso aplicado em seu corpo, mas refere que a dor "não o incomoda mais" e que o medo associado à dor desapareceu. Diante disso, assinale a alternativa que integra corretamente os mecanismos neurobiológicos subjacentes a esse quadro clínico e que melhor explica por que o placebo e o nocebo podem modular a percepção dolorosa em pacientes sem lesões corticais.

(A) A lesão cirúrgica interrompeu a via espinotalâmica, impedindo a chegada do sinal nociceptivo ao córtex somatossensorial; como resultado, o paciente perdeu a dimensão afetiva da dor, mas preservou a discriminação sensorial por meio de vias talâmicas alternativas. O efeito placebo ocorre por ativação do mesmo circuito que foi lesionado.
(B) A lesão cirúrgica danificou o córtex somatossensorial, eliminando a dimensão afetiva da dor; a discriminação sensorial remanescente é mediada por projeções diretas da medula espinal para o córtex frontal, contornando o tálamo. O efeito nocebo resulta da liberação de substância P periférica pelos nociceptores, que amplifica a resposta inflamatória tecidual e gera dor sem estímulo nociceptivo.
(C) A lesão cirúrgica interrompeu o circuito modulador descendente em nível cortical, impedindo que neurônios facilitadores da medula amplificassem a dor; a preservação da discriminação sensorial ocorre porque o córtex somatossensorial não depende desse circuito. Os efeitos placebo e nocebo resultam exclusivamente da alteração da densidade de canais de sódio nos nociceptores primários, que modifica o limiar de ativação periférico conforme a expectativa do paciente.
(D) A lesão cirúrgica atingiu áreas do córtex frontal vinculadas às respostas emocionais da dor (como o córtex cingulado anterior e a ínsula), que recebem projeções talâmicas distintas daquelas que seguem para o córtex somatossensorial. Isso preservou a dimensão sensório-discriminativa da dor (localização, intensidade e qualidade) enquanto reduziu seu impacto emocional. Em indivíduos sem lesão, o circuito modulador descendente — conectando hipotálamo, mesencéfalo e medula — pode tanto inibir quanto facilitar a atividade dos neurônios transmissores de dor no corno dorsal, explicando os efeitos placebo (inibição) e nocebo (facilitação).

---

6. Em relação aos tumores intracranianos, assinale a alternativa correta.

(A) O glioblastoma é o tumor intracraniano primário mais frequente e, tipicamente, apresenta características de tumor extra-axial.
(B) Os meningiomas são tumores extra-axiais e representam os tumores intracranianos primários não gliais mais frequentes em adultos.
(C) Os schwannomas vestibulares são tumores intra-axiais originados do parênquima cerebral.
(D) As metástases cerebrais são lesões únicas, apenas.

7. Um soldado ferido em combate relata sentir pouca dor apesar de ter sofrido uma fratura significativa. Em outro cenário, um paciente em ambiente civil relata dor intensa após uma venopunção de rotina. Com base nos mecanismos de modulação da dor, qual alternativa apresenta a interpretação correta sobre esses fenômenos?

(A) A ausência de dor no soldado decorre exclusivamente da liberação de endorfinas pela hipófise posterior em resposta ao estresse agudo, enquanto a dor exacerbada no paciente civil resulta da ativação de nociceptores silenciosos pelo medo antecipatório.
(B) A menor dor no soldado é explicada pela ativação de um circuito modulador descendente, mediado por opioides endógenos, que inibe os neurônios transmissores de dor no corno dorsal da medula espinal; já a dor exacerbada no paciente civil pode decorrer da ativação de neurônios facilitadores da dor dentro desse mesmo circuito modulatório.
(C) A redução da dor no soldado ocorre porque lesões por trauma penetrante ativam preferencialmente fibras Aδ, cuja condução mais lenta permite que o córtex somatossensorial processe o estímulo de forma atenuada, ao passo que a venopunção ativa fibras C de condução mais rápida, gerando dor imediata e intensa.
(D) O soldado não sente dor porque o circuito modulador descendente suprime completamente a atividade dos nociceptores primários na periferia, impedindo a geração de potenciais de ação nos terminais nervosos lesionados, o que não ocorre no paciente civil.

---

8. De acordo com os dados do estudo LUNG SAFE e as características de mortalidade apresentadas na SDRA, assinale a alternativa correta.

(A) Pacientes com SDRA decorrente de causas diretas, como pneumonia ou aspiração, apresentam uma probabilidade de óbito quase duas vezes maior do que aqueles com causas indiretas de lesão pulmonar.
(B) Parâmetros diretos de lesão pulmonar, como o nível de PEEP (≥10cmH_2O) e a complacência do sistema respiratório (≤40mL/cmH_2O), são preditores de mortalidade mais precisos do que a gravidade definida pelo consenso de Berlim.
(C) A principal causa de morte em pacientes com SDRA é a insuficiência respiratória refratária, respondendo por mais de 80% dos óbitos.
(D) A idade avançada não é considerada um fator de risco isolado significativo, exceto quando associada à sepse em pacientes com menos de 45 anos.

9. Um homem de 52 anos, com histórico de insuficiência cardíaca congestiva e diabetes mellitus, é levado à emergência com tosse produtiva, febre e dispneia há 3 dias. Ao exame físico: orientado, FR 32irpm, PA 88/54mmHg, FC 110bpm e temperatura 38,5°C. Exames laboratoriais revelam ureia 50mg/dL e saturação de O2 de 89% em ar ambiente. A radiografia de tórax mostra infiltrado nos lobos inferior direito e superior esquerdo. De acordo com os critérios de CURB-65, qual é a conduta mais adequada para esse paciente?

(A) O paciente possui CURB-65 de 2, devendo ser internado em enfermaria clínica para tratamento com amoxicilina/clavulanato isolado.
(B) O paciente possui CURB-65 de 4, indicando alta mortalidade (22%), e preenche critérios menores para pneumonia grave, devendo ser considerado para internação em UTI.
(C) Por apresentar saturação < 92%, o paciente deve ser internado, mas o escore PSI é preferível ao CURB-65 para decidir a necessidade de ventilação mecânica.
(D) O tratamento pode ser domiciliar se o paciente tiver bom suporte familiar, pois o CURB-65 não leva em conta a presença de comorbidades como diabetes.

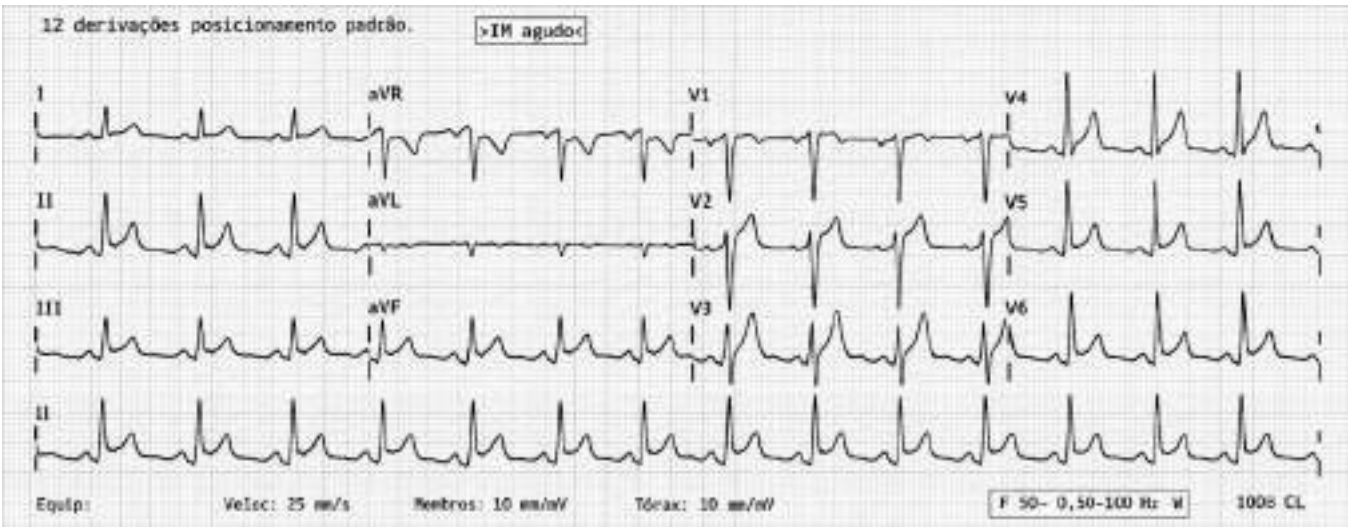
10. Sobre as manifestações clínicas, o prognóstico e o tratamento da granulomatose eosinofílica com poliangeíte (EGPA), assinale a alternativa correta.

(A) Os anticorpos ANCA estão presentes na grande maioria dos pacientes (>90%), apresentando tipicamente um padrão de coloração citoplasmático (c-ANCA).
(B) O envolvimento neurológico, como a mononeurite múltipla, é raro (ocorre em menos de 10% dos casos) e costuma regredir totalmente após o início dos corticosteroides.
(C) O envolvimento dos sistemas cardiovascular, gastrointestinal e renal indica um pior prognóstico para o paciente.
(D) A plasmaférese é recomendada como terapia de indução inicial por demonstrar benefício adicional significativo na sobrevida.

11. Considerando as escleroses sistêmicas cutâneas localizada e difusa, assinale a alternativa correta.

(A) A incidência de fenômeno de Raynaud é semelhante em ambas as apresentações.
(B) A forma cutânea localizada tem maior comprometimento pulmonar.
(C) A forma cutânea difusa tem maior ocorrência de hipertensão pulmonar.
(D) O comprometimento do esôfago é muito menor na forma cutânea localizada.

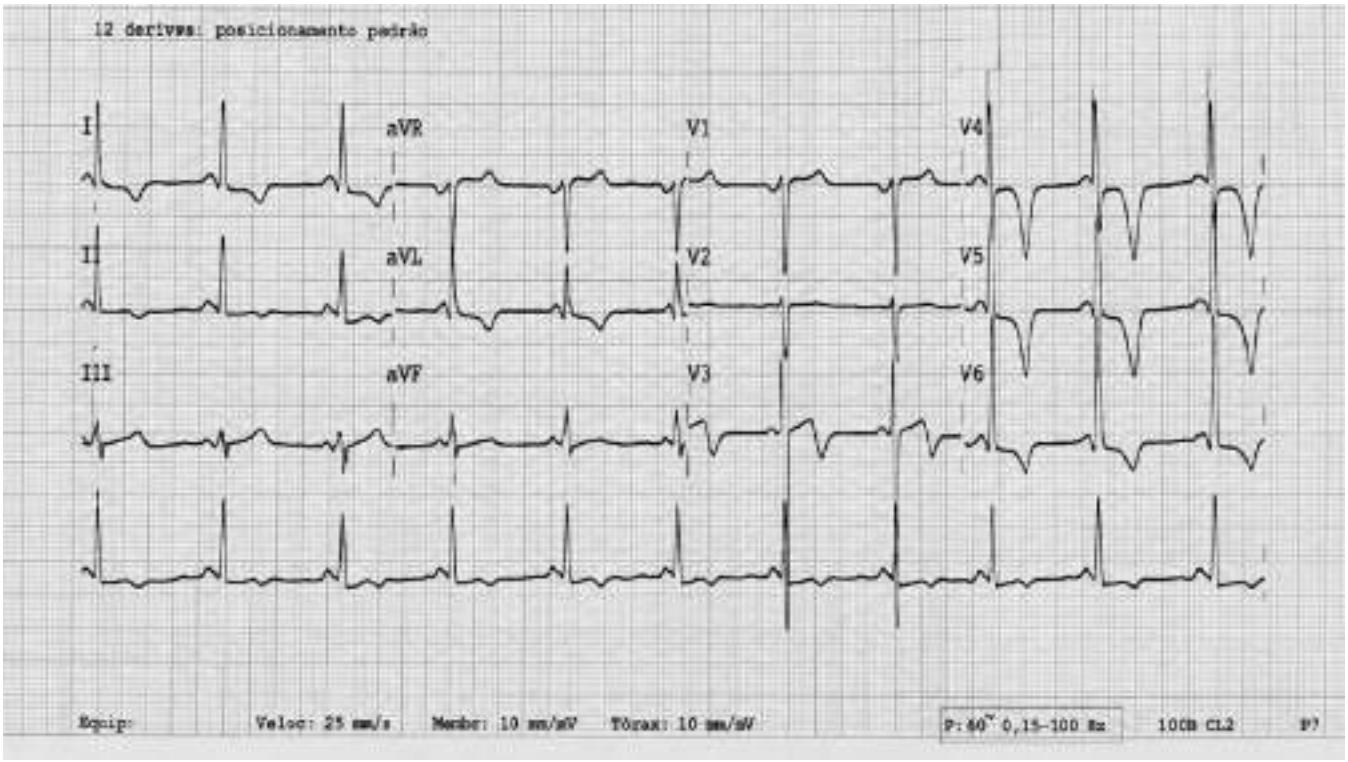
12. Considere o eletrocardiograma da imagem abaixo.



Paciente do sexo feminino, de 53 anos, apresenta-se ao pronto-socorro com quadro de dor torácica há 10 dias, com piora nas últimas 2 horas. À avaliação, informa que a dor piora à inspiração profunda. A primeira dosagem de troponina qualitativa foi negativa, e a segunda amostra está em processamento. Levando em consideração o diagnóstico mais provável, assinale a alternativa que relaciona corretamente a impressão diagnóstica e a conduta imediata mais adequada.

(A) Pericardite subaguda, evitar colchicina e iniciar metilprednisona.
(B) Miopericardite aguda, administrar corticosteroide e solicitar ressonância magnética cardíaca.
(C) IAM com supra de ST; administrar AAS e clopidogrel e encaminhar para angioplastia primária.
(D) Pericardite aguda, introduzir anti-inflamatório não esteroidal e colchicina.

13. Considere o eletrocardiograma abaixo. Paciente do sexo masculino, de 61 anos, tabagista e portador de DM2, é admitido na sala vermelha com dor torácica típica iniciada há 14 horas. Após o manejo inicial e o início de nitroglicerina endovenosa, observa-se melhora parcial da dor, apesar do aumento incremental das doses. O eletrocardiograma representado na imagem e os exames laboratoriais encontram-se em andamento. Qual é a conduta mais adequada nesse caso?



(A) O padrão eletrocardiográfico sugere oclusão da artéria coronária descendente anterior, com indicação de trombólise na ausência de sala de hemodinâmica disponível.
(B) O padrão eletrocardiográfico demonstrado é fortemente sugestivo de lesão crítica da artéria circunflexa. Deve-se encaminhar o paciente para cineangiocoronariografia dentro das próximas 48 horas.
(C) A ausência de supradesnivelamento do segmento ST descarta oclusão coronariana aguda, sendo apropriado aguardar o resultado da troponina para definir a conduta.
(D) O paciente deve ser encaminhado para cineangiocoronariografia de urgência devido à angina refratária, não sendo necessário aguardar o resultado da troponina.

---

14. Homem de 51 anos relata desconforto epigástrico recorrente há quatro meses, associado à plenitude pós-prandial e saciedade precoce, sem relação evidente com tipos específicos de alimentos. Nega perda de peso, disfagia, vômitos persistentes, sangramento digestivo ou anemia. Não faz uso de anti-inflamatórios não esteroidais. O exame físico é inteiramente normal. Qual é a conduta inicial mais apropriada?

(A) Pesquisar e tratar a infecção por *Helicobacter pylori*.
(B) Iniciar inibidor de bomba de prótons empírico, sem investigação adicional, por tempo indeterminado.
(C) Indicar endoscopia digestiva alta e domperidona ou inibidor de bomba de prótons.
(D) Solicitar tomografia computadorizada de abdome como exame inicial de investigação.

15. Paciente de 20 anos apresenta quadro de glomerulonefrite rapidamente progressiva associada ao consumo de complemento sérico. As causas mais compatíveis com esse quadro são, EXCETO:

(A) Síndrome de Goodpasture (antimembrana basal glomerular).
(B) Crioglobulinemia.
(C) Lúpus eritematoso sistêmico.
(D) Endocardite bacteriana.

16. Em relação à epilepsia, avalie se as afirmativas são verdadeiras (V) ou falsas (F) e assinale a sequência correspondente.

( ) Em torno de 1/3 das epilepsias na vida adulta apresentam fatores de risco que podem ser identificados por meio da anamnese. Trauma craniano, infecções e AVC estão entre os mais comuns.
( ) Entre as causas genéticas de epilepsia, a maioria é devido à mutação de um único gene.
( ) A epilepsia benigna com pontas centrotemporais tipicamente inicia no final da adolescência e pode remitir espontaneamente.
( ) Crises epilépticas focais com sensação abdominal ascendente, náuseas e palidez podem se originar de estruturas límbicas.

(A) V - F - V - F.
(B) F - F - F - V.
(C) F - V - V - V.
(D) V - F - F - V.

---

17. Paciente do sexo masculino, 68 anos, apresenta quadro de fraqueza muscular progressiva e indolor, com um padrão predominantemente distal. Estudos eletrofisiológicos evidenciaram um processo motor, assimétrico e multifocal. Foi realizado estudo do líquor, que evidenciou elevação de proteínas e pleocitose. Qual etiologia deve ser considerada como mais provável?

(A) Esclerose lateral amiotrófica.
(B) Polirradiculite infecciosa ou neoplásica.
(C) Polirradiculoneuropatia desmielinizante inflamatória crônica.
(D) Neuropatia motora multifocal.

---

18. Sobre câncer de tireoide, analise as afirmativas e assinale a alternativa correta.

I. O aumento da incidência de câncer de tireoide nas últimas décadas ocorreu principalmente à custa do diagnóstico de pequenos carcinomas papilíferos, sem aumento proporcional da mortalidade específica.
II. O carcinoma papilífero da tireoide é o tipo mais comum de câncer diferenciado da tireoide e apresenta disseminação preferencial pela via hemática.
III. A tireoglobulina é o principal marcador sérico utilizado no seguimento do carcinoma medular da tireoide.

(A) Apenas a afirmativa I está correta.
(B) Apenas as afirmativas I e II estão corretas.
(C) Apenas as afirmativas II e III estão corretas.
(D) Todas as afirmativas estão corretas.

19. Uma mulher de 51 anos, IMC 31kg/m², com hipertensão e antecedente de diabetes gestacional há 15 anos, comparece a uma consulta de rotina. Nega poliúria, polidipsia, perda ponderal e outros sintomas. Exames solicitados recentemente mostram: glicemia de jejum 132mg/dL, HbA1c 6,3%, triglicerídeos 248mg/dL e HDL-C 39mg/dL. Não há exames glicêmicos prévios disponíveis. De acordo com as Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD) de 2025, sobre a conduta mais adequada nesse caso, assinale a alternativa correta.

(A) O diagnóstico de diabetes mellitus está confirmado, e metformina deve ser iniciada imediatamente
(B) O resultado é compatível com pré-diabetes, devendo ser orientadas mudanças no estilo de vida e repetição dos exames em um ano.
(C) É necessário um segundo exame alterado para confirmar o diagnóstico de diabetes nessa paciente.
(D) O teste oral de tolerância à glicose com 75g deve ser solicitado e confirma diabetes se a glicemia em 2 horas for ≥195mg/dL.

---

20. Com relação à classificação fisiopatológica e à avaliação clínica da dor, assinale a alternativa correta.

(A) A dor nociceptiva somática decorre da estimulação mecânica ou química dos nociceptores, com transmissão neural preservada, tende a ser mais bem localizada e pode apresentar caráter dolorido ou latejante; as metástases ósseas constituem um exemplo clássico.
(B) A dor nociceptiva visceral origina-se da ativação de nociceptores presentes nos órgãos internos, geralmente apresenta caráter profundo ou em cólica e tem como exemplo clássico a dor decorrente de metástases ósseas.
(C) A dor neuropática decorre de sinalização neural anormal e pode ser descrita como queimação, choque ou descarga elétrica; sua classificação, entretanto, é estabelecida prioritariamente pela intensidade registrada em escala numérica.
(D) Por constituir uma experiência subjetiva, a avaliação clínica da dor deve fundamentar-se essencialmente na intensidade relatada, sendo a qualidade, a localização, os fatores modificadores e o impacto funcional parâmetros complementares de menor relevância.

---

21. Homem de 32 anos é levado ao pronto-socorro após acidente automobilístico. Na avaliação inicial, apresenta abertura ocular apenas ao estímulo doloroso, emite sons incompreensíveis e retira o membro ao estímulo doloroso. Não há relato de uso de drogas, intoxicação ou sedativos. Qual é a pontuação na Escala de Coma de Glasgow e a melhor interpretação do estado de consciência?

(A) Glasgow 8, compatível com coma.
(B) Glasgow 10, compatível com estado confusional leve.
(C) Glasgow 12, compatível com alteração discreta da consciência.
(D) Glasgow 15, compatível com consciência preservada.

22. Dispneia é uma experiência subjetiva presente em um grande número de pacientes em fase final de vida, especialmente nos portadores de doença pulmonar obstrutiva crônica e insuficiência cardíaca avançada. Sobre a avaliação e tratamento paliativo da dispneia, assinale a alternativa correta.

(A) A taquipneia é um importante dado a ser avaliado, pois correlaciona-se com a gravidade do sintoma.
(B) A aferição da saturação de oxigênio com oximetria de pulso é indispensável para avaliar a necessidade de intervenção.
(C) A ansiedade causada pela sensação de dispneia exacerba a dispneia basal.
(D) O uso de oxigênio suplementar deve ser a medida inicial para melhora da sensação de dispneia.

---

23. Mulher de 27 anos, previamente saudável, procura atendimento ambulatorial por história de cefaleias recorrentes há cerca de 6 anos. Refere crises que ocorrem, em média, 2 a 3 vezes por mês, com início gradual, dor de localização hemicraniana direita, de caráter pulsátil e intensidade moderada a intensa, com piora ao subir escadas e ao realizar atividades rotineiras. As crises duram em torno de 12 a 24 horas quando não tratadas e, frequentemente, são acompanhadas de náuseas e fotofobia — a paciente prefere permanecer em ambiente escuro e silencioso. Nega febre, cervicalgia, perda de consciência, déficit motor, crises convulsivas ou alteração de comportamentos associados ao quadro. Nesta ocasião, refere fenômenos visuais positivos, com pontos luminosos e linhas em zigue-zague que surgiram de forma gradual no campo visual, ampliaram-se em cerca de 20 a 30 minutos e desapareceram completamente em 15 minutos, sendo seguidos imediatamente por cefaleia de forte intensidade. Não usa medicações de uso contínuo, apenas faz uso eventual de analgésicos simples. Ao exame físico e neurológico, não se observam alterações. Diante disso, qual é o diagnóstico mais provável?

(A) Cefaleia do tipo tensional episódica.
(B) Enxaqueca (migrânea) com aura.
(C) Cefaleia em salvas.
(D) Cefaleia secundária por neoplasia intracraniana.

24. Homem de 35 anos procura a emergência com dor de cabeça de início súbito, unilateral, em região orbitária direita, descrita como excruciante e a pior dor que já sentiu. Refere que as crises duram cerca de 60 a 90 minutos, ocorrem várias vezes ao dia e vêm se repetindo há alguns dias, em salvas. Durante as crises, apresenta lacrimejamento ipsilateral, congestão nasal, rinorreia e sensação intensa de inquietação, com necessidade de andar de um lado para o outro e vontade de bater a cabeça na parede. Nega febre, rigidez de nuca, déficit neurológico focal ou trauma. Entre as crises, o exame físico é normal. Diante do quadro, qual é a conduta mais apropriada para abortar a crise aguda?

(A) Administrar oxigênio a alto fluxo e sumatriptana subcutânea.
(B) Prescrever apenas paracetamol por via oral e orientar retorno ambulatorial.
(C) Iniciar betabloqueador oral como tratamento de resgate imediato.
(D) Administrar opioide intravenoso, por ser a opção mais eficaz para dor intensa.

---

25. Um dos principais pilares no cuidado paliativo é o controle da dor em pacientes com doenças que ameacem a continuidade da vida. Sobre a analgesia com opioides em cuidados paliativos, é CORRETO afirmar que:

(A) Deve-se evitar o uso de opioides mesmo em pacientes com dor moderada a forte, devido aos sintomas adversos dessas medicações.
(B) Morfina é um opioide forte e deve-se oferecê-la apenas quando o paciente tem dor, evitando o uso de doses fixas.
(C) Depressão respiratória é frequente em usuários de opioide e, portanto, deve ser motivo de preocupação no momento do aumento da dose.
(D) Constipação é um efeito comum ao utilizar opioides, e o tratamento deve ser iniciado de modo preventivo.

---

26. Em relação à dispepsia, assinale a alternativa correta.

(A) A dispepsia pode ser caracterizada como funcional independentemente de haver infecção pelo *H. pylori*.
(B) A infecção pelo *H. pylori* está associada à úlcera péptica, mas não à dispepsia não ulcerosa.
(C) A dispepsia pode ser dividida em síndrome da dor epigástrica e síndrome de desconforto pós-prandial, sendo que essa divisão é didática e não interfere no tratamento.
(D) Na ausência de *H. pylori,* o tratamento de primeira linha é usualmente feito com inibidor de bomba de prótons, independentemente do tipo de manifestação.

27. Mulher de 76 anos, internada há 4 dias em enfermaria de medicina interna para tratamento de broncopneumonia de comunidade, tem histórico de acidente vascular cerebral (AVC) sem sequelas, com hipertensão bem controlada. Está em uso de ceftriaxona e azitromicina, iniciadas na emergência, além de analgesia com dipirona e doses baixas de morfina para resgate de dor pleurítica. Faz uso crônico de anti-hipertensivo e estatina. O plantão da última noite foi chamado por quadro de agitação psicomotora. Ao exame clínico, apresenta-se desorientada no tempo e espaço e não atende coerentemente ao examinador. Um familiar relata que ela não dormiu bem na última noite e teve alguns momentos de alucinações visuais. Ao exame físico, está sem déficit neurológico focal, normotensa, afebril e apresenta glicemia capilar de 118mg/dL. Realizou tomografia de crânio de urgência, sem achados agudos. Em relação ao diagnóstico e à conduta, qual seria a melhor atitude inicial do plantonista?

(A) Pensando em *delirium* como principal hipótese, é mandatório complementar a investigação com eletroencefalograma e ressonância magnética de encéfalo para firmar o diagnóstico.
(B) A escolha de benzodiazepínicos pode auxiliar na regulação sono-vigília, bem como melhorar a confusão mental aguda no *delirium*.
(C) Na avaliação inicial do *delirium*, sempre é necessário avaliar situações como infecção ativa, distúrbios eletrolíticos e alterações de função renal e hepática, pois são possíveis fatores desencadeantes desse quadro.
(D) O haloperidol deve ser usado para agitação no *delirium*, visto que há muitas evidências dos antipsicóticos típicos e atípicos no controle do quadro.

---

28. Um homem de 62 anos, portador de fibrilação atrial em uso de apixabana, procura emergência hospitalar por vômitos com sangue vivo em grande volume. Na admissão, estava torporoso, com pressão arterial 87 x 54mmhg, FC 115bpm e com as extremidades frias. Familiares relataram que o quadro iniciou há 3 horas. O médico da emergência inicia o atendimento com o objetivo de estabilizar o paciente, realizando a reposição volêmica com cristaloides e a solicitação de uma unidade de concentrado de hemácias. Após essas medidas, considerando o manejo das hemorragias digestivas altas, é correto afirmar que:

(A) A aplicação da escala de Glasgow-Blatchford pode ser útil no estadiamento da gravidade, porém não auxilia na triagem de pacientes de baixo risco que podem ir para casa e realizar manejo ambulatorial.
(B) A infusão de inibidor de bomba de prótons (IBP) deve ser iniciada prontamente, pois, além de reduzir riscos de complicações, melhora desfechos clínicos como intervenção cirúrgica e morte.
(C) A endoscopia digestiva alta deve ser realizada logo após a estabilização do paciente, em até 6 horas após o evento, pois reduz a mortalidade desses pacientes.
(D) Entre as causas mais comuns de hemorragia digestiva alta está a úlcera gástrica, cujos achados endoscópicos são relevantes para o prognóstico e para as medidas subsequentes.

29. Paciente feminina de 50 anos refere dor lombar crônica com irradiação para os membros inferiores há 3 anos. Relata dor constante num escore 6/10 em escala de dor, piora com atividade, alívio parcial com repouso e AINE. Apresenta sensibilidade difusa no exame físico, sem déficits neurológicos focais. Ressonância magnética revela alterações degenerativas leves na coluna. Relata um medo muito grande de "acabar em cadeira de rodas" e evita movimentos por receio de agravar a dor ou ter lesões. Tem pesquisado muito na internet sobre dor. Já fez várias consultas e exames. Qual(is) característica(s) na história dessa paciente é (são) mais indicativas para o diagnóstico de Transtorno de Sintomas Somáticos com predomínio de dor?

(A) Desproporção entre a intensidade da dor e os achados de imagem.
(B) Comportamento de evitação por medo de dor ao movimento.
(C) Pensamentos desproporcionais e persistentes sobre a gravidade dos sintomas e preocupação excessiva com a dor.
(D) Melhora parcial e transitória com tratamentos médicos e dor crônica.

---

30. Paciente de 70 anos, com 70kg e institucionalizado com demência prévia, é trazido à emergência por rebaixamento de sensório, letargia e confusão mental. Ao exame físico, aparenta desidratação e hipovolemia, com relato de redução de ingesta oral e redução do volume urinário. Após cuidadosa reposição com soro fisiológico 0,9%, o sódio sérico permanece 160mEq/L (o mesmo da chegada). Então, decide-se repor água livre. Nas primeiras 24h, o máximo de correção seria objetivar qual sódio sérico?

(A) 155mEq/L.
(B) 150mEq/L.
(C) 145mEq/L.
(D) 140mEq/L.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE (UFCSPA)
SANTA CASA DE PORTO ALEGRE

PROCESSO SELETIVO PARA RESIDÊNCIA MÉDICA — ANO 2027

RESIDÊNCIA MÉDICA COM PRÉ-REQUISITO - UFCSPA/SANTA CASA
PRM ELETROFISIOLOGIA CLÍNICA INVASIVA

Nome:_____

Nº de Inscrição: | | | | | | |

Instruções

- Confira o material recebido (CADERNO DE QUESTÕES e CARTÃO DE RESPOSTAS); se houver falha, solicite a substituição ao fiscal da sala.
- Após conferir seus dados no CARTÃO DE RESPOSTAS (NOME, Nº de INSCRIÇÃO e PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MÉDICA), assine no local indicado.
- Este caderno contém **30 questões de múltipla escolha,** com quatro alternativas (**A**, **B**, **C** e **D**), das quais somente uma será a correta.
- O cartão de respostas é o único documento válido para a correção da prova objetiva, sendo de responsabilidade do candidato sua guarda durante a prova, seu preenchimento e sua entrega ao fiscal de sala.
- Preencha o CARTÃO DE RESPOSTAS, com bastante atenção, à caneta esferográfica, azul ou preta, ponta grossa, marcando uma única alternativa em cada questão.
- Verifique, no CARTÃO DE RESPOSTAS, as instruções para preenchimento. Sob nenhuma circunstância, o cartão de respostas será substituído devido a erro, desatenção ou falha no preenchimento por parte do candidato.
- Durante a realização da prova, estão vedados o empréstimo de materiais, a comunicação entre candidatos ou terceiros, a utilização de quaisquer dispositivos, como máquina calculadora e/ou similares, livros, anotações, réguas de cálculo, impressos ou qualquer outro material de consulta.
- A prova objetiva terá duração de até **3 horas**, incluído o tempo para preenchimento do CARTÃO DE RESPOSTAS.
- Após o início da prova, o candidato deverá permanecer na sala pelo **tempo mínimo de 60 minutos**.
- Ao terminar a prova, o candidato devolverá ao fiscal da sala o CARTÃO DE RESPOSTAS.
- O candidato somente poderá levar o caderno de provas **quando estiver faltando 60 minutos para o término do tempo total de duração da prova.** Por razões de segurança, o candidato que sair antes desse horário não poderá copiar as suas respostas.
- Os dois últimos candidatos de cada sala de prova deverão permanecer no recinto, a fim de acompanhar o lacre do material, quando então poderão retirar-se do local após concluído o procedimento.

DIREITOS AUTORAIS RESERVADOS. PROIBIDA A REPRODUÇÃO, AINDA QUE PARCIAL, SEM AUTORIZAÇÃO PRÉVIA.

1. Paciente do sexo masculino, de 33 anos, sem comorbidades, procura atendimento por dor torácica atípica e dispneia com piora progressiva nas últimas 72 horas. Relata que, na semana anterior, apresentou quadro gripal com odinofagia e febre, com melhora espontânea. A dosagem de troponina foi positiva (1.087pg/mL; VR < 53pg/mL). O eletrocardiograma demonstra supradesnivelamento difuso do segmento ST. A cineangiocoronariografia revelou coronárias isentas de lesões. Com base nesse quadro, analise as afirmativas e assinale a alternativa correta.

I. A miocardite poderia ser descartada em caso de troponina negativa.
II. Trata-se de MINOCA, e a conduta inicial deve ser a realização de teste isquêmico com estresse farmacológico durante a internação.
III. Na ausência de contraindicações, recomenda-se a realização de ressonância magnética cardíaca durante a investigação diagnóstica.
IV. Recomenda-se a introdução de reabilitação com exercício físico precoce, a fim de evitar disfunção miocárdica a longo prazo.

(A) Apenas as afirmativas I e III estão corretas.
(B) Apenas a afirmativa III está correta.
(D) Apenas as afirmativas II e IV estão corretas.
(C) Apenas as afirmativas I, II e IV estão corretas.

---

2. Considere, no cenário de atendimento ambulatorial, um paciente com dor torácica atípica aos esforços. Após avaliação das comorbidades e da sintomatologia, estima-se, por meio do *Risk-Factor-Weighted Clinical Likelihood* (RF-CL) ou do *Diamond-Forrester* modificado, probabilidade pré-teste intermediária (15 - 50%) para doença arterial coronariana (DAC). Considerando as recomendações atuais para investigação e tratamento da DAC, assinale a alternativa correta.

(A) Recomenda-se como opção a realização de teste funcional para pesquisa de isquemia.
(B) Recomenda-se realizar estratificação invasiva diretamente.
(C) Dispensa-se investigação adicional devido à presença de sintomas compatíveis.
(D) Caso seja confirmada lesão coronariana significativa (>70%) em segmento médio ou distal, é mandatória a indicação de angioplastia.

---

3. Considere um paciente com diagnóstico de endocardite infecciosa confirmado pelos critérios de Duke modificado. Ao ecocardiograma transesofágico, observa-se vegetação de 13mm em valva mitral nativa, associada à insuficiência mitral importante e fração de ejeção do ventrículo esquerdo de 40% (NYHA II). O paciente permanece febril após sete dias de antibioticoterapia guiada por antibiograma de hemoculturas periféricas. Com base nesse caso, assinale a alternativa correta.

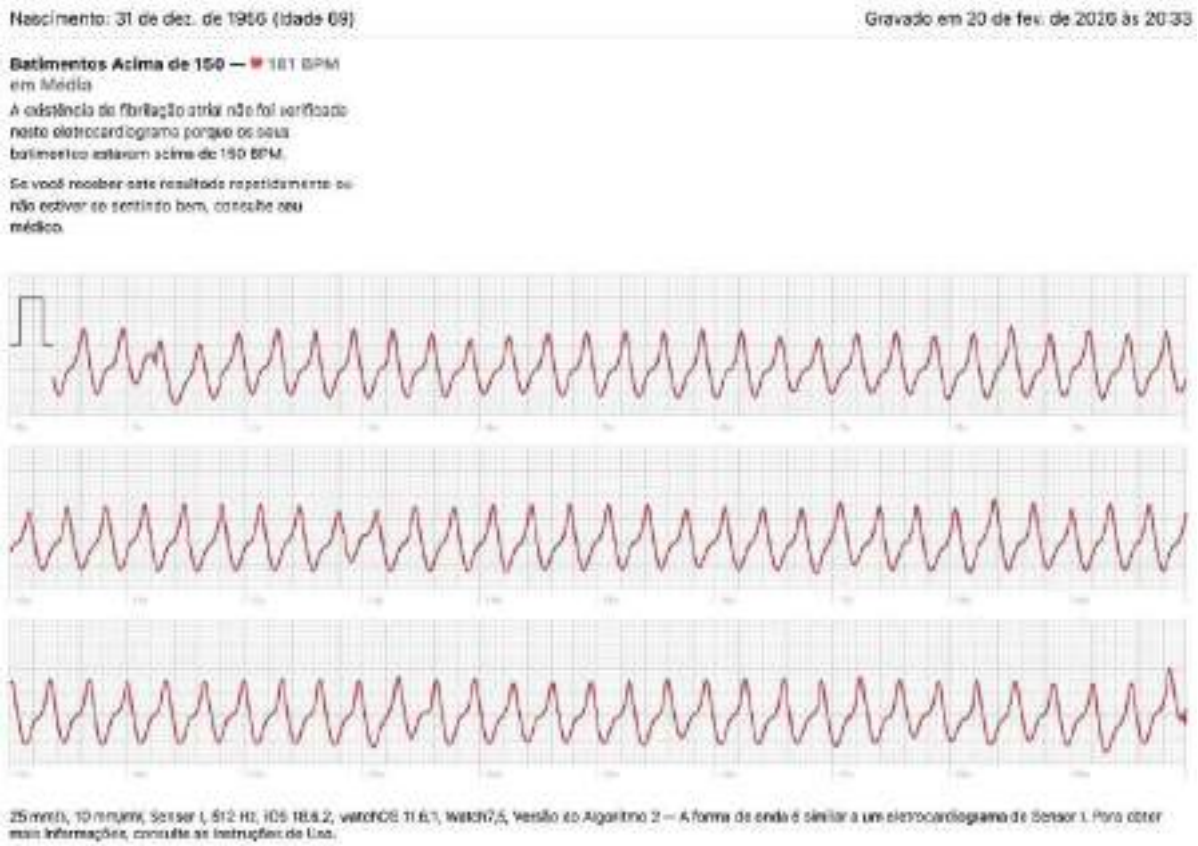
(A) O achado de manchas de Janeway constitui manifestação imunológica da endocardite infecciosa.
(B) A identificação de vegetação ao ecocardiograma transesofágico constitui critério maior isoladamente suficiente para confirmação diagnóstica definitiva.
(C) Está indicada abordagem cirúrgica de urgência.
(D) Vegetações maiores que 10mm constituem contraindicação ao tratamento cirúrgico devido à mobilidade da vegetação e ao risco de ocorrência de eventos embólicos.

---

4. Os critérios eletrocardiográficos descritos nas alternativas abaixo fazem parte do diagnóstico de um bloqueio completo de ramo esquerdo (BRE), EXCETO:

(A) Duração do QRS maior ou igual a 120ms.
(B) Onda R inicial pequena ou ausente em V1 e V2 seguida por onda S profunda.
(C) Ausência de onda Q nas derivações I, V5 e V6.
(D) Onda S nas derivações I e V6 com largura maior ou igual a 40ms.

5. Homem de 69 anos, com histórico de insuficiência cardíaca, apresentou mal-estar e registrou o seguinte traçado no *Apple Watch*.

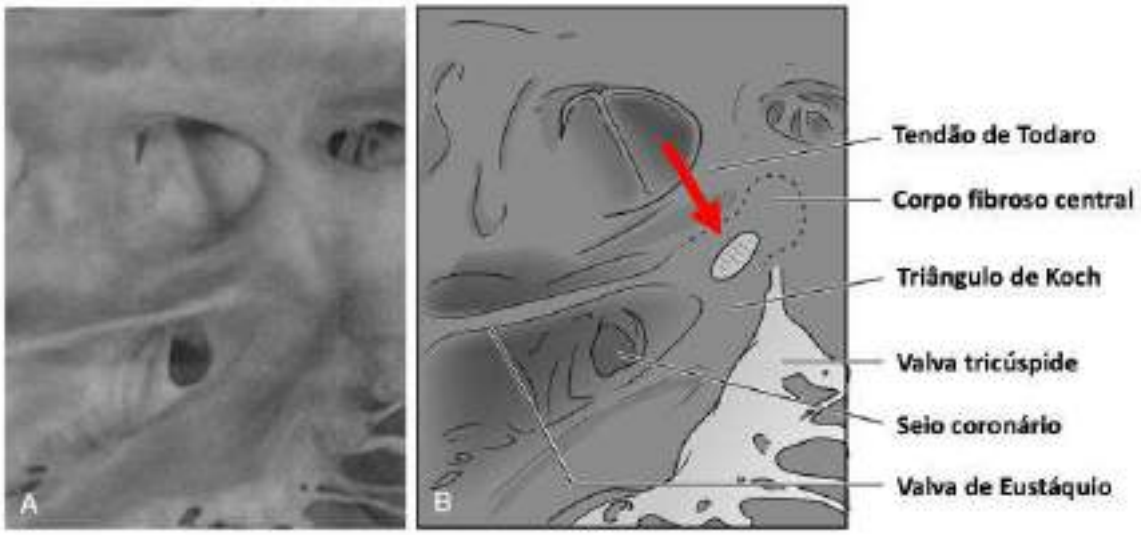


Sobre o caso clínico e o registro realizado, assinale a alternativa correta.

(A) Pelo fato de não documentar fibrilação atrial, possivelmente trata-se de artefato.
(B) O método foi validado em ensaio clínico para diagnóstico tanto de fibrilação atrial como de arritmias ventriculares.
(C) A avaliação desse traçado deve ser utilizada para desencadear resposta médica imediata.
(D) Pelo *Apple Heart Study*, devido à acurácia próxima a 100% para o diagnóstico de fibrilação atrial, não há necessidade de revisão do traçado por médico.

---

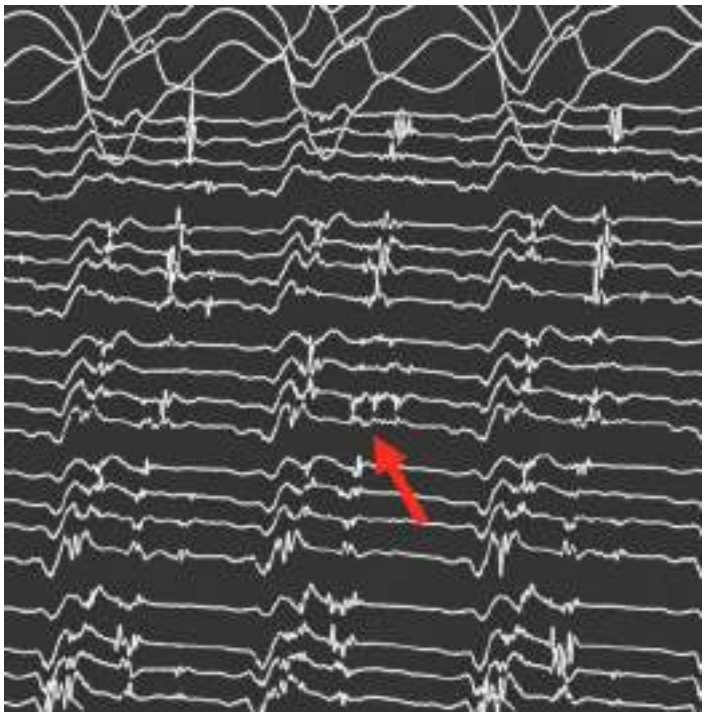
6. Abaixo são apresentadas uma fotografia de um coração humano normal (A) e uma ilustração esquemática identificando algumas estruturas anatômicas (B).



A seta aponta para a localização aproximada de qual estrutura?

(A) Nó sinusal.
(B) Nó atrioventricular.
(C) Artéria coronária direita.
(D) Artéria coronária circunflexa.

7. Observe abaixo os sinais endocavitários registrados durante protocolo de estimulação ventricular em paciente submetido a estudo eletrofisiológico.

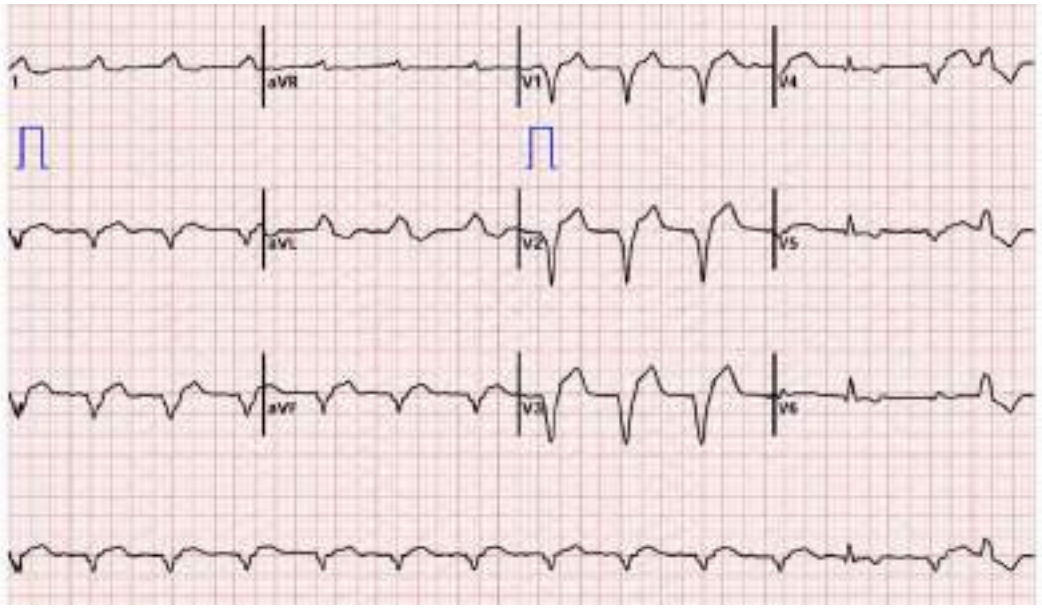


O tipo de mapeamento realizado e os sinais indicados pela seta auxiliam na identificação do potencial sítio de ablação em qual situação?

(A) Taquicardia por reentrada nodal, quando não há registro documentado da arritmia.
(B) Fibrilação atrial, quando se mantém indução mesmo após o isolamento das veias pulmonares.
(C) Taquicardia ventricular em presença de cardiopatia estrutural, quando não há tolerância hemodinâmica durante a arritmia clínica.
(D) *Flutter* atrial comum, quando não há definição anatômica adequada do istmo cavotricuspídeo.

---

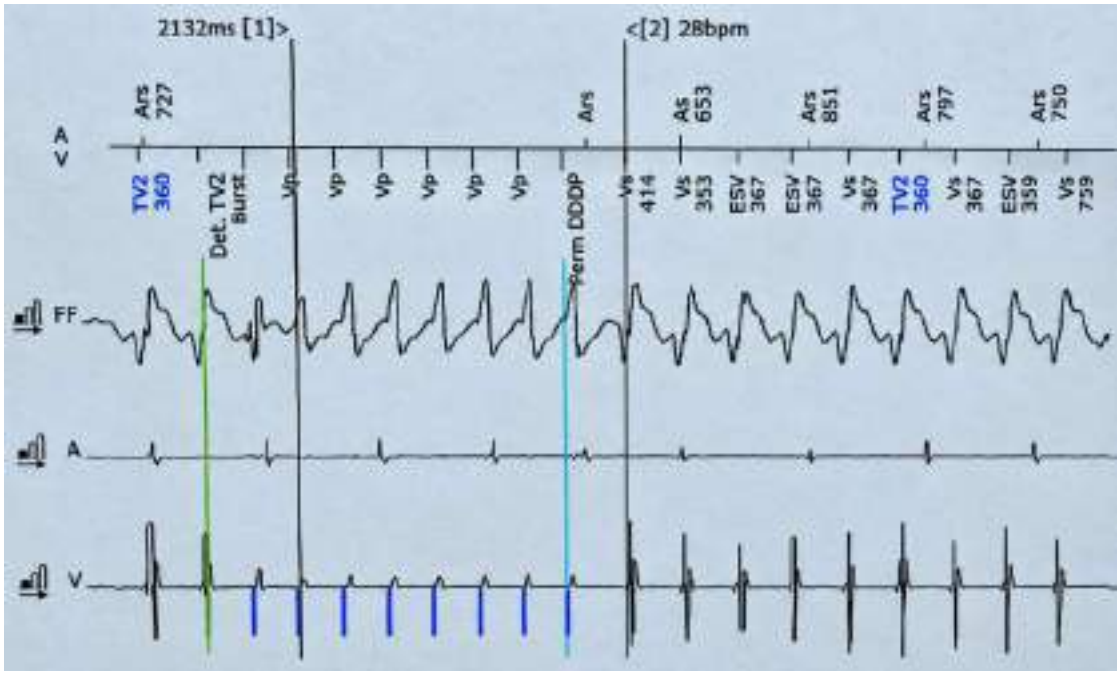
8. Homem de 75 anos, portador de marca-passo bicameral, foi admitido na emergência por insuficiência cardíaca descompensada. Abaixo está o ECG da admissão.



Com base no caso clínico e no traçado eletrocardiográfico apresentado, qual é o ritmo de base do paciente e o modo de operação do marca-passo mais prováveis para o momento?

(A) Fibrilação atrial - DDI.
(B) *Flutter* atrial - DOO.
(C) Ritmo sinusal - AAI.
(D) Ritmo idioventricular - DDD.

9. Observe a figura abaixo, que apresenta um registro obtido durante a revisão eletrônica de um dispositivo cardíaco eletrônico implantável.

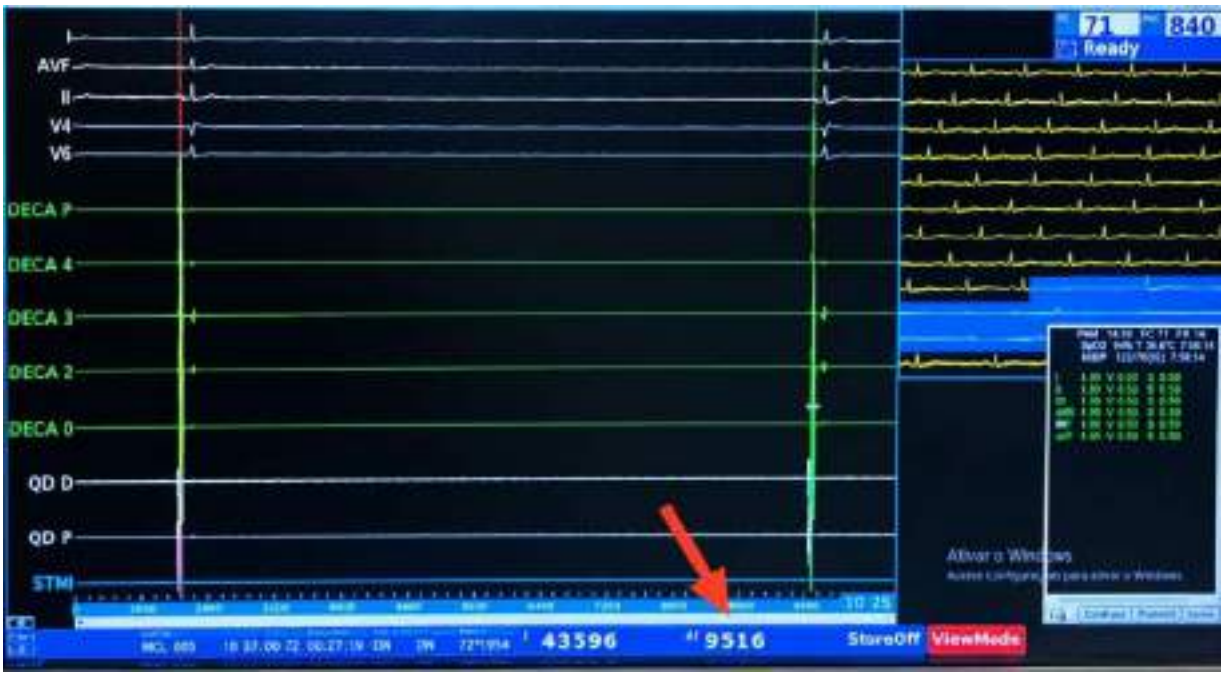


Com base nas informações apresentadas na figura, qual foi o tipo de dispositivo implantado no paciente e o que ocorreu especificamente no momento do registro?

(A) Ressincronizador cardíaco (TRC) - perda de ressincronização.
(B) Marca-passo bicameral convencional - teste de limiar.
(C) Cardiodesfibrilador implantável (CDI) - terapia antitaquicardia.
(D) Modulador da contratilidade cardíaca (CCM) - estimulação durante o período refratário do miocárdio.

---

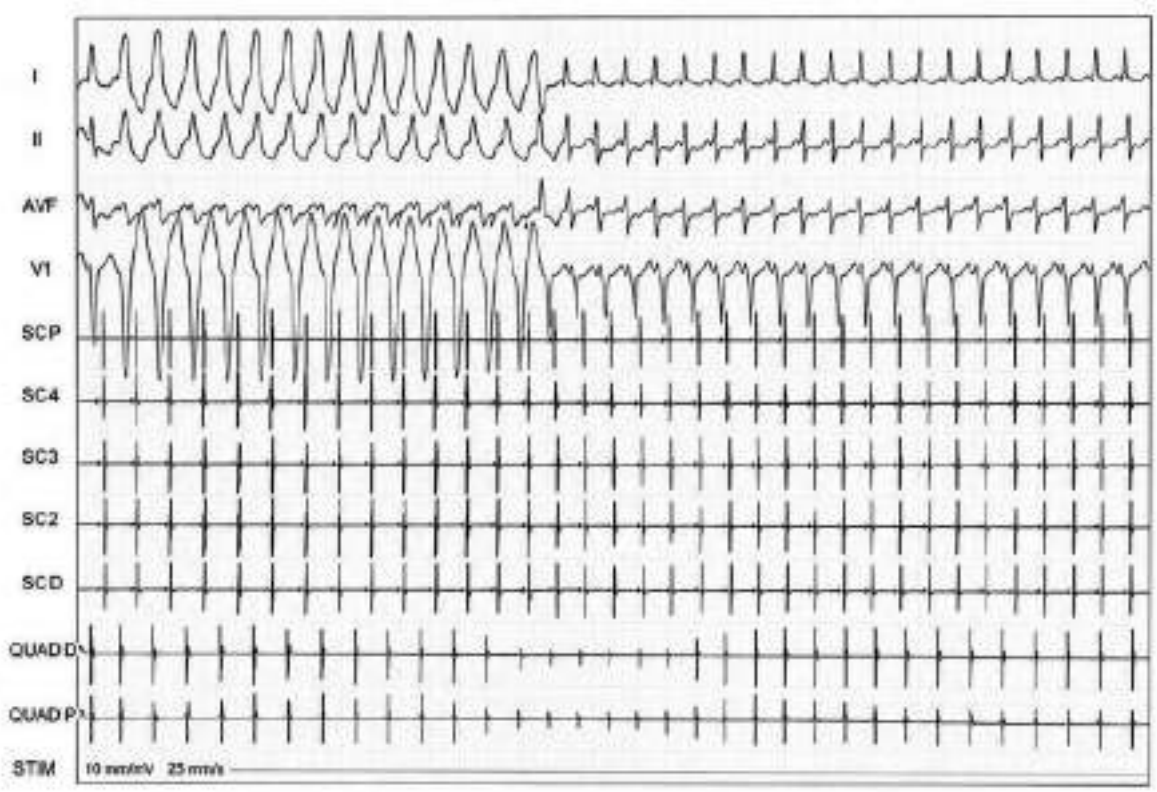
10. Homem de 58 anos, com histórico de síncope recorrente, apresentou pausa de 9,5 segundos durante massagem do seio carotídeo (registro abaixo).



De acordo com o caso clínico e com o registro, assinale a alternativa correta.

(A) Trata-se de uma causa de síncope reflexo-mediada.
(B) Não há necessidade de implante de marca-passo, pois não é considerada causa de síncope maligna.
(C) A principal resposta à manobra é a resposta vasodepressora.
(D) A avaliação do intervalo HV é importante para a definição diagnóstica.

11. Mulher de 18 anos, com histórico de palpitações, apresentou a seguinte arritmia induzida durante estudo eletrofisiológico (registros abaixo, em 25mm/s e em 100mm/s).





De acordo com o caso clínico e com os traçados visualizados, qual é o diagnóstico mais provável?

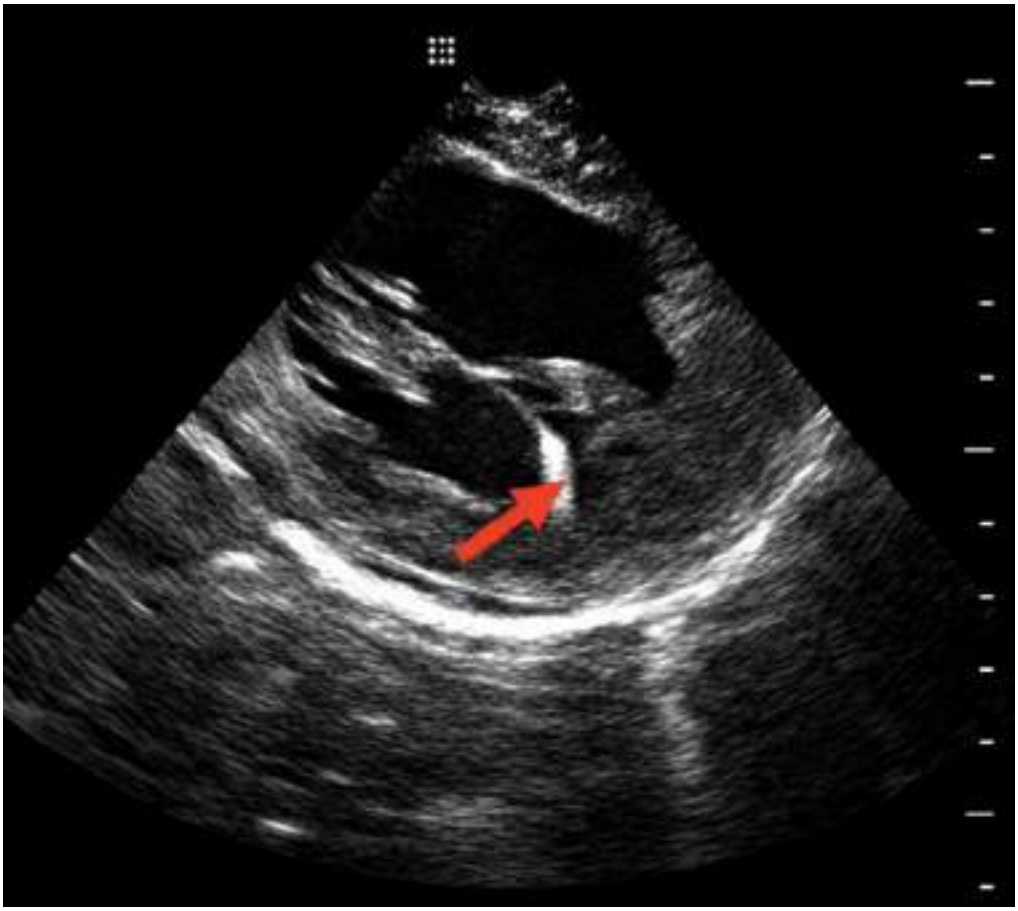
(A) Taquicardia por reentrada nodal atípica.
(B) Taquicardia por reentrada atrioventricular.
(C) Taquicardia atrial.
(D) Taquicardia ventricular.

12. Assinale a alternativa que melhor descreve o tipo de arritmia e o mecanismo relacionado à sua ocorrência.

(A) Taquicardia atrial idiopática - reentrada funcional.
(B) Taquicardia ventricular na intoxicação digitálica - atividade deflagrada.
(C) Taquicardia ventricular cicatricial - atividade deflagrada.
(D) Torsade de pointes - automatismo anormal.

---

13. Observe a imagem obtida por cateter de ecocardiograma intracardíaco (ICE) posicionado no ventrículo direito. Por meio do ICE, visualiza-se o cateter de ablação posicionado no local alvo da ablação (sua extremidade distal está indicada pela seta).



De acordo com a imagem e com o posicionamento do cateter, qual é o provável local alvo da ablação?

(A) *Summit* em ventrículo esquerdo.
(B) Via de saída em ventrículo direito.
(C) Banda moderadora em ventrículo direito.
(D) Músculo papilar em ventrículo esquerdo.

---

14. Em relação às medidas não farmacológicas recomendadas no manejo da hipertensão arterial sistêmica, de acordo com a Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial 2025, analise as afirmativas e assinale a alternativa correta.

I. A perda de peso em indivíduos com sobrepeso ou obesidade está associada à redução da pressão arterial e deve ser incentivada como parte do tratamento da hipertensão.
II. A redução da ingestão de sódio, a prática regular de atividade física e a moderação do consumo de álcool são medidas recomendadas, podendo apresentar efeito aditivo no controle da pressão arterial.
III. A redução do consumo de sódio apresenta efeito semelhante sobre a pressão arterial em indivíduos hipertensos e normotensos, independentemente da idade.

(A) Apenas a afirmativa I está correta.
(B) Apenas as afirmativas I e II estão corretas.
(C) Apenas as afirmativas II e III estão corretas.
(D) Todas as afirmativas estão corretas.

15. Paciente masculino, 57 anos, vem à consulta encaminhado por achado de colesterol elevado em exame ocupacional. Relata ser sedentário e ex-tabagista (20 maços/ano, cessou há 8 anos). Nega história de diabetes mellitus, doença cardiovascular, doença renal crônica ou doença cerebrovascular. O paciente é assintomático. Faz uso apenas de losartana 50mg/dia para hipertensão arterial. Ao exame: IMC 28kg/m², pressão arterial 128×78mmHg e frequência cardíaca 68bpm. Exames laboratoriais: LDL-colesterol 158mg/dL, HDL-colesterol 46mg/dL, triglicerídeos 132mg/dL, colesterol total 232mg/dL, glicemia de jejum 94mg/dL, HbA1c 5,5% e creatinina 0,9mg/dL. Ergometria sem sinais de isquemia miocárdica, e ultrassonografia de carótidas demonstrou presença de pequena placa aterosclerótica calcificada na bifurcação da artéria carótida direita, sem repercussão hemodinâmica e com estenose inferior a 20%. De acordo com a Diretriz Brasileira de Dislipidemias e Prevenção de Aterosclerose 2025, assinale a alternativa que traz a classificação de risco e a conduta mais adequada para esse caso.

(A) Risco intermediário; indicar terapia hipolipemiante visando LDL <90mg/dL.
(B) Alto risco cardiovascular; indicar terapia hipolipemiante de alta intensidade visando LDL <70mg/dL.
(C) Risco intermediário; indicar terapia hipolipemiante visando LDL <115mg/dL.
(D) Risco cardiovascular muito alto; indicar terapia hipolipemiante de alta intensidade visando LDL <55mg/dL.

---

16. Homem de 48 anos procura consulta para avaliação de exames de rotina. Não apresenta doença cardiovascular estabelecida, doença renal ou evidências de lesão de órgão-alvo. Não fuma e pratica caminhada duas vezes por semana. Na consulta: pressão arterial 146×92mmHg e, repetida após 2 minutos, 140×89mmHg. FC 72bpm, IMC 29kg/m² e sem outras alterações no exame físico. Exames laboratoriais: creatinina 0,9mg/dL, glicemia de jejum 95mg/dL, LDL-C 136mg/dL e potássio 4,3mEq/L. O paciente pergunta se já pode ser considerado hipertenso e se necessita iniciar tratamento medicamentoso. Sobre esse caso, assinale a alternativa correta de acordo com a Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial de 2025.

(A) O diagnóstico de hipertensão arterial está confirmado, devendo ser iniciado tratamento medicamentoso com monoterapia, associado a mudanças no estilo de vida.
(B) O diagnóstico de hipertensão arterial está confirmado, não havendo indicação de tratamento medicamentoso neste momento, apenas mudanças no estilo de vida.
(C) O diagnóstico de hipertensão arterial está confirmado, sendo indicada terapia anti-hipertensiva combinada desde a avaliação inicial, além de mudanças no estilo de vida.
(D) Apesar da pressão elevada em consultório, o diagnóstico de hipertensão deve ser confirmado por medidas repetidas em consultas subsequentes e/ou monitorização residencial.

---

17. Um homem de 58 anos, com obesidade (IMC 33kg/m²), diabetes mellitus tipo 2 e hipertensão arterial sistêmica, encontra-se em acompanhamento ambulatorial. Está em uso regular de losartana 100mg/dia e anlodipino 10mg/dia, refere boa adesão ao tratamento e adota medidas de estilo de vida. Na consulta atual, apresenta média de medidas padronizadas de pressão arterial de 154×96mmHg. Exames laboratoriais mostram creatinina de 0,9mg/dL, potássio de 4,3mEq/L e TFGe de 92mL/min/1,73 m². De acordo com as Diretrizes brasileiras de hipertensão arterial da Sociedade Brasileira de Cardiologia, qual é a conduta farmacológica mais apropriada para esse caso?

(A) Aumentar a dose de losartana para 200mg/dia, mantendo o anlodipino.
(B) Substituir o anlodipino por um betabloqueador, pois a associação de duas classes anti-hipertensivas já falhou.
(C) Associar um diurético, preferencialmente clortalidona ou indapamida, compondo terapia tríplice.
(D) Associar diurético espironolactona 25mg/dia como terceira medicação.

---

18. Uma mulher de 42 anos procura atendimento por poliúria, polidipsia e perda ponderal de 6kg nos últimos quatro meses. Foi diagnosticada com diabetes mellitus há três meses, quando apresentava glicemia de jejum de 248mg/dL e HbA1c de 10,1%. Iniciou tratamento com metformina 2.000mg/dia, porém mantém glicemias entre 220 e 280mg/dL. Apresenta IMC de 22kg/m², refere história pessoal de hipotireoidismo de etiologia autoimune, e sua mãe possui vitiligo. Ao exame físico, não apresenta *acantose nigricans*. Exames laboratoriais: HbA1c 9,8%, triglicerídeos 82mg/dL, HDL-C 58mg/dL e creatinina 0,8mg/dL. Considerando o quadro clínico e as diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes, a hipótese diagnóstica mais provável e a conduta complementar mais adequada são:

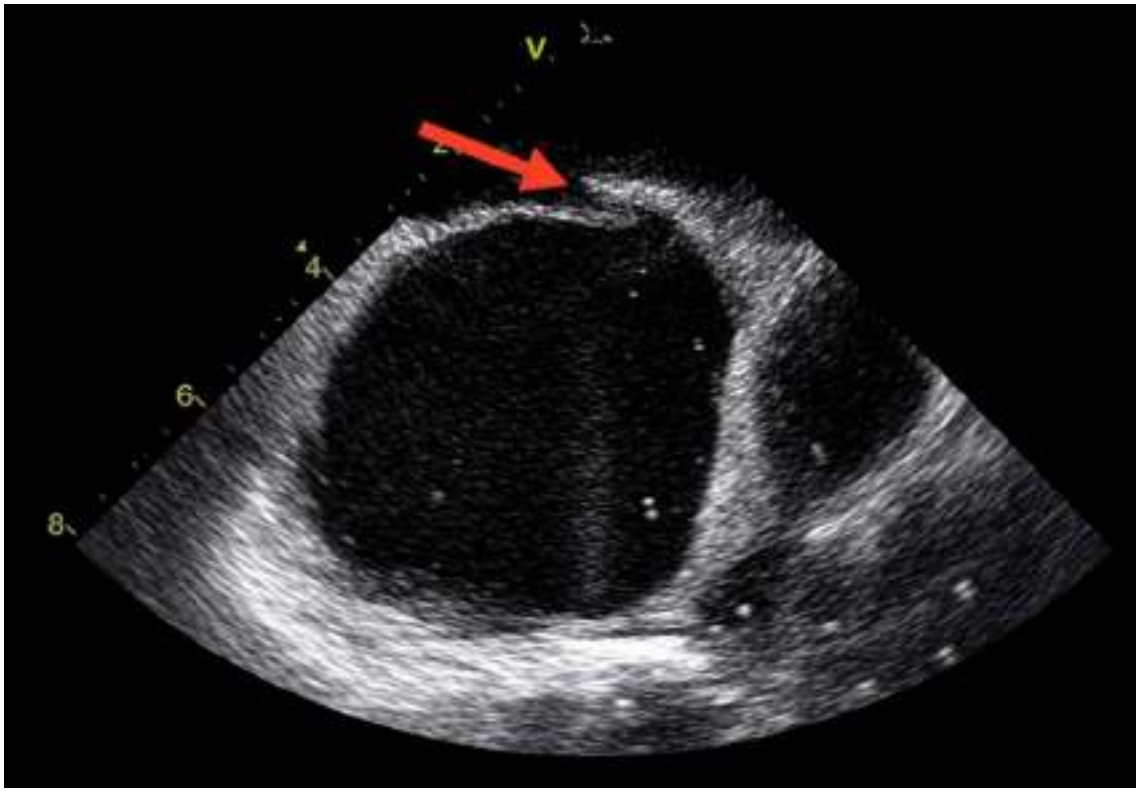
(A) Diabetes mellitus tipo 2; associar sulfonilureia.
(B) Diabetes mellitus secundário a pancreatite crônica; solicitar peptídeo C.
(C) Diabetes autoimune latente do adulto (LADA); solicitar anti-GAD.
(D) Diabetes monogênico (MODY); solicitar painel genético.

19. Mulher de 78 anos, com insuficiência cardíaca com fração de ejeção reduzida (FEr 28%), estenose aórtica grave sintomática (gradiente médio 52mmHg e área valvar 0,7cm²) e doença renal crônica (creatinina basal 2,4mg/dL), em uso de varfarina por fibrilação atrial (INR atual: 3,8), é internada por hematoquezia volumosa há 12 horas, com três evacuações de sangue vivo. PA 96×58mmHg e FC 102bpm. Recebe ressuscitação volêmica com cuidado e dois concentrados de hemácias, evoluindo para PA 108×64mmHg e FC 88bpm. A varfarina foi suspensa. A endoscopia digestiva alta não identifica fonte de sangramento. A colonoscopia com preparo rápido identifica múltiplas angiodisplasias no cólon direito (ceco e cólon ascendente), com uma lesão de 8mm com estigma de sangramento recente (ponto eritematoso central), submetida a hemostasia endoscópica com argônio, e o sangramento cessa. O ecocardiograma confirma estenose aórtica grave. Qual é a conduta mais importante para redução do risco de ressangramento das angiodisplasias a longo prazo nessa paciente?

(A) Suspender definitivamente a anticoagulação com varfarina e substituí-la por antiagregação com ácido acetilsalicílico, minimizando o risco hemorrágico das angiodisplasias.
(B) Encaminhar para tratamento da estenose aórtica grave (troca valvar aórtica via TAVI ou cirurgia), pois, na síndrome de Heyde, o tratamento da valvulopatia pode reduzir ou resolver as angiodisplasias.
(C) Programar sessões seriadas de ablação por argônio, em intervalos de 3 meses, de todas as angiodisplasias visíveis, mantendo anticoagulação com alvo de INR 2,0-2,5 para proteção do risco tromboembólico da fibrilação atrial.
(D) Iniciar octreotida em dose subcutânea crônica (100mcg três vezes ao dia) como tratamento farmacológico de manutenção para reduzir o fluxo esplâncnico e prevenir ressangramento das angiodisplasias.

---

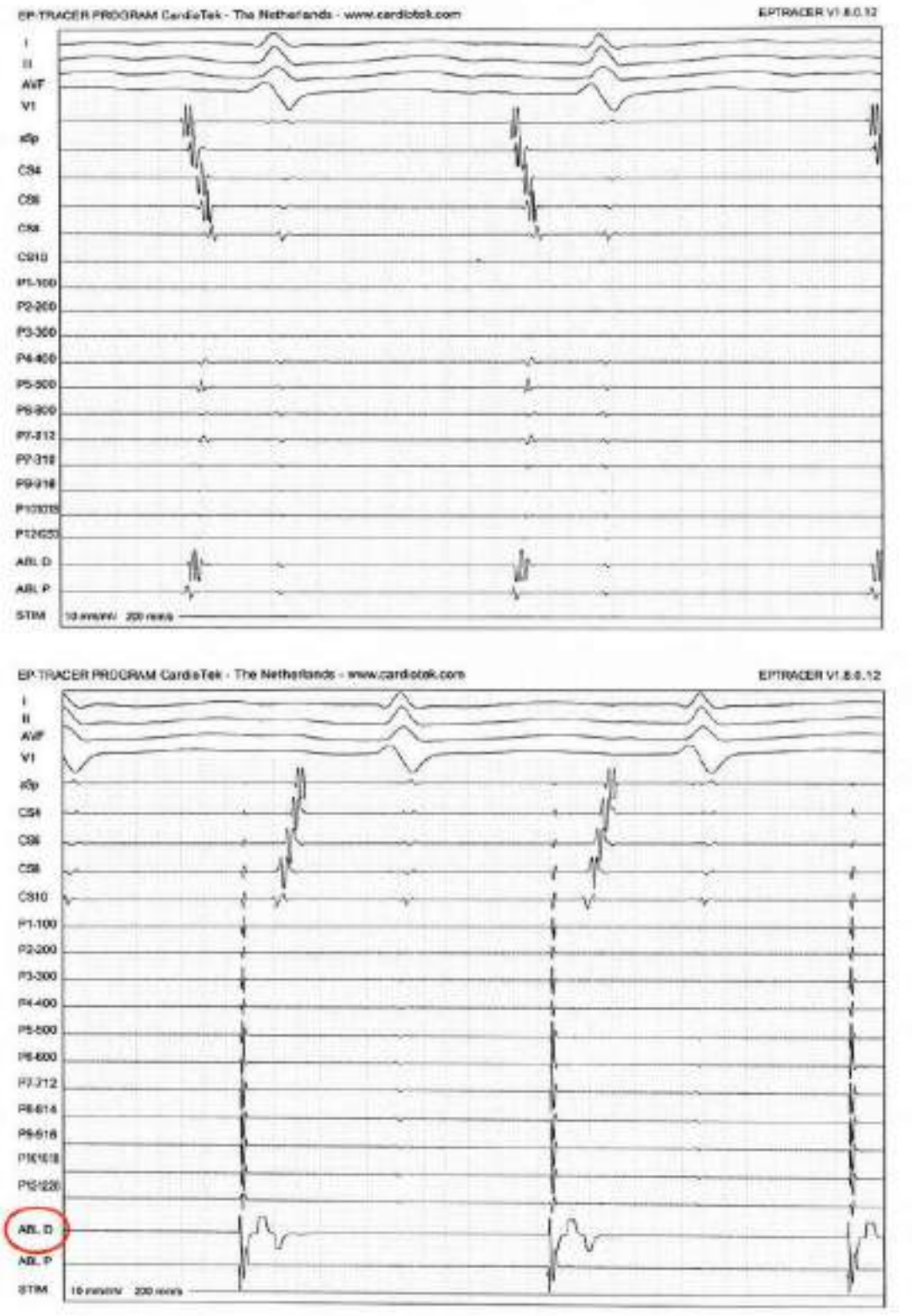
20. Observe a imagem abaixo, de um ecocardiograma intracardíaco.



Considerando o achado indicado pela seta, assinale a alternativa correta.

(A) É um achado raro, evidenciado em ecocardiograma transesofágico ou intracardíaco.
(B) Todos os pacientes jovens nos quais esse achado for evidenciado devem ser encaminhados para fechamento percutâneo.
(C) Estudos como RESPECT, REDUCE, CLOSE e DEFENSE-PRO demonstraram benefício do fechamento percutâneo na redução de acidente vascular encefálico em pacientes selecionados.
(D) Não há necessidade de avaliação adicional, mesmo em pacientes com histórico de acidente vascular encefálico recorrente.

21. Observe a figura abaixo, referente a um procedimento de ablação de fibrilação atrial. Após a confecção das linhas de ablação junto aos óstios das veias pulmonares esquerdas, ainda foram evidenciados, pelo cateter Pentaray (P01-20), sinais no interior da veia pulmonar superior esquerda.



Com a estimulação pelos polos distais do cateter de ablação, posicionado no apêndice atrial esquerdo (ABL D, indicado pelo círculo vermelho), qual é a interpretação mais provável do achado?

(A) Deve-se buscar o isolamento da parede anterior da veia pulmonar superior esquerda.
(B) Deve-se buscar o isolamento do apêndice.
(C) Trata-se de um *farfield* de apêndice.
(D) Houve recorrência precoce da linha de ablação.

22. Paciente do sexo masculino, 83 anos, tem histórico de pré-síncope. Holter realizado ambulatorialmente demonstrou o achado indicado na imagem abaixo.



Considerando a interpretação do traçado, qual é o diagnóstico mais provável?

(A) Pausa sinusal.
(B) Bloqueio sinoatrial de segundo grau tipo II.
(C) Bloqueio atrioventricular de segundo grau tipo 2:1.
(D) Bloqueio atrioventricular avançado (alto grau).

---

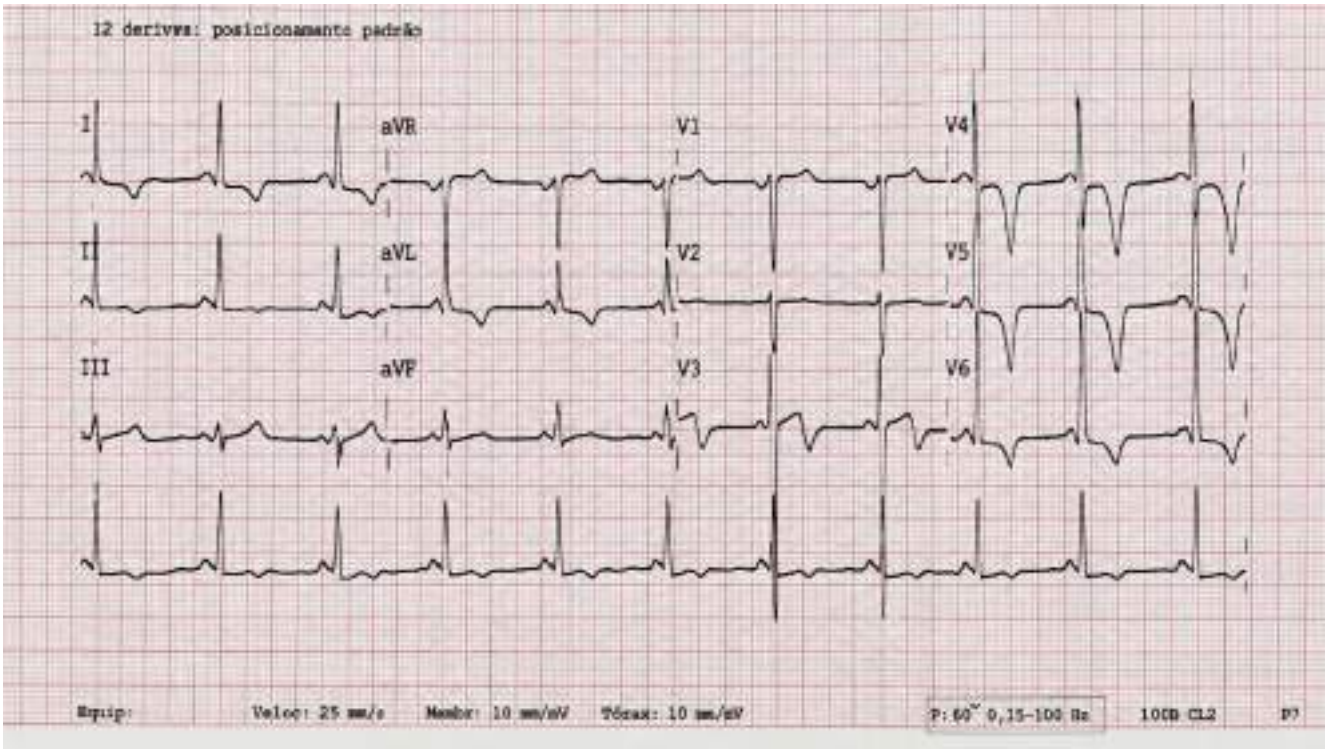
23. Paciente do sexo masculino, 57 anos, refere ter recebido um choque do cardiodesfibrilador (CDI). A imagem abaixo representa a avaliação eletrônica do dispositivo.



Considerando a imagem, qual é a melhor forma de interpretar a terapia recebida pelo paciente?

(A) Terapia apropriada por taquicardia ventricular.
(B) Terapia apropriada por fibrilação ventricular.
(C) Terapia inapropriada por fibrilação atrial com alta resposta.
(D) Terapia inapropriada por ruído de eletrodo ventricular.

24. Considere o eletrocardiograma abaixo. Paciente do sexo masculino, de 61 anos, tabagista e portador de DM2, é admitido na sala vermelha com dor torácica típica iniciada há 14 horas. Após o manejo inicial e o início de nitroglicerina endovenosa, observa-se melhora parcial da dor, apesar do aumento incremental das doses. O eletrocardiograma representado na imagem e os exames laboratoriais encontram-se em andamento. Qual é a conduta mais adequada nesse caso?



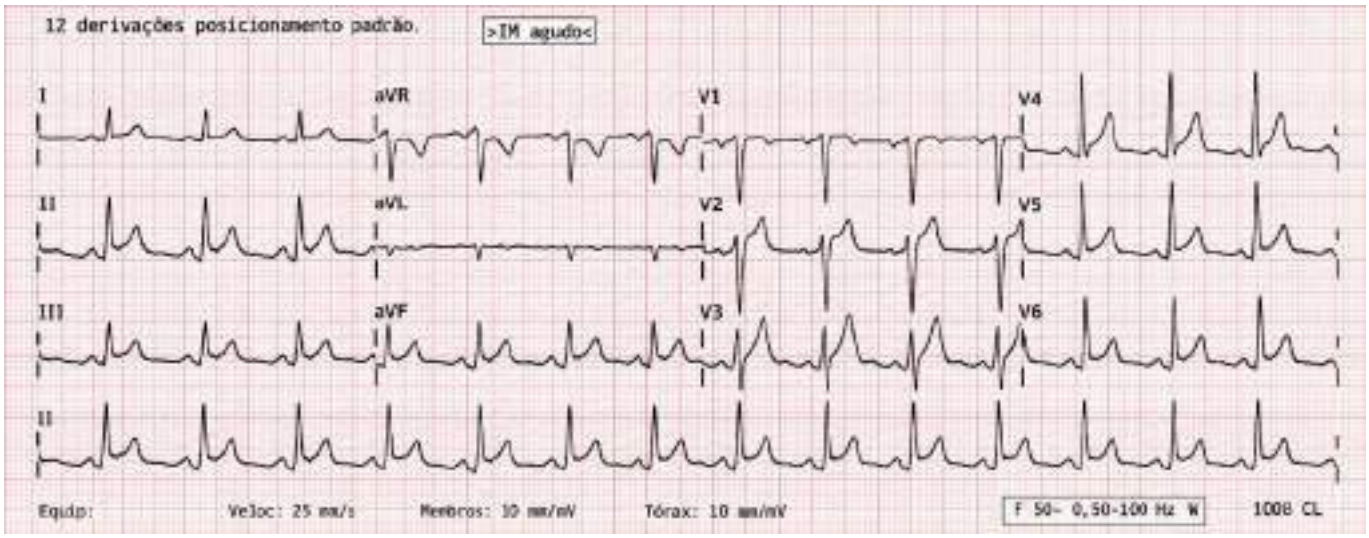
(A) O padrão eletrocardiográfico sugere oclusão da artéria coronária descendente anterior, com indicação de trombólise na ausência de sala de hemodinâmica disponível.
(B) O padrão eletrocardiográfico demonstrado é fortemente sugestivo de lesão crítica da artéria circunflexa. Deve-se encaminhar o paciente para cineangiocoronariografia dentro das próximas 48 horas.
(C) A ausência de supradesnivelamento do segmento ST descarta oclusão coronariana aguda, sendo apropriado aguardar o resultado da troponina para definir a conduta.
(D) O paciente deve ser encaminhado para cineangiocoronariografia de urgência devido à angina refratária, não sendo necessário aguardar o resultado da troponina.

---

25. Homem de 68 anos, hipertenso há 15 anos, em uso irregular de hidroclorotiazida e ex-tabagista de 40 maços/ano, é trazido ao pronto-socorro por familiares devido à instalação súbita de fraqueza no lado direito do corpo e dificuldade para falar. Segundo a esposa, o paciente estava bem e, há aproximadamente 1 hora, durante o almoço, deixou talheres caírem da mão direita, passou a arrastar a perna direita e apresentou fala enrolada. Não houve crise convulsiva, perda de consciência, cefaleia intensa, febre ou trauma. Na chegada, está consciente, orientado em tempo e espaço, com pressão arterial 185/95mmHg, frequência cardíaca de 88bpm, frequência respiratória 18irpm, saturação oxigênio 96% em ar ambiente e glicemia capilar 118mg/dL. Ao exame neurológico, apresenta paresia braquiocrural direita, desvio do olhar para a esquerda e disartria; NIHSS calculado em 8. A tomografia computadorizada de crânio sem contraste mostra ausência de hemorragia intracraniana e achados compatíveis com isquemia precoce em território da artéria cerebral média esquerda. Considerando esse cenário, qual é a conduta mais adequada na fase aguda?

(A) Iniciar imediatamente antiagregação plaquetária com AAS e clopidogrel e manter observação.
(B) Indicar trombólise intravenosa com alteplase dentro da janela terapêutica, após exclusão de contraindicações.
(C) Manter o paciente em observação clínica, pois o déficit é moderado e há risco elevado de transformação hemorrágica com trombólise.
(D) Indicar anticoagulação plena com heparina não fracionada, devido ao alto risco de progressão do evento.

26. Considere o eletrocardiograma da imagem abaixo.



Paciente do sexo feminino, de 53 anos, apresenta-se ao pronto-socorro com quadro de dor torácica há 10 dias, com piora nas últimas 2 horas. À avaliação, informa que a dor piora à inspiração profunda. A primeira dosagem de troponina qualitativa foi negativa, e a segunda amostra está em processamento. Levando em consideração o diagnóstico mais provável, assinale a alternativa que relaciona corretamente a impressão diagnóstica e a conduta imediata mais adequada.

(A) Pericardite subaguda, evitar colchicina e iniciar metilprednisona.
(B) Miopericardite aguda, administrar corticosteroide e solicitar ressonância magnética cardíaca.
(C) IAM com supra de ST; administrar AAS e clopidogrel e encaminhar para angioplastia primária.
(D) Pericardite aguda, introduzir anti-inflamatório não esteroidal e colchicina.

---

27. Dispneia é uma experiência subjetiva presente em um grande número de pacientes em fase final de vida, especialmente nos portadores de doença pulmonar obstrutiva crônica e insuficiência cardíaca avançada. Sobre a avaliação e tratamento paliativo da dispneia, assinale a alternativa correta.

(A) A taquipneia é um importante dado a ser avaliado, pois correlaciona-se com a gravidade do sintoma.
(B) A aferição da saturação de oxigênio com oximetria de pulso é indispensável para avaliar a necessidade de intervenção.
(C) A ansiedade causada pela sensação de dispneia exacerba a dispneia basal.
(D) O uso de oxigênio suplementar deve ser a medida inicial para melhora da sensação de dispneia.

---

28. Um homem de 78 anos, portador de doença renal crônica com TFG 45mL/min e relato de infarto do miocárdio há 6 anos, interna para realização de colectomia eletiva por adenocarcinoma e é solicitada avaliação clínica pré-operatória. Paciente é capaz de subir dois lances de escada sem reproduzir dor torácica ou dispneia, porém não pratica exercícios físicos regulares. Ao exame clínico, apresenta ausculta cardíaca e pulmonar normais, sem edema periférico nem turgência jugular. Pressão arterial 125 x 76mmhg; FC 67bpm; ECG com ritmo sinusal; e ondas Q em parede inferior. Faz uso de AAS, losartana, metoprolol e atorvastatina. Tendo em vista a avaliação de risco pré-operatório, qual é a melhor conduta para esse paciente?

(A) Liberar para a realização da cirurgia, uma vez que o risco do procedimento é intermediário e o paciente tem capacidade funcional maior ou igual a 4 METs.
(B) Suspender a cirurgia neste momento e propor investigação com teste funcional cardíaco não invasivo devido à idade, ao histórico de cardiopatia isquêmica prévia e ao procedimento de alto risco.
(C) Suspender a cirurgia neste momento e propor investigação com cateterismo cardíaco devido à idade, ao histórico de cardiopatia isquêmica prévia e ao procedimento de alto risco.
(D) Solicitar ecocardiografia transtorácica para avaliar questões estruturais devido ao histórico de infarto prévio, e, se o resultado for positivo, solicitar cateterismo cardíaco.

29. Paciente jogador profissional de futebol de 23 anos apresentou quadro de miocardite aguda comprovada por ressonância magnética cardíaca (RMC) após infecção viral. Durante a fase aguda, evoluiu com elevação dos exames laboratoriais de troponina e de proteína C reativa e leve disfunção sistólica do ventrículo esquerdo (FEVE = 48%). Foi suspenso de todas as atividades físicas competitivas e submetido ao tratamento clínico e ao período de convalescença recomendado pelas diretrizes vigentes de cardiologia do esporte. Considerando isso, assinale a alternativa que apresenta corretamente o tempo mínimo de afastamento recomendado e os critérios obrigatórios para a liberação do atleta ao esporte competitivo.

(A) Afastamento de 1 a 2 meses; a liberação requer a normalização dos exames laboratoriais (troponina e PCR) e teste ergométrico negativo.
(B) Afastamento de 3 a 6 meses; a liberação requer normalização da função/dimensões ventriculares e dos exames laboratoriais, a ausência de arritmias complexas no Holter/teste de esforço e a resolução de alterações ativas no ECG e na RMC.
(C) Afastamento de 6 a 12 meses; a liberação exige normalização dos exames de imagem e laboratoriais, e a persistência de alterações isoladas no segmento ST do ECG é considerada critério não impeditivo para o retorno.
(D) Afastamento mínimo de 12 meses; o atleta poderá ser liberado após 1 ano se apresentar ecocardiograma doppler normal em repouso, independentemente da presença de fibrose miocárdica (realce tardio) na RMC.

---

30. Homem de 58 anos, com diagnóstico de cardiomiopatia chagásica, comparece à consulta ambulatorial de rotina. Ao exame físico, encontra-se em classe funcional I da NYHA. O paciente trouxe os exames complementares solicitados na consulta anterior:

- Radiografia de tórax: área cardíaca normal (índice cardiotorácico 0,48).
- Ecocardiograma: alteração segmentar da contratilidade do ventrículo esquerdo (acinesia em parede inferior).
- Holter de 24 horas: presença de episódios de taquicardia ventricular não sustentada (TVNS).
- Eletrocardiograma (ECG): bloqueio de ramo direito com hemibloqueio anterior esquerdo, com amplitude de QRS mantida no plano frontal.

Com base na estratificação de risco de mortalidade para pacientes com cardiopatia chagásica, utilizando o escore de Rassi, qual é a pontuação total atingida por esse paciente e sua respectiva classificação de risco?

(A) 5 pontos | baixo risco.
(B) 8 pontos | risco intermediário.
(C) 10 pontos | risco intermediário.
(D) 13 pontos | alto risco.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE (UFCSPA)
SANTA CASA DE PORTO ALEGRE

PROCESSO SELETIVO PARA RESIDÊNCIA MÉDICA — ANO 2027

RESIDÊNCIA MÉDICA COM PRÉ-REQUISITO - UFCSPA/SANTA CASA
PRM EMERGÊNCIA PEDIÁTRICA

Nome:_____

Nº de Inscrição: | | | | | | |

Instruções

- Confira o material recebido (CADERNO DE QUESTÕES e CARTÃO DE RESPOSTAS); se houver falha, solicite a substituição ao fiscal da sala.
- Após conferir seus dados no CARTÃO DE RESPOSTAS (NOME, Nº de INSCRIÇÃO e PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MÉDICA), assine no local indicado.
- Este caderno contém **30 questões de múltipla escolha,** com quatro alternativas (**A**, **B**, **C** e **D**), das quais somente uma será a correta.
- O cartão de respostas é o único documento válido para a correção da prova objetiva, sendo de responsabilidade do candidato sua guarda durante a prova, seu preenchimento e sua entrega ao fiscal de sala.
- Preencha o CARTÃO DE RESPOSTAS, com bastante atenção, à caneta esferográfica, azul ou preta, ponta grossa, marcando uma única alternativa em cada questão.
- Verifique, no CARTÃO DE RESPOSTAS, as instruções para preenchimento. Sob nenhuma circunstância, o cartão de respostas será substituído devido a erro, desatenção ou falha no preenchimento por parte do candidato.
- Durante a realização da prova, estão vedados o empréstimo de materiais, a comunicação entre candidatos ou terceiros, a utilização de quaisquer dispositivos, como máquina calculadora e/ou similares, livros, anotações, réguas de cálculo, impressos ou qualquer outro material de consulta.
- A prova objetiva terá duração de até **3 horas**, incluído o tempo para preenchimento do CARTÃO DE RESPOSTAS.
- Após o início da prova, o candidato deverá permanecer na sala pelo **tempo mínimo de 60 minutos**.
- Ao terminar a prova, o candidato devolverá ao fiscal da sala o CARTÃO DE RESPOSTAS.
- O candidato somente poderá levar o caderno de provas **quando estiver faltando 60 minutos para o término do tempo total de duração da prova.** Por razões de segurança, o candidato que sair antes desse horário não poderá copiar as suas respostas.
- Os dois últimos candidatos de cada sala de prova deverão permanecer no recinto, a fim de acompanhar o lacre do material, quando então poderão retirar-se do local após concluído o procedimento.

DIREITOS AUTORAIS RESERVADOS. PROIBIDA A REPRODUÇÃO, AINDA QUE PARCIAL, SEM AUTORIZAÇÃO PRÉVIA.

1. Homem de 32 anos é levado ao pronto-socorro após acidente automobilístico. Na avaliação inicial, apresenta abertura ocular apenas ao estímulo doloroso, emite sons incompreensíveis e retira o membro ao estímulo doloroso. Não há relato de uso de drogas, intoxicação ou sedativos. Qual é a pontuação na Escala de Coma de Glasgow e a melhor interpretação do estado de consciência?

(A) Glasgow 8, compatível com coma.
(B) Glasgow 10, compatível com estado confusional leve.
(C) Glasgow 12, compatível com alteração discreta da consciência.
(D) Glasgow 15, compatível com consciência preservada.

---

2. Menina de 10 meses tem história de diarreia intermitente e perda de peso nos últimos 45 dias. Pais referem que ela apresenta episódios de irritabilidade e hipertensão arterial nos últimos dias. Ao exame: PA 110×80mmHg, abdome distendido e presença de massa mal delimitada em flanco esquerdo. USG abdominal sugere lesão retroperitoneal de provável origem suprarrenal. Diante do caso descrito, assinale a alternativa que indica o exame mais útil para confirmar a principal hipótese diagnóstica.

(A) Dosagem urinária de catecolaminas (ácido vanilmandélico e ácido homovanílico).
(B) Tomografia de crânio.
(C) Alfafetoproteína (AFP).
(D) Biópsia hepática com agulha grossa.

---

3. Sobre a obstrução aguda das vias aéreas superiores, analise as afirmativas e assinale a alternativa correta.

I. As doenças que causam obstrução supraglótica têm o potencial de obstruir rapidamente as vias aéreas, tornando-as letais.
II. A inflamação ou obstrução da glote gera abafamento da voz (ou "voz de batata quente"), devido ao comprometimento das cordas vocais.
III. A salivação é um fator proeminente, desde que a obstrução ocorra acima do esôfago, impedindo a deglutição do paciente.
IV. A expressão "síndrome do crupe" caracteriza um grupo de doenças que se manifestam clinicamente com os sintomas de rouquidão, tosse ladrante, estridor predominantemente inspiratório e graus variados de desconforto respiratório.

(A) Apenas as afirmativas I, II e III estão corretas.
(B) Apenas as afirmativas I, II e IV estão corretas.
(C) Apenas as afirmativas I, III e IV estão corretas.
(D) Apenas as afirmativas II, III e IV estão corretas.

4. Paciente de 18 anos está internado com desidratação grave por diarreia. Exame: pele seca, letargia, pressão arterial baixa. Gasometria: Na^+ sérico 118mEq/L e osmolaridade baixa. Referência Na^+ sérico: 135mEq/L - 145mEq/L. Qual é a complicação mais grave da correção rápida dessa condição?

(A) Edema cerebral.
(B) Edema agudo de pulmão.
(C) Mielinólise pontina.
(D) Rabdomiólise.

---

5. Um adolescente de 15 anos, 65kg, será submetido à correção de fratura exposta de rádio em centro cirúrgico. Apresenta história de apneia obstrutiva do sono moderada e asma leve. A equipe discute a escolha do fármaco para sedação consciente com analgesia adequada durante a redução ortopédica. Considerando as informações apresentadas, qual é a opção farmacológica mais segura para o paciente?

(A) Morfina em bolus endovenoso repetido, pelo seu potente efeito analgésico.
(B) Midazolam isolado, pois garante sedação e analgesia suficiente.
(C) Propofol em infusão contínua, devido ao rápido início e à curta duração.
(D) Cetamina, por manter ventilação espontânea e preservar reflexos de via aérea.

---

6. Pré-adolescente de 9 anos, com histórico de asma brônquica, chega ao pronto-socorro após ser picada por duas abelhas no braço direito. Cerca de 10 minutos após a picada, ela começa a sentir tontura, prurido generalizado, dispneia e estridor, além de apresentar urticária e angioedema em lábios e pálpebras. O médico de plantão suspeita de uma reação anafilática e inicia o tratamento imediatamente. Considerando o quadro clínico da paciente e a fisiopatologia da reação alérgica, qual das seguintes condutas é a mais adequada para o tratamento inicial e qual é a justificativa para a escolha, levando em conta os medicamentos disponíveis na Unidade de Saúde?

(A) Administrar hidrocortisona por via intravenosa, pois ela é o tratamento de primeira linha para reações anafiláticas, agindo rapidamente na inflamação.
(B) Iniciar a reposição volêmica com cristaloides, pois a hipotensão é a manifestação mais perigosa do choque anafilático, e a reposição de volume deve ser a prioridade.
(C) Administrar anti-histamínicos intravenosos e manter a paciente em observação, pois a síncope e a dispneia são as manifestações mais preocupantes.
(D) Administrar adrenalina, pois é a terapia de escolha para reverter os efeitos do choque anafilático, como o broncoespasmo e a hipotensão.

7. Adolescente de 15 anos é admitido no pronto-socorro após ter sido picado por uma cobra em uma área rural. O paciente queixa-se de dor e inchaço no local da picada, acompanhados de equimose e sangramento na gengiva. Ao exame, o tempo de coagulação (TC) é incoagulável, ou seja, superior a 30 minutos. O paciente não apresenta outros sintomas sistêmicos. Com base nas informações do caso e nos exames realizados, qual é o tipo de acidente ofídico e o tratamento soroterápico adequado?

(A) Acidente crotálico, com indicação de soro anticrotálico, por causa do sangramento gengival.
(B) Acidente laquético, com indicação de soro antilaquético, por causa da dor e do edema no local da picada.
(C) Acidente botrópico, com indicação de soro antibotrópico, por causa da alteração no TC e nas manifestações locais.
(D) Acidente *Micrurus*, com indicação de soro antielapídico, pois o TC > 30 minutos classifica o quadro como grave.

---

8. Um paciente com 11 meses é trazido para atendimento na emergência com queixa de letargia. A mãe conta que ele rolou no tapete e bateu a cabeça no móvel. A mãe diz que o paciente costuma ficar roxo com facilidade e nega outros traumas. Ela é a única cuidadora. Ao exame clínico, observa-se hematomas em diferentes partes do corpo. A tomografia computadorizada do encéfalo não demonstrou nenhuma alteração. O Rx demonstra duas fraturas, uma na perna esquerda e outra no antebraço direito, com fases diferentes de consolidação. Qual é a melhor conduta para esse paciente?

(A) Solicitar exames laboratoriais para investigar alterações da coagulação.
(B) Dar alta da emergência e encaminhar ao traumatologista para imobilização.
(C) Dar alta da emergência com um plano para prevenção de maus-tratos.
(D) Internar o paciente para assegurar a sua segurança e reportar para o conselho tutelar a possibilidade de maus-tratos.

9. Uma criança de 5 anos de idade, sexo feminino, com diagnóstico clínico de mononucleose infecciosa há 5 dias, retorna ao pronto atendimento com queixa de roncos intensos durante o sono e episódios de apneia observados pelos pais. Ao exame físico, apresenta amígdalas extremamente hipertróficas (grau IV) que se tocam na linha média, associadas a edema periorbitário e obstrução nasal importante. Ao avaliar a gravidade da obstrução das vias aéreas superiores na paciente, qual é a conduta recomendada pelo protocolo de manejo do vírus Epstein-Barr para reduzir a morbidade imediata?

(A) Início imediato de aciclovir intravenoso para reduzir a carga viral e o tamanho das amígdalas.
(B) Administração de imunoglobulina humana inespecífica para neutralizar os linfócitos T citotóxicos ativados.
(C) Amigdalectomia de urgência, dado que a hipertrofia linfoide na mononucleose é irreversível sem intervenção cirúrgica.
(D) Uso de corticosteroides (como prednisona ou dexametasona) para reduzir o edema linfoide e a obstrução respiratória.

---

10. Durante RCP de uma criança de 5 anos com monitorização arterial invasiva contínua, seguindo a atualização de 2025, qual parâmetro hemodinâmico deve ser utilizado como meta de qualidade da RCP?

(A) Pressão arterial diastólica ≥ 25mmHg, independentemente da idade.
(B) Pressão arterial diastólica ≥ 30mmHg, por se tratar de criança com 5 anos de idade.
(C) Pressão arterial sistólica ≥ 60mmHg como único parâmetro relevante.
(D) ETCO2 acima de um valor de corte específico como critério isolado para nortear a interrupção da RCP.

---

11. Uma adolescente de 17 anos chega à clínica com exacerbação de asma. Ela fala frases completas, não está agitada e está com FC 95bpm e FR 20irpm. A saturação de oxigênio (ar ambiente) é de 93%. De acordo com as novas diretrizes do GINA 2026, qual é a recomendação sobre o oxigênio e o tratamento inicial?

(A) Iniciar oxigênio suplementar imediatamente para atingir SaO2 de 100%.
(B) Não iniciar oxigênio suplementar, pois a SaO2 está acima de 92%.
(C) Administrar doses ultra-altas de salbutamol (10-20 *puffs*) para garantir a reversão rápida.
(D) Administrar apenas brometo de ipratrópio, evitando o uso de corticoide inalado nessa fase.

12. Pacientes submetidos à esplenectomia como parte de tratamento de neoplasias ou trauma perdem a capacidade do sistema reticuloendotelial de remover bactérias do organismo e, por isso, apresentam maior predisposição à infecção por determinados germes. Algumas bactérias encapsuladas são as maiores causadoras de sepse em pós-esplenectomizados. Sempre que possível, esses pacientes devem ser orientados a fazer vacina dirigida para essas bactérias. Entre as alternativas abaixo, qual germe NÃO se enquadra no cenário descrito?

(A) *Neisseria meningitidis.*
(B) *Streptococcus pneumoniae.*
(C) *Haemophilus influenzae.*
(D) *Staphylococcus aureus.*

---

13. Um homem de 21 anos é avaliado por deterioração progressiva do desempenho acadêmico, alterações comportamentais e episódios de abalos musculares involuntários há aproximadamente quatro meses. Nas últimas semanas, evoluiu com dificuldade para deambular e comprometimento cognitivo progressivo. Não apresenta febre. A ressonância magnética do encéfalo demonstra alterações multifocais da substância branca. O eletroencefalograma evidencia complexos periódicos estereotipados. A investigação do líquido cefalorraquidiano demonstra títulos elevados de anticorpos contra o vírus do sarampo. Ao revisar sua história, verifica-se que o paciente apresentou sarampo confirmado durante a primeira infância. Considerando as complicações neurológicas associadas ao sarampo, analise as afirmativas e assinale a alternativa correta.

I. O quadro é compatível com panencefalite esclerosante subaguda, complicação progressiva do sistema nervoso central relacionada à persistência do vírus do sarampo, que pode se manifestar anos após a infecção primária.
II. A idade precoce no momento da infecção pelo sarampo está associada ao maior risco dessa complicação neurológica tardia.
III. A ausência de vírus infeccioso convencionalmente cultivável no sistema nervoso central exclui a etiologia relacionada ao sarampo, pois a doença depende de replicação viral produtiva contínua.
IV. A vacinação contra o sarampo reduz indiretamente a ocorrência dessa complicação ao prevenir a infecção natural pelo vírus.

(A) Apenas as afirmativas I e III estão corretas.
(B) Apenas as afirmativas I, II e IV estão corretas.
(C) Apenas as afirmativas II, III e IV estão corretas.
(D) Todas as afirmativas estão corretas.

14. Sobre a neutropenia e o manejo profilático em pacientes com neoplasia em tratamento quimioterápico, assinale a alternativa correta.

(A) O risco de infecção torna-se proporcional ao grau de neutropenia a partir do momento em que a contagem absoluta de neutrófilos (CAN) torna-se inferior a 500/µL.
(B) Pacientes com neutropenia prolongada, definida com uma CAN <500/µL por duas semanas ou mais, possuem risco aumentado para aspergilose invasiva e outros fungos filamentosos.
(C) A profilaxia com fluoroquinolonas, como o levofloxacino, é indicada para adultos com neutropenia profunda (CAN <500/µL) por um período superior a 14 dias.
(D) O isavuconazol é frequentemente recomendado como profilaxia em pacientes com leucemia mieloide aguda (LMA) por ter demonstrado eficácia superior ao posaconazol na prevenção de doenças fúngicas invasivas.

---

15. As cefalosporinas apresentam diferenças importantes quanto ao espectro de atividade antimicrobiana entre seus diferentes representantes. Considerando os antimicrobianos abaixo e suas características, relacione as colunas e assinale a sequência correspondente.

(1) Cefazolina.
(2) Ceftriaxona.
(3) Ceftazidima.
(4) Cefepima.
(5) Ceftarolina.

( ) Cefalosporina de terceira geração com atividade contra *Pseudomonas aeruginosa*, porém com atividade relativamente limitada contra cocos gram-positivos quando comparada a outros representantes da mesma geração.
( ) Cefalosporina de primeira geração com boa atividade contra estreptococos e *Staphylococcus aureus* sensível à meticilina, amplamente utilizada, entre outras indicações, na profilaxia antimicrobiana cirúrgica.
( ) Cefalosporina de terceira geração com boa atividade contra diversos bacilos gram-negativos e excelente atividade contra pneumococo, com importante utilização em infecções comunitárias graves e infecções do sistema nervoso central.
( ) Cefalosporina de quarta geração que combina amplo espectro contra bacilos gram-negativos, incluindo *P. aeruginosa*, com atividade contra diversos cocos gram-positivos.
( ) Cefalosporina com atividade contra MRSA devido à capacidade de ligação à PBP2a, distinguindo-se das demais cefalosporinas apresentadas quanto à atividade contra esse patógeno.

(A) 3 - 1 - 2 - 4 - 5.
(B) 4 - 1 - 2 - 3 - 5.
(C) 3 - 2 - 1 - 4 - 5.
(D) 5 - 1 - 2 - 4 - 3.

16. Menino de 15 meses com queixa de irritabilidade, palidez e emagrecimento há 2 meses. Apresenta lesões azuladas periorbitárias e hepatomegalia. Ao exame: PA normal, FC 120bpm, sem febre. Ultrassonografia abdominal revela massa suprarrenal direita. Exames laboratoriais mostram aumento de catecolaminas urinárias. Considerando o caso descrito, qual é o diagnóstico mais provável?

(A) Linfoma de Burkitt.
(B) Tumor de Wilms.
(C) Neuroblastoma metastático.
(D) Hepatoblastoma com metástase.

---

17. Em relação à doença do refluxo gastroesofágico (DRGE) na criança, analise as afirmativas abaixo e assinale a alternativa correta.

I. O diagnóstico de DRGE é basicamente clínico.
II. Considera-se que a maioria dos episódios de refluxo em lactentes é não ácida ou fracamente ácida.
III. Em alguns pacientes pediátricos, a DRGE pode ser crônica, com risco de desenvolver sequelas mais graves, como esôfago de Barrett e adenocarcinoma de esôfago.

(A) Apenas as afirmativas I e II estão corretas.
(B) Apenas as afirmativas I e III estão corretas.
(C) Apenas as afirmativas II e III estão corretas.
(D) Todas as afirmativas estão corretas.

---

18. São sinais de gravidade da insuficiência respiratória:

I. Presença de exaustão.
II. Tosse contínua.
III. Palidez.
IV. Alteração de consciência.

(A) Apenas as afirmativas I, II e III estão corretas.
(B) Apenas as afirmativas I, II e IV estão corretas.
(C) Apenas as afirmativas I, III e IV estão corretas.
(D) Apenas as afirmativas II, III e IV estão corretas.

---

19. Criança de três meses apresenta, nas últimas 48 horas, um aumento da demanda de leite materno. A mãe, preocupada com a necessidade de diminuir o intervalo entre as mamadas e aumentar o tempo durante a amamentação, liga para o médico em busca de orientações sobre como proceder. Qual das orientações abaixo é a mais adequada para esse caso?

(A) Orientar a mãe a aumentar sua ingestão de líquidos (água) e prescrever metoclopramida para auxiliar no aumento da produção de leite.
(B) Iniciar a introdução de frutas para melhorar a saciedade e o aporte calórico da criança, juntamente com a manutenção do aleitamento materno.
(C) Complementar o aleitamento materno com fórmula láctea de partida para garantir um adequado aporte calórico e atendimento às necessidades da criança.
(D) Tranquilizar a mãe e observar o peso e comportamento da criança, pois pode tratar-se de um período de aceleração do crescimento, que se manifesta por um aumento da demanda de leite.

20. Menino de 2 anos, previamente hígido, é levado ao pronto atendimento por dor abdominal leve e em cólica há 24 horas, associada a fezes amolecidas com sangue vivo. A mãe relata que o episódio começou subitamente, sem febre, e que a criança apresenta palidez e prostração. Ao exame físico: PA 95/60mmHg, FC 112bpm e abdome levemente distendido e pouco doloroso difusamente à palpação, sem sinais de irritação peritoneal. Toque retal: presença de sangue vivo. Considerando o quadro apresentado, qual é o diagnóstico mais provável?

(A) Invaginação intestinal.
(B) Doença inflamatória intestinal.
(C) Divertículo de Meckel.
(D) Apendicite aguda atípica.

---

21. Um menino de 6 anos de idade apresenta púrpura palpável em membros inferiores, dor abdominal tipo cólica e artralgia de tornozelos. O diagnóstico clínico é de vasculite por IgA (púrpura de Henoch-Schönlein). Considerando a fisiopatologia, qual é o mecanismo imunopatológico central responsável pelas lesões vasculares observadas?

(A) Deposição de imunocomplexos contendo predominantemente IgA1 com glicosilação aberrante na parede de pequenos vasos.
(B) Produção de autoanticorpos anticitoplasma de neutrófilos (ANCA) que ativam a via alternativa do complemento.
(C) Infiltração direta de linfócitos T citotóxicos na túnica média de artérias de médio calibre, causando aneurismas.
(D) Deficiência congênita de proteínas reguladoras da coagulação, levando à microtrombose difusa sem componente inflamatório.

---

22. Uma criança de 6 anos com diagnóstico de asma apresenta exacerbação leve caracterizada por tosse, sibilos ocasionais e pequena limitação para brincar. Não apresenta sinais de gravidade nem necessidade de internação. Considerando a estratégia preferencial de alívio recomendada pelo GINA 2026, assinale a alternativa correta.

(A) O tratamento de alívio deve priorizar estratégias que ofereçam também ação anti-inflamatória.
(B) O tratamento ideal da crise consiste em utilizar broncodilatador de curta ação isoladamente.
(C) Corticosteroides inalatórios devem ser reservados apenas para pacientes com internações prévias.
(D) O principal objetivo do tratamento é melhorar sintomas.

23. Um recém-nascido de 25 dias foi encaminhado ao ambulatório especializado após triagem neonatal sugestiva de fibrose cística. Apresenta esteatorreia, ganho ponderal insatisfatório e elastase fecal compatível com insuficiência pancreática exócrina. Durante a discussão do caso, pela idade do paciente, um médico sugere aguardar a confirmação diagnóstica definitiva da fibrose cística antes de iniciar a terapia de reposição enzimática (TRE), enquanto outro defende seu início imediato. Considerando as recomendações da Sociedade Brasileira de Pediatria, qual é a melhor conduta?

(A) Aguardar a confirmação diagnóstica definitiva, pois a TRE pode interferir nos resultados dos testes diagnósticos para fibrose cística.
(B) Iniciar a TRE apenas após o início da alimentação complementar, quando a digestão de gorduras se torna mais complexa.
(C) Iniciar a TRE somente se houver perda ponderal superior a 10% do peso corporal.
(D) Iniciar a TRE imediatamente diante da evidência de insuficiência pancreática, mesmo antes da confirmação definitiva da fibrose cística.

24. Uma criança de 5 anos é atendida no pronto-socorro com febre há 48 horas, tosse, taquipneia e infiltrado pulmonar à radiografia de tórax, sendo diagnosticada com pneumonia adquirida na comunidade (PAC). O calendário vacinal está atualizado. Durante a investigação, a procalcitonina (PCT) sérica resulta em 0,08ng/mL. Considerando as evidências atuais sobre o uso da procalcitonina na PAC pediátrica, é correto afirmar que esse resultado:

(A) Reduz significativamente a probabilidade de pneumonia bacteriana, porque valores de PCT < 0,1ng/mL apresentam elevado valor preditivo negativo.
(B) Indica elevada probabilidade de etiologia viral, pois o alto valor preditivo negativo implica simultaneamente baixo valor preditivo positivo para pneumonia bacteriana.
(C) Torna desnecessária a avaliação radiológica e epidemiológica, pois o alto valor preditivo negativo da PCT supera o desempenho diagnóstico desses métodos.
(D) Praticamente exclui pneumonia bacteriana grave, mas não modifica a probabilidade de pneumonia bacteriana de menor gravidade.

25. Uma criança de 6 anos, previamente hígida, está internada por pneumonia adquirida na comunidade, complicada por derrame pleural parapneumônico loculado. Após drenagem torácica, a equipe discute as opções terapêuticas para acelerar a resolução do quadro. O cirurgião pediátrico sugere videotoracoscopia (VATS), enquanto o intensivista propõe drenagem associada à fibrinólise intrapleural. Com base nas evidências atuais, qual é a intervenção mais adequada para orientar a decisão terapêutica?

(A) A VATS deve ser sempre a primeira escolha, pois apresenta taxas de sucesso superiores às da fibrinólise em todos os estudos comparativos.
(B) A fibrinólise deve ser sempre preferida porque apresenta menor invasividade e resultados clínicos superiores à VATS.
(C) Tanto a VATS quanto a fibrinólise representam opções efetivas, devendo a escolha considerar experiência da equipe e a disponibilidade local.
(D) A presença de loculações pleurais contraindica o uso de fibrinolíticos, tornando a VATS a única alternativa terapêutica recomendada.

26. Um menino de 10 anos, previamente saudável, foi submetido à amputação transfemoral direita após acidente automobilístico ocorrido há 8 meses. Durante consulta de seguimento, apresenta peso medido de 36kg e estatura adequada para a idade. O interno calcula o IMC utilizando diretamente o peso aferido e conclui que o paciente apresenta eutrofia. O preceptor questiona essa conduta e solicita nova análise. Qual é a principal justificativa para essa intervenção?

(A) O peso aferido após amputação tende a superestimar o estado nutricional, exigindo correção antes da interpretação antropométrica.
(B) O peso aferido após amputação tende a subestimar o peso corporal de referência, devendo ser corrigido para estimar o peso não amputado antes da classificação nutricional.
(C) O índice de massa corporal não pode ser utilizado em pacientes amputados, independentemente da extensão da amputação.
(D) A avaliação nutricional de pacientes amputados deve basear-se exclusivamente na estatura, pois o peso perde validade clínica.

27. Paciente de 10 anos de idade é trazido por sua mãe à consulta de rotina com pediatra. A mãe conta ao pediatra que o paciente concluiu a avaliação psiquiátrica e foi diagnosticado com transtorno de hiperatividade e déficit de atenção. Ela pergunta ao pediatra por que o paciente tem esse transtorno, querendo entender quais são os fatores de risco para esse diagnóstico. Sobre isso, assinale a alternativa correta.

(A) A herdabilidade desse transtorno é extremamente baixa, pois poucos estudos encontraram associação familiar relacionada a ele.
(B) Existem alguns fatores de risco, tais como baixo peso ao nascer e prematuridade, que podem contribuir para a etiologia desse transtorno.
(C) O tabagismo materno oferece uma proteção para o desenvolvimento desse transtorno.
(D) Esse transtorno se caracteriza por uma falha na maturidade cerebral e é pouco provável que os sintomas de hiperatividade regridam com o desenvolvimento.

28. Um lactente de 4 meses apresenta diarreia crônica, baixo ganho ponderal e dermatite atópica extensa. Após investigação, foi diagnosticado com alergia à proteína do leite de vaca (APLV) associada a comprometimento importante do trato gastrintestinal. A mãe interrompeu o aleitamento materno por complicações clínicas próprias e necessita escolher uma alternativa alimentar. Dentre as seguintes propostas nutricionais, qual é a mais adequada para esse caso:

(A) Fórmula extensamente hidrolisada, por apresentar proteínas com reduzida antigenicidade e indicação para lactentes com APLV e comprometimento gastrointestinal.
(B) Fórmula à base de proteína isolada de soja, pois apresenta perfil proteico adequado e menor custo.
(C) Fórmula parcialmente hidrolisada, pois a hidrólise parcial reduz suficientemente a antigenicidade da proteína do leite.
(D) Composto lácteo enriquecido com vitaminas e minerais, pois fornece aporte nutricional semelhante ao das fórmulas infantis.

29. Sobre a conduta frente à presença de líquido amniótico meconial durante o atendimento ao RN em sala de parto, assinale a alternativa INCORRETA.

(A) A aspiração de orofaringe e nasofaringe ao desprendimento do polo cefálico do concepto não deve ser realizada.
(B) Se o RN é de termo, está respirando ou chorando e com tônus muscular em flexão, ele apresenta boa vitalidade e deve continuar junto de sua mãe depois do clampeamento do cordão.
(C) Se o RN for pré-termo tardio ou pós-termo, não iniciou movimentos respiratórios regulares ou apresenta tônus muscular flácido, é necessário levá-lo à mesa de reanimação e realizar os passos iniciais, sendo prudente incluir a aspiração de vias aéreas superiores.
(D) No RN levado à mesa de reanimação para os passos iniciais e que apresenta apneia, respiração irregular e/ou FC<100bpm, é fundamental a realização da laringoscopia direta imediata com aspiração traqueal.

30. Um recém-nascido com 38 semanas de idade gestacional, parto vaginal sem intercorrências, apresenta, ao exame físico realizado com 24 horas de vida, uma tumoração de consistência amolecida no couro cabeludo. A lesão ultrapassa as linhas de sutura cranianas e surgiu logo após o nascimento. O lactente encontra-se ativo, com exame neurológico normal. Sobre esse achado e sua interpretação, é correto afirmar que:

(A) Trata-se provavelmente de cefalohematoma, cuja principal característica é ultrapassar as linhas de sutura.
(B) Trata-se provavelmente de bossa serossanguínea (*caput succedaneum*), relacionada ao trauma do parto e com tendência à reabsorção rápida.
(C) Sugere hidrocefalia neonatal e deve motivar investigação imediata por neuroimagem.
(D) Abaulamento pode ser compatível com meningite neonatal, sendo necessária punção lombar.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE (UFCSPA)
SANTA CASA DE PORTO ALEGRE

PROCESSO SELETIVO PARA RESIDÊNCIA MÉDICA — ANO 2027

RESIDÊNCIA MÉDICA COM PRÉ-REQUISITO - UFCSPA/SANTA CASA
PRM ENDOCRINOLOGIA PEDIÁTRICA

ESPECIALIZAÇÃO MÉDICA SANTA CASA DE PORTO ALEGRE (ENDOCRINOLOGIA PEDIÁTRICA)

Nome:_____

Nº de Inscrição: | | | | | | |

Instruções

- Confira o material recebido (CADERNO DE QUESTÕES e CARTÃO DE RESPOSTAS); se houver falha, solicite a substituição ao fiscal da sala.
- Após conferir seus dados no CARTÃO DE RESPOSTAS (NOME, Nº de INSCRIÇÃO e PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MÉDICA), assine no local indicado.
- Este caderno contém **30 questões de múltipla escolha,** com quatro alternativas (**A**, **B**, **C** e **D**), das quais somente uma será a correta.
- O cartão de respostas é o único documento válido para a correção da prova objetiva, sendo de responsabilidade do candidato sua guarda durante a prova, seu preenchimento e sua entrega ao fiscal de sala.
- Preencha o CARTÃO DE RESPOSTAS, com bastante atenção, à caneta esferográfica, azul ou preta, ponta grossa, marcando uma única alternativa em cada questão.
- Verifique, no CARTÃO DE RESPOSTAS, as instruções para preenchimento. Sob nenhuma circunstância, o cartão de respostas será substituído devido a erro, desatenção ou falha no preenchimento por parte do candidato.
- Durante a realização da prova, estão vedados o empréstimo de materiais, a comunicação entre candidatos ou terceiros, a utilização de quaisquer dispositivos, como máquina calculadora e/ou similares, livros, anotações, réguas de cálculo, impressos ou qualquer outro material de consulta.
- A prova objetiva terá duração de até **3 horas**, incluído o tempo para preenchimento do CARTÃO DE RESPOSTAS.
- Após o início da prova, o candidato deverá permanecer na sala pelo **tempo mínimo de 60 minutos**.
- Ao terminar a prova, o candidato devolverá ao fiscal da sala o CARTÃO DE RESPOSTAS.
- O candidato somente poderá levar o caderno de provas **quando estiver faltando 60 minutos para o término do tempo total de duração da prova.** Por razões de segurança, o candidato que sair antes desse horário não poderá copiar as suas respostas.
- Os dois últimos candidatos de cada sala de prova deverão permanecer no recinto, a fim de acompanhar o lacre do material, quando então poderão retirar-se do local após concluído o procedimento.

DIREITOS AUTORAIS RESERVADOS. PROIBIDA A REPRODUÇÃO, AINDA QUE PARCIAL, SEM AUTORIZAÇÃO PRÉVIA.

1. Uma mulher de 51 anos, IMC 31kg/m², com hipertensão e antecedente de diabetes gestacional há 15 anos, comparece a uma consulta de rotina. Nega poliúria, polidipsia, perda ponderal e outros sintomas. Exames solicitados recentemente mostram: glicemia de jejum 132mg/dL, HbA1c 6,3%, triglicerídeos 248mg/dL e HDL-C 39mg/dL. Não há exames glicêmicos prévios disponíveis. De acordo com as Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD) de 2025, sobre a conduta mais adequada nesse caso, assinale a alternativa correta.

(A) O diagnóstico de diabetes mellitus está confirmado, e metformina deve ser iniciada imediatamente
(B) O resultado é compatível com pré-diabetes, devendo ser orientadas mudanças no estilo de vida e repetição dos exames em um ano.
(C) É necessário um segundo exame alterado para confirmar o diagnóstico de diabetes nessa paciente.
(D) O teste oral de tolerância à glicose com 75g deve ser solicitado e confirma diabetes se a glicemia em 2 horas for ≥195mg/dL.

---

2. Em relação às medidas não farmacológicas recomendadas no manejo da hipertensão arterial sistêmica, de acordo com a Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial 2025, analise as afirmativas e assinale a alternativa correta.

I. A perda de peso em indivíduos com sobrepeso ou obesidade está associada à redução da pressão arterial e deve ser incentivada como parte do tratamento da hipertensão.
II. A redução da ingestão de sódio, a prática regular de atividade física e a moderação do consumo de álcool são medidas recomendadas, podendo apresentar efeito aditivo no controle da pressão arterial.
III. A redução do consumo de sódio apresenta efeito semelhante sobre a pressão arterial em indivíduos hipertensos e normotensos, independentemente da idade.

(A) Apenas a afirmativa I está correta.
(B) Apenas as afirmativas I e II estão corretas.
(C) Apenas as afirmativas II e III estão corretas.
(D) Todas as afirmativas estão corretas.

3. Homem de 48 anos procura consulta para avaliação de exames de rotina. Não apresenta doença cardiovascular estabelecida, doença renal ou evidências de lesão de órgão-alvo. Não fuma e pratica caminhada duas vezes por semana. Na consulta: pressão arterial 146×92mmHg e, repetida após 2 minutos, 140×89mmHg. FC 72bpm, IMC 29kg/m² e sem outras alterações no exame físico. Exames laboratoriais: creatinina 0,9mg/dL, glicemia de jejum 95mg/dL, LDL-C 136mg/dL e potássio 4,3mEq/L. O paciente pergunta se já pode ser considerado hipertenso e se necessita iniciar tratamento medicamentoso. Sobre esse caso, assinale a alternativa correta de acordo com a Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial de 2025.

(A) O diagnóstico de hipertensão arterial está confirmado, devendo ser iniciado tratamento medicamentoso com monoterapia, associado a mudanças no estilo de vida.
(B) O diagnóstico de hipertensão arterial está confirmado, não havendo indicação de tratamento medicamentoso neste momento, apenas mudanças no estilo de vida.
(C) O diagnóstico de hipertensão arterial está confirmado, sendo indicada terapia anti-hipertensiva combinada desde a avaliação inicial, além de mudanças no estilo de vida.
(D) Apesar da pressão elevada em consultório, o diagnóstico de hipertensão deve ser confirmado por medidas repetidas em consultas subsequentes e/ou monitorização residencial.

---

4. Paciente feminina de 18 anos, 1,80m, 65kg, deseja ser modelo e faz dieta rigorosa para controle de peso. Chega com fraqueza intensa e sede e relata poliúria. Nega patologias prévias ou uso de medicamentos prescritos. Sua mãe informa abuso de laxantes. Os exames neste momento mostram: glicose de 85mg/dL, potássio de 2mEq/L, creatinina 1,1mg/dL, ureia 20mg/dL e CO2 18mEq/L. Em relação ao caso, é correto afirmar que:

(A) A poliúria pode ser consequência de diabetes *insipidus* nefrogênico.
(B) O déficit estimado de potássio é de 100mEq.
(C) O achado de acidose sugere indução de vômitos.
(D) Existe grande probabilidade da paciente ter diabetes mellitus.

5. Paciente de 80 anos, com cardiopatia isquêmica e diabetes melito, em uso de AAS, losartana, carvedilol, rosuvastatina e glimepirida contraiu influenza A e ficou 5 dias com baixa ingestão por via oral. Está há 24h com diarreia. Ao exame está lúcido, pálido, afebril, com frequência cardíaca 100bpm, pressão arterial 100/60mmHg deitado e 85/55mmHg em pé, mucosas secas, extremidades aquecidas e pulsos periféricos cheios. Exames na admissão: ureia 90mg/dL, creatinina 1,8mg/dL, glicose 90mg/dL, sódio 134mEq/L, potássio 4mEq/L, CO2 23mEq/L, hematócrito 38% e hemoglobina 13g/dL. Neste primeiro momento, o tratamento mais adequado é:

(A) Soro fisiológico 0,9%.
(B) Soro glicosado com bicarbonato isosmolar.
(C) Albumina sérica.
(D) Soro glicosado com NaCl 20% e KCl 10%.

---

6. Com relação ao ritmo circadiano do cortisol, assinale a alternativa correta.

(A) Em indivíduos normais, os níveis de cortisol permanecem relativamente constantes ao longo de 24 horas.
(B) Em indivíduos normais, o cortisol apresenta pico fisiológico no início da manhã e nadir durante a noite.
(C) Pacientes com síndrome de Cushing apresentam redução do cortisol matinal em relação a indivíduos normais.
(D) Em indivíduos normais, o ritmo circadiano do cortisol é independente do ciclo sono-vigília.

---

7. Uma mulher de 42 anos procura atendimento por poliúria, polidipsia e perda ponderal de 6kg nos últimos quatro meses. Foi diagnosticada com diabetes mellitus há três meses, quando apresentava glicemia de jejum de 248mg/dL e HbA1c de 10,1%. Iniciou tratamento com metformina 2.000mg/dia, porém mantém glicemias entre 220 e 280mg/dL. Apresenta IMC de 22kg/m², refere história pessoal de hipotireoidismo de etiologia autoimune, e sua mãe possui vitiligo. Ao exame físico, não apresenta *acantose nigricans*. Exames laboratoriais: HbA1c 9,8%, triglicerídeos 82mg/dL, HDL-C 58mg/dL e creatinina 0,8mg/dL. Considerando o quadro clínico e as diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes, a hipótese diagnóstica mais provável e a conduta complementar mais adequada são:

(A) Diabetes mellitus tipo 2; associar sulfonilureia.
(B) Diabetes mellitus secundário a pancreatite crônica; solicitar peptídeo C.
(C) Diabetes autoimune latente do adulto (LADA); solicitar anti-GAD.
(D) Diabetes monogênico (MODY); solicitar painel genético.

8. Em relação ao diagnóstico do diabetes mellitus gestacional (DMG), de acordo com as Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD), analise as afirmativas e assinale a alternativa correta.

I. O teste oral de tolerância à glicose (TOTG) com 75g de glicose, realizado entre 24 e 28 semanas de gestação nas gestantes sem diabetes previamente diagnosticado é recomendado para o diagnóstico do diabetes mellitus gestacional.
II. A hemoglobina glicada (HbA1c) é o exame de escolha para o rastreamento e diagnóstico do diabetes mellitus gestacional durante o segundo trimestre da gestação.
III. No TOTG com 75g, a presença de um único valor igual ou superior aos pontos de corte estabelecidos (jejum ≥ 92mg/dL, 1 hora ≥ 180mg/dL ou 2 horas ≥ 153mg/dL) é suficiente para o diagnóstico de diabetes mellitus gestacional.

(A) Apenas a afirmativa I está correta.
(B) Apenas as afirmativas II e III estão corretas.
(C) Apenas as afirmativas I e III estão corretas.
(D) Todas as afirmativas estão corretas.

---

9. Segundo Diretrizes da ABESO 2026 sobre o tratamento farmacológico da obesidade, quanto aos medicamentos e seus principais mecanismos de ação ou características clínicas, relacione as colunas e assinale a sequência correspondente.

(1) Orlistate.
(2) Liraglutida/semaglutida.
(3) Naltrexona + bupropiona.
(4) Tirzepatida.

( ) Agonismo combinado em receptores GIP e GLP-1.
( ) Inibe lipases gastrointestinais, reduzindo absorção de gordura.
( ) Atua em vias hipotalâmicas de saciedade e recompensa alimentar.
( ) Retarda esvaziamento gástrico e aumenta saciedade por agonismo incretínico.

(A) 4 - 1 - 3 - 2.
(B) 4 - 1 - 2 - 3.
(C) 2 - 1 - 3 - 4.
(D) 2 - 3 - 4 - 1.

10. Um menino de 6 anos é encaminhado para avaliação por baixa estatura. Nasceu a termo, com peso e comprimento adequados para a idade gestacional. Os pais referem desaceleração progressiva da velocidade de crescimento desde os 2 anos. Ao exame físico, apresenta altura abaixo do percentil 3, proporções corporais preservadas e discreto aumento de gordura abdominal. Sem dismorfismos evidentes. Exames laboratoriais: TSH e T4 livre normais, IGF-1 baixo para idade e pico de GH de 3,8ng/mL em teste de estímulo com clonidina. Radiografia de idade óssea mostra atraso discreto, inferior a 2 desvios-padrão em relação à idade cronológica. Com relação ao caso, assinale a alternativa correta.

(A) O quadro é compatível com o diagnóstico de insensibilidade ao GH, condição em que se espera GH basal elevado e IGF-1 baixo.
(B) O quadro é compatível com retardo constitucional do crescimento e puberdade, não sendo necessária investigação adicional neste momento.
(C) O quadro sugere deficiência de GH, sendo indicada neuroimagem da região hipotálamo-hipofisária como parte da investigação etiológica.
(D) Nesse paciente, a presença de neuroimagem normal excluiria a deficiência de GH como causa da baixa estatura.

---

11. Uma mulher de 46 anos procura atendimento por fadiga, constipação e ganho ponderal progressivo nos últimos meses. Ao exame físico, apresenta discreto bócio de consistência firme e indolor. Exames laboratoriais: TSH 8,7mUI/L (VR: 0,4-4,5), T4 livre reduzido e Anti-TPO positivo em altos títulos. Ultrassonografia de tireoide mostra aumento difuso da glândula, ecotextura heterogênea e áreas hipoecoicas mal definidas, sem nódulos sólidos claramente delimitados. Com relação ao caso, assinale a alternativa correta.

(A) Níveis séricos de T3 total são importantes para confirmação diagnóstica e definição de gravidade do hipotireoidismo.
(B) A presença de segundo TSH normal excluiria tanto hipotireoidismo primário quanto hipotireoidismo central.
(C) O quadro sugere tireoidite de Hashimoto, e as áreas hipoecoicas à ultrassonografia podem corresponder a pseudonódulos relacionados a infiltrado linfocitário.
(D) A presença de áreas hipoecoicas na ultrassonografia torna mandatória punção aspirativa por agulha fina.

12. Em relação ao hipotireoidismo congênito, avalie se as afirmativas são verdadeiras (V) ou falsas (F) e assinale a sequência correspondente.

( ) A maioria dos recém-nascidos com hipotireoidismo congênito apresenta alguma manifestação clínica ao nascimento, o que permite suspeita diagnóstica precoce na maior parte dos casos.
( ) Icterícia prolongada, dificuldade alimentar, hipotonia, macroglossia e hérnia umbilical podem estar presentes em lactentes com hipotireoidismo congênito.
( ) Mesmo em recém-nascidos assintomáticos, o atraso no início do tratamento pode comprometer o desenvolvimento neurocognitivo.
( ) Crianças com hipotireoidismo congênito apresentam maior frequência de malformações congênitas, especialmente cardiopatias.

(A) F - V - V - V.
(B) F - F - V - V.
(C) V - F - F - F.
(D) V - V - F - F.

---

13. Sobre câncer de tireoide, analise as afirmativas e assinale a alternativa correta.

I. O aumento da incidência de câncer de tireoide nas últimas décadas ocorreu principalmente à custa do diagnóstico de pequenos carcinomas papilíferos, sem aumento proporcional da mortalidade específica.
II. O carcinoma papilífero da tireoide é o tipo mais comum de câncer diferenciado da tireoide e apresenta disseminação preferencial pela via hemática.
III. A tireoglobulina é o principal marcador sérico utilizado no seguimento do carcinoma medular da tireoide.

(A) Apenas a afirmativa I está correta.
(B) Apenas as afirmativas I e II estão corretas.
(C) Apenas as afirmativas II e III estão corretas.
(D) Todas as afirmativas estão corretas.

---

14. São consideradas alterações metabólicas precoces na história natural do Diabete melito tipo 1 (DM1), EXCETO:

(A) Diminuição da resposta do peptídeo-C à sobrecarga oral de glicose.
(B) Instabilidade glicêmica.
(C) Ganho de peso alguns meses antes do diagnóstico clínico.
(D) Aumento do crescimento linear.

---

15. Paciente de 18 anos está internado com desidratação grave por diarreia. Exame: pele seca, letargia, pressão arterial baixa. Gasometria: Na^+ sérico 118mEq/L e osmolaridade baixa. Referência Na^+ sérico: 135mEq/L - 145mEq/L. Qual é a complicação mais grave da correção rápida dessa condição?

(A) Edema cerebral.
(B) Edema agudo de pulmão.
(C) Mielinólise pontina.
(D) Rabdomiólise.

16. Menino de 15 meses com queixa de irritabilidade, palidez e emagrecimento há 2 meses. Apresenta lesões azuladas periorbitárias e hepatomegalia. Ao exame: PA normal, FC 120bpm, sem febre. Ultrassonografia abdominal revela massa suprarrenal direita. Exames laboratoriais mostram aumento de catecolaminas urinárias. Considerando o caso descrito, qual é o diagnóstico mais provável?

(A) Linfoma de Burkitt.
(B) Tumor de Wilms.
(C) Neuroblastoma metastático.
(D) Hepatoblastoma com metástase.

---

17. Em relação à doença do refluxo gastroesofágico (DRGE) na criança, analise as afirmativas abaixo e assinale a alternativa correta.

I. O diagnóstico de DRGE é basicamente clínico.
II. Considera-se que a maioria dos episódios de refluxo em lactentes é não ácida ou fracamente ácida.
III. Em alguns pacientes pediátricos, a DRGE pode ser crônica, com risco de desenvolver sequelas mais graves, como esôfago de Barrett e adenocarcinoma de esôfago.

(A) Apenas as afirmativas I e II estão corretas.
(B) Apenas as afirmativas I e III estão corretas.
(C) Apenas as afirmativas II e III estão corretas.
(D) Todas as afirmativas estão corretas.

---

18. São sinais de gravidade da insuficiência respiratória:

I. Presença de exaustão.
II. Tosse contínua.
III. Palidez.
IV. Alteração de consciência.

(A) Apenas as afirmativas I, II e III estão corretas.
(B) Apenas as afirmativas I, II e IV estão corretas.
(C) Apenas as afirmativas I, III e IV estão corretas.
(D) Apenas as afirmativas II, III e IV estão corretas.

---

19. Criança de três meses apresenta, nas últimas 48 horas, um aumento da demanda de leite materno. A mãe, preocupada com a necessidade de diminuir o intervalo entre as mamadas e aumentar o tempo durante a amamentação, liga para o médico em busca de orientações sobre como proceder. Qual das orientações abaixo é a mais adequada para esse caso?

(A) Orientar a mãe a aumentar sua ingestão de líquidos (água) e prescrever metoclopramida para auxiliar no aumento da produção de leite.
(B) Iniciar a introdução de frutas para melhorar a saciedade e o aporte calórico da criança, juntamente com a manutenção do aleitamento materno.
(C) Complementar o aleitamento materno com fórmula láctea de partida para garantir um adequado aporte calórico e atendimento às necessidades da criança.
(D) Tranquilizar a mãe e observar o peso e comportamento da criança, pois pode tratar-se de um período de aceleração do crescimento, que se manifesta por um aumento da demanda de leite.

20. Menino de 2 anos, previamente hígido, é levado ao pronto atendimento por dor abdominal leve e em cólica há 24 horas, associada a fezes amolecidas com sangue vivo. A mãe relata que o episódio começou subitamente, sem febre, e que a criança apresenta palidez e prostração. Ao exame físico: PA 95/60mmHg, FC 112bpm e abdome levemente distendido e pouco doloroso difusamente à palpação, sem sinais de irritação peritoneal. Toque retal: presença de sangue vivo. Considerando o quadro apresentado, qual é o diagnóstico mais provável?

(A) Invaginação intestinal.
(B) Doença inflamatória intestinal.
(C) Divertículo de Meckel.
(D) Apendicite aguda atípica.

---

21. Um menino de 6 anos de idade apresenta púrpura palpável em membros inferiores, dor abdominal tipo cólica e artralgia de tornozelos. O diagnóstico clínico é de vasculite por IgA (púrpura de Henoch-Schönlein). Considerando a fisiopatologia, qual é o mecanismo imunopatológico central responsável pelas lesões vasculares observadas?

(A) Deposição de imunocomplexos contendo predominantemente IgA1 com glicosilação aberrante na parede de pequenos vasos.
(B) Produção de autoanticorpos anticitoplasma de neutrófilos (ANCA) que ativam a via alternativa do complemento.
(C) Infiltração direta de linfócitos T citotóxicos na túnica média de artérias de médio calibre, causando aneurismas.
(D) Deficiência congênita de proteínas reguladoras da coagulação, levando à microtrombose difusa sem componente inflamatório.

---

22. Uma criança de 6 anos com diagnóstico de asma apresenta exacerbação leve caracterizada por tosse, sibilos ocasionais e pequena limitação para brincar. Não apresenta sinais de gravidade nem necessidade de internação. Considerando a estratégia preferencial de alívio recomendada pelo GINA 2026, assinale a alternativa correta.

(A) O tratamento de alívio deve priorizar estratégias que ofereçam também ação anti-inflamatória.
(B) O tratamento ideal da crise consiste em utilizar broncodilatador de curta ação isoladamente.
(C) Corticosteroides inalatórios devem ser reservados apenas para pacientes com internações prévias.
(D) O principal objetivo do tratamento é melhorar sintomas.

23. Um recém-nascido de 25 dias foi encaminhado ao ambulatório especializado após triagem neonatal sugestiva de fibrose cística. Apresenta esteatorreia, ganho ponderal insatisfatório e elastase fecal compatível com insuficiência pancreática exócrina. Durante a discussão do caso, pela idade do paciente, um médico sugere aguardar a confirmação diagnóstica definitiva da fibrose cística antes de iniciar a terapia de reposição enzimática (TRE), enquanto outro defende seu início imediato. Considerando as recomendações da Sociedade Brasileira de Pediatria, qual é a melhor conduta?

(A) Aguardar a confirmação diagnóstica definitiva, pois a TRE pode interferir nos resultados dos testes diagnósticos para fibrose cística.
(B) Iniciar a TRE apenas após o início da alimentação complementar, quando a digestão de gorduras se torna mais complexa.
(C) Iniciar a TRE somente se houver perda ponderal superior a 10% do peso corporal.
(D) Iniciar a TRE imediatamente diante da evidência de insuficiência pancreática, mesmo antes da confirmação definitiva da fibrose cística.

24. Uma criança de 5 anos é atendida no pronto-socorro com febre há 48 horas, tosse, taquipneia e infiltrado pulmonar à radiografia de tórax, sendo diagnosticada com pneumonia adquirida na comunidade (PAC). O calendário vacinal está atualizado. Durante a investigação, a procalcitonina (PCT) sérica resulta em 0,08ng/mL. Considerando as evidências atuais sobre o uso da procalcitonina na PAC pediátrica, é correto afirmar que esse resultado:

(A) Reduz significativamente a probabilidade de pneumonia bacteriana, porque valores de PCT < 0,1ng/mL apresentam elevado valor preditivo negativo.
(B) Indica elevada probabilidade de etiologia viral, pois o alto valor preditivo negativo implica simultaneamente baixo valor preditivo positivo para pneumonia bacteriana.
(C) Torna desnecessária a avaliação radiológica e epidemiológica, pois o alto valor preditivo negativo da PCT supera o desempenho diagnóstico desses métodos.
(D) Praticamente exclui pneumonia bacteriana grave, mas não modifica a probabilidade de pneumonia bacteriana de menor gravidade.

25. Uma criança de 6 anos, previamente hígida, está internada por pneumonia adquirida na comunidade, complicada por derrame pleural parapneumônico loculado. Após drenagem torácica, a equipe discute as opções terapêuticas para acelerar a resolução do quadro. O cirurgião pediátrico sugere videotoracoscopia (VATS), enquanto o intensivista propõe drenagem associada à fibrinólise intrapleural. Com base nas evidências atuais, qual é a intervenção mais adequada para orientar a decisão terapêutica?

(A) A VATS deve ser sempre a primeira escolha, pois apresenta taxas de sucesso superiores às da fibrinólise em todos os estudos comparativos.
(B) A fibrinólise deve ser sempre preferida porque apresenta menor invasividade e resultados clínicos superiores à VATS.
(C) Tanto a VATS quanto a fibrinólise representam opções efetivas, devendo a escolha considerar experiência da equipe e a disponibilidade local.
(D) A presença de loculações pleurais contraindica o uso de fibrinolíticos, tornando a VATS a única alternativa terapêutica recomendada.

26. Um menino de 10 anos, previamente saudável, foi submetido à amputação transfemoral direita após acidente automobilístico ocorrido há 8 meses. Durante consulta de seguimento, apresenta peso medido de 36kg e estatura adequada para a idade. O interno calcula o IMC utilizando diretamente o peso aferido e conclui que o paciente apresenta eutrofia. O preceptor questiona essa conduta e solicita nova análise. Qual é a principal justificativa para essa intervenção?

(A) O peso aferido após amputação tende a superestimar o estado nutricional, exigindo correção antes da interpretação antropométrica.
(B) O peso aferido após amputação tende a subestimar o peso corporal de referência, devendo ser corrigido para estimar o peso não amputado antes da classificação nutricional.
(C) O índice de massa corporal não pode ser utilizado em pacientes amputados, independentemente da extensão da amputação.
(D) A avaliação nutricional de pacientes amputados deve basear-se exclusivamente na estatura, pois o peso perde validade clínica.

27. Paciente de 10 anos de idade é trazido por sua mãe à consulta de rotina com pediatra. A mãe conta ao pediatra que o paciente concluiu a avaliação psiquiátrica e foi diagnosticado com transtorno de hiperatividade e déficit de atenção. Ela pergunta ao pediatra por que o paciente tem esse transtorno, querendo entender quais são os fatores de risco para esse diagnóstico. Sobre isso, assinale a alternativa correta.

(A) A herdabilidade desse transtorno é extremamente baixa, pois poucos estudos encontraram associação familiar relacionada a ele.
(B) Existem alguns fatores de risco, tais como baixo peso ao nascer e prematuridade, que podem contribuir para a etiologia desse transtorno.
(C) O tabagismo materno oferece uma proteção para o desenvolvimento desse transtorno.
(D) Esse transtorno se caracteriza por uma falha na maturidade cerebral e é pouco provável que os sintomas de hiperatividade regridam com o desenvolvimento.

28. Um lactente de 4 meses apresenta diarreia crônica, baixo ganho ponderal e dermatite atópica extensa. Após investigação, foi diagnosticado com alergia à proteína do leite de vaca (APLV) associada a comprometimento importante do trato gastrintestinal. A mãe interrompeu o aleitamento materno por complicações clínicas próprias e necessita escolher uma alternativa alimentar. Dentre as seguintes propostas nutricionais, qual é a mais adequada para esse caso:

(A) Fórmula extensamente hidrolisada, por apresentar proteínas com reduzida antigenicidade e indicação para lactentes com APLV e comprometimento gastrointestinal.
(B) Fórmula à base de proteína isolada de soja, pois apresenta perfil proteico adequado e menor custo.
(C) Fórmula parcialmente hidrolisada, pois a hidrólise parcial reduz suficientemente a antigenicidade da proteína do leite.
(D) Composto lácteo enriquecido com vitaminas e minerais, pois fornece aporte nutricional semelhante ao das fórmulas infantis.

29. Sobre a conduta frente à presença de líquido amniótico meconial durante o atendimento ao RN em sala de parto, assinale a alternativa INCORRETA.

(A) A aspiração de orofaringe e nasofaringe ao desprendimento do polo cefálico do concepto não deve ser realizada.
(B) Se o RN é de termo, está respirando ou chorando e com tônus muscular em flexão, ele apresenta boa vitalidade e deve continuar junto de sua mãe depois do clampeamento do cordão.
(C) Se o RN for pré-termo tardio ou pós-termo, não iniciou movimentos respiratórios regulares ou apresenta tônus muscular flácido, é necessário levá-lo à mesa de reanimação e realizar os passos iniciais, sendo prudente incluir a aspiração de vias aéreas superiores.
(D) No RN levado à mesa de reanimação para os passos iniciais e que apresenta apneia, respiração irregular e/ou FC<100bpm, é fundamental a realização da laringoscopia direta imediata com aspiração traqueal.

30. Um recém-nascido com 38 semanas de idade gestacional, parto vaginal sem intercorrências, apresenta, ao exame físico realizado com 24 horas de vida, uma tumoração de consistência amolecida no couro cabeludo. A lesão ultrapassa as linhas de sutura cranianas e surgiu logo após o nascimento. O lactente encontra-se ativo, com exame neurológico normal. Sobre esse achado e sua interpretação, é correto afirmar que:

(A) Trata-se provavelmente de cefalohematoma, cuja principal característica é ultrapassar as linhas de sutura.
(B) Trata-se provavelmente de bossa serossanguínea (*caput succedaneum*), relacionada ao trauma do parto e com tendência à reabsorção rápida.
(C) Sugere hidrocefalia neonatal e deve motivar investigação imediata por neuroimagem.
(D) Abaulamento pode ser compatível com meningite neonatal, sendo necessária punção lombar.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE (UFCSPA)
SANTA CASA DE PORTO ALEGRE

PROCESSO SELETIVO PARA RESIDÊNCIA MÉDICA — ANO 2027

RESIDÊNCIA MÉDICA COM PRÉ-REQUISITO - UFCSPA/SANTA CASA
PRM GASTROENTEROLOGIA PEDIÁTRICA

ESPECIALIZAÇÃO MÉDICA SANTA CASA DE PORTO ALEGRE (GASTROENTEROLOGIA PEDIÁTRICA)

Nome:_____

Nº de Inscrição: | | | | | | |

Instruções

- Confira o material recebido (CADERNO DE QUESTÕES e CARTÃO DE RESPOSTAS); se houver falha, solicite a substituição ao fiscal da sala.
- Após conferir seus dados no CARTÃO DE RESPOSTAS (NOME, Nº de INSCRIÇÃO e PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MÉDICA), assine no local indicado.
- Este caderno contém **30 questões de múltipla escolha,** com quatro alternativas (**A**, **B**, **C** e **D**), das quais somente uma será a correta.
- O cartão de respostas é o único documento válido para a correção da prova objetiva, sendo de responsabilidade do candidato sua guarda durante a prova, seu preenchimento e sua entrega ao fiscal de sala.
- Preencha o CARTÃO DE RESPOSTAS, com bastante atenção, à caneta esferográfica, azul ou preta, ponta grossa, marcando uma única alternativa em cada questão.
- Verifique, no CARTÃO DE RESPOSTAS, as instruções para preenchimento. Sob nenhuma circunstância, o cartão de respostas será substituído devido a erro, desatenção ou falha no preenchimento por parte do candidato.
- Durante a realização da prova, estão vedados o empréstimo de materiais, a comunicação entre candidatos ou terceiros, a utilização de quaisquer dispositivos, como máquina calculadora e/ou similares, livros, anotações, réguas de cálculo, impressos ou qualquer outro material de consulta.
- A prova objetiva terá duração de até **3 horas**, incluído o tempo para preenchimento do CARTÃO DE RESPOSTAS.
- Após o início da prova, o candidato deverá permanecer na sala pelo **tempo mínimo de 60 minutos**.
- Ao terminar a prova, o candidato devolverá ao fiscal da sala o CARTÃO DE RESPOSTAS.
- O candidato somente poderá levar o caderno de provas **quando estiver faltando 60 minutos para o término do tempo total de duração da prova.** Por razões de segurança, o candidato que sair antes desse horário não poderá copiar as suas respostas.
- Os dois últimos candidatos de cada sala de prova deverão permanecer no recinto, a fim de acompanhar o lacre do material, quando então poderão retirar-se do local após concluído o procedimento.

DIREITOS AUTORAIS RESERVADOS. PROIBIDA A REPRODUÇÃO, AINDA QUE PARCIAL, SEM AUTORIZAÇÃO PRÉVIA.

1. Paciente de 80 anos, com cardiopatia isquêmica e diabetes melito, em uso de AAS, losartana, carvedilol, rosuvastatina e glimepirida contraiu influenza A e ficou 5 dias com baixa ingestão por via oral. Está há 24h com diarreia. Ao exame está lúcido, pálido, afebril, com frequência cardíaca 100bpm, pressão arterial 100/60mmHg deitado e 85/55mmHg em pé, mucosas secas, extremidades aquecidas e pulsos periféricos cheios. Exames na admissão: ureia 90mg/dL, creatinina 1,8mg/dL, glicose 90mg/dL, sódio 134mEq/L, potássio 4mEq/L, CO2 23mEq/L, hematócrito 38% e hemoglobina 13g/dL. Neste primeiro momento, o tratamento mais adequado é:

(A) Soro fisiológico 0,9%.
(B) Soro glicosado com bicarbonato isosmolar.
(C) Albumina sérica.
(D) Soro glicosado com NaCl 20% e KCl 10%.

---

2. Pacientes submetidos à esplenectomia como parte de tratamento de neoplasias ou trauma perdem a capacidade do sistema reticuloendotelial de remover bactérias do organismo e, por isso, apresentam maior predisposição à infecção por determinados germes. Algumas bactérias encapsuladas são as maiores causadoras de sepse em pós-esplenectomizados. Sempre que possível, esses pacientes devem ser orientados a fazer vacina dirigida para essas bactérias. Entre as alternativas abaixo, qual germe NÃO se enquadra no cenário descrito?

(A) *Neisseria meningitidis.*
(B) *Streptococcus pneumoniae*.
(C) *Haemophilus influenzae*.
(D) *Staphylococcus aureus*.

---

3. A respeito das associações entre agentes infecciosos e linfomas, relacione as colunas e assinale a sequência correspondente.

(1) Epstein-Barr vírus.
(2) HTLV-1.
(3) Vírus da Hepatite C.

(A) Linfoma linfoplasmocítico.
(B) Linfoma de Hodgkin.
(C) Linfoma de células T adulto.

(A) 1b, 2c, 3a
(B) 1a, 2b, 3c
(C) 1c, 2a, 3b
(D) 1b, 2a, 3c

4. Mulher de 29 anos foi diagnosticada com retocolite ulcerativa (pancolite) há 4 anos. Foi tratada sequencialmente com mesalazina (falha), azatioprina (intolerância — hepatotoxicidade) e infliximabe em monoterapia por 18 meses (resposta inicial seguida de perda de resposta — níveis de infliximabe < 1µg/mL com anticorpos anti-infliximabe positivos em titulação alta). Iniciou vedolizumabe há 10 semanas (semanas 0, 2 e 6), sem apresentar resposta clínica até o momento. Atual internação: 10 evacuações sanguinolentas/dia, dor abdominal intensa, FC 118bpm, febre 38,8°C e PA 104×68mmHg. Laboratorial: Hb 8,1g/dL; albumina 2,2g/dL; PCR 112mg/L; e leucócitos 17.400/mm³. Radiografia de abdome: cólon dilatado a 7,2cm sem pneumoperitônio. Pesquisa de *C. difficile* negativa. Corticoterapia IV (hidrocortisona 300mg/dia) iniciada há 72 horas, sem apresentar resposta (escore de Oxford no terceiro dia: 3 episódios/dia ainda hemorrágicos + FC 108bpm). Considerando o caso, qual é a melhor conduta?

(A) Iniciar tofacitinibe (inibidor de JAK) oral como terapia de resgate.
(B) Indicar colectomia subtotal de urgência (com ileostomia terminal).
(C) Iniciar ciclosporina intravenosa (2 - 4mg/kg/dia) como terapia de resgate.
(D) Iniciar ciclosporina intravenosa (2 - 4mg/kg/dia) aliada à pulsoterapia com corticoide em dose dobrada como terapia de resgate.

---

5. Homem de 51 anos relata desconforto epigástrico recorrente há quatro meses, associado à plenitude pós-prandial e saciedade precoce, sem relação evidente com tipos específicos de alimentos. Nega perda de peso, disfagia, vômitos persistentes, sangramento digestivo ou anemia. Não faz uso de anti-inflamatórios não esteroidais. O exame físico é inteiramente normal. Qual é a conduta inicial mais apropriada?

(A) Pesquisar e tratar a infecção por *Helicobacter pylori*.
(B) Iniciar inibidor de bomba de prótons empírico, sem investigação adicional, por tempo indeterminado.
(C) Indicar endoscopia digestiva alta e domperidona ou inibidor de bomba de prótons.
(D) Solicitar tomografia computadorizada de abdome como exame inicial de investigação.

---

6. Mulher de 32 anos relata pirose retroesternal e regurgitação há aproximadamente seis meses, com piora ao deitar-se após as refeições. Nega disfagia, odinofagia, perda de peso ou sinais de sangramento digestivo. Já realizou modificações dietéticas e posturais, com melhora apenas parcial dos sintomas. Qual é a conduta inicial mais adequada neste momento?

(A) Indicar o uso de antagonista do receptor H2.
(B) Indicar endoscopia digestiva alta.
(C) Indicar pH-impedanciometria de 24 horas antes do início de qualquer tratamento.
(D) Indicar o uso de inibidor de bomba de prótons por via oral, em jejum, por período definido.

7. Menina de 10 meses tem história de diarreia intermitente e perda de peso nos últimos 45 dias. Pais referem que ela apresenta episódios de irritabilidade e hipertensão arterial nos últimos dias. Ao exame: PA 110×80mmHg, abdome distendido e presença de massa mal delimitada em flanco esquerdo. USG abdominal sugere lesão retroperitoneal de provável origem suprarrenal. Diante do caso descrito, assinale a alternativa que indica o exame mais útil para confirmar a principal hipótese diagnóstica.

(A) Dosagem urinária de catecolaminas (ácido vanilmandélico e ácido homovanílico).
(B) Tomografia de crânio.
(C) Alfafetoproteína (AFP).
(D) Biópsia hepática com agulha grossa.

---

8. Em relação à definição de constipação intestinal na criança e no adolescente, assinale a alternativa INCORRETA.

(A) Eliminação de fezes endurecidas com dor.
(B) Incontinência fecal não retentiva (anteriormente referida como encoprese).
(C) Aumento no intervalo entre as evacuações (menos que três evacuações por semana).
(D) Incontinência fecal involuntária secundária à retenção de fezes (fecaloma).

---

9. Um lactente de 2 meses é encaminhado para avaliação por icterícia persistente desde o período neonatal. A mãe refere urina escura e fezes progressivamente mais claras nas últimas semanas. Os exames laboratoriais demonstram aumento da bilirrubina direta e elevação importante da gama-glutamiltransferase (GGT). A ultrassonografia abdominal evidencia o sinal do cordão triangular. Diante disso, é correto afirmar que esse sinal:

(A) Corresponde a um sinal ultrassonográfico fortemente sugestivo de atresia de vias biliares.
(B) Representa um achado característico da deficiência de alfa-1-antitripsina.
(C) Indica colestase secundária à nutrição parenteral prolongada.
(D) É um achado compatível com síndrome de Alagille, dispensando investigação adicional.

10. Um recém-nascido a termo nasceu após sofrimento fetal agudo e líquido amniótico meconial espesso. Evolui com desconforto respiratório importante, exigindo ventilação mecânica. Apesar do aumento progressivo da FiO_2, a hipoxemia persiste. O médico plantonista sugere elevar ainda mais a oxigenação para corrigir rapidamente a saturação. O neonatologista decide revisar toda a estratégia terapêutica antes de aumentar novamente o oxigênio. Qual é a justificativa mais adequada para essa decisão?

(A) A hiperóxia pode agravar a lesão pulmonar e não corrige necessariamente a fisiopatologia subjacente da hipertensão pulmonar persistente.
(B) O oxigênio é contraindicado na síndrome de aspiração de mecônio.
(C) A hipoxemia observada é esperada e não deve ser tratada.
(D) A correção da hipoxemia depende exclusivamente da administração de surfactante.

---

11. Um paciente de 22 anos é diagnosticado com hepatite viral após investigação de icterícia e elevação de aminotransferases. Durante a discussão do caso, o preceptor ressalta que um dos vírus hepatotrópicos depende da presença de outro vírus para completar seu ciclo infeccioso e que essa associação pode influenciar a evolução clínica da doença. Qual dos vírus abaixo apresenta essa característica?

(A) Vírus da hepatite A (HAV).
(B) Vírus da hepatite C (HCV).
(C) Vírus da hepatite D (HDV).
(D) Vírus da hepatite E (HEV).

---

12. Adolescente de 16 anos apresenta diarreia crônica, distensão abdominal e flatulência após consumo de leite e derivados. O médico suspeita de intolerância à lactose e solicita investigação complementar. Qual dos exames abaixo apresenta maior utilidade para correlacionar a ingestão do açúcar com o aparecimento dos sintomas apresentados e não apenas demonstrar a presença de má digestão do açúcar?

(A) Pesquisa de substâncias redutoras nas fezes.
(B) pH fecal.
(C) Teste do hidrogênio no ar expirado.
(D) Teste genético para intolerância à lactose.

13. Um lactente de 18 meses é avaliado por apresentar diarreia há 4 semanas. A mãe relata que a criança recebeu dois ciclos de antibióticos para otite média nos últimos meses. O exame físico mostra leve desidratação, sem sinais de toxemia. A coprocultura é negativa, mas a pesquisa de *Clostridium difficile* nas fezes resulta positiva. Considerando as recomendações atuais e a fisiopatologia da diarreia crônica associada ao *Clostridium difficile*, qual é a interpretação mais adequada desse resultado?

(A) A presença de *Clostridium difficile* nas fezes confirma infecção ativa e exige tratamento específico em todos os lactentes.
(B) O achado pode representar colonização intestinal, sendo necessária correlação com quadro clínico e fatores predisponentes antes de atribuir os sintomas à bactéria.
(C) A identificação de *Clostridium difficile* exclui outras causas de diarreia crônica, como giardíase ou síndromes pós-enterite.
(D) O uso prévio de antibióticos reduz a probabilidade de doença associada ao *Clostridium difficile*, por diminuir sua colonização intestinal.

---

14. Considerando os "5 Momentos para Higienização das Mãos", qual é a melhor justificativa para essa orientação?

(A) A higienização das mãos sempre está indicada após contato com o paciente e superfícies ou equipamentos localizados em sua área de assistência.
(B) A higienização das mãos está indicada apenas quando ocorre exposição direta a fluidos corporais ou secreções.
(C) A higienização das mãos após contato com áreas próximas ao paciente é recomendada somente quando o paciente se encontra em isolamento.
(D) O contato com equipamentos próximos ao leito não representa risco de transmissão de microrganismos quando não há contato direto com o paciente.

---

15. Um adolescente de 13 anos recebeu diagnóstico de esofagite eosinofílica (EoE) após apresentar disfagia recorrente e infiltração esofágica com mais de 15 eosinófilos por campo de grande aumento nas biópsias. Nesse caso, em relação às recomendações atuais sobre o uso de corticosteroide, qual é a conduta mais apropriada?

(A) Utilizar corticosteroides sistêmicos como tratamento de primeira linha, devido à maior potência anti-inflamatória.
(B) Utilizar corticosteroides tópicos deglutidos, como fluticasona ou budesonida, por apresentarem boa eficácia e melhor perfil de segurança.
(C) Evitar qualquer forma de corticosteroide, pois seu benefício está restrito aos pacientes com estenose esofágica.
(D) Utilizar preferencialmente corticosteroides em aerossol inalatório, pois apresentam maior eficácia do que formulações viscosas ou deglutidas.

16. Menino de 15 meses com queixa de irritabilidade, palidez e emagrecimento há 2 meses. Apresenta lesões azuladas periorbitárias e hepatomegalia. Ao exame: PA normal, FC 120bpm, sem febre. Ultrassonografia abdominal revela massa suprarrenal direita. Exames laboratoriais mostram aumento de catecolaminas urinárias. Considerando o caso descrito, qual é o diagnóstico mais provável?

(A) Linfoma de Burkitt.
(B) Tumor de Wilms.
(C) Neuroblastoma metastático.
(D) Hepatoblastoma com metástase.

---

17. Em relação à doença do refluxo gastroesofágico (DRGE) na criança, analise as afirmativas abaixo e assinale a alternativa correta.

I. O diagnóstico de DRGE é basicamente clínico.
II. Considera-se que a maioria dos episódios de refluxo em lactentes é não ácida ou fracamente ácida.
III. Em alguns pacientes pediátricos, a DRGE pode ser crônica, com risco de desenvolver sequelas mais graves, como esôfago de Barrett e adenocarcinoma de esôfago.

(A) Apenas as afirmativas I e II estão corretas.
(B) Apenas as afirmativas I e III estão corretas.
(C) Apenas as afirmativas II e III estão corretas.
(D) Todas as afirmativas estão corretas.

---

18. São sinais de gravidade da insuficiência respiratória:

I. Presença de exaustão.
II. Tosse contínua.
III. Palidez.
IV. Alteração de consciência.

(A) Apenas as afirmativas I, II e III estão corretas.
(B) Apenas as afirmativas I, II e IV estão corretas.
(C) Apenas as afirmativas I, III e IV estão corretas.
(D) Apenas as afirmativas II, III e IV estão corretas.

---

19. Criança de três meses apresenta, nas últimas 48 horas, um aumento da demanda de leite materno. A mãe, preocupada com a necessidade de diminuir o intervalo entre as mamadas e aumentar o tempo durante a amamentação, liga para o médico em busca de orientações sobre como proceder. Qual das orientações abaixo é a mais adequada para esse caso?

(A) Orientar a mãe a aumentar sua ingestão de líquidos (água) e prescrever metoclopramida para auxiliar no aumento da produção de leite.
(B) Iniciar a introdução de frutas para melhorar a saciedade e o aporte calórico da criança, juntamente com a manutenção do aleitamento materno.
(C) Complementar o aleitamento materno com fórmula láctea de partida para garantir um adequado aporte calórico e atendimento às necessidades da criança.
(D) Tranquilizar a mãe e observar o peso e comportamento da criança, pois pode tratar-se de um período de aceleração do crescimento, que se manifesta por um aumento da demanda de leite.

20. Menino de 2 anos, previamente hígido, é levado ao pronto atendimento por dor abdominal leve e em cólica há 24 horas, associada a fezes amolecidas com sangue vivo. A mãe relata que o episódio começou subitamente, sem febre, e que a criança apresenta palidez e prostração. Ao exame físico: PA 95/60mmHg, FC 112bpm e abdome levemente distendido e pouco doloroso difusamente à palpação, sem sinais de irritação peritoneal. Toque retal: presença de sangue vivo. Considerando o quadro apresentado, qual é o diagnóstico mais provável?

(A) Invaginação intestinal.
(B) Doença inflamatória intestinal.
(C) Divertículo de Meckel.
(D) Apendicite aguda atípica.

---

21. Um menino de 6 anos de idade apresenta púrpura palpável em membros inferiores, dor abdominal tipo cólica e artralgia de tornozelos. O diagnóstico clínico é de vasculite por IgA (púrpura de Henoch-Schönlein). Considerando a fisiopatologia, qual é o mecanismo imunopatológico central responsável pelas lesões vasculares observadas?

(A) Deposição de imunocomplexos contendo predominantemente IgA1 com glicosilação aberrante na parede de pequenos vasos.
(B) Produção de autoanticorpos anticitoplasma de neutrófilos (ANCA) que ativam a via alternativa do complemento.
(C) Infiltração direta de linfócitos T citotóxicos na túnica média de artérias de médio calibre, causando aneurismas.
(D) Deficiência congênita de proteínas reguladoras da coagulação, levando à microtrombose difusa sem componente inflamatório.

---

22. Uma criança de 6 anos com diagnóstico de asma apresenta exacerbação leve caracterizada por tosse, sibilos ocasionais e pequena limitação para brincar. Não apresenta sinais de gravidade nem necessidade de internação. Considerando a estratégia preferencial de alívio recomendada pelo GINA 2026, assinale a alternativa correta.

(A) O tratamento de alívio deve priorizar estratégias que ofereçam também ação anti-inflamatória.
(B) O tratamento ideal da crise consiste em utilizar broncodilatador de curta ação isoladamente.
(C) Corticosteroides inalatórios devem ser reservados apenas para pacientes com internações prévias.
(D) O principal objetivo do tratamento é melhorar sintomas.

23. Um recém-nascido de 25 dias foi encaminhado ao ambulatório especializado após triagem neonatal sugestiva de fibrose cística. Apresenta esteatorreia, ganho ponderal insatisfatório e elastase fecal compatível com insuficiência pancreática exócrina. Durante a discussão do caso, pela idade do paciente, um médico sugere aguardar a confirmação diagnóstica definitiva da fibrose cística antes de iniciar a terapia de reposição enzimática (TRE), enquanto outro defende seu início imediato. Considerando as recomendações da Sociedade Brasileira de Pediatria, qual é a melhor conduta?

(A) Aguardar a confirmação diagnóstica definitiva, pois a TRE pode interferir nos resultados dos testes diagnósticos para fibrose cística.
(B) Iniciar a TRE apenas após o início da alimentação complementar, quando a digestão de gorduras se torna mais complexa.
(C) Iniciar a TRE somente se houver perda ponderal superior a 10% do peso corporal.
(D) Iniciar a TRE imediatamente diante da evidência de insuficiência pancreática, mesmo antes da confirmação definitiva da fibrose cística.

---

24. Uma criança de 5 anos é atendida no pronto-socorro com febre há 48 horas, tosse, taquipneia e infiltrado pulmonar à radiografia de tórax, sendo diagnosticada com pneumonia adquirida na comunidade (PAC). O calendário vacinal está atualizado. Durante a investigação, a procalcitonina (PCT) sérica resulta em 0,08ng/mL. Considerando as evidências atuais sobre o uso da procalcitonina na PAC pediátrica, é correto afirmar que esse resultado:

(A) Reduz significativamente a probabilidade de pneumonia bacteriana, porque valores de PCT < 0,1ng/mL apresentam elevado valor preditivo negativo.
(B) Indica elevada probabilidade de etiologia viral, pois o alto valor preditivo negativo implica simultaneamente baixo valor preditivo positivo para pneumonia bacteriana.
(C) Torna desnecessária a avaliação radiológica e epidemiológica, pois o alto valor preditivo negativo da PCT supera o desempenho diagnóstico desses métodos.
(D) Praticamente exclui pneumonia bacteriana grave, mas não modifica a probabilidade de pneumonia bacteriana de menor gravidade.

25. Uma criança de 6 anos, previamente hígida, está internada por pneumonia adquirida na comunidade, complicada por derrame pleural parapneumônico loculado. Após drenagem torácica, a equipe discute as opções terapêuticas para acelerar a resolução do quadro. O cirurgião pediátrico sugere videotoracoscopia (VATS), enquanto o intensivista propõe drenagem associada à fibrinólise intrapleural. Com base nas evidências atuais, qual é a intervenção mais adequada para orientar a decisão terapêutica?

(A) A VATS deve ser sempre a primeira escolha, pois apresenta taxas de sucesso superiores às da fibrinólise em todos os estudos comparativos.
(B) A fibrinólise deve ser sempre preferida porque apresenta menor invasividade e resultados clínicos superiores à VATS.
(C) Tanto a VATS quanto a fibrinólise representam opções efetivas, devendo a escolha considerar experiência da equipe e a disponibilidade local.
(D) A presença de loculações pleurais contraindica o uso de fibrinolíticos, tornando a VATS a única alternativa terapêutica recomendada.

---

26. Um menino de 10 anos, previamente saudável, foi submetido à amputação transfemoral direita após acidente automobilístico ocorrido há 8 meses. Durante consulta de seguimento, apresenta peso medido de 36kg e estatura adequada para a idade. O interno calcula o IMC utilizando diretamente o peso aferido e conclui que o paciente apresenta eutrofia. O preceptor questiona essa conduta e solicita nova análise. Qual é a principal justificativa para essa intervenção?

(A) O peso aferido após amputação tende a superestimar o estado nutricional, exigindo correção antes da interpretação antropométrica.
(B) O peso aferido após amputação tende a subestimar o peso corporal de referência, devendo ser corrigido para estimar o peso não amputado antes da classificação nutricional.
(C) O índice de massa corporal não pode ser utilizado em pacientes amputados, independentemente da extensão da amputação.
(D) A avaliação nutricional de pacientes amputados deve basear-se exclusivamente na estatura, pois o peso perde validade clínica.

27. Paciente de 10 anos de idade é trazido por sua mãe à consulta de rotina com pediatra. A mãe conta ao pediatra que o paciente concluiu a avaliação psiquiátrica e foi diagnosticado com transtorno de hiperatividade e déficit de atenção. Ela pergunta ao pediatra por que o paciente tem esse transtorno, querendo entender quais são os fatores de risco para esse diagnóstico. Sobre isso, assinale a alternativa correta.

(A) A herdabilidade desse transtorno é extremamente baixa, pois poucos estudos encontraram associação familiar relacionada a ele.
(B) Existem alguns fatores de risco, tais como baixo peso ao nascer e prematuridade, que podem contribuir para a etiologia desse transtorno.
(C) O tabagismo materno oferece uma proteção para o desenvolvimento desse transtorno.
(D) Esse transtorno se caracteriza por uma falha na maturidade cerebral e é pouco provável que os sintomas de hiperatividade regridam com o desenvolvimento.

---

28. Um lactente de 4 meses apresenta diarreia crônica, baixo ganho ponderal e dermatite atópica extensa. Após investigação, foi diagnosticado com alergia à proteína do leite de vaca (APLV) associada a comprometimento importante do trato gastrintestinal. A mãe interrompeu o aleitamento materno por complicações clínicas próprias e necessita escolher uma alternativa alimentar. Dentre as seguintes propostas nutricionais, qual é a mais adequada para esse caso:

(A) Fórmula extensamente hidrolisada, por apresentar proteínas com reduzida antigenicidade e indicação para lactentes com APLV e comprometimento gastrointestinal.
(B) Fórmula à base de proteína isolada de soja, pois apresenta perfil proteico adequado e menor custo.
(C) Fórmula parcialmente hidrolisada, pois a hidrólise parcial reduz suficientemente a antigenicidade da proteína do leite.
(D) Composto lácteo enriquecido com vitaminas e minerais, pois fornece aporte nutricional semelhante ao das fórmulas infantis.

29. Sobre a conduta frente à presença de líquido amniótico meconial durante o atendimento ao RN em sala de parto, assinale a alternativa INCORRETA.

(A) A aspiração de orofaringe e nasofaringe ao desprendimento do polo cefálico do concepto não deve ser realizada.
(B) Se o RN é de termo, está respirando ou chorando e com tônus muscular em flexão, ele apresenta boa vitalidade e deve continuar junto de sua mãe depois do clampeamento do cordão.
(C) Se o RN for pré-termo tardio ou pós-termo, não iniciou movimentos respiratórios regulares ou apresenta tônus muscular flácido, é necessário levá-lo à mesa de reanimação e realizar os passos iniciais, sendo prudente incluir a aspiração de vias aéreas superiores.
(D) No RN levado à mesa de reanimação para os passos iniciais e que apresenta apneia, respiração irregular e/ou FC<100bpm, é fundamental a realização da laringoscopia direta imediata com aspiração traqueal.

---

30. Um recém-nascido com 38 semanas de idade gestacional, parto vaginal sem intercorrências, apresenta, ao exame físico realizado com 24 horas de vida, uma tumoração de consistência amolecida no couro cabeludo. A lesão ultrapassa as linhas de sutura cranianas e surgiu logo após o nascimento. O lactente encontra-se ativo, com exame neurológico normal. Sobre esse achado e sua interpretação, é correto afirmar que:

(A) Trata-se provavelmente de cefalohematoma, cuja principal característica é ultrapassar as linhas de sutura.
(B) Trata-se provavelmente de bossa serossanguínea (*caput succedaneum*), relacionada ao trauma do parto e com tendência à reabsorção rápida.
(C) Sugere hidrocefalia neonatal e deve motivar investigação imediata por neuroimagem.
(D) Abaulamento pode ser compatível com meningite neonatal, sendo necessária punção lombar.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE (UFCSPA)
SANTA CASA DE PORTO ALEGRE

PROCESSO SELETIVO PARA RESIDÊNCIA MÉDICA — ANO 2027

RESIDÊNCIA MÉDICA COM PRÉ-REQUISITO EM GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA - UFCSPA/SANTA CASA

(GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA - R4 | MEDICINA FETAL)

ESPECIALIZAÇÃO MÉDICA SANTA CASA DE PORTO ALEGRE (ONCOGINECOLOGIA)

Nome:_____

Nº de Inscrição: | | | | | | |

Instruções

- Confira o material recebido (CADERNO DE QUESTÕES e CARTÃO DE RESPOSTAS); se houver falha, solicite a substituição ao fiscal da sala.
- Após conferir seus dados no CARTÃO DE RESPOSTAS (NOME, Nº de INSCRIÇÃO e PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MÉDICA), assine no local indicado.
- Este caderno contém **30 questões de múltipla escolha,** com quatro alternativas (**A**, **B**, **C** e **D**), das quais somente uma será a correta.
- O cartão de respostas é o único documento válido para a correção da prova objetiva, sendo de responsabilidade do candidato sua guarda durante a prova, seu preenchimento e sua entrega ao fiscal de sala.
- Preencha o CARTÃO DE RESPOSTAS, com bastante atenção, à caneta esferográfica, azul ou preta, ponta grossa, marcando uma única alternativa em cada questão.
- Verifique, no CARTÃO DE RESPOSTAS, as instruções para preenchimento. Sob nenhuma circunstância, o cartão de respostas será substituído devido a erro, desatenção ou falha no preenchimento por parte do candidato.
- Durante a realização da prova, estão vedados o empréstimo de materiais, a comunicação entre candidatos ou terceiros, a utilização de quaisquer dispositivos, como máquina calculadora e/ou similares, livros, anotações, réguas de cálculo, impressos ou qualquer outro material de consulta.
- A prova objetiva terá duração de até **3 horas**, incluído o tempo para preenchimento do CARTÃO DE RESPOSTAS.
- Após o início da prova, o candidato deverá permanecer na sala pelo **tempo mínimo de 60 minutos**.
- Ao terminar a prova, o candidato devolverá ao fiscal da sala o CARTÃO DE RESPOSTAS.
- O candidato somente poderá levar o caderno de provas **quando estiver faltando 60 minutos para o término do tempo total de duração da prova.** Por razões de segurança, o candidato que sair antes desse horário não poderá copiar as suas respostas.
- Os dois últimos candidatos de cada sala de prova deverão permanecer no recinto, a fim de acompanhar o lacre do material, quando então poderão retirar-se do local após concluído o procedimento.

DIREITOS AUTORAIS RESERVADOS. PROIBIDA A REPRODUÇÃO, AINDA QUE PARCIAL, SEM AUTORIZAÇÃO PRÉVIA.

1. Gestante de 24 anos, com 22 semanas de gestação, relata que há cerca de 3 meses apresentou lesão genital única, que desapareceu espontaneamente sem tratamento. Atualmente, apresenta lesões maculares e papulosas disseminadas pelo corpo, associadas a poliadenomegalia. Nega tratamento prévio para sífilis. Durante a investigação, realiza teste treponêmico rápido reagente, porém o VDRL inicial é não reagente. Considerando a apresentação clínica e os métodos diagnósticos da sífilis, assinale a alternativa correta.

(A) O VDRL não reagente exclui sífilis ativa, e o teste treponêmico reagente deve ser interpretado como provável cicatriz sorológica.
(B) A presença de exantema indica sífilis latente, fase na qual manifestações clínicas cutâneas são características e os testes treponêmicos frequentemente se tornam negativos.
(C) Diante da discordância entre o teste treponêmico e o VDRL, a confirmação diagnóstica exige obrigatoriamente bacterioscopia em campo escuro, independentemente da existência de lesão adequada para coleta.
(D) O quadro clínico é compatível com sífilis secundária, e o VDRL não reagente pode decorrer do efeito prozona; a diluição do soro pode revelar títulos elevados.

---

2. Durante a discussão de exames ultrassonográficos em um serviço de medicina fetal, foram propostas as interpretações abaixo. Considere que as idades gestacionais estão corretamente estabelecidas e que as medidas foram obtidas com técnica adequada, exceto quando indicado. Diante disso, analise as afirmativas e assinale a alternativa correta.

I. Em uma gestante normotensa, com 23 semanas e biometria fetal adequada, a persistência de incisuras bilaterais e a elevação dos índices de resistência das artérias uterinas justificam acompanhamento seriado do crescimento fetal e avaliação da circulação umbilical, mesmo sem restrição de crescimento identificada naquele exame.
II. Em um feto com restrição de crescimento identificada com 35 semanas de gestação, o índice de pulsatilidade normal da artéria umbilical pode coexistir com redistribuição circulatória. Nesse contexto, a avaliação da artéria cerebral média acrescenta informações que não podem ser deduzidas apenas do resultado umbilical.
III. Em uma gestação de 28 semanas com aloimunização e risco de anemia fetal, sem transfusão intrauterina prévia, o pico de velocidade sistólica da artéria cerebral média persistentemente em 1,62 múltiplo da mediana deve ser interpretado como redistribuição por hipoxemia, e não suspeita de anemia, quando o índice de pulsatilidade desse vaso permanece normal.
IV. Em um feto de 29 semanas com suspeita de insuficiência placentária, a ausência de fluxo diastólico na artéria umbilical registrada com filtro de parede elevado torna o diagnóstico de diástole zero mais confiável, pois a supressão dos sinais de baixa velocidade permite distinguir melhor a ausência verdadeira de fluxo dos artefatos.

(A) Apenas as afirmativas I e II estão corretas.
(B) Apenas as afirmativas I e III estão corretas.
(C) Apenas as afirmativas II e IV estão corretas.
(D) Apenas as afirmativas III e IV estão corretas.

3. Sobre os tipos de tratamento cirúrgico da gestação ectópica tubária e suas indicações, assinale a alternativa correta.

(A) A recorrência de gestação ectópica na mesma tuba e a lesão tubária irreparável constituem indicações de salpingectomia; o desejo de gestação futura, isoladamente, não determina a escolha da cirurgia conservadora.
(B) Na salpingectomia por gestação ampular, recomenda-se associar a ressecção em cunha da porção intramural da tuba, com a finalidade de prevenir nova implantação no coto tubário.
(C) Na paciente com desejo reprodutivo e tuba contralateral saudável, a salpingostomia deve ser preferida à salpingectomia por proporcionar maior fertilidade futura, demonstrada nos estudos comparativos.
(D) A salpingostomia é uma opção para gestação tubária pequena e íntegra, com interesse em preservar a fertilidade; após a retirada aparentemente completa do tecido gestacional, o acompanhamento seriado da β-hCG fica reservado às pacientes com sintomas persistentes.

---

4. Gestante de 37 anos, G4C3, com 32 semanas e 2 dias, está sem sangramento, sem contrações e hemodinamicamente estável. A avaliação fetal é satisfatória. A ultrassonografia demonstra placenta prévia anterior recobrindo o orifício interno do colo, com implantação sobre a região da cicatriz uterina. Observam-se múltiplas lacunas irregulares com fluxo turbulento, perda focal da zona hipoecoica retroplacentária e vasos em ponte na interface uterovesical. Não há protrusão evidente de tecido placentário para o interior da bexiga. Uma ressonância magnética realizada em outro serviço descreve placenta prévia, sem sinais conclusivos de invasão miometrial ou vesical. A paciente não deseja novas gestações e, após aconselhamento, aceita a possibilidade de histerectomia. Considerando os critérios diagnósticos e o planejamento terapêutico, assinale a alternativa correta.

(A) A ausência de invasão miometrial na ressonância permite atribuir as alterações ultrassonográficas à cicatriz uterina. Deve-se planejar a cesariana para placenta prévia, com dequitação habitual e histerectomia reservada à hemorragia não controlada.
(B) A presença de vasos em ponte estabelece placenta percreta com invasão vesical, mesmo sem protrusão placentária. Deve-se programar cesárea-histerectomia associada à ressecção parcial da bexiga, tomando esse achado como definidor da extensão cirúrgica.
(C) O conjunto clínico e ultrassonográfico mantém elevada suspeita de acretismo, apesar da ressonância não conclusiva. Deve-se revisar os exames e planejar o parto em centro especializado; se adotada cesárea-histerectomia, a incisão uterina deve evitar a placenta, que será mantida *in situ*, sem tentativa de desprendimento.
(D) A discordância entre os exames exige verificar intraoperatoriamente o plano de clivagem antes de decidir pela histerectomia. Deve-se programar a cesariana em centro especializado e, após a extração fetal, tentar descolamento manual cuidadoso, prosseguindo à histerectomia se houver resistência.

5. Gestante de 28 anos, primigesta, com diabetes mellitus tipo 1 diagnosticado na adolescência, comparece ao pré-natal com 20 semanas. Nas primeiras semanas, apresentava glicemias frequentemente elevadas e hemoglobina glicada de 9,4%, medida com 7 semanas. Após ajuste do esquema de insulina NPH e regular, passou a apresentar melhora do controle glicêmico, com hemoglobina glicada de 6,1% na avaliação atual. Nega uso de álcool, tabaco ou outros medicamentos. Não há consanguinidade nem antecedentes familiares conhecidos de malformações. A ultrassonografia de primeiro trimestre não identificou alterações morfológicas evidentes. Ao avaliar os fatores de risco para malformações fetais, qual é a interpretação correta?

(A) A hemoglobina glicada atual de 6,1% permite considerar o risco de malformações equivalente ao da população geral, pois o controle metabólico obtido no segundo trimestre substitui a avaliação da exposição inicial.
(B) O uso de insulina NPH e regular durante o primeiro trimestre constitui o principal fator de risco teratogênico identificado, enquanto a hiperglicemia materna se relaciona predominantemente ao crescimento fetal.
(C) A hiperglicemia no período periconcepcional e durante a organogênese constitui fator de risco relevante para malformações, incluindo as cardíacas e as do sistema nervoso central, mesmo com melhora posterior do controle glicêmico.
(D) A idade materna inferior a 35 anos, a ausência de antecedentes familiares e a ultrassonografia inicial sem alterações permitem classificar a gestação como de baixo risco para malformações estruturais.

---

6. Primigesta de 31 anos, com 30 semanas e 5 dias, previamente normotensa, apresenta pressão arterial de 148 × 96mmHg e 146 × 94mmHg em medidas realizadas com técnica adequada, separadas por quatro horas. Nega cefaleia, alterações visuais, dor epigástrica e dispneia. A investigação demonstra relação proteína/creatinina urinária de 0,18mg/mg, plaquetas de 196.000/mm³, creatinina de 0,7mg/dL e transaminases normais. A ultrassonografia mostra crescimento fetal adequado, líquido amniótico normal e Doppler umbilical sem alterações. Diante da suspeita clínica de pré-eclâmpsia ainda não confirmada pelos exames habituais, solicita-se a razão sFlt-1/PlGF (tirosina quinase 1 solúvel semelhante a fms/Fator de Crescimento Placentário), cujo resultado é 96. Qual é a conduta mais adequada diante desse resultado?

(A) Programar o parto para os próximos 14 dias, após corticoterapia, pois a razão elevada constitui indicação de interrupção da gestação mesmo sem deterioração materna ou fetal.
(B) Manter acompanhamento como hipertensão gestacional, sem intensificar a investigação, pois a ausência de proteinúria impede considerar pré-eclâmpsia.
(C) Considerar o resultado pouco relevante para o manejo, pois razões inferiores a 110 indicam baixa probabilidade de pré-eclâmpsia, independentemente da idade gestacional.
(D) Considerar a pré-eclâmpsia fortemente suspeita e intensificar a vigilância clínica, laboratorial e fetal, sem indicar antecipação do parto exclusivamente pelo biomarcador.

7. Gestante de 30 anos, G2P1, com 33 semanas e 4 dias, procura atendimento por mal-estar, náuseas e dor persistente em epigástrio e hipocôndrio direito, iniciados há oito horas. O pré-natal transcorria sem intercorrências. Está consciente, afebril, sem prurido e sem manifestações neurológicas. A pressão arterial é de 128 × 82mmHg, mantendo-se abaixo de 140 × 90mmHg nas medidas subsequentes. A avaliação fetal é satisfatória. Os exames demonstram:

- Hemoglobina: 9,6g/dL, anteriormente 11,5g/dL;
- Plaquetas: 84.000/mm³;
- Desidrogenase láctica: 920U/L;
- Bilirrubina total: 2,0mg/dL, com predomínio da fração indireta;
- Esfregaço periférico: presença de esquizócitos;
- AST/TGO: 168U/L;
- ALT/TGP: 142U/L;
- Creatinina: 0,8mg/dL;
- Glicemia: 91mg/dL;
- Tempo de protrombina e tempo de tromboplastina parcial ativada normais;
- Relação proteína/creatinina urinária: 0,12mg/mg.

Qual é o diagnóstico mais provável?

(A) Esteatose hepática aguda da gestação.
(B) Síndrome HELLP completa.
(C) Trombocitopenia gestacional associada a alteração inespecífica das transaminases.
(D) Síndrome HELLP parcial, pois não há hipertensão nem proteinúria significativa.

---

8. Gestante de 29 anos, G2P1, com um parto anterior a termo, comparece com 21 semanas e 3 dias por sensação de pressão vaginal e aumento de secreção mucoide. Nega dor, contrações, sangramento ou perda de líquido pela via vaginal. Não possui antecedentes de cirurgia cervical ou cerclagem. Está afebril, com sinais vitais normais, sem dor à palpação uterina e sem dinâmica uterina durante a observação. Ao exame especular, observa-se dilatação cervical de aproximadamente 2cm, com membranas ovulares íntegras abaulando-se pelo canal cervical e visíveis no orifício externo. A ultrassonografia confirma gestação única, feto vivo sem malformações maiores identificadas, líquido amniótico normal e colo acentuadamente encurtado. A avaliação não evidencia rotura de membranas nem sinais de infecção intra-amniótica. Qual é o diagnóstico mais provável e a conduta mais adequada?

(A) Insuficiência cervical aguda; indicar cerclagem transvaginal de emergência, após excluir contraindicações e discutir os riscos do procedimento.
(B) Trabalho de parto prematuro; instituir tocólise como tratamento principal e aguardar regressão da dilatação antes de considerar intervenção cervical.
(C) Colo curto isolado; utilizar progesterona vaginal e acompanhamento ultrassonográfico, pois a ausência de perdas gestacionais anteriores afasta insuficiência cervical.
(D) Insuficiência cervical aguda; indicar cerclagem transabdominal como primeira escolha, pois a exposição das membranas impede a abordagem vaginal.

9. Sobre o câncer de mama associado à gestação e suas implicações materno-fetais, analise as afirmativas e assinale a alternativa correta.

I. O adiamento da maternidade para idades mais avançadas contribui para o aumento da ocorrência de câncer de mama associado à gestação. As alterações fisiológicas das mamas nesse período podem dificultar a identificação de lesões e favorecer o diagnóstico em estágios mais avançados.
II. Após confirmação histológica de câncer de mama durante a gravidez, a interrupção da gestação integra o tratamento oncológico de rotina, pois a redução dos níveis hormonais maternos melhora a sobrevida, independentemente do estadiamento tumoral.
III. O risco fetal da quimioterapia depende do medicamento e da idade gestacional. Esquemas baseados em antraciclinas podem ser empregados, quando indicados, no segundo e no terceiro trimestres, enquanto o tamoxifeno deve ser evitado durante a gestação.
IV. Nas gestantes com câncer de mama não metastático, a cesariana é preferível ao parto vaginal, pois reduz o risco de disseminação tumoral materna durante o trabalho de parto.

(A) Apenas as afirmativas I e II estão corretas.
(B) Apenas as afirmativas II e IV estão corretas.
(C) Apenas as afirmativas I e III estão corretas.
(D) Apenas as afirmativas III e IV estão corretas.

---

10. Sobre os fatores de risco, o diagnóstico e a conduta na oligodramnia, analise as afirmativas e assinale a alternativa correta.

I. A insuficiência placentária associada às doenças hipertensivas e o uso de medicamentos que inibem a síntese de prostaglandinas são possíveis causas de oligodramnia, mesmo na presença de membranas amnióticas íntegras.
II. Uma gestante com maior bolsão vertical de 1,7cm, livre de cordão e partes fetais, e índice de líquido amniótico de 6,2cm não apresenta critérios ultrassonográficos para oligodramnia, pois o diagnóstico exige que ambos os métodos estejam alterados simultaneamente.
III. O aumento do volume de líquido amniótico após hidratação materna permite excluir insuficiência placentária como causa da oligodramnia e dispensar a vigilância da vitalidade fetal.
IV. Em uma gestante com 32 semanas, membranas íntegras, oligodramnia isolada, crescimento fetal adequado e avaliação da vitalidade fetal normal, o achado não determina, por si só, cesariana imediata. A conduta deve considerar a investigação etiológica, a idade gestacional e a evolução da avaliação fetal.

(A) Apenas as afirmativas I e II estão corretas.
(B) Apenas as afirmativas I e IV estão corretas.
(C) Apenas as afirmativas II e III estão corretas.
(D) Apenas as afirmativas III e IV estão corretas.

11. Considerando a aplicação do fórcipe em apresentação cefálica de vértice, estando preenchidos os pré-requisitos para o parto vaginal operatório, sobre a técnica de utilização, assinale a alternativa correta.

(A) Após verificar a pega, a tração deve acompanhar as contrações uterinas e seguir o eixo do canal de parto, adequando sua direção à curvatura pélvica.
(B) Na aplicação do fórcipe de Simpson, as rotações devem ser realizadas pelo giro dos cabos em "chave de fechadura", mantendo pequeno o deslocamento das colheres.
(C) Quando os ramos apresentam dificuldade de articulação, deve-se comprimir os cabos até completar o encaixe, pois essa resistência assegura a preensão adequada da cabeça fetal.
(D) A tração deve ser mantida nos intervalos entre as contrações uterinas, para preservar a descida obtida e evitar que a apresentação retorne à posição anterior.

---

12. Gestante de 36 anos, G3P2, com 39 semanas, encontra-se em trabalho de parto espontâneo. O pré-natal transcorreu sem intercorrências. Durante o período expulsivo, apresenta subitamente falta de ar, intensa inquietação e cianose, seguidas de rebaixamento do nível de consciência. A pressão arterial é 65/35mmHg, a frequência cardíaca 138bpm, e a saturação periférica de oxigênio 76%. Até esse momento, não havia sangramento vaginal significativo. A equipe inicia medidas de suporte, e o nascimento ocorre poucos minutos depois. Após a dequitação, observa-se sangramento vaginal persistente e sangramento nos locais de punção venosa. Os exames mostram plaquetas de 58.000/mm³, fibrinogênio de 85mg/dL e prolongamento dos tempos de protrombina e de tromboplastina parcial ativada. A paciente estava afebril e não havia recebido anestésicos ou novos medicamentos antes do início dos sintomas. Qual é o diagnóstico mais provável?

(A) Tromboembolismo pulmonar agudo.
(B) Embolia por líquido amniótico.
(C) Choque hemorrágico primário por atonia uterina.
(D) Choque séptico por infecção intra-amniótica.

13. Sobre a avaliação ultrassonográfica e os rastreamentos realizados entre 11 semanas e 13 semanas e 6 dias de gestação, analise as afirmativas e assinale a alternativa correta.

I. Além da avaliação da vitalidade e da biometria fetal, o exame permite estudar a anatomia e identificar algumas malformações maiores. Nas gestações gemelares, a determinação da corionicidade é relevante para o planejamento do acompanhamento.
II. O rastreamento combinado para aneuploidias utiliza a idade materna, a medida da translucência nucal e as concentrações séricas de PAPP-A (proteína plasmática A associada à gravidez) e β-hCG livre para estimar o risco de alterações cromossômicas.
III. A translucência nucal aumentada, quando acompanhada de ausência do osso nasal, estabelece o diagnóstico de trissomia 21, dispensando investigação genética confirmatória.
IV. O rastreamento combinado de pré-eclâmpsia pode integrar características maternas, pressão arterial média, índice de pulsatilidade das artérias uterinas e concentração sérica de PlGF, constituindo uma estimativa de risco de desenvolvimento da doença.

(A) Apenas as afirmativas I, II e IV estão corretas.
(B) Apenas as afirmativas I, II e III estão corretas.
(C) Apenas as afirmativas I, III e IV estão corretas.
(D) Apenas as afirmativas II, III e IV estão corretas.

---

14. Sobre as indicações e a técnica operatória da cesariana, analise as afirmativas e assinale a alternativa correta.

I. A placenta prévia que recobre todo o orifício interno do colo uterino, persistente no final da gestação, constitui indicação de cesariana.
II. Na cesariana, a antibioticoprofilaxia deve ser administrada somente após o clampeamento do cordão umbilical, pois sua utilização antes da incisão cutânea aumenta o risco de infecção neonatal.
III. A extração manual rotineira da placenta é preferível à sua remoção por tração controlada do cordão, por reduzir a perda sanguínea e a incidência de endometrite pós-operatória.
IV. O fechamento dos peritônios visceral e parietal pode ser omitido. Essa opção não dispensa a revisão cuidadosa da hemostasia antes do fechamento abdominal.

(A) Apenas as afirmativas I e II estão corretas.
(B) Apenas as afirmativas II e III estão corretas.
(C) Apenas as afirmativas I e IV estão corretas.
(D) Apenas as afirmativas III e IV estão corretas.

15. Sobre o uso de clonazepam na gravidez, é correto afirmar que:

(A) Em relação a malformações fetais, os benzodiazepínicos têm se mostrado mais seguros do que previamente se imaginava.
(B) Os riscos de hipotermia, hipotonia, apneia, dificuldade de sucção e Apgar baixo são praticamente nulos nas semanas gestacionais próximas ao parto.
(C) Recém-nascidos de mães usuárias crônicas não apresentam riscos aumentados na admissão para unidades de cuidados intensivos.
(D) A única contraindicação absoluta para o seu uso na gestação é no início do tratamento de crises de pânico, já que é um tipo de droga de alta potência e meia-vida mais curta, como o alprazolam e lorazepam.

---

16. Mulher de 29 anos, com ciclos ovulatórios regulares, realiza biópsia endometrial sete dias após a ovulação. O exame demonstra glândulas tortuosas, acúmulo intracelular de glicogênio e glicoproteínas e arteríolas espiraladas mais enrodilhadas. Qual mecanismo hormonal explica diretamente essas alterações?

(A) Ação da hCG, promovendo diretamente a diferenciação das células endometriais.
(B) Ação da progesterona sobre o endométrio previamente sensibilizado pelo estradiol.
(C) Ação do estradiol, intensificando a proliferação glandular e estromal.
(D) Ação do FSH, estimulando diretamente os receptores das glândulas endometriais.

---

17. Mulher, 71 anos, tabagista ativa há 50 anos, menopausa aos 52 anos, vem à consulta para avaliação de saúde. Nega terapia de reposição hormonal e não apresenta doenças conhecidas. Foi realizada densitometria óssea, descrita na tabela abaixo. Paciente refere boa ingesta de leite e derivados e relata que a mãe tinha osteoporose e teve fratura de fêmur por queda da própria altura. Nega histórico de fraturas prévias.

sítio	densidade mineral óssea (g/cm²)	t score	z score
L1-L4	0,635	-3,2	-2,9
Colo do fêmur	0,758	-2,6	-2,1
Fêmur total	0,790	-2,3	-1,9

Em relação ao caso acima, assinale a alternativa correta.

(A) Nesse caso, devemos analisar o z score, pois queremos comparar a densidade mineral óssea da paciente com as de mulheres da mesma idade.
(B) Sexo, idade, tabagismo e mãe com fratura por fragilidade são os fatores de risco dessa paciente para o desenvolvimento de osteoporose.
(C) A paciente apresenta osteoporose leve, evidenciada pelos valores de t score apresentados, e o tratamento deve ser feito somente com suplementação de cálcio e colecalciferol.
(D) A ausência de fraturas por insuficiência, mesmo em vigência de uma densitometria com osteoporose, permite-nos postergar o tratamento com bisfosfonatos, já que este tem como principal objetivo evitar fraturas.

18. Considerando o sangramento uterino anormal (SUA), avalie se as afirmativas são verdadeiras (V) ou falsas (F) e assinale a sequência correspondente.

( ) É uma condição ginecológica frequente, e a idade da mulher influencia diretamente na orientação das hipóteses diagnósticas.
( ) Na adolescência, a imaturidade do eixo hipotálamo-hipófise é considerada causa apenas no primeiro ano pós-menarca.
( ) Na classificação PALM-COEIN aceita pela FIGO desde 2011, os componentes PALM são entidades estruturais que podem ser vistas em exame de imagem.
( ) O carcinoma de endométrio na pós menopausa é mais prevalente em mulheres com hipertensão, diabetes e obesidade.

(A) V - V - V - F.
(B) V - F - V - F.
(C) F - V - F - V.
(D) V - F - V - V.

---

19. Uma equipe de pesquisadores observou que pacientes com câncer de ovário submetidas a cirurgia oncológica ginecológica em hospitais que realizam esse procedimento com alta frequência (>20 casos/ano) apresentam taxas de sobrevida livre de progressão significativamente maiores do que as operadas em hospitais com baixa frequência (<5 casos/ano). Os pesquisadores desejam compreender os mecanismos subjacentes a essa diferença e implementar melhorias nos serviços de saúde. Ao planejar um projeto de pesquisa em serviço de saúde para investigar esse fenômeno, qual das alternativas a seguir melhor descreve o objetivo e o escopo apropriados para esse tipo de estudo?

(A) Orientar os médicos em seus esforços para aplicar o conhecimento existente sobre as melhores práticas clínicas, investigando como fatores não biológicos afetam os desfechos das pacientes.
(B) Investigar apenas os fatores biológicos das pacientes (estadiamento tumoral, tipo histológico, mutações genéticas) para explicar as diferenças nas taxas de sobrevida entre os dois grupos de hospitais.
(C) Realizar um ensaio clínico randomizado para testar uma nova droga quimioterápica que possa explicar as diferenças observadas entre os hospitais.
(D) Focar na análise de custos e na redução de despesas hospitalares, sem considerar os desfechos clínicos das pacientes.

20. Uma mulher de 35 anos, assintomática, comparece à consulta de rotina. Durante a anamnese, relata que sua mãe foi diagnosticada com câncer do colo do útero aos 52 anos e faleceu aos 58 anos. A paciente nunca realizou rastreamento cervical. O médico solicita citologia cervical, que retorna com resultado de ASC-US (células escamosas atípicas de significado indeterminado). Após investigação com teste de HPV, a paciente é diagnosticada com infecção por HPV16 e, na sequência, colposcopia revela lesão intraepitelial escamosa de alto grau (HSIL/CIN II). A paciente é submetida a excisão da zona de transformação (EZT) e apresenta cura completa da lesão. Considerando que a história natural do câncer do colo do útero leva, em média, 20 a 30 anos para progredir de um carcinoma *in situ* para doença clinicamente invasiva e que a vacinação contra HPV reduz significativamente o risco de infecção persistente, analise as seguintes afirmativas sobre os vieses metodológicos envolvidos na avaliação de programas de rastreamento cervical e assinale a alternativa correta.

I. O rastreamento identificou uma lesão de crescimento lento (HSIL com potencial de regressão em alguns casos), enquanto lesões de crescimento rápido teriam se manifestado clinicamente antes do rastreamento ser conduzido. Isso representa um viés de duração variável da doença, que faz o rastreamento parecer mais efetivo porque detecta proporcionalmente mais cânceres com melhor prognóstico inerente, independentemente da efetividade do tratamento precoce.
II. A vacinação contra HPV, se tivesse sido administrada à paciente na adolescência, teria reduzido significativamente o risco de infecção persistente por HPV16 e, consequentemente, a progressão para HSIL. Isso demonstra que a prevenção primária (vacinação) é mais eficaz do que a prevenção secundária (rastreamento) para evitar a doença, pois elimina a causa antes da infecção, eliminando completamente o período de "tempo ganho" e os vieses associados ao rastreamento.
III. O rastreamento, nesse caso, não apresenta viés de tempo ganho, pois a lesão foi detectada e tratada antes de causar sintomas, o que garante cura completa e aumento real da sobrevida. Além disso, como a paciente foi rastreada apenas uma vez, não há possibilidade de viés de duração variável, pois esse viés ocorre apenas em rastreamentos repetidos, em que lesões de crescimento lento são selecionadas proporcionalmente.

(A) Apenas as afirmativas I e II estão corretas.
(B) Apenas a afirmativa II e III estão corretas.
(C) Apenas as afirmativas I e III estão corretas.
(D) Todas as afirmativas estão corretas.

21. Sobre intervenções preventivas, é correto afirmar que:

(A) Um exame como a mamografia pode ser utilizado para rastreamento ou diagnóstico precoce, porque as probabilidades pré-teste e pós-teste são semelhantes nos dois contextos.
(B) A colonoscopia é considerada uma intervenção preventiva de nível secundário, mas não se caracteriza como uma intervenção preventiva quando realizada no seguimento pós-tratamento para o câncer de cólon.
(C) A vacina contra o HPV tem as características necessárias para ser implementada como uma intervenção preventiva de nível primário.
(D) Polivitamínicos são recomendados para reduzir o risco de diversos tipos de câncer, sendo classificados como uma intervenção de nível terciário.

---

22. Mulher de 24 anos, saudável, sem comorbidades e com ciclos regulares, procura atendimento no quarto dia do ciclo menstrual para iniciar anticoncepcional hormonal combinado. A anamnese e o exame físico são normais, e a pressão arterial está adequada. Qual é a conduta mais apropriada?

(A) Iniciar o método imediatamente, sem exames complementares e sem método de backup.
(B) Solicitar exames laboratoriais e aguardar o próximo ciclo para iniciar o método.
(C) Iniciar o método imediatamente e recomendar método de backup por sete dias.
(D) Adiar o início, pois o método somente pode ser iniciado no primeiro dia do ciclo.

---

23. Paciente de 32 anos, nuligesta, apresenta dismenorreia intensa, dispareunia profunda e disquesia catamenial. A ultrassonografia transvaginal com preparo intestinal identifica nódulo de endometriose profunda no compartimento posterior, comprometendo a camada muscular própria do retossigmoide e medindo 2,5cm, sem sinais de obstrução intestinal. A paciente não apresenta desejo gestacional imediato e nunca realizou tratamento hormonal. Considerando o manejo da endometriose profunda, assinale a alternativa correta.

(A) O acometimento da camada muscular própria intestinal constitui indicação absoluta de ressecção segmentar do retossigmoide, independentemente da intensidade dos sintomas.
(B) A presença de endometriose intestinal profunda determina indicação de tratamento cirúrgico como primeira linha, mesmo na ausência de tratamento clínico prévio.
(C) O tratamento hormonal pode ser considerado inicialmente para controle dos sintomas, reservando-se a abordagem cirúrgica para situações específicas, como falha terapêutica ou contraindicação ao tratamento clínico.
(D) A ausência de obstrução intestinal exclui a necessidade de acompanhamento da lesão, independentemente da evolução clínica.

24. Paciente de 35 anos, nuligesta, com infertilidade há três anos, apresenta endometrioma ovariano unilateral de 4cm, identificado por ultrassonografia transvaginal. Refere dismenorreia moderada, controlada com analgésicos. A dosagem de hormônio antimülleriano (AMH) é de 0,9ng/mL. O casal apresenta indicação de fertilização *in vitro* por fator masculino associado. Considerando o tratamento cirúrgico do endometrioma ovariano, assinale a alternativa correta.

(A) A cistectomia laparoscópica deve ser realizada previamente à fertilização *in vitro*, pois melhora significativamente as taxas de nascidos vivos, independentemente da reserva ovariana.
(B) A drenagem e a eletrocoagulação da cápsula do endometrioma constituem a técnica preferencial quando existe indicação cirúrgica, devido ao menor risco de recorrência.
(C) A presença de endometrioma maior que 3cm constitui indicação absoluta de tratamento cirúrgico antes da fertilização *in vitro*.
(D) Antes da fertilização *in vitro* com a finalidade exclusiva de melhorar os resultados reprodutivos, especialmente diante do risco de comprometimento adicional da reserva ovariana, a cirurgia não deve ser indicada como rotina.

---

25. Mulheres que buscaram atendimento em serviços de tratamento de infertilidade foram convidadas a participar de um estudo para identificar os fatores de risco para infertilidade. Para cada participante com história de insucesso na tentativa de obter uma gestação após 1 ano de relações sexuais regulares sem uso de qualquer método contraceptivo, uma puérpera de um hospital geral da mesma cidade foi convidada para fazer parte do estudo. Histórico de tabagismo, consumo de bebida alcoólica, sobrepeso e obesidade e história de infecções sexualmente transmissíveis foram investigados através de questionário estruturado aplicado por entrevistadores treinados. Quanto ao delineamento do estudo apresentado, assinale a alternativa correta.

(A) Esse é um delineamento adequado para desfechos raros, embora seus resultados devam ser utilizados com limitações devido ao viés de memória.
(B) Esse é um bom delineamento para se investigar fatores de risco, porque parte de uma exposição passada e verifica-se a incidência de eventos prospectivamente.
(C) Esse é o delineamento de escolha quando se busca identificar a prevalência de doenças raras na população, dada a dificuldade de identificá-las em inquéritos populacionais.
(D) Ensaios clínicos que tenham um grupo controle como o planejado são os ideais para se comparar fatores de risco, desde que fatores de confusão sejam minimizados através da randomização.

26. De acordo com os critérios de elegibilidade médica para o uso de contraceptivos, assinale a alternativa correta.

(A) A presença de enxaqueca com aura constitui contraindicação absoluta para todos os métodos contraceptivos hormonais.
(B) Mulheres com antecedente de tromboembolismo venoso apresentam contraindicação absoluta ao uso de dispositivo intrauterino liberador de levonorgestrel.
(C) O uso de anticoncepcionais hormonais combinados em mulheres com hipertensão arterial adequadamente controlada é classificado como categoria 2 de elegibilidade, desde que não existam outros fatores de risco cardiovascular.
(D) A presença de enxaqueca com aura, independentemente da idade, constitui contraindicação ao uso de contraceptivos hormonais combinados, classificados como categoria 4 de elegibilidade.

---

27. Em relação aos métodos de anticoncepção de emergência, assinale a alternativa correta.

(A) O levonorgestrel utilizado como anticoncepção de emergência atua predominantemente impedindo a implantação embrionária, justificando sua eficácia mesmo após a ocorrência da ovulação.
(B) A eficácia da anticoncepção de emergência com levonorgestrel não sofre influência do índice de massa corporal, sendo equivalente em mulheres eutróficas e obesas.
(C) O dispositivo intrauterino de cobre constitui uma opção altamente eficaz de anticoncepção de emergência e pode ser utilizado até cinco dias após a relação sexual desprotegida.
(D) A anticoncepção de emergência apresenta contraindicações médicas absolutas em adolescentes e mulheres com antecedentes de tromboembolismo venoso.

28. Paciente de 36 anos, nuligesta, apresenta endometriose profunda do compartimento posterior, com comprometimento da parede anterior do retossigmoide. Devido à persistência de sintomas importantes, apesar do tratamento clínico, foi indicada abordagem cirúrgica laparoscópica. Considerando as diferentes técnicas cirúrgicas disponíveis para o tratamento da endometriose intestinal, assinale a alternativa correta.

(A) A infiltração da camada muscular própria intestinal determina obrigatoriamente a realização de ressecção segmentar, independentemente das demais características da lesão.
(B) A técnica de *shaving* é contraindicada em lesões que acometem a camada muscular própria, devido à impossibilidade de remoção completa da doença.
(C) A escolha entre *shaving*, ressecção discoide e ressecção segmentar deve considerar as características da lesão, incluindo extensão, profundidade, localização e multifocalidade, buscando a remoção adequada da doença com a menor morbidade possível.
(D) A ressecção segmentar apresenta menores taxas de complicações pós-operatórias quando comparada às técnicas conservadoras, devendo ser preferida sempre que tecnicamente viável.

---

29. Sobre o câncer de ovário, assinale a alternativa correta.

(A) O uso de anticoncepcional oral combinado representa epidemiologicamente fator de proteção.
(B) Na população geral, o rastreamento com ecografia transvaginal e CA 125 reduz a mortalidade.
(C) Salpingectomia é redutora de risco apenas em pacientes com mutação BRCA 1 e 2.
(D) A letalidade é baixa devido aos meios atuais de rastreamento populacional.

---

30. Em relação à avaliação da reserva ovariana na investigação da infertilidade feminina, assinale a alternativa correta.

(A) A dosagem do hormônio antimülleriano (HAM) constitui o principal marcador da qualidade oocitária e apresenta elevada capacidade de predizer a probabilidade de gestação espontânea.
(B) A contagem de folículos antrais e a dosagem do HAM são marcadores utilizados para estimar a resposta ovariana à estimulação com gonadotrofinas, porém apresentam capacidade limitada de predizer a probabilidade de gestação espontânea.
(C) A dosagem basal de FSH apresenta maior capacidade preditiva da resposta ovariana à estimulação do que a idade feminina, especialmente em mulheres com idade superior a 35 anos.
(D) A presença de níveis reduzidos de HAM permite estabelecer o diagnóstico de infertilidade por insuficiência ovariana e contraindica a tentativa de concepção espontânea.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE (UFCSPA)
SANTA CASA DE PORTO ALEGRE

PROCESSO SELETIVO PARA RESIDÊNCIA MÉDICA — ANO 2027

RESIDÊNCIA MÉDICA COM PRÉ-REQUISITO - UFCSPA/SANTA CASA
PRM HEPATOLOGIA

Nome:_____

Nº de Inscrição: | | | | | | |

Instruções

- Confira o material recebido (CADERNO DE QUESTÕES e CARTÃO DE RESPOSTAS); se houver falha, solicite a substituição ao fiscal da sala.
- Após conferir seus dados no CARTÃO DE RESPOSTAS (NOME, Nº de INSCRIÇÃO e PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MÉDICA), assine no local indicado.
- Este caderno contém **30 questões de múltipla escolha,** com quatro alternativas (**A**, **B**, **C** e **D**), das quais somente uma será a correta.
- O cartão de respostas é o único documento válido para a correção da prova objetiva, sendo de responsabilidade do candidato sua guarda durante a prova, seu preenchimento e sua entrega ao fiscal de sala.
- Preencha o CARTÃO DE RESPOSTAS, com bastante atenção, à caneta esferográfica, azul ou preta, ponta grossa, marcando uma única alternativa em cada questão.
- Verifique, no CARTÃO DE RESPOSTAS, as instruções para preenchimento. Sob nenhuma circunstância, o cartão de respostas será substituído devido a erro, desatenção ou falha no preenchimento por parte do candidato.
- Durante a realização da prova, estão vedados o empréstimo de materiais, a comunicação entre candidatos ou terceiros, a utilização de quaisquer dispositivos, como máquina calculadora e/ou similares, livros, anotações, réguas de cálculo, impressos ou qualquer outro material de consulta.
- A prova objetiva terá duração de até **3 horas**, incluído o tempo para preenchimento do CARTÃO DE RESPOSTAS.
- Após o início da prova, o candidato deverá permanecer na sala pelo **tempo mínimo de 60 minutos**.
- Ao terminar a prova, o candidato devolverá ao fiscal da sala o CARTÃO DE RESPOSTAS.
- O candidato somente poderá levar o caderno de provas **quando estiver faltando 60 minutos para o término do tempo total de duração da prova.** Por razões de segurança, o candidato que sair antes desse horário não poderá copiar as suas respostas.
- Os dois últimos candidatos de cada sala de prova deverão permanecer no recinto, a fim de acompanhar o lacre do material, quando então poderão retirar-se do local após concluído o procedimento.

DIREITOS AUTORAIS RESERVADOS. PROIBIDA A REPRODUÇÃO, AINDA QUE PARCIAL, SEM AUTORIZAÇÃO PRÉVIA.

1. Pacientes submetidos à esplenectomia como parte de tratamento de neoplasias ou trauma perdem a capacidade do sistema reticuloendotelial de remover bactérias do organismo e, por isso, apresentam maior predisposição à infecção por determinados germes. Algumas bactérias encapsuladas são as maiores causadoras de sepse em pós-esplenectomizados. Sempre que possível, esses pacientes devem ser orientados a fazer vacina dirigida para essas bactérias. Entre as alternativas abaixo, qual germe NÃO se enquadra no cenário descrito?

(A) *Neisseria meningitidis.*
(B) *Streptococcus pneumoniae.*
(C) *Haemophilus influenzae*.
(D) *Staphylococcus aureus*.

---

2. Paciente de 60 anos, trabalhador rural, relata que alguns dias após limpar um galpão onde havia resíduos de roedores (ratos) iniciou com cefaleia intensa — especialmente retro-orbital — mialgias e conjuntivas hiperemiadas e apresentou febre e dor abdominal. Notou a pele mais amarelada e a urina mais escura. Ao exame, o paciente estava lúcido, orientado, prostrado e ictérico. Apresentou Tax 38°C, pressão arterial 120/80mmHg, FC 80bpm e FR 20irpm. Pulmões limpos e abdome doloroso com palpação do baço, sugerindo esplenomegalia. Em relação à patologia do paciente, analise as afirmativas e assinale a alternativa correta.

I. A lesão renal aguda pode cursar com ou sem oligúria após vários dias da doença.
II. Os casos mais graves podem necessitar diálise, mas a recuperação da função renal costuma ocorrer nos sobreviventes.
III. Caracteristicamente, os pacientes apresentam hipocalemia e hiponatremia.

(A) Apenas as afirmativas I e II estão corretas.
(B) Apenas as afirmativas II e III estão corretas.
(C) Apenas as afirmativas I e III estão corretas.
(D) Todas as afirmativas estão corretas.

---

3. A respeito das associações entre agentes infecciosos e linfomas, relacione as colunas e assinale a sequência correspondente.

(1) Epstein-Barr vírus.
(2) HTLV-1.
(3) Vírus da Hepatite C.

(A) Linfoma linfoplasmocítico.
(B) Linfoma de Hodgkin.
(C) Linfoma de células T adulto.

(A) 1b, 2c, 3a
(B) 1a, 2b, 3c
(C) 1c, 2a, 3b
(D) 1b, 2a, 3c

4. Considere um paciente com diagnóstico de endocardite infecciosa confirmado pelos critérios de Duke modificado. Ao ecocardiograma transesofágico, observa-se vegetação de 13mm em valva mitral nativa, associada à insuficiência mitral importante e fração de ejeção do ventrículo esquerdo de 40% (NYHA II). O paciente permanece febril após sete dias de antibioticoterapia guiada por antibiograma de hemoculturas periféricas. Com base nesse caso, assinale a alternativa correta.

(A) O achado de manchas de Janeway constitui manifestação imunológica da endocardite infecciosa.
(B) A identificação de vegetação ao ecocardiograma transesofágico constitui critério maior isoladamente suficiente para confirmação diagnóstica definitiva.
(C) Está indicada abordagem cirúrgica de urgência.
(D) Vegetações maiores que 10mm constituem contraindicação ao tratamento cirúrgico devido à mobilidade da vegetação e ao risco de ocorrência de eventos embólicos.

---

5. Homem de 51 anos, cirrótico por álcool (Child-Pugh C10, MELD 19), foi internado há 36 horas por hematêmese. Recebeu terlipressina (2mg IV a cada 4 horas) e ceftriaxona 1g/dia. A endoscopia digestiva alta realizada 10 horas após a admissão demonstrou varizes esofágicas de grosso calibre (F3) com sangramento ativo em jato, tratadas com ligadura elástica de seis varizes (hemostasia endoscópica primária aparentemente alcançada). Hb atual: 7,9g/dL. Nas últimas 6 horas, o paciente apresentou queda da PA de 112×70 para 84×52mmHg, FC 126bpm, ascite volumosa, surgimento de encefalopatia grau II e hematêmese de 400mL. Nova endoscopia realizada de urgência confirmou ressangramento varicoso com extravazamento ativo — nova sessão de ligadura foi realizada com hemostasia temporária instável. Laboratorial: sódio 124mEq/L; creatinina 2,1mg/dL (basal 1,1); bilirrubina total 3,4mg/dL; INR 2,0 e plaquetas 52.000/mm³. Qual é a conduta mais apropriada nesse caso?

(A) Instalar balão de Sengstaken-Blakemore imediatamente como ponte para o controle do sangramento, mantendo terlipressina e aguardando estabilização clínica por 48-72 horas antes de rever conduta cirúrgica ou endoscópica.
(B) Realizar derivação portossistêmica intra-hepática transjugular (TIPS) de resgate com urgência, pois esse quadro configura falha do tratamento combinado (farmacológico + duas sessões endoscópicas), sendo a TIPS o procedimento preferencial nesse cenário.
(C) Repetir terceira endoscopia com esclerose de varizes remanescentes em até 6 horas, otimizando concomitantemente a terlipressina para dose máxima (2mg a cada 4 horas).
(D) Indicar cirurgia de derivação portocava de emergência (anastomose portocava termino-lateral), pois TIPS está contraindicada no Child-Pugh C acima de 10 pontos e porque duas terapias endoscópicas foram ineficazes.

6. Mulher de 78 anos, com insuficiência cardíaca com fração de ejeção reduzida (FEr 28%), estenose aórtica grave sintomática (gradiente médio 52mmHg e área valvar 0,7cm²) e doença renal crônica (creatinina basal 2,4mg/dL), em uso de varfarina por fibrilação atrial (INR atual: 3,8), é internada por hematoquezia volumosa há 12 horas, com três evacuações de sangue vivo. PA 96×58mmHg e FC 102bpm. Recebe ressuscitação volêmica com cuidado e dois concentrados de hemácias, evoluindo para PA 108×64mmHg e FC 88bpm. A varfarina foi suspensa. A endoscopia digestiva alta não identifica fonte de sangramento. A colonoscopia com preparo rápido identifica múltiplas angiodisplasias no cólon direito (ceco e cólon ascendente), com uma lesão de 8mm com estigma de sangramento recente (ponto eritematoso central), submetida a hemostasia endoscópica com argônio e o sangramento cessa. O ecocardiograma confirma estenose aórtica grave. Qual é a conduta mais importante para redução do risco de ressangramento das angiodisplasias a longo prazo nessa paciente?

(A) Suspender definitivamente a anticoagulação com varfarina e substituí-la por antiagregação com ácido acetilsalicílico, minimizando o risco hemorrágico das angiodisplasias.
(B) Encaminhar para tratamento da estenose aórtica grave (troca valvar aórtica via TAVI ou cirurgia), pois, na síndrome de Heyde, o tratamento da valvulopatia pode reduzir ou resolver as angiodisplasias.
(C) Programar sessões seriadas de ablação por argônio, em intervalos de 3 meses, de todas as angiodisplasias visíveis, mantendo anticoagulação com alvo de INR 2,0-2,5 para proteção do risco tromboembólico da fibrilação atrial.
(D) Iniciar octreotida em dose subcutânea crônica (100mcg três vezes ao dia) como tratamento farmacológico de manutenção para reduzir o fluxo esplâncnico e prevenir ressangramento das angiodisplasias.

---

7. Homem de 58 anos, com histórico de etilismo crônico, é levado à emergência após dois episódios de vômitos com sangue vivo, seguidos de evacuação de fezes enegrecidas e fétidas. Encontra-se consciente, pálido e sudorético. Apresenta pressão arterial de 88x56mmHg e frequência cardíaca de 118bpm. Ao exame físico, observam-se telangiectasias em tórax e ascite discreta, além de abdome flácido e indolor. Após a reposição volêmica, qual é a conduta a seguir?

(A) Iniciar droga vasoativa esplâncnica (terlipressina) associada a antibioticoprofilaxia.
(B) Iniciar, além de terlipressina, inibidor de bomba de prótons em infusão contínua, aguardando a endoscopia em até 24 horas.
(C) Indicar a passagem de balão de tamponamento esofágico (Sengstaken-Blakemore) como medida inicial antes da avaliação endoscópica.
(D) Proceder à endoscopia alta para confirmar a origem do sangramento antes de iniciar a conduta medicamentosa.

8. Mulher de 29 anos foi diagnosticada com retocolite ulcerativa (pancolite) há 4 anos. Foi tratada sequencialmente com mesalazina (falha), azatioprina (intolerância — hepatotoxicidade) e infliximabe em monoterapia por 18 meses (resposta inicial seguida de perda de resposta — níveis de infliximabe < 1µg/mL com anticorpos anti-infliximabe positivos em titulação alta). Iniciou vedolizumabe há 10 semanas (semanas 0, 2 e 6), sem apresentar resposta clínica até o momento. Atual internação: 10 evacuações sanguinolentas/dia, dor abdominal intensa, FC 118bpm, febre 38,8°C e PA 104×68mmHg. Laboratorial: Hb 8,1g/dL; albumina 2,2g/dL; PCR 112mg/L; e leucócitos 17.400/mm³. Radiografia de abdome: cólon dilatado a 7,2cm sem pneumoperitônio. Pesquisa de *C. difficile* negativa. Corticoterapia IV (hidrocortisona 300mg/dia) iniciada há 72 horas, sem apresentar resposta (escore de Oxford no terceiro dia: 3 episódios/dia ainda hemorrágicos + FC 108bpm). Considerando o caso, qual é a melhor conduta?

(A) Iniciar tofacitinibe (inibidor de JAK) oral como terapia de resgate.
(B) Indicar colectomia subtotal de urgência (com ileostomia terminal).
(C) Iniciar ciclosporina intravenosa (2 - 4mg/kg/dia) como terapia de resgate.
(D) Iniciar ciclosporina intravenosa (2 - 4mg/kg/dia) aliada à pulsoterapia com corticoide em dose dobrada como terapia de resgate.

---

9. Homem de 58 anos, cirrótico por álcool (Child-Pugh C12, MELD 26), foi internado por peritonite bacteriana espontânea (PBE) confirmada (PMN > 250/mm³ no líquido ascítico; *E. coli* sensível — cefotaxima iniciada). No 3º dia de internação, apresenta: piora progressiva da função renal (creatinina 1,1 → 1,6 → 2,3 → 3,4mg/dL em 72 horas), diurese em queda progressiva (320mL em 24 horas), PA 88×54mmHg e FC 108bpm. Descartadas: hipovolemia (sem resposta a 1L de albumina IV); nefrotoxicidade (sem uso de AINEs, aminoglicosídeos ou contraste recente); obstrução urinária (ultrassonografia renal normal); e doença renal parenquimatosa (sedimento urinário sem cilindros, proteína urinária < 0,5g/dia e sódio urinário < 10mEq/L). O diagnóstico de síndrome hepatorrenal tipo 1 (SHR-1) é estabelecido. Qual é o tratamento de escolha?

(A) Terlipressina intravenosa (0,5 - 2mg a cada 4 - 6 horas) associada à albumina IV (20 - 40g/dia), mantendo a cefotaxima para tratamento da PBE subjacente.
(B) Norepinefrina em infusão contínua ajustada para elevação da PA média ≥ 10mmHg, associada à albumina IV.
(C) Furosemida em dose alta (160 - 240mg/dia IV) para forçar a diurese e reduzir a sobrecarga volêmica; iniciar hemodiálise se a creatinina ultrapassar 5,0mg/dL.
(D) Suspender a cefotaxima e substitui-la por antibiótico de menor risco de nefrotoxidade (ertapenem) para tratar a PBE

10. Homem de 54 anos, ex-etilista (abstinência há 3 anos após pancreatite aguda grave), refere diarreia há 6 meses com fezes volumosas, oleosas, difíceis de eliminar do vaso sanitário, flatulência intensa e perda de 11kg. Nega dor abdominal significativa. Ao exame: desnutrição moderada (IMC 19,1kg/m²) e abdome com ruídos aumentados e sem massas. Laboratorial: glicemia de jejum 142mg/dL; HbA1c 7,6%; albumina 2,9g/dL; vitamina D 14ng/mL (insuficiente); vitamina B12 normal; e gordura fecal qualitativa (Sudan III) fortemente positiva. A TC de abdome evidencia pâncreas atrófico com calcificações difusas e ducto pancreático principal dilatado irregularmente (8mm). Elastase fecal-1: 48µg/g de fezes (VR > 200µg/g — insuficiência exócrina grave). Qual é a conduta terapêutica mais completa e adequada para esse paciente?

(A) Iniciar reposição de enzimas pancreáticas (pancreatina) na dose de 25.000 unidades de lipase por refeição principal e 12.500 unidades nos lanches, com orientação para dieta absolutamente sem gordura para reduzir a esteatorreia.
(B) Encaminhar para drenagem cirúrgica do ducto de Wirsung (pancreaticojejunostomia de Puestow) como tratamento inicial, pois a dilatação ductal ≥ 6mm associada à insuficiência exócrina grave tem indicação cirúrgica imediata para recuperação da função exócrina.
(C) Iniciar reposição enzimática e dieta com substituição da gordura comum por triglicerídeos de cadeia média (TCM), pois os TCM são absorvidos sem lipase pancreática e permitem aporte calórico sem piorar a esteatorreia.
(D) Iniciar reposição enzimática pancreática com dose de 25.000 - 50.000 unidades de pancreatina por refeição (e metade nos lanches), administrada durante a refeição; inibidor de bomba de próton para otimizar o pH duodenal; suplementação de vitaminas lipossolúveis (A, D, E, K) e controle do diabetes pancreatogênico com insulinoterapia.

---

11. Homem de 62 anos apresenta icterícia obstrutiva com perda de 6kg em 2 meses. A TC de abdome evidencia: massa de 3,2cm na cabeça do pâncreas em contato com artéria mesentérica superior (AMS) em menos de 180° de sua circunferência (arco de contato: 140°), sem contato com a artéria hepática comum ou tronco celíaco; veia mesentérica superior (VMS) com deformidade focal mas pérvia; CA 19-9 840U/mL; e CEA normal. A biópsia endoscópica (ecoendoscopia) confirma adenocarcinoma ductal. Não há metástases à TC ou PET-CT. Qual é a melhor abordagem terapêutica inicial?

(A) Duodenopancreatectomia (cirurgia de Whipple) imediata, com reconstrução vascular intraoperatória da AMS se necessário, pois o contato arterial < 180° não contraindica a ressecção em centros de alto volume.
(B) Quimiorradioterapia neoadjuvante isolada sem quimioterapia sistêmica prévia, seguida de cirurgia se houver downstaging tumoral adequado.
(C) Quimioterapia neoadjuvante por 4 meses, seguida de reavaliação de ressecabilidade por TC e CA 19-9; colocar prótese biliar metálica para controle da icterícia durante a neoadjuvância.
(D) Quimioterapia paliativa sistêmica, pois o contato com a AMS > 90° e a deformidade da VMS indicam tumor irressecável pela classificação de borderline da NCCN.

12. Homem de 51 anos relata desconforto epigástrico recorrente há quatro meses, associado à plenitude pós-prandial e saciedade precoce, sem relação evidente com tipos específicos de alimentos. Nega perda de peso, disfagia, vômitos persistentes, sangramento digestivo ou anemia. Não faz uso de anti-inflamatórios não esteroidais. O exame físico é inteiramente normal. Qual é a conduta inicial mais apropriada?

(A) Pesquisar e tratar a infecção por *Helicobacter pylori*.
(B) Iniciar inibidor de bomba de prótons empírico, sem investigação adicional, por tempo indeterminado.
(C) Indicar endoscopia digestiva alta e domperidona ou inibidor de bomba de prótons.
(D) Solicitar tomografia computadorizada de abdome como exame inicial de investigação.

---

13. Mulher de 32 anos relata pirose retroesternal e regurgitação há aproximadamente seis meses, com piora ao deitar-se após as refeições. Nega disfagia, odinofagia, perda de peso ou sinais de sangramento digestivo. Já realizou modificações dietéticas e posturais, com melhora apenas parcial dos sintomas. Qual é a conduta inicial mais adequada neste momento?

(A) Indicar o uso de antagonista do receptor H2.
(B) Indicar endoscopia digestiva alta.
(C) Indicar pH-impedanciometria de 24 horas antes do início de qualquer tratamento.
(D) Indicar o uso de inibidor de bomba de prótons por via oral, em jejum, por período definido.

---

14. Um homem de 62 anos, portador de fibrilação atrial em uso de apixabana, procura emergência hospitalar por vômitos com sangue vivo em grande volume. Na admissão, estava torporoso, com pressão arterial 87 x 54mmhg, FC 115bpm e com as extremidades frias. Familiares relataram que o quadro iniciou há 3 horas. O médico da emergência inicia o atendimento com o objetivo de estabilizar o paciente, realizando a reposição volêmica com cristaloides e a solicitação de uma unidade de concentrado de hemácias. Após essas medidas, considerando o manejo das hemorragias digestivas altas, é correto afirmar que:

(A) A aplicação da escala de Glasgow-Blatchford pode ser útil no estadiamento da gravidade, porém não auxilia na triagem de pacientes de baixo risco que podem ir para casa e realizar manejo ambulatorial.
(B) A infusão de inibidor de bomba de prótons (IBP) deve ser iniciada prontamente, pois, além de reduzir riscos de complicações, melhora desfechos clínicos como intervenção cirúrgica e morte.
(C) A endoscopia digestiva alta deve ser realizada logo após a estabilização do paciente, em até 6 horas após o evento, pois reduz a mortalidade desses pacientes.
(D) Entre as causas mais comuns de hemorragia digestiva alta está a úlcera gástrica, cujos achados endoscópicos são relevantes para o prognóstico e para as medidas subsequentes.

15. Paciente do sexo masculino, de 33 anos, sem comorbidades, procura atendimento por dor torácica atípica e dispneia com piora progressiva nas últimas 72 horas. Relata que, na semana anterior, apresentou quadro gripal com odinofagia e febre, com melhora espontânea. A dosagem de troponina foi positiva (1.087pg/mL; VR < 53pg/mL). O eletrocardiograma demonstra supradesnivelamento difuso do segmento ST. A cineangiocoronariografia revelou coronárias isentas de lesões. Com base nesse quadro, analise as afirmativas e assinale a alternativa correta.

I. A miocardite poderia ser descartada em caso de troponina negativa.
II. Trata-se de MINOCA, e a conduta inicial deve ser a realização de teste isquêmico com estresse farmacológico durante a internação.
III. Na ausência de contraindicações, recomenda-se a realização de ressonância magnética cardíaca durante a investigação diagnóstica.
IV. Recomenda-se a introdução de reabilitação com exercício físico precoce, a fim de evitar disfunção miocárdica a longo prazo.

(A) Apenas as afirmativas I e III estão corretas.
(B) Apenas a afirmativa III está correta.
(D) Apenas as afirmativas II e IV estão corretas.
(C) Apenas as afirmativas I, II e IV estão corretas.

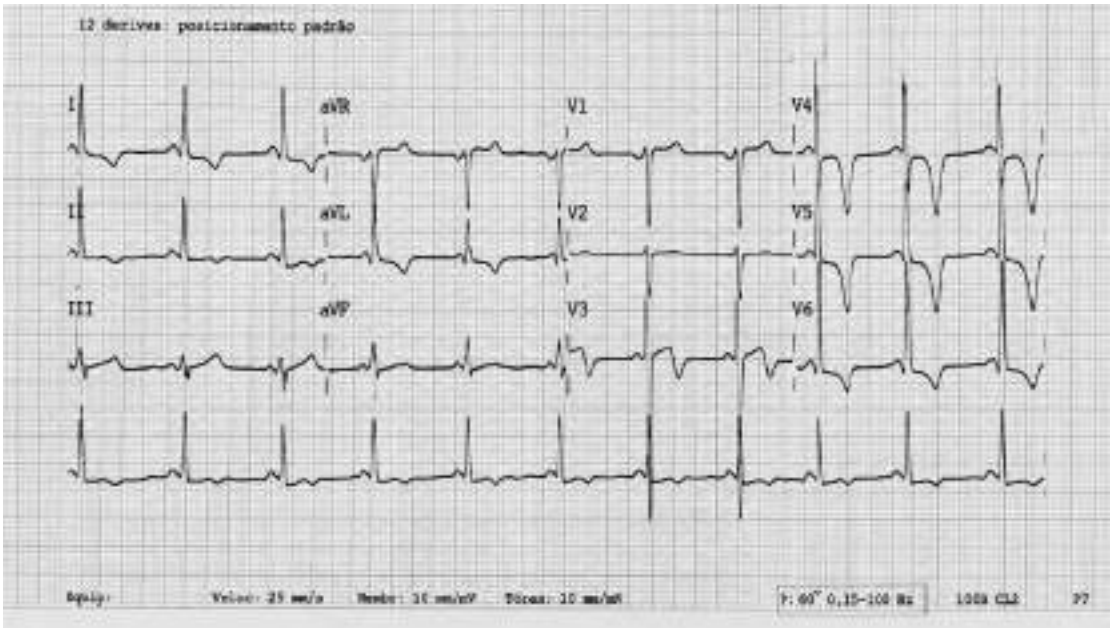
16. Considerando o diagnóstico da infecção pelo HIV em adultos por meio do fluxograma que utiliza dois testes rápidos em sequência, relacione as colunas e assinale a sequência correspondente.

(1) Primeiro teste rápido não reagente, sem suspeita de exposição recente.
(2) Primeiro e segundo testes rápidos reagentes.
(3) Primeiro teste rápido reagente e segundo teste rápido não reagente.
(4) Testagem não reagente, mas com suspeita clínica ou epidemiológica de infecção aguda recente.

( ) Resultado reagente para HIV, devendo-se providenciar avaliação inicial, incluindo carga viral e contagem de linfócitos T-CD4+.
( ) Resultado não reagente, sem necessidade de realizar o segundo teste naquele momento, ressalvada a possibilidade de janela diagnóstica.
( ) Resultado discordante, que exige investigação complementar conforme o fluxograma diagnóstico.
( ) Deve-se considerar janela diagnóstica e realizar investigação da possível infecção aguda, incluindo teste molecular quando indicado.

(A) 2 - 1 - 3 - 4.
(B) 1 - 2 - 4 - 3.
(C) 2 - 3 - 1 - 4.
(D) 3 - 1 - 2 - 4.

17. Considere o eletrocardiograma abaixo. Paciente do sexo masculino, de 61 anos, tabagista e portador de DM2, é admitido na sala vermelha com dor torácica típica iniciada há 14 horas. Após o manejo inicial e o início de nitroglicerina endovenosa, observa-se melhora parcial da dor, apesar do aumento incremental das doses. O eletrocardiograma representado na imagem e os exames laboratoriais encontram-se em andamento. Qual é a conduta mais adequada nesse caso?



(A) O padrão eletrocardiográfico sugere oclusão da artéria coronária descendente anterior, com indicação de trombólise na ausência de sala de hemodinâmica disponível.
(B) O padrão eletrocardiográfico demonstrado é fortemente sugestivo de lesão crítica da artéria circunflexa. Deve-se encaminhar o paciente para cineangiocoronariografia dentro das próximas 48 horas.
(C) A ausência de supradesnivelamento do segmento ST descarta oclusão coronariana aguda, sendo apropriado aguardar o resultado da troponina para definir a conduta.
(D) O paciente deve ser encaminhado para cineangiocoronariografia de urgência devido à angina refratária, não sendo necessário aguardar o resultado da troponina.

18. Mulher de 72 anos é admitida na emergência com febre, calafrios, dor em hipocôndrio direito e icterícia, iniciados há um dia. Ao exame, encontra-se confusa, hipotensa (pressão arterial 84x50mmHg) e taquicárdica. Os exames laboratoriais mostram leucocitose importante, elevação de bilirrubinas e de fosfatase alcalina. A ultrassonografia de abdome evidencia dilatação de vias biliares e colelitíase. Após ressuscitação volêmica inicial e início de antibioticoterapia de amplo espectro, qual é a conduta mais adequada?

(A) Realizar colangiopancreatografia retrógrada endoscópica para descompressão biliar com urgência.
(B) Realizar colecistectomia de urgência como primeira medida de descompressão da via biliar.
(C) Manter antibioticoterapia, reavaliando a necessidade de descompressão biliar após estabilização clínica.
(D) Realizar drenagem biliar percutânea transparieto-hepática como primeira escolha antes de tentativa endoscópica.

---

19. Dois pacientes adultos apresentam bacteremia por *Staphylococcus aureus*:

Paciente 1: isolado sensível à oxacilina, sem história de reação grave aos betalactâmicos.

Paciente 2: isolado resistente à oxacilina, com função renal preservada.

Considerando o tratamento definitivo inicial, assinale a alternativa correta.

(A) Paciente 1: vancomicina | Paciente 2: cefazolina.
(B) Paciente 1: oxacilina ou cefazolina | Paciente 2: vancomicina ou daptomicina.
(C) Paciente 1: ceftriaxona | Paciente 2: amoxicilina com clavulanato.
(D) Paciente 1: linezolida por via oral | Paciente 2: azitromicina.

---

20. Sobre a diarreia aguda, analise as afirmativas e assinale a alternativa correta.

I. A minoria dos casos de diarreia aguda tem causa infecciosa.
II. A maioria dos casos de diarreia aguda infecciosa tem indicação de antibioticoterapia.
III. O manejo da diarreia aguda não invasiva pode ser feito sem avaliação laboratorial na maioria dos casos.

(A) Apenas a afirmativa I está correta.
(B) Apenas a afirmativa III está correta.
(C) Apenas as afirmativas I e III estão corretas.
(D) Todas as afirmativas estão corretas.

21. Em relação à dispepsia, assinale a alternativa correta.

(A) A dispepsia pode ser caracterizada como funcional independentemente de haver infecção pelo *H. pylori*.
(B) A infecção pelo *H. pylori* está associada à úlcera péptica, mas não à dispepsia não ulcerosa.
(C) A dispepsia pode ser dividida em síndrome da dor epigástrica e síndrome de desconforto pós-prandial, sendo que essa divisão é didática e não interfere no tratamento.
(D) Na ausência de *H. pylori*, o tratamento de primeira linha é usualmente feito com inibidor de bomba de prótons, independentemente do tipo de manifestação.

---

22. Uma paciente de 45 anos vem à consulta informando que dois irmãos e uma irmã foram identificados recentemente com hepatite B crônica. Usando inteligência artificial para buscar informações, leu que a transmissão vertical é a principal forma de infecção crônica por hepatite B e ficou preocupada. Então, realizou por conta própria diversos testes para hepatites virais:

- HBsAg reagente;
- Anti-HBc total reagente;
- Anti-HBs não reagente;
- HBeAg não reagente;
- Anti-HBe reagente;
- AST 60U/L;
- ALT 90U/L.

Sobre o caso descrito, analise as afirmativas e assinale a alternativa correta.

I. O diagnóstico de hepatite B crônica é altamente provável, porém não há indícios de replicação viral (uma vez que o HBeAg é não reagente), e a elevação de aminotransferases não pode ser atribuída à hepatite B nesse caso.
II. Deve-se solicitar os exames de carga viral e ultrassonografia de abdômen (preferencialmente com elastografia), bem como repetir AST e ALT, podendo haver indicação de tratamento antiviral conforme os resultados.
III. O diagnóstico entre hepatite B aguda ou crônica não pode ser definido agora, sendo essencial que a paciente realize biópsia hepática para determinar a necessidade de tratamento antiviral.

(A) Apenas a afirmativa I está correta.
(B) Apenas a afirmativa II está correta.
(C) Apenas a afirmativa III está correta.
(D) Todas as afirmativas estão corretas.

---

23. Sobre a esteatose hepática metabólica (MASLD), assinale a alternativa correta.

(A) A MASLD é uma doença incomum, sendo que a esteatose à ecografia não deve gerar preocupação significativa.
(B) Marcadores genéticos como PNPLA3 e MBOAT7 têm alto impacto prognóstico e têm utilidade na avaliação rotineira de pacientes com MASLD.
(C) A MASLD é extremamente rara em pacientes não obesos, não devendo ser considerada como hipótese em pacientes com IMC abaixo de 25.
(D) A avaliação de risco de fibrose deve ser rotineira, mesmo em centros não especializados como a atenção primária.

24. Na hepatite B, há diversos exames sorológicos disponíveis além da carga viral, tornando a definição da fase de uma hepatite B crônica, por vezes, complexa. No contexto de atenção primária à saúde, em um paciente que faz rastreamento com teste rápido para hepatite B e tem resultado positivo, para confirmar ou excluir o diagnóstico de hepatite B, é essencial indicar:

(A) AST e ALT.
(B) Ultrassonografia de abdome.
(C) Carga viral do HBV.
(D) HBsAg.

---

25. Um homem de 67 anos, portador de prótese valvar aórtica implantada há 8 meses, procura atendimento por febre diária há 10 dias, astenia e inapetência. Ao exame, apresenta temperatura de 38,3°C, pressão arterial de 118/72mmHg e novo sopro sistólico. Não há outro foco infeccioso evidente. Antes do início da antibioticoterapia, foram coletados três conjuntos de hemoculturas por venopunções periféricas distintas, com volume adequado. Após incubação em sistema automatizado, houve crescimento de *Staphylococcus epidermidis* com o mesmo perfil de suscetibilidade nos três conjuntos, com sinalização de positividade em aproximadamente 14 - 16 horas. Considerando a interpretação das hemoculturas e o significado clínico dos estafilococos coagulase-negativos (ECN), analise as afirmativas e assinale a alternativa correta.

I. O isolamento de *S. epidermidis* deve ser considerado contaminação até prova em contrário, independentemente do número de conjuntos positivos, pois ECN pertencem à microbiota cutânea.
II. O crescimento do mesmo microrganismo em múltiplas amostras obtidas de venopunções distintas aumenta a probabilidade de bacteremia verdadeira em comparação ao crescimento isolado em apenas um frasco ou conjunto.
III. O tempo para positividade pode contribuir para a interpretação da hemocultura, pois um crescimento relativamente precoce pode refletir maior carga bacteriana; entretanto, esse parâmetro não deve ser interpretado isoladamente para distinguir contaminação de bacteremia verdadeira.
IV. A presença de material protético intracardíaco modifica substancialmente a interpretação do isolamento de ECN, pois esses microrganismos podem causar infecções associadas a dispositivos e material protético.

(A) Apenas as afirmativas II e III estão corretas.
(B) Apenas as afirmativas I e IV estão corretas.
(C) Apenas as afirmativas II, III e IV estão corretas.
(D) Todas as afirmativas estão corretas.

26. A hepatite C é atualmente considerada uma infecção potencialmente erradicável devido à alta eficácia do tratamento antiviral. Entretanto, ainda é comum o diagnóstico tardio, sendo que o rastreamento populacional tem a possibilidade de identificar casos assintomáticos e evitar complicações como cirrose e carcinoma hepatocelular. No contexto de atenção primária à saúde, em um paciente que faz rastreamento com teste rápido para hepatite C e tem resultado positivo, para confirmar ou excluir o diagnóstico de hepatite C, é essencial indicar:

(A) AST e ALT.
(B) Anti-HCV.
(C) Anti-HBc total.
(D) Carga viral do HCV.

---

27. O gradiente de albumina soro-ascite (GASA) é uma análise importante na ascite, especialmente em pacientes com hipertensão portal. Na análise da ascite de um paciente com cirrose e peritonite bacteriana, qual das alternativas abaixo possui o conjunto de resultados que corrobora com esses diagnósticos?

(A) GASA < 1,1g/dL; proteínas totais > 2,5g/dL; polimorfonucleares < 250/µL.
(B) GASA < 1,1g/dL; proteínas totais < 2,5g/dL; polimorfonucleares > 250/µL.
(C) GASA > 1,1g/dL; proteínas totais < 2,5g/dL; polimorfonucleares > 250/µL.
(D) GASA > 1,1g/dL; proteínas totais > 2,5g/dL; polimorfonucleares < 250/µL.

---

28. Uma senhora de 62 anos, com histórico de hipertensão arterial sistêmica (HAS), procura o pronto atendimento por aumento de volume abdominal. Ao exame físico, nota-se bom estado geral, abdome distendido, com macicez em flancos e macicez móvel à percussão, sem organomegalias palpáveis, e edema de membros inferiores, enquanto o exame físico cardiovascular e pulmonar está normal. Ultrassonografia de abdome confirma a hipótese de ascite. Diante desses achados, analise as afirmativas e assinale a alternativa correta.

I. Caso a ultrassonografia e os exames laboratoriais confirmem hipótese de cirrose, a causa da ascite fica estabelecida, e a paracentese só é necessária se houver suspeita de peritonite bacteriana espontânea.
II. Deve-se sempre solicitar análise citológica, albumina e proteínas totais na primeira paracentese, com o objetivo de definir o diagnóstico da ascite.
III. Caso não haja sinais de cirrose, deve-se suspeitar de neoplasia maligna ovariana ou peritoneal e solicitar citopatológico da ascite, uma vez que o gradiente de albumina soro-ascite não costuma ser útil para esses diagnósticos.

(A) Apenas a afirmativa I está correta.
(B) Apenas a afirmativa II está correta.
(C) Apenas as afirmativas I e II estão corretas.
(D) Apenas as afirmativas II e III estão corretas.

29. As cefalosporinas apresentam diferenças importantes quanto ao espectro de atividade antimicrobiana entre seus diferentes representantes. Considerando os antimicrobianos abaixo e suas características, relacione as colunas e assinale a sequência correspondente.

(1) Cefazolina.
(2) Ceftriaxona.
(3) Ceftazidima.
(4) Cefepima.
(5) Ceftarolina.

( ) Cefalosporina de terceira geração com atividade contra *Pseudomonas aeruginosa*, porém com atividade relativamente limitada contra cocos gram-positivos quando comparada a outros representantes da mesma geração.
( ) Cefalosporina de primeira geração com boa atividade contra estreptococos e *Staphylococcus aureus* sensível à meticilina, amplamente utilizada, entre outras indicações, na profilaxia antimicrobiana cirúrgica.
( ) Cefalosporina de terceira geração com boa atividade contra diversos bacilos gram-negativos e excelente atividade contra pneumococo, com importante utilização em infecções comunitárias graves e infecções do sistema nervoso central.
( ) Cefalosporina de quarta geração que combina amplo espectro contra bacilos gram-negativos, incluindo *P. aeruginosa*, com atividade contra diversos cocos gram-positivos.
( ) Cefalosporina com atividade contra MRSA devido à capacidade de ligação à PBP2a, distinguindo-se das demais cefalosporinas apresentadas quanto à atividade contra esse patógeno.

(A) 3 - 1 - 2 - 4 - 5.
(B) 4 - 1 - 2 - 3 - 5.
(C) 3 - 2 - 1 - 4 - 5.
(D) 5 - 1 - 2 - 4 - 3.

30. Um homem de 32 anos procura atendimento por lesões cutâneas disseminadas há aproximadamente duas semanas, associadas a mal-estar, cefaleia e linfadenopatia cervical e inguinal. Nega prurido. Refere que, cerca de dois meses antes, apresentou pequena lesão ulcerada e indolor no pênis, que desapareceu espontaneamente sem tratamento. Ao exame, observam-se múltiplas lesões papuloescamosas simétricas, distribuídas pelo tronco e extremidades, incluindo palmas das mãos e plantas dos pés. Na região perianal, apresenta placas úmidas, elevadas e de superfície discretamente verrucosa. Não há alterações neurológicas, visuais ou auditivas. A investigação sorológica confirma infecção por *Treponema pallidum*. Com relação ao diagnóstico, à transmissibilidade e ao tratamento, analise as afirmativas e assinale a alternativa correta.

I. O quadro é compatível com sífilis secundária; nessa fase, manifestações cutâneas podem ser disseminadas e envolver palmas e plantas, e condilomas planos (*condylomata lata*) podem ocorrer em áreas úmidas e intertriginosas.
II. As lesões mucocutâneas da sífilis secundária contêm numerosos treponemas e são potencialmente infectantes; portanto, o contato direto com essas lesões pode participar da transmissão de *T. pallidum*.
III. Como houve disseminação hematogênica e múltiplas lesões cutâneas, o tratamento recomendado deve necessariamente incluir três doses semanais de penicilina G benzatina, independentemente da duração documentada da infecção.
IV. Na ausência de manifestações neurológicas, o paciente não necessita de punção lombar rotineira apenas por apresentar sífilis secundária.

(A) Apenas as afirmativas I e III estão corretas.
(B) Apenas as afirmativas I, II e IV estão corretas.
(C) Apenas as afirmativas II, III e IV estão corretas.
(D) Todas as alternativas estão corretas.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE (UFCSPA)
SANTA CASA DE PORTO ALEGRE

PROCESSO SELETIVO PARA RESIDÊNCIA MÉDICA — ANO 2027

RESIDÊNCIA MÉDICA COM PRÉ-REQUISITO - HMV
PRM INFECTOLOGIA HOSPITALAR

Nome:_____

Nº de Inscrição: | | | | | | |

Instruções

- Confira o material recebido (CADERNO DE QUESTÕES e CARTÃO DE RESPOSTAS); se houver falha, solicite a substituição ao fiscal da sala.
- Após conferir seus dados no CARTÃO DE RESPOSTAS (NOME, Nº de INSCRIÇÃO e PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MÉDICA), assine no local indicado.
- Este caderno contém **30 questões de múltipla escolha,** com quatro alternativas (**A**, **B**, **C** e **D**), das quais somente uma será a correta.
- O cartão de respostas é o único documento válido para a correção da prova objetiva, sendo de responsabilidade do candidato sua guarda durante a prova, seu preenchimento e sua entrega ao fiscal de sala.
- Preencha o CARTÃO DE RESPOSTAS, com bastante atenção, à caneta esferográfica, azul ou preta, ponta grossa, marcando uma única alternativa em cada questão.
- Verifique, no CARTÃO DE RESPOSTAS, as instruções para preenchimento. Sob nenhuma circunstância, o cartão de respostas será substituído devido a erro, desatenção ou falha no preenchimento por parte do candidato.
- Durante a realização da prova, estão vedados o empréstimo de materiais, a comunicação entre candidatos ou terceiros, a utilização de quaisquer dispositivos, como máquina calculadora e/ou similares, livros, anotações, réguas de cálculo, impressos ou qualquer outro material de consulta.
- A prova objetiva terá duração de até **3 horas**, incluído o tempo para preenchimento do CARTÃO DE RESPOSTAS.
- Após o início da prova, o candidato deverá permanecer na sala pelo **tempo mínimo de 60 minutos**.
- Ao terminar a prova, o candidato devolverá ao fiscal da sala o CARTÃO DE RESPOSTAS.
- O candidato somente poderá levar o caderno de provas **quando estiver faltando 60 minutos para o término do tempo total de duração da prova.** Por razões de segurança, o candidato que sair antes desse horário não poderá copiar as suas respostas.
- Os dois últimos candidatos de cada sala de prova deverão permanecer no recinto, a fim de acompanhar o lacre do material, quando então poderão retirar-se do local após concluído o procedimento.

DIREITOS AUTORAIS RESERVADOS. PROIBIDA A REPRODUÇÃO, AINDA QUE PARCIAL, SEM AUTORIZAÇÃO PRÉVIA.

1. Pacientes submetidos à esplenectomia como parte de tratamento de neoplasias ou trauma perdem a capacidade do sistema reticuloendotelial de remover bactérias do organismo e, por isso, apresentam maior predisposição à infecção por determinados germes. Algumas bactérias encapsuladas são as maiores causadoras de sepse em pós-esplenectomizados. Sempre que possível, esses pacientes devem ser orientados a fazer vacina dirigida para essas bactérias. Entre as alternativas abaixo, qual germe NÃO se enquadra no cenário descrito?

(A) *Neisseria meningitidis*.
(B) *Streptococcus pneumoniae*.
(C) *Haemophilus influenzae*.
(D) *Staphylococcus aureus*.

---

2. Paciente de 60 anos, trabalhador rural, relata que alguns dias após limpar um galpão onde havia resíduos de roedores (ratos) iniciou com cefaleia intensa — especialmente retro-orbital — mialgias e conjuntivas hiperemiadas e apresentou febre e dor abdominal. Notou a pele mais amarelada e a urina mais escura. Ao exame, o paciente estava lúcido, orientado, prostrado e ictérico. Apresentou Tax 38°C, pressão arterial 120/80mmHg, FC 80bpm e FR 20irpm. Pulmões limpos e abdome doloroso com palpação do baço, sugerindo esplenomegalia. Em relação à patologia do paciente, analise as afirmativas e assinale a alternativa correta.

I. A lesão renal aguda pode cursar com ou sem oligúria após vários dias da doença.
II. Os casos mais graves podem necessitar diálise, mas a recuperação da função renal costuma ocorrer nos sobreviventes.
III. Caracteristicamente, os pacientes apresentam hipocalemia e hiponatremia.

(A) Apenas as afirmativas I e II estão corretas.
(B) Apenas as afirmativas II e III estão corretas.
(C) Apenas as afirmativas I e III estão corretas.
(D) Todas as afirmativas estão corretas.

---

3. Um paciente de 55 anos com histórico de bronquiectasias é admitido na UTI com pneumonia grave, necessitando de ventilação mecânica invasiva. Ele já havia sido hospitalizado há 2 meses por uma exacerbação infecciosa da bronquiectasia e recebeu ceftriaxona IV. Considerando isso, qual é a melhor estratégia terapêutica inicial?

(A) Iniciar ceftriaxona e azitromicina, pois a hospitalização isolada não é mais considerada um risco significativo para patógenos multirresistentes.
(B) Iniciar cobertura empírica para *P. aeruginosa* e para MRSA, devido ao histórico de bronquiectasias, hospitalização recente e uso de antibióticos.
(C) Prescrever apenas vancomicina caso o Gram de escarro mostre cocos gram-positivos em cachos, pois este é o único critério confiável para iniciar tratamento para MRSA.
(D) Realizar apenas PCR nasal para MRSA e aguardar o resultado antes de iniciar qualquer antibiótico, para evitar a pressão de seleção e resistência.

4. Uma paciente internada na UTI por choque séptico de origem urinária está em ventilação mecânica. No 5º dia, apresenta novo infiltrado radiológico e piora da oxigenação. Ela está recebendo ceftriaxona há 48 horas para a infecção urinária. O médico decide realizar uma coleta de secreção distal por lavado broncoalveolar protegido (LBAP) para cultura quantitativa. Considerando a técnica de cultura quantitativa e o uso prévio de antibióticos, assinale a alternativa correta.

(A) O limiar diagnóstico para o lavado broncoalveolar é de 1.000.000ufc/mL, o mesmo utilizado para o aspirado endotraqueal.
(B) O uso de um antibiótico eficaz nas últimas 24-48 horas pode reduzir a contagem de colônias abaixo do limiar diagnóstico, gerando um resultado falso-negativo.
(C) Se a cultura quantitativa revelar crescimento abaixo do limiar, a pneumonia não está confirmada e outro método deverá ser escolhido.
(D) A abordagem clínica pura é superior à quantitativa, pois elimina o risco de sobrediagnóstico causado pela colonização traqueal frequente.

---

5. Sobre a neutropenia e o manejo profilático em pacientes com neoplasia em tratamento quimioterápico, assinale a alternativa correta.

(A) O risco de infecção torna-se proporcional ao grau de neutropenia a partir do momento em que a contagem absoluta de neutrófilos (CAN) torna-se inferior a 500/µL.
(B) Pacientes com neutropenia prolongada, definida com uma CAN <500/µL por duas semanas ou mais, possuem risco aumentado para aspergilose invasiva e outros fungos filamentosos.
(C) A profilaxia com fluoroquinolonas, como o levofloxacino, é indicada para adultos com neutropenia profunda (CAN <500/µL) por um período superior a 14 dias.
(D) O isavuconazol é frequentemente recomendado como profilaxia em pacientes com leucemia mieloide aguda (LMA) por ter demonstrado eficácia superior ao posaconazol na prevenção de doenças fúngicas invasivas.

---

6. Considere um paciente com diagnóstico de endocardite infecciosa confirmado pelos critérios de Duke modificado. Ao ecocardiograma transesofágico, observa-se vegetação de 13mm em valva mitral nativa, associada à insuficiência mitral importante e fração de ejeção do ventrículo esquerdo de 40% (NYHA II). O paciente permanece febril após sete dias de antibioticoterapia guiada por antibiograma de hemoculturas periféricas. Com base nesse caso, assinale a alternativa correta.

(A) O achado de manchas de Janeway constitui manifestação imunológica da endocardite infecciosa.
(B) A identificação de vegetação ao ecocardiograma transesofágico constitui critério maior isoladamente suficiente para confirmação diagnóstica definitiva.
(C) Está indicada abordagem cirúrgica de urgência.
(D) Vegetações maiores que 10mm constituem contraindicação ao tratamento cirúrgico devido à mobilidade da vegetação e ao risco de ocorrência de eventos embólicos.

7. Cálculos urinários de estruvita, conhecidos como cálculos associados à infecção ou cálculos de fosfato triplo, podem crescer rapidamente e formar cálculos coraliformes. As seguintes bactérias são associadas a essa condição, EXCETO:

(A) *Proteus mirabilis*.
(B) *Klebsiella pneumoniae*.
(C) *E. coli.*
(D) *Staphylococcus epidermidis*.

---

8. Paciente feminina de 80 anos, 1,60cm, 70kg, assintomática, não utiliza medicamentos contínuos e realiza exames de revisão na UBS. Os resultados mostram piúria no exame qualitativo de urina (12 leucócitos/campo), creatinina de 1,3mg/dL (TFG calculada por CKD-EPI 41,6mL/min/1,73m²), glicose 82mg/dL e hemoglobina 12g/dL. Em relação ao caso apresentado, a conduta mais adequada é:

(A) Solicitar uma urocultura com antibiograma.
(B) Solicitar uma depuração de creatinina endógena em urina de 24h.
(C) Prescrever dose única de fosfomicina oral.
(D) Informar a paciente que ela não necessita de nenhuma medicação ou exame adicional.

---

9. Candidúria é observada com maior frequência nos pacientes em uso de sonda vesical (cateter urinário) por tempo prolongado, em ambiente de UTI, em uso de múltiplos antibióticos e, ainda, nos pacientes diabéticos. Em relação à candidúria, analise as afirmativas e assinale a alternativa correta.

I. A apresentação clínica varia da bacteriúria assintomática à sepse urinária.
II. A maioria dos casos se dá devido à *Candida albicans*.
III. O tratamento medicamentoso dos assintomáticos não é recomendado, pois não reduz recorrência ou nova infecção.

(A) Apenas as afirmativas I e II estão corretas.
(B) Apenas as afirmativas II e III estão corretas.
(C) Apenas as afirmativas I e III estão corretas.
(D) Todas as afirmativas estão corretas.

---

10. Em relação aos achados de imagem da tuberculose, é correto afirmar que:

(A) Na tuberculose primária, as linfonodomegalias hilares e mediastinais são mais comuns em crianças do que nos adultos.
(B) Os achados mais frequentes da tuberculose pós-primária na tomografia computadorizada são de múltiplos micronódulos não calcificados com distribuição randômica.
(C) Na tuberculose miliar, há predomínio de nódulos centrolobulares tipo "árvore em brotamento".
(D) Em todas as formas clínicas da tuberculose, o padrão predominante na tomografia computadorizada é de opacidades em “vidro-fosco” esparsas nos pulmões.

11. Homem de 58 anos encontra-se internado com endocardite infecciosa em valva nativa. As hemoculturas identificaram *Streptococcus pneumoniae*, e o antibiograma ainda está em processamento. Durante a internação, o paciente evolui com febre persistente, cefaleia intensa, rigidez de nuca e alteração do nível de consciência, levantando-se a suspeita de meningite associada. Considerando o tratamento antimicrobiano necessário, a conduta mais adequada é:

(A) Manter penicilina intravenosa em dose habitual para endocardite, pois a identificação do pneumococo dispensa modificação do esquema.
(B) Iniciar vancomicina associada à ceftriaxona, em doses apropriadas para meningite, mantendo esse esquema até a disponibilização dos resultados de suscetibilidade.
(C) Utilizar ceftriaxona em monoterapia, na dose habitual empregada para endocardite pneumocócica, independentemente da suscetibilidade do isolado.
(D) Suspender temporariamente os antimicrobianos até a confirmação microbiológica da meningite.

---

12. Paciente de 52 anos apresenta, há 48 horas, febre, alteração comportamental, déficit de memória recente, afasia e crise epiléptica focal. A ressonância magnética demonstra hipersinal assimétrico nas sequências FLAIR e de difusão nas regiões temporal medial e insular esquerdas. O líquido cefalorraquidiano apresenta pleocitose linfocitária, discreta hiperproteinorraquia e glicose normal. A PCR para vírus herpes simples no líquido cefalorraquidiano, coletado após 36 horas de sintomas, é negativa. O paciente recebeu aciclovir intravenoso nas últimas 24 horas. Considerando isso, a conduta mais adequada é:

(A) Suspender o aciclovir, pois a elevada sensibilidade da PCR torna improvável encefalite herpética diante de resultado negativo.
(B) Suspender o aciclovir por 48 horas e, posteriormente, repetir a PCR, evitando interferência do antiviral no resultado.
(C) Manter o aciclovir intravenoso e repetir a PCR no líquido cefalorraquidiano em 1 a 3 dias, caso não seja identificado diagnóstico alternativo.
(D) Substituir o aciclovir por foscarnet, pois a PCR negativa durante o tratamento sugere resistência antiviral.

13. As cefalosporinas apresentam diferenças importantes quanto ao espectro de atividade antimicrobiana entre seus diferentes representantes. Considerando os antimicrobianos abaixo e suas características, relacione as colunas e assinale a sequência correspondente.

(1) Cefazolina.
(2) Ceftriaxona.
(3) Ceftazidima.
(4) Cefepima.
(5) Ceftarolina.

( ) Cefalosporina de terceira geração com atividade contra *Pseudomonas aeruginosa*, porém com atividade relativamente limitada contra cocos gram-positivos quando comparada a outros representantes da mesma geração.
( ) Cefalosporina de primeira geração com boa atividade contra estreptococos e *Staphylococcus aureus* sensível à meticilina, amplamente utilizada, entre outras indicações, na profilaxia antimicrobiana cirúrgica.
( ) Cefalosporina de terceira geração com boa atividade contra diversos bacilos gram-negativos e excelente atividade contra pneumococo, com importante utilização em infecções comunitárias graves e infecções do sistema nervoso central.
( ) Cefalosporina de quarta geração que combina amplo espectro contra bacilos gram-negativos, incluindo *P. aeruginosa*, com atividade contra diversos cocos gram-positivos.
( ) Cefalosporina com atividade contra MRSA devido à capacidade de ligação à PBP2a, distinguindo-se das demais cefalosporinas apresentadas quanto à atividade contra esse patógeno.

(A) 3 - 1 - 2 - 4 - 5.
(B) 4 - 1 - 2 - 3 - 5.
(C) 3 - 2 - 1 - 4 - 5.
(D) 5 - 1 - 2 - 4 - 3.

14. Um homem de 32 anos procura atendimento por lesões cutâneas disseminadas há aproximadamente duas semanas, associadas a mal-estar, cefaleia e linfadenopatia cervical e inguinal. Nega prurido. Refere que, cerca de dois meses antes, apresentou pequena lesão ulcerada e indolor no pênis, que desapareceu espontaneamente sem tratamento. Ao exame, observam-se múltiplas lesões papuloescamosas simétricas, distribuídas pelo tronco e extremidades, incluindo palmas das mãos e plantas dos pés. Na região perianal, apresenta placas úmidas, elevadas e de superfície discretamente verrucosa. Não há alterações neurológicas, visuais ou auditivas. A investigação sorológica confirma infecção por *Treponema pallidum*. Com relação ao diagnóstico, à transmissibilidade e ao tratamento, analise as afirmativas e assinale a alternativa correta.

I. O quadro é compatível com sífilis secundária; nessa fase, manifestações cutâneas podem ser disseminadas e envolver palmas e plantas, e condilomas planos (*condylomata lata*) podem ocorrer em áreas úmidas e intertriginosas.
II. As lesões mucocutâneas da sífilis secundária contêm numerosos treponemas e são potencialmente infectantes; portanto, o contato direto com essas lesões pode participar da transmissão de *T. pallidum*.
III. Como houve disseminação hematogênica e múltiplas lesões cutâneas, o tratamento recomendado deve necessariamente incluir três doses semanais de penicilina G benzatina, independentemente da duração documentada da infecção.
IV. Na ausência de manifestações neurológicas, o paciente não necessita de punção lombar rotineira apenas por apresentar sífilis secundária.

(A) Apenas as afirmativas I e III estão corretas.
(B) Apenas as afirmativas I, II e IV estão corretas.
(C) Apenas as afirmativas II, III e IV estão corretas.
(D) Todas as alternativas estão corretas.

15. Um homem de 21 anos é avaliado por deterioração progressiva do desempenho acadêmico, alterações comportamentais e episódios de abalos musculares involuntários há aproximadamente quatro meses. Nas últimas semanas, evoluiu com dificuldade para deambular e comprometimento cognitivo progressivo. Não apresenta febre. A ressonância magnética do encéfalo demonstra alterações multifocais da substância branca. O eletroencefalograma evidencia complexos periódicos estereotipados. A investigação do líquido cefalorraquidiano demonstra títulos elevados de anticorpos contra o vírus do sarampo. Ao revisar sua história, verifica-se que o paciente apresentou sarampo confirmado durante a primeira infância. Considerando as complicações neurológicas associadas ao sarampo, analise as afirmativas e assinale a alternativa correta.

I. O quadro é compatível com panencefalite esclerosante subaguda, complicação progressiva do sistema nervoso central relacionada à persistência do vírus do sarampo, que pode se manifestar anos após a infecção primária.
II. A idade precoce no momento da infecção pelo sarampo está associada ao maior risco dessa complicação neurológica tardia.
III. A ausência de vírus infeccioso convencionalmente cultivável no sistema nervoso central exclui a etiologia relacionada ao sarampo, pois a doença depende de replicação viral produtiva contínua.
IV. A vacinação contra o sarampo reduz indiretamente a ocorrência dessa complicação ao prevenir a infecção natural pelo vírus.

(A) Apenas as afirmativas I e III estão corretas.
(B) Apenas as afirmativas I, II e IV estão corretas.
(C) Apenas as afirmativas II, III e IV estão corretas.
(D) Todas as afirmativas estão corretas.

16. Um homem de 67 anos, portador de prótese valvar aórtica implantada há 8 meses, procura atendimento por febre diária há 10 dias, astenia e inapetência. Ao exame, apresenta temperatura de 38,3°C, pressão arterial de 118/72mmHg e novo sopro sistólico. Não há outro foco infeccioso evidente. Antes do início da antibioticoterapia, foram coletados três conjuntos de hemoculturas por venopunções periféricas distintas, com volume adequado. Após incubação em sistema automatizado, houve crescimento de *Staphylococcus epidermidis* com o mesmo perfil de suscetibilidade nos três conjuntos, com sinalização de positividade em aproximadamente 14 - 16 horas. Considerando a interpretação das hemoculturas e o significado clínico dos estafilococos coagulase-negativos (ECN), analise as afirmativas e assinale a alternativa correta.

I. O isolamento de *S. epidermidis* deve ser considerado contaminação até prova em contrário, independentemente do número de conjuntos positivos, pois ECN pertencem à microbiota cutânea.
II. O crescimento do mesmo microrganismo em múltiplas amostras obtidas de venopunções distintas aumenta a probabilidade de bacteremia verdadeira em comparação ao crescimento isolado em apenas um frasco ou conjunto.
III. O tempo para positividade pode contribuir para a interpretação da hemocultura, pois um crescimento relativamente precoce pode refletir maior carga bacteriana; entretanto, esse parâmetro não deve ser interpretado isoladamente para distinguir contaminação de bacteremia verdadeira.
IV. A presença de material protético intracardíaco modifica substancialmente a interpretação do isolamento de ECN, pois esses microrganismos podem causar infecções associadas a dispositivos e material protético.

(A) Apenas as afirmativas II e III estão corretas.
(B) Apenas as afirmativas I e IV estão corretas.
(C) Apenas as afirmativas II, III e IV estão corretas.
(D) Todas as afirmativas estão corretas.

17. Um paciente de 74 anos encontra-se internado em enfermaria por insuficiência cardíaca descompensada, sem diagnóstico de doença infectocontagiosa e sem indicação de precauções adicionais. Durante o banho no leito e os cuidados de higiene, o profissional de saúde deverá aplicar as precauções-padrão. Considerando isso, analise as afirmativas e assinale a alternativa correta.

I. A higiene das mãos deve ser realizada nos momentos indicados, independentemente do uso de luvas durante o cuidado.
II. Luvas devem ser utilizadas quando houver possibilidade de contato com sangue, secreções, excreções, mucosas ou pele não íntegra.
III. Avental, máscara e proteção ocular devem ser utilizados de acordo com a avaliação do risco de exposição ou respingos durante o procedimento, não sendo obrigatórios em todos os banhos no leito.
IV. Na ausência de diagnóstico de infecção transmissível, as precauções-padrão podem ser dispensadas, desde que o paciente não apresente secreções visíveis.

(A) Apenas as afirmativas I, II e III estão corretas.
(B) Apenas as afirmativas II, III e IV estão corretas.
(C) Apenas as afirmativas I e II estão corretas.
(D) Todas as afirmativas estão corretas.

---

18. Uma mulher de 29 anos procura atendimento no quarto dia de doença, com história de febre alta, cefaleia, mialgia e dor retro-orbitária. Nas últimas 12 horas, apresentou defervescência, porém evoluiu com dor abdominal intensa e contínua, três episódios de vômitos e tontura ao se levantar. Ao exame, encontra-se consciente e orientada, com pressão arterial de 108/72mmHg, frequência cardíaca de 96bpm, tempo de enchimento capilar de 2 segundos e extremidades aquecidas. Não apresenta sangramento espontâneo. Considerando a evolução clínica da dengue, assinale a alternativa correta.

(A) A defervescência associada à estabilidade hemodinâmica indica início da fase de recuperação; na ausência de sangramento, a paciente pode receber alta com hidratação oral e reavaliação ambulatorial.
(B) A paciente apresenta dengue grave, pois a presença de dor abdominal intensa e vômitos persistentes é suficiente para caracterizar extravasamento plasmático grave, independentemente da presença de choque ou disfunção orgânica.
(C) A ausência de hipotensão arterial exclui evolução para choque por dengue, uma vez que a redução da pressão arterial sistólica constitui manifestação precoce e necessária para o diagnóstico de comprometimento circulatório.
(D) A paciente apresenta sinais de alarme e encontra-se no período em que pode ocorrer a fase crítica da dengue; deve ser avaliada quanto a extravasamento plasmático e alteração hemodinâmica, com monitorização clínica e laboratorial e manejo apropriado.

19. Um homem de 68 anos, com diabetes mellitus tipo 2, é admitido no pronto-socorro com febre, tosse produtiva e confusão mental. Ao exame, apresenta pressão arterial de 78/45mmHg, frequência cardíaca de 122bpm, frequência respiratória de 30irpm e saturação periférica de oxigênio de 89% em ar ambiente. A radiografia de tórax evidencia consolidação extensa em lobo inferior direito. Após reposição volêmica inicial, mantém hipotensão, sendo necessária a introdução de noradrenalina. Em relação ao manejo antimicrobiano inicial desse paciente, analise as afirmativas e assinale a alternativa correta.

I. A antibioticoterapia empírica deve ser iniciada prontamente, pois o atraso no tratamento de uma infecção grave associada a choque pode contribuir para pior prognóstico.
II. A obtenção de culturas microbiológicas, incluindo hemoculturas, deve ser realizada preferencialmente antes do início dos antimicrobianos, desde que sua coleta não determine atraso clinicamente relevante no tratamento.
III. Como o foco pulmonar está estabelecido radiologicamente, a identificação do agente etiológico por cultura ou teste molecular deve preceder o início da antibioticoterapia, permitindo maior precisão terapêutica e menor pressão seletiva de resistência.
IV. A escolha inicial do antimicrobiano deve considerar, além do provável foco infeccioso, fatores do hospedeiro, exposições prévias a antimicrobianos e fatores de risco para patógenos resistentes, com posterior ajuste do esquema conforme os dados microbiológicos e a evolução clínica.

(A) Apenas as afirmativas I e III estão corretas.
(B) Apenas as afirmativas I, II e IV estão corretas.
(C) Apenas as afirmativas II, III e IV estão corretas.
(D) Todas as afirmativas estão corretas.

---

20. Uma criança de 5 anos de idade, sexo feminino, com diagnóstico clínico de mononucleose infecciosa há 5 dias, retorna ao pronto atendimento com queixa de roncos intensos durante o sono e episódios de apneia observados pelos pais. Ao exame físico, apresenta amígdalas extremamente hipertróficas (grau IV) que se tocam na linha média, associadas a edema periorbitário e obstrução nasal importante. Ao avaliar a gravidade da obstrução das vias aéreas superiores na paciente, qual é a conduta recomendada pelo protocolo de manejo do vírus Epstein-Barr para reduzir a morbidade imediata?

(A) Início imediato de aciclovir intravenoso para reduzir a carga viral e o tamanho das amígdalas.
(B) Administração de imunoglobulina humana inespecífica para neutralizar os linfócitos T citotóxicos ativados.
(C) Amigdalectomia de urgência, dado que a hipertrofia linfoide na mononucleose é irreversível sem intervenção cirúrgica.
(D) Uso de corticosteroides (como prednisona ou dexametasona) para reduzir o edema linfoide e a obstrução respiratória.

21. Mulher de 78 anos está internada no sétimo dia de pós-operatório de artroplastia de quadril, em uso de cateter vesical de demora desde a cirurgia. Encontra-se afebril durante toda a internação, sem disúria, dor suprapúbica, dor lombar ou alteração do estado geral. Uma urocultura de rotina colhida pela equipe assistencial revelou *Escherichia coli* produtora de beta-lactamase de espectro estendido (ESBL), com contagem de 10^5UFC/mL. Hemograma e função renal normais. A conduta mais adequada é:

(A) Prescrever meropenem por sete dias, orientado pelo perfil de resistência do isolado.
(B) Prescrever nitrofurantoína por cinco dias, opção de menor dano colateral.
(C) Trocar o cateter vesical e repetir a urocultura em 48 horas para definir a conduta.
(D) Não prescrever antimicrobiano, por se tratar de bacteriúria assintomática.

---

22. Homem de 34 anos, no décimo dia após transplante alogênico de células-tronco hematopoéticas, apresentou febre de 38,7°C com neutrófilos de 150/mm³. Após exame físico dirigido às portas de entrada bacterianas e coleta de hemoculturas, foi iniciada antibioticoterapia de amplo espectro com cobertura antipseudomonas. Decorridas 96 horas, o paciente mantém picos febris diários. Encontra-se hemodinamicamente estável, sem novos sinais localizatórios; as hemoculturas permanecem negativas, e os neutrófilos seguem em 120/mm³. Recebeu profilaxia antifúngica desde o condicionamento. A conduta mais adequada é:

(A) Escalonar o antibacteriano para um carbapenêmico, uma vez que a febre persiste.
(B) Investigar ativamente doença fúngica invasiva e considerar modificação do esquema antifúngico.
(C) Associar vancomicina ao esquema vigente, uma vez que a febre persiste.
(D) Substituir o esquema atual por amicacina em monoterapia, guiada por níveis séricos.

---

23. Mulher de 24 anos, no sétimo dia de pós-operatório de cirurgia de mama, procura a emergência, pois há três dias tem febre alta, mialgia intensa, náuseas, vômitos e diarreia, evoluindo com confusão mental nas últimas horas. Ao exame: temperatura axilar 39,5°C, PA 82/48mmHg, FC 128bpm e FR 26irpm. Apresenta exantema eritematoso difuso, com aspecto de queimadura solar, acometendo face, tronco e extremidades, além de hiperemia conjuntival e de mucosa oral. A ferida operatória tem discreta hiperemia, sem drenagem espontânea evidente. Exames: creatinina 3,2mg/dL (prévia de 0,8mg/dL), ureia 78mg/dL, plaquetas 96.000/mm³ e CPK elevada. Hemoculturas colhidas. A conduta mais adequada é:

(A) Iniciar vancomicina com clindamicina e explorar cirurgicamente a ferida operatória.
(B) Iniciar ceftriaxona com doxiciclina e explorar cirurgicamente a ferida operatória.
(C) Iniciar vancomicina com clindamicina e postergar a exploração da ferida operatória.
(D) Iniciar piperacilina-tazobactam isolada e explorar cirurgicamente a ferida operatória.

24. Homem de 41 anos apresenta, há três semanas, cefaleia progressiva, febre baixa vespertina e perda ponderal e, na última semana, lentificação e desatenção. Ao exame, está lúcido e orientado, com discreta rigidez de nuca, sem déficit focal e sem papiledema. Foi realizada punção lombar: pressão de abertura 240mmH_2O; 180células/µL com 85% de linfócitos; glicose liquórica 26mg/dL com glicemia simultânea de 98mg/dL; e proteína 165mg/dL. Bacterioscopia negativa. Diante disso, é CORRETO afirmar que o perfil liquórico é compatível com:

(A) Meningite viral, na qual a glicose liquórica costuma se manter normal.
(B) Meningite bacteriana aguda, em que há predomínio de neutrófilos no líquor.
(C) Meningite fúngica ou tuberculosa, que cursam com pleocitose linfocítica e hipoglicorraquia.
(D) Meningite parasitária, caracterizada por eosinofilia liquórica acentuada.

---

25. Homem de 64 anos está no 12º dia de internação em terapia intensiva após laparotomia por perfuração de cólon. Recebe nutrição parenteral por cateter venoso central e completou dez dias de antibioticoterapia de amplo espectro. Mantém febre de 38,5°C e leucocitose. Uma hemocultura de sangue periférico isolou *Candida albicans*. Encontra-se hemodinamicamente estável, sem neutropenia, sem queixas visuais e sem sopro cardíaco. A conduta mais adequada é:

(A) Iniciar equinocandina, remover o cateter venoso central e solicitar exame oftalmológico.
(B) Repetir a hemocultura antes de tratar, pois um único frasco positivo sugere contaminação.
(C) Iniciar fluconazol devido ao perfil de suscetibilidade das *C. albicans* e manter o cateter, reservando a remoção para a falha terapêutica.
(D) Iniciar equinocandina e dispensar o exame oftalmológico na ausência de queixa visual.

---

26. Homem de 52 anos está no 35º dia de transplante renal de doador falecido. As sorologias pré-transplante mostravam doador CMV IgG positivo e receptor CMV IgG negativo. O serviço adota, para esse perfil, monitorização semanal da carga viral de CMV em sangue, sem profilaxia antiviral universal. O paciente está assintomático, com boa função do enxerto e hemograma normal. A carga viral de CMV, antes indetectável, tornou-se detectável e ascendente em duas amostras semanais consecutivas. A conduta mais adequada é:

(A) Manter apenas a monitorização semanal, uma vez que o paciente está assintomático.
(B) Iniciar letermovir, por seu melhor perfil de toxicidade medular em relação ao ganciclovir.
(C) Iniciar tratamento antiviral com ganciclovir.
(D) Solicitar IgM anti-CMV para confirmar infecção ativa antes de iniciar o tratamento.

27. Mulher de 45 anos reside em município com circulação simultânea de dengue, chikungunya e Zika. Há quatro dias, apresentou início abrupto de febre alta, acompanhada de poliartralgia intensa e simétrica em punhos, mãos, tornozelos e pés, com edema articular visível e limitação funcional que a impede de trabalhar. No terceiro dia, surgiu exantema maculopapular em tronco e membros, coincidindo com a queda da febre. Refere ainda cefaleia, hiperemia conjuntival e fotofobia; nega prurido importante. Exames: leucócitos 3.600/mm³ com linfopenia, plaquetas 148.000/mm³, AST discretamente elevada e proteína C-reativa elevada. Prova do laço negativa, sem sangramentos. A hipótese diagnóstica mais provável e o desfecho a ser antecipado são:

(A) Chikungunya, com risco de artrite ou artralgia crônica incapacitante.
(B) Dengue, com risco de extravasamento plasmático a partir da defervescência.
(C) Zika, com risco de manifestações oculares e auditivas tardias.
(D) Dengue, com risco de disfunção hepática e renal progressivas.

---

28. Homem de 47 anos, com leucemia mieloide aguda, encontra-se no 16º dia de neutropenia após quimioterapia de indução, com neutrófilos de 90/mm³. Está há seis dias em antibioticoterapia de amplo espectro com cobertura antipseudomonas, mantendo febre diária. Passa a referir dor torácica pleurítica à direita e tosse seca. Tomografia de tórax demonstra dois nódulos pulmonares circundados por halo de atenuação em vidro fosco. Galactomanana sérica reagente em duas amostras. Não recebeu profilaxia antifúngica com cobertura para fungos filamentosos. A conduta mais adequada é:

(A) Iniciar voriconazol como terapia antifúngica primária.
(B) Iniciar anfotericina B lipossomal como terapia antifúngica primária.
(C) Iniciar caspofungina em monoterapia como terapia antifúngica primária.
(D) Postergar o antifúngico até o resultado da cultura do lavado broncoalveolar.

29. Homem de 34 anos é internado com cefaleia holocraniana há três semanas, febre vespertina, vômitos e, nos últimos dias, sonolência e desatenção. A punção lombar revela 210células/µL, com predomínio linfocitário, glicorraquia de 24mg/dL (glicemia simultânea de 102mg/dL) e proteína de 180mg/dL. O teste rápido molecular no líquor detecta *Mycobacterium tuberculosis* sensível à rifampicina. Na mesma internação, confirma-se infecção pelo HIV, até então desconhecida. LT-CD4⁺ de 78células/µL e carga viral de 320.000cópias/mL. Foram iniciados esquema básico para tuberculose e dexametasona injetável. No quinto dia de tratamento, o paciente apresenta melhora do nível de consciência e da cefaleia, sem novas intercorrências. De acordo com o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Ministério da Saúde, a conduta correta quanto à terapia antirretroviral é:

(A) Iniciar em até sete dias, com tenofovir/lamivudina e dolutegravir 50mg uma vez ao dia.
(B) Iniciar em até sete dias, com tenofovir/lamivudina e dolutegravir 50mg de 12 em 12 horas.
(C) Iniciar entre a 4ª e a 6ª semana, com tenofovir/lamivudina e dolutegravir 50mg de 12 em 12 horas.
(D) Iniciar entre a 4ª e a 6ª semana, com tenofovir/lamivudina e dolutegravir 50mg uma vez ao dia.

---

30. Homem de 38 anos, pedreiro, vinha em investigação de dorsalgia progressiva há cinco meses, acompanhada de febre vespertina, sudorese noturna e perda de 8kg. Há uma semana, a ressonância magnética evidenciou espondilodiscite em T10-T11, com destruição dos platôs vertebrais e volumosa coleção paravertebral; a aspiração guiada por tomografia detectou *Mycobacterium tuberculosis* sensível à rifampicina. O tratamento ainda não havia sido iniciado. Retorna hoje à emergência com piora: nas últimas 36 horas, desenvolveu fraqueza progressiva nos membros inferiores, com força grau 3, hiperreflexia patelar e aquileia bilateral, nível sensitivo em T10 e retenção urinária. Nova ressonância demonstra extensão epidural da coleção, com compressão medular. Sorologia para HIV não reagente. Considerando o quadro apresentado, a conduta mais adequada é:

(A) Iniciar 2RHZE/4RH e indicar drenagem cirúrgica de urgência.
(B) Iniciar 2RHZE/4RH e manter conduta exclusivamente clínica, reservando a cirurgia à falha do tratamento.
(C) Iniciar 2RHZE/10RH e manter conduta exclusivamente clínica, reservando a cirurgia à falha do tratamento.
(D) Iniciar 2RHZE/10RH e indicar drenagem cirúrgica de urgência.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE (UFCSPA)
SANTA CASA DE PORTO ALEGRE

PROCESSO SELETIVO PARA RESIDÊNCIA MÉDICA — ANO 2027

RESIDÊNCIA MÉDICA COM PRÉ-REQUISITO - UFCSPA/SANTA CASA
PRM INFECTOLOGIA PEDIÁTRICA

Nome:_____

Nº de Inscrição: | | | | | | |

Instruções

- Confira o material recebido (CADERNO DE QUESTÕES e CARTÃO DE RESPOSTAS); se houver falha, solicite a substituição ao fiscal da sala.
- Após conferir seus dados no CARTÃO DE RESPOSTAS (NOME, Nº de INSCRIÇÃO e PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MÉDICA), assine no local indicado.
- Este caderno contém **30 questões de múltipla escolha,** com quatro alternativas (**A**, **B**, **C** e **D**), das quais somente uma será a correta.
- O cartão de respostas é o único documento válido para a correção da prova objetiva, sendo de responsabilidade do candidato sua guarda durante a prova, seu preenchimento e sua entrega ao fiscal de sala.
- Preencha o CARTÃO DE RESPOSTAS, com bastante atenção, à caneta esferográfica, azul ou preta, ponta grossa, marcando uma única alternativa em cada questão.
- Verifique, no CARTÃO DE RESPOSTAS, as instruções para preenchimento. Sob nenhuma circunstância, o cartão de respostas será substituído devido a erro, desatenção ou falha no preenchimento por parte do candidato.
- Durante a realização da prova, estão vedados o empréstimo de materiais, a comunicação entre candidatos ou terceiros, a utilização de quaisquer dispositivos, como máquina calculadora e/ou similares, livros, anotações, réguas de cálculo, impressos ou qualquer outro material de consulta.
- A prova objetiva terá duração de até **3 horas**, incluído o tempo para preenchimento do CARTÃO DE RESPOSTAS.
- Após o início da prova, o candidato deverá permanecer na sala pelo **tempo mínimo de 60 minutos**.
- Ao terminar a prova, o candidato devolverá ao fiscal da sala o CARTÃO DE RESPOSTAS.
- O candidato somente poderá levar o caderno de provas **quando estiver faltando 60 minutos para o término do tempo total de duração da prova.** Por razões de segurança, o candidato que sair antes desse horário não poderá copiar as suas respostas.
- Os dois últimos candidatos de cada sala de prova deverão permanecer no recinto, a fim de acompanhar o lacre do material, quando então poderão retirar-se do local após concluído o procedimento.

DIREITOS AUTORAIS RESERVADOS. PROIBIDA A REPRODUÇÃO, AINDA QUE PARCIAL, SEM AUTORIZAÇÃO PRÉVIA.

1. Mulher de 19 anos vem para aconselhamento após episódio recente de cistite já tratada. Quer saber que tipo de comportamento está associado ao risco de recorrência de cistites. Entre as alternativas a seguir, assinale a que apresenta o único fator de risco comprovado por evidências científicas.

(A) Hábito de banho de imersão.
(B) Não urinar após a relação sexual.
(C) Frequência da atividade sexual.
(D) Higiene perineal de trás para a frente após evacuar.

---

2. Pacientes submetidos à esplenectomia como parte de tratamento de neoplasias ou trauma perdem a capacidade do sistema reticuloendotelial de remover bactérias do organismo e, por isso, apresentam maior predisposição à infecção por determinados germes. Algumas bactérias encapsuladas são as maiores causadoras de sepse em pós-esplenectomizados. Sempre que possível, esses pacientes devem ser orientados a fazer vacina dirigida para essas bactérias. Entre as alternativas abaixo, qual germe NÃO se enquadra no cenário descrito?

(A) *Neisseria meningitidis.*
(B) *Streptococcus pneumoniae.*
(C) *Haemophilus influenzae.*
(D) *Staphylococcus aureus.*

---

3. Paciente de 60 anos, trabalhador rural, relata que alguns dias após limpar um galpão onde havia resíduos de roedores (ratos) iniciou com cefaleia intensa — especialmente retro-orbital — mialgias e conjuntivas hiperemiadas e apresentou febre e dor abdominal. Notou a pele mais amarelada e a urina mais escura. Ao exame, o paciente estava lúcido, orientado, prostrado e ictérico. Apresentou Tax 38°C, pressão arterial 120/80mmHg, FC 80bpm e FR 20irpm. Pulmões limpos e abdome doloroso com palpação do baço, sugerindo esplenomegalia. Em relação à patologia do paciente, analise as afirmativas e assinale a alternativa correta.

I. A lesão renal aguda pode cursar com ou sem oligúria após vários dias da doença.
II. Os casos mais graves podem necessitar diálise, mas a recuperação da função renal costuma ocorrer nos sobreviventes.
III. Caracteristicamente, os pacientes apresentam hipocalemia e hiponatremia.

(A) Apenas as afirmativas I e II estão corretas.
(B) Apenas as afirmativas II e III estão corretas.
(C) Apenas as afirmativas I e III estão corretas.
(D) Todas as afirmativas estão corretas.

4. A respeito das associações entre agentes infecciosos e linfomas, relacione as colunas e assinale a sequência correspondente.

(1) Epstein-Barr vírus.
(2) HTLV-1.
(3) Vírus da Hepatite C.

(A) Linfoma linfoplasmocítico.
(B) Linfoma de Hodgkin.
(C) Linfoma de células T adulto.

(A) 1b, 2c, 3a
(B) 1a, 2b, 3c
(C) 1c, 2a, 3b
(D) 1b, 2a, 3c

---

5. Sobre a neutropenia e o manejo profilático em pacientes com neoplasia em tratamento quimioterápico, assinale a alternativa correta.

(A) O risco de infecção torna-se proporcional ao grau de neutropenia a partir do momento em que a contagem absoluta de neutrófilos (CAN) torna-se inferior a 500/µL.
(B) Pacientes com neutropenia prolongada, definida com uma CAN <500/µL por duas semanas ou mais, possuem risco aumentado para aspergilose invasiva e outros fungos filamentosos.
(C) A profilaxia com fluoroquinolonas, como o levofloxacino, é indicada para adultos com neutropenia profunda (CAN <500/µL) por um período superior a 14 dias.
(D) O isavuconazol é frequentemente recomendado como profilaxia em pacientes com leucemia mieloide aguda (LMA) por ter demonstrado eficácia superior ao posaconazol na prevenção de doenças fúngicas invasivas.

---

6. Mulher de 42 anos foi diagnosticada recentemente com lúpus eritematoso sistêmico (LES). Foi prescrita prednisona 40mg/dia por um período previsto de 60 dias. A paciente está assintomática do ponto de vista respiratório e possui radiografia de tórax normal. Nega histórico de tratamento para tuberculose ou contatos recentes com casos bacilíferos. Considerando esse caso, assinale a alternativa correta.

(A) Iniciar o tratamento da ILTB imediatamente, independentemente de exames, devido à dose de corticoide superior a 15mg/dia.
(B) Não realizar exames nem tratar a ILTB, pois a paciente não possui histórico de contato com casos de tuberculose ativa.
(C) Realizar a prova tuberculínica (PT) ou IGRA; se o resultado for positivo (PT ≥ 5mm ou IGRA positivo), indicar o tratamento da ILTB.
(D) Realizar a prova tuberculínica (PT); se o resultado for entre 5mm e 9mm, repetir o exame em 8 semanas para verificar se houve conversão antes de tratar.

7. Um paciente de 55 anos com histórico de bronquiectasias é admitido na UTI com pneumonia grave, necessitando de ventilação mecânica invasiva. Ele já havia sido hospitalizado há 2 meses por uma exacerbação infecciosa da bronquiectasia e recebeu ceftriaxona IV. Considerando isso, qual é a melhor estratégia terapêutica inicial?

(A) Iniciar ceftriaxona e azitromicina, pois a hospitalização isolada não é mais considerada um risco significativo para patógenos multirresistentes.
(B) Iniciar cobertura empírica para *P. aeruginosa* e para MRSA, devido ao histórico de bronquiectasias, hospitalização recente e uso de antibióticos.
(C) Prescrever apenas vancomicina caso o Gram de escarro mostre cocos gram-positivos em cachos, pois este é o único critério confiável para iniciar tratamento para MRSA.
(D) Realizar apenas PCR nasal para MRSA e aguardar o resultado antes de iniciar qualquer antibiótico, para evitar a pressão de seleção e resistência.

---

8. Uma paciente internada na UTI por choque séptico de origem urinária está em ventilação mecânica. No 5º dia, apresenta novo infiltrado radiológico e piora da oxigenação. Ela está recebendo ceftriaxona há 48 horas para a infecção urinária. O médico decide realizar uma coleta de secreção distal por lavado broncoalveolar protegido (LBAP) para cultura quantitativa. Considerando a técnica de cultura quantitativa e o uso prévio de antibióticos, assinale a alternativa correta.

(A) O limiar diagnóstico para o lavado broncoalveolar é de 1.000.000ufc/mL, o mesmo utilizado para o aspirado endotraqueal.
(B) O uso de um antibiótico eficaz nas últimas 24-48 horas pode reduzir a contagem de colônias abaixo do limiar diagnóstico, gerando um resultado falso-negativo.
(C) Se a cultura quantitativa revelar crescimento abaixo do limiar, a pneumonia não está confirmada e outro método deverá ser escolhido.
(D) A abordagem clínica pura é superior à quantitativa, pois elimina o risco de sobrediagnóstico causado pela colonização traqueal frequente.

9. Uma criança de 5 anos de idade, sexo feminino, com diagnóstico clínico de mononucleose infecciosa há 5 dias, retorna ao pronto atendimento com queixa de roncos intensos durante o sono e episódios de apneia observados pelos pais. Ao exame físico, apresenta amígdalas extremamente hipertróficas (grau IV) que se tocam na linha média, associadas a edema periorbitário e obstrução nasal importante. Ao avaliar a gravidade da obstrução das vias aéreas superiores na paciente, qual é a conduta recomendada pelo protocolo de manejo do vírus Epstein-Barr para reduzir a morbidade imediata?

(A) Início imediato de aciclovir intravenoso para reduzir a carga viral e o tamanho das amígdalas.
(B) Administração de imunoglobulina humana inespecífica para neutralizar os linfócitos T citotóxicos ativados.
(C) Amigdalectomia de urgência, dado que a hipertrofia linfoide na mononucleose é irreversível sem intervenção cirúrgica.
(D) Uso de corticosteroides (como prednisona ou dexametasona) para reduzir o edema linfoide e a obstrução respiratória.

---

10. Considere um paciente com diagnóstico de endocardite infecciosa confirmado pelos critérios de Duke modificado. Ao ecocardiograma transesofágico, observa-se vegetação de 13mm em valva mitral nativa, associada à insuficiência mitral importante e fração de ejeção do ventrículo esquerdo de 40% (NYHA II). O paciente permanece febril após sete dias de antibioticoterapia guiada por antibiograma de hemoculturas periféricas. Com base nesse caso, assinale a alternativa correta.

(A) O achado de manchas de Janeway constitui manifestação imunológica da endocardite infecciosa.
(B) A identificação de vegetação ao ecocardiograma transesofágico constitui critério maior isoladamente suficiente para confirmação diagnóstica definitiva.
(C) Está indicada abordagem cirúrgica de urgência.
(D) Vegetações maiores que 10mm constituem contraindicação ao tratamento cirúrgico devido à mobilidade da vegetação e ao risco de ocorrência de eventos embólicos.

11. Mulher de 31 anos, puérpera de 3 semanas, lactante, procura atendimento por dor intensa e febre há 3 dias. Refere início com sinais de mastite na mama esquerda, tratada com amamentação em livre demanda, compressas e cefalexina por 5 dias. No entanto, evoluiu com piora da dor, aumento do volume mamário e febre persistente. Ao exame: área de 5cm de diâmetro, eritematosa, endurecida, extremamente dolorosa e com flutuação evidente no quadrante inferior lateral da mama esquerda. Não há sinais sistêmicos de gravidade, e o bebê segue em aleitamento exclusivo. Considerando o quadro clínico apresentado, qual é a conduta mais adequada?

(A) Suspender imediatamente a amamentação, iniciar vancomicina endovenosa e programar drenagem cirúrgica em centro cirúrgico.
(B) Manter a amamentação, realizar ultrassonografia da mama e, se confirmado abscesso, iniciar drenagem percutânea associada a antibiótico oral.
(C) Introduzir corticoide oral e antibiótico, já que a flutuação pode ser manejada clinicamente em pacientes imunocompetentes.
(D) Encaminhar para internação hospitalar e drenagem cirúrgica com anestesia geral, interrompendo o aleitamento por risco de sepse neonatal.

---

12. Adolescente de 15 anos é admitido no pronto-socorro após ter sido picado por uma cobra em uma área rural. O paciente queixa-se de dor e inchaço no local da picada, acompanhados de equimose e sangramento na gengiva. Ao exame, o tempo de coagulação (TC) é incoagulável, ou seja, superior a 30 minutos. O paciente não apresenta outros sintomas sistêmicos. Com base nas informações do caso e nos exames realizados, qual é o tipo de acidente ofídico e o tratamento soroterápico adequado?

(A) Acidente crotálico, com indicação de soro anticrotálico, por causa do sangramento gengival.
(B) Acidente laquético, com indicação de soro antilaquético, por causa da dor e do edema no local da picada.
(C) Acidente botrópico, com indicação de soro antibotrópico, por causa da alteração no TC e nas manifestações locais.
(D) Acidente Micrurus, com indicação de soro antielapídico, pois o TC > 30 minutos classifica o quadro como grave.

---

13. Criança de 7 anos de idade com síndrome nefrótica (SN), em tratamento com prednisona há 4 semanas, é levada à emergência apresentando febre elevada, dor abdominal e prostração. PA 90×60mmHg, FC 140bpm e FR 26irpm. Abdome doloroso difusamente. Exame de urina: proteinúria +++. Considerando o caso descrito, qual é a principal hipótese e a conduta imediata?

(A) Peritonite bacteriana espontânea; iniciar ceftriaxona intravenosa após coleta de cultura.
(B) Trombose venosa mesentérica; solicitar angiotomografia.
(C) Sepse urinária; solicitar urocultura e iniciar cefazolina intravenosa.
(D) Descompensação da SN; aumentar dose de corticoide.

14. Um menino de 8 anos de idade, portador de comunicação interventricular (CIV) não corrigida, apresenta febre diária de 38,5°C há 8 dias, associada a cansaço e perda de apetite. Ao exame físico: paciente em regular estado geral, palidez cutânea, presença de sopro holossistólico em borda esternal esquerda (preexistente) e aparecimento de um novo sopro diastólico em foco aórtico. Observam-se pequenas lesões hemorrágicas não dolorosas em palmas das mãos e plantas dos pés. Considerando os Critérios de Duke modificados para o diagnóstico de endocardite infecciosa (EI), como se classifica o caso e qual é a interpretação dos achados físicos nas extremidades?

(A) EI definitiva; as lesões em palmas e plantas são manchas de Roth, que representam fenômenos imunológicos.
(B) EI possível; as lesões em palmas e plantas são nódulos de Osler, indicando vasculite por deposição de imunocomplexos.
(C) EI definitiva; as lesões em palmas e plantas são manchas de Janeway, caracterizadas como fenômenos vasculares embólicos.
(D) EI descartada; a presença de sopro preexistente invalida o critério de "novo sopro", independentemente das lesões cutâneas.

---

15. Candidúria é observada com maior frequência nos pacientes em uso de sonda vesical (cateter urinário) por tempo prolongado, em ambiente de UTI, em uso de múltiplos antibióticos e, ainda, nos pacientes diabéticos. Em relação à candidúria, analise as afirmativas e assinale a alternativa correta.

I. A apresentação clínica varia da bacteriúria assintomática à sepse urinária.
II. A maioria dos casos se dá devido à *Candida albicans*.
III. O tratamento medicamentoso dos assintomáticos não é recomendado, pois não reduz recorrência ou nova infecção.

(A) Apenas as afirmativas I e II estão corretas.
(B) Apenas as afirmativas II e III estão corretas.
(C) Apenas as afirmativas I e III estão corretas.
(D) Todas as afirmativas estão corretas.

16. Menino de 15 meses com queixa de irritabilidade, palidez e emagrecimento há 2 meses. Apresenta lesões azuladas periorbitárias e hepatomegalia. Ao exame: PA normal, FC 120bpm, sem febre. Ultrassonografia abdominal revela massa suprarrenal direita. Exames laboratoriais mostram aumento de catecolaminas urinárias. Considerando o caso descrito, qual é o diagnóstico mais provável?

(A) Linfoma de Burkitt.
(B) Tumor de Wilms.
(C) Neuroblastoma metastático.
(D) Hepatoblastoma com metástase.

---

17. Em relação à doença do refluxo gastroesofágico (DRGE) na criança, analise as afirmativas abaixo e assinale a alternativa correta.

I. O diagnóstico de DRGE é basicamente clínico.
II. Considera-se que a maioria dos episódios de refluxo em lactentes é não ácida ou fracamente ácida.
III. Em alguns pacientes pediátricos, a DRGE pode ser crônica, com risco de desenvolver sequelas mais graves, como esôfago de Barrett e adenocarcinoma de esôfago.

(A) Apenas as afirmativas I e II estão corretas.
(B) Apenas as afirmativas I e III estão corretas.
(C) Apenas as afirmativas II e III estão corretas.
(D) Todas as afirmativas estão corretas.

---

18. São sinais de gravidade da insuficiência respiratória:

I. Presença de exaustão.
II. Tosse contínua.
III. Palidez.
IV. Alteração de consciência.

(A) Apenas as afirmativas I, II e III estão corretas.
(B) Apenas as afirmativas I, II e IV estão corretas.
(C) Apenas as afirmativas I, III e IV estão corretas.
(D) Apenas as afirmativas II, III e IV estão corretas.

---

19. Criança de três meses apresenta, nas últimas 48 horas, um aumento da demanda de leite materno. A mãe, preocupada com a necessidade de diminuir o intervalo entre as mamadas e aumentar o tempo durante a amamentação, liga para o médico em busca de orientações sobre como proceder. Qual das orientações abaixo é a mais adequada para esse caso?

(A) Orientar a mãe a aumentar sua ingestão de líquidos (água) e prescrever metoclopramida para auxiliar no aumento da produção de leite.
(B) Iniciar a introdução de frutas para melhorar a saciedade e o aporte calórico da criança, juntamente com a manutenção do aleitamento materno.
(C) Complementar o aleitamento materno com fórmula láctea de partida para garantir um adequado aporte calórico e atendimento às necessidades da criança.
(D) Tranquilizar a mãe e observar o peso e comportamento da criança, pois pode tratar-se de um período de aceleração do crescimento, que se manifesta por um aumento da demanda de leite.

20. Menino de 2 anos, previamente hígido, é levado ao pronto atendimento por dor abdominal leve e em cólica há 24 horas, associada a fezes amolecidas com sangue vivo. A mãe relata que o episódio começou subitamente, sem febre, e que a criança apresenta palidez e prostração. Ao exame físico: PA 95/60mmHg, FC 112bpm e abdome levemente distendido e pouco doloroso difusamente à palpação, sem sinais de irritação peritoneal. Toque retal: presença de sangue vivo. Considerando o quadro apresentado, qual é o diagnóstico mais provável?

(A) Invaginação intestinal.
(B) Doença inflamatória intestinal.
(C) Divertículo de Meckel.
(D) Apendicite aguda atípica.

---

21. Um menino de 6 anos de idade apresenta púrpura palpável em membros inferiores, dor abdominal tipo cólica e artralgia de tornozelos. O diagnóstico clínico é de vasculite por IgA (púrpura de Henoch-Schönlein). Considerando a fisiopatologia, qual é o mecanismo imunopatológico central responsável pelas lesões vasculares observadas?

(A) Deposição de imunocomplexos contendo predominantemente IgA1 com glicosilação aberrante na parede de pequenos vasos.
(B) Produção de autoanticorpos anticitoplasma de neutrófilos (ANCA) que ativam a via alternativa do complemento.
(C) Infiltração direta de linfócitos T citotóxicos na túnica média de artérias de médio calibre, causando aneurismas.
(D) Deficiência congênita de proteínas reguladoras da coagulação, levando à microtrombose difusa sem componente inflamatório.

---

22. Uma criança de 6 anos com diagnóstico de asma apresenta exacerbação leve caracterizada por tosse, sibilos ocasionais e pequena limitação para brincar. Não apresenta sinais de gravidade nem necessidade de internação. Considerando a estratégia preferencial de alívio recomendada pelo GINA 2026, assinale a alternativa correta.

(A) O tratamento de alívio deve priorizar estratégias que ofereçam também ação anti-inflamatória.
(B) O tratamento ideal da crise consiste em utilizar broncodilatador de curta ação isoladamente.
(C) Corticosteroides inalatórios devem ser reservados apenas para pacientes com internações prévias.
(D) O principal objetivo do tratamento é melhorar sintomas.

23. Um recém-nascido de 25 dias foi encaminhado ao ambulatório especializado após triagem neonatal sugestiva de fibrose cística. Apresenta esteatorreia, ganho ponderal insatisfatório e elastase fecal compatível com insuficiência pancreática exócrina. Durante a discussão do caso, pela idade do paciente, um médico sugere aguardar a confirmação diagnóstica definitiva da fibrose cística antes de iniciar a terapia de reposição enzimática (TRE), enquanto outro defende seu início imediato. Considerando as recomendações da Sociedade Brasileira de Pediatria, qual é a melhor conduta?

(A) Aguardar a confirmação diagnóstica definitiva, pois a TRE pode interferir nos resultados dos testes diagnósticos para fibrose cística.
(B) Iniciar a TRE apenas após o início da alimentação complementar, quando a digestão de gorduras se torna mais complexa.
(C) Iniciar a TRE somente se houver perda ponderal superior a 10% do peso corporal.
(D) Iniciar a TRE imediatamente diante da evidência de insuficiência pancreática, mesmo antes da confirmação definitiva da fibrose cística.

24. Uma criança de 5 anos é atendida no pronto-socorro com febre há 48 horas, tosse, taquipneia e infiltrado pulmonar à radiografia de tórax, sendo diagnosticada com pneumonia adquirida na comunidade (PAC). O calendário vacinal está atualizado. Durante a investigação, a procalcitonina (PCT) sérica resulta em 0,08ng/mL. Considerando as evidências atuais sobre o uso da procalcitonina na PAC pediátrica, é correto afirmar que esse resultado:

(A) Reduz significativamente a probabilidade de pneumonia bacteriana, porque valores de PCT < 0,1ng/mL apresentam elevado valor preditivo negativo.
(B) Indica elevada probabilidade de etiologia viral, pois o alto valor preditivo negativo implica simultaneamente baixo valor preditivo positivo para pneumonia bacteriana.
(C) Torna desnecessária a avaliação radiológica e epidemiológica, pois o alto valor preditivo negativo da PCT supera o desempenho diagnóstico desses métodos.
(D) Praticamente exclui pneumonia bacteriana grave, mas não modifica a probabilidade de pneumonia bacteriana de menor gravidade.

25. Uma criança de 6 anos, previamente hígida, está internada por pneumonia adquirida na comunidade, complicada por derrame pleural parapneumônico loculado. Após drenagem torácica, a equipe discute as opções terapêuticas para acelerar a resolução do quadro. O cirurgião pediátrico sugere videotoracoscopia (VATS), enquanto o intensivista propõe drenagem associada à fibrinólise intrapleural. Com base nas evidências atuais, qual é a intervenção mais adequada para orientar a decisão terapêutica?

(A) A VATS deve ser sempre a primeira escolha, pois apresenta taxas de sucesso superiores às da fibrinólise em todos os estudos comparativos.
(B) A fibrinólise deve ser sempre preferida porque apresenta menor invasividade e resultados clínicos superiores à VATS.
(C) Tanto a VATS quanto a fibrinólise representam opções efetivas, devendo a escolha considerar experiência da equipe e a disponibilidade local.
(D) A presença de loculações pleurais contraindica o uso de fibrinolíticos, tornando a VATS a única alternativa terapêutica recomendada.

26. Um menino de 10 anos, previamente saudável, foi submetido à amputação transfemoral direita após acidente automobilístico ocorrido há 8 meses. Durante consulta de seguimento, apresenta peso medido de 36kg e estatura adequada para a idade. O interno calcula o IMC utilizando diretamente o peso aferido e conclui que o paciente apresenta eutrofia. O preceptor questiona essa conduta e solicita nova análise. Qual é a principal justificativa para essa intervenção?

(A) O peso aferido após amputação tende a superestimar o estado nutricional, exigindo correção antes da interpretação antropométrica.
(B) O peso aferido após amputação tende a subestimar o peso corporal de referência, devendo ser corrigido para estimar o peso não amputado antes da classificação nutricional.
(C) O índice de massa corporal não pode ser utilizado em pacientes amputados, independentemente da extensão da amputação.
(D) A avaliação nutricional de pacientes amputados deve basear-se exclusivamente na estatura, pois o peso perde validade clínica.

27. Paciente de 10 anos de idade é trazido por sua mãe à consulta de rotina com pediatra. A mãe conta ao pediatra que o paciente concluiu a avaliação psiquiátrica e foi diagnosticado com transtorno de hiperatividade e déficit de atenção. Ela pergunta ao pediatra por que o paciente tem esse transtorno, querendo entender quais são os fatores de risco para esse diagnóstico. Sobre isso, assinale a alternativa correta.

(A) A herdabilidade desse transtorno é extremamente baixa, pois poucos estudos encontraram associação familiar relacionada a ele.
(B) Existem alguns fatores de risco, tais como baixo peso ao nascer e prematuridade, que podem contribuir para a etiologia desse transtorno.
(C) O tabagismo materno oferece uma proteção para o desenvolvimento desse transtorno.
(D) Esse transtorno se caracteriza por uma falha na maturidade cerebral e é pouco provável que os sintomas de hiperatividade regridam com o desenvolvimento.

28. Um lactente de 4 meses apresenta diarreia crônica, baixo ganho ponderal e dermatite atópica extensa. Após investigação, foi diagnosticado com alergia à proteína do leite de vaca (APLV) associada a comprometimento importante do trato gastrintestinal. A mãe interrompeu o aleitamento materno por complicações clínicas próprias e necessita escolher uma alternativa alimentar. Dentre as seguintes propostas nutricionais, qual é a mais adequada para esse caso:

(A) Fórmula extensamente hidrolisada, por apresentar proteínas com reduzida antigenicidade e indicação para lactentes com APLV e comprometimento gastrointestinal.
(B) Fórmula à base de proteína isolada de soja, pois apresenta perfil proteico adequado e menor custo.
(C) Fórmula parcialmente hidrolisada, pois a hidrólise parcial reduz suficientemente a antigenicidade da proteína do leite.
(D) Composto lácteo enriquecido com vitaminas e minerais, pois fornece aporte nutricional semelhante ao das fórmulas infantis.

29. Sobre a conduta frente à presença de líquido amniótico meconial durante o atendimento ao RN em sala de parto, assinale a alternativa INCORRETA.

(A) A aspiração de orofaringe e nasofaringe ao desprendimento do polo cefálico do concepto não deve ser realizada.
(B) Se o RN é de termo, está respirando ou chorando e com tônus muscular em flexão, ele apresenta boa vitalidade e deve continuar junto de sua mãe depois do clampeamento do cordão.
(C) Se o RN for pré-termo tardio ou pós-termo, não iniciou movimentos respiratórios regulares ou apresenta tônus muscular flácido, é necessário levá-lo à mesa de reanimação e realizar os passos iniciais, sendo prudente incluir a aspiração de vias aéreas superiores.
(D) No RN levado à mesa de reanimação para os passos iniciais e que apresenta apneia, respiração irregular e/ou FC<100bpm, é fundamental a realização da laringoscopia direta imediata com aspiração traqueal.

30. Um recém-nascido com 38 semanas de idade gestacional, parto vaginal sem intercorrências, apresenta, ao exame físico realizado com 24 horas de vida, uma tumoração de consistência amolecida no couro cabeludo. A lesão ultrapassa as linhas de sutura cranianas e surgiu logo após o nascimento. O lactente encontra-se ativo, com exame neurológico normal. Sobre esse achado e sua interpretação, é correto afirmar que:

(A) Trata-se provavelmente de cefalohematoma, cuja principal característica é ultrapassar as linhas de sutura.
(B) Trata-se provavelmente de bossa serossanguínea (*caput succedaneum*), relacionada ao trauma do parto e com tendência à reabsorção rápida.
(C) Sugere hidrocefalia neonatal e deve motivar investigação imediata por neuroimagem.
(D) Abaulamento pode ser compatível com meningite neonatal, sendo necessária punção lombar.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE (UFCSPA)
SANTA CASA DE PORTO ALEGRE

PROCESSO SELETIVO PARA RESIDÊNCIA MÉDICA — ANO 2027

RESIDÊNCIA MÉDICA COM PRÉ-REQUISITO - UFCSPA/SANTA CASA
PRM ONCOLOGIA PEDIÁTRICA

Nome:_____

Nº de Inscrição: | | | | | | |

Instruções

- Confira o material recebido (CADERNO DE QUESTÕES e CARTÃO DE RESPOSTAS); se houver falha, solicite a substituição ao fiscal da sala.
- Após conferir seus dados no CARTÃO DE RESPOSTAS (NOME, Nº de INSCRIÇÃO e PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MÉDICA), assine no local indicado.
- Este caderno contém **30 questões de múltipla escolha,** com quatro alternativas (**A**, **B**, **C** e **D**), das quais somente uma será a correta.
- O cartão de respostas é o único documento válido para a correção da prova objetiva, sendo de responsabilidade do candidato sua guarda durante a prova, seu preenchimento e sua entrega ao fiscal de sala.
- Preencha o CARTÃO DE RESPOSTAS, com bastante atenção, à caneta esferográfica, azul ou preta, ponta grossa, marcando uma única alternativa em cada questão.
- Verifique, no CARTÃO DE RESPOSTAS, as instruções para preenchimento. Sob nenhuma circunstância, o cartão de respostas será substituído devido a erro, desatenção ou falha no preenchimento por parte do candidato.
- Durante a realização da prova, estão vedados o empréstimo de materiais, a comunicação entre candidatos ou terceiros, a utilização de quaisquer dispositivos, como máquina calculadora e/ou similares, livros, anotações, réguas de cálculo, impressos ou qualquer outro material de consulta.
- A prova objetiva terá duração de até **3 horas**, incluído o tempo para preenchimento do CARTÃO DE RESPOSTAS.
- Após o início da prova, o candidato deverá permanecer na sala pelo **tempo mínimo de 60 minutos**.
- Ao terminar a prova, o candidato devolverá ao fiscal da sala o CARTÃO DE RESPOSTAS.
- O candidato somente poderá levar o caderno de provas **quando estiver faltando 60 minutos para o término do tempo total de duração da prova.** Por razões de segurança, o candidato que sair antes desse horário não poderá copiar as suas respostas.
- Os dois últimos candidatos de cada sala de prova deverão permanecer no recinto, a fim de acompanhar o lacre do material, quando então poderão retirar-se do local após concluído o procedimento.

DIREITOS AUTORAIS RESERVADOS. PROIBIDA A REPRODUÇÃO, AINDA QUE PARCIAL, SEM AUTORIZAÇÃO PRÉVIA.

1. Sobre a micose fungoide, é correto afirmar que:

(A) É um linfoma cutâneo de células B.
(B) É um tipo de linfoma indolente que se apresenta como lesão eczematosa.
(C) Sua biópsia é de mais fácil interpretação e diagnóstico na fase precoce da doença cutânea.
(D) Também é chamada de síndrome de Sézary.

---

2. A respeito das associações entre agentes infecciosos e linfomas, relacione as colunas e assinale a sequência correspondente.

(1) Epstein-Barr vírus.
(2) HTLV-1.
(3) Vírus da Hepatite C.

(A) Linfoma linfoplasmocítico.
(B) Linfoma de Hodgkin.
(C) Linfoma de células T adulto.

(A) 1b, 2c, 3a
(B) 1a, 2b, 3c
(C) 1c, 2a, 3b
(D) 1b, 2a, 3c

---

3. Sobre as leucemias, assinale a alternativa correta.

(A) A leucemia linfocítica crônica é uma doença neoplásica da infância.
(B) A leucemia mieloide crônica corresponde a cerca de 70% das leucemias.
(C) A leucemia linfoide aguda é uma doença neoplásica infrequente nas crianças.
(D) A maioria das leucemias mieloides agudas são idiopáticas.

---

4. Sobre a neutropenia e o manejo profilático em pacientes com neoplasia em tratamento quimioterápico, assinale a alternativa correta.

(A) O risco de infecção torna-se proporcional ao grau de neutropenia a partir do momento em que a contagem absoluta de neutrófilos (CAN) torna-se inferior a 500/µL.
(B) Pacientes com neutropenia prolongada, definida com uma CAN <500/µL por duas semanas ou mais, possuem risco aumentado para aspergilose invasiva e outros fungos filamentosos.
(C) A profilaxia com fluoroquinolonas, como o levofloxacino, é indicada para adultos com neutropenia profunda (CAN <500/µL) por um período superior a 14 dias.
(D) O isavuconazol é frequentemente recomendado como profilaxia em pacientes com leucemia mieloide aguda (LMA) por ter demonstrado eficácia superior ao posaconazol na prevenção de doenças fúngicas invasivas.

5. Um paciente vem à consulta preocupado, pois foi detectado um nódulo pulmonar na sua tomografia de tórax. Considerando isso, assinale a alternativa correta.

(A) Para ser considerado um nódulo pulmonar solitário, deve apresentar-se como uma opacidade pulmonar arredondada, com diâmetro superior a 3cm, que pode estar associada a linfonodomegalias mediastinais ou atelectasias.
(B) A presença de calcificação do tipo central, difuso, laminado ou em "pipoca" no nódulo será um achado radiológico que sugere fortemente a natureza benigna da lesão.
(C) Se for um nódulo subsólido, especificamente um nódulo em vidro fosco puro, deverá ser imediatamente biopsiado, pois apresenta crescimento mais agressivo e tempo de duplicação mais curto que os nódulos sólidos.
(D) A estabilidade radiológica de um nódulo sólido por um período de 6 meses é critério suficiente para descartar definitivamente a malignidade, dispensando o acompanhamento posterior.

---

6. Menino de 6 anos, previamente saudável, é levado ao pronto atendimento com epistaxe leve e equimoses em membros inferiores há 24h. Exame físico: corado, ativo, sem hepatoesplenomegalia, sem sangramento mucoso. Plaquetas: 28.000/mm³. Não há história de sangramento grave anterior. Considerando o caso descrito, qual é a conduta inicial mais apropriada?

(A) Iniciar imunoglobulina intravenosa imediatamente.
(B) Realizar internação hospitalar e transfusão de plaquetas.
(C) Realizar acompanhamento ambulatorial com orientação de segurança.
(D) Prescrever corticoide oral por 7 dias e reavaliar.

---

7. Em relação aos tumores intracranianos, assinale a alternativa correta.

(A) O glioblastoma é o tumor intracraniano primário mais frequente e, tipicamente, apresenta características de tumor extra-axial.
(B) Os meningiomas são tumores extra-axiais e representam os tumores intracranianos primários não gliais mais frequentes em adultos.
(C) Os schwannomas vestibulares são tumores intra-axiais originados do parênquima cerebral.
(D) As metástases cerebrais são lesões únicas, apenas.

8. Menina de 10 meses tem história de diarreia intermitente e perda de peso nos últimos 45 dias. Pais referem que ela apresenta episódios de irritabilidade e hipertensão arterial nos últimos dias. Ao exame: PA 110×80mmHg, abdome distendido e presença de massa mal delimitada em flanco esquerdo. USG abdominal sugere lesão retroperitoneal de provável origem suprarrenal. Diante do caso descrito, assinale a alternativa que indica o exame mais útil para confirmar a principal hipótese diagnóstica.

(A) Dosagem urinária de catecolaminas (ácido vanilmandélico e ácido homovanílico).
(B) Tomografia de crânio.
(C) Alfafetoproteína (AFP).
(D) Biópsia hepática com agulha grossa.

---

9. Adolescente de 16 anos de idade, sexo feminino, apresenta sangramento gengival súbito e petéquias em membros inferiores. O mielograma confirma leucemia mieloide aguda (LMA). A falência medular observada (anemia, neutropenia e plaquetopenia) decorre primordialmente de qual processo?

(A) Destruição periférica autoimune das células sanguíneas maduras induzida por anticorpos produzidos pelos blastos.
(B) Sequestro esplênico maciço secundário à hepatoesplenomegalia, que impede a circulação de células maduras.
(C) Deficiência de eritropoetina e trombopoetina causada pela infiltração leucêmica no parênquima renal e hepático.
(D) Substituição do tecido hematopoiético normal por clones neoplásicos imaturos e liberação de citocinas inibitórias no microambiente medular.

---

10. Um paciente de 15 anos de idade, sexo masculino, apresenta-se com aumento de volume e dor lancinante em fêmur distal. O estudo histopatológico revela uma proliferação de células fusiformes malignas que produzem diretamente matriz óssea e tecido osteoide. Qual fator está diretamente relacionado ao desenvolvimento e à disseminação desse tumor?

(A) A disseminação tumoral é preferencialmente linfática, atingindo precocemente os linfonodos regionais antes de qualquer propagação hematogênica.
(B) A origem do tumor ocorre a partir de células progenitoras neuroectodérmicas que expressam o marcador CD99.
(C) O desenvolvimento tumoral está frequentemente associado a mutações no oncogene RB, especialmente em pacientes com histórico de retinoblastoma hereditário.
(D) A matriz óssea produzida pelo tumor é resultado de um processo inflamatório crônico decorrente de traumas físicos repetidos.

11. Sobre carcinoma adrenocortical (ACC), analise as afirmativas e assinale a alternativa correta.

I. Punção aspirativa por agulha fina (PAAF) é recomendada na investigação inicial de massas adrenais com suspeita de carcinoma adrenocortical, pois permite diferenciar lesões benignas e malignas.
II. O índice proliferativo Ki67 possui importante valor prognóstico no ACC, sendo valores ≥10% associados a pior prognóstico e maior risco de recorrência.
III. A maioria dos carcinomas adrenocorticais apresenta produção hormonal clinicamente evidente, sendo o excesso de aldosterona a manifestação funcional isolada mais frequente.

(A) Apenas a afirmativa I está correta.
(B) Apenas a afirmativa II está correta.
(C) Apenas a afirmativa III está correta.
(D) Todas as afirmativas estão corretas.

---

12. Sobre feocromocitoma, analise as afirmativas e assinale a alternativa correta.

I. A presença de cefaleia, palpitações e sudorese associadas à hipertensão constitui apresentação clássica sugestiva de feocromocitoma, presente em cerca de 1/3 dos casos.
II. Dosagens de metanefrinas plasmáticas ou urinárias fracionadas apresentam elevada sensibilidade diagnóstica, sendo particularmente úteis na investigação inicial.
III. Em pacientes com incidentaloma adrenal, lesão com atenuação <10 unidades Hounsfield (HU) na tomografia sem contraste torna o diagnóstico de feocromocitoma pouco provável.

(A) Apenas a afirmativa I está correta.
(B) Apenas as afirmativas I e II estão corretas.
(C) Apenas as afirmativas II e III estão corretas.
(D) Todas as afirmativas estão corretas.

---

13. Sobre câncer de tireoide, analise as afirmativas e assinale a alternativa correta.

I. O aumento da incidência de câncer de tireoide nas últimas décadas ocorreu principalmente à custa do diagnóstico de pequenos carcinomas papilíferos, sem aumento proporcional da mortalidade específica.
II. O carcinoma papilífero da tireoide é o tipo mais comum de câncer diferenciado da tireoide e apresenta disseminação preferencial pela via hemática.
III. A tireoglobulina é o principal marcador sérico utilizado no seguimento do carcinoma medular da tireoide.

(A) Apenas a afirmativa I está correta.
(B) Apenas as afirmativas I e II estão corretas.
(C) Apenas as afirmativas II e III estão corretas.
(D) Todas as afirmativas estão corretas.

14. Em relação aos achados de imagem dos tumores gástricos, assinale a alternativa correta.

(A) O adenocarcinoma gástrico geralmente apresenta crescimento exofítico exuberante com pouca infiltração da parede.
(B) Aproximadamente 70% dos GIST originam-se na mucosa gástrica, produzindo espessamento superficial difuso.
(C) O GIST frequentemente apresenta crescimento exofítico, podendo conter áreas de necrose e ulceração.
(D) O adenocarcinoma raramente determina espessamento parietal.

---

15. Considerando os "5 Momentos para Higienização das Mãos", qual é a melhor justificativa para essa orientação?

(A) A higienização das mãos sempre está indicada após contato com o paciente e superfícies ou equipamentos localizados em sua área de assistência.
(B) A higienização das mãos está indicada apenas quando ocorre exposição direta a fluidos corporais ou secreções.
(C) A higienização das mãos após contato com áreas próximas ao paciente é recomendada somente quando o paciente se encontra em isolamento.
(D) O contato com equipamentos próximos ao leito não representa risco de transmissão de microrganismos quando não há contato direto com o paciente.

---

16. Menino de 15 meses com queixa de irritabilidade, palidez e emagrecimento há 2 meses. Apresenta lesões azuladas periorbitárias e hepatomegalia. Ao exame: PA normal, FC 120bpm, sem febre. Ultrassonografia abdominal revela massa suprarrenal direita. Exames laboratoriais mostram aumento de catecolaminas urinárias. Considerando o caso descrito, qual é o diagnóstico mais provável?

(A) Linfoma de Burkitt.
(B) Tumor de Wilms.
(C) Neuroblastoma metastático.
(D) Hepatoblastoma com metástase.

17. Em relação à doença do refluxo gastroesofágico (DRGE) na criança, analise as afirmativas abaixo e assinale a alternativa correta.

I. O diagnóstico de DRGE é basicamente clínico.
II. Considera-se que a maioria dos episódios de refluxo em lactentes é não ácida ou fracamente ácida.
III. Em alguns pacientes pediátricos, a DRGE pode ser crônica, com risco de desenvolver sequelas mais graves, como esôfago de Barrett e adenocarcinoma de esôfago.

(A) Apenas as afirmativas I e II estão corretas.
(B) Apenas as afirmativas I e III estão corretas.
(C) Apenas as afirmativas II e III estão corretas.
(D) Todas as afirmativas estão corretas.

---

18. São sinais de gravidade da insuficiência respiratória:

I. Presença de exaustão.
II. Tosse contínua.
III. Palidez.
IV. Alteração de consciência.

(A) Apenas as afirmativas I, II e III estão corretas.
(B) Apenas as afirmativas I, II e IV estão corretas.
(C) Apenas as afirmativas I, III e IV estão corretas.
(D) Apenas as afirmativas II, III e IV estão corretas.

---

19. Criança de três meses apresenta, nas últimas 48 horas, um aumento da demanda de leite materno. A mãe, preocupada com a necessidade de diminuir o intervalo entre as mamadas e aumentar o tempo durante a amamentação, liga para o médico em busca de orientações sobre como proceder. Qual das orientações abaixo é a mais adequada para esse caso?

(A) Orientar a mãe a aumentar sua ingestão de líquidos (água) e prescrever metoclopramida para auxiliar no aumento da produção de leite.
(B) Iniciar a introdução de frutas para melhorar a saciedade e o aporte calórico da criança, juntamente com a manutenção do aleitamento materno.
(C) Complementar o aleitamento materno com fórmula láctea de partida para garantir um adequado aporte calórico e atendimento às necessidades da criança.
(D) Tranquilizar a mãe e observar o peso e comportamento da criança, pois pode tratar-se de um período de aceleração do crescimento, que se manifesta por um aumento da demanda de leite.

20. Menino de 2 anos, previamente hígido, é levado ao pronto atendimento por dor abdominal leve e em cólica há 24 horas, associada a fezes amolecidas com sangue vivo. A mãe relata que o episódio começou subitamente, sem febre, e que a criança apresenta palidez e prostração. Ao exame físico: PA 95/60mmHg, FC 112bpm e abdome levemente distendido e pouco doloroso difusamente à palpação, sem sinais de irritação peritoneal. Toque retal: presença de sangue vivo. Considerando o quadro apresentado, qual é o diagnóstico mais provável?

(A) Invaginação intestinal.
(B) Doença inflamatória intestinal.
(C) Divertículo de Meckel.
(D) Apendicite aguda atípica.

---

21. Um menino de 6 anos de idade apresenta púrpura palpável em membros inferiores, dor abdominal tipo cólica e artralgia de tornozelos. O diagnóstico clínico é de vasculite por IgA (púrpura de Henoch-Schönlein). Considerando a fisiopatologia, qual é o mecanismo imunopatológico central responsável pelas lesões vasculares observadas?

(A) Deposição de imunocomplexos contendo predominantemente IgA1 com glicosilação aberrante na parede de pequenos vasos.
(B) Produção de autoanticorpos anticitoplasma de neutrófilos (ANCA) que ativam a via alternativa do complemento.
(C) Infiltração direta de linfócitos T citotóxicos na túnica média de artérias de médio calibre, causando aneurismas.
(D) Deficiência congênita de proteínas reguladoras da coagulação, levando à microtrombose difusa sem componente inflamatório.

---

22. Uma criança de 6 anos com diagnóstico de asma apresenta exacerbação leve caracterizada por tosse, sibilos ocasionais e pequena limitação para brincar. Não apresenta sinais de gravidade nem necessidade de internação. Considerando a estratégia preferencial de alívio recomendada pelo GINA 2026, assinale a alternativa correta.

(A) O tratamento de alívio deve priorizar estratégias que ofereçam também ação anti-inflamatória.
(B) O tratamento ideal da crise consiste em utilizar broncodilatador de curta ação isoladamente.
(C) Corticosteroides inalatórios devem ser reservados apenas para pacientes com internações prévias.
(D) O principal objetivo do tratamento é melhorar sintomas.

23. Um recém-nascido de 25 dias foi encaminhado ao ambulatório especializado após triagem neonatal sugestiva de fibrose cística. Apresenta esteatorreia, ganho ponderal insatisfatório e elastase fecal compatível com insuficiência pancreática exócrina. Durante a discussão do caso, pela idade do paciente, um médico sugere aguardar a confirmação diagnóstica definitiva da fibrose cística antes de iniciar a terapia de reposição enzimática (TRE), enquanto outro defende seu início imediato. Considerando as recomendações da Sociedade Brasileira de Pediatria, qual é a melhor conduta?

(A) Aguardar a confirmação diagnóstica definitiva, pois a TRE pode interferir nos resultados dos testes diagnósticos para fibrose cística.
(B) Iniciar a TRE apenas após o início da alimentação complementar, quando a digestão de gorduras se torna mais complexa.
(C) Iniciar a TRE somente se houver perda ponderal superior a 10% do peso corporal.
(D) Iniciar a TRE imediatamente diante da evidência de insuficiência pancreática, mesmo antes da confirmação definitiva da fibrose cística.

---

24. Uma criança de 5 anos é atendida no pronto-socorro com febre há 48 horas, tosse, taquipneia e infiltrado pulmonar à radiografia de tórax, sendo diagnosticada com pneumonia adquirida na comunidade (PAC). O calendário vacinal está atualizado. Durante a investigação, a procalcitonina (PCT) sérica resulta em 0,08ng/mL. Considerando as evidências atuais sobre o uso da procalcitonina na PAC pediátrica, é correto afirmar que esse resultado:

(A) Reduz significativamente a probabilidade de pneumonia bacteriana, porque valores de PCT < 0,1ng/mL apresentam elevado valor preditivo negativo.
(B) Indica elevada probabilidade de etiologia viral, pois o alto valor preditivo negativo implica simultaneamente baixo valor preditivo positivo para pneumonia bacteriana.
(C) Torna desnecessária a avaliação radiológica e epidemiológica, pois o alto valor preditivo negativo da PCT supera o desempenho diagnóstico desses métodos.
(D) Praticamente exclui pneumonia bacteriana grave, mas não modifica a probabilidade de pneumonia bacteriana de menor gravidade.

25. Uma criança de 6 anos, previamente hígida, está internada por pneumonia adquirida na comunidade, complicada por derrame pleural parapneumônico loculado. Após drenagem torácica, a equipe discute as opções terapêuticas para acelerar a resolução do quadro. O cirurgião pediátrico sugere videotoracoscopia (VATS), enquanto o intensivista propõe drenagem associada à fibrinólise intrapleural. Com base nas evidências atuais, qual é a intervenção mais adequada para orientar a decisão terapêutica?

(A) A VATS deve ser sempre a primeira escolha, pois apresenta taxas de sucesso superiores às da fibrinólise em todos os estudos comparativos.
(B) A fibrinólise deve ser sempre preferida porque apresenta menor invasividade e resultados clínicos superiores à VATS.
(C) Tanto a VATS quanto a fibrinólise representam opções efetivas, devendo a escolha considerar experiência da equipe e a disponibilidade local.
(D) A presença de loculações pleurais contraindica o uso de fibrinolíticos, tornando a VATS a única alternativa terapêutica recomendada.

---

26. Um menino de 10 anos, previamente saudável, foi submetido à amputação transfemoral direita após acidente automobilístico ocorrido há 8 meses. Durante consulta de seguimento, apresenta peso medido de 36kg e estatura adequada para a idade. O interno calcula o IMC utilizando diretamente o peso aferido e conclui que o paciente apresenta eutrofia. O preceptor questiona essa conduta e solicita nova análise. Qual é a principal justificativa para essa intervenção?

(A) O peso aferido após amputação tende a superestimar o estado nutricional, exigindo correção antes da interpretação antropométrica.
(B) O peso aferido após amputação tende a subestimar o peso corporal de referência, devendo ser corrigido para estimar o peso não amputado antes da classificação nutricional.
(C) O índice de massa corporal não pode ser utilizado em pacientes amputados, independentemente da extensão da amputação.
(D) A avaliação nutricional de pacientes amputados deve basear-se exclusivamente na estatura, pois o peso perde validade clínica.

27. Paciente de 10 anos de idade é trazido por sua mãe à consulta de rotina com pediatra. A mãe conta ao pediatra que o paciente concluiu a avaliação psiquiátrica e foi diagnosticado com transtorno de hiperatividade e déficit de atenção. Ela pergunta ao pediatra por que o paciente tem esse transtorno, querendo entender quais são os fatores de risco para esse diagnóstico. Sobre isso, assinale a alternativa correta.

(A) A herdabilidade desse transtorno é extremamente baixa, pois poucos estudos encontraram associação familiar relacionada a ele.
(B) Existem alguns fatores de risco, tais como baixo peso ao nascer e prematuridade, que podem contribuir para a etiologia desse transtorno.
(C) O tabagismo materno oferece uma proteção para o desenvolvimento desse transtorno.
(D) Esse transtorno se caracteriza por uma falha na maturidade cerebral e é pouco provável que os sintomas de hiperatividade regridam com o desenvolvimento.

---

28. Um lactente de 4 meses apresenta diarreia crônica, baixo ganho ponderal e dermatite atópica extensa. Após investigação, foi diagnosticado com alergia à proteína do leite de vaca (APLV) associada a comprometimento importante do trato gastrintestinal. A mãe interrompeu o aleitamento materno por complicações clínicas próprias e necessita escolher uma alternativa alimentar. Dentre as seguintes propostas nutricionais, qual é a mais adequada para esse caso:

(A) Fórmula extensamente hidrolisada, por apresentar proteínas com reduzida antigenicidade e indicação para lactentes com APLV e comprometimento gastrointestinal.
(B) Fórmula à base de proteína isolada de soja, pois apresenta perfil proteico adequado e menor custo.
(C) Fórmula parcialmente hidrolisada, pois a hidrólise parcial reduz suficientemente a antigenicidade da proteína do leite.
(D) Composto lácteo enriquecido com vitaminas e minerais, pois fornece aporte nutricional semelhante ao das fórmulas infantis.

29. Sobre a conduta frente à presença de líquido amniótico meconial durante o atendimento ao RN em sala de parto, assinale a alternativa INCORRETA.

(A) A aspiração de orofaringe e nasofaringe ao desprendimento do polo cefálico do concepto não deve ser realizada.
(B) Se o RN é de termo, está respirando ou chorando e com tônus muscular em flexão, ele apresenta boa vitalidade e deve continuar junto de sua mãe depois do clampeamento do cordão.
(C) Se o RN for pré-termo tardio ou pós-termo, não iniciou movimentos respiratórios regulares ou apresenta tônus muscular flácido, é necessário levá-lo à mesa de reanimação e realizar os passos iniciais, sendo prudente incluir a aspiração de vias aéreas superiores.
(D) No RN levado à mesa de reanimação para os passos iniciais e que apresenta apneia, respiração irregular e/ou FC<100bpm, é fundamental a realização da laringoscopia direta imediata com aspiração traqueal.

---

30. Um recém-nascido com 38 semanas de idade gestacional, parto vaginal sem intercorrências, apresenta, ao exame físico realizado com 24 horas de vida, uma tumoração de consistência amolecida no couro cabeludo. A lesão ultrapassa as linhas de sutura cranianas e surgiu logo após o nascimento. O lactente encontra-se ativo, com exame neurológico normal. Sobre esse achado e sua interpretação, é correto afirmar que:

(A) Trata-se provavelmente de cefalohematoma, cuja principal característica é ultrapassar as linhas de sutura.
(B) Trata-se provavelmente de bossa serossanguínea (*caput succedaneum*), relacionada ao trauma do parto e com tendência à reabsorção rápida.
(C) Sugere hidrocefalia neonatal e deve motivar investigação imediata por neuroimagem.
(D) Abaulamento pode ser compatível com meningite neonatal, sendo necessária punção lombar.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE (UFCSPA)
SANTA CASA DE PORTO ALEGRE

PROCESSO SELETIVO PARA RESIDÊNCIA MÉDICA — ANO 2027

RESIDÊNCIA MÉDICA COM PRÉ-REQUISITO - UFCSPA/SANTA CASA
PRM OTORRINOLARINGOLOGISTA - R4

Nome:_____

Nº de Inscrição: | | | | | | |

Instruções

- Confira o material recebido (CADERNO DE QUESTÕES e CARTÃO DE RESPOSTAS); se houver falha, solicite a substituição ao fiscal da sala.
- Após conferir seus dados no CARTÃO DE RESPOSTAS (NOME, Nº de INSCRIÇÃO e PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MÉDICA), assine no local indicado.
- Este caderno contém **30 questões de múltipla escolha,** com quatro alternativas (**A**, **B**, **C** e **D**), das quais somente uma será a correta.
- O cartão de respostas é o único documento válido para a correção da prova objetiva, sendo de responsabilidade do candidato sua guarda durante a prova, seu preenchimento e sua entrega ao fiscal de sala.
- Preencha o CARTÃO DE RESPOSTAS, com bastante atenção, à caneta esferográfica, azul ou preta, ponta grossa, marcando uma única alternativa em cada questão.
- Verifique, no CARTÃO DE RESPOSTAS, as instruções para preenchimento. Sob nenhuma circunstância, o cartão de respostas será substituído devido a erro, desatenção ou falha no preenchimento por parte do candidato.
- Durante a realização da prova, estão vedados o empréstimo de materiais, a comunicação entre candidatos ou terceiros, a utilização de quaisquer dispositivos, como máquina calculadora e/ou similares, livros, anotações, réguas de cálculo, impressos ou qualquer outro material de consulta.
- A prova objetiva terá duração de até **3 horas**, incluído o tempo para preenchimento do CARTÃO DE RESPOSTAS.
- Após o início da prova, o candidato deverá permanecer na sala pelo **tempo mínimo de 60 minutos**.
- Ao terminar a prova, o candidato devolverá ao fiscal da sala o CARTÃO DE RESPOSTAS.
- O candidato somente poderá levar o caderno de provas **quando estiver faltando 60 minutos para o término do tempo total de duração da prova.** Por razões de segurança, o candidato que sair antes desse horário não poderá copiar as suas respostas.
- Os dois últimos candidatos de cada sala de prova deverão permanecer no recinto, a fim de acompanhar o lacre do material, quando então poderão retirar-se do local após concluído o procedimento.

DIREITOS AUTORAIS RESERVADOS. PROIBIDA A REPRODUÇÃO, AINDA QUE PARCIAL, SEM AUTORIZAÇÃO PRÉVIA.

1. Considerando as características da laringe do lactente, analise as afirmativas abaixo e assinale a alternativa correta.

I. A posição da laringe é mais alta do que no adulto.
II. O hioide posiciona-se sobre a cartilagem tireoide.
III. A cricoide situa-se na quarta vértebra cervical.
IV. A epiglote é mais verticalizada do que no adulto.

(A) Apenas as afirmativas I, II e III estão corretas.
(B) Apenas as afirmativas I, II e IV estão corretas.
(C) Apenas as afirmativas I, III e IV estão corretas.
(D) Apenas as afirmativas II, III e IV estão corretas.

---

2. Sobre os seios da face e seu desenvolvimento, analise as afirmativas abaixo e assinale a alternativa correta.

I. Os seios da face apresentam-se em continuidade com a cavidade nasal, ventilando e drenando o muco para os meatos médios e superiores do nariz.
II. O seio etmoidal poderá ser visualizado em exames de imagem em torno do segundo ano de vida.
III. O seio esfenoidal geralmente é pneumatizado por volta dos 15 anos de idade.
IV. Os seios frontais aparecem na idade de 7-8 anos, mas estarão completamente desenvolvidos apenas no final da adolescência.

(A) Apenas as afirmativas I, II e III estão corretas.
(B) Apenas as afirmativas I, II e IV estão corretas.
(C) Apenas as afirmativas I, III e IV estão corretas.
(D) Apenas as afirmativas II, III e IV estão corretas.

---

3. Homem de 62 anos, portador de DPOC e tabagista pesado (40 maços/ano), relata engasgos frequentes com líquidos e sensação de aspiração durante a alimentação. Na avaliação otorrinolaringológica, a nasofibrolaringoscopia não evidenciou massas nem alterações estruturais da laringe. A suspeita clínica é de falha no mecanismo reflexo de proteção da via aérea. Qual dos reflexos laríngeos abaixo está mais relacionado à prevenção de penetração e aspiração de conteúdo líquido para a traqueia?

(A) Reflexo de fechamento glótico.
(B) Reflexo respiratório.
(C) Reflexo secretomotor.
(D) Reflexo da tosse.

4. Uma criança de 5 anos de idade, sexo feminino, com diagnóstico clínico de mononucleose infecciosa há 5 dias, retorna ao pronto atendimento com queixa de roncos intensos durante o sono e episódios de apneia observados pelos pais. Ao exame físico, apresenta amígdalas extremamente hipertróficas (grau IV) que se tocam na linha média, associadas a edema periorbitário e obstrução nasal importante. Ao avaliar a gravidade da obstrução das vias aéreas superiores na paciente, qual é a conduta recomendada pelo protocolo de manejo do vírus Epstein-Barr para reduzir a morbidade imediata?

(A) Início imediato de aciclovir intravenoso para reduzir a carga viral e o tamanho das amígdalas.
(B) Administração de imunoglobulina humana inespecífica para neutralizar os linfócitos T citotóxicos ativados.
(C) Amigdalectomia de urgência, dado que a hipertrofia linfoide na mononucleose é irreversível sem intervenção cirúrgica.
(D) Uso de corticosteroides (como prednisona ou dexametasona) para reduzir o edema linfoide e a obstrução respiratória.

---

5. Mulher de 62 anos apresenta nódulo progressivamente crescente na região parotídea direita há seis meses. Nas últimas semanas, percebeu redução da movimentação da hemiface ipsilateral. Ao exame, a massa é endurecida, pouco móvel e mede aproximadamente 3cm. Não há sinais inflamatórios. Considerando isso, assinale a alternativa que descreve corretamente a interpretação e a conduta inicial desse quadro.

(A) A disfunção do nervo facial favorece tumor benigno, devendo-se optar por acompanhamento clínico.
(B) Na disfunção do nervo facial, a massa deve ser enucleada, pois a biópsia pré-operatória aumenta o risco de disseminação tumoral.
(C) O diagnóstico mais provável é tumor de Warthin, cuja transformação maligna é frequente e, por isso, deve ser removido.
(D) A disfunção do nervo facial favorece malignidade; deve-se realizar exame de imagem e punção aspirativa ou biópsia por agulha.

---

6. Homem de 48 anos apresenta massa cervical lateral direita, indolor e progressiva há três meses. Nega febre ou infecção recente. A ultrassonografia demonstra linfonodo predominantemente cístico, com 3,2cm, no nível II cervical. Ao exame da cavidade oral, não se identifica lesão evidente. Qual é a abordagem inicial mais apropriada?

(A) Prescrever antibioticoterapia empírica e reavaliar em três semanas.
(B) Realizar biópsia excisional do linfonodo como primeiro procedimento diagnóstico.
(C) Solicitar imagem cervical contrastada, realizar punção aspirativa do linfonodo e examinar endoscopicamente o trato aerodigestivo superior.
(D) Indicar cirurgia, pois a ultrassonografia sugere cisto branquial.

7. Paciente de 72 anos, diabético, apresenta otalgia intensa, predominantemente noturna, e otorreia persistente, apesar do uso de antibiótico tópico. A otoscopia revela tecido de granulação no assoalho do conduto auditivo externo, próximo à junção osteocartilaginosa. Exame neurológico mostra paresia facial ipsilateral. Qual é a melhor abordagem terapêutica?

(A) Obter culturas, avaliar a extensão por imagem e iniciar antibioticoterapia antipseudomonas sistêmica prolongada.
(B) Realizar limpeza do conduto e manter quinolona tópica, com acompanhamento ambulatorial semanal.
(C) Indicar mastoidectomia radical, pois a paresia facial demonstra comprometimento obrigatório da mastoide.
(D) Iniciar corticosteroide sistêmico para a paresia facial e associar antibioticoterapia tópica para a otorreia.

---

8. Paciente com otite média crônica colesteatomatosa apresenta episódios de vertigem desencadeados por pressão no trago e por sons intensos. A otoscopia revela bolsa de retração atical com debris queratínicos. Qual exame é mais apropriado para o planejamento operatório e qual estrutura deve ser cuidadosamente avaliada?

(A) Ressonância magnética convencional, para avaliar exclusivamente o nervo vestibulococlear.
(B) Radiografia simples de mastoide, para identificar erosão do estribo.
(C) Angiotomografia, para estudar primariamente a artéria carótida interna.
(D) Tomografia computadorizada de alta resolução dos ossos temporais, com atenção ao canal semicircular lateral.

---

9. Mulher de 61 anos apresenta crises breves de vertigem ao deitar-se e ao virar a cabeça para a direita. A manobra de Dix-Hallpike à direita provoca, após curta latência, nistagmo torsional e vertical para cima, fatigável. Qual é a conduta mais apropriada?

(A) Solicitar ressonância magnética antes de qualquer intervenção.
(B) Prescrever supressor vestibular por 30 dias.
(C) Realizar manobra de Lempert para o canal semicircular lateral esquerdo.
(D) Realizar manobra de reposicionamento de Epley para o canal posterior direito.

---

10. Homem de 68 anos, hipertenso e anticoagulado, apresenta epistaxe de grande volume. Após estabilização hemodinâmica, reversão individualizada da anticoagulação e tamponamento posterior, mantém recorrência do sangramento. A endoscopia nasal sugere origem posterior. Qual é a melhor opção de controle definitivo?

(A) Ligadura ou cauterização endoscópica da artéria esfenopalatina.
(B) Cauterização química bilateral do septo anterior.
(C) Septoplastia isolada.
(D) Ligadura da artéria carótida externa como primeira escolha.

11. Adolescente do sexo masculino apresenta obstrução nasal unilateral progressiva e episódios recorrentes de epistaxe. A endoscopia identifica uma massa avermelhada na região posterior da cavidade nasal. Qual é a próxima conduta mais apropriada?

(A) Realizar biópsia incisional para confirmar o diagnóstico.
(B) Solicitar tomografia e ressonância com contraste.
(C) Solicitar punção aspirativa para análise citológica.
(D) Prescrever corticosteroide e reavaliar em quatro semanas.

---

12. Adolescente de 16 anos com rinossinusite aguda evolui com edema palpebral, proptose, limitação da motilidade ocular, redução da acuidade visual e defeito pupilar aferente. A tomografia contrastada revela abscesso subperiosteal orbitário medial. Qual é a conduta mais adequada?

(A) Internação e antibioticoterapia intravenosa, com cirurgia apenas se houver febre persistente.
(B) Antibioticoterapia intravenosa e drenagem cirúrgica urgente, com avaliação oftalmológica.
(C) Drenagem do seio acometido, adiando o tratamento da coleção orbitária.
(D) Antibioticoterapia intravenosa e observação por 48 horas antes de decidir pela drenagem.

---

13. Homem de 46 anos apresenta apneia obstrutiva do sono moderada, confirmada por polissonografia, e intolerância ao CPAP. O exame acordado mostra amígdalas pequenas, língua volumosa e ausência de obstrução nasal significativa. Considera-se tratamento cirúrgico. Qual é a melhor estratégia para definir a abordagem cirúrgica?

(A) Realizar cirurgia palatal inicialmente, reservando a abordagem lingual para persistência da apneia.
(B) Indicar redução da base da língua, considerando seu volume como evidência do principal local de colapso.
(C) Avaliar os níveis de colapso, considerando endoscopia do sono induzida antes da escolha do procedimento.
(D) Indicar cirurgia combinada do palato e da língua, considerando a provável obstrução multinível.

---

14. Adulto jovem de 21 anos apresenta odinofagia intensa unilateral, voz abafada, trismo e desvio da úvula para o lado contralateral. Não há sinais de obstrução iminente da via aérea. Qual é a conduta mais adequada?

(A) Drenagem por punção ou incisão, associada a antibioticoterapia e suporte clínico.
(B) Antibioticoterapia tópica e observação.
(C) Tonsilectomia obrigatória durante o primeiro episódio em todos os pacientes.
(D) Biópsia da amígdala antes do tratamento da infecção.

15. Paciente apresenta estridor inspiratório e dispneia após tireoidectomia total. A videolaringoscopia mostra ambas as pregas vocais imóveis em posição paramediana. Apesar da saturação preservada, o esforço respiratório aumenta progressivamente. Diante disso, qual é a conduta prioritária?

(A) Administrar corticoide intravenoso e aguardar a redução do edema laríngeo.
(B) Indicar cordotomia posterior imediata para ampliar a abertura glótica.
(C) Manter oxigênio e observação até surgir queda da saturação.
(D) Assegurar prontamente a via aérea com equipe e material preparados.

---

16. Paciente com infecção odontogênica apresenta aumento de volume submandibular bilateral, elevação do assoalho oral, disfagia, voz abafada, sialorreia e estridor. A tomografia mostra infiltração dos espaços submandibular e sublingual, sem coleção delimitada. Qual é a conduta inicial mais adequada?

(A) Iniciar antibiótico intravenoso e manter observação clínica, reservando a abordagem da via aérea para o caso de piora da saturação de oxigênio.
(B) Indicar drenagem cervical imediata sob anestesia geral, com intubação orotraqueal após indução anestésica e bloqueio neuromuscular.
(C) Assegurar a via aérea com o paciente acordado, mantendo ventilação espontânea e preparo para acesso cirúrgico; iniciar antibiótico intravenoso e tratar o foco odontogênico.
(D) Realizar primeiro a extração dentária e reavaliar a necessidade de intervenção na via aérea após redução do edema.

---

17. Criança de 2 anos apresenta episódio súbito de tosse e engasgo durante alimentação. Permanece estável, mas com sibilância unilateral e redução do murmúrio vesicular à direita. A radiografia não mostra corpo estranho, mas evidencia hiperinsuflação unilateral. Qual é a conduta mais adequada?

(A) Excluir aspiração, pois não foi visualizado corpo estranho na radiografia.
(B) Indicar broncoscopia rígida diagnóstica e terapêutica.
(C) Solicitar tomografia e aguardar confirmação radiológica antes de qualquer procedimento.
(D) Prescrever broncodilatador e reavaliar após sete dias.

18. No quinto dia após gastrectomia parcial por neoplasia, um paciente de 67 anos apresenta dispneia de início súbito e dor torácica à inspiração. Está afebril, com frequência cardíaca de 116bpm, saturação de oxigênio de 89% em ar ambiente e pressão arterial de 125/75mmHg. A ausculta pulmonar apresenta murmúrio vesicular discretamente reduzido nas bases. A radiografia de tórax mostra atelectasia laminar basal esquerda, sem outros achados relevantes. Qual é o diagnóstico mais provável e a conduta inicial mais adequada?

(A) Atelectasia pulmonar: administrar oxigênio, otimizar a analgesia e intensificar a fisioterapia respiratória.
(B) Pneumonia hospitalar: administrar oxigênio, colher culturas e iniciar antibioticoterapia empírica.
(C) Tromboembolia pulmonar: administrar oxigênio, solicitar angiotomografia pulmonar e avaliar anticoagulação conforme o risco de sangramento.
(D) Edema agudo de pulmão: administrar oxigênio, iniciar diurético e investigar disfunção cardíaca.

---

19. Paciente apresenta epistaxe posterior recorrente após tamponamento. Durante a exploração endoscópica, identifica-se sangramento na parede lateral posterior da cavidade nasal, próximo ao forame esfenopalatino. Planeja-se controle vascular local. Qual descrição anatômica é correta para o principal vaso abordado?

(A) Artéria etmoidal posterior, ramo da artéria oftálmica.
(B) Artéria esfenopalatina, ramo terminal da artéria maxilar.
(C) Artéria palatina maior, ramo direto da artéria facial.
(D) Artéria nasal dorsal, ramo terminal da artéria maxilar.

---

20. Menina de 3 anos, com fissura palatina corrigida, apresenta efusão bilateral persistente há quatro meses, perda auditiva condutiva de 30dB e atraso de linguagem. Não há obstrução nasal ou adenoidite. Qual é a conduta mais apropriada?

(A) Manter observação prolongada, considerando a ausência de episódios infecciosos.
(B) Realizar adenoidectomia isolada para melhorar a função das tubas auditivas.
(C) Indicar tubos de ventilação e manter acompanhamento auditivo e fonoaudiológico.
(D) Realizar miringotomia sem tubos e associar corticoterapia nasal.

---

21. Cantora profissional apresenta perda da capacidade de emitir notas agudas e fadiga vocal após tireoidectomia. A mobilidade das pregas vocais está preservada. A investigação eletromiográfica demonstra desnervação do músculo cricotireóideo direito. Qual estrutura foi provavelmente lesada?

(A) Ramo interno do nervo laríngeo superior.
(B) Ramo externo do nervo laríngeo superior.
(C) Ramo motor do nervo laríngeo recorrente para o cricoaritenóideo posterior.
(D) Ramo motor do nervo laríngeo recorrente para o tireoaritenóideo.

22. Homem tabagista apresenta disfonia persistente. Há placa leucoplásica unilateral espessa e irregular, com área eritroplásica adjacente e redução focal importante da onda mucosa. A mobilidade da prega está preservada. Qual é a próxima conduta mais apropriada?

(A) Realizar ablação em consultório e utilizar a resposta clínica para orientar o diagnóstico.
(B) Realizar microlaringoscopia com amostragem adequada para avaliação histopatológica.
(C) Instituir tratamento antirrefluxo antes de decidir pela obtenção de tecido.
(D) Indicar cordectomia ampliada, considerando a alteração vibratória suficiente para demonstrar invasão.

---

23. Homem de 60 anos foi submetido a laringectomia total e esvaziamento cervical por carcinoma espinocelular. As margens estão livres, mas um linfonodo apresenta extensão extranodal. O paciente tem bom desempenho funcional e boas condições clínicas. Qual é a recomendação adjuvante mais apropriada?

(A) Radioterapia associada à cisplatina concomitante.
(B) Radioterapia isolada, considerando as margens livres.
(C) Cisplatina seguida de radioterapia sequencial.
(D) Radioterapia associada a cetuximabe como substituição preferencial.

---

24. Na avaliação pré-operatória de uma etmoidectomia, a tomografia demonstra fossa olfatória profunda à direita e assimetria entre os dois lados. O cirurgião revisa a anatomia para planejar a dissecção superior. Qual estrutura explica a relação entre a profundidade da fossa olfatória e a vulnerabilidade da base do crânio?

(A) Processo uncinado, por sua inserção variável no teto etmoidal.
(B) Lâmina papirácea, por sua continuidade com o assoalho da fossa olfatória.
(C) Parede anterior do esfenoide, por sua relação com a artéria etmoidal anterior.
(D) Lamela lateral da lâmina crivosa, por sua extensão e delgada constituição óssea.

---

25. Paciente neutropênico apresenta dor facial, hipoestesia malar e área de mucosa pálida, pouco sangrante, na concha média. A tomografia mostra alterações inflamatórias discretas, sem erosão óssea. Qual estratégia é mais apropriada?

(A) Aguardar cultura do conteúdo sinusal antes de iniciar tratamento antifúngico.
(B) Tratar inicialmente como infecção bacteriana e reavaliar após resposta aos antibióticos.
(C) Obter biópsia urgente e instituir tratamento dirigido à suspeita de doença invasiva.
(D) Condicionar a biópsia à demonstração de extensão extrassinusal na ressonância.

26. Homem de 64 anos, hipertenso, apresenta vertigem contínua há 18 horas, náuseas e instabilidade de marcha. Não há paresia ou disartria. Ao exame, identificam-se impulso cefálico horizontal normal, nistagmo que muda de direção conforme o olhar e desvio vertical no teste de cobertura alternada. A tomografia de crânio é normal. Qual é a conduta mais apropriada?

(A) Tratar como neurite vestibular, associando corticoide e reabilitação após controle das náuseas.
(B) Investigar urgentemente causa vascular central, apesar da ausência de déficit motor e da tomografia normal.
(C) Realizar manobras de reposicionamento, considerando predomínio de sintomas vestibulares sem sinais motores.
(D) Solicitar avaliação vestibular ambulatorial após tratamento sintomático e observação da resposta clínica.

---

27. Mulher de 38 anos apresenta hipoacusia progressiva, membranas timpânicas normais, timpanogramas tipo As e reflexos estapedianos ausentes. A audiometria demonstra componente condutivo importante e piora isolada da via óssea em 2.000Hz, com boa discriminação vocal. Considera-se cirurgia do estribo. Sobre a alteração em 2.000Hz, assinale a alternativa correta.

(A) Representa comprometimento coclear definitivo e contraindica a cirurgia do estribo.
(B) Sugere descontinuidade ossicular, exigindo exploração antes de estabelecer o diagnóstico.
(C) Indica doença retrococlear, mesmo na presença de discriminação vocal preservada.
(D) Pode refletir efeito mecânico da fixação do estribo, com melhora após sua correção.

---

28. Homem de 35 anos foi submetido a timpanomastoidectomia com preservação da parede posterior do conduto por colesteatoma extenso. Nove meses depois, apresenta orelha seca e otoscopia sem alterações suspeitas. A ressonância com difusão não ecoplanar não identifica restrição. Na operação inicial, houve dificuldade de exposição do seio timpânico. Como interpretar o resultado da ressonância?

(A) O exame negativo reduz a suspeita, mas não exclui pequeno resíduo e exige seguimento conforme o risco.
(B) O exame negativo permite encerrar a investigação, mantendo apenas controle da audição.
(C) O exame negativo deve ser substituído por tomografia, mais sensível para pequenas pérolas residuais.
(D) O exame negativo indica ausência de resíduo, sendo nova exploração necessária apenas se houver otorreia.

29. Mulher de 49 anos apresenta perda auditiva neurossensorial unilateral súbita há 24 dias. Recebeu corticoterapia sistêmica iniciada no terceiro dia, mas mantém perda de aproximadamente 60dB e discriminação vocal reduzida. A otoscopia é normal, e a ressonância dos condutos auditivos internos não evidencia lesão retrococlear. Qual é a conduta mais apropriada neste momento?

(A) Repetir a corticoterapia sistêmica em dose maior, antes de considerar tratamento local.
(B) Iniciar reabilitação auditiva, considerando encerrada a possibilidade de tratamento de resgate.
(C) Oferecer corticoterapia intratimpânica de resgate e acompanhar a evolução audiométrica.
(D) Acrescentar antiviral sistêmico, considerando possível etiologia viral não demonstrada.

---

30. Homem de 62 anos, tabagista, apresenta carcinoma espinocelular transglótico da laringe. A tomografia demonstra destruição extensa da cartilagem tireoide, com extensão para os músculos pré-laríngeos, sem invasão carotídea ou da fáscia pré-vertebral. Há um linfonodo cervical ipsilateral suspeito e ausência de metástases a distância. O paciente necessita de traqueostomia por obstrução e apresenta aspiração recorrente, com alimentação por sonda. Tem condições clínicas para cirurgia e para tratamento com cisplatina. Qual é a estratégia terapêutica inicial mais apropriada?

(A) Laringectomia total com tratamento cervical, seguida de adjuvância conforme os achados anatomopatológicos.
(B) Quimiorradioterapia concomitante com cisplatina, reservando a laringectomia para persistência ou recidiva tumoral.
(C) Quimioterapia de indução, seguida de radioterapia, se houver resposta, e cirurgia se a resposta for insuficiente.
(D) Laringectomia parcial supracricoide com tratamento cervical, seguida de radioterapia conforme os fatores de risco.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE (UFCSPA)
SANTA CASA DE PORTO ALEGRE

PROCESSO SELETIVO PARA RESIDÊNCIA MÉDICA — ANO 2027

RESIDÊNCIA MÉDICA COM PRÉ-REQUISITO - UFCSPA/SANTA CASA
PRM PNEUMOLOGIA PEDIÁTRICA

Nome:_____

Nº de Inscrição: | | | | | | |

Instruções

- Confira o material recebido (CADERNO DE QUESTÕES e CARTÃO DE RESPOSTAS); se houver falha, solicite a substituição ao fiscal da sala.
- Após conferir seus dados no CARTÃO DE RESPOSTAS (NOME, Nº de INSCRIÇÃO e PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MÉDICA), assine no local indicado.
- Este caderno contém **30 questões de múltipla escolha,** com quatro alternativas (**A**, **B**, **C** e **D**), das quais somente uma será a correta.
- O cartão de respostas é o único documento válido para a correção da prova objetiva, sendo de responsabilidade do candidato sua guarda durante a prova, seu preenchimento e sua entrega ao fiscal de sala.
- Preencha o CARTÃO DE RESPOSTAS, com bastante atenção, à caneta esferográfica, azul ou preta, ponta grossa, marcando uma única alternativa em cada questão.
- Verifique, no CARTÃO DE RESPOSTAS, as instruções para preenchimento. Sob nenhuma circunstância, o cartão de respostas será substituído devido a erro, desatenção ou falha no preenchimento por parte do candidato.
- Durante a realização da prova, estão vedados o empréstimo de materiais, a comunicação entre candidatos ou terceiros, a utilização de quaisquer dispositivos, como máquina calculadora e/ou similares, livros, anotações, réguas de cálculo, impressos ou qualquer outro material de consulta.
- A prova objetiva terá duração de até **3 horas**, incluído o tempo para preenchimento do CARTÃO DE RESPOSTAS.
- Após o início da prova, o candidato deverá permanecer na sala pelo **tempo mínimo de 60 minutos**.
- Ao terminar a prova, o candidato devolverá ao fiscal da sala o CARTÃO DE RESPOSTAS.
- O candidato somente poderá levar o caderno de provas **quando estiver faltando 60 minutos para o término do tempo total de duração da prova.** Por razões de segurança, o candidato que sair antes desse horário não poderá copiar as suas respostas.
- Os dois últimos candidatos de cada sala de prova deverão permanecer no recinto, a fim de acompanhar o lacre do material, quando então poderão retirar-se do local após concluído o procedimento.

DIREITOS AUTORAIS RESERVADOS. PROIBIDA A REPRODUÇÃO, AINDA QUE PARCIAL, SEM AUTORIZAÇÃO PRÉVIA.

1. Um homem de 58 anos, tabagista ativo (carga tabágica de 45 anos-maço), apresenta dispneia progressiva aos esforços e tosse produtiva crônica há dois anos. Ao realizar a avaliação funcional pulmonar, quais achados confirmam o diagnóstico de doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC)?

(A) Relação VEF1/CVF pré-broncodilatador < 0,70.
(B) Relação VEF1/CVF pós-broncodilatador < 0,70.
(C) VEF1 < 80% do valor previsto após o uso de broncodilatador.
(D) Melhora do VEF1 maior que 12% e 200mL após a prova broncodilatadora.

---

2. Uma mulher de 32 anos utiliza corticoide inalado (CI) em dose baixa há 6 meses para um suposto diagnóstico de asma, mas nunca realizou exames objetivos. Ela mantém sintomas ocasionais de aperto no peito. Ao realizar espirometria hoje, o resultado foi normal (VEF1 88% do previsto) e não houve resposta significativa ao broncodilatador. Qual é a conduta recomendada para confirmar o diagnóstico?

(A) Reduzir a dose do CI pela metade e reavaliar os sintomas e a função pulmonar em 2 a 3 semanas.
(B) Suspender o CI imediatamente e repetir a espirometria em 24 horas.
(C) Considerar o diagnóstico de asma confirmado devido à persistência dos sintomas mesmo em uso de CI.
(D) Iniciar terapia com LABA adicional para verificar se há melhora clínica antes de realizar novos testes.

---

3. Um jovem de 24 anos apresenta sintomas respiratórios (tosse e sibilância) cerca de 5 dias por semana, com despertares noturnos por asma uma vez por semana. Ele nunca utilizou medicação controladora e sua espirometria revela um VEF1 de 75% do previsto. Seguindo o GINA 2026, qual é a conduta inicial?

(A) Prescrever SABA (salbutamol) apenas para uso quando necessário.
(B) Iniciar CI em dose baixa diária com SABA para alívio.
(C) Iniciar terapia de manutenção e alívio com CI-formoterol em dose baixa.
(D) Iniciar terapia de manutenção e alívio com CI-formoterol em dose média.

4. Uma paciente internada na UTI por choque séptico de origem urinária está em ventilação mecânica. No 5º dia, apresenta novo infiltrado radiológico e piora da oxigenação. Ela está recebendo ceftriaxona há 48 horas para a infecção urinária. O médico decide realizar uma coleta de secreção distal por lavado broncoalveolar protegido (LBAP) para cultura quantitativa. Considerando a técnica de cultura quantitativa e o uso prévio de antibióticos, assinale a alternativa correta.

(A) O limiar diagnóstico para o lavado broncoalveolar é de 1.000.000ufc/mL, o mesmo utilizado para o aspirado endotraqueal.
(B) O uso de um antibiótico eficaz nas últimas 24-48 horas pode reduzir a contagem de colônias abaixo do limiar diagnóstico, gerando um resultado falso-negativo.
(C) Se a cultura quantitativa revelar crescimento abaixo do limiar, a pneumonia não está confirmada e outro método deverá ser escolhido.
(D) A abordagem clínica pura é superior à quantitativa, pois elimina o risco de sobrediagnóstico causado pela colonização traqueal frequente.

---

5. Uma adolescente de 17 anos chega à clínica com exacerbação de asma. Ela fala frases completas, não está agitada e está com FC 95bpm e FR 20irpm. A saturação de oxigênio (ar ambiente) é de 93%. De acordo com as novas diretrizes do GINA 2026, qual é a recomendação sobre o oxigênio e o tratamento inicial?

(A) Iniciar oxigênio suplementar imediatamente para atingir SaO2 de 100%.
(B) Não iniciar oxigênio suplementar, pois a SaO2 está acima de 92%.
(C) Administrar doses ultra-altas de salbutamol (10-20 puffs) para garantir a reversão rápida.
(D) Administrar apenas brometo de ipratrópio, evitando o uso de corticoide inalado nessa fase.

---

6. Paciente de 45 anos, do sexo masculino, iniciou tratamento para tuberculose pulmonar há 18 dias com o esquema básico RHZE (rifampicina, isoniazida, pirazinamida e etambutol). Durante a consulta de acompanhamento no 20º dia, o paciente queixa-se de náuseas persistentes, vômitos ocasionais, dor em hipocôndrio direito e colúria. Ao exame físico, apresenta-se ictérico (+/4+). Diante do quadro clínico, qual é a conduta imediata a ser tomada?

(A) Manter o esquema RHZE, prescrever antieméticos e solicitar enzimas hepáticas.
(B) Suspender apenas a pirazinamida e a isoniazida, mantendo rifampicina e etambutol, e solicitar enzimas hepáticas.
(C) Substituir o RHZE pelo esquema especial para hepatopatas (etambutol, estreptomicina e levofloxacina) por 12 meses.
(D) Suspender o RHZE e solicitar a função hepática.

7. Uma unidade básica de saúde (UBS) localizada em uma zona rural, sem sistema informatizado, realiza o rastreamento de contatos de um paciente com tuberculose pulmonar bacilífera. Um dos contatos investigados é diagnosticado com infecção latente pelo *Mycobacterium tuberculosis* (ILTB), com indicação de tratamento após exclusão de doença ativa. A equipe de enfermagem da UBS pergunta ao médico responsável qual é o procedimento correto para garantir o registro adequado desse caso no sistema de vigilância nacional, já que a unidade não possui acesso direto a sistemas informatizados. De acordo com o "Protocolo de Vigilância da Infecção Latente pelo *Mycobacterium tuberculosis* no Brasil" (Ministério da Saúde, 2ª edição, 2022), qual é a conduta correta?

(A) A UBS deve preencher a ficha de notificação e enviá-la ao primeiro nível informatizado, seguindo o fluxo estabelecido pelo programa municipal de controle da tuberculose (PMCT).
(B) A UBS deve aguardar que o programa estadual de controle da tuberculose (PECT) cadastre diretamente o caso no sistema ILTB, pois essa é uma atribuição exclusiva do nível estadual.
(C) A UBS deve reportar o caso diretamente à coordenação-geral de vigilância das doenças de transmissão respiratória (CGDR), responsável nacional pela notificação individual de casos de ILTB.
(D) Como a unidade não é informatizada, não há obrigatoriedade de notificação formal, sendo suficiente o registro do caso apenas no prontuário interno do paciente.

---

8. São condições que resultam em insuficiência respiratória hipercápnica, EXCETO:

(A) Redução do volume corrente.
(B) Aumento do espaço morto.
(C) Redução da FiO2.
(D) Redução da frequência respiratória.

---

9. Um paciente com diagnóstico confirmado de asma permanece sintomático apesar do uso regular de corticosteroide inalatório (ICS) associado a β2-agonista de longa duração (LABA). Após revisão da técnica inalatória, adesão ao tratamento e controle dos fatores de risco modificáveis, o médico considera adicionar um antagonista muscarínico de longa ação (LAMA). Segundo o GINA 2026, qual das seguintes afirmações representa uma limitação importante dessa estratégia terapêutica?

(A) O uso de LAMA como terapia adicional substitui a necessidade de manter o corticosteroide inalatório como base do tratamento.
(B) O uso de LAMA como terapia adicional deve ficar restrito às exacerbações agudas, não sendo indicado para controle contínuo da doença.
(C) O uso de LAMA como terapia adicional proporciona apenas benefício clínico modesto quando acrescentado a um esquema contendo ICS-LABA.
(D) O uso de LAMA como terapia adicional deve ser evitado em pacientes que recebem LABA devido à sobreposição de efeitos broncodilatadores.

10. Uma criança de 7 anos com asma persistente moderada apresenta exacerbação que exige tratamento com budesonida inalatória em suspensão. A família possui em casa um nebulizador ultrassônico antigo e manifesta interesse em utilizá-lo por considerá-lo mais silencioso e mais rápido. Entretanto, o médico sugere a substituição por um nebulizador de membrana vibratória. Qual é a principal justificativa para essa recomendação?

(A) Os nebulizadores ultrassônicos geram partículas excessivamente grandes, impedindo completamente sua deposição pulmonar.
(B) Os nebulizadores ultrassônicos podem aquecer a solução e são contraindicados para suspensões, enquanto os nebulizadores de membrana vibratória podem nebulizar tanto soluções quanto suspensões.
(C) Os nebulizadores de membrana vibratória permitem apenas a nebulização de suspensões, sendo inadequados para soluções.
(D) Os nebulizadores ultrassônicos apresentam menor deposição pulmonar que todos os demais dispositivos atualmente disponíveis.

---

11. Um lactente nasceu com 35 semanas e 2 dias de idade gestacional e encontra-se atualmente com 4 meses de idade, sem comorbidades. Considerando as recomendações do guia de estratégia de imunização contra o vírus sincicial respiratório (VSR) para prematuros do Ministério da Saúde de 2026, sobre o nirsevimabe, assinale a alternativa correta.

(A) Não está indicado, pois o nirsevimabe é reservado aos prematuros com idade gestacional ≤28 semanas e 6 dias.
(B) Está indicado apenas durante o período sazonal de circulação do VSR, entre fevereiro e agosto.
(C) Está indicado somente se apresentar doença pulmonar crônica da prematuridade.
(D) Está indicado, pois se trata de prematuro com idade gestacional ≤36 semanas e 6 dias e idade inferior a 6 meses.

12. Um lactente de 6 semanas, nascido com 34 semanas de idade gestacional, é internado com bronquiolite viral aguda. Apresenta frequência respiratória de 68irpm, retrações subcostais moderadas e dificuldade para completar as mamadas. A saturação periférica de oxigênio oscila entre 94% e 95% em ar ambiente. Durante a discussão do caso é questionada a utilização de oxigênio suplementar em baixo fluxo, argumentando que o paciente não apresenta hipoxemia significativa. Qual é a melhor justificativa para a conduta proposta?

(A) O oxigênio deve ser utilizado para elevar a saturação a valores próximos de 98-99%, reduzindo o risco de progressão da bronquiolite.
(B) O oxigênio deve ser utilizado com o objetivo de reduzir o trabalho respiratório e o gasto energético, particularmente pela menor reserva fisiológica.
(C) O oxigênio pode promover vasoconstrição e diminuir a obstrução bronquiolar causada pelo edema inflamatório, reduzindo a duração da doença.
(D) Todo lactente internado com bronquiolite deve receber oxigênio com o objetivo de manter uma saturação periférica de oxigênio dentro de limites fisiológicos (>95%).

---

13. Uma criança de 2 anos e 8 meses vem ao consultório por episódios recorrentes de sibilância. Nos últimos 12 meses, apresentou quatro crises associadas a infecções respiratórias virais. Entre as crises, os pais relatam tosse ao correr e despertares noturnos por tosse aproximadamente duas vezes por mês. O exame físico é normal fora das exacerbações. Foi realizado teste terapêutico com corticoide inalatório diário por três meses, associado a broncodilatador de resgate, com desaparecimento dos sintomas inter-crises e importante redução das exacerbações. Após suspensão do tratamento, os sintomas reapareceram em poucas semanas. Qual dos seguintes elementos foi o mais importante para aumentar a confiança diagnóstica de asma nessa criança de acordo com o GINA 2026?

(A) A melhora clínica durante o teste terapêutico e a recorrência dos sintomas após sua suspensão.
(B) O aparecimento de episódios recorrentes de sibilância associado a infecções virais.
(C) A presença de quatro episódios de sibilância dentro do período temporal de um ano.
(D) Há impossibilidade de se estabelecer um diagnóstico clínico de asma nesta faixa etária.

14. Considerando os "5 Momentos para Higienização das Mãos", qual é a melhor justificativa para essa orientação?

(A) A higienização das mãos sempre está indicada após contato com o paciente e superfícies ou equipamentos localizados em sua área de assistência.
(B) A higienização das mãos está indicada apenas quando ocorre exposição direta a fluidos corporais ou secreções.
(C) A higienização das mãos após contato com áreas próximas ao paciente é recomendada somente quando o paciente se encontra em isolamento.
(D) O contato com equipamentos próximos ao leito não representa risco de transmissão de microrganismos quando não há contato direto com o paciente.

---

15. Um recém-nascido de 27 semanas de idade gestacional, peso ao nascer de 890g, encontra-se em CPAP nasal desde a sala de parto por síndrome do desconforto respiratório. Nas primeiras horas de vida, apesar do CPAP adequadamente instalado, mantém aumento do trabalho respiratório, episódios recorrentes de apneia e necessidade progressivamente maior de oxigênio. A equipe deseja evitar a intubação traqueal, caso seja possível. Qual é a estratégia ventilatória mais apropriada neste momento?

(A) Substituir o CPAP nasal por cateter nasal de alto fluxo (CNAF), pois apresenta eficácia superior ao CPAP como suporte ventilatório inicial.
(B) Manter exatamente os mesmos parâmetros do CPAP por mais 24 horas, independentemente da evolução clínica.
(C) Escalonar para ventilação com pressão positiva intermitente nasal (VPPIn), buscando aumentar o suporte ventilatório sem recorrer imediatamente à ventilação invasiva.
(D) Suspender toda forma de ventilação não invasiva e indicar ventilação mecânica invasiva obrigatoriamente.

---

16. Menino de 15 meses com queixa de irritabilidade, palidez e emagrecimento há 2 meses. Apresenta lesões azuladas periorbitárias e hepatomegalia. Ao exame: PA normal, FC 120bpm, sem febre. Ultrassonografia abdominal revela massa suprarrenal direita. Exames laboratoriais mostram aumento de catecolaminas urinárias. Considerando o caso descrito, qual é o diagnóstico mais provável?

(A) Linfoma de Burkitt.
(B) Tumor de Wilms.
(C) Neuroblastoma metastático.
(D) Hepatoblastoma com metástase.

17. Em relação à doença do refluxo gastroesofágico (DRGE) na criança, analise as afirmativas abaixo e assinale a alternativa correta.

I. O diagnóstico de DRGE é basicamente clínico.
II. Considera-se que a maioria dos episódios de refluxo em lactentes é não ácida ou fracamente ácida.
III. Em alguns pacientes pediátricos, a DRGE pode ser crônica, com risco de desenvolver sequelas mais graves, como esôfago de Barrett e adenocarcinoma de esôfago.

(A) Apenas as afirmativas I e II estão corretas.
(B) Apenas as afirmativas I e III estão corretas.
(C) Apenas as afirmativas II e III estão corretas.
(D) Todas as afirmativas estão corretas.

---

18. São sinais de gravidade da insuficiência respiratória:

I. Presença de exaustão.
II. Tosse contínua.
III. Palidez.
IV. Alteração de consciência.

(A) Apenas as afirmativas I, II e III estão corretas.
(B) Apenas as afirmativas I, II e IV estão corretas.
(C) Apenas as afirmativas I, III e IV estão corretas.
(D) Apenas as afirmativas II, III e IV estão corretas.

---

19. Criança de três meses apresenta, nas últimas 48 horas, um aumento da demanda de leite materno. A mãe, preocupada com a necessidade de diminuir o intervalo entre as mamadas e aumentar o tempo durante a amamentação, liga para o médico em busca de orientações sobre como proceder. Qual das orientações abaixo é a mais adequada para esse caso?

(A) Orientar a mãe a aumentar sua ingestão de líquidos (água) e prescrever metoclopramida para auxiliar no aumento da produção de leite.
(B) Iniciar a introdução de frutas para melhorar a saciedade e o aporte calórico da criança, juntamente com a manutenção do aleitamento materno.
(C) Complementar o aleitamento materno com fórmula láctea de partida para garantir um adequado aporte calórico e atendimento às necessidades da criança.
(D) Tranquilizar a mãe e observar o peso e comportamento da criança, pois pode tratar-se de um período de aceleração do crescimento, que se manifesta por um aumento da demanda de leite.

20. Menino de 2 anos, previamente hígido, é levado ao pronto atendimento por dor abdominal leve e em cólica há 24 horas, associada a fezes amolecidas com sangue vivo. A mãe relata que o episódio começou subitamente, sem febre, e que a criança apresenta palidez e prostração. Ao exame físico: PA 95/60mmHg, FC 112bpm e abdome levemente distendido e pouco doloroso difusamente à palpação, sem sinais de irritação peritoneal. Toque retal: presença de sangue vivo. Considerando o quadro apresentado, qual é o diagnóstico mais provável?

(A) Invaginação intestinal.
(B) Doença inflamatória intestinal.
(C) Divertículo de Meckel.
(D) Apendicite aguda atípica.

---

21. Um menino de 6 anos de idade apresenta púrpura palpável em membros inferiores, dor abdominal tipo cólica e artralgia de tornozelos. O diagnóstico clínico é de vasculite por IgA (púrpura de Henoch-Schönlein). Considerando a fisiopatologia, qual é o mecanismo imunopatológico central responsável pelas lesões vasculares observadas?

(A) Deposição de imunocomplexos contendo predominantemente IgA1 com glicosilação aberrante na parede de pequenos vasos.
(B) Produção de autoanticorpos anticitoplasma de neutrófilos (ANCA) que ativam a via alternativa do complemento.
(C) Infiltração direta de linfócitos T citotóxicos na túnica média de artérias de médio calibre, causando aneurismas.
(D) Deficiência congênita de proteínas reguladoras da coagulação, levando à microtrombose difusa sem componente inflamatório.

---

22. Uma criança de 6 anos com diagnóstico de asma apresenta exacerbação leve caracterizada por tosse, sibilos ocasionais e pequena limitação para brincar. Não apresenta sinais de gravidade nem necessidade de internação. Considerando a estratégia preferencial de alívio recomendada pelo GINA 2026, assinale a alternativa correta.

(A) O tratamento de alívio deve priorizar estratégias que ofereçam também ação anti-inflamatória.
(B) O tratamento ideal da crise consiste em utilizar broncodilatador de curta ação isoladamente.
(C) Corticosteroides inalatórios devem ser reservados apenas para pacientes com internações prévias.
(D) O principal objetivo do tratamento é melhorar sintomas.

23. Um recém-nascido de 25 dias foi encaminhado ao ambulatório especializado após triagem neonatal sugestiva de fibrose cística. Apresenta esteatorreia, ganho ponderal insatisfatório e elastase fecal compatível com insuficiência pancreática exócrina. Durante a discussão do caso, pela idade do paciente, um médico sugere aguardar a confirmação diagnóstica definitiva da fibrose cística antes de iniciar a terapia de reposição enzimática (TRE), enquanto outro defende seu início imediato. Considerando as recomendações da Sociedade Brasileira de Pediatria, qual é a melhor conduta?

(A) Aguardar a confirmação diagnóstica definitiva, pois a TRE pode interferir nos resultados dos testes diagnósticos para fibrose cística.
(B) Iniciar a TRE apenas após o início da alimentação complementar, quando a digestão de gorduras se torna mais complexa.
(C) Iniciar a TRE somente se houver perda ponderal superior a 10% do peso corporal.
(D) Iniciar a TRE imediatamente diante da evidência de insuficiência pancreática, mesmo antes da confirmação definitiva da fibrose cística.

24. Uma criança de 5 anos é atendida no pronto-socorro com febre há 48 horas, tosse, taquipneia e infiltrado pulmonar à radiografia de tórax, sendo diagnosticada com pneumonia adquirida na comunidade (PAC). O calendário vacinal está atualizado. Durante a investigação, a procalcitonina (PCT) sérica resulta em 0,08ng/mL. Considerando as evidências atuais sobre o uso da procalcitonina na PAC pediátrica, é correto afirmar que esse resultado:

(A) Reduz significativamente a probabilidade de pneumonia bacteriana, porque valores de PCT < 0,1ng/mL apresentam elevado valor preditivo negativo.
(B) Indica elevada probabilidade de etiologia viral, pois o alto valor preditivo negativo implica simultaneamente baixo valor preditivo positivo para pneumonia bacteriana.
(C) Torna desnecessária a avaliação radiológica e epidemiológica, pois o alto valor preditivo negativo da PCT supera o desempenho diagnóstico desses métodos.
(D) Praticamente exclui pneumonia bacteriana grave, mas não modifica a probabilidade de pneumonia bacteriana de menor gravidade.

25. Uma criança de 6 anos, previamente hígida, está internada por pneumonia adquirida na comunidade, complicada por derrame pleural parapneumônico loculado. Após drenagem torácica, a equipe discute as opções terapêuticas para acelerar a resolução do quadro. O cirurgião pediátrico sugere videotoracoscopia (VATS), enquanto o intensivista propõe drenagem associada à fibrinólise intrapleural. Com base nas evidências atuais, qual é a intervenção mais adequada para orientar a decisão terapêutica?

(A) A VATS deve ser sempre a primeira escolha, pois apresenta taxas de sucesso superiores às da fibrinólise em todos os estudos comparativos.
(B) A fibrinólise deve ser sempre preferida porque apresenta menor invasividade e resultados clínicos superiores à VATS.
(C) Tanto a VATS quanto a fibrinólise representam opções efetivas, devendo a escolha considerar experiência da equipe e a disponibilidade local.
(D) A presença de loculações pleurais contraindica o uso de fibrinolíticos, tornando a VATS a única alternativa terapêutica recomendada.

26. Um menino de 10 anos, previamente saudável, foi submetido à amputação transfemoral direita após acidente automobilístico ocorrido há 8 meses. Durante consulta de seguimento, apresenta peso medido de 36kg e estatura adequada para a idade. O interno calcula o IMC utilizando diretamente o peso aferido e conclui que o paciente apresenta eutrofia. O preceptor questiona essa conduta e solicita nova análise. Qual é a principal justificativa para essa intervenção?

(A) O peso aferido após amputação tende a superestimar o estado nutricional, exigindo correção antes da interpretação antropométrica.
(B) O peso aferido após amputação tende a subestimar o peso corporal de referência, devendo ser corrigido para estimar o peso não amputado antes da classificação nutricional.
(C) O índice de massa corporal não pode ser utilizado em pacientes amputados, independentemente da extensão da amputação.
(D) A avaliação nutricional de pacientes amputados deve basear-se exclusivamente na estatura, pois o peso perde validade clínica.

27. Paciente de 10 anos de idade é trazido por sua mãe à consulta de rotina com pediatra. A mãe conta ao pediatra que o paciente concluiu a avaliação psiquiátrica e foi diagnosticado com transtorno de hiperatividade e déficit de atenção. Ela pergunta ao pediatra por que o paciente tem esse transtorno, querendo entender quais são os fatores de risco para esse diagnóstico. Sobre isso, assinale a alternativa correta.

(A) A herdabilidade desse transtorno é extremamente baixa, pois poucos estudos encontraram associação familiar relacionada a ele.
(B) Existem alguns fatores de risco, tais como baixo peso ao nascer e prematuridade, que podem contribuir para a etiologia desse transtorno.
(C) O tabagismo materno oferece uma proteção para o desenvolvimento desse transtorno.
(D) Esse transtorno se caracteriza por uma falha na maturidade cerebral e é pouco provável que os sintomas de hiperatividade regridam com o desenvolvimento.

28. Um lactente de 4 meses apresenta diarreia crônica, baixo ganho ponderal e dermatite atópica extensa. Após investigação, foi diagnosticado com alergia à proteína do leite de vaca (APLV) associada a comprometimento importante do trato gastrintestinal. A mãe interrompeu o aleitamento materno por complicações clínicas próprias e necessita escolher uma alternativa alimentar. Dentre as seguintes propostas nutricionais, qual é a mais adequada para esse caso:

(A) Fórmula extensamente hidrolisada, por apresentar proteínas com reduzida antigenicidade e indicação para lactentes com APLV e comprometimento gastrointestinal.
(B) Fórmula à base de proteína isolada de soja, pois apresenta perfil proteico adequado e menor custo.
(C) Fórmula parcialmente hidrolisada, pois a hidrólise parcial reduz suficientemente a antigenicidade da proteína do leite.
(D) Composto lácteo enriquecido com vitaminas e minerais, pois fornece aporte nutricional semelhante ao das fórmulas infantis.

29. Sobre a conduta frente à presença de líquido amniótico meconial durante o atendimento ao RN em sala de parto, assinale a alternativa INCORRETA.

(A) A aspiração de orofaringe e nasofaringe ao desprendimento do polo cefálico do concepto não deve ser realizada.
(B) Se o RN é de termo, está respirando ou chorando e com tônus muscular em flexão, ele apresenta boa vitalidade e deve continuar junto de sua mãe depois do clampeamento do cordão.
(C) Se o RN for pré-termo tardio ou pós-termo, não iniciou movimentos respiratórios regulares ou apresenta tônus muscular flácido, é necessário levá-lo à mesa de reanimação e realizar os passos iniciais, sendo prudente incluir a aspiração de vias aéreas superiores.
(D) No RN levado à mesa de reanimação para os passos iniciais e que apresenta apneia, respiração irregular e/ou FC<100bpm, é fundamental a realização da laringoscopia direta imediata com aspiração traqueal.

30. Um recém-nascido com 38 semanas de idade gestacional, parto vaginal sem intercorrências, apresenta, ao exame físico realizado com 24 horas de vida, uma tumoração de consistência amolecida no couro cabeludo. A lesão ultrapassa as linhas de sutura cranianas e surgiu logo após o nascimento. O lactente encontra-se ativo, com exame neurológico normal. Sobre esse achado e sua interpretação, é correto afirmar que:

(A) Trata-se provavelmente de cefalohematoma, cuja principal característica é ultrapassar as linhas de sutura.
(B) Trata-se provavelmente de bossa serossanguínea (*caput succedaneum*), relacionada ao trauma do parto e com tendência à reabsorção rápida.
(C) Sugere hidrocefalia neonatal e deve motivar investigação imediata por neuroimagem.
(D) Abaulamento pode ser compatível com meningite neonatal, sendo necessária punção lombar.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE (UFCSPA)
SANTA CASA DE PORTO ALEGRE

PROCESSO SELETIVO PARA RESIDÊNCIA MÉDICA — ANO 2027

RESIDÊNCIA MÉDICA COM PRÉ-REQUISITO - UFCSPA/SANTA CASA
PRM PSIQUIATRIA DA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA

Nome:_____

Nº de Inscrição: | | | | | | |

Instruções

- Confira o material recebido (CADERNO DE QUESTÕES e CARTÃO DE RESPOSTAS); se houver falha, solicite a substituição ao fiscal da sala.
- Após conferir seus dados no CARTÃO DE RESPOSTAS (NOME, Nº de INSCRIÇÃO e PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MÉDICA), assine no local indicado.
- Este caderno contém **30 questões de múltipla escolha,** com quatro alternativas (**A**, **B**, **C** e **D**), das quais somente uma será a correta.
- O cartão de respostas é o único documento válido para a correção da prova objetiva, sendo de responsabilidade do candidato sua guarda durante a prova, seu preenchimento e sua entrega ao fiscal de sala.
- Preencha o CARTÃO DE RESPOSTAS, com bastante atenção, à caneta esferográfica, azul ou preta, ponta grossa, marcando uma única alternativa em cada questão.
- Verifique, no CARTÃO DE RESPOSTAS, as instruções para preenchimento. Sob nenhuma circunstância, o cartão de respostas será substituído devido a erro, desatenção ou falha no preenchimento por parte do candidato.
- Durante a realização da prova, estão vedados o empréstimo de materiais, a comunicação entre candidatos ou terceiros, a utilização de quaisquer dispositivos, como máquina calculadora e/ou similares, livros, anotações, réguas de cálculo, impressos ou qualquer outro material de consulta.
- A prova objetiva terá duração de até **3 horas**, incluído o tempo para preenchimento do CARTÃO DE RESPOSTAS.
- Após o início da prova, o candidato deverá permanecer na sala pelo **tempo mínimo de 60 minutos**.
- Ao terminar a prova, o candidato devolverá ao fiscal da sala o CARTÃO DE RESPOSTAS.
- O candidato somente poderá levar o caderno de provas **quando estiver faltando 60 minutos para o término do tempo total de duração da prova.** Por razões de segurança, o candidato que sair antes desse horário não poderá copiar as suas respostas.
- Os dois últimos candidatos de cada sala de prova deverão permanecer no recinto, a fim de acompanhar o lacre do material, quando então poderão retirar-se do local após concluído o procedimento.

DIREITOS AUTORAIS RESERVADOS. PROIBIDA A REPRODUÇÃO, AINDA QUE PARCIAL, SEM AUTORIZAÇÃO PRÉVIA.

1. Um homem de 60 anos, que sofreu um infarto agudo do miocárdio há 4 meses, é diagnosticado com transtorno depressivo maior. Durante a discussão do caso, o médico cardiologista ressalta que a depressão aumenta a mortalidade por causas somáticas, principalmente cardiovasculares, e que seu tratamento faz parte do manejo global do paciente. Qual mecanismo fisiopatológico conhecido atualmente pode ajudar a explicar essa associação?

(A) Diminuição de neurotransmissores como a serotonina na fenda sináptica.
(B) Aumento de citocinas pró-inflamatórias associado à ativação do eixo hipotálamo-hipófise-adrenal.
(C) Redução da concentração de receptores de noradrenalina.
(D) Diminuição da atividade de glutamato e aumento da atividade do ácido gama-aminobutírico (GABA).

---

2. Uma mulher de 30 anos procura atendimento por tristeza, irritabilidade, anedonia, diminuição do apetite, dificuldade de concentração e desesperança há 8 semanas. Há quatro semanas, iniciou venlafaxina 75mg ao dia e, nos últimos 10 dias, tem apresentado maior energia, pressão para falar e piora da irritabilidade, descrevendo que tem "muitos pensamentos ansiosos" e que não consegue dormir mais de 4 horas. Também realiza compras impulsivas. Qual é a conduta mais adequada neste momento?

(A) Aumentar a dose da venlafaxina, pois os sintomas de ansiedade sugerem resposta antidepressiva insuficiente.
(B) Associar um benzodiazepínico para tratar insônia, mantendo a estratégia antidepressiva.
(C) Associar um antidepressivo com mecanismo de ação diferente da venlafaxina para otimizar o tratamento.
(D) Retirar o antidepressivo e iniciar um estabilizador do humor.

---

3. Segundo o Boletim Epidemiológico publicado pelo Ministério da Saúde em 2024, a taxa de mortalidade por suicídio no Brasil aumentou 42,2% entre 2010 e 2021. Esse cenário reforça a importância da avaliação sistemática do risco de suicídio durante a entrevista psiquiátrica. Ao avaliar um paciente com transtorno depressivo maior, qual dado da história clínica apresenta maior valor preditivo para um futuro suicídio consumado?

(A) História familiar de suicídio.
(B) Sexo masculino.
(C) Presença de transtorno de ansiedade.
(D) Tentativa prévia de suicídio.

4. Um homem de 28 anos, com transtorno por uso de álcool e episódio depressivo maior, é atendido após uma tentativa de suicídio. Após a estabilização clínica, o psiquiatra recomenda abstinência de álcool e outras substâncias psicoativas como parte do plano terapêutico para redução do risco de novo comportamento suicida. Essa recomendação é baseada em qual das seguintes evidências?

(A) O consumo de álcool é um importante fator precipitante do ato suicida.
(B) A presença de um episódio depressivo é o principal determinante da escolha do método utilizado na tentativa de suicídio.
(C) O comportamento suicida em pacientes com transtorno por uso de álcool ocorre predominantemente na síndrome de abstinência.
(D) A avaliação do risco de suicídio pode ser realizada de forma independente do nível de sobriedade do paciente.

---

5. Uma pessoa de 22 anos procura atendimento especializado relatando desconforto persistente em relação ao sexo designado ao nascimento e desejo de viver de acordo com sua identidade de gênero. Embora a incongruência de gênero não seja considerada um transtorno mental, sua avaliação deve incluir a exclusão de outras condições clínicas ou psiquiátricas que possam apresentar manifestações semelhantes, especialmente antes da indicação de hormonioterapia ou procedimentos cirúrgicos. Nesse contexto, qual diagnóstico deve ser considerado durante a avaliação por poder simular a condição de incongruência de gênero?

(A) Transtorno de ansiedade social.
(B) Transtorno de ansiedade generalizada.
(C) Transtorno psicótico.
(D) Transtorno obsessivo-compulsivo.

---

6. Um homem transsexual de 24 anos iniciará terapia cruzada com testosterona após avaliação multiprofissional. Durante a consulta, você explica que algumas alterações corporais são permanentes, enquanto outras são reversíveis após a suspensão do tratamento. Qual das seguintes alterações é considerada permanente com o uso de testosterona?

(A) Redistribuição da gordura corporal para padrão masculino.
(B) Engrossamento da voz.
(C) Ganho de peso.
(D) Diminuição da libido.

7. Uma paciente do sexo feminino de 58 anos busca atendimento após ter sido internada por sepse na UTI. Conta que isso ocorreu há 2 meses e que, desde então, não consegue dar seguimento ao seu cuidado de saúde. Acorda frequentemente com pesadelos dos alarmes da UTI, com a sensação de que está lá novamente. Refere que ainda tem dirigido de forma imprudente, desconsiderando os riscos. Por outro lado, fica constantemente atenta aos sinais corporais, com checagem constante da temperatura e das características da urina. Considerando isso, assinale a alternativa que descreve de forma mais precisa as dimensões presentes nesse caso do diagnóstico do transtorno de estresse pós-traumático, segundo o DSM-5.

(A) Nenhuma dimensão, pois internação na UTI não caracteriza trauma, então o diagnóstico de transtorno de estresse pós-traumático não pode ser feito.
(B) Evento traumático, evitações persistentes, alterações negativas em cognição e humor, alterações na excitabilidade e na reatividade e tempo de duração dos sintomas.
(C) Evento traumático, evitações persistentes, alterações na excitabilidade e na reatividade e tempo de duração dos sintomas.
(D) Evento traumático, sintomas intrusivos, evitações persistentes, alterações na excitabilidade e na reatividade e tempo de duração dos sintomas.

---

8. Um paciente em psicoterapia cognitivo-comportamental para o tratamento da depressão conta que, a menos que ele tire conceito A em todas as disciplinas, ele é um fracassado. Qual distorção cognitiva melhor representa a vinheta descrita?

(A) Pensamento dicotômico.
(B) Personalização.
(C) Leitura mental.
(D) Raciocínio emocional.

---

9. Paciente feminina, de 58 anos, foi internada por descompensação de insuficiência cardíaca, com fração de ejeção reduzida (30%), com provável pneumonia. Apresenta-se com hipopotassemia, ECG com ritmo sinusal, 56bpm e QTc 510ms. Tem história de esquizofrenia paranoide de longa data. Foi solicitada consultoria psiquiátrica porque a paciente estava com delírios paranoides (pensava que algumas pessoas da equipe de enfermagem queriam envenená-la) e alucinações auditivas (ouvia pacientes em leitos distantes do seu, comentando sobre o seu comportamento). Além disso, ela tinha interrompido sua medicação psiquiátrica. Considerando isso, qual seria o antipsicótico mais seguro a ser sugerido pelo psiquiatra consultor?

(A) Ziprasidona.
(B) Aripiprazol.
(C) Clorpromazina.
(D) Quetiapina.

10. Paciente oncológico, 54 anos, sexo masculino, em quimioterapia mielossupressora, evolui com febre e neutropenia (neutrófilos < 500/mm3). Apresenta sintomas depressivos concomitantes que preenchem critérios para episódio depressivo maior, de intensidade moderada a grave, e necessita de intervenção farmacológica. Considerando isso, qual medicação antidepressiva deveria ser evitada nesse paciente?

(A) Mirtazapina.
(B) Escitalopram.
(C) Sertralina.
(D) Vortioxetina.

---

11. Menino de 7 anos foi encaminhado pela escola para avaliação. Professoras referem que ele é inquieto e "parece não ouvir quando é chamado". Em casa, esquece tarefas e perde objetos com frequência. A escola também observou que ele prefere brincar sozinho, tem dificuldade em manter contato visual durante conversas, insiste em seguir a mesma rotina no recreio e fica muito angustiado quando há alguma mudança. Tem interesse restrito por planetas e só fala sobre isso. O desenvolvimento motor e a aquisição de linguagem inicial foram normais, mas sempre foi descrito como "retraído" socialmente. Sobre esse quadro clínico, é correto afirmar que:

(A) O diagnóstico de TDAH está excluído porque essa criança apresenta prejuízos da sociabilidade.
(B) As alterações de atenção e agitação tornam pouco provável o diagnóstico de TEA.
(C) Essa criança pode ter o diagnóstico de TEA e TDAH, uma vez que essa comorbidade ocorre em 10% dos pacientes com TEA.
(D) TEA e TDAH podem ser investigados como um diagnóstico diferencial ou como comorbidade.

---

12. Menino de 4 anos apresenta comunicação verbal bastante limitada, utilizando poucas palavras isoladas. A maior parte da comunicação ocorre por gestos. Demonstra prejuízo acentuado na interação social, realiza movimentos estereotipados frequentes e sente muita angústia diante de pequenas mudanças ambientais. Necessita de suporte para atividades básicas da rotina escolar e autocuidado. A principal hipótese diagnóstica é de um Transtorno de Espectro Autista. Sobre os fatores associados a esse transtorno, é correto afirmar que:

(A) Mães mais jovens, hipertensas durante o período gestacional, mas não previamente hipertensas, apresentam maior risco de ter filhos com TEA.
(B) Fatores como idade dos pais e uso de algumas medicações durante a gestação são os principais fatores de risco para TEA.
(C) A contribuição genética é alta para o TEA, com taxas de herdabilidade que podem chegar a 80%.
(D) Múltiplas variantes comuns estão envolvidas na genética do TEA, enquanto variantes raras não foram implicadas.

13. Paciente de 80 anos, do sexo feminino, é trazida ao médico por sua filha porque há 3 semanas não demonstra interesse por atividades das quais gostava anteriormente, parece triste a maior parte do tempo, está sem apetite, tem dificuldade de conciliar o sono e está mais lenta. Ela fala que já incomodou bastante, que é um fardo para os filhos e que "seria bom se Deus a levasse", embora não manifeste ideação suicida. Sobre um possível episódio depressivo nessa senhora, é correto afirmar que:

(A) Os critérios diagnósticos são diferentes para essa faixa etária.
(B) O curso e prognóstico desta doença em idosos são pouco influenciados por episódios prévios, estressores psicossociais e doenças clínicas concomitantes.
(C) A idade de início de um primeiro episódio depressivo maior pode ter implicações etiológicas e prognósticas.
(D) Quadros depressivos com etiologia ou componente vascular estabelecido geralmente cursam com mais sentimentos de culpa.

---

14. Paciente de 77 anos busca atendimento com história de declínio cognitivo progressivo e lento há 3 anos, com comprometimento variável de memória episódica e de funções executivas, tendo dificuldades em realizar tarefas mais complexas. Tem história de HAS, e família relata fraqueza focal breve, distúrbios visuais e parestesias migratórias. Na ressonância magnética cerebral, tem achados característicos de angiopatia amiloide e hiperintensidades multifocais de substância branca. O tratamento farmacológico com maior evidência para essa paciente é:

(A) Inibidor da colinesterase.
(B) Memantina.
(C) Inibidor seletivo de recaptação de serotonina.
(D) Anti-hipertensivo.

---

15. Paciente de 22 anos vem ao ambulatório alegando ter o diagnóstico de transtorno obsessivo-compulsivo (TOC) desde os 12 anos. Há 2 anos, buscou atendimento pela primeira vez ao ver uma chamada para terapia cognitivo-comportamental (TCC) em grupo em hospital-escola. Nas 20 sessões, aprendeu a "se expor e prevenir respostas" do TOC, mas acha que isso o fez melhorar 20% em relação ao momento anterior à terapia, mesmo que a exposição o deixe mais ansioso. Continua com importante prejuízo acadêmico e funcional. Das alternativas abaixo, qual poderia ser oferecida ao paciente como alternativa terapêutica neste momento?

(A) Realizar outra forma de psicoterapia, como a psicoterapia de orientação analítica em frequência de 2 sessões por semana.
(B) Sugerir que realize terapia cognitivo-comportamental de modo individual, pois o modelo em grupo mostra respostas inferiores.
(C) Iniciar um inibidor seletivo da recaptação da serotonina, como a fluoxetina ou sertralina, e manter a TCC.
(D) Iniciar um benzodiazepínico, como o clonazepam, pois isso pode facilitar o enfrentamento dos sintomas que a terapia proporciona.

16. Manter um comportamento direcionado a um objetivo requer percepção sensorial, elicitação de respostas emocionais, fisiológicas e neuroendócrinas, tomada de decisão e planejamento motor até a ação propriamente dita. Para tal, há necessidade de integração de regiões sensoriais, afetivas, cognitivas e motoras do cérebro para termos uma resposta adaptativa e adequada. Diante disso, assinalar a alternativa que apresenta os principais componentes cerebrais responsáveis pela detecção inicial de estímulos sensoriais e emocionalmente salientes.

(A) Amígdala e ínsula.
(B) Amígdala e córtex órbito-frontal.
(C) Hipocampo e ínsula.
(D) Hipocampo e córtex órbito-frontal.

---

17. Sobre o uso de clonazepam na gravidez, é correto afirmar que:

(A) Em relação a malformações fetais, os benzodiazepínicos têm se mostrado mais seguros do que previamente se imaginava.
(B) Os riscos de hipotermia, hipotonia, apneia, dificuldade de sucção e Apgar baixo são praticamente nulos nas semanas gestacionais próximas ao parto.
(C) Recém-nascidos de mães usuárias crônicas não apresentam riscos aumentados na admissão para unidades de cuidados intensivos.
(D) A única contraindicação absoluta para o seu uso na gestação é no início do tratamento de crises de pânico, já que é um tipo de droga de alta potência e meia-vida mais curta, como o alprazolam e lorazepam.

---

18. Paciente de 26 anos, puérpera há 6 semanas (G1P1A0), inicia com anedonia, especialmente em relação ao recém-nascido. Nega tristeza ou lentificação psicomotora, mas, ao mesmo tempo, refere ansiedade e sentimentos de culpa, especialmente por apresentar pensamentos intrusivos e imagens mentais recorrentes de agressão ao bebê ("vou jogá-lo no lixo ou pela janela, mas eu não quero isso"). Refere, ainda, insônia intermediária, não conseguindo voltar a dormir no meio da madrugada quando acorda para amamentar. Sente-se sem energia e não tem conseguido se concentrar em atividades simples, como assistir à televisão. Com essas informações, o quadro mais provável é:

(A) *Blues* puerperal.
(B) Transtorno obsessivo-compulsivo.
(C) Depressão pós-parto.
(D) Psicose puerperal.

19. Mulher de 22 anos procura atendimento por dispareunia intensa e dor pélvica crônica. Relata abuso sexual na adolescência e, por esse motivo, recebeu diagnóstico de transtorno relacionado ao trauma, sendo encaminhada para acompanhamento psiquiátrico sem investigação clínica adicional. Após um ano de tratamento psiquiátrico com psicoterapia e antidepressivo, apresenta importante melhora dos sintomas de ansiedade, hipervigilância e revivescência, porém mantém dispareunia incapacitante e dor pélvica durante a menstruação e nas relações sexuais. Diante da persistência dos sintomas físicos, qual é a conduta mais adequada?

(A) Intensificar o tratamento antidepressivo.
(B) Concluir que a dor é manifestação residual do trauma.
(C) Indicar psicoterapia focada em exposição antes de qualquer investigação adicional.
(D) Encaminhar para investigação ginecológica de causas orgânicas de dor pélvica crônica.

---

20. Uma mulher de 54 anos procura o atendimento de urgência por náuseas, vômitos, diarreia e tremores. Tem diagnóstico prévio de hipertensão arterial sistêmica e de transtorno bipolar tipo I. Faz uso regular de carbonato de lítio e de anlodipino há mais de 5 anos, porém, pelo controle insuficiente da pressão, relata que iniciou um novo anti-hipertensivo há sete dias, mas não se lembra do nome do medicamento. Ao exame físico, ela apresenta tremor nas extremidades, fraqueza muscular, hiperreflexia, disartria e ataxia de marcha. Na tomografia computadorizada de crânio, não há particularidades. Considerando isso, qual dos seguintes medicamentos é o mais provável de ter sido utilizado sete dias antes do início dos sintomas?

(A) Atenolol.
(B) Amilorida.
(C) Hidroclorotiazida.
(D) Nifedipina.

---

21. Um homem de 34 anos com o diagnóstico de esquizofrenia, resistente ao tratamento, mantém sintomas psicóticos e tentativas recorrentes de suicídio, apesar do uso correto de dois antipsicóticos em doses terapêuticas, pelo tempo adequado. Após a introdução de um novo antipsicótico, apresenta melhora dos sintomas e não realiza novas tentativas de suicídio, porém tem ganho de peso de 10kg, aumento da circunferência abdominal, aumento da pressão arterial, hipertrigliceridemia e glicemia de jejum de 118mg/dL. Qual é o medicamento mais provavelmente responsável tanto pela melhora clínica quanto pelos efeitos adversos observados?

(A) Clozapina.
(B) Haloperidol.
(C) Aripiprazol.
(D) Risperidona.

22. Uma mulher de 63 anos utiliza clonazepam 4mg por noite há oito anos. Após perder a receita, interrompe abruptamente o medicamento. Quatro dias depois, apresenta ansiedade intensa, insônia, tremores, hipersensibilidade a ruídos e luz, desorientação e uma crise tônico-clônica generalizada. Os exames laboratoriais e a tomografia cerebral não mostram alterações que expliquem o quadro. Qual é a conduta mais apropriada?

(A) Reinstituir um benzodiazepínico e realizar redução gradual e individualizada da dose.
(B) Manter a suspensão e iniciar sertralina para tratamento da ansiedade.
(C) Administrar flumazenil em infusão contínua para acelerar a recuperação.
(D) Substituir imediatamente o clonazepam por zolpidem em dose equivalente.

---

23. Um homem de 53 anos procura atendimento porque deseja parar de fumar após sofrer um infarto agudo do miocárdio há quatro meses. Fuma aproximadamente 25 cigarros por dia desde os 18 anos e relata intensa fissura ao acordar, acendendo o primeiro cigarro logo após sair da cama. Tem hipertensão arterial controlada e antecedente de episódio depressivo maior em remissão há seis anos. Há um ano, apresentou uma crise convulsiva após traumatismo cranioencefálico, sem recorrências desde então. Nunca realizou tratamento para cessação do tabagismo. Considerando esse caso, qual tratamento está mais de acordo com as recomendações atuais?

(A) A bupropiona é a melhor escolha, desde que iniciada em dose baixa e com monitorização neurológica, pois reduz o risco de recorrência de depressão.
(B) A terapia de reposição de nicotina está indicada, pois o infarto ocorreu há quatro meses, e o paciente encontra-se clinicamente estável.
(C) A nortriptilina pode ser utilizada como primeira escolha, pois o paciente tem antecedente de episódio depressivo.
(D) O tratamento de reposição de nicotina deve ser adiado até que o paciente permaneça abstinente por uma semana.

24. Um adolescente de 13 anos apresenta TDAH com apresentação combinada, com importante prejuízo acadêmico e social. Também fica piscando repetidamente os olhos e apresenta movimentos involuntários breves do pescoço há dois anos, além de vocalizações ocasionais. Os tiques são leves e não constituem sua principal fonte de prejuízo. Diante disso, qual conduta é a mais apropriada?

(A) Evitar o uso de estimulantes, pois eles podem produzir agravamento clinicamente relevante dos tiques, mesmo quando eles forem leves.
(B) Tratar o TDAH conforme o grau de prejuízo, podendo utilizar estimulante com monitorização clínica dos tiques.
(C) Prescrever antipsicótico em monoterapia, pois o controle dos tiques costuma eliminar a desatenção.
(D) Adiar qualquer tratamento farmacológico até a remissão completa dos tiques.

---

25. Um menino de 9 anos é encaminhado para tratamento por dificuldade persistente de aprendizagem. Os pais relatam que ele é "muito distraído", frequentemente perde objetos, esquece tarefas e necessita de supervisão constante para concluir atividades. A professora informa que ele raramente termina as atividades em sala, levanta-se repetidamente durante as aulas e interrompe colegas. Durante a consulta, entretanto, permanece atento durante toda a entrevista, responde adequadamente às perguntas e participa de um jogo de memória sem apresentar distrações evidentes. Com base nesse caso, assinale a alternativa correta.

(A) A boa capacidade de manter a atenção durante atividades estruturadas em consultório torna improvável o diagnóstico de TDAH, pois demonstra habilidade preservada de atenção sustentada.
(B) A concordância entre pais e professores costuma ser boa, pois os sintomas aparecem em casa e na escola; quando há divergência importante entre os informantes, o diagnóstico de TDAH torna-se pouco provável.
(C) Exames de neuroimagem funcional apresentam acurácia suficiente para serem utilizados rotineiramente como exame confirmatório do diagnóstico e devem ser solicitados no início da avaliação.
(D) O diagnóstico de TDAH é eminentemente clínico e baseia-se na presença de sintomas persistentes, prejuízo funcional e evidências obtidas em diferentes contextos, utilizando-se múltiplas fontes de informação.

26. Uma menina de 8 anos nasceu prematura e apresenta atraso global desde os primeiros anos. Em avaliação psicométrica, obtém quociente de inteligência de 69. Consegue ler palavras simples e realizar cálculos básicos, mas necessita de supervisão para organizar os materiais escolares, deslocar-se em locais desconhecidos e resolver problemas cotidianos. Comunica-se adequadamente em situações familiares, embora apresente ingenuidade e necessite de orientação em situações sociais mais complexas. Qual é o critério mais importante para determinar a gravidade da deficiência intelectual?

(A) O valor do quociente de inteligência obtido através de testagem.
(B) A etiologia genética ou perinatal do atraso intelectual.
(C) O nível de funcionamento adaptativo nos domínios conceitual, social e funcional.
(D) A diferença entre idade cronológica e idade mental calculada.

---

27. Uma menina de 7 anos, previamente saudável, é trazida para atendimento por recusar-se a ir à escola há quatro meses. Todas as manhãs, refere dor abdominal e náuseas, que desaparecem quando lhe permitem permanecer em casa. Chora quando a mãe sai, telefona repetidamente para confirmar que ela está viva e se recusa a dormir sozinha. Afirma temer que a mãe sofra um acidente. Não há história de intimidação escolar, dificuldades de aprendizagem ou doença gastrointestinal. Qual é o diagnóstico mais provável?

(A) Transtorno de ansiedade social.
(B) Transtorno de ansiedade de separação.
(C) Transtorno de sintomas somáticos.
(D) Transtorno de oposição desafiante.

---

28. Um executivo de 40 anos é encaminhado ao psiquiatra após conflitos no ambiente de trabalho. Relata que frequentemente percebe que não é valorizado e se considera muito mais competente que seus colegas, acreditando que ocupa cargos abaixo de sua capacidade. Durante a entrevista, demonstra pouca preocupação com as outras pessoas, mas fica visivelmente irritado quando recebe questionamentos sobre possíveis erros. Após uma crítica feita pelo superior, passou dias afirmando que a empresa "não reconhece pessoas brilhantes" e que seus colegas têm inveja de seu talento. Qual mecanismo psicopatológico explica melhor esse funcionamento?

(A) Instabilidade da identidade associada a intenso medo de abandono, levando à alternância entre idealização e desvalorização das figuras significativas.
(B) Desconfiança difusa decorrente da expectativa persistente de exploração ou prejuízo por parte das outras pessoas.
(C) Autoestima frágil e dependência de validação externa, necessidade de admiração e extrema vulnerabilidade a críticas.
(D) Inibição social motivada por sentimentos persistentes de inadequação e medo intenso de rejeição interpessoal.

29. Uma estudante de 19 anos, com IMC de 15,2kg/m², apresenta restrição alimentar intensa, medo persistente de ganhar peso e percepção de que seus quadris estão "enormes". Sua frequência cardíaca é 38bpm, a pressão arterial é 82/48mmHg e a temperatura é 35,4°C. O potássio sérico é 2,8mEq/L. Ela recusa internação, alegando que "não está suficientemente magra". Diante disso, qual é a conduta mais apropriada?

(A) Iniciar psicoterapia ambulatorial e reavaliar em quatro semanas, respeitando a recusa da paciente.
(B) Prescrever fluoxetina como tratamento principal da fase aguda, pois é o manejo de primeira linha para casos de anorexia nervosa.
(C) Indicar hospitalização imediata para estabilização clínica, monitorização cardíaca, correção dos distúrbios hidroeletrolíticos e realimentação supervisionada.
(D) Iniciar programa ambulatorial intensivo com plano alimentar progressivo e monitorização laboratorial, reservando hospitalização para perda ponderal adicional.

---

30. Uma mulher de 37 anos é internada com abdome agudo. Antes da cirurgia, omite que utiliza diariamente oxicodona sem prescrição. Após o procedimento, recebe naloxona por depressão respiratória. Poucos minutos depois, desenvolve ansiedade intensa, temperatura corporal de 37,9°C, bocejos repetidos, lacrimejamento, rinorreia, piloereção, midríase, cólicas abdominais, vômitos e diarreia. Mantém-se consciente e orientada. Sobre esse quadro, assinale a alternativa correta.

(A) Trata-se de intoxicação causada pela naloxona, que deve ser tratada prioritariamente com benzodiazepínico.
(B) Trata-se de síndrome serotoninérgica, indicada pela presença de midríase e sintomas gastrintestinais.
(C) Trata-se de hipertermia maligna desencadeada pelo procedimento anestésico, cuja apresentação inicial pode incluir instabilidade autonômica e elevação da temperatura corporal.
(D) Trata-se de abstinência por opioides precipitada pela naloxona, decorrente de antagonismo competitivo de receptores opioides.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE (UFCSPA)
SANTA CASA DE PORTO ALEGRE

PROCESSO SELETIVO PARA RESIDÊNCIA MÉDICA — ANO 2027

RESIDÊNCIA MÉDICA COM PRÉ-REQUISITO - UFCSPA/SANTA CASA
PRM TRANSPLANTE RENAL PEDIÁTRICO

Nome:_____

Nº de Inscrição: | | | | | | |

Instruções

- Confira o material recebido (CADERNO DE QUESTÕES e CARTÃO DE RESPOSTAS); se houver falha, solicite a substituição ao fiscal da sala.
- Após conferir seus dados no CARTÃO DE RESPOSTAS (NOME, Nº de INSCRIÇÃO e PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MÉDICA), assine no local indicado.
- Este caderno contém **30 questões de múltipla escolha,** com quatro alternativas (**A**, **B**, **C** e **D**), das quais somente uma será a correta.
- O cartão de respostas é o único documento válido para a correção da prova objetiva, sendo de responsabilidade do candidato sua guarda durante a prova, seu preenchimento e sua entrega ao fiscal de sala.
- Preencha o CARTÃO DE RESPOSTAS, com bastante atenção, à caneta esferográfica, azul ou preta, ponta grossa, marcando uma única alternativa em cada questão.
- Verifique, no CARTÃO DE RESPOSTAS, as instruções para preenchimento. Sob nenhuma circunstância, o cartão de respostas será substituído devido a erro, desatenção ou falha no preenchimento por parte do candidato.
- Durante a realização da prova, estão vedados o empréstimo de materiais, a comunicação entre candidatos ou terceiros, a utilização de quaisquer dispositivos, como máquina calculadora e/ou similares, livros, anotações, réguas de cálculo, impressos ou qualquer outro material de consulta.
- A prova objetiva terá duração de até **3 horas**, incluído o tempo para preenchimento do CARTÃO DE RESPOSTAS.
- Após o início da prova, o candidato deverá permanecer na sala pelo **tempo mínimo de 60 minutos**.
- Ao terminar a prova, o candidato devolverá ao fiscal da sala o CARTÃO DE RESPOSTAS.
- O candidato somente poderá levar o caderno de provas **quando estiver faltando 60 minutos para o término do tempo total de duração da prova.** Por razões de segurança, o candidato que sair antes desse horário não poderá copiar as suas respostas.
- Os dois últimos candidatos de cada sala de prova deverão permanecer no recinto, a fim de acompanhar o lacre do material, quando então poderão retirar-se do local após concluído o procedimento.

DIREITOS AUTORAIS RESERVADOS. PROIBIDA A REPRODUÇÃO, AINDA QUE PARCIAL, SEM AUTORIZAÇÃO PRÉVIA.

1. Em relação ao achado de hematúria em exame qualitativo de urina (urinálise), analise as afirmativas e assinale a alternativa correta.

I. Hematúria macroscópica pode ser observada em casos de cistite ou uretrite em mulheres.
II. A suspeita de neoplasia de trato urinário aumenta com o aumento da idade e com quadro de hematúria isolada, indolor e sem hemácias dismórficas.
III. Sangue menstrual tem características distintas e pode ter sua origem identificada na urinálise convencional.

(A) Apenas as afirmativas I e II estão corretas.
(B) Apenas as afirmativas II e III estão corretas.
(C) Apenas as afirmativas I e III estão corretas.
(D) Todas as afirmativas estão corretas.

---

2. Paciente feminina de 18 anos, 1,80m, 65kg, deseja ser modelo e faz dieta rigorosa para controle de peso. Chega com fraqueza intensa e sede e relata poliúria. Nega patologias prévias ou uso de medicamentos prescritos. Sua mãe informa abuso de laxantes. Os exames neste momento mostram: glicose de 85mg/dL, potássio de 2mEq/L, creatinina 1,1mg/dL, ureia 20mg/dL e CO2 18mEq/L. Em relação ao caso, é correto afirmar que:

(A) A poliúria pode ser consequência de diabetes *insipidus* nefrogênico.
(B) O déficit estimado de potássio é de 100mEq.
(C) O achado de acidose sugere indução de vômitos.
(D) Existe grande probabilidade da paciente ter diabetes mellitus.

---

3. Homem de 18 anos, previamente hígido, ingeriu quantidade desconhecida de ecstasy (MDMA - metilenodioximetanfetamina) em uma festa e iniciou com cefaleia, vômitos e episódio de convulsão. O resultado dos exames de laboratório vai demorar pelo menos 4 horas. Diante desse quadro, inicia-se tratamento empírico com:

(A) Soro glicosado 5%.
(B) Soro fisiológico 0,9%.
(C) Soro hipertônico 3%.
(D) Ringer lactato.

---

4. Criança de 7 anos de idade com síndrome nefrótica (SN), em tratamento com prednisona há 4 semanas, é levada à emergência apresentando febre elevada, dor abdominal e prostração. PA 90×60mmHg, FC 140bpm e FR 26irpm. Abdome doloroso difusamente. Exame de urina: proteinúria +++. Considerando o caso descrito, qual é a principal hipótese e a conduta imediata?

(A) Peritonite bacteriana espontânea; iniciar ceftriaxona intravenosa após coleta de cultura.
(B) Trombose venosa mesentérica; solicitar angiotomografia.
(C) Sepse urinária; solicitar urocultura e iniciar cefazolina intravenosa.
(D) Descompensação da SN; aumentar dose de corticoide.

5. Menino de 4 anos de idade, previamente hígido, é levado à consulta por edema periorbitário matinal que evoluiu para edema de membros inferiores e escroto nos últimos 4 dias. Ao exame, apresenta PA 100×60mmHg, peso com aumento de 2,5kg em relação à última consulta, presença de ascite leve e edema de membros inferiores. Exame de urina: proteinúria maciça (++++) sem hematúria. Albumina sérica: 1,6g/dL. Ureia e creatinina normais. O diagnóstico de síndrome nefrótica foi estabelecido. Com base na fisiopatologia dessa condição, assinale a alternativa que explica corretamente o principal mecanismo responsável pela formação do edema nesse paciente.

(A) A proteinúria leva à ativação do sistema complemento e ao dano tubular direto, gerando retenção de sal e água.
(B) A ativação do sistema nervoso simpático e do sistema renina-angiotensina-aldosterona precede a proteinúria e causa vasoconstrição sistêmica, reduzindo a filtração glomerular.
(C) A hiperlipidemia decorrente da síntese hepática compensatória agrava o edema pela toxicidade direta sobre o endotélio vascular.
(D) A perda de proteínas leva à redução da pressão oncótica plasmática, com extravasamento de líquido para o interstício e hipovolemia subsequente, que ativa mecanismos de retenção renal de sódio.

---

6. Paciente de 17 anos realizou um transplante renal após 2 anos de hemodiálise, devido a uma glomerulopatia familiar que evoluiu com doença renal terminal. Durante o período de diálise, realizou tratamento para vírus C, com negativação de carga viral. Exames do pré-transplante mostravam IgG reagente para citomegalovírus, toxoplasmose e varicela-zóster. HCV reagente, HIV não reagente e anti-HBsAg reagente. O transplante foi bem-sucedido, e a creatinina sérica do paciente é de 1,1mg/dL no momento da alta. A conduta adotada na alta que pode diminuir o risco da neoplasia mais comum relacionada à imunossupressão nessa população é:

(A) Reduzir rapidamente a dose de prednisona até manutenção de 5 a 7,5mg.
(B) Reduzir a exposição solar e utilizar protetor quando exposto ao sol.
(C) Usar profilaxia para herpes (aciclovir) por pelo menos 6 meses.
(D) Evitar o consumo de bebida contendo álcool.

7. Paciente feminina de 17 anos, previamente hígida, voltou de viagem apresentando quadro de diarreia aquosa, com mais de cinco episódios por dia, e referindo intensa astenia. Pressão arterial 90/55mmHg e FC 100bpm, afebril. Gasometria arterial evidenciou pH 7,23, pCO2 23mEq/L e HCO3 10mEq/L. Considerando o caso descrito, o distúrbio ácido-básico é:

(A) Acidose metabólica sem a adequada resposta respiratória.
(B) Acidose metabólica com a adequada resposta respiratória.
(C) Alcalose respiratória com a adequada resposta metabólica.
(D) Acidose respiratória sem a adequada resposta metabólica.

---

8. Paciente de 18 anos está internado com desidratação grave por diarreia. Exame: pele seca, letargia, pressão arterial baixa. Gasometria: Na^+ sérico 118mEq/L e osmolaridade baixa. Referência Na^+ sérico: 135mEq/L - 145mEq/L. Qual é a complicação mais grave da correção rápida dessa condição?

(A) Edema cerebral.
(B) Edema agudo de pulmão.
(C) Mielinólise pontina.
(D) Rabdomiólise.

---

9. Menina de 10 meses tem história de diarreia intermitente e perda de peso nos últimos 45 dias. Pais referem que ela apresenta episódios de irritabilidade e hipertensão arterial nos últimos dias. Ao exame: PA 110×80mmHg, abdome distendido e presença de massa mal delimitada em flanco esquerdo. USG abdominal sugere lesão retroperitoneal de provável origem suprarrenal. Diante do caso descrito, assinale a alternativa que indica o exame mais útil para confirmar a principal hipótese diagnóstica.

(A) Dosagem urinária de catecolaminas (ácido vanilmandélico e ácido homovanílico).
(B) Tomografia de crânio.
(C) Alfafetoproteína (AFP).
(D) Biópsia hepática com agulha grossa.

---

10. Pacientes submetidos à esplenectomia como parte de tratamento de neoplasias ou trauma perdem a capacidade do sistema reticuloendotelial de remover bactérias do organismo e, por isso, apresentam maior predisposição à infecção por determinados germes. Algumas bactérias encapsuladas são as maiores causadoras de sepse em pós-esplenectomizados. Sempre que possível, esses pacientes devem ser orientados a fazer vacina dirigida para essas bactérias. Entre as alternativas abaixo, qual germe NÃO se enquadra no cenário descrito?

(A) *Neisseria meningitidis*.
(B) *Streptococcus pneumoniae*.
(C) *Haemophilus influenzae*.
(D) *Staphylococcus aureus*.

11. Mulher de 19 anos vem para aconselhamento após episódio recente de cistite já tratada. Quer saber que tipo de comportamento está associado ao risco de recorrência de cistites. Entre as alternativas a seguir, assinale a que apresenta o único fator de risco comprovado por evidências científicas.

(A) Hábito de banho de imersão.
(B) Não urinar após a relação sexual.
(C) Frequência da atividade sexual.
(D) Higiene perineal de trás para a frente após evacuar.

---

12. Candidúria é observada com maior frequência nos pacientes em uso de sonda vesical (cateter urinário) por tempo prolongado, em ambiente de UTI, em uso de múltiplos antibióticos e, ainda, nos pacientes diabéticos. Em relação à candidúria, analise as afirmativas e assinale a alternativa correta.

I. A apresentação clínica varia da bacteriúria assintomática à sepse urinária.
II. A maioria dos casos se dá devido à *Candida albicans*.
III. O tratamento medicamentoso dos assintomáticos não é recomendado, pois não reduz recorrência ou nova infecção.

(A) Apenas as afirmativas I e II estão corretas.
(B) Apenas as afirmativas II e III estão corretas.
(C) Apenas as afirmativas I e III estão corretas.
(D) Todas as afirmativas estão corretas.

---

13. Qual dos medicamentos a seguir pode afetar a função renal, mas o mecanismo da disfunção é hemodinâmico, e não inflamatório?

(A) Omeprazol.
(B) Dapagliflozina.
(C) Hidroclorotiazida.
(D) Rosuvastatina.

---

14. Cálculos urinários de estruvita, conhecidos como cálculos associados à infecção ou cálculos de fosfato triplo, podem crescer rapidamente e formar cálculos coraliformes. As seguintes bactérias são associadas a essa condição, EXCETO:

(A) *Proteus mirabilis*.
(B) *Klebsiella pneumoniae*.
(C) *E. coli.*
(D) *Staphylococcus epidermidis*.

---

15. Paciente de 18 anos se apresenta referindo redução da diurese nos últimos dois dias, urina escura, dispneia e leve edema de tornozelos. Pressão arterial 150/100mmHg. Exames iniciais mostram creatinina de 1,3mg/dL, ureia 60mg/dL e C3 e C4 baixos. Qual achado é mais provável de observar no exame qualitativo de urina?

(A) Hematúria dismórfica.
(B) Corpos graxos ovais.
(C) Leucocitúria.
(D) Cilindros epiteliais.

16. Paciente de 20 anos apresenta quadro de glomerulonefrite rapidamente progressiva associada ao consumo de complemento sérico. As causas mais compatíveis com esse quadro são, EXCETO:

(A) Síndrome de Goodpasture (antimembrana basal glomerular).
(B) Crioglobulinemia.
(C) Lúpus eritematoso sistêmico.
(D) Endocardite bacteriana.

---

17. Um menino de 8 anos é encaminhado para avaliação de possível doença renal após exame de urina realizado durante investigação de febre. A urinálise mostrou proteinúria 2+, sem hematúria e sem leucocitúria. A densidade urinária era 1.030, e o pH 8,0. O exame foi coletado ao final de um dia em que a criança participou de um torneio de futebol, apresentando febre baixa por quadro viral nas 24 horas anteriores. Não há edema, hipertensão ou alterações no exame físico. Considerando as limitações e interferências da urinálise (exame qualitativo de urina), qual é a interpretação mais adequada desse resultado?

(A) A proteinúria 2+ confirma doença glomerular e justifica encaminhamento para nefrologista pediátrico.
(B) O resultado sugere proteinúria verdadeira, pois valores ≥2+ são sempre patológicos, independentemente da densidade urinária e do contexto clínico.
(C) A ausência de hematúria exclui doença renal e torna desnecessária qualquer investigação adicional.
(D) O resultado pode representar um falso-positivo, pela presença de febre, exercício físico, urina concentrada e pH alcalino.

---

18. Uma menina de 9 anos realizou investigação após episódio de infecção urinária há 18 meses. Durante consulta de seguimento, encontra-se assintomática, sem febre, disúria, polaciúria, urgência miccional ou dor abdominal. Três uroculturas coletadas ao longo de 10 dias demonstraram crescimento de *Escherichia coli* >100.000UFC/mL. O exame físico é normal. Com base no conhecimento atual sobre bacteriúria assintomática na infância, a conduta mais adequada é:

(A) Iniciar antibioticoterapia profilática por pelo menos seis meses para evitar pielonefrite e futuras cicatrizes renais.
(B) Prescrever antibioticoterapia direcionada pelo antibiograma para erradicar a bactéria identificada na urina.
(C) Solicitar nova urocultura em 30 dias e instituir tratamento se confirmada a bacteriúria.
(D) Não instituir tratamento antimicrobiano, pois a erradicação de bactérias de baixa virulência pode favorecer a colonização por microrganismos mais agressivos e o desenvolvimento de ITU sintomática.

19. Uma criança de 2 anos e 4 meses é levada ao pronto-socorro por redução do volume urinário, palidez progressiva e edema discreto há dois dias. A mãe refere episódio de diarreia com sangue iniciado uma semana antes. Ao exame físico, encontra-se irritada, sem sinais de sangramento ativo. Os exames laboratoriais demonstram:

- Hemoglobina: 7,2g/dL;
- Plaquetas: 58.000/mm³;
- Creatinina: 2,0mg/dL;
- DHL: 1.450U/L (valor de referência: < 450U/L);
- Haptoglobina reduzida;
- Teste de Coombs direto negativo;
- Esfregaço sanguíneo: presença de esquizócitos;
- TP e TTPa normais;

Com base nos dados apresentados, qual achado é o mais importante para sustentar que a anemia observada decorre de uma microangiopatia trombótica?

(A) A elevação da creatinina sérica associada à oligúria.
(B) A presença de esquizócitos no esfregaço de sangue periférico associada à elevação da DHL.
(C) O antecedente de diarreia sanguinolenta na semana anterior.
(D) O teste de Coombs direto negativo.

---

20. Uma menina de 7 anos é encaminhada ao ambulatório de nefrologia pediátrica por ter apresentado três episódios de infecção urinária no último ano. A mãe refere que a criança "segura a urina o dia inteiro, porque tem preguiça de ir ao banheiro". Durante a consulta, a criança relata que frequentemente cruza as pernas, agacha-se ou comprime o períneo quando sente vontade de urinar. Apresenta escapes urinários em pequenas quantidades durante o dia e evacua fezes endurecidas a cada 3 ou 4 dias. O exame físico não evidencia alterações neurológicas nem malformações urológicas. Qual alternativa apresenta a interpretação mais adequada desse quadro clínico?

(A) Os sintomas sugerem principalmente transtorno comportamental, sendo improvável a associação com doença urinária.
(B) A presença de infecções urinárias recorrentes é provavelmente independente das alterações intestinais descritas, devendo ser investigada separadamente.
(C) O quadro é compatível com disfunção vesical e intestinal, e a constipação funcional pode contribuir para maior risco de infecção urinária.
(D) A ausência de alterações anatômicas ou neurológicas exclui causa funcional para os sintomas urinários.

21. Uma menina de 8 anos é levada ao ambulatório por perdas urinárias durante o sono, ocorrendo 3 a 4 vezes por semana desde que os pais retiraram as fraldas. Nunca permaneceu mais de dois meses consecutivos sem episódios. Durante a consulta, a mãe refere que a criança também apresenta urgência miccional, costuma cruzar as pernas quando sente vontade de urinar e urina cerca de 10 vezes ao dia. Não há antecedentes de malformações do trato urinário. Com base na classificação da enurese, o diagnóstico mais adequado é:

(A) Enurese primária monossintomática.
(B) Enurese secundária monossintomática.
(C) Enurese primária não monossintomática.
(D) Incontinência urinária contínua de provável causa anatômica.

---

22. Um adolescente de 14 anos apresenta seu segundo episódio de litíase urinária por oxalato de cálcio em dois anos. Durante consulta de seguimento, sua mãe informa que retirou quase completamente leite, queijo e iogurte da alimentação do filho, acreditando que isso reduziria o risco de novos cálculos. O adolescente refere ingerir pouca água durante o dia e consumir frequentemente alimentos industrializados ricos em sódio. Com base na fisiopatologia da litíase urinária, a orientação mais adequada é:

(A) Manter a restrição de cálcio alimentar, pois a redução da oferta de cálcio diminui a disponibilidade do principal componente do cálculo.
(B) Intensificar a restrição de cálcio e aumentar a ingestão de proteínas animais para reduzir a recorrência dos cálculos.
(C) Priorizar apenas a redução do consumo proteico, já que a supersaturação urinária depende exclusivamente da excreção de cálcio.
(D) Aumentar o consumo hídrico e evitar restrição de cálcio, pois a diminuição do cálcio alimentar pode aumentar a excreção urinária de oxalato.

---

23. Um menino de 8 anos é internado com diagnóstico de glomerulonefrite difusa aguda pós-estreptocócica. Apresenta edema palpebral e de membros inferiores, pressão arterial 150 × 95mmHg (> P99 para idade e estatura), oligúria e ganho ponderal de 2kg nos últimos cinco dias. Os exames laboratoriais mostram creatinina discretamente elevada e potássio sérico normal. Considerando a fisiopatologia da hipertensão arterial nesse contexto, qual é a conduta terapêutica inicial mais apropriada?

(A) Iniciar inibidor da enzima conversora da angiotensina como primeira escolha, pois a hipertensão decorre principalmente da ativação do sistema renina-angiotensina-aldosterona.
(B) Instituir restrição hídrica e de sódio associada a diurético de alça, uma vez que a hipertensão está relacionada principalmente à expansão do volume extracelular.
(C) Prescrever antibiótico para acelerar a resolução da glomerulonefrite e promover controle mais rápido da hipertensão arterial.
(D) Liberar a ingestão hídrica e restringir apenas proteínas da dieta, pois a hipertensão independe da retenção hidrossalina.

24. Um menino de 9 anos é encaminhado ao ambulatório de pediatria por baixa estatura. A mãe refere que ele sempre foi menor que os colegas da mesma idade. Nos últimos meses, apresenta cansaço aos esforços e necessidade frequente de levantar durante a noite para urinar. A investigação inicial revelou anemia normocítica e normocrômica, sem deficiência de ferro. A pressão arterial encontra-se acima do percentil 95 para idade, sexo e estatura. Considerando os sinais de alerta para doença renal crônica (DRC), assinale a alternativa correta.

(A) A associação entre atraso de crescimento, noctúria, hipertensão arterial e anemia deve levantar a suspeita de DRC.
(B) A anemia é provavelmente a alteração primária nesse caso, sendo improvável relação com doença renal na ausência de edema ou alteração urinária evidente.
(C) A noctúria é um sintoma inespecífico e não possui utilidade na avaliação de crianças com suspeita de DRC.
(D) A presença de anemia normocrômica implica em deficiência de ferro, independentemente das demais manifestações clínicas.

---

25. Em relação ao uso de tansulosina em pacientes pediátricos, assinale a alternativa correta.

(A) É um bloqueador alfa-adrenérgico indicado para crianças com mais de 2 anos de idade.
(B) Deve ser indicada para pacientes com cálculos ureteral ou vesical sintomáticos ou não.
(C) Seu uso está indicado somente para pacientes acima de 10 anos.
(D) Seu efeito deve ser aguardado por pelo menos 2 semanas.

---

26. Uma criança de 8 anos é atendida em consulta de rotina para avaliação de pressão arterial. Qual é o parâmetro que deve ser utilizado para a escolha correta do manguito?

(A) A idade da criança, associada ao percentil de estatura.
(B) A idade da criança associada ao percentil do peso corporal, que representa melhor o volume circulatório da criança.
(C) A circunferência do braço medida no ponto médio entre o acrômio e o olécrano, os quais devem cobrir 45-55% e 80-100% respectivamente.
(D) A distância entre o acrômio e o olécrano, que deve cobrir 50-60%, sem necessidade de medir a circunferência do braço.

27. Durante consulta de puericultura, os pais de um menino de 2 anos relatam preocupação porque não conseguem expor completamente a glande durante o banho. Ao exame físico, observa-se aderência balanoprepucial parcial, pequeno cisto amarelado sob o prepúcio e ausência de sinais de infecção, dor ou dificuldade miccional. A conduta mais adequada diante desse quadro é:

(A) Indicar postectomia imediata, pois a impossibilidade de exposição completa da glande aos 2 anos caracteriza fimose patológica.
(B) Prescrever antibiótico tópico para prevenir balanopostite, uma vez que os cistos de esmegma aumentam o risco de infecção.
(C) Orientar observação clínica, pois a aderência balanoprepucial e os cistos de esmegma geralmente fazem parte do processo fisiológico de separação entre prepúcio e glande.
(D) Realizar retrações forçadas diárias do prepúcio para acelerar a resolução da fimose e evitar parafimose futura.

---

28. Um adolescente de 15 anos é admitido na UTI pediátrica após politraumatismo grave. Nas primeiras 24 horas, apresenta rabdomiólise importante, com elevação acentuada da creatinoquinase sérica e mioglobinúria. Está hemodinamicamente estável, sem sinais de sobrecarga hídrica e com débito urinário preservado. Considerando as medidas preventivas para lesão renal aguda (LRA) nesse contexto, a conduta mais apropriada é:

(A) Promover hidratação adequada e considerar o uso de furosemida apenas se houver resposta diurética, visando aumentar o fluxo tubular e reduzir a obstrução por pigmentos e debris.
(B) Restringir a hidratação para evitar edema intersticial, uma vez que o principal mecanismo de LRA nesses pacientes é a sobrecarga volêmica.
(C) Instituir alcalinização urinária rotineira, pois há evidências consistentes de que essa medida reduz a incidência de LRA associada à mioglobinúria.
(D) Utilizar alopurinol para eliminar rapidamente a mioglobina circulante e prevenir sua precipitação nos túbulos renais.

29. Uma criança de 5 anos recebeu diagnóstico de síndrome nefrótica idiopática. Após o início do tratamento com corticosteroides, apresentou remissão completa da proteinúria em três semanas. Nos dois anos seguintes, apresentou múltiplas recidivas, necessitando de novos ciclos terapêuticos. Os pais questionam o prognóstico da doença e a necessidade de biópsia renal. Com base nas características da síndrome nefrótica idiopática na infância, assinale a alternativa correta.

(A) A ausência de remissão após quatro semanas caracterizaria síndrome nefrótica córtico-sensível, condição associada ao melhor prognóstico renal.
(B) A resposta inicial ao corticoide sugere síndrome nefrótica córtico-sensível, condição geralmente associada à lesão histológica mínima e ao melhor prognóstico, embora recidivas sejam frequentes.
(C) Como a maioria das crianças apresenta lesão histológica mínima, a realização de biópsia renal é obrigatória para confirmação diagnóstica e definição terapêutica.
(D) A ocorrência de recidivas após remissão inicial indica provável glomeruloesclerose segmentar e focal, com alto risco de progressão para falência renal crônica.

---

30. Assinale a alternativa que apresenta os critérios para o diagnóstico de doença renal crônica (DRC).

(A) Taxa de filtração glomerular (TFG) < 60mL/min/1,73m², sempre acompanhada da presença de proteinúria e hematúria.
(B) TFG < 30mL/min/1,73m² por pelo menos 30 dias, com implicação para a saúde.
(C) TFG < 60mL/min/1,73m² por no mínimo 6 meses, com implicação para a saúde, de modo independente da presença de outros marcadores de DRC.
(D) TFG < 60mL/min/1,73m² por mais de 3 meses, com implicação para a saúde, de modo independente da presença de outros marcadores de DRC.