

# RESIDÊNCIA MÉDICA – MEC

## Hospital Universitário de Vassouras



# PROCESSO SELETIVO 2023

## PROVA TIPO A

**PROCESSO SELETIVO RESIDENCIA MÉDICA 2023**

**Caderno de Prova – Orientações para a Realização da Prova**

- (1) Você está recebendo uma :
- 1.1 Folha de Respostas (GABARITO)
  - 1.2 Prova tipo A – 60 questões objetivas ( para os Programas de Acesso direto)
  - 1.3 **ou** Prova Tipo B com 30 questões objetivas (para os Programas com Pré Requisito Clínica Médica)
- (2) Caso a sua prova não esteja correta, comunique imediatamente ao fiscal da sala, para que possa ser feito a correção, caso você não comunique ao fiscal, a sua prova não terá validade se não for realizada a prova para a especialidade pretendida conforme consta no Edital.
- (3) No GABARITO você deverá preencher o seu nome e a especialidade pretendida.
- (4) O Gabarito só poderá ser assinalado com **caneta esferográfica preta ou azul, conforme indicado abaixo:**

Exemplo:

Número	A	B	C	D
01			X	

**Ou seja, apenas um (X) na questão correta.**

- (5) Não serão aceitas questões com rasuras, e também não serão aceitas questões com mais de uma alternativa assinalada. A questão que apresentar uma dessas condições será considerada anulada.
- (6) Ao terminar a prova, **todo o material recebido (caderno de questões e gabarito)** deverá ser devolvido ao fiscal.
- (7) É proibido o uso de calculadoras, relógios, telefones, tablets, computadores, fones de ouvido, ou qualquer dispositivo eletrônico durante a realização da prova, todo esse material deverá ser entregue ao fiscal.
- (08) É proibido conversa entre os candidatos durante a realização da prova.
- (09) É proibida a consulta a livros, apostilas ou qualquer outro tipo de material pelo candidato.
- (10) PRESTE ATENÇÃO AO PREENCHER O GABARITO, POIS VOCE **NÃO** TERÁ DIREITO A OUTRA FOLHA DE GABARITO.
- (11) O tempo máximo para a realização da Prova Tipo A será de 3hs, A Prova Tipo B será de 01hora e 30 minutos. Não será permitido entregar a prova antes de 45 minutos do início da prova. Os três últimos candidatos deverão permanecer na sala até o término.

1) São considerados como atributos nucleares da atenção primária à saúde (APS), estes, descritos por Bárbara Starfield:

- a) Cuidado abrangente, horizontalidade e coordenação.
- b) Longitudinalidade, cuidado abrangente e coordenação.**
- c) Atenção ao primeiro contato, verticalidade e coordenação.
- d) Horizontalidade, longitudinalidade e atenção ao primeiro acesso.

2) Quando solicitamos uma mamografia bilateral a paciente, visando o rastreamento do câncer de mama, dentro da faixa etária recomendada pelo ministério da saúde, estamos de forma patente atuando no seguinte nível de prevenção:

- a) Primário.
- b) Terciário.
- c) Secundário.**
- d) Quaternário.

3) Ao descrevermos que determinado coeficiente é calculado a partir do número de nascidos vivos por mil habitantes em período de tempo, estamos evidentemente nos referindo ao:

- a) Coeficiente de natalidade**
- b) Coeficiente de natalidade geral.
- c) Coeficiente geral de fecundidade.
- d) Coeficiente de incidência de nascimentos a termo.

4) O uso dos indicadores é essencial para verificar estrutura, processos e resultados de sistemas e serviços de saúde. Qual o critério utilizado na definição de um indicador, quando se avalia a “capacidade de responder a prioridades de saúde”?

- a) Validade.
- b) Relevância.**
- c) Confiabilidade.
- d) Comparabilidade.

5) Refletindo dentro da seara da saúde do trabalhador, assinale a alternativa que contenha apenas riscos químicos ocupacionais.

- a) Calor, gases e bacilos.
- b) Fumos, névoas e ruídos.
- c) Vapores, poeiras e neblina.**
- d) Vibrações, umidade e radiações.

6) A polifarmácia causa aumento da mortalidade. Está associada a uma pior qualidade de vida, além de provocar efeitos negativos específicos sobre a função, incluindo piora da mobilidade, cognição e nutrição. Sobre a polifarmácia é correto afirmar que:

- a) seu incremento se deve às mudanças demográficas no Brasil, caracterizadas pela redução crescente da população idosa, com conseqüente aumento da prevalência de comorbidades e da medicalização
- b) quando houver dois ou mais problemas de saúde, deve-se evitar prescrever um medicamento que sirva para os dois propósitos
- c) a polifarmácia e a medicalização não são ameaças reais para a boa saúde de pessoas idosas, nem mesmo para aquelas que são portadoras de comorbidades.
- d) o problema principal da polifarmácia é a possibilidade de reações adversas, pelo fármaco diretamente, por interações com outros medicamentos ou pela interação entre o fármaco e outros problemas de saúde**

07) A violência não é um evento natural, nem acidental. Com relação a rede de cuidado e de proteção social nos casos de violência, assinale a alternativa correta:

- a) A notificação dos casos de violência doméstica é obrigatória no caso de violência à criança e ao adolescente e, facultativa, no caso de violência ao idoso e à mulher
- b) A notificação ao Conselho Tutelar no caso de violência contra crianças e adolescentes é obrigatória se violência confirmada e, facultativa, em casos de suspeita de violência
- c) No caso de violência contra crianças e adolescentes é papel do profissional da Atenção Primária acionar a Delegacia de Proteção à Criança e Adolescente e o Ministério Público.
- d) **É obrigatória a notificação de todo caso suspeito ou confirmado de violência doméstica/intrafamiliar contra criança, adolescente, mulher ou pessoa idosa**

08) A Sra. Margarida tem 64 anos e não procura frequentemente a assistência em saúde na unidade. Motivo: sua mãe, com 84 anos, é uma das moradoras mais antigas da cidade, e sempre foi a responsável por todos os tratamentos dos filhos, pois crê que a “medicina desses médicos novos” não tem tanto efeito quanto as plantas e chás que ela usa, cujas receitas veem são passadas ao longo das gerações familiares. A consulta, segundo a Sra. Margarida, é porque ela quer realizar exames para ver como está “sua diabetes”. Relata que faz uso de metformina e chás medicinais, pois acredita que estes ajudam o remédio de diabetes mellitus (DM) a fazer efeito. O MFC, que assumiu a função há 1 mês, verifica que os chás em uso não fazem mal para a saúde dela nem interferem na evolução da doença. O profissional concorda então, com o uso e propõe os exames de acompanhamento. Ao final, o MFC verifica se a sra. Margarida concorda com a conduta proposta. Ela, então, responde positivamente com um sorriso. Qual o atributo da Atenção Primária à Saúde está caracterizado no caso?

- a) Longitudinalidade
- b) **Competência Cultural**
- c) Orientação Comunitária.
- d) Coordenação do Cuidado

09) A Política Nacional de Atenção Básica – PNAB estabelece as diretrizes para a organização do componente Atenção Básica, na Rede de Atenção à Saúde – RAS. São, **respectivamente**, Princípios e Diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) e da RAS a serem operacionalizados na Atenção Básica:

- a) Territorialização; Integralidade
- b) Participação da comunidade; Equidade
- c) **Equidade; Regionalização e Hierarquização**
- d) Cuidado centrado na pessoa; Universalidade

10) A equipe saúde da família foi informada pela gerente da unidade básica de saúde que foi recebido um comunicado da vigilância epidemiológica do município sobre a internação de uma criança da área de abrangência, Camila, de 9 meses, com suspeita de meningite meningocócica. A criança iniciou sinais e sintomas da doença há cerca de 24 horas. A enfermeira da equipe conversa com o médico e eles recordam que Camila reside com seus pais, e com a avó. A equipe entra em contato com a vigilância para combinar a realização das medidas preventivas. Qual é a conduta mais recomendada a ser realizada nas próximas 24 horas?

- a) **Prescrever rifampicina profilática para todos os contatos domiciliares**
- b) Orientar a família a vir na unidade para realizar vacina meningocócica
- c) Prescrever ceftriaxona em dose única para os pais da criança.
- d) Prescrever ciprofloxacino em dose única para a avó



11) Bárbara, 58 anos, retorna à consulta com o médico de família e comunidade (MFC). Ela é portadora da hipertensão arterial (HAS) e diabetes mellitus (DM). Utiliza corretamente os medicamentos: enalapril 20 mg por dia; metformina 850 mg, 3 vezes ao dia, nas refeições; glibenclamida 10 mg, 2 vezes ao dia, no café da manhã e no jantar. Ela traz os exames solicitados na consulta anterior. Queixa-se de boca seca, sem outros sintomas. Tem descuidado na dieta, ingerindo bolos, chocolate, doces, refrigerante não diet no almoço. Não está praticando atividades físicas. O resultado da hemoglobina glicada foi 8,7%. Os demais exames estão normais (perfil lipídico, creatinina, microalbuminúria, potássio). Ao exame, apresenta pressão arterial (PA) de 120/80 mmHg, peso 75 kg, altura 156 cm. O médico pensa em uma conversa que tiveram anteriormente, na qual Bárbara se mostrou um pouco relutante em utilizar insulina. O pai dela amputou uma perna, teve um acidente vascular cerebral, ficando acamado por 3 anos e faleceu em decorrência do DM. Paciente já manifestou que não gostaria de passar pelo mesmo que seu pai.

De acordo com os quatro componentes atuais do método clínico centrado na pessoa, qual é a conduta mais adequada do médico de família?

- a) Orientar novamente sobre os riscos do diabetes e que, para melhorar o controle da glicemia, a paciente deverá iniciar insulina, prescrevendo 10 UI de insulina NPH à noite
- b) Retomar as expectativas e os objetivos do tratamento com a paciente e compartilhar a decisão sobre mudanças de estilo de vida, uso de outro hipoglicemiante oral ou insulina**
- c) Reforçar a importância do controle do DM e prescrever uma dieta sem açúcares, atividade física regular e outro hipoglicemiante oral, como losartana potássica, recentemente incorporado no SUS.
- d) Retomar os riscos do DM, com base na história do pai da paciente, e considerando que ela não deseja utilizar insulina, indicar uma mudança na dieta e o início de atividades físicas regulares

12) Homem, 70 anos, comparece à Unidade de Atenção Primária à Saúde para avaliar uma lesão no membro inferior esquerdo, que teve início há 8 semanas. Lesão localizada em terço inferior da perna, na região do maléolo medial. Apresenta borda irregular, é exsudativa, com hiperemia nas margens, rasa e extensa. Panturrilhas livres, sem edema. A dor reduz com a atividade muscular e com elevação da extremidade, sendo mais intensa à noite. Relata que costuma ter câibras. Pulsos pedioso e tibial posterior palpáveis e simétricos. Indivíduo é portador de diabetes mellitus e obeso (IMC: 31), além de ter má adesão ao tratamento para essas patologias. Qual a conduta adequada para tratar a lesão?

- a) Prescrever um único agente microbiano envolvido, e realizar a limpeza da ferida através da adição de iodo diluído e soluções antissépticas
- b) Solicitar a cultura do leito de ferida pelo método de swab, considerando ser um método adequado para ajudar a identificar a bactéria responsável pela infecção
- c) Realizar o cuidado centrado na pessoa e considerar que este tipo de lesão tem alto risco de desenvolver celulite, embora o risco de osteomielite e de amputação sejam baixos.**
- d) Após a cicatrização da lesão, interromper a terapia compressiva por uso diário de meia elástica de alta compressão, pois essa terapia não contribui na prevenção da recorrência da lesão

13) Observe a tabela a seguir:

	Paciente 1	Paciente 2	Paciente 3
anti-HAV IgG	Reagente	Negativo	Reagente
Anti-HAV IgM	Negativo	Negativo	Negativo
Anti-HBc IgG	Reagente	Reagente	Negativo
HbsAg	Reagente	Negativo	Negativo
Anti-Hbs	Negativo	Reagente	Reagente
Anti-HCV	Negativo	Reagente	Negativo

Com base nestas sorologias, assinale a alternativa CORRETA:

- a) paciente 1 teve contato com a hepatite B e se curou. Paciente 2 possui hepatite B crônica e já teve contato com a hepatite C. Paciente 3 foi vacinado contra hepatite B e contra hepatite A
- b) paciente 1 possui hepatite A e B crônicas. Paciente 2 teve contato com hepatite B e se curou e apresenta hepatite C crônica. Paciente 3 foi vacinado contra hepatite B e possui hepatite A crônica
- c) paciente 1 possui hepatite B crônica e já se curou da hepatite A. Paciente 2 teve contato com a hepatite B e se curou, mas apresentou contato também com a hepatite C. Paciente 3 foi vacinado contra hepatite B e já teve contato com a hepatite A**
- d) paciente 1 e 2 foram vacinados contra hepatite B. Paciente 3 possui hepatite B crônica. Paciente 1 e 3 já tiveram hepatite A e se curaram. Paciente 2 teve contato com a hepatite C

14) Os dados usados no cálculo da pontuação do escore de Child-Pugh, este constitui um importante parâmetro para classificação dos pacientes com hepatopatias crônicas, são:

- a) gama-GT tempo de protrombina, albumina, ascite, edema de MMII
- b) transaminases, alfafetoproteína, bilirrubinas, ascite, gama-GT
- c) ascite, encefalopatia, tempo de protrombina, albumina, bilirrubinas**
- d) ascite, encefalopatia, bilirrubinas, tempo de protrombina, transaminases

15) Paciente masculino, de 39 anos, HIV negativo, com história de febrícula e dor, ventilatório-dependente há 65 dias, apresentando derrame pleural com as seguintes características do líquido (após toracocentese diagnóstica):

Proteínas do líquido: 8g/dL
DHL líquido: 500 U/L
ADA líquido: 60 U/L
Celularidade do líquido: predomínio linfócitos
Proteína sérica: 6,7 g/dL
DHL sérico: 300 U/L

Baseado nessas informações, a característica do líquido pleural e o diagnóstico mais provável são: respectivamente:

- a) exsudato, derrame pleural parapneumônico
- b) exsudato, tuberculose pleural**
- c) transudato, lúpus sistêmicos
- d) transudato, insuficiência cardíaca

16) Quanto a hanseníase, é possível afirmar:

- a) o diagnóstico é predominantemente clínico, dispensando exames complementares**
- b) apresenta baixa virulência, porém com elevação da mortalidade
- c) a transmissão se dá por contato e por via parenteral
- d) a perda da sensibilidade é progressiva: inicialmente à dor e, posteriormente, térmica e tátil

17) De modo geral, 50% das anemias são atribuíveis à deficiência de ferro. O diagnóstico da deficiência de ferro baseia-se tipicamente em resultados laboratoriais, anamnese e exame físico. Com relação à anemia ferropriva, indique a alternativa CORRETA:

- a) queilose e coiloníquia constituem sinais de deficiência de ferro de início recente
- b) o nível sérico de ferritina é o teste laboratorial mais conveniente para estimar as reservas de ferro**
- c) a microcitose com hipocromia é a manifestação exclusiva de deficiência de ferro
- d) o ferro sérico representa a quantidade de ferro livre circulante no sangue

18) Com relação ao tratamento da asma, numere a coluna da direita de acordo com sua correspondência com a coluna da esquerda.

- |                                       |                  |
|---------------------------------------|------------------|
| 1) B2-agonista de curta ação          | ( ) Montelucaste |
| 2) B2-agonista de ação prolongada     | ( ) Budesonida   |
| 3) Corticosteroide inalatório         | ( ) Salbutamol   |
| 4) Antileucotrieno                    | ( ) Formoterol   |
| 5) Anticolinérgico de ação prolongada | ( ) Omalizumabe  |
| 6) Anticorpo monoclonal anti-IgE      | ( ) Tiotrópio    |

Assinale a alternativa que apresenta a numeração CORRETA da coluna da direita, de cima para baixo.

- a) 5 – 3 – 2 – 6 – 4 – 1
- b) 4 – 3 – 5 – 6 – 2 – 1
- c) 6 – 3 – 2 – 1 – 4 – 5
- d) 4 – 3 – 1 – 2 – 6 – 5

19) Paciente masculino, 48 anos, hipertenso e diabético tipo 1, comparece a serviço de emergência com queixa de náuseas, vômitos e dor abdominal que se iniciaram há 2 dias. Uma semana antes do início dos sintomas, relatou quadro de febre baixa e diarreia aguda, que apresentou melhora sem terapêutica específica ao longo dos dias. Por não se alimentar devido hiporexia, diminuiu a dose de suas medicações orais e da insulina. Ao exame físico: PA: 102X72mmHg, Pulso: 118 bpm, FR: 28 rpm. Apresenta-se em estado regular, com respirações profundas, abdome dolorido difusamente, com ruídos levemente diminuídos. Paciente é submetido à oxigenioterapia e expansão volêmica. Bioquímica sérica evidencia: Glicemia 500 mg/dL, sódio 127 mEq/L, potássio 3,0 mEq/L, cloro 99 mEq/L, creatinina sérica 1,5mg/dL, ureia 72 md/dL. Gasometria arterial (em Venturi 40%): pH 7,16, pCO<sub>2</sub> 31mmHg, Bic 10 mEq/L, pO<sub>2</sub> 236 mmHg, SO<sub>2</sub> 99,6%, sumário de urina positivo para cetona 2+.

Qual terapêutica endovenosa deve ser tomada a seguir?

- a) infusão de insulina
- b) reposição de sódio
- c) reposição de potássio
- d) reposição de bicarbonato

20) Sobre o diagnóstico dos casos de diabetes mellitus tipo 2:

I - Pode ser feito por meio da dosagem aleatória de glicose sanguínea  $\geq 200$ mg/dL, associada a sintomas de diabetes.

II - É considerado se a glicose plasmática for  $> 126$ mg/dL.

III. É considerado se a glicose plasmática após 2 horas for  $\geq 200$ mg/dL, durante teste oral de tolerância com a glicose de 75g.

IV – É considerado na presença de hemoglobina glicosilada  $>$  que 5,7%

Estão CORRETAS as afirmativas:

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

21) Mulher, 65 anos, chega ao serviço de emergência queixando-se de palpitações ocasionais, principalmente à noite, arrítmicas, de curta duração. Associado a isso refere estar muito ansiosa, perda de 4 quilos em 3 meses, disfagia e episódios de diarreia. Negava febre e dor torácica. Tabagista de 1 maço/dia há mais se 30 anos e etilismo social. No exame físico apresentava-se consciente, orientada, agitada, com FC de 159 bpm. PA: 190X100mmHg, Tax.: 36,1°C. Sinal de lid lag +. Ritmo cardíaco irregular com ausculta pulmonar sem alteração.

Qual é a etiologia mais provável desta taquicardia?

- a) miocardite viral
- b) tromboembolismo pulmonar
- c) transtorno de ansiedade
- d) tireotoxicose

22) A Fibrilação Atrial é a arritmia sustentada mais comum e representa um grande problema de saúde pública. A prevalência aumenta com a idade, e mais de 95% dos pacientes com FA têm mais de 60 anos de idade. Assinale o correto:

- a) A prevalência aos 80 anos de idade é em torno de 50%.
- b) A FA persistente tem duração ultrapassando 7 dias, e, em muitos casos, permanecerá indefinidamente, a não ser que se proceda à reversão da arritmia (elétrica ou química).
- c) Em pacientes com FA persistente de longa duração (> 1 ano), geralmente está presente isquemia miocárdica, o que torna difícil restaurar e manter o ritmo sinusal.
- d) As consequências clínicas da FA estão relacionadas com frequências ventriculares altas, aumento da contribuição atrial ao enchimento ventricular

23) Os termos históricos Insuficiência Cardíaca “sistólica” e “diastólica” foram abandonados, e hoje os pacientes são classificados genericamente como:

I -FE reduzida (ICFER; anteriormente insuficiência sistólica) = FE < 40%

II- FE preservada (ICFEP; anteriormente insuficiência diastólica) = FE > 40%

III- Com FE limítrofe ou mediana. = FE entre 40-50%

Assinale a afirmativa correta:

- a) Apenas I
- b) Apenas II
- c) Apenas III
- d) Estão corretas I, II e III

24) Mulher de 25 anos chega ao consultório com queixa de “ardência na urina”. A anamnese dirigida revela disúria, estrangúria e polaciúria bem definidas, com início há 2 dias. Não há febre.

Sinais vitais: PA: 120 x 70 FC: 72 sO<sub>2</sub>: 99% FR: 16 ipm

Em relação ao caso descrito qual a conduta mais adequada?

- a) Coleta de EAS e urinocultura e avaliar tratamento após o resultado
- b) Norfloxacino por 3 dias
- c) Nitrofurantoina por 5 dias
- d) Coletar EAS/urocultura e iniciar antibiótico

25) Recém-nascido veio acompanhado de sua mãe para a primeira consulta com 15 dias de vida. Nascido de parto normal, com 39 semanas de idade gestacional, APGAR 8/9 sem intercorrências na gravidez e no parto. Peso de nascimento 3.200 g, estatura 48 cm, PC 35cm. Está em aleitamento materno exclusivo, apresentando evacuações líquidas amareladas após cada mamada. Em relação aos cuidados com o recém-nascido analise as afirmativas abaixo:

I - Para limpar o umbigo, utilize apenas água durante o banho, secando bem a região imediatamente e não utilize álcool a 70% no local.

II - A cor amarelada significa icterícia, caso apareça após 24 horas de vida, ela é considerada fisiológica, podendo durar no máximo 10 dias

III - Procure trocar as fraldas sempre que estiverem molhadas ou sujas. Limpe o bebê preferencialmente com água e em seguida use talco.

IV - Para facilitar os cuidados e a amamentação durante a noite, é permitido que colocar a criança para compartilhar a cama com os pais.



São consideradas verdadeiras:

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

26) A recomendação da Organização Mundial de Saúde (OMS) é clara: o melhor alimento para o bebê é o leite materno, e a orientação é que ele seja o alimento exclusivo até os seis meses de vida do bebê. No entanto, a amamentação nem sempre é um processo fácil. Além das dificuldades que podem ocorrer nesse período, há muitos mitos e informações erradas circulando sobre essa prática, tão importante para a conexão entre mãe e bebê e para a saúde da criança. Todo profissional de saúde que faz assistência a mães e bebês deve saber observar criticamente uma mamada. Em relação a dificuldades que podem ocorrer na amamentação podemos afirmar que:

- a) Se o bico do peito rachar, a mãe pode passar seu próprio leite na rachadura.
- b) Quando as mamas ficam empedradas, é preciso diminuir o intervalo entre as mamadas, sugerindo horários pré-determinados.
- c) Mães com HIV positivo devem ter suas cargas virais checadas, caso indetectáveis a amamentação é liberada.
- d) É necessário limpar os mamilos antes das mamadas, além do banho diário e uso de um sutiã limpo.

27) Os alimentos complementares são necessários, uma vez que as necessidades nutricionais da criança aumentam com a idade, principalmente as necessidades de energia e de alguns nutrientes, e o leite materno não tem mais condições de suprir estas necessidades. Em relação à alimentação complementar e às recomendações nutricionais para crianças brasileiras com menos de dois anos, assinale a alternativa correta.

- a) A alimentação complementar deve ser oferecida em horários regulares, para a criança se acostumar mais rapidamente.
- b) As papinhas industrializadas de frutas, de legumes, de cereais, podem fazer parte da alimentação de crianças com idade entre seis meses e dois anos, desde que não apresentem aditivos em sua composição.
- c) A partir dos seis meses, dar alimentos complementares (cereais, tubérculos, carnes, frutas e legumes) quatro vezes ao dia para crianças que estão em aleitamento materno e cinco a seis vezes para crianças desmamadas.
- d) A alimentação complementar deve ser espessa desde o início e oferecida com colher; começar com consistência pastosa e, gradativamente, aumentar a sua consistência até chegar à alimentação da família.

28) Durante uma consulta de puericultura de um lactente de 4 meses com ganho de peso diário de 35 g e analisando o gráfico de peso para idade, foi observado que o lactente se encontrava acima do escore +3. A mãe refere aleitamento materno exclusivo, em livre demanda. Diante dessa situação como podemos classificar o estado nutricional e qual seria a melhor conduta?

- a) Peso elevado para idade e manter o aleitamento materno, mas oferecer água e chás sem açúcar entre as mamadas para diminuir a ingesta calórica.
- b) Peso adequado para idade e manter o aleitamento materno, mas iniciar a oferta das papas de fruta precocemente, a fim de diminuir a ingesta calórica.
- c) Peso elevado para idade e manter o aleitamento materno exclusivo, em livre demanda, e aguardar até os 2 anos de idade, quando o peso deverá voltar ao normal.
- d) Peso elevado para idade e manter o aleitamento materno exclusivo, mas espaçar as mamadas para intervalos de 3 em 3 horas, pelo risco de obesidade na infância

29) Lactente masculino de 4 meses é levado ao atendimento médico por apresentar aumento da bolsa escrotal esquerda ao longo do dia e à noite se normaliza. Não apresenta sinais flogísticos, reflexo cremasteriano está preservado. Realizado transluminação que foi positiva. O provável diagnóstico é:

- a) Hérnia inguinal;  
b) **Hidrocele;**  
c) Persistência do conduto peritoniovaginal;  
d) Criptorquidia.
- 30) Na assistência ao recém-nascido na sala de parto, após a realização dos passos iniciais, foi verificado que o padrão respiratório do mesmo era irregular, com frequência respiratória de 58 irpm, frequência cardíaca de 120bpm, episódios de pausa respiratória de aproximadamente 10 segundos, além de acrocianose. Caso você esteja presente em uma situação semelhante, as condutas iniciais seriam:
- a) Oferecer oxigênio sob cateter, aquecer o recém-nascido e observar  
b) Iniciar ventilação com pressão positiva com oxigênio e observar  
c) Realizar intubação orotraqueal e iniciar ventilação com pressão positiva  
d) **Completar avaliação do recém-nascido e observar**
- 31) Lactente masculino de 3 anos, negro, morador de zona rural, da entrada no pronto atendimento, apresentando palidez cutânea importante, dor abdominal intensa com esplenomegalia (baço a 8 cm do RCE), pulsos finos. Mãe relata que o quadro começou há poucas horas e que a criança sempre teve “anemia”. Com base nas causas de esplenomegalia na infância, sua impressão diagnóstica é:
- a) Leucemia  
b) Mononucleose infecciosa  
c) Toxoplasmose congênita  
d) **Anemia falciforme**
- 32) Pré-escolar de cinco anos de idade chegou ao pronto socorro com quadro de rinorréia, congestão nasal, febrícula e halitose. A mãe referiu que a criança apresentou tosse diurna, que se agravava à noite havia cerca de quinze dias e negou a ocorrência de vômitos ou diarreia. Com base na principal hipótese diagnóstica, os achados esperados no exame físico são:
- a) Hipertrofia de cornetos, palidez dos cornetos e secreção nas narinas  
b) Ulcerações em pilares anteriores e palato ogival  
c) **Hiperemia de orofaringe e gotejamento pós nasal**  
d) Exsudato amigdaliano e hiperemia de orofaringe
- 33) Escolar de sete anos, sexo masculino, com asma grave sem acompanhamento regular, é levado ao ambulatório por apresentar claudicação intermitente observada há aproximadamente um mês. Refere dor na região coxofemoral com irradiação em direção à patela. Exame físico: afebril; limitação da mobilização do membro inferior direito, principalmente da abdução coxofemoral, sem sinais de flogose. Radiografia de quadril: osteoesclerose da cabeça do fêmur e achatamento da epífise. Este quadro é compatível com:
- a) sinovite traumática  
b) artrite reumatóide juvenil  
c) **doença de Legg-Calvet-Perthes**  
d) efeito adverso do antileucotrieno
- 34) De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), nas últimas duas décadas, ocorreu globalmente expressiva redução na mortalidade por diarreias infecciosas em crianças com idade inferior a cinco anos. Algumas publicações permitem pontuar a evolução do tratamento como um dos aspectos de grande relevância nesse processo. Analisando as seguintes afirmativas podemos afirmar que:
- I - O uso de zinco está indicado, pois diminui duração e gravidade do evento.  
II - Os antieméticos devem ser usados com cautela devido ao risco de sedação.  
III - Na suspeita de Shigella, a droga de escolha é o metronidazol na dose de 30- 50mg/kg/dia.  
IV - Deve ser feito uso rotineiro dos probióticos, especialmente nos casos de diarreia que não apresentam melhora após o quinto dia de evolução

- a) I e II são verdadeiras
- b) I, II e IV são verdadeiras
- c) **Somente I é verdadeira**
- d) II e III são verdadeiras

35) Recém-nascido feminino de 18 dias de vida, iniciou febre de 38,8 °C há 24 horas. A mãe afirma que a criança mantém bom estado geral e está mamando sem dificuldade. Durante a avaliação, o exame físico do paciente encontra-se normal e, após 30 minutos sem roupa, sua temperatura mantém-se alta, 38,9 °C. Considerando-se o diagnóstico de febre sem foco, a conduta a ser tomada seria:

- a) Prescrever antitérmico, orientar sinais de alarme e reavaliar em 24 horas.
- b) Solicitar hemocultura, urinocultura e punção lombar com cultura, celularidade e bioquímica do líquido e, se o líquido estiver normal, liberar após dose de ceftriaxona intramuscular.
- c) Colher hemograma e urina para avaliação de elementos anormais e sedimentos (EAS) e, se a contagem de leucócitos estiver entre 5.000 e 15.000 / mm<sup>3</sup> e o EAS estiver normal, liberar com orientação de retorno em 24 horas.
- d) **Indicar internação hospitalar para realização de hemocultura, radiografia de tórax, urinocultura e punção lombar com cultura, celularidade e bioquímica do líquido, além de iniciar antibioticoterapia parenteral empírica.**

36) Adolescente, sexo masculino, 13 anos, apresenta febre diária há uma semana acompanhada de faringite e fadiga, que se intensificou nos últimos dias. Iniciou amoxicilina há três dias sem melhora. Refere náuseas ao se alimentar e dor à deglutição. Exame físico: discreto edema em pálpebras superiores, febril, com linfonodos cervicais aumentados, faringite exsudativa e erupção cutânea macular eritematosa leve no tronco e nos braços. O diagnóstico e conduta nesse caso são:

- a) Faringite estreptocócica; trocar para amoxicilina-clavulanato.
- b) Doença de Kawasaki; imunoglobulina venosa e AAS.
- c) **Mononucleose infecciosa; sintomáticos.**
- d) Difteria; penicilina cristalina venosa.

37) Gestante, 27 anos, G3P2A0, realizando pré-natal desde a oitava semana, sem intercorrências até então. Na consulta de rotina na 24ª semana, apresenta níveis tensionais de 150/100 mm Hg, altura de fundo uterino de 2 cm, BCF de 136 bpm, sem outras alterações ao exame, e sem queixas. Foi receitado EAS, repouso, dieta e retorno em uma semana. Ao retornar sua PA era de 160/110mmHg em mais de uma aferição, EAS com proteinúria de três cruzes, hematúria, cefaleia e fotofobia. Ao avaliar o quadro clínico descrito, qual a hipótese diagnóstica mais provável e qual deve ser o acompanhamento?

- a) Pré-eclâmpsia leve, acompanhamento com consultas semanais e proteinúria de 24 h.
- b) Pré-eclâmpsia leve e hospitalização para avaliação da vitalidade fetal e lesões de órgão alvo.
- c) Hipertensão gestacional, acompanhamento ambulatorial mensal, metildopa 250 mg de 8/8 h e solicitar proteinúria de 24h.
- d) **Pré-eclâmpsia grave e hospitalização da paciente.**

38) Quanto à sífilis está correto afirmar:

- a) O tratamento da sífilis primária é com Penicilina G Benzatina 1.200.000 unidades em dose única.
- b) **As reações não treponêmicas são as únicas empregadas para seguimento terapêutico**
- c) As reações treponêmicas não são úteis ao diagnóstico da sífilis.

d) O FTA-ABS (imunofluorescência indireta) é uma reação não específica.

39) O Consenso de Rotterdam estabelece que o diagnóstico da SOP deve ser feito por critérios nos quais é necessário o encontro de pelo menos dois de três desses critérios estabelecidos. Os critérios abrangem a clínica com seus sinais e sintomas, exames laboratoriais e até exames de imagem. Dentre as opções a seguir, assinale a que contenha a opção que não está descrita como parâmetro nos critérios de Rotterdam:

a) b) Pode incluir o critério de morfologia ovariana policística quando na ultrassonografia for constatado o volume ovariano maior ou igual a 10cm<sup>3</sup>.

b) Quando analisado o hiperandrogenismo laboratorial, esse pode ser incluído nos critérios, se houver a elevação de pelo menos um hormônio androgênio.

c) O hiperandrogenismo clínico é incluído nos critérios quando há a presença de um ou mais dos seguintes achados: acne, hirsutismo e alopecia de padrão androgênico.

d) Com relação a oligomenorreia, é necessário que, no período de, no mínimo três anos, a paciente tenha seis ou menos ciclos menstruais.

40) Uma paciente grávida apresentou ruptura das membranas ovulares (RPMO). É correto afirmar o seguinte:

a) Se a idade gestacional for maior que 34 semanas, a antibioticoterapia visa tratar a corioamnionite.

b) A ruptura deu-se antes da 37ª semana de gestação.

c) O período de latência é inversamente proporcional à idade gestacional

d) Deve receber sulfato de magnésio, independentemente da idade gestacional, para neuroproteção fetal.

41) As lesões mamárias evidenciadas nos exames de imagem são classificadas de acordo com o sistema BI-RADS. Esse sistema utiliza padrões na análise das lesões variando de 0 a 6. Assinale a alternativa correta abaixo:

a) No BI-RADS 3 é necessário repetir o exame mamográfico em 06 meses.

b) No BI-RADS 5 indica malignidade comprovada por biópsia.

c) No BI-RADS 4 indica achado altamente sugestivo de malignidade.

d) No BI-RADS 2 é necessário realizar biópsia da lesão.

42) Uma citologia de Papanicolaou realizada há dois meses, mostra laudo sugestivo de Alteração de Células Escamosas de Origem Desconhecida Não Podendo Descartar Lesão de Alto Grau. Essa paciente tem 40 anos, gesta=III, para=III, laqueadura tubária bilateral. Esta semana após colposcopia com biópsia por CAF, mostra laudo histopatológico de Lesão de Baixo Grau, NIC I. A próxima etapa da propeidêutica no rastreamento do câncer de colo uterino dessa paciente deverá ser:

a) Conização do colo uterino.

b) Acompanhar com preventivo a cada seis meses.

c) Histerectomia total sem anexectomia.

d) Acompanhar com preventivo a cada ano.

43) O toxoplasma gondii causa uma infecção durante a gestação que pode ser transmitida da mãe para o feto causando consequências importantes como aborto, comprometimento neurológico, oculares, etc. Diagnosticada durante o primeiro trimestre da gestação, na fase aguda da doença, seu tratamento profilático é feito com qual medicação?



a) Espiramicina.

b) Ácido fólico.

c) Pirimetamina.

d) Sulfadiazina.

44) Havendo ruptura do condon durante uma relação sexual em uma mulher em idade reprodutiva, em seu período ovulatório e não havendo desejo de engravidar, a conduta de seu ginecologista deverá ser:

a) Anticoncepcional injetável ainda hoje.

b) Acetato de medroxiprogesterona 10mg por 14 dias.

c) Levonorgestrel 1.5 mg em duas doses com intervalo de 12 horas em um dia.

d) Levonorgestrel 1,5 mg em dose única.

45) Uma mola hidatiforme foi diagnosticada em uma primigesta de 22 anos. Ela foi submetida à aspiração uterina para esvaziamento molar. Seu beta-hCG antes do esvaziamento molar era de 125000 mUI/mL. A melhor conduta, para esse caso, encontra-se em qual das alternativas abaixo?

a) Acompanhamento molar com dosagem quantitativa de beta-hCG plasmático.

b) Submetê-la à histerectomia total.

c) Iniciar tratamento ambulatorial com metotrexato ou actinomicina D.

d) Iniciar anticoncepção com Etonogestrel subdérmico de imediato.

46) Em uma Unidade Básica de Saúde uma mulher de 26 anos apresenta seu preventivo de Papanicolaou com laudo citológico sugestivo de lesão intraepitelial de alto grau – NIC II e NIC III. O médico clínico da Unidade, ao realizar exame especular, observou lesão de 1,5cm às 06 horas na ectocérvice. Ele a encaminhou para atendimento secundário. A conduta do especialista será:

a) Conização do colo uterino.

b) Biologia molecular para investigação de papiloma vírus humano.

c) Colposcopia com biópsia por CAF.

d) Repetir o preventivo Papanicolaou antes de realizar a biópsia.

47) O câncer de colo uterino pode ser rastreado tanto na mulher não grávida quanto durante o período gravídico e puerperal. Quanto ao rastreio, diagnóstico e conduta nas lesões precursoras e também no câncer de colo uterino, podemos afirmar:

a) É possível realizar colposcopia mesmo no período gravídico e puerperal.

b) Não está indicado coleta de citologia oncótica durante a gestação.

c) Na gestante, mesmo com carcinoma invasor, deve-se dar preferência ao parto vaginal

d) O tratamento do carcinoma de colo não precisa levar em conta o trimestre da gestação, o estadiamento ou o desejo de levar a gestação adiante.

48) Em uma Unidade Básica de Saúde uma paciente mostra para o profissional da saúde uma ultrassonografia confirmando gestação de 12 semanas, Ela apresenta fatores de risco para diabetes. O médico da Unidade Básica de Saúde faz o rastreamento de diabetes melito gestacional solicitando os exames de pré-natal nesse mesma consulta. Ele irá diagnosticar diabetes melito gestacional solicitando qual exame? E qual o valor este deverá apresentar dentre os abaixo relacionados?

- a) Solicitar glicemia de jejum e seu valor deverá ser maior que 130mg/dL.
- b) Solicitar glicemia de jejum e seu valor deverá ser menor que 125mg/dL
- c) Solicitar teste de tolerância a glicose e essa terá que mostrar dois valores alterados.
- d) Solicitar glicemia de jejum e essa terá que mostrar valores entre 92 e 125mg/dL**

49) Mulher, 24 anos, grávida de 20 semanas, vem ao Pronto-Socorro queixando-se de dor em quadrante inferior direito há 4 dias acompanhada de febre (39° C), episódios de diarreia e vômitos após o início do quadro doloroso. Sua urina I mostra 30.000 leucócitos por mm<sup>3</sup>. Tem leucograma de 12.000 cel/mm<sup>3</sup> sem desvio à esquerda. Seu score de Alvarado é de 6 pontos. A conduta mais indicada a seguir é:

- a) Ultrassonografia de abdome**
- b) Exploração cirúrgica com incisão de McBurney
- c) Laparoscopia diagnóstica
- d) Colher cultura de urina, administrar quinolona e observar

50) Paciente sexo masculino, 42 anos, procura serviço de emergência queixando-se de dificuldade para evacuar e eliminar gases há 2 dias, acompanhado de cólicas abdominais. Refere ter eliminado muco com laivos de sangue. Sem antecedentes mórbidos. Ao exame físico: PA: 140 X 80 mmHg; Pulso: 90 bpm (rítmico e cheio). FR: 14 ipm; Tax: 36,8° C. Bom estado geral, corado, desidratado+, afebril e anictérico. Tórax sem anormalidades ao exame. Abdome: distendido+, flácido, doloroso à palpação com massa palpável no hipogástrio, descompressão brusca negativa. Ruídos hidroaéreos presentes. Foi realizado hidratação com solução cristalóide, analgesia e solicitado exame de imagem (RX abdome) mostrado abaixo.



Qual é a abordagem mais indicada a ser realizada a seguir, com base nos dados clínicos e no exame de imagem?

- a) O paciente deve ter alta para casa e ser orientado a ingerir dieta sem resíduos, laxativos, antiespasmódicos e retornar após 48h para controle.
- b) Trata-se de quadro de abdome agudo perfurativo com indicação de abordagem cirúrgica de urgência.
- c) O paciente deve ser encaminhado ao centro cirúrgico para ser submetido a bloqueio raquidiano anestésico e exploração anorretal.
- d) Paciente deve ser encaminhado ao centro cirúrgico para ser submetido a laparotomia exploradora.

51) Um menino com 16 anos chega com dor no quadrante abdominal inferior direito há dois dias. Está se sentindo mal, com tosse, corrimento nasal e febre, e começou a ter dor abdominal há dois dias. Nas últimas 12 horas, a dor não melhorou e se concentrou em fossa ilíaca direita. Sua temperatura é de 37,8°C. Seu abdome está sensível no quadrante inferior direito, com uma massa localizada e com sinais de peritonite. Sua leucometria é de 14.200/mm<sup>3</sup> e o exame de urina é normal. A TC do abdome revela presença de alterações inflamatórias na área em torno do ceco sem visualizar o apêndice. Há vários linfonodos proeminentes, medindo aproximadamente 3 cm no mesentério do intestino delgado. Qual seu diagnóstico e o tratamento?

- a) apendicite aguda em fase inicial de instalação
- b) apendicite aguda com provável "plastrão" localizado
- c) adenite mesentérica. Dar alta da emergência com acompanhamento
- d) provável adenite mesentérica. Fazer laparoscopia diagnóstica para excluir apendicite

52) Mulher, 85 anos, diabética e hipertensa chegam ao pronto socorro com quadro de dor abdominal localizada em região do flanco e fossa ilíaca esquerda acompanhada de vômitos, distensão abdominal e parada de eliminação de gases e fezes. Não refere febre, mas relata calafrios. Pressão arterial = 95 x 70 mmHg, pulso = 120 bpm, Sat O<sub>2</sub> 88%. O hemograma mostra 15.000 leucócitos/mm<sup>3</sup> com importante desvio à esquerda, creatinina de 1,5 mg/dL e glicemia de 130 mg/dl. Após reposição volêmica, medicação sintomática e antibioticoterapia empírica de amplo espectro é realizada tomografia de abdome que mostra diverticulite aguda em cólon sigmoide com sinais de pneumoperitônio. É indicada laparotomia exploradora que mostra contaminação grosseira de material fecal e líquido livre em toda pelve, goteira parietocólica esquerda e em ambos espaços subfrênicos. Nesse momento o anestesista informa que precisou entrar com dose elevada de noradrenalina. Qual é a melhor conduta nesse caso?

- a) Sigmoidectomia, limpeza da cavidade, anastomose término terminal e drenagem da cavidade no local da anastomose.
- b) Sigmoidectomia, limpeza da cavidade, anastomose término terminal e realização de ileostomia protetora.
- c) Reavivamento das bordas da perfuração e sutura em dois planos e drenagem da região da sutura com dreno de aspiração contínua.
- d) Sigmoidectomia, limpeza da cavidade com fechamento do coto distal e exteriorização do coto proximal (cirurgia de Hartmann).

53) FCM, 62 anos, no 5º PO de colectomia subtotal com anastomose primária por abdome agudo obstrutivo decorrente de neoplasia de cólon. Antecedente pessoal de hipertensão arterial sistêmica. Você é chamado para avaliar o paciente. Ao exame físico: Sonolento, desperta ao estímulo tátil, confuso, pouco colaborativo com o exame clínico. Taquidispneico, frequência respiratória de 40 incursões por minuto com uso de musculatura acessória, saturação de O<sub>2</sub> de 92% com máscara do tipo Venturi e fração inspirada de oxigênio de 50%. Ausculta limpa bilateralmente. Pressão Arterial 80 x 40 mmHg, FC 110 bpm, abdome distendido, sem sinais de irritação peritoneal. Não há retenção vesical palpável. Temperatura axilar de 37,8° C, sem diurese nas últimas 12h. Radiografia de tórax sem infiltrados. Laboratório revela acidose mista, leucocitose e piora significativa da função renal. Equipe médica decide solicitar Tomografia (TC) de tórax e abdome para investigação do quadro em questão. Cite condutas prioritárias antes do paciente ser encaminhado à TC.

- a) Administrar 2 mg de morfina, diurético endovenoso, iniciar anticoagulação plena com enoxaparina 1mg/kg 12/12h.
- b) Aumentar oferta de oxigênio na nebulização para 100%, expansão com cristaloides 30ml/kg, coleta de culturas e antibioticoterapia imediata de amplo espectro.
- c) Intubação orotraqueal, diurético endovenoso, iniciar anticoagulação plena com enoxaparina 1mg/kg 12/12h.
- d) Intubação orotraqueal, expansão volêmica com cristaloides 30ml/kg, coleta de culturas e antibioticoterapia imediata de amplo espectro.

54) Durante colecistectomia eletiva por colecistopatia crônica calculosa, realiza-se colangiografia transcística que mostra esvaziamento de contraste adequado para duodeno, ausência de coledocolitíase e não contrastação da via biliar intra-hepática. Pode-se afirmar que:

- a) Deve-se suspeitar de lesão de via biliar direita.
- b) Deve-se suspeitar de presença de lesão de ducto biliar acessório.
- c) Deve-se suspeitar de lesão de ducto colédoco.
- d) A colangiografia está normal, então seguir com a colecistectomia.

55) Paciente de 58 anos, vem ao pronto atendimento com quadro de dor abdominal e parada de eliminação de gases e fezes há 3 dias. Ao exame físico apresenta distensão abdominal importante, sem peritonismo e ao toque retal encontra-se lesão endurecida tocável a 5cm da borda anal. Realizada tomografia de abdome total que mostra distensão importante de cólon até altura de reto médio, onde se vê massa concêntrica na luz do órgão. Qual a melhor conduta?

- a) Colostomia em alça e encaminhamento para quimio e radioterapia e posterior programação de retossigmoidectomia
- b) Retossigmoidectomia com anastomose colorretal com ligadura de veia mesentérica inferior em sua origem.
- c) Retossigmoidectomia com anastomose colorretal sem ligadura de veia mesentérica inferior em sua origem.
- d) Colostomia em alça e programação para ressecção transanal da lesão

56) Durante a realização de colecistectomia videolaparoscópica, a dissecação cuidadosa do pedículo é imprescindível. Neste contexto, pode-se afirmar que a chamada “critical view of safety” é obtida quando:

- a) se realiza uma colangiografia intraoperatória
- b) a via biliar principal está totalmente dissecada
- c) só há duas estruturas entrando na VB e o fígado é visto entre elas
- d) após a ligadura do ducto cístico e da artéria cística

57) Um paciente 22 anos, vítima de queda de moto após colisão com anteparo fixo, encontrado na cena com Glasgow 6, foi submetido a intubação orotraqueal pela equipe de atendimento pré-hospitalar. Avaliado e reanimado na sala de emergência, foi transferido para a unidade de terapia intensiva (UTI). A tomografia de crânio mostra edema cerebral difuso. Não foram achadas outras alterações relevantes. Após 24 horas, o paciente está com Glasgow 3T, com pupilas medíofixas, sem sedação. Saturação de O<sub>2</sub>, com fração inspirada de O<sub>2</sub> de 100%: 92%, PA: 70 X 30 mmHg, pulso: 145 bpm, diurese: 100 mL nas últimas 6 horas, temperatura central: 34,2 °C. Exames laboratoriais: Na<sup>+</sup> : 154 mEq/L, lactato: 39 mg/dL, creatinina: 2,5 mg/dL. Quais devem ser as condutas imediatas?

- a) Notificar a Organização de Procura de Órgãos (OPO) e convocar a família para propor cuidados paliativos, visto que o paciente não pode ser doador, pelas condições clínicas.
- b) Iniciar a primeira prova de morte encefálica com uso de pressão positiva, para evitar hipóxia grave durante a prova.

c) Passar sonda nasoesférica, aumentar o aporte de água livre, coletar hemocultura, cultura de secreção traqueal e urocultura e iniciar antibioticoterapia de amplo espectro.



**d) Expansão volêmica, passagem de cateter venoso central e uso de vasopressores para manter pressão arterial média (PAM) > 65 mmHg.**

58) Vítima de ferimento por arma de fogo em hipocôndrio direito, um paciente de 30 anos deu entrada no pronto-socorro estável hemodinamicamente. A tomografia de abdome mostrou ferimento hepático, nos segmentos 6 e 7, com líquido ao redor do fígado. Optou-se por realizar videolaparoscopia. Foi achado apenas sangue ao redor do fígado. Os ferimentos foram visualizados, não havendo sangramento nem saída de bile. Optou-se por aspirar todo o sangue. No quinto dia pós-laparoscopia, o paciente, que aparentemente vinha evoluído bem, embora com aceitação alimentar ainda ruim, apresentou dor e distensão abdominal, além de febre e icterícia. Qual é a melhor conduta, neste momento?

- a) Laparotomia exploradora.
- b) Nova videolaparoscopia.
- c) Pesquisa de foco infeccioso (culturas e radiografia) e observação clínica.

**d) Tomografia de abdome e pelve.**

59) Atropelada por ônibus, uma menina de 12 anos é transportada de helicóptero para o pronto-socorro. Atendimento realizado na cena: imobilização com colar cervical e prancha rígida, intubação traqueal, ventilação mecânica, acesso venoso em membro superior direito e administração de soro fisiológico. Saturação de O<sub>2</sub>: 85%, frequência cardíaca: 140 bpm. Ao dar entrada na sala de emergência, a criança continuava com saturação em torno de 83%, apesar de FiO<sub>2</sub> de 100%, e com frequência cardíaca de 120 bpm. No exame clínico do tórax, nota-se ausência de murmúrio vesicular do lado esquerdo. Qual é a principal suspeita clínica e qual deve ser a primeira medida terapêutica?

- a) Pneumotórax hipertensivo. Drenagem torácica no quinto espaço intercostal esquerdo, na linha axilar média.

**b) Atelectasia por intubação seletiva. Reposicionamento do tubo traqueal.**

- c) Pneumotórax hipertensivo. Punção torácica no segundo espaço intercostal esquerdo, na linha hemiclavicular.

- d) Pneumotórax simples. Radiografia de tórax na sala de emergência, seguida de drenagem de tórax.

60) Um rapaz de 23 anos foi vítima de ferimento por projétil de arma de fogo, com entrada no hemitórax esquerdo, na zona perigosa de Ziedler. Chega à sala de emergência agitado, com hálito etílico, taquipneico e descorado. Pressão arterial: 60 x 40 mmHg, pulso: 140 batimentos por minuto. Nota-se estase jugular bilateral e não há desvio de traqueia. À ausculta pulmonar, o murmúrio vesicular está diminuído à esquerda, embora sem hipertimpanismo, e normal à direita. Não tem dor abdominal à palpação. Subitamente, o paciente apresenta parada cardíaca e é intubado com sucesso.

Qual o diagnóstico mais provável e a próxima conduta?

**a) Tamponamento cardíaco. Toracotomia anterolateral esquerda.**

- b) Pneumotórax hipertensivo esquerdo. Drenagem torácica.
- c) Choque hipovolêmico. Sangue tipo O Rh negativo e massagem cardíaca externa.
- d) Hemotórax maciço. Drenagem torácica.