



HOSPITAL  
UNIVERSITÁRIO  
DE VASSOURAS

**HUV**

## RESIDÊNCIA MÉDICA - MEC



## PROCESSO SELETIVO 2025



## PROCESSO SELETIVO RESIDENCIA MÉDICA 2025

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

- (1) Você está recebendo um caderno de Prova que contém:
- 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 o seu caderno de prova não esteja correto, 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 .

(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) A não devolução do material conforme explicado acima implicará em anulação da prova para o candidato que descumprir a regra estabelecida.

8) 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.

(09) É proibido conversa entre os candidatos durante a realização da prova.

(10) É proibida a consulta a livros, apostilas ou qualquer outro tipo de material pelo candidato.

(11) PRESTE ATENÇÃO AO PREENCHER O GABARITO, POIS VOCE **NÃO** TERÁ DIREITO A OUTRA FOLHA DE GABARITO.

(12) 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) Durante consulta ambulatorial no hospital universitário, a mãe de escolar de oito anos do sexo feminino, relata que sua filha vem apresentando fortes dores articulares. Refere início do quadro há dois dias com dores em punhos, tornozelos e joelhos, tendo feito por conta própria ácido acetil-salicílico, com melhora dos episódios de algia, porém observou o surgimento de diversos caroços no corpo de sua filha. Exame físico: bom estado geral, afebril e corada. ACV: RR 2T BNF, sem sopros, FC: 80bpm; presença de nódulos indolores em topografia de proeminências ósseas e tendões. No dia anterior havia procurado atendimento no pronto atendimento, onde solicitaram os seguintes exames laboratoriais: Hb: 13,2g/dl, leucócitos: 12.000 (0-2/0-0-0-50/40-8), plaquetas 449.000, VHS: 50 mm/1ª hora e ASLO: 1.250U Todd. Com base no quadro clínico descrito, o exame complementar que deve ser solicitado com urgência é:
  - A) **ecocardiografia**
  - B) eletrocardiograma basal
  - C) ultrassonografia dos nódulos
  - D) tomografia computadorizada de grandes articulações
  
- 2) Pré-escolar de 4 anos, sexo masculino, chega a emergência acompanhado por sua mãe preocupada pois a criança estava muito hipoativa e pálida. Refere que previamente há 72 horas a criança havia iniciado quadro de febre de 38,5°C, vômitos, diarreia com um pouco de sangue, sendo avaliada na unidade básica de saúde, e liberada com prescrição de zinco, soro oral e antiemético. Evoluiu com diminuição do débito urinário, queda do estado geral e hipoatividade, apesar da melhora dos episódios diarreicos. Exame físico: acentuada palidez, irritabilidade, pouco responsivo e com acentuada sensibilidade à palpação abdominal. FC: 156bpm, FR: 32irpm, PA: 80 x 50mmHg. Exames laboratoriais: Hb:6,7g/dl, Ht:24,6%, leucometria:15.000(0-0/0-0-15-65/12-8) plaquetas: 83.000/mm<sup>3</sup>, Na<sup>+</sup>: 137mEq/L, K<sup>+</sup>: 5,2 mEq/L, creatinina: 4,3mg/dl, uréia: 110 mg/dl. EAS: 19hemácias/campo. A hipótese mais provável é:
  - A) glomerulonefrite aguda
  - B) insuficiência renal crônica
  - C) **síndrome hemolítico-urêmica**
  - D) púrpura de Henoch-Schonlein
  
- 3) Deu entrada na maternidade escola, gestante com 34 semanas de gestação em trabalho de parto. A bolsa havia rompido há mais de 20 horas e líquido amniótico estava fétido. O Apgar foi de 7/8. Com menos de 24 horas de vida, iniciou com esforço respiratório, gemência e hipotermia. Além da coleta de hemograma, a conduta indicada neste caso é colher:
  - A) **hemocultura, líquido e iniciar antibioticoterapia para gram positivo e negativo**
  - B) hemocultura, líquido e antibioticoterapia para gram positivo
  - C) repetir hemograma, colher urocultura e aguardar resultados
  - D) hemocultura, urocultura e iniciar antibioticoterapia para gram positivo
  
- 4) Na reavaliação de um recém-nascido de parto vaginal, com 12 horas de vida e idade gestacional de 39 semanas, sem necessidade de manobras de reanimação, APGAR 8/9, foi verificado que a mãe está tratando tuberculose forma pulmonar há um mês, com escarro negativo há três semanas. Qual a orientação que deve ser dada em relação a amamentação?
  - A) **sem restrições**
  - B) utilizando máscara
  - C) após realizar a BCG
  - D) após o recém-nascido iniciar isoniazida

- 5) Você procurado pela mãe de um escolar de seis anos, sexo masculino com queixa de claudicação iniciada há dois dias. Refere quadro viral há uma semana e nega trauma direto. Exame físico: sinais vitais normais. Boa mobilidade do joelho direito com rotação interna limitada por dor no quadril no mesmo lado. Exames laboratoriais: leucócitos normais, discreta elevação da VHS. Radiografias de perna e quadril direitos: normais. A hipótese diagnóstica é:
- A) **sinovite transitória**
  - B) doença de Osgood-Schlatter
  - C) artrite séptica
  - D) epifisiólise
- 6) Lactente, dez meses, deu entrada na emergência com relato de crise convulsiva generalizada do tipo tônico-clônica com duração inferior a 10 minutos precedida do início de febre há 24 horas, além de sintomas catarrais discretos. Mãe nega episódios anteriores. Exame físico: febril e sonolento, porém facilmente despertável, sem sinais de irritação meníngea. Hiperemia de membrana timpânica direita. Restante do exame sem alterações. A abordagem imediata é realizar:
- A) tomografia computadorizada
  - B) dosagem de eletrólitos
  - C) hemograma e PCR
  - D) **punção lombar**
- 7) A pseudoparalisia de Parrot é causada pela metafisite, e não por alterações musculares ou neurológicas, caracterizada por dor à movimentação ativa ou passiva dos membros, principalmente superiores, havendo irritabilidade e imobilidade. Nos recém-nascido pode se manifestar com reflexo de moro alterado. Essa condição clínica está classicamente relacionada a:
- A) **sífilis congênita**
  - B) fratura de clavícula
  - C) torcicolo congênito
  - D) toxoplasmose congênita
- 8) Escolar de 6 anos chega a unidade básica de saúde, acompanhado por seus pais, que relatam que no último mês a criança iniciou quadro de adinamia, fadiga, dores em membros inferiores e nas articulações dos joelhos, acompanhado de alguns episódios de febre não aferida. Referem ainda o surgimento de manchas arroxeadas no corpo, sendo essas indolores e sem relação com trauma. Exame físico: palidez cutâneo mucosa ++/4+, linfonodomegalias em região cervical bilateralmente, baço palpável a 6,5cm do rebordo costal esquerdo, fígado palpável a 3,5cm do rebordo costal direito, equimoses difusas em membros inferiores e dorso. Procuraram atendimento há cerca de quatro dias atrás na UPA, onde foram solicitados alguns exames laboratoriais: hematimetria: 2.800.000/ mm<sup>3</sup>, hematócrito: 21,5%; hemoglobina: 7,8g/dL, leucócitos: 8.000/mm<sup>3</sup> (linfócitos 88%, segmentados 12%), contagem de plaquetas 76. 000/mm<sup>3</sup>. Com base no caso clínico a principal hipótese diagnóstica é:
- A) aplasia medular
  - B) artrite reumatoide
  - C) **leucemia linfoide aguda**
  - D) mononucleose infecciosa
- 9) Pré-escolar de quatro anos chega ao serviço de emergência com início de dor no ombro esquerdo de moderada intensidade, sem sinais flogísticos, há 24 horas, acompanhada de febre (38,1°C). Acompanhante informa que a criança portadora de doença falciforme e faz uso domiciliar de ácido fólico e penicilina profilática. Realizado radiografia de tórax: consolidação discreta na língula. Evoluiu com melhora da dor, mas com dispneia, piora da curva térmica e queda de saturação de oxigênio

(90% em ar ambiente). No dia seguinte, uma nova radiografia de tórax revelou o aparecimento de infiltrado pulmonar no lobo superior esquerdo de característica multifocal. A hipótese diagnóstica é:

- A) tuberculose miliar
- B) pneumonia por H1N1
- C) **síndrome torácica aguda**
- D) pneumonia por *Pneumocystis jirovecii*

10) Escolar de 9 anos apresentou febre de início há 24h, cefaléia, vômitos em jato, adinamia, perda do apetite, postura de opistótono. Pais o levam ao pronto socorro. Ao ser avaliado apresenta-se no exame clínico: irritado, emite sons incompreensíveis, gemente. Abre os olhos em resposta a estímulo de dor. Flexão anormal aos estímulos dolorosos. Como poderíamos caracterizar o nível de consciência deste paciente e a conduta?

- A) Estado de consciência comatoso sem possibilidade de cálculo do Glasgow pois falta a reação pupilar.
- B) Pode ser classificado como sonolento sem prejuízo a estabilidade clínica, monitorizar e ofertar oxigênio
- C) Escala de Glasgow igual a 10, sem estado patológico da consciência, manter permeabilidade da via aérea.
- D) **Pontua 7 no Glasgow com estado de consciência de estupor, intubação para proteção de via aérea.**

11) Pré-escolar com 4 anos em tratamento ambulatorial com cefalexina para infecção urinária. Após 72h do início do tratamento evoluiu com rebaixamento do nível de consciência, taquicardia, taquipneia e persistência da febre sendo levado para reavaliação na emergência. Ao exame físico apresentava-se: pálido, acianótico, anictérico, perfusão periférica 3 segundos, pulsos amplos e simétricos. Tax: 36,8°C, FR: 57 irpm, FC:180bpm, pressão arterial média: 30 mmHg, murmúrio vesicular reduzido em bases pulmonares bilateralmente com presença de tiragem subcostal. Ritmo cardíaco regular em 2 tempos bulhas normofonéticas sem sopros. Abdome depressível, indolor, fígado 3cm do rebordo costal direito. Edema +/4+ em membros inferiores, panturrilhas livres, pulsos simétricos. Neurológico: Glasgow= 9, pouco responsivo, reagia a estímulo doloroso, sonolento, mobilizava os 4 membros, pupilas isocóricas e fotorreagentes, sem sinais de irritação meníngea. Qual a classificação do estado hemodinâmico e qual conduta terapêutica deve ser realizada de forma imediata?

- A) **Choque séptico e expansão volêmica com cristalóide**
- B) Sepses grave e início imediato de antibioticoterapia de amplo espectro como cefalosporina de 4ª geração.
- C) Sepses devendo ser iniciada hidratação venosa e antibioticoterapia
- D) Disfunção orgânica associada a sepses devendo ser instituída monitorização invasiva da pressão arterial

12) A vacina oral da poliomielite foi retirada do calendário vacinal pela situação epidemiológica do Brasil e pelo risco de desenvolvimento de pólio vacinal principalmente em pacientes que não haviam recebido a vacina injetável da poliomielite previamente. O atual esquema prevê que o paciente receba o reforço com a vacina injetável da poliomielite. Portanto segundo o Ministério da saúde o esquema vacinal contra poliomielite será feito com:

- A) **Três doses e um reforço da vacina inativada.**
- B) Três doses e dois reforços da vacina inativada.
- C) Três doses da vacina inativada e dois reforços da vacina atenuada.
- D) Três doses e um reforço da vacina atenuada.

13) Homem , 29 anos de idade, realizou ultrassonografia de tireoide solicitada pelo seu endocrinologista . Foi então encaminhado devido a achado de nódulo de 2,0cm em lobo direito, sólido e hipoecogênico. Paciente assintomático. Ao exame físico: tireoide com nódulo palpável em lobo direito, sem linfonodomegalias. TSH e T4L dentro dos padrões da normalidade. Qual é a alternativa correta?

A ) A iodoterapia está sempre indicada nos casos de nódulo maligno, independentemente do estadiamento cirúrgico, assim como o esvaziamento cervical.

B ) Deve-se prosseguir a investigação com nova ultrassonografia em seis meses uma vez que punção aspirativa por agulha fina punção nao estaria indicada neste caso em específico por se tratar de homem novo e nodulo unico

C ) O carcinoma papilífero de tireoide é o tipo histológico mais comum do câncer de tireoide, e o principal tratamento é a ablação cirúrgica..

D ) Indica-se a punção aspirativa por agulha fina apenas quando nódulo maior que 3,0cm.

14) Mulher, 39 anos de idade, com queixa de epigastralgia há 12 meses, associada a perda ponderal de 7kg no período, realizou endoscopia digestiva alta, que mostrou lesão ulcerada em corpo gástrico distal de 1,5cm. O resultado da biópsia foi de adenocarcinoma indiferenciado, tipo difuso de Lauren. O estadiamento não mostrou lesões secundárias. Em relação ao caso, assinale a alternativa correta:

A ) A apresentação típica do tipo difuso, por ser mais agressivo e estar associado a fatores de risco tais como tabagismo , difere do apresentado na questão sendo mais comum em homens de faixa etária acima de 60 anos.

B ) Como se trata de lesão em corpo gástrico, menor que 2cm, deve ser realizada ressecção endoscópica.

C ) Deve-se complementar a avaliação com ultrassonografia endoscópica, para avaliar a profundidade da lesão e a possibilidade de ressecção endoscópica.

D ) A lesão não é passível de ressecção endoscópica e a paciente deve ser encaminhada para gastrectomia, com linfadenectomia D2.

15) Mulher, 75 anos. Há 2 dias apresenta dor abdominal em mesogástrio de caráter progressivo, associada a piora do estado geral e prostração. Familiares relataram três episódios de vômitos com conteúdo escurecido, e evacuações sem alteração do aspecto das fezes. Há cerca de 2 horas a paciente encontra-se torporosa e pouco responsiva. Familiares relataram também que a paciente é hipertensa, e que sofreu um AVC há seis meses que resultou numa sequela motora leve. As medicações de uso diário consistem em Captopril, AAS e Varfarina. Ao exame físico apresenta-se em mau estado geral, temperatura axilar de 35,1°C, frequência cardíaca de 140 bpm, ritmo cardíaco irregular , frequência respiratória de 30 irpm, pressão arterial de 70 x 40 mmHg, abdme globoso e pouco distendido, à palpação a paciente não expressa dor, não há sinal de piora da dor à descompressão brusca, e à ausculta apresenta ruídos hidroaéreos diminuídos. Os exames laboratoriais disponíveis até o momento são: Hemograma: HB: 10,5 (valores de referência: 12,8 - 16,0 g/dL); Plq: 110.000 (valores de referência: 150.000 - 450.000 / mm<sup>3</sup>) GB: 25000 (valores de referência: 3600-9100 / mm<sup>3</sup>), bastonetes 15% / segmentados 55 % / linfócitos 28% / monócitos 5% / eosinófilos 1% / basófilos 1%; Gasometria: pH : 7,16 (valores de referência: 7,35 - 7,45); pCO<sub>2</sub>: 31 (valores de referência: 35 - 45 mmHg); pO<sub>2</sub>: 86 (valores de referência: 75 - 100 mmHg); HCO<sub>3</sub>: 14 (valores de referência: 22 - 26 mEq/L); Lactato: 9,6 (valores de referência: 0,5 - 2,0 mmol/L); Amilase: 304 (valores de referência: até 125 U/L). Qual a principal hipótese diagnóstica?

A ) Isquemia mesentérica.

B ) Aneurisma roto de aorta abdominal.



- C) Megacolon tóxico
- D) Síndrome de Ogilvie

20) O conhecimento das hérnias inguinais é de grande importância ao médico generalista. Em relação a esta patologia assinale a resposta CERTA:

- A) Na hérnia inguinal indireta, também chamada de oblíqua externa, o abaulamento ocorre através do anel inguinal profundo medialmente aos vasos epigástricos.
- B) A hérnia inguinal mais comum nas crianças é do tipo direta e por isso necessita reforço de parede posterior na sua correção.
- C) A hérnia crural (femural) ocorre abaixo do ligamento inguinal, sendo mais comum nas mulheres e com maior risco de encarceramento.
- D) A hérnia de Littre ocorre quando apenas o bordo anti-mesentérico da circunferência da alça intestinal é encarcerada no defeito inguinal.

Resposta C

21) Homem de 76 anos em bom estado geral, com antecedente de diabetes mellitus apresenta quadro de dor em hipocôndrio direito há 5 dias, associado à febre. Ultrassonografia de abdome mostrou vesícula biliar com paredes espessadas, líquido perivesicular e cálculo de 2,2 cm impactado em infundíbulo da vesícula biliar, não móvel à alteração de decúbito. Qual a conduta recomendada para o caso?

- A) Colecistectomia laparoscópica.
- B) Colecistostomia percutânea.
- C) Colecistostomia endoscópica.
- D) Drenagem da coleção perivesicular.

22) W.K.L., 25 anos, sexo feminino, sem comorbidades, sofreu acidente de moto há 3 horas, e é atendido na emergência do Hospital Universitário de Vassouras. No exame físico foi detectado oclusão arterial da artéria ilíaca com isquemia importante e fratura do fêmur. A principal conduta é:

- A) Revascularização imediata do membro.
- B) Correção da fratura e depois revascularização do membro.
- C) O tempo de isquemia não deve ser considerado nesse paciente.
- D) A anticoagulação é a principal abordagem a ser feita nesse paciente.

23) W.M.N., 30 anos, sexo feminino, vítima de acidente de moto, encontra-se acamada na enfermaria da clínica cirúrgica do HUV após correção cirúrgica secundário a fratura de bacia, em uso de morfina, evolui na enfermaria com dor abdominal, mais intensa em fossa ilíaca direita, distensão abdominal e parada de eliminação de fezes e flatos. Não há sinais de peritonite ao exame físico. A tomografia computadorizada mostra distensão gasosa importante do cólon em toda sua extensão, com diâmetro cecal de 8 cm, sem ponto de obstrução mecânica. Não há distensão de alças de delgado, líquido livre na cavidade peritoneal ou sinais de pneumoperitônio, bem como as alças de delgado e cólon não apresentam sinais de sofrimento. Assinale a alternativa que apresenta a conduta terapêutica mais adequada à hipótese diagnóstica:

- A) Laparotomia exploradora.
- B) Colonoscopia descompressiva.
- C) Tratamento medicamentoso com laxativos.
- D) Tomografia computadorizada com administração de contraste oral.

- 24) Os traumatismos duodenais extensos acarretam grande morbimortalidade. Nestas situações o cirurgião pode precisar realizar a cirurgia de Vaughan, cuja descrição encontra-se na alternativa:
- A) Duodenorrafia em dois planos com reforço de pedículo omental.
  - B) Duodenorrafia em um plano com reforço de pedículo omental e duodenostomia protetora.
  - C) Duodenorrafia, e gastroileostomia à Billroth 2.
  - D) **Duodenorrafia, exclusão pilórica e gastrojejunostomia.**
- 25) P.P.A., 42 anos, GI PI com um parto normal, vêm à consulta ginecológica com queixa de sangramento uterino anormal, informado que tem sangramento irregular, informando períodos de sangramento de até 10 dias, com necessidade de uso de 2 a 3 absorventes noturnos nos dias de fluxo mais intenso que chegam a transbordar. Ao exame, paciente vígil, orientada, em bom estado geral, hemodinamicamente estável, hipocorada 2+/4+. Trouxe resultado de BhCG qualitativo com resultado negativo e hemograma com hemoglobina de 8,6 e hematócrito 27,6%. Trouxe também exame de ultrassonografia transvaginal com imagem de útero 98 cm<sup>3</sup>, EE 12 mm, heterogêneo, à custa de imagem em seu interior de 5 mm que ao doppler apresenta pedículo vascular. Anexos sem alterações. Qual alternativa associa a causa do sangramento uterino anormal e o tratamento de escolha?
- A) Adenomiose – Histerectomia.
  - B) Leiomioma submucoso – Miomectomia histeroscópica.
  - C) **Pólipo endometrial – Polipectomia histeroscópica.**
  - D) Hiperplasia endometrial – Terapia com progestágeno.
- 26) Uma paciente de 30 anos, gesta II Para II, sem queixas ginecológicas, com laudo de citologia de Papanicolaou NIC II/III e outra paciente com as mesmas características com laudo de citologia de Papanicolaou de NIC I, mas imunossuprimida de longa data e transplantada. A conduta do ginecologista, que está avaliando os laudos, para a primeira paciente e para a segunda será, respectivamente:
- A) **Indicar colposcopia para a primeira e para a segunda paciente.**
  - B) Indicar conização para a primeira e para a segunda paciente.
  - C) Orientar repetir a citologia de Papanicolaou após 06 meses para a primeira e para a segunda paciente.
  - D) Orientar repetir a citologia de Papanicolaou em 06 meses para a primeira e em 01 ano para a segunda paciente.
- 27) Paciente com 55 anos, submetida a histerectomia total há 5 anos. Queixa-se de ressecamento vaginal intenso, prurido e dispareunia. Refere incontinência urinária de aparecimento há 2 anos, relata história familiar e pessoal de osteopenia com densitometria T-score de -1,8 DP. Hipertensa e diabética tipo 2. Sua mamografia recente apresenta laudo de Bi-Rads II. A terapêutica e a melhor via de administração para esta paciente, especificamente, será:
- A) Estrogênio e progesterona por via transdérmica, Alendronato de Sódio, vitamina D, exercícios.
  - B) Estrogênio e progesterona por via oral; Raloxifeno, exercícios, vitamina D.
  - C) **Estrogênio por via vaginal; Cálcio, vitamina D, exercícios.**
  - D) Progesterona por via oral; Cálcio, vitamina D, exercícios.
- 28) Os AHCO – Anticoncepcionais Hormonais Combinados Orais - apresentam, durante seu tempo de uso, efeitos colaterais, contraindicações, diminuição da eficácia etc. Assinale abaixo a opção em que esses efeitos estão contidos na mesma alternativa:

- A) Não devem ser prescritos em pacientes portadoras de cefaleia, hipertensão arterial, diabetes mellitus, osteopenia, não devem ser usados em casos de endometriose peritoneal.
- B) Não devem ser prescritos em pacientes portadoras de fenômenos tromboembólicos, enxaqueca com áurea, hepatopatia aguda, uso concomitante de anticonvulsivantes.
- C) Não devem ser prescritos em pacientes portadoras de endometriose profunda, passado de icterícia, SOP com infertilidade, obesidade com IMC acima de 20.
- D) Não devem ser prescritos em pacientes portadoras de DIP estágio II, pacientes imunossuprimidas, pacientes com laudos de NIC I, pacientes acima de 35 anos que fumam.

29) Para se fazer o diagnóstico da DIP grau 1, cujo tratamento é ambulatorial nos valem de qual propedêutica?

- A) Ultrassonografia transvaginal e tomografia fecham o diagnóstico.
- B) Ultrassonografia transvaginal, hemograma e VHS.
- C) Anamnese, sinais e sintomas, exame clínico ginecológico.
- D) Tomografia pélvica, ultrassonografia transvaginal e VHS.

30) Sobre agentes infecciosos e distúrbios ginecológicos, correlacione as colunas 1 e 2:

**Coluna 1:**

- 1 – *Chlamydia trachomatis* L1, L2 e L3
- 2 – *Klebsiella granulomatis*
- 3 - *Trichomonas vaginalis*
- 4 - *Herpes simplex* tipo 2 (HSV-2)
- 5 - *Candida albicans*

**Coluna 2:**

- ( ) Donovanose
- ( ) Vesículas agrupadas seguida de exulceração dolorosa
- ( ) Hiperemia vulvar, edema e fissuras
- ( ) Colo uterino "em framboesa"
- ( ) Linfogranuloma venéreo (LGV)

A sequência CORRETA da coluna 2 é:

- A) 2 - 4 - 5 - 3 - 1
- B) 3 - 5 - 4 - 1 - 2
- C) 3 - 4 - 5 - 2 - 1
- D) 2 - 5 - 4 - 3 - 1

31) Uma senhora de 53 anos, não menstrua há 3 anos, está sendo atendida no ambulatório de Ginecologia. Ela queixa-se de sangramento uterino intermitente de pouco volume há 4 meses. Exame de citologia oncológica de Papanicolaou recente com laudo normal. Sua ultrassonografia recente mostra volume uterino normal e endométrio com 12mm de espessura, anexos sem anormalidades para a faixa etária. O ginecologista deverá indicar um procedimento a ser realizado. Este procedimento deverá ser:

- A) Histeroscopia com biópsia dirigida e exame histopatológico.
- B) Histerectomia subtotal com anexectomia bilateral.
- C) Prescrever hormonioterapia com progesterona por 06 meses.
- D) acompanhar com ultrassonografia via vaginal a cada 06 meses.

32) L.M.F., 29 anos, vem ao consultório de ginecologia com queixa de menstruação irregular, informando que em alguns meses apresenta 2 períodos menstruais. Nega comorbidades. Menarca aos 13 anos, sexarca aos 16 anos. Exame físico sem alterações. Foi solicitado que a paciente realizasse um calendário menstrual por 3 meses, que observou ciclos menstruais com intervalo de 25-27 dias, 4 dias de sangramento e volume menstrual de 50 ml. Qual a melhor orientação nesse momento?

- A) Trata-se de sangramento uterino anormal por encurtamento da duração do ciclo
- B) Trata-se de sangramento uterino anormal por aumento do número de dias de sangramento
- C) Trata-se de sangramento uterino anormal por aumento de volume de sangramento
- D) **Trata-se de um padrão menstrual normal**

33) Camila, G2P1 cesárea, teve parto via vaginal há trinta minutos e inicia quadro de sangramento vaginal importante associado à fraqueza e tontura. Durante o parto, foi revisada a placenta estando íntegra seus cotilédones e membranas. Ao exame físico: PA = 90 x 50 mmHg; FC = 120 bpm; útero na altura da cicatriz umbilical com tônus adequado. Diante disso, qual o diagnóstico CORRETO e conduta a ser tomada a partir desse momento?

- A) Atonia uterina, iniciar ocitocina endovenosa em altas doses.
- B) **Laceração de canal de parto, revisão de canal e sutura de locais com sangramento ativo.**
- C) Acretismo placentário, curetagem uterina e se necessária histerectomia.
- D) Inversão uterina, manobra de Taxe.

34) Primigesta, 21 anos, tabagista, comparece para consulta de pré-natal com 38 semanas. Queixa-se apenas de contrações esporádicas. Refere boa movimentação fetal. Antecedentes pessoais: nega doenças ou qualquer intercorrência durante o pré-natal. Seu exame físico geral e sinais vitais estão normais. Exame físico obstétrico: altura uterina de 32 cm, sem contrações, e frequência cardíaca fetal de 130 bpm, sem desacelerações. A cardiocardiografia realizada nessa consulta, após alimentação e repouso materno adequado, mostrou: feto hipoativo e hiporreativo. O ultrassom obstétrico realizado após a cardiocardiografia mostrou: feto único, longitudinal, cefálico, com anatomia normal, peso estimado de 2.550 gramas (limites normais para a idade gestacional: 2.430-3.640 gramas), placenta anterior, grau II, perfil biofísico fetal de 4/8, maior bolsão de líquido amniótico de 3 cm, índice de resistência da artéria umbilical de 0,68 (limite superior da normalidade: 0,70), índice de resistência da artéria cerebral média de 0,70 (limite inferior da normalidade: 0,63) e índice de pulsatilidade do ducto venoso de 0,86. Qual alternativa possui a melhor conduta imediata para o caso?

- A) Repetir a cardiocardiografia após a realização de manobras de reanimação fetal.
- B) **Resolver a gestação por parto cesárea devido à suspeita de sofrimento fetal agudo.**
- C) Induzir o trabalho de parto por causa do achado de centralização hemodinâmica fetal.
- D) Complementar o exame ecográfico com o estudo Doppler das artérias uterinas maternas.

35) Considerando-se a relevância do Diabetes Mellitus Gestacional (DMG), tanto por sua prevalência como pelas consequências para o binômio materno-fetal, marque a opção CORRETA

- A) Recomenda-se o rastreamento universal apenas para as pacientes com fator de risco associado, otimizando exames com maior sensibilidade como a hemoglobina glicada.
- B) Efeitos fetais relevantes, como as malformações cardíacas, são mais marcantes, quando o descontrole glicêmico acomete o 2º e 3º trimestre.
- C) O diabetes mellitus gestacional se caracteriza pela intolerância à glicose exclusiva, na segunda metade da gravidez.
- D) **A ultrassonografia obstétrica com Doppler normal, com estudo da artéria umbilical, cerebral média e duto venoso, não garante a boa vitalidade fetal, pelo componente metabólico marcante**

36) Analise as assertivas abaixo em relação à pré-eclâmpsia:

I. Na gestação, quando a pré-eclâmpsia ocorre, evidencia-se hemoconcentração progressiva, processo contrário do encontrado na gestante hígida.

II. A insuficiência renal grave como complicação da pré-eclâmpsia constitui evento raro, podendo ser encontrada necrose tubular ou cortical.

III. Entre as complicações cerebrais mais graves relacionadas à pré-eclâmpsia, encontramos as convulsões eclâmpticas e o Acidente Vascular Hemorrágico (AVE).

Quais estão CORRETAS?

- A) Apenas I e II.
- B) Apenas I e III.
- C) Apenas II e III.
- D) I, II e III.

37) Um homem de 63 anos procura atendimento médico com queixa de disúria, disorgasmia e urgência miccional. O diagnóstico de prostatite bacteriana aguda é estabelecido e a urinocultura evidenciou crescimento de *Pseudomonas Aeruginosa*. Diante do exposto, assinale a alternativa correta.

- A) A *Pseudomonas Aeruginosa* é responsável pela maioria dos casos de prostatite bacteriana aguda.
- B) O quadro clínico geralmente é assintomático e não necessita de tratamento.
- C) O ceftriaxone é o antimicrobiano de escolha nesses casos.
- D) O uso de ertapenem está contraindicado.

38) Paciente 58 anos dá entrada na emergência do Hospital Universitário de Vassouras com quadro de dor torácica típica há 2 horas. Paciente portador de hipertensão arterial sistêmica e dislipidemia. História familiar positiva para doença arterial coronariana. Realizado ECG de 16 derivações onde não foi evidenciado supra desnivelamento do seguimento ST. Ao exame paciente com fácies de dor apesar do tratamento inicial instituído. Enchimento capilar lentificado, Pressão arterial de 70x40 mmHg e frequência cardíaca de 150 Bpm, estertores crepitantes até o ápice pulmonar. Durante monitorização é evidenciado períodos de taquicardia ventricular monomórfica não sustentada. Troponina ultrasensível solicitada ainda sem resultado. De acordo com o caso acima descrito, qual seria a sua conduta:

- A) Indicaria internação e cateterismo cardíaco de urgência (até 72 horas)
- B) Indicaria cateterismo cardíaco de emergência (até 2 horas).
- C) Aguardaria a troponina para definição do caso. Caso negativa internaria paciente no CTI para seguir investigação.
- D) Iniciaria trombólise e solicitaria internação em CTI.

39) Mulher, 50 anos, com histórico de infecções urinárias de repetição refratárias ao tratamento convencional. Suspeitado a presença de cálculo coraliforme causador do quadro. Dos resultados de exame de urina abaixo assinale a alternativa que condiz com a suspeição clínica:

- A) Hematúria, pH alcalino, urocultura com *E.coli*.
- B) Piúria, pH ácido, urocultura com *Proteus mirabilis*.
- C) Hematúria, pH ácido, urocultura com *E. coli*.
- D) Piúria, pH alcalino, urocultura com *Proteus mirabilis*.

- 40) Paciente de 78 anos, com arterioesclerose generalizada, interna com quadro de injúria renal aguda (IRA), 7 dias após realização de arteriografia. Ao exame físico, notava-se livedo reticularis em membros inferiores, dedos dos pés azulados, hipocomplementenemia e eosinofília. O diagnóstico mais provável é:
- A) IRA pós-contraste.
  - B) IRA por nefrite intersticial.
  - C) IRA por glomerulonefrite aguda crescêntica.
  - D) **IRA ateroembólica.**
- 41) Funcionário da higienização de um hospital, durante sua jornada de trabalho, acidenta-se com agulha que se encontrava de permeio ao lixo. Vem hoje para avaliação com médico de trabalho, cinco dias após o acidente. Não se sabe se a agulha do acidente havia sido usada em algum paciente. A profilaxia pós-exposição de HIV neste paciente:
- A) Deve ser iniciada imediatamente e mantida por um mês.
  - B) Deve ser considerada após resultado de sorologia negativa.
  - C) Deve ser iniciada imediatamente e reavaliada após resultado de sorologia.
  - D) **Não é recomendada.**
- 42) Os pacientes portadores do vírus da imunodeficiência humana (HIV) podem apresentar diversas infecções oportunistas ao longo da fase de imunodeficiência, entre elas a neurocriptococose (envolvimento neurológico causado pelo *cryptococcus neoformans*). Sobre a neurocriptococose, podemos afirmar que as manifestações clínicas mais comuns, em pacientes portadores de HIV, são:
- A) **Síndrome de hipertensão intracraniana e síndrome de irritação meníngea.**
  - B) Hemiparesia e crises epilépticas.
  - C) Síndrome de nervos cranianos e hemiparesia.
  - D) Crises epilépticas e síndrome de nervos cranianos.
- 43) Paciente apresentou AVC isquêmico com NIHSS de 14 há 5 horas. Tomografia de crânio com ASPECTS de 7. Angiotomografia da entrada, estenose de características ateroscleróticas de carótida interna esquerda de 90% do seguimento M1 da artéria cerebral média. Qual deve ser a conduta adequada para o caso ?
- A) Dupla antiagregação.
  - B) Anticoagulação.
  - C) Trombólise.
  - D) **Trombectomia mecânica.**
- 44) Homem, 49 anos, hipertenso, em uso irregular de medicações. É admitido na Unidade de Emergência após 2 horas de início súbito de cefaleia de forte intensidade, sem outros déficits neurológicos. A tomografia de crânio evidenciou hemorragia subaracnóidea e inundação ventricular. Após 4 horas da admissão hospitalar, já com tratamento medicamentoso instituído, apresentou rebaixamento do nível de consciência, não obedecendo aos comandos. PA 108 x 60 mmHg, Qual seria a causa mais provável da piora neurológica?
- A) Aspiração.
  - B) **Hidrocefalia.**
  - C) Hipotensão.
  - D) Vasoespasmo.

45) Paciente, 69anos, tabagista de 50 maços/ano, é admitido no Serviço de Emergência com rebaixamento do nível de consciência. Tomografia de tórax evidencia massa no lobo superior esquerdo e tomografia de crânio sem alterações. Nível de cálcio sérico = 15mg/dL e albumina = 4,2g/dL. Assinale a alternativa com o tratamento farmacológico da hipercalcemia mais apropriado para esse caso.

- A) Hidratação venosa associada com diurético tiazídico
- B) Alendronato
- C) Metilprednisolona
- D) **Ácido Zoledrônico**

46) Paciente masculino, 27 anos, HIV positivo sem tratamento regular, CD4 < 100, com história de 14 dias de evolução, caracterizada por febre, cefaleia, distúrbios visuais e alteração do nível de consciência. Foi realizado punção lombar com pressão inicial: 60cmH<sub>2</sub>O, glicose: 55mg/dl, proteínas: 38mg/dl, celularidade: 5 células (linfócitos: 4, monócitos: 1) e tinta da China positiva. Qual o diagnóstico mais provável:

- A) Meningoencefalite pelo cytomegalovirus.
- B) **Meningite criptocócica.**
- C) Neurotoxoplasmose.
- D) Leucoencefalopatia multifocal progressive

47) A doença de Parkinson (DP) é uma doença neurodegenerativa que acomete aproximadamente 1% da população idosa. O diagnóstico da DP é essencialmente clínico e envolve, principalmente, o reconhecimento de alterações no exame neurológico e na anamnese. Sendo assim assinale a alternativa que só contenha sinais cardinais da doença de Parkinson:

- A) Hipocinesia, tremor de repouso, hipertonia elástica e instabilidade postural.
- B) Hipercinesia, tremor de repouso, hipertonia plástica e instabilidade postural.
- C) **Bradicinesia, tremor de repouso, hipertonia plástica e instabilidade postural.**
- D) Bradicinesia, tremor postural, hipertonia plástica e instabilidade postural.

48) Lucia, 60 anos, é portadora de hipertensão arterial, diabetes tipo 2, dislipidemia e obesidade grau 2. Há um mês sofreu um acidente vascular encefálico isquêmico (AVCI), que na ocasião não foi trombolisado. Traz consigo para a consulta o boletim de alta hospitalar e exames realizados durante a internação: Tomografia de crânio evidenciando hipodensidade em região de capsula interna direita, eletrocardiograma ritmo sinusal com sinais de hipertrofia ventricular esquerda e doppler de carótidas e vertebrais sem lesões significativas. Ao exame: hemiparesia a esquerda, ausculta pulmonar sem alterações, ausculta cardiovascular com ritmo regular. Você, médico assistente do paciente resolve ajustar terapia medicamentosa visando prevenção de um novo episódio de AVCI. Logo você prescreveu para Lúcia:

- A) **AAS 100 mg e Rosuvastatina 40 mg.**
- B) Prasugrel 10 mg, AAS 100 mg e Atorvastatina 80 mg.
- C) Clopidogrel 75 mg, AAS 100 mg e Sinvastatina 20 mg.
- D) Rivaroxabana 20 mg e Rosuvastatina 40 mg.

- 49) A Constituição da República Federativa do Brasil, de 1988, em sua seção II - DA SAÚDE, no Artigo 198, define que ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com três diretrizes. São estas a descentralização, com direção única em cada esfera de governo; o atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais e a:
- A) participação da Comissão da Saúde da Câmara dos Vereadores
  - B) participação da comunidade**
  - C) fiscalização pelos órgãos de controle ministerial
  - D) submissão dos dados dos Sistemas de Informação ao Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)
- 50) Em relação às medidas de avaliação de benefício ou do impacto de um tratamento (ou medida preventiva), é correta a seguinte associação:
- A) redução absoluta do risco – número de eventos que deixam de acontecer nos indivíduos tratados**
  - B) risco relativo – proporção de eventos que deixam de ocorrer com o tratamento
  - C) redução relativa do risco – razão entre a incidência de eventos dos tratados e dos não tratados
  - D) número necessário de tratamento – número de indivíduos a serem tratados por determinado tempo para aumentar a morbidade
- 51) É característica das ações ligadas à vigilância em saúde:
- A) articulação entre ações de reabilitação, participação comunitária e controle social
  - B) atuação apenas dentro do setor da saúde
  - C) ênfase em problemas que requerem atenção com acompanhamento contínuo**
  - D) foco nas unidades e nos profissionais de saúde
- 52) Dentre as afirmativas abaixo, NÃO representa um princípio da medicina de família e comunidade:
- A) A relação médico-pessoa é fundamental para o desempenho do médico de família e comunidade.
  - B) A atuação do médico de família e comunidade é influenciada pela comunidade.
  - C) O médico de família e comunidade é recurso de uma população definida.
  - D) O médico de família e comunidade usa como sua principal ferramenta o método clínico centrado na doença.**
- 53) O diagnóstico de comunidade e conhecimento da realidade de um território adscrito a uma equipe de saúde da família compreende o estudo de aspectos históricos, geopolíticos, culturais, socioeconômicos e de saúde dessa população, visando:
- A) definir objetivos, formular planos e metas com vistas à implementação de ações**
  - B) encaminhar relatórios aos órgãos de controle, avaliação e auditoria do Ministério da Saúde
  - C) avaliar o perfil populacional para a implantação de hospitais de referência
  - D) planejar estratégias de ação principalmente em parceria com a iniciativa privada
- 54) A prevenção quaternária é um conceito que diz respeito à:
- A) evitação do adoecimento quando os fatores de risco já se encontram presentes na vida do indivíduo
  - B) detecção e ao manejo precoce da doença, em sua fase assintomática
  - C) reafirmação do princípio fundamental da medicina “*primum non nocere*”**
  - D) reabilitação e à prevenção de complicações em indivíduos já doentes
- 55) Considerando a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, que, em seu capítulo I, versa a respeito dos objetivos e atribuições do Sistema Único de Saúde (SUS), é correto afirmar que o SUS:
- A) delega às instituições de ensino superior a ordenação da formação de recursos humanos na área da saúde
  - B) estabelece parcerias com a iniciativa privada para ações ligadas ao saneamento básico
  - C) deve desempenhar ações de vigilância sanitária e epidemiológica, de saúde do trabalhador e de assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica**
  - D) define os estados como formuladores e executores das políticas de sangue e hemoderivados
- 56) Considerando as diferentes lógicas assistenciais entre o modelo tradicional e o proposto pela Estratégia Saúde da Família (ESF) / Sistema Único de Saúde, representa um conceito ligado à ESF:

- A) serviços de saúde concentrados nos centros urbanos dos municípios
- B) atenção concentrada no indivíduo
- C) cuidado centrado na atenção integral à saúde, incluindo ações de promoção, proteção, cura e recuperação**
- D) saúde como ausência de doença

57) Entre as atribuições específicas do médico no contexto de atuação na Estratégia Saúde da Família (ESF), destaca-se que esse profissional deve:

- A) delegar ao coordenador da Unidade de Saúde da Família (USF) a responsabilidade exclusiva pelo gerenciamento dos insumos necessários ao seu bom funcionamento
- B) realizar assistência integral aos indivíduos e famílias em todas as fases do desenvolvimento humano**
- C) indicar a necessidade de internação hospitalar ou domiciliar, responsabilizando exclusivamente os familiares pelo acompanhamento do usuário
- D) realizar consultas clínicas e procedimentos exclusivamente no espaço da Unidade de Saúde da Família (USF), delegando ao enfermeiro as ações ligadas aos domicílios, escolas, associações etc

58) Para uma boa prática médica baseada em evidências científicas, deve-se:

- A) converter a necessidade de informação em uma questão abstrata que possa ter uma resposta relativizada na prática
- B) rastrear quaisquer fontes de informação em busca de qualquer evidência para responder à questão formulada
- C) avaliar as evidências em relação à validade, ao impacto e à lucratividade
- D) aplicar as evidências obtidas na prática clínica, integrando-as à experiência clínica e às características específicas do paciente e suas preferências**

59) Entre as atribuições específicas do médico no contexto de atuação na Estratégia Saúde da Família (ESF), destaca-se que esse profissional deve:

- A) delegar ao coordenador da Unidade de Saúde da Família (USF) a responsabilidade exclusiva pelo gerenciamento dos insumos necessários ao seu bom funcionamento
- B) realizar assistência integral aos indivíduos e famílias em todas as fases do desenvolvimento humano**
- C) indicar a necessidade de internação hospitalar ou domiciliar, responsabilizando exclusivamente os familiares pelo acompanhamento do usuário
- D) realizar consultas clínicas e procedimentos exclusivamente no espaço da Unidade de Saúde da Família (USF), delegando ao enfermeiro as ações ligadas aos domicílios, escolas, associações etc

60) Considerando os níveis de evidência no enfoque diagnóstico, é correto afirmar que o nível I representa:

- A) um estudo diagnóstico com teste-padrão não independente e/ou cego, ou um estudo de caso-controle
- B) um fórum representativo ou opinião de especialista sem evidências de outros níveis de recomendação
- C) um estudo diagnóstico ou revisão sistemática de alta qualidade metodológica sobre testes e regras de predição clínica previamente avaliados**
- D) um estudo diagnóstico exploratório de alta qualidade metodológica, feito por meio de geração e avaliação de regra de predição clínica em amostras aleatórias distintas dos pacientes em estudo