INSTITUTO DO CÂNCER DO CEARÁ
COORDENAÇÃO DE RESIDÊNCIA MÉDICA

PROCESSO SELETIVO PARA RESIDÊNCIA MÉDICA

LEIA COM ATENÇÃO TODAS AS INSTRUÇÕES DESTA PÁGINA

LOCAL DE PROVA

ICC/Faculdade Rodolfo Teófilo

Nº DE INSCRIÇÃO

PROVA BÁSICA I (Manhã)
(RM EM ANESTESIOLOGIA E CIRURGIA GERAL)

Data da Prova: 18/10/2026
Tempo: 3h (três horas)
Nº de Questões: 50 (cinquenta)
Valor de Cada Questão: 2 (dois) pontos

– I N S T R U Ç Õ E S –

1. Para fazer sua prova, você está recebendo: um caderno com as questões da prova, cada uma delas apresentando um enunciado seguido de 4 (quatro) alternativas, designadas pelas letras A, B, C e D.
2. Examine se o caderno de prova está completo e se há falhas ou imperfeições gráficas que causem dúvidas. Nenhuma reclamação será aceita após 30 (trinta) minutos do início da prova.
3. Decorrido o tempo determinado pela Comissão Coordenadora, será distribuída a folha de resposta, a qual será o único documento válido para a correção da prova.
4. Ao receber a folha de resposta, verifique se seu nome está correto.
5. Para cada uma de todas as questões, você deve marcar uma e somente uma das quadrículas na folha de resposta; não haverá pontos negativos.
6. Assine a folha de resposta no espaço reservado no cabeçalho. Não haverá substituição da folha de resposta.
7. Não amasse nem dobre a folha de resposta, para que não seja rejeitada pelo “scanner”.
8. Será anulada a resposta que contiver emenda, rasura ou, ainda, a que apresentar mais de uma alternativa assinalada.
9. É vedado o uso de qualquer material, além da caneta esferográfica (tinta azul) escrita grossa para marcação das respostas; qualquer forma de comunicação entre os candidatos também implicará a sua eliminação.
10. O candidato, ao sair da sala, deverá entregar, definitivamente, a folha de resposta e o caderno de prova, devendo ainda assinar a folha de presença.

PROVA BÁSICA

Seção I – Medicina Preventiva e Social

QUESTÕES 01 A 10

BS 01. A Epidemiologia que tem como contexto as urgências sociossanitárias de povos superexplorados, de acordo com Rouquayrol (*Epidemiologia & Saúde*, 2018), é conhecida como Epidemiologia

A) Crítica.
B) Clínica.
C) Social.
D) Progressista.

BS 02. Um erro de pesquisa indutiva associado à variabilidade amostral, uma vez que se estuda apenas uma amostra de um todo e os resultados podem diferir de uma amostra para outra, trata-se de um erro

A) aleatório.
B) sistemático.
C) instrumental.
D) observacional.

BS 03. De acordo com a História, a fuga do Príncipe Regente D. João VI ao Brasil, em 1808, que ensejaria a criação das duas primeiras escolas de Medicina, ocorreu devido à(ao)

A) guerra civil com seu irmão.
B) destruição de Lisboa por um terremoto.
C) invasão de Portugal por tropas de Napoleão Bonaparte.
D) bloqueio do comércio marítimo português pela Inglaterra.

BS 04. As Santas Casas de Misericórdia são tão antigas quanto o Brasil, desempenhando papel importante no atendimento aos enfermos dos navios e moradores das colônias. A primeira foi instalada em

A) Recife.
B) Olinda.
C) Salvador.
D) São Vicente.

BS 05. A razão de mortalidade proporcional, ou indicador de Swaroop & Uemura, é calculada pela

A) proporção de óbitos de pessoas com menos de 50 anos em relação ao total da população, multiplicada por 100.
B) proporção de óbitos de pessoas com 50 anos ou mais em relação ao total de óbitos, multiplicada por 100.
C) relação entre o número total de óbitos e o número de nascidos vivos, multiplicada por 1.000.
D) proporção de óbitos por doenças crônicas em relação ao total de óbitos, multiplicada por 100.

BS 06. São objetos ou materiais contaminados que servem de meio mecânico, auxiliando um agente infeccioso a ser transportado e introduzido em um hospedeiro suscetível. Esse é o conceito de

A) vetores.
B) veículos.
C) reservatórios.
D) portas de entrada.

BS 07. Para os acidentes de trabalho, o indicador de letalidade, ou coeficiente de letalidade, é definido como o

A) número de trabalhadores afastados por doença ocupacional dividido pelo total de trabalhadores empregados no período estudado.
B) total de acidentes de trabalho ocorridos no ano estudado dividido pelo número total de trabalhadores expostos ao risco ocupacional.
C) total de trabalhadores mortos por acidente de trabalho ou doença ocupacional dividido pelo total de acidentes de trabalho ocorridos no ano estudado.
D) total de trabalhadores que sofreram acidentes de trabalho dividido pelo número de trabalhadores mortos por acidentes ou doenças ocupacionais no ano estudado.

BS 08. O Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) é alimentado pelos(as)
A) Fichas Individuais de Notificação (FIN) e pela Ficha Individual de Investigação (FII) de casos de doenças e agravos que constam da lista nacional de doenças de notificação compulsória (LNDC).
B) registros de internação hospitalar e pelas Autorizações de Internação Hospitalar (AIH), referentes aos pacientes atendidos nos estabelecimentos de saúde.
C) Declarações de Óbito (DO) e pelas Declarações de Nascido Vivo (DNV), utilizadas para registrar os principais eventos vitais da população.
D) resultados de exames laboratoriais e pelos prontuários médicos dos pacientes atendidos nos serviços de saúde.

BS 09. Nos óbitos fetais, os médicos que prestaram assistência à mãe ficam obrigados a fornecer a declaração de óbito (DO) quando a gestação tiver duração igual ou superior a
A) 10 (dez) semanas, ou o feto tiver peso corporal igual ou superior a 300 (trezentos) gramas e/ou estatura igual ou superior a 15 (quinze) centímetros.
B) 15 (quinze) semanas, ou o feto tiver peso corporal igual ou superior a 300 (trezentos) gramas e/ou estatura igual ou superior a 20 (vinte) centímetros.
C) 20 (vinte) semanas, ou o feto tiver peso corporal igual ou superior a 500 (quinhentos) gramas e/ou estatura igual ou superior a 25 (vinte e cinco) centímetros.
D) 25 (vinte e cinco) semanas, ou o feto tiver peso corporal igual ou superior a 500 (quinhentos) gramas e/ou estatura igual ou superior a 30 (trinta) centímetros.

BS 10. Garantias ao operariado, como assistência médica, licença remunerada à gestante trabalhadora, jornada de trabalho de 8 horas e salário mínimo foram obtidas durante o governo de(a)
A) República Velha.
B) Getúlio Vargas.
C) Gaspar Dutra.
D) Costa e Silva.

Seção II – Clínica Médica

QUESTÕES 11 A 20

BM 11. Homem, 58 anos, portador de insuficiência cardíaca com fração de ejeção de 28%, classe funcional II da NYHA, encontra-se em uso de losartana, carvedilol e espironolactona em doses otimizadas há 3 meses, mantendo pressão arterial de 118 x 76 mmHg, frequência cardíaca de 68 bpm e função renal estável (TFGe 62 mL/min/1,73 m²), porém ainda com dispneia aos médios esforços. A conduta farmacológica mais adequada para otimizar o tratamento neste momento é a
A) associação de digoxina ao esquema atual, para controle sintomático adicional.
B) substituição de espironolactona por eplerenona, para redução de efeitos antiandrogênicos.
C) substituição de losartana por sacubitril-valsartana, com *washout* de 36 horas pelo risco de angioedema.
D) introdução de inibidor do cotransportador sódio-glicose 2, independentemente da presença de diabetes *mellitus*.

BM 12. Mulher, 45 anos, natural do interior do Ceará, com história de febre reumática na infância, é diagnosticada com fibrilação atrial persistente. O ecocardiograma transtorácico evidencia estenose mitral reumática moderada, com área valvar de 1,6 cm², átrio esquerdo dilatado e função sistólica biventricular preservada. O escore CHA2DS2-VASc calculado é de 3 pontos. A estratégia de anticoagulação oral mais adequada para essa paciente é o uso de
A) apixabana, pela comodidade posológica e pelo perfil de segurança hemorrágica.
B) dabigatrana, pela ausência de necessidade de monitorização laboratorial.
C) rivaroxabana, pela eficácia demonstrada em valvopatias reumáticas moderadas.
D) varfarina, pela contraindicação formal aos anticoagulantes orais diretos na estenose mitral reumática.

BM 13. Mulher, 34 anos, com asma há 15 anos, em uso de corticoide inalatório em dose alta associado a LABA e tiotrópio, apresenta três exacerbações graves com necessidade de corticoide sistêmico no último ano, além de rinossinusite crônica com polipose nasal. Exames laboratoriais mostram eosinófilos séricos de 620 células/μL e IgE total de 90 UI/mL. Teste cutâneo para aeroalérgenos é negativo. Diante do fenótipo apresentado, a conduta mais adequada para adicionar ao tratamento é

A) omalizumabe, anticorpo monoclonal anti-imunoglobulina E.
B) benralizumabe, anticorpo monoclonal direcionado ao receptor de interleucina-5.
C) aumento da dose do tiotrópio em uso, sem necessidade de terapia biológica adicional.
D) montelucaste, antagonista do receptor de leucotrienos, como alternativa aos biológicos.

BM 14. Homem, 54 anos, com cirrose hepática por doença hepática alcoólica, Child-Pugh B, é admitido com hematêmese volumosa iniciada há 2 horas. Ao exame, pressão arterial de 88 x 54 mmHg, frequência cardíaca de 118 bpm e palidez cutaneomucosa importante. Após ressuscitação volêmica inicial, é iniciada reposição com concentrado de hemácias visando hemoglobina-alvo de 7 a 8 g/dL, com endoscopia digestiva alta programada para as próximas horas. Além da reposição volêmica criteriosa, a conduta farmacológica mais adequada a ser iniciada antes da endoscopia é

A) inibidor de bomba de prótons em infusão contínua, associado à antibioticoprofilaxia com ceftriaxona.
B) octreotide em infusão contínua, associado à antibioticoprofilaxia com ceftriaxona.
C) propranolol em dose intravenosa, associado à antibioticoprofilaxia com ceftriaxona.
D) vitamina K intramuscular, associada à antibioticoprofilaxia com ceftriaxona.

BM 15. Mulher, 72 anos, com quadro de vômitos e diarreia há 3 dias, é admitida com creatinina sérica de 2,8 mg/dL (basal de 0,9 mg/dL). O exame físico revela mucosas secas e turgor cutâneo diminuído, com pressão arterial de 96 x 60 mmHg. Exames urinários mostram sódio urinário de 8 mEq/L, fração de excreção de sódio de 0,6% e sedimento urinário sem cilindros ou hematúria. Diante do padrão laboratorial apresentado, o diagnóstico mais provável e a conduta inicial mais adequada são, respectivamente

A) lesão renal aguda pré-renal; reposição volêmica com solução cristaloide.
B) lesão renal aguda pré-renal; restrição hídrica associada a diurético de alça.
C) necrose tubular aguda; hidratação venosa vigorosa associada a diurético de alça.
D) necrose tubular aguda; suporte dialítico imediato, independentemente da resposta à volemia.

BM 16. Mulher, 38 anos, portadora de doença de Graves em acompanhamento irregular, é admitida com febre de 39,5 °C, taquicardia de 148 bpm, agitação psicomotora e confusão mental, após quadro de infecção respiratória há 3 dias. O escore de Burch-Wartofsky calculado é de 55 pontos, compatível com tempestade tireotóxica. Exames laboratoriais confirmam TSH suprimido e T4 livre elevado. A conduta terapêutica inicial mais adequada, além do suporte clínico e do tratamento do fator precipitante, é a administração de

A) propiltiouracila, seguida de iodo inorgânico após pelo menos 1 hora, associada a betabloqueador.
B) tireoidectomia total de urgência, para controle definitivo da tempestade tireotóxica.
C) tiroxina em dose de reposição, para estabilização do eixo hipotálamo-hipofisário.
D) iodo radioativo em dose terapêutica, para redução rápida da síntese hormonal.

BM 17. Mulher, 27 anos, com diagnóstico de lúpus eritematoso sistêmico há 2 anos, em uso de hidroxicloroquina, apresenta proteinúria de 24 horas de 2,8 g, hematúria dismórfica e cilindros hemáticos no sedimento urinário. O complemento sérico está reduzido (C3 e C4 baixos), e o anti-DNA de dupla hélice está fortemente positivo. A biópsia renal confirma nefrite lúpica classe IV (proliferativa difusa). A conduta terapêutica de indução mais adequada para essa paciente é a associação de corticoide em dose imunossupressora com

A) ciclofosfamida ou micofenolato de mofetila, conforme esquema de indução estabelecido para nefrite proliferativa.
B) azatioprina, pela maior eficácia comprovada na fase de indução da nefrite proliferativa.
C) leflunomida, pelo perfil de segurança superior em pacientes com função renal comprometida.
D) sulfassalazina, pela eficácia estabelecida no controle da atividade renal lúpica.

BM 18. Mulher, 32 anos, previamente hígida, procura atendimento por petéquias difusas e gengivorragia iniciadas há 5 dias, sem sangramento em outros sítios. O hemograma revela plaquetas de 8.000/mm³, com hemoglobina, leucometria e esfregaço de sangue periférico normais, exceto pela plaquetopenia isolada. O coagulograma (TP e TTPa) está normal, e não há esplenomegalia ao exame físico. Sorologias para HIV e hepatites virais são negativas. Diante do diagnóstico de púrpura trombocitopênica imune com sangramento mucocutâneo ativo, a conduta terapêutica inicial mais adequada é

A) corticoide sistêmico em dose imunossupressora, associado à imunoglobulina intravenosa se resposta insuficiente.
B) transfusão profilática de concentrado de plaquetas, independentemente da contagem plaquetária.
C) romiplostim, agonista do receptor de trombopoietina, como terapia inicial de primeira linha.
D) esplenectomia eletiva, como primeira linha de tratamento em adultos sintomáticos.

BM 19. Homem, 45 anos, usuário de drogas injetáveis, é internado com febre persistente há 3 semanas. O ecocardiograma transesofágico evidencia vegetação móvel de 1,4 cm em valva mitral nativa, associada à insuficiência mitral grave e sinais de disfunção ventricular esquerda progressiva, com dispneia em repouso. Hemoculturas seriadas identificam *Staphylococcus aureus* sensível à oxacilina, e a antibioticoterapia intravenosa dirigida está em curso há 5 dias, sem melhora hemodinâmica. Diante da evolução clínica apresentada, a conduta mais adequada é

A) indicação de cirurgia valvar precoce, pela insuficiência mitral grave associada à disfunção ventricular e à falência clínica.
B) manutenção do esquema atual, aguardando completar 6 semanas de antibioticoterapia antes de reavaliação cirúrgica.
C) troca do antibiótico para vancomicina, independentemente do perfil de sensibilidade já identificado.
D) ampliação do espectro antibiótico, mantendo tratamento clínico exclusivo por mais 2 semanas.

BM 20. Homem, 34 anos, portador de HIV com diagnóstico recente, sem uso prévio de terapia antirretroviral, contagem de linfócitos T CD4+ de 40 células/mm³, é admitido com cefaleia progressiva, confusão mental e hemiparesia direita de início há 1 semana. A tomografia de crânio com contraste evidencia múltiplas lesões com realce anelar e edema perilesional, predominantemente em núcleos da base. A sorologia IgG para *Toxoplasma gondii* é positiva. Diante do quadro clínico e radiológico apresentado, a conduta inicial mais adequada é

A) biópsia estereotáxica cerebral imediata, antes de qualquer intervenção terapêutica.
B) início de terapia antirretroviral isolada, com reavaliação das lesões em 2 semanas.
C) início empírico de tratamento antitoxoplasmose, com reavaliação clínico-radiológica em 10 a 14 dias.
D) radioterapia holocraniana empírica, pela suspeita de linfoma primário do sistema nervoso central.

Seção III – Cirurgia

QUESTÕES 21 A 30

BC 21. Mulher de 47 anos, previamente hígida, apresenta dor contínua em hipocôndrio direito há 18 horas, associada a náuseas e febre de 38,2 °C. Ao exame, apresenta dor à palpação profunda no hipocôndrio direito e sinal de Murphy positivo. Exames laboratoriais mostram leucocitose de 14.500/mm³, bilirrubinas normais e enzimas hepáticas sem alterações significativas. A ultrassonografia evidencia cálculo impactado no colo da vesícula, espessamento da parede de 5 mm e líquido perivesicular, sem dilatação das vias biliares. A paciente encontra-se hemodinamicamente estável, sem disfunção orgânica ou sinais de perfuração, abscesso ou gangrena. Nessas condições, qual seria a melhor conduta?

A) Colecistectomia laparoscópica precoce, durante a mesma internação, associada ao tratamento clínico de suporte.
B) Tratamento conservador com antibióticos e programação de colecistectomia após 6-8 semanas.
C) Colecistostomia percutânea como tratamento de primeira escolha.
D) CPRE de urgência seguida de colecistectomia laparoscópica.

BC 22. Homem, 42 anos, apresenta dor anal intensa, em caráter de "corte", durante e por várias horas após a evacuação, associada a pequeno sangramento vermelho vivo. Refere constipação crônica e evacuações com fezes endurecidas. Ao exame, identifica-se fissura longitudinal na linha média posterior, com hipertonia importante do esfíncter anal interno. Não há sinais de abscesso, fístula ou doença inflamatória intestinal. Qual é a melhor conduta inicial?

A) Hemorroidectomia convencional.
B) Esfincterotomia lateral interna imediata.
C) Fistulectomia com colocação de sedenho.
D) Tratamento clínico com fibras, amolecimento das fezes, banhos de assento e relaxamento farmacológico do esfíncter.

BC 23. Mulher de 29 anos, no 18º dia pós-parto, em aleitamento materno exclusivo, apresenta dor, hiperemia e aumento de volume da mama direita há 48 horas, associados a febre de 38,7 °C e mal-estar. Ao exame, há área de eritema e endurecimento doloroso no quadrante superomedial da mama, sem flutuação ou massa bem delimitada. Não há sinais de sepse. A paciente deseja manter a amamentação. Qual é a conduta mais adequada?

A) Manter o esvaziamento fisiológico da mama, analgesia e medidas anti-inflamatórias, associando antibiótico quando houver suspeita de mastite bacteriana.
B) Realizar drenagem cirúrgica imediata, mesmo sem evidência de abscesso.
C) Suspender imediatamente o aleitamento pela mama acometida e iniciar antibiótico.
D) Solicitar mamografia como exame inicial obrigatório antes de iniciar tratamento.

BC 24. Mulher, 48 anos, assintomática, apresenta nódulo tireoidiano de 1,8 cm descoberto incidentalmente. TSH normal. Ultrassonografia evidencia nódulo sólido, hipoecoico, mais alto que largo, com margens irregulares e microcalcificações, sem linfonodomegalias suspeitas. Considerando a avaliação inicial de nódulos tireoidianos, qual é a conduta mais adequada nesse caso?

A) A dosagem de calcitonina deve ser obrigatória em todos os pacientes antes da PAAF.
B) A cintilografia tireoidiana é o exame de escolha para definir a necessidade de PAAF em pacientes com TSH normal.
C) Nódulos tireoidianos com TSH normal não necessitam de investigação citológica, independentemente dos achados ultrassonográficos.
D) A ultrassonografia deve estratificar o risco de malignidade e, diante de características suspeitas e tamanho apropriado, a PAAF está indicada para avaliação citológica.

BC 25. Homem de 52 anos apresenta sangramento vermelho vivo às evacuações e exteriorização de tecido pelo ânus há aproximadamente 8 meses. Refere necessidade de redução manual após evacuar. Não apresenta dor importante, febre ou alteração do hábito intestinal. Ao exame proctológico, observam-se mamilos hemorroidários internos prolapsados, que necessitam de redução manual após o esforço evacuatório. Qual é a classificação e a conduta mais adequada?

A) Hemorroida interna grau I; tratamento inicial com hemorroidectomia convencional.
B) Hemorroida interna grau III; medidas dietéticas isoladas são suficientes na maioria dos casos.
C) Hemorroida interna grau II; tratamento preferencial com hemorroidectomia convencional.
D) Hemorroida interna grau III; pode ser indicada cirurgia em pacientes sintomáticos, especialmente após falha do tratamento conservador e/ou procedimentos ambulatoriais.

BC 26. Mulher, 43 anos, apresenta episódios recorrentes de dor em hipocôndrio direito há 6 meses, geralmente após refeições volumosas e gordurosas. A dor dura cerca de 2 horas e desaparece espontaneamente. Nega febre, icterícia ou vômitos persistentes. Exame físico sem alterações. Ultrassonografia evidencia cálculos na vesícula biliar, com sombra acústica posterior, sem espessamento da parede, líquido perivesicular ou dilatação das vias biliares. Bilirrubinas e enzimas hepáticas são normais. Das opções a seguir, qual seria a melhor conduta?

A) CPRE para retirada dos cálculos da vesícula antes da colecistectomia.
B) Colecistectomia laparoscópica eletiva, por se tratar de colelitíase sintomática.
C) Observação clínica, pois cálculos sintomáticos raramente evoluem com complicações.
D) Antibioticoterapia e colecistectomia de urgência, pois todo cálculo sintomático representa colecistite aguda.

BC 27. Homem, 62 anos, apresenta abaulamento inguinal direito há 2 anos, inicialmente redutível e atualmente associado a desconforto aos esforços. Ao exame, observa-se hérnia inguinal direita, redutível, com impulso à tosse, cujo abaulamento se localiza medialmente aos vasos epigástricos inferiores. Não há sinais de encarceramento ou estrangulamento. Qual é o diagnóstico correto e a conduta terapêutica mais adequada?

A) Trata-se de hérnia femoral, pois ocorre medialmente aos vasos epigástricos inferiores.
B) Trata-se de hérnia inguinal indireta, que obrigatoriamente deve ser tratada por acesso laparoscópico.
C) O tratamento conservador com uso contínuo de cinta abdominal é o tratamento definitivo recomendado para pacientes sintomáticos.
D) Trata-se de hérnia inguinal direta, relacionada à fraqueza da parede posterior do canal inguinal, e o reparo com tela é uma opção padrão em pacientes adultos.

BC 28. Mulher, 58 anos, IMC 31 kg/m², apresenta abaulamento umbilical há 4 anos, atualmente com dor aos esforços. Ao exame, há defeito umbilical de aproximadamente 3 cm, com conteúdo facilmente redutível, sem sinais de encarceramento ou estrangulamento. Não apresenta ascite, hepatopatia ou outras doenças relevantes. Qual é a conduta mais adequada para o tratamento dessa paciente?

A) Por se tratar de hérnia umbilical sintomática, o reparo eletivo está indicado, sendo o uso de tela recomendado para reduzir o risco de recidiva, especialmente em defeitos maiores que 1-2 cm.
B) O tratamento conservador com cinta abdominal é preferível, pois hérnias umbilicais raramente apresentam complicações.
C) Como o defeito é menor que 5 cm, a sutura primária sem tela é obrigatoriamente a técnica de escolha.
D) A laparoscopia é contraindicada nas hérnias umbilicais devido ao risco elevado de lesão intestinal.

BC 29. Homem, 27 anos, apresenta dor abdominal iniciada em região periumbilical, com migração para fossa ilíaca direita há 24 horas, associada a anorexia, náuseas e febre baixa. Ao exame, apresenta dor à palpação profunda e descompressão brusca dolorosa em FID. Leucócitos: 15.200/mm³. TC demonstra apêndice aumentado, com apendicolito, inflamação da gordura periapendicular e pequena quantidade de líquido livre, sem abscesso ou perfuração. Paciente está hemodinamicamente estável. Qual é a conduta mais adequada?

A) Apendicectomia laparoscópica precoce, associada à antibioticoterapia perioperatória.
B) Antibioticoterapia isolada, pois a presença de apendicolito não modifica a indicação de tratamento conservador.
C) Drenagem percutânea do líquido periapendicular seguida obrigatoriamente de apendicectomia em 24 horas.
D) Laparotomia exploradora de emergência, pois todo caso com líquido livre apresenta perfuração.

BC 30. Homem, 24 anos, previamente hígido, apresenta dor intensa na região sacrococcígea há 3 dias, associada a aumento progressivo de volume e febre. Ao exame, observa-se abaulamento doloroso, hiperemiado e flutuante na região da fenda interglútea, compatível com abscesso pilonidal. Não há sinais de sepse ou imunossupressão. Qual é a conduta inicial mais adequada?

A) Fistulotomia imediata de todos os trajetos pilonidais.
B) Excisão ampla de todo o tecido pilonidal com fechamento primário na linha média.
C) Antibioticoterapia isolada por 7-10 dias, evitando procedimento cirúrgico durante a fase inflamatória.
D) Incisão e drenagem do abscesso, com posterior reavaliação para definir tratamento definitivo da doença pilonidal.

Seção IV – Pediatria

QUESTÕES 31 A 40

BP 31. Derrame pleural é o acúmulo anormal de líquido no espaço pleural, entre as pleuras parietal e visceral, resultante do excesso de produção ou decréscimo de absorção. Sobre esse assunto, assinale o melhor item.

A) Empiema é definido pela presença de bactérias ou pus no espaço pleural.
B) Nos transudatos, ocorre comprometimento inflamatório da superfície pleural.
C) Na faixa etária pediátrica, em sua maioria, esses derrames são de origem neoplásica.
D) Nos exsudatos, os fatores mecânicos que influenciam a filtração e reabsorção do líquido pleural estão alterados.

BP 32. As vasculites são doenças sistêmicas caracterizadas por inflamação da parede de vasos de qualquer calibre, levando a espessamento, estenose ou dilatação, com consequente lesão tecidual. Sobre vasculites, é correto afirmar que

A) febre, perda ponderal, adinamia, artrite/artralgias e alterações específicas de exames laboratoriais podem ser as alterações tardias da vasculite.
B) outras manifestações, como púrpura, livedo reticular, nódulos subcutâneos, envolvimento de órgãos ou a detecção de anticorpos, não indicam vasculite.
C) o tamanho dos vasos afetados e a extensão da lesão vascular determinam as manifestações clínicas, laboratoriais, histológicas, de imagem e gravidade.
D) as vasculites podem ser primárias ou secundárias; as primárias são associadas a outras doenças (colagenoses, infecções, neoplasias) e uso de medicamentos.

BP 33. O balanço da água depende não somente da oferta e perda líquida, mas de mecanismos fisiológicos, principalmente centrais, cardíacos e renais, que atuam em sua homeostasia. Sabendo disso, é correto afirmar que

A) a absorção do sódio ocorre por meio de um processo passivo e facilita a absorção de outros eletrólitos.
B) a aldosterona atua nos túbulos contorcidos proximais retendo sódio e eliminando potássio, além de atuar no nível intestinal.
C) o hormônio antidiurético é sintetizado nos núcleos supraóptico e paraventricular do hipotálamo e armazenado e secretado pela hipófise posterior.
D) quando a osmolaridade está aumentada, os osmorreceptores do hipotálamo edemaciam, aumentando a sede e a diminuição da liberação do hormônio antidiurético.

BP 34. A retinopatia da prematuridade (ROP) é a doença dos vasos da retina das crianças que nascem prematuras reconhecida como uma das principais causas de cegueira na população infantil em países desenvolvidos. Sobre esse tema, é possível afirmar que a

A) angiogênese é regulada principalmente pelo fator de crescimento endotelial vascular (VEGF) e também pelo fator de crescimento insulínico (IGF).
B) ROP ocorre em bebês que não tiveram a formação vascular completa e que, sem a influência de fatores ambientais, desenvolvem a doença vascular.
C) primeira fase da ROP ocorre entre 20-22 semanas de idade corrigida, época em que a área vascular da retina torna-se metabolicamente ativa, o que leva à anóxia.
D) segunda fase da ROP ocorre ao redor da 22ª à 24ª semana de idade corrigida, fase em que não há estímulo para neovascularização em virtude da hipóxia do tecido da retina.

BP 35. As principais infecções osteoarticulares da infância são a osteomielite hematogênica e a artrite séptica. Sobre esse tema, seria assertivo dizer que

A) as osteomielites podem ser classificadas de acordo com sua apresentação temporal em: aguda e crônica.
B) a forma de invasão do microrganismo no osso pode se dar por inoculação direta, contiguidade ou hematogênica.
C) no caso das osteomielites, o local preferencial é a metáfise dos ossos longos e é menos prevalente que a artrite séptica.
D) contiguidade e inoculação direta são as mais comuns e seguem o mesmo padrão clínico e de tratamento que a forma hematogênica.

BP 36. A fibrose cística é uma doença autossômica recessiva monogênica com ampla variabilidade fenotípica. Sobre a sua manifestação gastrointestinal, é correto afirmar que

A) há ausência de eliminação de mecônio 24 a 48 horas após o nascimento.
B) o recém-nascido com íleo meconial apresenta quadro clínico sugestivo de obstrução do íleo proximal.
C) nas primeiras horas de vida, ocorre distensão abdominal e os vômitos são inicialmente biliosos.
D) palpar as alças intestinais com mecônio em seu interior através da parede abdominal é sinal clínico pouco sugestivo para o diagnóstico.

BP 37. Entre os principais distúrbios menstruais na adolescência, está o sangramento uterino anormal (SUA), definido como todo sangramento excessivo e/ou prolongado, que pode ser decorrente de causas estruturais e não estruturais. A partir desse tema, assinale a alternativa adequada.

A) Em ciclos menstruais anovulatórios, o endométrio carece do efeito estabilizador da progesterona e se torna excessivamente fino, descamando sempre como sangramento de escape quando os níveis estrogênicos são estáveis.
B) Nos primeiros anos após o estabelecimento da menarca, a ovulação regular própria da fase pode ser um fator que determina a investigação diagnóstica de outras possíveis etiologias responsáveis pela alteração do ciclo menstrual nesse período de vida.
C) De acordo com estudos epidemiológicos, o ciclo menstrual considerado normal ocorre com intervalos entre 24-38 dias, duração entre 1-7 dias e fluxo entre 5-80 mL e resulta da interação sincrônica entre eixo hipotalâmico, hipófise, gônadas e útero.
D) O SUA que se manifesta por alteração do intervalo menstrual, podendo evoluir para amenorreia primária, com fluxo menstrual intenso sempre, tem como principal suspeita as causas estruturais por comprometimento do eixo hipotálamo-hipófise-gonadal.

BP 38. Sabe-se que a amamentação é fundamental para a sobrevivência infantil com qualidade de vida. Sobre esse tema tão importante, assinale a alternativa correta.

A) A análise da composição do leite humano no decorrer do primeiro mês de lactação mostra que a concentração total de proteínas e de gorduras se eleva consideravelmente.

B) A análise da composição do leite humano no decorrer do primeiro mês de lactação mostra que o nível de lactose diminui em ambos os leites, ao mesmo tempo em que o total de minerais cresce.

C) O Leite Materno de Pré-Termo possui, nas primeiras 2 a 4 semanas de lactação, menores concentrações de nitrogênio, proteínas nutritivas e com função imunológica, lipídios totais, ácidos graxos de cadeia média.

D) Quanto maior o grau de prematuridade, maiores os teores proteico e lipídico, pois as junções paracelulares entre as células alveolares da glândula mamária deixam passar substâncias do plasma para o leite antes de sua total oclusão.

BP 39. São considerados fatores de risco para sepse precoce no recém-nascido

A) trabalho de parto antes de 34 semanas de gestação; procedimentos de medicina fetal nas últimas 96 horas; febre materna nas últimas 72 horas.

B) colonização pelo EGB em gestante com quimioprofilaxia intraparto; febre materna ou do bebê nas últimas 12 horas; cerclagem ou pessário vaginal.

C) procedimentos de medicina fetal nas últimas 72 horas; corioamnionite; infecção do trato urinário materno sem tratamento ou em tratamento a menos de 72 horas.

D) trabalho de parto antes de 39 semanas de gestação; rotura de membranas por tempo maior e igual a 20 horas; colonização pelo EGB em gestante sem quimioprofilaxia intraparto.

BP 40. A icterícia colestática na infância afeta aproximadamente 1 em cada 2.500 nascidos vivos a termo. Sobre ela, assinale o item correto.

A) As causas menos comuns de icterícia colestática, nos primeiros meses de vida, são atresia biliar, seguidas de uma lista crescente de distúrbios monogênicos e causas desconhecidas ou multifatoriais.

B) A icterícia – pigmentação amarela na pele, na esclera, nas membranas mucosas e nos fluidos corporais – é um achado clínico comum nas primeiras 4 semanas de vida, ocorrendo em até 35% dos bebês em aleitamento materno.

C) A icterícia colestática nem sempre é patológica e pode indicar a presença de uma disfunção hepatobiliar, porém a detecção precoce pelo pediatra é fundamental para garantir o adequado tratamento e a melhora do prognóstico.

D) A icterícia em um bebê alimentado com fórmula, com 2 semanas de idade, ou icterícia persistente além de 2 semanas de idade, em um bebê em aleitamento materno, deve sempre alertar o clínico para a possibilidade de colestase.

Seção V – Ginecologia e Obstetrícia

QUESTÕES 41 A 50

BO 41. São fatores de risco para miomatose uterina

A) obesidade, tabagismo e dieta rica em carnes.

B) nuliparidade, tabagismo e aumento da idade.

C) menarca precoce, tabagismo e obesidade.

D) menarca precoce, obesidade e história familiar.

BO 42. Puérpera no 3º dia de parto vaginal a termo e sem intercorrências procura emergência ginecológica por sua recém-nascida de sexo feminino apresentar sangramento vaginal discreto há algumas horas. Refere que bebê está em uso de fórmula infantil e aos cuidados de uma avó. A principal hipótese para o sangramento é

A) vulvovaginite.

B) trauma genital.

C) coagulopatia congênita.

D) pseudomenstruação neonatal.

BO 43. Sobre os distúrbios de disfunção anorretais, marque o item que cursa com fármacos associados à constipação intestinal.
A) Sorbitol.
B) Procinéticos.
C) Colinérgicos.
D) Antidepressivos.

BO 44. Jovem de 20 anos comparece à emergência médica. Apresenta sangramento transvaginal há 2 dias. Primigesta, refere ciclo menstrual irregular prévio à gestação. Ao exame físico, bom estado geral, orientada e consciente. Abdome indolor. Especular: discreto sangramento transvaginal. Pressão arterial de 110 x 80 mmHg e frequência cardíaca de 90 bpm. Teste rápido de beta-hCG foi positivo. Ultrassonografia transvaginal não evidenciou saco gestacional intraútero. Qual a melhor conduta para o caso clínico?
A) Curetagem uterina.
B) Aspiração manual intraútero.
C) Metotrexato intramuscular.
D) Dosagem de beta-hCG quantitativo.

BO 45. Sobre uma paciente que apresenta diagnóstico de corrimento endocervical purulento, é correto afirmar que
A) o tratamento da cervicite é feito com um esquema antibiótico recomendado para tratamento de infecção por clamídia e gonorreia.
B) é incomum a associação de cervicite e vaginose bacteriana, pois infectam epitélios distintos do colo do útero.
C) em exame especular, a zona de ectopia (epitélio escamoso) é friável e sangra com facilidade.
D) a fluoroquinolona é o tratamento padrão-ouro para mulheres com cervicite gonocócica.

BO 46. Versando sobre diagnóstico gestacional clínico, este pode ser subdividido analisando os sintomas da gravidez em: presunção, probabilidade e certeza. Em tempos longínquos, era muito importante a sabedoria desses conceitos. Assinale a alternativa que representa o sinal clínico de certeza gestacional.
A) Sinal de Puzos.
B) Rede de Haller.
C) Sinal de Hegar.
D) Sinal de Nobile-Budin.

BO 47. Paciente gestante de 12 semanas realiza ultrassom morfológico de 1 trimestre. Não possui ultrassons anteriores da gestação. Empolgado, o médico anuncia ser gestação gemelar. Sobre gemelaridade, observe os itens a seguir.
I. Os gêmeos dizigóticos (DZ) são sempre dicorônicos.
II. Quando a divisão ocorre após o 13º dia da fertilização, a separação do disco embrionário será incompleta, resultando em gemelidade imperfeita; a placentação será obrigatoriamente monocoriônica.
III. Uma única massa placentária pode ser indicativa de duas placentas fusionadas.
IV. Os gêmeos DZ representam 2/3 dos gemelares. São também denominados fraternos, biovulares ou bivitelinos.

Estão corretos os itens
A) I, II, III e IV.
B) I, II e III, apenas.
C) II e IV, apenas.
D) I e III, apenas.

BO 48. Gestante de 34 semanas comparece à emergência obstétrica preocupada. Apresentou tontura hoje em ambiente de trabalho. Refere também, nas últimas semanas, surgimento de edema de membros inferiores, unhas mais quebradiças e palmas de mãos mais avermelhadas. Sobre o quadro descrito, qual o provável diagnóstico e a conduta mais adequada para o caso?
A) Alterações relativas dos hormônios tireoidianos durante a gravidez; dosagem sérica de TSH e T4 livre.
B) Alterações relativas da hematimetria durante a gravidez; dosagem sérica de hemoglobina e hematócrito.
C) Síndrome do hiperestrogenismo gravídico; dosagem sérica de SDHEA e estradiol.
D) Modificações fisiológicas da gestação; explicar a benignidade do quadro.

BO 49. Assinale a alternativa correta sobre fatores de risco relativo a acretismo placentário.
A) Etilismo.
B) Obesidade.
C) Placenta prévia.
D) Idade materna avançada.

BO 50. Gestante procura emergência obstétrica. Está com 18 semanas e apresenta resultados de exames IgG e IgM positivos para toxoplasmose, os quais foram coletados há 3 dias. Não apresenta exames prévios dessa sorologia. Sobre o quadro descrito, qual a conduta mais adequada para o caso?

A) Solicitar amniocentese para pesquisa de *Toxoplasma gondii*. A depender do seu resultado, iniciar antibioticoterapia com espiramicina ou esquema tríplice.
B) Prescrever espiramicina. Solicitar amniocentese para pesquisa de *Toxoplasma gondii*.
C) Expectante, trata-se de provável infecção crônica com permanência de títulos de IgM.
D) Prescrever espiramicina. Marcar ultrassons obstétricos seriados.

RASCUNHO

RASCUNHO



INSTITUTO DO CÂNCER DO CEARÁ
COORDENAÇÃO DE RESIDÊNCIA MÉDICA