

Prova para Especialização em Oftalmologia - 2025

Nome Completo

Nº Documento

1.
Uma mulher de 58 anos, sem histórico de comorbidades relevantes, chega ao consultório queixando-se de sangramento vaginal leve que começou há 2 dias. Ela está na pós-menopausa há 7 anos e não apresenta história de terapêutica hormonal. Relata que o sangramento é intermitente, sem dor associada, e que não há outros sintomas. Ela nega histórico de câncer ginecológico ou familiar para neoplasias endometriais. Ao exame físico, o útero está sem anormalidades evidentes. A paciente está assintomática em relação a outros sintomas, como febre ou leucorréia. Qual a conduta inicial mais apropriada para este caso?

A) Solicitar uma biópsia endometrial para avaliar a possibilidade de câncer endometrial, visto que qualquer sangramento após a menopausa é suspeito de malignidade.

B) Realizar ultrassonografia transvaginal para avaliar a espessura do endométrio e, se necessário, realizar curetagem para análise histopatológica.

C) Aguardar uma nova consulta em 3 meses, com a recomendação de observação dos sintomas, já que sangramentos pós-menopausa podem ser normais em mulheres com histórico de uso recente de anticoncepcionais.

D) Iniciar tratamento com progestágenos, uma vez que os sangramentos pós-menopausa são frequentemente causados por deficiência de progesterona

Qual o diagnóstico mais provável para essa paciente?

A) Incontinência urinária de urgência devido a hiperatividade do detrusor.

B) Incontinência urinária mista, com predominância da incontinência de esforço.

C) Incontinência urinária de esforço isolada, associada a fraqueza do esfíncter uretral.

D) Incontinência urinária reflexa devido à compressão da bexiga.

3.
Uma mulher de 28 anos procura o consultório ginecológico queixando-se de prurido intenso na região vulvar, secreção vaginal espessa, de cor branco-leitosa, sem odor fétido, e desconforto durante a relação sexual. Relata que os sintomas começaram há cerca de 3 dias e que não houve febre ou sinais de dor abdominal. Ela tem uma vida sexual ativa com um parceiro fixo e não faz uso de métodos contraceptivos hormonais, mas utiliza preservativo regularmente. Não há histórico de doenças ginecológicas anteriores e sua menstruação é regular. Ao exame físico, observa-se eritema e edema da mucosa vaginal e da vulva, com presença de secreção espessa, branco-leitosa, mas sem sinais de ulceração ou secreção malcheirosa. O exame especular revela uma mucosa vaginal íntegra, sem sinais de lesões. Qual a provável causa para esses sintomas?

A) Candidíase vaginal.

B) Vaginose bacteriana.

C) Tricomoníase.

D) Herpes simples genital.

2.
Uma mulher de 62 anos, pós-menopausa há 10 anos, procura o consultório queixando-se de perda involuntária de urina ao tossir, espirrar e ao se levantar de uma cadeira. Ela descreve que o sintoma ocorre esporadicamente, mas tem se tornado mais frequente nos últimos 6 meses. Não relata dor ao urinar, hemorragia ou febre. Refere histórico de dois partos vaginais, ambos normais. No exame físico, não há presença de prolapso apical ou de paredes. Não há sinais de perda de urina em repouso e o exame abdominal é normal.

Prova para Especialização em Oftalmologia -2025

4.

Durante consulta de rotina, mulher de 38 anos, sem queixas ginecológicas e com ciclos menstruais regulares, apresenta resultado recente de exame preventivo indicando presença de células glandulares atípicas de significado indeterminado (AGC) – não aparentando neoplasia. Diante desse achado, segundo o protocolo brasileiro de rastreamento do câncer do colo uterino, qual deve ser a conduta inicial mais adequada?

- A) Realizar colposcopia com coleta de citologia do canal endocervical e solicitar avaliação do endométrio por ultrassonografia transvaginal.
- B) Encaminhar para conização cervical e avaliação endometrial, independentemente de achado colposcópico.
- C) Solicitar nova citologia em 6 meses e realizar colposcopia da ectocérvice apenas se houver alteração persistente.
- D) Proceder com excisão da zona de transformação e reavaliação após 12 meses com citologia e colposcopia.

5.

Paciente de 33 anos, casada, nuligesta, comparece ao consultório com queixa de dismenorreia intensa desde a adolescência, com piora progressiva nos últimos anos. Refere ainda dispareunia profunda e dificuldade para engravidar, apesar de manter relações frequentes há mais de 1 ano, sem uso de contraceptivo. Seus ciclos são regulares, com intervalo de 28 dias e fluxo menstrual com duração de 5 dias. O espermograma do parceiro é normal. Qual o diagnóstico mais provável?

- A) Adenomiose.
- B) Endometriose.
- C) Mioma uterino.
- D) Doença inflamatória pélvica.

6.

Mulher de 42 anos procura atendimento ambulatorial devido à presença de nódulo endurecido na mama direita, percebido há cerca de 2 meses. Relata que o nódulo apareceu após uma pancada acidental no local durante a prática de atividade física. Ao exame físico, observa-se massa de aproximadamente 3 cm, endurecida, mal delimitada, com retração da pele e discreta equimose no quadrante superolateral da mama direita, sem dor ou sinais inflamatórios. Diante do caso, qual é o principal diagnóstico diferencial com o carcinoma mamário?

- A) Hiperplasia Ductal Usual.
- B) Necrose gordurosa.
- C) Tumor Phyllodes.
- D) Fibroadenoma.

7.

Paciente masculino transgênero, 30 anos, com diagnóstico de hipertensão arterial, comparece à unidade básica de saúde para seguimento clínico. Refere manter relações sexuais com parceiro masculino cisgênero e faz uso de testosterona intramuscular há cerca de dois meses, iniciada por demanda pessoal em outro serviço. Utiliza contraceptivo oral combinado (etinilestradiol + levonorgestrel) com o objetivo de reduzir o sangramento vaginal, que era intenso e recorrente. Diante do contexto clínico, a conduta mais adequada neste momento é:

- A) Suspender a testosterona e prescrever método contraceptivo com estrógeno por via transdérmica.
- B) Iniciar bloqueio hormonal com análogo de GnRH para controle de sangramentos, suspendendo a testosterona.
- C) Interromper o anticoncepcional combinado e iniciar método com progestagênio isolado, mantendo o uso da testosterona.
- D) Suspender o anticoncepcional e manter apenas a testosterona como forma de controle do sangramento genital.

Prova para Especialização em Oftalmologia -2025

8.

Uma paciente de 19 anos comparece ao ambulatório referindo dor durante as relações sexuais desde o início da vida sexual ativa. Ao exame ginecológico, observa-se presença de septo vaginal longitudinal e dois orifícios cervicais visíveis. A ultrassonografia pélvica confirma a presença de dois úteros distintos. Diante desse quadro, é correto afirmar que:

- A) O quadro está relacionado a falha na reabsorção do septo uterino.
- B) O diagnóstico mais provável é útero bicorno com septo vaginal.
- C) O tratamento deve incluir a ressecção obrigatória de ambos os septos e um dos úteros.
- D) A anomalia decorre da falha de fusão dos ductos de Müller.

9.

Mulher de 21 anos procura avaliação ginecológica por apresentar ciclos menstruais irregulares desde a menarca. Refere que menstrua, em média, a cada 2 a 3 meses. Queixa-se também de acne facial de difícil controle e aumento da oleosidade da pele. Ao exame físico, observa-se índice de massa corporal (IMC) de 30 kg/m², presença de acantose nigricans em região cervical e hirsutismo grau moderado em face e abdome inferior. Ultrassonografia transvaginal evidencia ovários aumentados, com volume de 12 mL cada e presença de múltiplos folículos periféricos.

Qual dos critérios abaixo está correto em relação ao diagnóstico da Síndrome dos ovários policísticos (SOP)?

- A) A dosagem de androgênios não é necessária para confirmar o diagnóstico de SOP.
- B) A presença de ovários policísticos à ultrassonografia é obrigatória para o diagnóstico.
- C) É necessário excluir outras causas de hiperandrogenismo antes de confirmar SOP.
- D) A presença de ciclos irregulares com obesidade já confirma o diagnóstico.

10.

Mulher de 24 anos, G0P0, procura o pronto atendimento com queixa de dor pélvica há 5 dias, de início insidioso e piora progressiva. Refere dispareunia, febre não aferida e corrimento vaginal amarelado há cerca de 1 semana. Ao exame físico, está febril (38,2 °C) e com dor à palpação profunda do hipogástrio. Ao exame ginecológico, apresenta dor à mobilização do colo uterino e toque vaginal doloroso ao palpar o fundo de saco posterior. Sem sinais de irritação peritoneal. Ultrassonografia transvaginal não evidencia abscesso pélvico. Com base nesse quadro, qual é a conduta mais adequada?

- A) Solicitar PCR e cultura de secreção vaginal e aguardar resultado antes de iniciar antibiótico.
- B) Iniciar antibioticoterapia empírica ambulatorial com cobertura para gonococo, clamídia e anaeróbios.
- C) Encaminhar para laparoscopia diagnóstica para confirmação antes do início do tratamento.
- D) Internar para antibioticoterapia parenteral devido ao risco de abscesso pélvico oculto.

11.

Uma paciente de 27 anos, G1P0A0, procura atendimento com atraso menstrual de 6 semanas, dor pélvica leve há 2 dias e sem sangramento vaginal. Está hemodinamicamente estável, PA 122/74 mmHg, FC 78 bpm, afebril. O beta-hCG é de 2.520 mUI/mL. A ultrassonografia transvaginal mostra ausência de saco gestacional intrauterino e imagem tubária à esquerda com 1,8 cm, sem líquido livre no fundo de saco. A paciente apresenta boa adesão ao seguimento e não deseja gestar neste momento. Qual a melhor conduta?

- A) Administração de metotrexato em dose única (50 mg/m², intramuscular)
- B) Laparoscopia diagnóstica e terapêutica, considerando risco de rotura iminente
- C) Conduta expectante, com repetição do beta-hCG e USG em 48 horas
- D) Curetagem uterina seguida de controle seriado do beta-hCG

Prova para Especialização em Oftalmologia -2025

12.

Durante o trabalho de parto, uma gestante de 40 semanas, G2P1, com evolução sem intercorrências até o momento, apresenta o seguinte traçado cardiotocográfico (ver imagem). O exame mostra linha de base em 150 bpm, variabilidade moderada, ausência de acelerações e presença de desacelerações tardias recorrentes associadas às contrações uterinas.

A paciente está em uso de ocitocina venosa contínua. Qual a conduta mais apropriada frente a esse achado?



Fonte: Matter Groupe.

- A) Prosseguir com o trabalho de parto e reavaliar após 30 minutos se não houver alterações adicionais
- B) Indicar cesariana de urgência devido à evidência de sofrimento fetal agudo
- C) Reposição de oxigênio, lateralização materna e suspensão de ocitocina
- D) Iniciar amnioinfusão e realizar toque vaginal para avaliar mecônio espesso

13.

Gestante de 24 anos, G1P0, com 33 semanas, procura o pronto atendimento com queixa de cefaleia intensa, turvação visual e dor em epigástrio iniciadas há 6 horas. Refere aumento de peso recente e edema nos membros inferiores. Ao exame: PA 170x110 mmHg, FC 92 bpm, edema +++ em MMII, reflexos tendinosos vivos. Fita urinária com proteinúria 3+. Qual a conduta prioritária diante do quadro?

- A) Internar em enfermaria obstétrica para controle pressórico com metildopa oral e reavaliação em 6 horas
- B) Indicar parto imediato devido à hipertensão grave e risco de óbito materno
- C) Iniciar sulfato de magnésio e controlar PA com hidralazina intravenosa
- D) Iniciar corticoide para maturação pulmonar e alta ambulatorial em 24 horas

14.

Gestante de 30 anos, G2P1, com 28 semanas, realiza teste oral de tolerância à glicose (TOTG 75g) com os seguintes resultados

- Jejum: 96 mg/dL
- 1 hora: 182 mg/dL
- 2 horas: 151 mg/dL

Está assintomática, com IMC de 30 kg/m², e ganho ponderal dentro do esperado. Ao exame, altura uterina e batimentos cardíofetais estão normais para a idade gestacional. Com base nos dados, qual a conduta mais adequada?

- A) Solicitar TOTG com 100 g (3 horas) para confirmação diagnóstica
- B) Diagnosticar diabetes gestacional e iniciar plano alimentar e atividade física
- C) Iniciar insulina NPH noturna e prandial por risco de macrosomia fetal
- D) Realizar hemoglobina glicada para confirmação e acompanhamento

Prova para Especialização em Oftalmologia -2025

15.

Gestante de 30 semanas, G1P0, procura o pronto-socorro por saída de líquido vaginal há 18 horas, associada a febre, calafrios e dor hipogástrica. Refere também contrações uterinas nas últimas 3 horas. Ao exame: PA 110x70 mmHg, FC 106 bpm, temperatura 38,3 °C. Ao toque vaginal: colo amolecido, 2 cm de dilatação, feto cefálico, BCF 170 bpm. Exame especular confirma saída de líquido amniótico. Exames laboratoriais revelam leucocitose (17.800) e PCR elevado. Qual a conduta obstétrica indicada diante do quadro clínico?

- A) Expectante, com antibioticoterapia venosa, corticoide e vigilância fetal
- B) Indução do parto com misoprostol, após estabilização clínica e uso de corticoide
- C) Interrupção imediata da gestação, independentemente da idade gestacional
- D) Tocolítico com nifedipina, antibiótico e vigilância até 34 semanas

16.

Paciente de 32 anos, gestante de 37 semanas, com histórico de hipertensão gestacional, chega à emergência com queixa de dor abdominal intensa e sangramento vaginal de pequena quantidade. Ao exame físico, apresenta dor uterina à palpação e hipertonia uterina e BCF = 90 bpm. No toque vaginal o colo é grosso, posterior impérvio. Qual é a principal conduta a ser adotada nesse caso?

- A) Manter vigilância clínica rigorosa, administrando analgésicos e aguardando o início do trabalho de parto, sem necessidade de intervenção imediata.
- B) Realizar cesárea imediata, pois a gestante apresenta risco elevado de complicações maternas e fetais, devido à hipertensão e ao descolamento.

C) Iniciar indução do parto com prostaglandinas para evitar o agravamento do quadro, mantendo a gestante em monitoramento contínuo.

D) Monitorizar o quadro por 24 horas, aguardando evolução clínica, com a administração de medicamentos anticonvulsivantes e corticosteroides, caso necessário.

17.

Paciente de 27 anos, com 8 semanas de gestação, apresenta sangramento vaginal associado a cólicas uterinas intensas. No exame clínico, nota-se dor à palpação no fundo uterino, com colo uterino fechado. A ultrassonografia transvaginal revela uma gestação intrauterina com atividade cardíaca fetal. Qual a conduta mais apropriada para esta paciente?

A) Suspender todas as atividades da paciente, administrar progesterona e aguardar a evolução do quadro.

B) Aconselhar repouso absoluto, administrar antibióticos profiláticos e monitorar semanalmente com ultrassonografia.

C) Realizar curetagem uterina imediata, pois a gestação está em risco de abortamento inevitável.

D) Orientar a paciente sobre a ameaça de aborto, manter acompanhamento ambulatorial e realizar ultrassonografia de controle em uma semana.

Prova para Especialização em Oftalmologia -2025

18.

Paciente de 30 anos, gestante de 24 semanas, sem histórico de doenças prévias e assintomática, realiza ultrassonografia transvaginal como parte do rastreamento para risco de parto prematuro. O exame revela um comprimento do colo uterino de 3,2 cm (32 mm). Qual a conduta mais apropriada?

- A) Iniciar repouso absoluto e monitorar o comprimento cervical a cada 2 semanas até o final da gestação.
- B) Realizar cerclagem cervical, pois o comprimento do colo uterino está abaixo do limite recomendado para evitar parto prematuro.
- C) Aconselhar a paciente sobre os sinais de parto prematuro e agendar acompanhamento com ultrassonografia transvaginal em 4 semanas.
- D) Informar a paciente que o comprimento cervical está dentro da normalidade, com baixa probabilidade de parto prematuro, e não realizar acompanhamento adicional.

19.

Paciente de 28 anos, gestante de 12 semanas, apresenta resultado positivo para IgM e IgG para *Toxoplasma gondii* em exames sorológicos realizados no primeiro pré-natal. A paciente está assintomática e não tem histórico de contato com gatos ou consumo de alimentos crus. Qual a conduta mais apropriada para o manejo dessa gestante?

- A) Iniciar tratamento com pirimetamina e sulfasalazina imediatamente, devido ao risco de infecção fetal.
- B) Realizar amniocentese para diagnóstico de infecção fetal e iniciar tratamento apenas se confirmada a infecção.

C) Iniciar tratamento com espiramicina e solicitar teste de avidéz, considerando a possibilidade de infecção aguda.

D) Iniciar tratamento com espiramicina e aguardar evolução da infecção sem a necessidade de testes adicionais.

20.

Paciente de 29 anos, gestante de 38 semanas, com diagnóstico de HIV positivo, está em uso de terapia antirretroviral (TAR) desde a 14ª semana de gestação. A carga viral foi indetectável na 36ª semana e ela está sem complicações clínicas. Qual é a conduta mais apropriada em relação à via de parto dessa paciente?

- A) Indicar parto vaginal, pois a carga viral indetectável na 36ª semana e o uso de TAR reduzem substancialmente o risco de transmissão vertical do HIV.
- B) Realizar cesárea de urgência, independentemente do status viral, para reduzir o risco de transmissão do HIV ao recém-nascido.
- C) Indicar cesárea eletiva e iniciar profilaxia com AZT para a gestante, pois a carga viral ainda pode ser detectável, mesmo estando abaixo de 1000 cópias/mL.
- D) Realizar cesárea eletiva, já que a paciente tem HIV, mesmo com carga viral indetectável, para evitar qualquer risco de transmissão vertical.

Prova para Especialização em Oftalmologia -2025

21.

Paciente, masculino, 32 anos, vítima de agressão física, trazido por transeuntes, dá entrada no pronto-atendimento desacordado, com respiração ruidosa e com ferimentos importantes em face. Após aplicação do colar cervical, foi visualizado sangramento profuso em cavidade oral e nariz, o qual se apresentava completamente desfigurado. Foi tentada a aspiração das vias aéreas, sem melhora do sangramento, que persistia. Também foi tentada a intubação orotraqueal, sem sucesso. Segundo o ATLS 10ªEd., qual a próxima conduta recomendada?

- A) Iniciar 1 litro de cristalóide para repor a volemia perdida, e considerar o uso de hemocomponentes em caso de manutenção da instabilidade hemodinâmica.
- B) Suturar os ferimentos com sangramento ativo, para melhor visualização da via aérea.
- C) Realizar o procedimento de cricotireoidostomia cirúrgica.
- D) Realizar o procedimento de traqueostomia na emergência.

22.

Avalie as seguintes afirmativas:

I - É considerado "hemotórax maciço" quando, após a drenagem torácica, há evacuação imediata de mais de 1000ml de sangue.

II - Em trauma, pacientes com pneumotórax, geralmente devem ser drenados, diferente de casos como pneumotórax espontâneo, em que se pondera o tratamento conservador.

III - Em um pneumotórax hipertensivo, a punção descompressiva nem sempre é eficaz.

IV - O tratamento para contusão pulmonar envolve suporte ventilatório, analgesia, oxigênio complementar e drenagem torácica.

Estão corretas as seguintes afirmativas:

- A) I e II
- B) II e III
- C) II e IV
- D) Apenas III

23.

Quais estruturas são clampeadas na Manobra de Pringle?

- A) Artéria hepática, ducto hepático comum e veias supra-hepáticas
- B) Artéria hepática, ducto colédoco e veia porta
- C) Artéria hepática, ducto colédoco e veias supra-hepáticas
- D) Artéria hepática, ducto hepático comum e veia cava infra-hepática

24.

De acordo com o ATLS 11ª Ed., como se classificaria o choque hemorrágico de um paciente politraumatizado, que é admitido com pressão arterial de 80x40mmHg, com frequência cardíaca de 130, taquipneico, com nível de consciência rebaixado, e apresenta, na gasometria arterial, excesso de bases de -12?

- A) Choque hemorrágico grau III
- B) Choque hemorrágico grau IV
- C) Choque hemorrágico moderado
- D) Choque hemorrágico grave

Prova para Especialização em Oftalmologia -2025

25.

Mulher de 42 anos, com histórico de obesidade e hipertensão, deu entrada no pronto atendimento com queixa de dor abdominal em região epigástrica e hipocôndrio direito, com início há 12 horas, associada a febre, calafrios e náuseas, sem melhora com o uso de sintomáticos. Ao exame físico, apresentava-se hidratada, corada, ictérica (2+/4), com FC de 98 bpm e PA de 135 x 89 mmHg. Nega cirurgias prévias e uso de medicamentos.

Exames laboratoriais revelam:

Leucócitos: 22.000/mm³ (valor de referência: 5.000 a 10.000/mm³), com 10% de bastões e 3% de metamielócitos; Bilirrubina direta: 3,8 mg/dL (valor de referência: até 0,3 mg/dL); FA: 375 UI/L (valor de referência: 60 a 192 UI/L); GGT: 322 UI/L (valor de referência: 70 a 192 UI/L). A ultrassonografia de abdome mostra dilatação das vias biliares extra-hepáticas e vesícula biliar com imagens hiperecogênicas, com sombra acústica posterior.

Diante do caso apresentado, assinale a alternativa com o provável diagnóstico e a melhor conduta:

- A) Colangite Aguda, antibioticoterapia e CPRE.
- B) Colecistite Aguda, colecistectomia videolaparoscópica precoce.
- C) Coledocolitíase, colecistectomia com colangiografia intraoperatória.
- D) Colelitíase, medidas de suporte e programar colecistectomia eletiva.

26.

Homem de 62 anos, com histórico de obesidade e diabetes mellitus, deu entrada no pronto atendimento com queixa de dor abdominal difusa, mais importante na região inferior esquerda do abdome, com início há 48 horas, associada a febre, náuseas e constipação. Ao exame físico, apresentava-se hidratado, corado, febril, FC de 98 bpm, PA de 130 x 85 mmHg, com abdome distendido e dor à palpação em fossa ilíaca esquerda, sem peritonite difusa. Nega cirurgias abdominais prévias e uso de medicamentos crônicos.

Exames laboratoriais revelam:

Leucócitos: 16.000/mm³ (valor de referência: 5.000 a 10.000/mm³); PCR: 55 mg/L (valor de referência: até 10 mg/L); Hemoglobina: 13,0 g/dL (valor de referência: 12,5 a 17,5 g/dL). A tomografia abdominal com contraste revelou a presença de divertículos no cólon sigmóide, espessamento da parede de sigmoide com borramento da gordura mesocólica adjacente sem evidência de coleções, pneumoperitônio ou líquido livre. Com base no quadro clínico e nos achados laboratoriais e de imagem, assinale a alternativa que apresenta a melhor conduta:

- A) Tratamento conservador com antibióticos intravenosos e dieta zero inicialmente.
- B) Drenagem percutânea guiada por imagem e antibióticos intravenosos.
- C) Cirurgia de urgência com ressecção do segmento afetado e colostomia.
- D) Cirurgia de urgência com ressecção do segmento afetado e anastomose primária.

27.

Um homem jovem de 22 anos de idade comparece ao pronto atendimento com queixa de dor abdominal no quadrante inferior direito (QID) há 24 horas. Refere que a dor se iniciou na região epigástrica, porém agora está mais intensa no QID, associada a náuseas e anorexia. Ao exame físico, o paciente encontra-se corado, hidratado, afebril, com PA: 140 x 80 mmHg, FC: 80 bpm. Apresenta dor à palpação do QID e descompressão brusca dolorosa na fossa ilíaca direita. Diante desse caso e da suspeita diagnóstica, qual é a melhor conduta?

- A) Jejum, hidratação venosa e antibiótico terapêutico
- B) Apendicectomia por laparotomia
- C) Tomografia de Abdome
- D) Apendicectomia por via laparoscópica

Prova para Especialização em Oftalmologia -2025

28.

Homem de 47 anos, sem comorbidades conhecidas, com histórico de laparotomia mediana devido a ferimento por projétil de arma de fogo há 2 anos, comparece ao pronto atendimento apresentando dor abdominal difusa, associada a náuseas, vômitos biliosos e distensão abdominal. Relata parada na eliminação de gases e fezes há 2 dias. Ao exame físico, encontra-se desidratado, corado, taquipneico e afebril. O abdome está distendido, timpânico e doloroso à palpação profunda, sem dor à descompressão brusca. À ausculta abdominal, os ruídos hidroaéreos estão presentes e aumentados, com timbre metálico. A radiografia de abdome mostra distensão acentuada de alças intestinais, principalmente na região central do abdome, sem outros achados associados. Com base no quadro clínico apresentado, a principal hipótese diagnóstica é:

- A) Íleo paralítico.
- B) Íleo biliar.
- C) Obstrução intestinal por bridas.
- D) Volvo de intestino médio.

29.

Paciente do sexo feminino, de 42 anos, tabagista, chega em consulta ambulatorial com queixa de abaulamento inguinal direito, principalmente aos esforços. Nega dor local e refere que abaulamento aumenta ao longo do dia, mas que não a incomoda do ponto de vista estético. Nega demais comorbidades, e possui antecedente de duas cesáreas. Sobre este caso, assinale a alternativa correta:

- A) No caso das hérnias do tipo femorais, deve-se propor o tratamento cirúrgico, independente de sintomas associados.
- B) Como a paciente não apresenta sintomas como dor ou incômodo estético, deve-se optar pela conduta conservadora.
- C) No caso das hérnias femorais, a técnica de Lichtenstein é a técnica considerada padrão ouro.
- D) As hérnias femorais também podem ser corrigidas pela via laparoscópica e se insinuam acima do ligamento inguinal.

30.

Paciente do sexo masculino, de 53 anos, tabagista e diabético, com antecedente de laparotomia exploradora há 15 anos, chega em consulta ambulatorial com queixa de abaulamento em topografia de incisão mediana. Refere que abaulamento é indolor, piora ao esforço, e que vem aumentando de tamanho nos últimos 2 anos. Ao exame físico, é possível notar abaulamento completamente redutível, de aproximadamente 4cm, em linha média, com piora à manobra de Valsalva. Perante à principal hipótese diagnóstica, qual a melhor proposta cirúrgica?

- A) Sutura contínua da aponeurose e fixação da tela de polipropileno na posição inlay.
- B) Sutura contínua da aponeurose e fixação de tela de polipropileno na posição onlay.
- C) Sutura contínua em pontos Donatti, e fixação de tela de polipropileno na posição onlay.
- D) Sutura contínua da aponeurose, apenas.

31.

Durante a realização do pneumoperitônio em uma cirurgia robótica, o cirurgião, ao observar as mudanças no quadro hemodinâmico do paciente, pergunta para a residente sobre as alterações fisiológicas que podem ocorrer devido ao aumento da pressão intra-abdominal. Em relação a essas alterações, qual afirmação da residente seria correta entre as alternativas a seguir?

- A) O débito cardíaco permanece inalterado, mesmo com a diminuição do retorno venoso;
- B) O aumento da pressão intra-abdominal resulta em aumento da pressão intracraniana;
- C) Ocorre hipotensão por compressão mecânica da aorta abdominal;
- D) Há aumento da diurese devido ao aumento da perfusão renal e aumento da taxa de filtração glomerular.

Prova para Especialização em Oftalmologia -2025

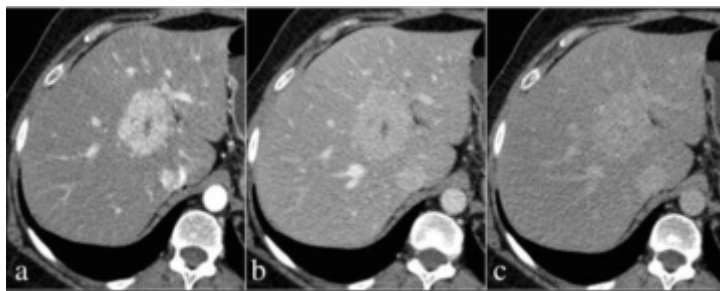
32.

Homem de 62 anos, com histórico de hipertensão, diabetes e tabagismo, é atendido na emergência por quadro de abdome agudo obstrutivo. Após avaliação inicial, foi submetido a laparotomia exploradora de urgência, na qual foi identificado uma neoplasia estenosante no cólon descendente. Foi realizada colectomia segmentar com colostomia terminal. No 6º dia pós-operatório, observou-se a exteriorização de grande volume de líquido serossanguinolento pela ferida operatória. A principal hipótese diagnóstica é:

- A) Deiscência de anastomose intestinal com fístula de alto débito.
- B) Evisceração.
- C) Abscesso de parede com drenagem espontânea.
- D) Deiscência da aponeurose.

33.

Uma mulher de 41 anos, assintomática, em uso de contraceptivos orais combinados há 10 anos, realiza uma ultrassonografia de rotina que revela um nódulo hepático sólido de 6 cm. A médica da UBS que estava acompanhando solicitou uma Tomografia de abdome com contraste mostrada a seguir:



Scialpi, M., Pierotti, L., Gravante, S. et al. J Med Case Reports 8, 425 (2014).
<https://doi.org/10.1186/1752-1947-8-425>

Com base nestes achados, qual o diagnóstico mais provável e a conduta apropriada?

- A) Adenoma Hepatocelular; indicada a suspensão do contraceptivo oral e a ressecção cirúrgica da lesão devido ao tamanho superior a 5 cm e risco de sangramento.
- B) Hiperplasia Nodular Focal (HNF); a conduta é expectante com acompanhamento clínico e por imagem, pois a lesão não possui potencial de malignização.

C) Hepatocarcinoma (CHC); indicada a biópsia percutânea para confirmação histológica antes de se definir o tratamento cirúrgico.

D) Hemangioma; indicada a observação, porém se houver crescimento, a embolização arterial seletiva deve ser considerada.

34.

Um homem de 65 anos, com bom estado geral (ECOG 1), procura atendimento por epigastralgia e perda de peso de 8 kg em 4 meses. A endoscopia digestiva alta revela uma lesão úlcero-infiltrativa de 5 cm no corpo gástrico distal, cuja biópsia confirma adenocarcinoma gástrico tipo intestinal. A tomografia computadorizada de tórax, abdome e pelve para estadiamento mostra um espessamento significativo da parede gástrica, com perda do plano de clivagem com a gordura perigástrica (estágio clínico $\geq cT3$), e a presença de três linfonodos aumentados (>1 cm) na cadeia da artéria gástrica esquerda (cN+). Não há evidência de metástases à distância (cM0). Qual é a estratégia de tratamento inicial mais adequada para este paciente?

- A) Indicar quimioterapia perioperatória com o esquema FLOT, seguida de reestadiamento e posterior gastrectomia com linfadenectomia a D2.
- B) Realizar a gastrectomia subtotal com linfadenectomia a D2 como tratamento primário (cirurgia upfront), seguida de quimiorradioterapia adjuvante.
- C) Iniciar quimioterapia paliativa em caráter exclusivo, pois o acometimento linfonodal na tomografia classifica a doença como sistêmica e incurável.
- D) Realizar a gastrectomia subtotal com linfadenectomia a D1, por ser um procedimento de menor morbidade, reservando a quimioterapia para casos de recidiva.

Prova para Especialização em Oftalmologia -2025

35.

Uma paciente de 38 anos, previamente hígida, dá entrada no pronto-socorro com febre de 39.2°C, calafrios, dor lombar à direita de forte intensidade e vômitos há 12 horas. Ao exame físico, apresenta-se taquicárdica (FC 115 bpm), normotensa (PA 110/70 mmHg) e com sinal de Giordano positivo à direita. Os exames laboratoriais revelam leucocitose de 17.500/mm³ com desvio à esquerda e creatinina de 1.4 mg/dL (valor basal de 0.8 mg/dL). A tomografia computadorizada de abdome e pelve sem contraste confirma a presença de um cálculo de 7 mm impactado no ureter proximal direito, causando hidronefrose moderada e estriação da gordura perirrenal. Considerando o diagnóstico mais provável, qual é a conduta prioritária para esta paciente?

A) Iniciar antibioticoterapia de amplo espectro e proceder com ureterolitotripsia a laser para fragmentação do cálculo.

B) Realizar descompressão imediata do sistema coletor com a passagem de um cateter ureteral duplo J por via endoscópica, associada à antibioticoterapia.

C) Manter a paciente internada para antibioticoterapia intravenosa e terapia medicamentosa expulsiva, pois o cálculo apresenta < 1 cm.

D) Realizar uma nefrostomia percutânea, uma vez que a passagem de duplo J é reservada para casos sem sinais infecciosos sistêmicos.

36.

Um homem assintomático de 62 anos, corredor amador e hipertenso, realizou exames de rotina que mostraram um PSA de 5,8 ng/mL. O toque retal não revelou nódulos ou endurecimentos. Ele foi submetido a uma biópsia prostática transretal com 12 fragmentos, cujo resultado histopatológico foi: Adenocarcinoma Acinar Usual, escore de Gleason 3+3=6 em 2 dos 12 fragmentos. Nenhum dos fragmentos positivos possuía mais de 50% de acometimento pelo tumor. Com base nos critérios de elegibilidade para as diferentes modalidades de tratamento, qual é a conduta mais recomendada para este paciente?

A) Prostatectomia radical, pois a presença de tumor em 2 fragmentos indica um volume tumoral que justifica o tratamento definitivo.

B) Radioterapia associada a hormonioterapia por 24 meses, visando o controle locorregional da doença.

C) Vigilância ativa, com monitoramento regular dos níveis de PSA, exames de toque retal e re-estadiamento com biópsias periódicas.

D) Bloqueio androgênico sem cirurgia ou radioterapia, por se tratar de um tumor de baixo risco.

37.

Um homem de 65 anos é admitido na emergência com um quadro de distensão abdominal progressiva, náuseas, vômitos e parada de eliminação de flatos e fezes há 3 dias. A tomografia computadorizada de abdome e pelve evidencia importante distensão de todo o cólon a montante de uma lesão estenosante e de aspecto neoplásico localizada no reto médio, há 6 cm da margem anal. A lesão invade a gordura perirretal, sem sinais de perfuração ou metástases à distância. O paciente está hemodinamicamente estável e sem sinais de peritonite. Considerando o diagnóstico de adenocarcinoma de reto localmente avançado, qual a conduta mais adequada para este paciente?

A) Realizar laparotomia exploradora de urgência com retossigmoidectomia a Hartmann, tratando a oclusão e a neoplasia em um único tempo cirúrgico.

B) Realizar uma colostomia para derivar o trânsito, descomprimir o paciente e prosseguir com o estadiamento para terapia neoadjuvante.

C) Realizar amputação abdominoperineal seguida de terapia adjuvante, uma vez que o tumor é localmente avançado.

D) Manter o paciente em jejum e descompressão com sonda nasogástrica, iniciar antibioticoterapia e realizar a ressecção anterior do reto assim que as condições clínicas permitirem, dentro de 24-48 horas.

Prova para Especialização em Oftalmologia -2025

38.

Um lactente de 3 meses, masculino, é trazido ao ambulatório de cirurgia pediátrica por constipação intestinal severa desde o nascimento. A mãe relata que ele apresentou eliminação tardia de mecônio (após 48 horas de vida) e, desde então, só evacua com o uso de supositórios, apresentando episódios recorrentes de distensão abdominal e irritabilidade. Ao exame, o abdome está distendido e timpânico. O toque retal revela uma ampola retal vazia e, à retirada do dedo, ocorre uma eliminação explosiva de fezes amolecidas e gás. Com base neste quadro clínico qual é o diagnóstico mais provável e o próximo passo mais adequado na investigação diagnóstica deste paciente?

- A) Má rotação intestinal; Realização de ultrassonografia para avaliar abdome agudo obstrutivo.
- B) Doença de Hirschsprung; Realização de enema opaco (clister opaco), para identificar a presença de uma zona de transição e estimar a extensão do segmento agangliônico.
- C) Megacólon funcional; Realização de manometria anorretal para avaliar a ausência do reflexo inibitório retoanal (RIRA), confirmando a disfunção do esfíncter interno.
- D) Constipação do lactente; Iniciar tratamento empírico com laxantes osmóticos e orientar o retorno em 30 dias, reservando exames invasivos para casos refratários.

39.

Paciente feminina, 30 anos, apresenta ferida crônica de 4 cm na perna esquerda, após trauma. O leito da ferida é rico em tecido vascularizado, mas com exposição parcial de tendão. O cirurgião explica que será necessário cobrir a ferida com tecido, podendo ser enxerto ou retalho. Qual das afirmações sobre diferença entre enxertos e retalhos está correta?

- A) Enxertos mantêm seu próprio suprimento sanguíneo; retalhos dependem da vascularização do leito receptor.
- B) Retalhos resultam em menor sobrevida do tecido comparado a enxertos, e geralmente apresentam resultado estético inferior aos enxertos.

C) Enxertos só podem ser utilizados quando há leito bem vascularizado, sem exposição de estruturas nobres; retalhos trazem vascularização própria, permitindo cobertura de ossos, tendões e nervos expostos.

D) Enxertos e retalhos têm indicações idênticas e podem ser usados de forma intercambiável, de acordo com a preferência do cirurgião.

40.

Um paciente de 52 anos, masculino, é admitido no pronto-socorro com histórico de "palpitações" recorrentes (não sabe relatar qual) e queixa de dor súbita e intensa em membro inferior direito há 4 horas. Ao exame físico, apresenta palidez e frialdade no membro acometido, com ausência de pulsos poplíteo e distais, mas com pulso femoral presente e amplo. Cianose extensa no membro acometido. A avaliação neurológica revela hipoestesia que se estende do pé até o terço distal da perna e uma discreta dificuldade para realizar a dorsiflexão do pé. O membro contralateral apresenta-se com pulsos amplos e sem demais alterações ao exame físico. Sinais vitais: PA 127x85 mmHg; Frequência cardíaca com 87 bpm e ausculta cardíaca com ritmo irregular.

Considerando o caso exposto, qual o diagnóstico mais provável do paciente, a respectiva classificação e o manejo definitivo?

- A) Oclusão arterial crônica; Fontaine III; iniciar trombólise intra-arterial por cateter e reavaliar em 15 minutos.
- B) Oclusão arterial aguda; Rutherford IIb; indicada embolectomia cirúrgica de urgência com cateter de Fogarty.
- C) Oclusão arterial aguda; Rutherford III; indicada amputação primária do membro devido a cianose presente no exame físico.
- D) Oclusão arterial aguda; Rutherford IIb; iniciar heparinização plena e solicitar angiogramografia de urgência para manejo minimamente invasivo endovascular.

Prova para Especialização em Oftalmologia -2025

41.

Mulher de 28 anos, obesa, sem outras comorbidades, comparece à unidade básica de saúde com queixa de episódios de queimação retroesternal há cerca de quatro meses, principalmente ao deitar-se e após as refeições. Nega disfagia, emagrecimento não intencional, história familiar de câncer gastrointestinal ou doenças cardiovasculares, nega sangramento nas fezes. Ao exame, está em bom estado geral, corada, hidratada, dados vitais normais, ausculta respiratória e cardíaca sem alterações, abdome flácido, indolor à palpação superficial e profunda. Quanto ao caso clínico, assinale a afirmativa CORRETA:

- A) A principal hipótese nesse caso é a acalásia idiopática, e o exame de escolha é a manometria esofágica de alta resolução.
- B) A endoscopia digestiva alta é essencial para o diagnóstico da patologia em questão, e deve ser pedida já nesta consulta.
- C) Além do tratamento medicamentoso, a paciente deverá receber orientações não-farmacológicas para alívio dos sintomas, como a perda de peso, elevação da cabeceira ao dormir e identificação dos gatilhos alimentares que pioram o quadro.
- D) O tratamento cirúrgico de primeira linha para esta condição é a cardiomiectomia à Heller associada à funduplicatura parcial.

42.

Paciente do sexo masculino, 68 anos, portador de cirrose hepática por hepatite C, dá entrada no pronto-socorro com relato de hematêmese volumosa. Refere já ter tido um episódio prévio de melena há um ano, tendo sido feito tratamento endoscópico na época (não sabe informar qual). Ao exame, encontra-se hipocorado 3+/4, pressão arterial 86/59 mmHg, frequência cardíaca de 115 bpm. Considerando o quadro clínico, assinale a alternativa CORRETA:

- A) A conduta imediata neste momento é a realização de endoscopia digestiva alta, tendo em vista a alta probabilidade de ruptura de varizes esofágicas.
- B) Antibioticoterapia deve ser iniciada com uma cefalosporina de terceira geração.

- C) A prescrição inicial deste paciente deve conter um betabloqueador como profilaxia de novos episódios de hemorragia digestiva alta.
- D) O balão de Sengstaken-Blakemore deve ser utilizado já na admissão do paciente para controle de sangramento.

43.

Mulher de 36 anos comparece ao pronto atendimento com sensação de "batedeira no peito", de início há cerca de 25 minutos. Nega dor torácica, dispneia, síncope. História pregressa: hipotireoidismo, em uso irregular de levotiroxina. Nega etilismo, tabagismo ou uso de outras substâncias psicoativas. Ao exame, encontra-se sudorética, agitada. Dados vitais: frequência cardíaca de 210 batimentos por minuto, pressão arterial: 110x70 mmHg, saturação periférica de O₂: 99% em ar ambiente. Ausculta respiratória: sons respiratórios fisiológicos, sem ruídos adventícios. Ausculta cardíaca: ritmo cardíaco regular em dois tempos, taquicardia importante, sem sopros. Pulsos cheios e amplos. O eletrocardiograma evidencia uma taquicardia com QRS estreito, ritmo regular e ausência de ondas P. Quanto ao manejo imediato do quadro, assinale a alternativa CORRETA:

- A) A medicação de primeira linha é a atropina, em dose inicial de 6mg, que pode ser repetida após 1 a 3 minutos com dose dobrada, de 12mg.
- B) A conduta imediata é a cardioversão elétrica sincronizada com 100 Joules no aparelho bifásico, considerando a frequência cardíaca acima de 200bpm e a provável instabilização nos próximos minutos.
- C) O diagnóstico mais provável é a fibrilação atrial de alta resposta ventricular, possivelmente desencadeada por uso supraterapêutico da levotiroxina.
- D) Inicialmente, pode ser considerado o manejo não-farmacológico desta arritmia com manobra vagal.

Prova para Especialização em Oftalmologia -2025

44.

Você, médico da atenção primária, está atendendo um paciente de 30 anos que perdeu a esposa e um filho de 02 anos há 02 meses, em um acidente de carro em que estava dirigindo. Durante a consulta, o paciente relata não sentir mais vontade de fazer as coisas que antes lhe davam prazer, afirmando que "não vale a pena continuar assim" e que "quem devia ter morrido sou eu". Ele menciona que "depois que eu morrer, as pessoas finalmente vão ficar bem" e começa a se afastar dos amigos e familiares. Ele se apresenta na consulta com má higiene pessoal, cabelos e barbas longas, cicatrizes recentes de queimadura de cigarro nos antebraços, acompanhado da mãe, muito preocupada com o estado de saúde do filho.

Com base nos sinais apresentados pelo paciente, assinale a alternativa que melhor descreve o risco de suicídio e como o médico deve proceder na avaliação:

- A) O paciente demonstra sinais de risco iminente de suicídio, como ideação suicida e comportamentos autolesivos. O médico deve iniciar o atendimento psicológico e encaminhá-lo imediatamente a um serviço de saúde especializado para avaliação do risco de suicídio.
- B) Os sinais descritos indicam um luto patológico, e o médico deve encaminhar o paciente para a psicoterapia, ainda sem critério de temporalidade para iniciar o tratamento farmacológico.
- C) O paciente apresenta sintomas típicos de transtorno do estresse pós traumático, mas não há indicação de risco de suicídio, sendo indicado o encaminhamento para psicoterapia e desenvolvimento de técnicas de enfrentamento e apoio emocional.
- D) O comportamento do paciente é tipicamente autolesivo, sem intenção suicida, e o médico deve apenas orientar sobre a redução do estresse relacionado ao evento, sem necessidade de encaminhamento.

45.

Um paciente de 50 anos, do sexo masculino, apresenta uma lesão cutânea hipopigmentada, com bordas bem definidas, nítidas e elevadas, em região de antebraço esquerdo. A lesão é indolor, com aparência seca e escamosa, e não há ulceração ou secreção. O exame neurológico revela áreas de anestesia nas regiões afetadas, além de diminuição da força muscular nas mãos e atrofia dos músculos interdigitais. Não há sinais de linfadenopatia. O paciente não apresenta histórico de febre ou outros sintomas sistêmicos. Assinale a alternativa que corresponde ao tratamento recomendado para o diagnóstico mais provável:

- A.) Paracoccidioidomicose: O tratamento de escolha consiste no uso de itraconazol ou, em casos mais graves, anfotericina B.
- B) Hanseníase tuberculoide: O tratamento é realizado com esquema poliquimioterápico (PQT) com rifampicina, dapsona e clofazimina por 6 meses.
- C) Linfoma cutâneo: O tratamento envolve quimioterapia tópica com metotrexato ou fototerapia, dependendo do estágio da doença.
- D) Esporotricose: O tratamento de primeira linha é com itraconazol por um período prolongado, geralmente de 3 a 6 meses.

Prova para Especialização em Oftalmologia -2025

46.

Um paciente de 38 anos, do sexo masculino, com histórico de HIV em tratamento antirretroviral (TAR) irregular, apresenta quadro clínico de dor de cabeça intensa, febre baixa, náuseas, vômitos, diplopia e alterações do estado mental, com confusão e desorientação temporoespacial. O paciente tem CD4+ de 25 células/mm³. A tomografia computadorizada de crânio não revela lesões evidentes, mas o exame de líquido mostra pleocitose linfocítica, hiperproteinorraquia e redução da glicose, além de pressão de abertura de 210 mmH₂O. A microscopia com a coloração de Ziehl-Neelsen é negativa, mas a com tinta da China foi positiva. Assinale a alternativa que apresenta o diagnóstico diferencial mais adequado para essa condição em pacientes com infecção por HIV:

A) A toxoplasmose cerebral é a principal hipótese diagnóstica, com sinais de encefalite e alteração do estado mental. O diagnóstico é confirmado por exames de imagem, como a ressonância magnética com lesões focais, frequentemente com realce após contraste.

B) O linfoma primário do SNC é o diagnóstico mais forte e é evidenciado por lesões parenquimatosas com realce anelar nas imagens de ressonância magnética, de forma que a TC normal não exclui sua possibilidade.

C) O quadro clínico é de neurocriptococose e, no contexto de HIV, é caracterizado por meningite subaguda ou crônica, frequentemente com alteração do estado mental e sinais de irritação meníngea. O diagnóstico é confirmado pelo exame de líquido (teste de aglutinação com látex) e cultura para *Cryptococcus neoformans*.

D) A meningite tuberculosa pode cursar com dor de cabeça, febre e sinais meníngeos e é a principal hipótese aqui, visto que a associação entre TB e HIV é clássica. A confirmação é dada por meio do TRM-TB ou baciloscopia positiva no líquido.

47.

Um homem de 61 anos é admitido no pronto socorro com dor de forte intensidade em região de flanco esquerdo. Após avaliação inicial, foi submetido a tomografia computadorizada de abdome superior e pelve sem contraste por suspeita de ureterolitíase. Além de confirmar a suspeita diagnóstica, o exame apresentou o achado de nódulo em adrenal direita, medindo 3,2cm no maior eixo, com densidade de 8 UH (Unidades Hounsfield). Em relação ao histórico médico prévio, foi diagnosticado com diabetes mellitus e hipertensão arterial há 2 anos, nega antecedente familiar. Os exames mais indicados para a investigação diagnóstica neste momento, em contexto ambulatorial, são:

A) Metanefrinas totais e frações em urina 24h, sulfato de DHEA (S-DHEA) e cortisol sérico pós supressão com dexametasona.

B) Cortisol sérico pós supressão com dexametasona e RM de abdome superior e pelve.

C) Renina, aldosterona e cortisol sérico pós supressão com dexametasona.

D) Metanefrinas totais e frações em urina 24h, sulfato de DHEA (S-DHEA) e RM de abdome superior e pelve

48.

Para um paciente com diabetes mellitus tipo 2, com taxa de filtração glomerular estimada em 45ml/min/1,73m² e relação albumina/creatinina em amostra isolada de urina 70mg/g, já em uso de enalapril e empagliflozina em doses máximas toleradas, a opção medicamentosa mais indicada para proteção renal neste momento é:

A) Substituir enalapril por valsartana

B) Associar finerenona

C) Associar semaglutida

D) Substituir empagliflozina por dapagliflozina

Prova para Especialização em Oftalmologia -2025

49.

De acordo com guideline para tratamento da infecção por *H. pylori* do Colégio Americano de Gastroenterologia (2024), após o tratamento de *H. pylori*, qual é a recomendação para confirmar a erradicação?

- A) Sorologia após 2 semanas
- B) Urease rápido durante a endoscopia imediatamente após o tratamento
- C) Urease respiratório ou antígeno fecal após 4 semanas, com suspensão prévia de IBP
- D) Biópsia de controle 2 semanas após o fim da terapia

50.

Um paciente do sexo masculino de 55 anos de idade, previamente hígido, foi admitido em sala de emergência hipotenso, com suspeita de pneumonia. Durante a estabilização inicial foi realizado uma primeira dose de antibiótico, um total de 30ml/kg de solução cristalóide, e instalada noradrenalina em acesso venoso periférico. Na reavaliação após medidas, encontra-se sonolento (escala de coma de Glasgow = 13) e ainda algo taquipneico, com FC = 136, FR = 24, SpO₂ = 95% com CN a 3L/min, e PA 82x53. Foi realizado ultrassono-grafia à beira-leito (POCUS), que identificou linhas B em bases pulmonares bilateralmente, coração com contratilidade preservada, e veia cava túrgida e pouco variável. Os exames laboratoriais revelaram:

Hb 13,2g/dL; Ht 39,7%
Leucócitos 15.890 células/mm³,
neutrófilos 90% bastonetes 2%,
Plaquetas 163.000/mm³,
Gasometria arterial: pH 7,26 pO₂ 97 pCO₂ 35 BIC 18,
Lactato 3mmol/L (27 mg/dL).

Qual alternativa descreve corretamente o diagnóstico e uma próxima conduta adequada?

- A) Sepsis - aumentar a dose de noradrenalina
- B) Choque séptico - iniciar dobutamina
- C) Choque séptico - iniciar vasopressina
- D) Choque séptico - realizar nova expansão volêmica com 10ml/kg

51.

Uma paciente do sexo feminino de 73 anos, com antecedente de hipertensão e diabetes bem controlados, em acompanhamento psiquiátrico por transtorno de ansiedade, comparece ao pronto-atendimento com queixa de fadiga e náusea há cerca de 2 meses. Faz uso contínuo de anlodipino 5mg/dia, losartana 50mg 12/12h, metformina 500mg/dia, escitalopram 10mg/dia, e clonazepam 8 gotas ao deitar. Ao exame físico apresenta-se corada, hidratada, acianótica, afebril, anictérica, e eupneica. A ausculta cardíaca e pulmonar é normal. Os membros inferiores apresentam apenas um discreto edema na altura dos maléolos, sem empastamento ou dor à palpação. Não há alterações sensitivas ou motoras no exame físico. Os exames laboratoriais evidenciaram:

Hb 12,5 g/dL
Leucócitos 6.300 células/mm³ com diferencial normal
Plaquetas 214.000/mm³
Creatinina 0,90 mg/dL com TFG estimada em 62
Sódio 124 mEq/L
Potássio 4,3 mEq/L
Magnésio 1,9 mEq/L
Cálcio iônico 1,26 mEq/L
Glicemia 113 mg/dL

Qual a conduta frente ao quadro?

- A) Internação para administração de solução salina 3%
- B) Suspende escitalopram, com avaliação do psiquiatra para introdução de outra medicação para controle de ansiedade.
- C) Suspende losartana, com avaliação do cardiologista para ajuste das medicações para hipertensão.
- D) Suspende anlodipino, com avaliação do cardiologista para ajuste das medicações para hipertensão.

Prova para Especialização em Oftalmologia -2025

52.

Um paciente do sexo masculino de 64 anos, diabético, hipertenso e deslipidêmico, com adesão irregular ao tratamento, comparece ao pronto-socorro com queixa de vertigem rotatória que se iniciou há 5 horas. Ao exame físico, não apresenta sacada corretiva à manobra vestibulo-ocular ("head impulse"), apresenta um nistagmo horizontal com fase rápida para a esquerda ao olhar para a esquerda e para a direita ao olhar para a direita, sem desalinhamento dos olhos (sem "desvio skew"). O restante do exame neurológico é normal, o pulso é rítmico, e os sinais vitais são FC = 85, PA = 165x93, FR = 18, SatO2 = 98%, e dextro (HGT) = 134. A respeito deste caso, é possível afirmar que

- A) Trata-se de uma suspeita de vertigem posicional, devendo o paciente receber medicações sintomáticas, manobras de reposicionamento, e fisioterapia vestibular.
- B) Trata-se de uma suspeita de neurite vestibular, porém, pelo elevado risco cardiovascular, o paciente deve realizar neuroimagem para avaliação de etiologia central.
- C) Trata-se de uma suspeita de neurite vestibular e o risco cardiovascular é baixo, podendo o paciente ser liberado com sintomáticos e corticoide.
- D) Trata-se de uma suspeita de acidente vascular da fossa posterior, e o paciente deve realizar neuroimagem para avaliação.

53.

Delirium é uma condição médica de elevada prevalência no contexto hospitalar: é estimado que cerca de 23% dos pacientes internados em um hospital geral vão desenvolver tal síndrome. Qual das alternativas abaixo representa um achado mais característico dessa condição?

- A) Labilidade emocional
- B) Distratibilidade
- C) Agressividade
- D) Redução da psicomotricidade

54.

A mielopatia transversa completa causa perda total da função abaixo do nível da lesão. Na mielopatia incompleta, há alguma preservação da função. As causas mais comuns são traumatismo, compressão medular, mielite, causada por esclerose múltipla, doença do espectro da neuromielite óptica (NMOSD), um processo parainfeccioso, ou uma síndrome clínica isolada. A presença de qual das seguintes alternativas sugere que uma mielite transversa se deve à doença do espectro da neuromielite óptica?

- A) Anti-AQP4 (anticorpo contra a aquaporina 4)
- B) Anti-MOG (anticorpo contra a glicoproteína oligodendrocítica da mielina)
- C) Anti-MuSK (anticorpo contra a quinase específica do músculo)
- D) Anti-LRP4 (anticorpo contra a proteína relacionada ao receptor de lipoproteína de baixa densidade 4)

55.

A dengue é endêmica no Brasil – com a ocorrência de casos durante o ano todo – e tem um padrão sazonal, coincidente com períodos quentes e chuvosos, quando são observados o aumento do número de casos e um risco maior para epidemias. De acordo com o Manual do Ministério da saúde intitulado "Dengue: diagnóstico e manejo clínico: Adulto e criança", em sua sexta edição de 2024, sobre o tratamento da dengue adequado à classificação do paciente com a doença, pode-se afirmar que:

- A) Os pacientes classificados como grupo D, após se iniciar a fase de expansão rápida parenteral com soro fisiológico a 20 mL/kg em até 20 minutos, necessitam de reavaliação clínica a cada 15 a 30 minutos e de hematócrito a cada 2 horas, mantendo-os em leito de terapia intensiva até estabilização, no mínimo por 48 horas.
- B) A presença de sinais de alarme, como sangramento grave, disfunção grave de órgãos ou choque, demanda hidratação venosa urgente a uma velocidade de 20 mL/kg em até 1 hora, com reavaliação imediatamente após finalização da etapa de expansão.

Prova para Especialização em Oftalmologia -2025

C) Deve-se orientar ao paciente do grupo A no momento da alta que exames específicos para a confirmação da dengue são necessários para fins de notificação e tratamento, por isso eles devem retornar ao atendimento médico para reavaliação clínica no dia de melhora da febre, em função do possível início da fase crítica.

D) Se o hematócrito do paciente classificado como grupo B vier com resultado normal, o tratamento é ambulatorial com reavaliação a cada 3 dias, até uma semana após melhora da febre..

56.
Mulher, 44 anos de idade, internada em enfermaria de clínica médica por diagnóstico recente de leucemia mielóide aguda, aguardando transferência para centro de referência em oncologia. Hoje com queixa de tosse seca leve e sensação de tontura. Exame físico: vigil e orientada, PA 78/53mmHg, FC 124bpm, FR 25irpm, T 38,7°C; oximetria de pulso 95%. Ausculta pulmonar com roncos discretos em base direita.
Exames laboratoriais:

leucócitos 6000/mm³ (blastos 5000/mm³, neutrófilos 160/mm³ e o restante linfócitos), hemoglobina 9,2g/dL, hematócrito 29%, plaquetas 134.000/mm³.

Quais as condutas a serem tomadas nesse momento?:

A) Hidratação venosa, coleta de exames, culturas pareadas e início de ceftriaxona.

B) Hidratação venosa, coleta de exames, culturas pareadas e início de cefepime + vancomicina.

C) Hidratação venosa, coleta de exames, culturas pareadas e início de cefepime.

D) Hidratação venosa, coleta de exames, culturas pareadas e início de ceftriaxona + oxacilina.

57.

Mulher de 65 anos de idade, internada em enfermaria de clínica médica para tratamento de pielonefrite não complicada, já iniciada antibioticoterapia há 36 horas. Após cerca de 45 minutos do início da transfusão de concentrado de hemácias, evoluiu com temperatura axilar igual a 38,3°C (temperatura antes do início da transfusão: 36,4°C). Sem outras manifestações clínicas. Qual é a conduta imediata a ser tomada neste caso?

A) Interromper a transfusão e coletar culturas do paciente e da bolsa de hemácias. Contactar o banco de sangue quanto a reação transfusional.

B) Pausar a transfusão, medicar o paciente com anti-térmico, reavaliar em 30 minutos e seguir a transfusão após defervescência. Contactar o banco de sangue quanto a reação transfusional

C) Pausar a transfusão, medicar o paciente com anti-térmico, reavaliar em 30 minutos e seguir a transfusão após defervescência. Sem necessidade de contactar o banco de sangue quanto a reação transfusional

D) Manter a transfusão, coletar culturas do paciente e da bolsa de hemácias e medicar o paciente com anti-térmico. Contactar o banco de sangue quanto a reação transfusional

58.

Homem de 68 anos, portador de hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus tipo 2 e insuficiência cardíaca com fração de ejeção reduzida (FEVE 30%) secundária a cardiopatia hipertensiva. Procura o pronto atendimento por dispneia progressiva há três dias, associada a ortopneia, redução da diurese e edema em membros inferiores. Nega dor torácica. Faz uso irregular de enalapril, furosemida, espironolactona, carvedilol, dapagliflozina e metformina.

Ao exame físico, encontra-se confuso, taquidispneico, com fala entrecortada. PA: 88x54 mmHg, FC: 108 bpm, FR: 26 irpm, SpO₂: 90% em ar ambiente. Apresenta refluxo hepatojugular positivo, B3 audível, crepitações bibasais, hepatomegalia dolorosa, edema bilateral em membros inferiores e extremidades frias. Com base nos dados clínicos e laboratoriais, qual é o perfil hemodinâmico da insuficiência cardíaca aguda e qual deve ser a conduta inicial mais adequada?

Prova para Especialização em Oftalmologia -2025

A) Perfil C: administrar furosemida EV e considerar noradrenalina.

B) Perfil C: administrar furosemida EV e considerar dobutamina.

C) Perfil B: administrar furosemida EV e considerar nitroglicerina.

D) Perfil B: administrar furosemida EV e considerar dobutamina.

59.

Homem de 58 anos, tabagista (30 maços/ano), hipertenso, dislipidêmico, com histórico de AVC isquêmico há 2 meses. Procura o pronto atendimento com dor torácica intensa em aperto há 1 hora, irradiando para o braço esquerdo, associada a sudorese fria e náuseas. Nega episódios semelhantes prévios. Ao exame, encontra-se ansioso, sudorético e pálido. PA: 100 × 65 mmHg, FC: 96 bpm, SpO₂: 95% em ar ambiente. Ausculta cardíaca e pulmonar sem alterações significativas. O ECG mostra elevação do segmento ST em derivações DII, DIII e aVF. Qual deve ser a conduta imediata mais adequada para esse paciente?

A) Administrar AAS, clopidogrel e anticoagulação. Solicitar cintilografia para estratificação não invasiva.

B) Fazer outro ECG com derivações adicionais (V7 a V9) e administrar AAS, inibidor de P2Y12, anticoagulação, nitrato, estatina e betabloqueador. Realizar cateterismo em até 120 minutos se houver centro de hemodinâmica no hospital.

C) Administrar AAS, inibidor de P2Y12, anticoagulação e realizar cateterismo em até 90 minutos se houver centro de hemodinâmica no hospital.

D) Administrar AAS, inibidor de P2Y12, anticoagulação e iniciar trombólise em até 30 minutos se não houver centro de hemodinâmica no hospital.

60.

Homem de 56 anos, com diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 há três anos, comparece para reavaliação de controle glicêmico. Faz uso regular de metformina 850 mg a cada oito horas, relatando boa adesão à dieta e prática regular de atividade física. Ao exame, apresenta índice de massa corporal de 37 kg/m² e pressão arterial de 126 × 78 mmHg, sem outras alterações relevantes. Os exames laboratoriais mostram:

- hemoglobina glicada de 8,2%,
- creatinina sérica de 0,9 mg/dL e
- relação albumina-creatinina de 20 mg/g.

Considerando o quadro clínico, qual é a melhor opção para otimizar o controle do Dm2?

A) Associar glibenclamida, fármaco com alta eficácia no controle glicêmico.

B) Associar dapagliflozina, visando perda de peso e benefício nefroprotetor.

C) Associar pioglitazona, devido à resistência insulínica associada à obesidade.

D) Associar liraglutida, objetivando perda ponderal e redução de risco cardiovascular.

Prova para Especialização em Oftalmologia -2025

61.

Na UBS Central, João, 45 anos, procura atendimento por dor torácica em pontada há 2 dias, de leve intensidade, localizada, não relacionada ao esforço físico e piora à palpação da parede torácica. Sem dispneia, febre ou outros sintomas. ECG normal. Fatores de risco: tabagismo. Qual deve ser a conduta inicial mais adequada na APS?

- A) Solicitar imediatamente teste ergométrico e encaminhar ao pronto-socorro.
- B) Prescrever analgésico simples e orientar sinais de alerta, pois o quadro é compatível com dor musculoesquelética.
- C) Internar o paciente para monitorização cardíaca e coleta seriada de troponinas.
- D) Prescrever nitrato sublingual e beta-bloqueador profilático para prevenir síndrome coronariana aguda.

62.

Um gestor municipal de saúde está analisando os indicadores epidemiológicos e observa que, no último ano, ocorreram 18 óbitos em menores de 1 ano de idade em um total de 1.200 nascidos vivos no município. Com base nessas informações, qual indicador de saúde está sendo avaliado e qual é o seu valor aproximado?

- A) Taxa de mortalidade neonatal = 15 por 1.000 nascidos vivos
- B) Taxa de mortalidade infantil = 15 por 1.000 nascidos vivos
- C) Taxa de mortalidade na infância = 15 por 1.000 nascidos vivos
- D) Coeficiente de mortalidade pós-neonatal = 150 por 100.000 nascidos vivos

63.

Durante um plantão em uma unidade hospitalar, um paciente de 68 anos, tabagista crônico e portador de doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) em estágio avançado, evolui com insuficiência respiratória aguda e vai a óbito após 24 horas de internação. Considerando que a Declaração de Óbito (DO) é um documento essencial tanto do ponto de vista legal quanto para a vigilância em saúde e produção de estatísticas de mortalidade, e que seu preenchimento deve refletir corretamente a sequência causal dos eventos que levaram ao óbito, assinale a alternativa mais adequada quanto ao preenchimento das linhas da Parte I da DO:

- A) Linha A: Hipóxia.
Linha B: Parada cardiorrespiratória.
Linha C: Tabagismo crônico.
- B) Linha A: Insuficiência respiratória aguda.
Linha B: Exacerbação de DPOC.
Linha C: DPOC.
- C) Linha A: Parada cardiorrespiratória.
Linha B: Insuficiência respiratória aguda.
Linha C: Tabagismo.
- D) Linha A: Insuficiência respiratória aguda.
Linha B: Exacerbação aguda de DPOC.
Linha C: Doença pulmonar obstrutiva crônica (causa básica).

Prova para Especialização em Oftalmologia -2025

64.

Na UBS Vila Nova, João, 52 anos, hipertenso controlado com hidroclorotiazida, apresenta sobrepeso (IMC = 29 kg/m²) e refere vida sedentária. Nega sintomas cardiovasculares, como dor torácica, dispneia ou palpitações. Durante a consulta, solicita ao médico um "exame do coração" para prevenir problemas futuros. Considerando os princípios e atribuições da Atenção Primária à Saúde (APS) e as recomendações de prevenção cardiovascular primária, qual deve ser a conduta mais adequada neste caso?

A) Solicitar teste ergométrico de rotina para rastrear doença arterial coronariana assintomática.

B) Reforçar mudança no estilo de vida, com incentivo à prática regular de atividade física, adoção de dieta balanceada e encaminhamento para acompanhamento multiprofissional, incluindo orientação nutricional.

C) Iniciar estatina de alta intensidade imediatamente, independentemente do risco cardiovascular global calculado.

D) Encaminhar para avaliação imediata com cardiologista, visando investigação precoce de doença coronariana silenciosa.

65.

Durante uma consulta de seguimento na Atenção Primária, um homem de 45 anos, portador de diabetes mellitus tipo 2 há 8 anos, comparece para revisão de tratamento. Relata que, apesar das orientações anteriores, tem dificuldade em seguir a dieta recomendada e não realiza atividade física regularmente, justificando isso por jornada de trabalho em turnos e rotina intensa. Nega sintomas clássicos de hiperglicemia como poliúria, polidipsia, perda ponderal e visão turva. Exames recentes mostram HbA1c = 9,2%, LDL = 138 mg/dL, creatinina = 0,9 mg/dL e microalbuminúria negativa. Seu IMC é de 31 kg/m² e a pressão arterial de 134/84 mmHg. Faz uso de metformina 850 mg duas vezes ao dia com boa adesão farmacológica. Refere preocupação com complicações crônicas e demonstra disposição para tentar mudar hábitos. Com base no método SOAP e nas recomendações atuais de manejo do diabetes na Atenção Primária, qual alternativa representa o registro mais adequado e completo dessa consulta?

A) S: Relata dificuldade em aderir à dieta e à atividade física devido ao trabalho em turnos, mas demonstra preocupação com complicações e disposição para mudanças. O: HbA1c = 9,2%; LDL = 138 mg/dL; creatinina = 0,9 mg/dL; microalbuminúria negativa; IMC = 31 kg/m²; PA = 134/84 mmHg. A: Diabetes mellitus tipo 2 descompensado por adesão subótima ao tratamento não farmacológico, com fatores sociais e comportamentais envolvidos. Risco cardiovascular global elevado. Necessidade de abordagem multiprofissional e intensificação terapêutica. P: Discutir barreiras e elaborar plano individualizado de mudança de hábitos, incluindo educação em saúde e metas graduais. Encaminhar para nutrição e atividade física supervisionada. Avaliar inclusão de segundo agente oral ou análogo de GLP-1. Discutir prevenção cardiovascular com metas de LDL e rastreamento de complicações. Reavaliar em 3 meses com novos exames laboratoriais.

B) S: Relata dificuldades com adesão à dieta e sedentarismo relacionados ao trabalho. Nega sintomas e relata uso regular da medicação. O: HbA1c = 9,2%; IMC = 31 kg/m²; PA = 134/84 mmHg. A: Diabetes mellitus tipo 2 em controle clínico, com impacto predominantemente comportamental. P: Reforçar aconselhamento motivacional e metas de mudança de estilo de vida. Postergar avaliação medicamentosa para daqui a 6 meses. Retornar apenas com novos exames ao final desse período.

C) S: Relata adesão parcial às medidas não farmacológicas, sem sintomas de hiperglicemia. O: HbA1c = 9,2%; LDL = 138 mg/dL; PA = 134/84 mmHg; IMC = 31 kg/m². A: Diabetes mellitus tipo 2 com controle glicêmico subótimo, risco cardiovascular aumentado e necessidade de intensificação terapêutica. P: Iniciar estatina e inibidor da ECA imediatamente, mesmo sem microalbuminúria ou hipertensão. Reforçar abordagem comportamental e reavaliar adesão em 6 meses. Considerar nova droga oral se não houver melhora.

D) S: Relata dificuldade em manter dieta e sedentarismo; expressa preocupação com complicações. O: HbA1c = 9,2%; creatinina = 0,9 mg/dL; microalbuminúria negativa. A: Diabetes mellitus tipo 2 não controlado, provavelmente por adesão inadequada ao estilo de vida. P: Aumentar apenas a dose de metformina. Orientar retorno anual com exames laboratoriais. Solicitar exames de rastreio de complicações microvasculares apenas no próximo ano.

Prova para Especialização em Oftalmologia -2025

66.

Um grupo de pesquisadores deseja investigar a associação entre obesidade e o desenvolvimento de diabetes mellitus tipo 2. Para isso, selecionaram 500 indivíduos saudáveis no início do estudo, os classificaram em obesos e não obesos, e os acompanharam por 8 anos, registrando os novos casos da doença que surgiram nesse período. Paralelamente, realizaram uma segunda análise em outro grupo, comparando pacientes já diagnosticados com diabetes mellitus tipo 2 com indivíduos sem a doença, investigando retrospectivamente a presença ou ausência de obesidade em seu histórico. Com base nessas informações, assinale a alternativa correta:

- A) O primeiro estudo é do tipo caso-controle e o segundo é do tipo coorte.
- B) O primeiro estudo é do tipo coorte e o segundo é do tipo caso-controle.
- C) Ambos os estudos são transversais, pois envolvem exposição e desfecho.
- D) Ambos os estudos são ensaios clínicos, já que envolvem seguimento de participantes.

67.

Um novo teste rápido para diagnóstico de tuberculose foi avaliado em comparação com o padrão-ouro em um grupo de 200 pacientes. Os resultados foram os seguintes:

- Doentes com tuberculose / Teste positivo: 90
- Doentes com tuberculose / Teste negativo: 10
- Não doentes / Teste positivo: 5
- Não doentes / Teste negativo: 95

Com base nesses dados, assinale a alternativa que interpreta corretamente os parâmetros do teste:

- A) A sensibilidade é de 95% e significa que 95% dos pacientes sem tuberculose foram identificados corretamente como negativos.
- B) A especificidade é de 95% e significa que 95% dos indivíduos sem tuberculose foram identificados corretamente como negativos.

C) O valor preditivo positivo é de 95% e significa que 95% dos testes positivos correspondem a pacientes com tuberculose.

D) A sensibilidade é de 90% e significa que 90% dos pacientes com tuberculose foram corretamente identificados pelo teste.

68.

Um idoso de 78 anos, portador de hipertensão arterial e diabetes mellitus, apresenta início de fragilidade e vive sozinho em uma área coberta por uma Equipe de Saúde da Família (ESF). Relata dificuldade para comparecer às consultas e pouca rede de apoio social. A equipe decide construir um Plano Terapêutico Singular (PTS) para organizar o cuidado. Considerando os princípios e componentes que estruturam um PTS na Atenção Primária à Saúde, qual das opções não corresponde a um de seus eixos fundamentais?

- A) Realizar um diagnóstico situacional abrangendo dimensões clínicas, funcionais, emocionais e sociais.
- B) Definir metas terapêuticas e de cuidado de forma compartilhada com o paciente e sua rede de apoio.
- C) Realizar encaminhamentos automáticos a todas as especialidades médicas como estratégia de cuidado integral.
- D) Promover discussão multiprofissional e construção coletiva do plano, revisando-o periodicamente conforme evolução.

Prova para Especialização em Oftalmologia -2025

69.

Durante a consulta na UBS, uma paciente de 50 anos com dor lombar crônica relata que já realizou diversos exames complementares, porém permanece sem melhora significativa do quadro. Diante disso, o médico decide adotar o Modelo Clínico Centrado na Pessoa (MCCP), alinhando sua abordagem às melhores práticas em Atenção Primária à Saúde. Sobre as características do MCCP, assinale a alternativa correta:

A) O MCCP propõe decisões centradas na doença, priorizando achados clínicos e laboratoriais, com foco na adesão a protocolos padronizados independentemente da experiência do paciente.

B) O MCCP busca integrar a experiência subjetiva do paciente, seu contexto de vida, valores e preferências às melhores evidências científicas e ao julgamento clínico profissional, promovendo a decisão compartilhada.

C) O MCCP valoriza principalmente a autonomia do médico na definição das condutas, cabendo ao paciente apenas compreender e seguir o plano terapêutico estabelecido.

D) O MCCP corresponde à prática de "medicina centrada na doença", mas com maior ênfase em custo-efetividade e eficiência, dispensando a necessidade de escuta ativa ou participação do paciente.

70.

Um paciente oncológico em fase avançada, acompanhado regularmente pela Equipe de Saúde da Família (ESF), falece em sua residência na presença dos familiares. O óbito era esperado no contexto de cuidados paliativos, e o prontuário contém registro clínico atualizado sobre o estágio da doença. A família entra em contato com a equipe solicitando orientações. Considerando a legislação brasileira e as recomendações de boas práticas em cuidados paliativos, qual deve ser a conduta da equipe de saúde?

A) Emitir a Declaração de Óbito (DO), registrando como causa básica a neoplasia de base que levou ao óbito.

B) Acionar o Instituto Médico Legal (IML), pois todo óbito ocorrido no domicílio deve ser investigado.

C) Preencher a DO com causa mal definida, já que o óbito ocorreu fora do ambiente hospitalar.

D) Encaminhar o corpo ao hospital de referência para que a DO seja emitida por um médico plantonista.

71.

Paciente S.B.D, 60 anos, feminino, procura o posto de saúde para consulta de rotina, referindo ter feito a última mamografia há 1 ano, com resultado BIRADS-1. De acordo com a US Preventive Services Task Force, qual a recomendação mais adequada?

A) Solicitar uma nova mamografia para ser realizada ainda este ano.

B) Realizar uma nova mamografia em 1 ano.

C) Solicitar ultrassonografia.

D) Solicitar biópsia da mama.

72.

Qual dos seguintes níveis de prevenção visa evitar o dano ao paciente causado por intervenções desnecessárias?

A) Primária

B) Secundária

C) Terciária

D) Quaternária

Prova para Especialização em Oftalmologia -2025

73.

Paciente J.F.K. procura a UPA após ter perfurado a sola do pé em um caco de vidro durante um bloco de carnaval. É americano e estava em visita ao Brasil quando se acidentou. O princípio do SUS que permite ao paciente ser atendido no Sistema Único de Saúde é:

- A) Universalidade
- B) Integralidade
- C) Regionalização
- D) Descentralização

74.

Selecione a alternativa que traz a relação correta entre os seguintes agravos e a classificação de schilling correspondente:

1. Silicose	a) Schilling I
2. Dermatite de contato	b) Schilling II
3. LER/DORT	c) Schilling III

- A) 1-c
- B) 2-b
- C) 3-a
- D) 1-a

75.

A Lei 141, de 2012 dispõe sobre o financiamento do SUS pelos entes federativos. Sobre este tema, assinale a alternativa correta:

- A) A União deverá aplicar, anualmente, 15% do recolhimento dos seus impostos em ações e serviços públicos de saúde.
- B) Os Estados deverão aplicar, anualmente, 15% do recolhimento dos seus impostos em ações e serviços públicos de saúde.
- C) Os municípios deverão aplicar, anualmente, 15% do recolhimento dos seus impostos em ações e serviços públicos de saúde.
- D) O Distrito Federal aplicará, anualmente, em ações e serviços públicos de saúde, o montante orrespondente ao valor empenhado no exercício financeiro anterior, acrescido de, no mínimo, o percentual correspondente à variação nominal do Produto Interno Bruto (PIB) ocorrida no ano anterior ao da lei orçamentária anual.

76.

Paciente de 16 anos, feminino, procura médica de família para passar em consulta de rotina e refere querer começar uso de anticoncepcional. Ela solicita ao médico que não comente com os pais, que a aguardam do lado de fora da sala. Sobre o sigilo médico neste caso, assinale a alternativa correta:

- A) A médica não deve quebrar o sigilo, pois a adolescente tem capacidade de discernimento e a situação não representa potencial dano para a paciente.
- B) A médica deve quebrar o sigilo e convidar os pais para a consulta.
- C) A médica não deve quebrar o sigilo, pois a paciente não parece ter capacidade de discernimento.
- D) A médica não pode atender paciente menor de idade sem acompanhante.

Prova para Especialização em Oftalmologia -2025

77.

Sobre a PNAB (Política Nacional de Atenção Básica) de 2017, assinale a alternativa incorreta:

- A) A estratégia prioritária é a Saúde da Família.
- B) Define a resolutividade como uma diretriz do SUS e da RAS a ser operacionalizada na Atenção Básica.
- C) Define população adscrita como a que está no território da UBS, e para a qual a unidade de saúde é a referência, de forma a manter a longitudinalidade do cuidado e o vínculo.
- D) Reforça que é papel da atenção secundária ser coordenadora do cuidado.

78.

F.C.M, sexo feminino, é paciente da UBS Estrela desde quando era bebê. A Dra Mariana fez o pré-natal da mãe dela durante a gestação, depois fez todo o acompanhamento e consultas de puericultura, e seguiu a paciente até a vida adulta. No momento atual, F.C.M. faz acompanhamento de pré natal no posto, pois está na sua primeira gestação. Qual atributo da atenção PRIMÁRIA está evidenciado no caso?

- A) Coordenação do cuidado
- B) Longitudinalidade
- C) Competência Cultural
- D) Acesso de primeiro contato.

79.

Paciente M.J.C., masculino, trabalha como mestre de obras em um condomínio de alto padrão que está sendo construído na região central de uma grande cidade. Ele tem estado preocupado com sua saúde mas não consegue marcar consulta no posto perto de sua casa, pois sai de casa às 5h00 da manhã e chega às 20h do trabalho. Qual o componente da vulnerabilidade que está mais evidente neste caso?

- A) Programática
- B) Individual
- C) Social
- D) Organizacional

80

Segundo o Plano de Ações Estratégicas Para o Enfrentamento das Doenças Crônicas e Agravos Não Transmissíveis (2021-2030), a mortalidade por causas externas:

- A) É a primeira causa de óbito na população entre 50 e 69 anos
- B) É a primeira causa de óbito na faixa etária dos 30 aos 49 anos
- C) É a segunda causa de óbito na faixa etária dos 10 a 19 anos.
- D) É a primeira causa de óbito em todas as idades.

Prova para Especialização em Oftalmologia -2025

81. Uma criança de 5 anos foi atendida em Pronto Atendimento com história de tosse e coriza iniciadas dois dias antes. Apresentava desconforto respiratório, com esforço leve marcado por retração subdiafragmática e intercostal, além de taquipneia e hipoxemia. À ausculta, havia crepitações finas localizadas em base pulmonar esquerda e a radiografia de tórax mostrava opacidade localizada, bem definida, em lobo pulmonar inferior, à esquerda. Foi iniciada oxigenioterapia suplementar por cateter nasal e antibioticoterapia endovenosa com Ampicilina 200mg/kg/dia, de 6/6h. Após 48 horas, o paciente ainda mantinha febre constante, com temperatura máxima de 39,2°C e a ausculta estava abolida em região inferior de hemitórax esquerdo. O esforço respiratório havia aumentado, agora com tiragem intercostal, retração subdiafragmática e balanço toracoabdominal mais importantes e a frequência respiratória era de 80 incursões por minuto. Realizada Ultrassonografia de tórax, com a imagem abaixo:



Figura 1: Ultrassonografia de pulmão

Fonte: The POCUS Atlas. Disponível em <https://www.thepocusatlas.com/lung/parapneumonic-effusion2>. Acesso em 02/10/2025

Considerando o quadro clínico e a imagem da ultrassonografia, qual a complicação mais provável e a conduta correta:

- A) Derrame pleural parapneumônico; toracocentese e manutenção da antibioticoterapia
- B) Abscesso pulmonar; manter antibioticoterapia por mais 24h e reavaliar
- C) Derrame pleural parapneumônico; drenagem torácica e manutenção de antibioticoterapia
- D) Pneumonia necrosante; modificar antibioticoterapia para Ceftriaxona + Oxacilina+

82. Criança de 8 anos é atendida em Pronto Atendimento com história de dor e edema em tornozelos, joelhos e cotovelos iniciada há 2 meses e febre há duas semanas. Desde então, já foi atendida várias vezes, com prescrição de medicações analgésicas, porém a dor se mantém. A mãe relata que há 2 dias notou piora do "inchaço" e "vermelhidão" nos joelhos e tornozelos. No atendimento atual, o joelho direito e o tornozelo esquerdo do paciente estão edemaciados, hipermiados e quentes. Considerando a principal hipótese diagnóstica, qual a conduta mais correta?

- A) Realizar punção articular em joelho e tornozelo e prescrever Ceftriaxona + Oxacilina
- B) Prescrever anti-inflamatório não esteroidal por 5 dias e observar a evolução
- C) Solicitar PPD e sorologias para hepatites, exames para avaliação de Síndrome de Ativação Macrofágica e internar para avaliação da Reumatologia
- D) Solicitar radiografias de ossos longos e tórax, em busca de sinais de múltiplas fraturas com estágios distintos de consolidação

83. Paciente de 3 anos, previamente hígida, é atendida no Departamento de Emergência com história de sonolência, vômitos, diarreia e incapacidade de ingerir líquidos há cerca de 12 horas. A mãe nega febre, mas descreve que o irmão da criança, de 1 ano, estava com quadro de vômitos e diarreia há 2 dias. Ao exame físico, a criança apresenta-se sonolenta, mas responsiva ao chamado, taquipneica (FR 42 irpm), taquicárdica (150 bpm), com mucosa oral seca e pulsos rápidos, mas cheios. Abdome globoso, livre, com ruídos hidroaéreos aumentados. Qual o exame deve ser realizado primeiro e o seu objetivo nesse momento?

- A) Gasometria arterial; identificar acidose metabólica
- B) Glicemia capilar; identificar hipoglicemia
- C) Gasometria venosa; confirmar sepse
- D) Glicemia capilar; identificar Cetoacidose Diabética

Prova para Especialização em Oftalmologia -2025

84.

Paciente de 5 meses vem para consulta de puericultura. Nascido a termo (38 semanas e 3 dias), com peso adequado e sem história de adoecimento até então. A mãe mostra-se preocupada devido à história de Hipertensão Arterial na família. A avó materna iniciou uso de anti-hipertensivos aos 50 anos e o pai da paciente, obeso e tabagista, também usa medicação continuamente para controle de pressão arterial. Ela pergunta ao pediatra se nessa consulta será aferida a pressão arterial da criança.

A orientação correta, nesse caso, é:

- A) Na ausência de doenças como cardiopatias ou nefropatias não é necessário aferir a pressão arterial em menores de 3 anos de idade
- B) A pressão arterial não deve ser aferida em menores de 6 meses, pois não existem valores de referência para essa idade
- C) Crianças não precisam ter a pressão arterial aferida, a não ser que apresentem sintomas
- D) A pressão arterial deverá ser aferida em todas as consultas de puericultura após o primeiro ano de vida

85.

Paciente de 8 anos recebeu diagnóstico de asma aos 6 anos de idade. Atualmente, está em uso de Beclometasona inalatória, diariamente, em dose baixa. Nas últimas 4 semanas, apresenta despertar noturno devido à tosse, sintomas diurnos pelo menos 3 vezes por semana, nega limitação de atividades como correr ou brincar, mas fez uso de medicação de resgate (Salbutamol) 3 vezes por semana. Você checa adesão ao tratamento, técnica inalatória e controle ambiental e tudo está correto. No momento da consulta, encontra-se assintomático, eupneico, sem sibilos e sem esforço respiratório. A saturação periférica de O₂ é de 96% em ar ambiente.

A respeito do controle da doença e a conduta mais adequada:

- A) Asma bem controlada; manter dose baixa de corticoide inalatório
- B) Asma moderadamente controlada; associar Montelukaste
- C) Asma mal controlada; aumentar corticoide inalatório para dose média
- D) Asma moderadamente controlada; manter dose baixa de corticoide inalatório e associar B2 agonista de longa duração

Prova para Especialização em Oftalmologia -2025

86.

Você atende um menino de 8 anos com Anemia Falciforme (hemoglobina SS) no Pronto Atendimento, com história de ereção peniana iniciada espontaneamente há cerca de 2 horas, com dor intensa, classificada como 10/10 na escala analógica pela criança. A mãe nega febre ou outros sintomas sistêmicos. Ao exame físico, o paciente está hidratado, icterico (1+/4+), em bom estado geral, taquicárdico, taquipneico, sem esforço e saturação de oxigênio de 95% em ar ambiente. À palpação abdominal, você nota baço a 1cm do rebordo costal esquerdo, próximo à linha média, e fígado sob o rebordo costal direito. O pênis do paciente está entumescido e a criança queixa-se de dor intensa. Considerando o diagnóstico, quais as condutas mais indicadas?

- A) Aspiração imediata de corpos cavernosos, sob sedação
- B) Analgesia com Dipirona e hidratação, ambos por via oral
- C) Hemotransfusão para manter hemoglobina S abaixo de 50%
- D) Analgesia com opioides e hidratação por via endovenosa, considerar exsanguineotransfusão para manter hemoglobina S abaixo de 30%

87.

Você atende, no ambulatório, um bebê de 20 dias de vida para primeira consulta de puericultura. A mãe, de 18 anos, relata que recebeu diagnóstico de sífilis primária durante a gestação, no segundo trimestre. Refere ter realizado tratamento com Penicilina Benzatina 2.400.000UI, por via IM, documentado no cartão da gestante.

O parceiro não recebeu tratamento, de acordo com ela. O primeiro VDRL era de 1:32 e, na data do parto, 1:128, enquanto o VDRL do recém nascido era de 1:64. Foi realizada propedêutica completa do recém nascido, com alterações liquóricas (VDRL positivo e proteinorraquia elevada). Diante disso, recebeu tratamento com Penicilina Cristalina endovenosa (EV) por 10 dias.

A mãe questiona como será o acompanhamento do recém nascido a partir de agora e você orienta que:

- A) Após finalizado o tratamento, é importante realizar acompanhamento médico, mas não é preciso realizar novos exames complementares
- B) O bebê precisará colher novos exames de sangue apenas com 6 meses e com 1 ano de idade
- C) Será necessário realizar nova avaliação do líquido a cada 6 meses até que não haja alterações
- D) É fundamental realizar um teste treponêmico aos 12 meses de idade

Prova para Especialização em Oftalmologia -2025

88.

Menina de 6 anos e 6 meses é levada ao consultório médico para avaliação. Mãe relata que observou há 6 meses um aumento das mamas da criança. Após realização de exame físico, médico constatou que criança se encontra no estágio M2P1 de Tanner. Ao jogar sua estatura no gráfico de velocidade de crescimento, observou-se que a criança ganhou 5 cm no último ano. Diante dessas informações, o diagnóstico mais provável para essa menina é:

- A) Pubarca precoce isolada;
- B) Telarca precoce isolada;
- C) Puberdade precoce central;
- D) Puberdade precoce periférica.

89.

Lactente, 40 dias de vida, em aleitamento materno exclusivo, apresentando há 15 dias fezes amolecidas com raias de sangue. Mãe também relata que criança apresenta regurgitações volumosas (8 episódios por dia). Não relata febre ou redução do apetite. Ao exame físico, criança encontra-se com bom estado geral, hidratada, com ganho de peso satisfatório. Considerando a principal hipótese diagnóstica para o caso, qual a conduta adequada?

- A) Iniciar o uso de omeprazol.
- B) Realizar ciclo de 5 dias com azitromicina.
- C) Excluir a proteína do leite de vaca da dieta da mãe.
- D) Substituir o leite materno por fórmula com proteínas extensamente hidrolisadas.

90.

Criança de 9 meses recebeu uma dose da vacina Tríplice viral em uma campanha nacional para o controle do recrudescimento do sarampo no Brasil. Qual a conduta adequada para as doses vacinais seguintes no sentido de manter essa criança protegida contra o sarampo?

- A) Realizar a aplicação somente da Tríplice viral aos 12 meses.
- B) Realizar a aplicação somente da Tetraviral aos 15 meses.
- C) Realizar a aplicação da Tríplice viral aos 12 meses e da Tetraviral aos 18 meses
- D) Realizar a aplicação da Tríplice viral aos 12 meses e da Tetraviral aos 15 meses.

91.

Lactante procura pronto atendimento, um mês após o parto, queixando de dor em mama esquerda. Nega febre ou prostração. Ao exame físico observa-se mama edemaciada com área de rubor e calor em quadrante superior externo esquerdo. Não se observa pontos de flutuação. Com relação a amamentação, qual orientação deve ser dada para essa mãe?

- A) Suspender a amamentação e iniciar fórmula infantil.
- B) Manter amamentação em ambas as mamas.
- C) Manter a amamentação apenas em mama direita.
- D) Ordenhar ambas as mamas e oferecer através de um copinho ou colher para a criança.

Prova para Especialização em Oftalmologia -2025

92.

Lactente de um mês de vida é levado para primeira consulta pediátrica. Mãe relata que criança, que está em aleitamento materno exclusivo, foi prematura de 32 semanas e que seu peso ao nascimento foi de 1,340 kg. Qual a recomendação de suplementação de ferro para este paciente?

A) Introduzir 1 mg/kg/dia de ferro elementar a partir do 6° mês de vida até o 24° mês de vida.

B) Introduzir 2 mg/kg/dia de ferro elementar a partir do 3° mês de vida até o 12° mês de vida. Após este período, reduzir a dose para 1mg/kg/dia até o 24° mês de vida.

C) Introduzir 3 mg/kg/dia de ferro elementar a partir do 1° mês de vida até o 12° mês de vida. Após este período, reduzir a dose para 1mg/kg/dia até o 24° mês de vida.

D) Introduzir 2 mg/kg/dia de ferro elementar a partir do 1° mês de vida até o 12° mês de vida. Após este período, reduzir a dose para 1mg/kg/dia até o 24° mês de vida.

93.

Lactente, a termo, com peso de nascimento de 3,5 kg, recebe alta da maternidade em aleitamento materno exclusivo. Após 20 dias, mãe retorna com criança para a maternidade porque criança está mais amarela. Além disso, há alguns dias mãe observou que criança está apresentando fezes esbranquiçadas. Ao exame, criança encontra-se icterícia, com bom estado geral e fígado a 3cm de rebordo costal direito. Peso atual: 3,9 kg. Qual a principal hipótese diagnóstica para esse caso?

A) Atresia de vias biliares.

B) Icterícia do Leite materno.

C) Deficiência de G6PD.

D) Incompatibilidade ABO.

94.

Menino de 3 anos e 6 meses é levado ao consultório para realização de consulta de rotina. Ao verificar os dados antropométricos da criança observa-se que, no gráfico de crescimento de peso para idade, ela se encontra entre o escore Z +2 e +3 e, no gráfico de IMC, ela se encontra entre o escore Z +1 e +2.

Em relação a sua avaliação nutricional a criança apresenta:

A) Eutrofia

B) Risco de sobrepeso

C) Sobrepeso

D) Obesidade

ENUNCIADO PARA AS QUESTÕES 95 E 96

95.

Gestante com 29 semanas e 2 dias, 6 consultas de pré natal, G3P2N2 com antecedente de insuficiência istmo cervical dá entrada em trabalho de parto. O recém-nascido do sexo feminino nasce hipotônico e com choro fraco. Conforme Protocolo de Reanimação Neonatal da Sociedade Brasileira de Pediatria, qual a conduta a seguir?

A) Realizar o clampeamento imediato do cordão, levar a uma fonte de calor radiante e realizar os passos iniciais: aquecer, secar, colocar saco plástico e touca dupla, posicionar pescoço em leve extensão e aspirar as vias aéreas se necessário.

B) Realizar estímulo no dorso do RN por 30 segundos, se não houver melhora, clampear o cordão antes de 60 segundos e levar ao berço aquecido para realizar os passos iniciais.

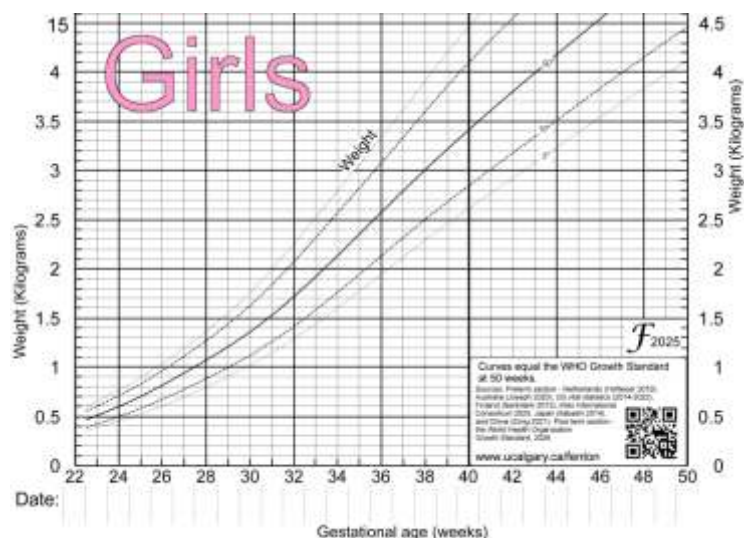
C) Realizar o clampeamento imediato do cordão, levar a uma fonte de calor radiante, colocar saco plástico e touca dupla sem secar, posicionar pescoço em leve extensão e aspirar se sinais de obstrução de vias aéreas.

D) Levar à fonte de calor radiante e, se após os passos iniciais a frequência cardíaca estiver menor que 100 bpm ou o RN estiver em apneia ou respiração irregular, iniciar ventilação por pressão positiva com FiO2 21%.

Prova para Especialização em Oftalmologia - 2025

96.

Após a estabilização do RN, foi aferido seu peso: 1250g. Em relação à classificação desse recém nascido conforme a idade gestacional e seu peso, assinale a alternativa correta:



Fonte: Fenton Preterm Growth Chart - Girls 2025. Disponível em <https://ucalgary.ca/resource/preterm-growth-chart/preterm-growth-chart>. Acessado em 06/10/2025

- A) RN muito prematuro, extremo baixo peso, pequeno para idade gestacional
- B) RN pré termo extremo, muito baixo peso, adequado para idade gestacional
- C) RN pré termo extremo, extremo baixo peso, pequeno para idade gestacional proporcionado
- D) RN muito prematuro, muito baixo peso, adequado para idade gestacional

97.

Recém nascido de 38 semanas e 3 dias, sexo masculino, nascido de parto cesárea por distócia funcional, bolsa rota de 16 horas, pré natal de 10 consultas, VDRL e HIV maternos negativos. Ao nascimento foram realizadas manobras de reanimação, tendo recebido 2 ciclos de ventilação por pressão positiva, com melhora após. Peso: 2535g (percentil 9 para idade gestacional e sexo). Foi encaminhado para a semi UTI neonatal para adequada vigilância respiratória porque evoluiu com taquipneia (FR 68 ipm), sem sinais de desconforto respiratório, no momento sem suporte ventilatório, em ar ambiente, com SpO2 96%. Qual das condutas a seguir é adequada na admissão do paciente no setor?

- A) Coleta de hemograma e PCR para rastreamento infeccioso por rotura de membranas por tempo prolongado.
- B) Realização de glicemia capilar de horário nas primeiras horas de vida para rastreamento de hipoglicemia uma vez que o RN tem fator de risco.
- C) Suspender a dieta oral pelo risco de broncoaspiração e prescrever soro glicosado endovenoso.
- D) Solicitar ecocardiograma de urgência para avaliação cardíaca pela necessidade de reanimação neonatal ao nascimento e evolução para taquipneia.

98.

Recém nascido do sexo feminino de 36 semanas e 3 dias nasce de parto cesárea em hospital terciário por mal formação identificada durante pré natal:



Sobre essa malformação, assinale a alternativa correta:

- A) Trata-se de uma gastrosquise, uma malformação da parede abdominal lateral à inserção do cordão umbilical, geralmente à direita.
- B) Trata-se de uma onfalocele, uma malformação da parede abdominal ao nível do cordão umbilical.
- C) Trata-se de uma gastrosquise, uma malformação da parede abdominal ao nível do cordão umbilical.
- D) Trata-se de uma onfalocele, uma malformação da parede abdominal lateral à inserção do cordão umbilical, geralmente à direita.

99.

Lactente de 6 meses com quadro de febre há 36 horas, pico máximo de 38.6°C, sem outros sinais e sintomas. Teve uma internação prévia em UTI por bronquiolite aos 3 meses, com necessidade de suporte ventilatório com cateter de alto fluxo. Carteira de vacinação é completa e atualmente frequenta creche.

Ao exame físico, FC 130 bpm, FR 30 ipm, SpO2 97% ar ambiente, PA 76x54 mmHg, em bom estado geral, ativo, intera-gindo com o examinador. Ausculta pulmonar e cardíaca dentro da normalidade, sem demais achados de exame físico que justifiquem quadro febril. Solicitado painel viral e exame de urina tipo 1 coletado por saco coletor com o seguinte resultado:

EXAME FÍSICO

Volume	50 ml
Aspecto	Límpido
Cor	Amarelo citrino
pH	6.5
Densidade	1.020

EXAME QUÍMICO

Proteínas	1+/4+
Glicose	ausente
Leucócitos	negativo
Corpos cetônicos	negativo
Hemoglobinas	negativo
Bilirrubinas	negativo
Urobilinogênio	normal
Nitrito	negativo

EXAME DO SEDIMENTO

Leucócitos	2000 / ml
Hemácias	1000 / ml
Bactérias	ausente
Células epiteliais	ausente

A respeito desse caso, assinale a alternativa correta:

- A) Há indicação de coleta da urina por método mais confiável como a sondagem vesical de alívio para adequada análise do exame de urina tipo I.
- B) As alterações são suficientes para suspeita de infecção do trato urinário independente do método e esse diagnóstico justifica a febre. Deve ser indicada antibioticoterapia oral, coletada amostra de urocultura por cateterismo e retorno em 48 horas para reavaliação e checar antibiograma.
- C) Este resultado afasta a hipótese de infecção urinária neste momento e como o paciente está em bom estado geral, ele pode receber alta somente com sintomáticos e orientações de sinais de alarme, devendo ser reavaliado diariamente.
- D) O lactente tem um quadro infeccioso, está taquicárdico e hipotenso, o que sugere o diagnóstico de choque séptico. Está indicada internação e início de antibioticoterapia empírica endovenosa precoce.

Prova para Especialização em Oftalmologia -2025

100.

Adolescente de 14 anos apresenta quadro de tosse há 3 semanas e febre geralmente à noite, associada à bastante sudorese. A paciente mora em uma ocupação com sua mãe, seu irmão de 2 anos e sua irmã recém nascida de 4 dias de vida, além de outras 3 famílias. A mãe conta que demorou para procurar ajuda para a adolescente porque estava nas últimas semanas de gestação. Ela conta que tem várias pessoas tossindo na casa há alguns meses, e achou normal, por isso não se preocupou, porém nenhum diagnóstico foi feito até o momento. Considerando a tuberculose como principal hipótese diagnóstica, assinale a alternativa incorreta:

A) Se confirmado caso bacilífero, a recém nascida deve receber rifampicina por 4 meses, independente de ter recebido a BCG ou não ao nascimento.

B) Se confirmado caso de tuberculose, deve-se realizar rastreio de infecção ativa ou latente em todos os moradores da casa com a prova tuberculínica, inclusive nos irmãos.

C) Se confirmada infecção por tuberculose, caso seja exclusivamente pulmonar, não grave e sensível aos medicamentos, pode ser considerado tratamento encurtado de 4 meses para essa paciente.

D) Em caso de diagnóstico de infecção latente no irmão de 2 anos, o tratamento será com rifampicina + isoniazida por 3 meses já que ele não engole comprimido ainda.