

EXAME NACIONAL DE RESIDÊNCIA

EDIÇÃO 2024/2025

Enare
EXAME NACIONAL DE RESIDÊNCIA

TARDE

ÁREA DE ATUAÇÃO - MEDICINA DO SONO (ATMedSont01)

PROVA OBJETIVA

TIPO 1



SUA PROVA

Além deste caderno de questões contendo oitenta questões objetivas, você receberá do fiscal de sala:

- uma folha de respostas para a marcação das alternativas



TEMPO

- **5 horas** é o período disponível para a realização da prova, **já incluído o tempo para a marcação da folha de respostas**
- **1 hora** após o início da prova, é possível retirar-se da sala, sem levar o caderno de questões nem qualquer tipo de anotação de suas respostas
- **30 minutos** antes do término do período de prova, é possível retirar-se da sala **levando o caderno de questões**



NÃO SERÁ PERMITIDO

- Qualquer tipo de comunicação entre os candidatos durante a aplicação da prova
- Usar o sanitário ao término da prova, após deixar a sala
- Anotar informações relativas às respostas em qualquer outro meio que não seja este caderno de questões



INFORMAÇÕES GERAIS

- As questões objetivas têm cinco alternativas de resposta (A, B, C, D, E) e somente uma delas está correta
- Verifique se este caderno de questões está completo e sem falhas de impressão. Caso contrário, **notifique imediatamente o fiscal da sala**, para que sejam tomadas as devidas providências
- Na folha de respostas, confira seus dados pessoais, especialmente nome, número de inscrição e documento de identidade, e leia atentamente as instruções para preencher a folha de respostas
- **Use somente caneta esferográfica, fabricada em material transparente, com tinta preta ou azul**
- Assine seu nome apenas no espaço reservado na folha de respostas
- Confira o programa, a cor e o tipo do seu caderno de questões. Caso tenha recebido caderno de questões com programa, cor ou tipo diferente do impresso em sua folha de respostas, o fiscal deve ser **obrigatoriamente** informado para o devido registro na ata da sala
- O preenchimento das respostas é de sua responsabilidade e não será permitida a substituição da folha de respostas em caso de erro
- Para fins de avaliação, serão levadas em consideração apenas as marcações realizadas na folha de respostas
- Os candidatos serão submetidos ao sistema de detecção de metais quando do ingresso e da saída de sanitários durante a realização das provas

Boa sorte!

Clínica Médica

1

Um paciente foi internado na enfermaria de clínica médica por estado de sonolência após episódios frequentes e abundantes de diarreia e vômitos por 3 dias. A pressão arterial estava reduzida e os pulsos, finos. Quando despertava, referia sede. Suas mucosas encontravam-se secas. O exame laboratorial revelou sódio de 121 mEq/L. Diante do quadro de hiponatremia, procedeu-se a dosagem de sódio urinário e a terapia.

O sódio urinário mais provável e a terapia mais recomendada no momento são, respectivamente:

- (A) sódio urinário de 10 mEq/L e infusão de 100 ml a 300 ml de solução salina 3% com reavaliação laboratorial em 4 horas;
- (B) sódio urinário de 30 mEq/L e infusão de solução salina 0,9% 3000 ml em 24h;
- (C) sódio urinário de 15 mEq/L e infusão de soro fisiológico 0,9% conforme melhora clínica;
- (D) sódio urinário de 20 mEq/L e administração de cápsula de sal 4 vezes ao dia por via enteral e posteriormente por via oral;
- (E) sódio urinário de 20 mEq/L e administração de 700 ml de salina hipertônica a 3% em 24 horas conforme cálculo do déficit de sódio.

2

Uma mulher de 30 anos internou-se com perda ponderal de 20 kg (peso atual: 56 kg; peso usual: 76 kg), candidíase, diarreia crônica, baixo índice de Karnofsky, anemia e contagem de linfócitos totais iguais a 800 células/dl. O diagnóstico de tuberculose pulmonar cavitária, concomitante a padrão miliar, levou a residente de clínica médica a investigar a infecção pelo HIV. O diagnóstico firmado de infecção pelo HIV, no dia seguinte, foi seguido de orientação e condução clínica.

Considerando R – rifampicina, H – isoniazida, Z – pirazinamida, E – etambutol, a terapia recomendada para a coinfeção HIV - tuberculose, segundo o último PCDT HIV 2024, é:

- (A) iniciar terapia antirretroviral após 8 semanas do início do esquema para tuberculose com 4 comprimidos de RHZE (150/75/400/275);
- (B) aguardar contagem de linfócitos CD4 para iniciar a terapia antirretroviral e o esquema para tuberculose com 4 comprimidos de RHZE (150/75/400/275);
- (C) iniciar a terapia antirretroviral enquanto se investiga se há disseminação da micobactéria tuberculose, pois esse achado mudaria o tempo de tratamento para tuberculose;
- (D) iniciar prontamente o esquema com 4 comprimidos de RHZE (150/75/400/275) e em até uma semana iniciar tratamento antirretroviral, independente da contagem de linfócitos CD4;
- (E) iniciar prontamente o esquema com 3 comprimidos de RHZE (150/75/400/275) e, caso a contagem de linfócitos CD4 esteja menor que 50 células/mm³, prosseguir com a terapia antirretroviral em torno da 6ª semana.

3

Um paciente sem doença hepática prévia, e em tratamento para tuberculose pulmonar com rifampicina, isoniazida, pirazinamida e etambutol, inicia quadro de sintomas dispépticos e elevação de transaminases (TGO e TGP).

A conduta acertada em relação a esse caso clínico é:

- (A) suspender imediatamente todas as medicações e reintroduzi-las quando as transaminases estiverem normalizadas;
- (B) manter as medicações para tuberculose tolerando até 5 vezes o limite superior da normalidade;
- (C) trocar imediatamente para capreomicina, etambutol e levofloxacina (esquema para hepatotoxicidade) e prolongar a terapia por 12 meses;
- (D) suspender imediatamente todas as medicações quando as transaminases ultrapassarem 3 vezes o limite superior da normalidade e monitorar a função hepática a cada 3 a 7 dias até a normalização;
- (E) suspender apenas a isoniazida e a pirazinamida, pois deve-se iniciar a recontagem a partir da rifampicina e etambutol, e monitorar a função hepática a cada 3 a 7 dias para reintrodução ordenada dos outros dois medicamentos.

4

Na investigação de ascite, a paracentese diagnóstica foi realizada. O gradiente soro ascite de albumina foi calculado com valor de 1,5 g/dl. No entanto, o paciente apresentou proteína do líquido ascítico em valores baixos (1,8 g/dl), ou seja, menores que 2,5 g/dl.

Uma causa para essa ascite é:

- (A) cirrose hepática;
- (B) insuficiência cardíaca congestiva;
- (C) pancreatite aguda;
- (D) síndrome nefrótica;
- (E) trombose de veia porta.

5

Uma paciente de 58 anos foi internada por confusão mental e dor em ombro direito. É portadora de neoplasia de mama em estágio avançado com metástases ósseas. Havia relato, pela anamnese dirigida, de constipação e distensão abdominal. O marido confirmou que, nos últimos dias, ela já não conseguia levantar-se e tomar adequadamente seus medicamentos. Durante a internação confirmou-se a fratura patológica de cabeça do úmero e hipercalcemia da malignidade (PTH suprimido). Houve redução dos níveis séricos de cálcio (Ca: 15 mg/dl para 12 mg/dl em 2 dias), e a creatinina sérica, que na entrada era de 3,8 mg/dl, caiu para 2,0 mg/dl em 48 horas. Os medicamentos reintroduzidos com a melhora clínica da paciente após 3 dias de hidratação e pamidronato foram: metadona, amitriptilina, duloxetine e gabapentina – os últimos por dor radicular. Infelizmente, os sintomas de distensão abdominal, náuseas, vômitos e constipação se evidenciaram, levando à realização de exame tomográfico do abdômen e pelve. Observou-se distensão de ceco (9,0 cm em maior diâmetro), cólon ascendente, transverso e cólon descendente com presença de fecaloma em sigmoide.

Diante da principal hipótese diagnóstica, a melhor conduta imediata é:

- (A) fazer extração manual do fecaloma associada a administração de clíster em gravidade com lactulona e óleo mineral por via oral;
- (B) chamar a cirurgia geral para avaliação pelo risco de rotura de cólon e ceco;
- (C) realizar colonoscopia de urgência para retirada de fecaloma e descompressão gasosa;
- (D) prescrever eritromicina, ondansetrona, lactulona, óleo mineral e passar sonda nasogástrica em sifonagem;
- (E) suspender dieta, antidepressivos e opioides; continuar correção de cálcio sérico e avaliar administração de neostigmina.

6

Uma mulher de 43 anos procurou atendimento médico com história de episódios recorrentes de vertigem. Esses episódios duravam várias horas e eram acompanhados por náuseas, vômitos e frequentemente associados à sensação de redução da acuidade auditiva unilateral. Além disso, vinha ocorrendo uma sensação de zumbido. Foram solicitados exames complementares, que sugeriram o diagnóstico de síndrome de Ménière.

A médica que acompanha essa paciente, além de solicitar a avaliação de um especialista (otorrinolaringologista), já adiantou, corretamente, a seguinte orientação:

- (A) aumento de alimentos ricos em ômega 3;
- (B) uso de dimenidrinato e piridoxina à noite;
- (C) dieta com alimentos de baixo índice glicêmico;
- (D) dieta com baixo teor de sódio e uso de diurético;
- (E) uso de dose baixa e diária de corticoide sistêmico.

7

Uma paciente de 59 anos procurou atendimento médico pois vinha apresentando insônia há pelo menos 6 meses, além de redução progressiva no apetite e perda de peso. Relatou ansiedade, tristeza, desânimo, fadiga, alteração da concentração, baixa autoestima e episódios de náuseas. Negou pensamentos de morte, mas alegou que o quadro estava causando significativo impacto social e profissional. Negou doenças prévias ou uso de medicações. Dentro do último mês, havia sido realizada uma investigação extensa para afastar doenças que pudessem causar esses sintomas. Como todos os exames vieram dentro da normalidade, a paciente procurou nova avaliação clínica. Não foram encontradas alterações ao exame clínico. O médico explicou para a paciente que ela estava com um quadro compatível com depressão.

Para essa paciente, a medicação que poderia trazer maior benefício, especialmente para os sintomas de insônia, ansiedade, redução do apetite, perda de peso e náuseas, é:

- (A) fluoxetina;
- (B) duloxetine;
- (C) mirtazapina;
- (D) topiramato;
- (E) bupropiona.

8

Uma paciente de 39 anos procurou o ambulatório com queixas de sonolência diurna e fadiga. Durante a anamnese, ela comentou que vinha dormindo mal à noite. Ela acreditava que seu sono estivesse sendo prejudicado por uma sensação de “inquietação” e desconforto nas pernas quando deitava na cama à noite. Isso gerava uma forte necessidade de movimentá-las, o que provocava alívio parcial do desconforto. Negou fazer uso de medicações ou ter doenças prévias. O exame físico estava sem alterações. O médico que estava atendendo suspeitou de síndrome das pernas inquietas.

Entre as alternativas abaixo, a conduta mais indicada para essa paciente é:

- (A) realização de eletroneuromiografia para avaliação de um quadro inicial de polineuropatia desmielinizante;
- (B) solicitação de tomografia computadorizada de crânio para investigar uma causa central de síndrome das pernas inquietas;
- (C) orientação do uso de suplementos de proteínas, pois um maior aporte proteico pode auxiliar no desconforto noturno das pernas;
- (D) implementação ou intensificação de exercícios aeróbicos e musculares, visando a aliviar a sensação de desconforto nas pernas à noite;
- (E) avaliação da cinética do ferro, especialmente a dosagem de ferritina. Se a ferritina estiver baixa, a reposição de ferro poderá trazer benefícios aos sintomas dessa paciente.

9

Por solicitação de uma amiga, um médico compareceu à casa de uma paciente de 43 anos que apresentava perda do nível de consciência. Foi relatado que essa paciente tinha diabetes mellitus tipo 1 e fazia uso regular de insulina. Encontrava-se com sudorese profusa e com marcado rebaixamento do nível de consciência. Os sinais vitais estavam preservados. A glicemia capilar era de 30 mg/dL.

Nesse caso, a conduta mais adequada é:

- (A) inserir um alimento rico em carboidrato na cavidade oral para correção da hipoglicemia;
- (B) levar a paciente para um pronto-socorro para ser ministrada glicose hipertônica venosa;
- (C) ministrar glucagon por via intramuscular para reversão rápida dos sintomas de hipoglicemia;
- (D) fazer nebulização de adrenalina diluída para resolução mais rápida dos sintomas neuroglicopênicos;
- (E) colocar um líquido com açúcar por via sublingual de forma lenta até o restabelecimento do nível de consciência.

10

Um paciente de 62 anos, hipertenso, compareceu a consulta ambulatorial regular. Apesar da implementação adequada de medidas de estilo de vida, relatou que seus níveis pressóricos se mantiveram elevados nas aferições de pressão em sua residência. Estava em uso de doses plenas de enalapril, indapamida e amlodipina. Em investigação recente, foram afastadas causas secundárias de hipertensão arterial. Ao exame, apresentava ritmo cardíaco regular e presença de quarta bulha cardíaca na ausculta cardíaca. A pressão arterial era de 155 por 96 mmHg e a frequência cardíaca era de 71 batimentos por minuto. Em exames laboratoriais recentes, a glicemia foi de 92 mg/dL, creatinina de 1,0 mg/dL, ureia de 32 mg/dL, sódio de 140 mg/dL e potássio de 3,9 mg/dL.

No caso desse paciente, a medicação que deve ser associada para um melhor controle pressórico é:

- (A) espironolactona;
- (B) hidralazina;
- (C) furosemida;
- (D) verapamil;
- (E) losartana.

11

Um homem de 61 anos, diabético, em uso de linezolida por grave infecção cutânea, iniciou um quadro de confusão mental, sudorese, agitação e tremor. Ao exame, apresentava mioclonia e rigidez muscular. A pressão arterial era de 178 por 104 mmHg, a frequência cardíaca era de 112 batimentos por minuto e a temperatura axilar era de 38,2 °C. Entre as medicações, estava fazendo uso de citalopram 40 mg ao dia. Após a realização de exames complementares para afastar outras doenças, foi levantada a hipótese de síndrome serotoninérgica. Foi suspensa a fluoxetina e foram implementadas medidas de suporte clínico.

Na síndrome serotoninérgica, o tratamento dependerá da sua gravidade.

Entre as medicações que estão indicadas para uso pela equipe médica, é correto apontar:

- (A) buspirona e metadona;
- (B) ibuprofeno e tramadol;
- (C) naltrexona e flumazenil;
- (D) diazepam e ciproheptadina;
- (E) carbamazepina e naloxona.

12

Um paciente de 31 anos tem história de tratamento antimicrobiano para “inflamação no testículo” há 3 semanas. Apesar de o desconforto ter melhorado, ele sentiu “algo estranho” no testículo esquerdo. Por tal motivo, procurou atendimento médico para nova avaliação. Ao exame, verifica-se uma massa testicular à esquerda, indolor à palpação. Não há outras alterações. O médico solicita, então, uma ultrassonografia da bolsa escrotal.

Diante da suspeita de câncer testicular, estão indicados os seguintes exames laboratoriais:

- (A) aspartato aminotransferase (TGO), calcitonina e CA 19-9;
- (B) antígeno carcinoembrionário (CEA), cromogranina A e CA 125;
- (C) alanina aminotransferase (TGP), CA 15-3 e fosfatase ácida total;
- (D) fosfatase alcalina, CA 72-4 e antígeno mucoide associado a carcinoma (MCA);
- (E) lactato desidrogenase (LDH), alfa-fetoproteína e beta gonadotrofina coriônica humana (Beta hCG).

13

Uma paciente de 78 anos procurou o ambulatório de uma clínica médica pois vinha apresentando dispneia aos esforços. Estava em uso de olmesartana 40 mg ao dia e hidroclorotiazida 12,5 mg ao dia. Negava outros sintomas. Ela levou para consulta os exames laboratoriais realizados no último mês. Os resultados de glicemia, sódio, potássio, ureia, creatinina e hemograma estavam dentro da normalidade. O ecocardiograma recente estava sem alterações significativas. O exame físico constatou ritmo cardíaco regular e bulhas normofonéticas. O restante do exame não apresentava alterações. A pressão arterial era de 162 x 80 mmHg e a frequência cardíaca, de 41 batimentos por minuto. A paciente levou um eletrocardiograma realizado 4 semanas antes da consulta, em que foi evidenciado um bloqueio atrioventricular do 2º grau Mobitz II. Esse exame foi repetido no dia do atendimento, quando o bloqueio atrioventricular foi confirmado.

Nesse caso, a conduta mais indicada é:

- (A) associar clonidina visando a um melhor controle da pressão arterial sistólica;
- (B) solicitar Holter de 24 horas para investigar a presença de outras arritmias cardíacas;
- (C) indicar a realização de cintilografia miocárdica com dipiridamol para afastar isquemia miocárdica;
- (D) encaminhar a paciente para uma pronta avaliação por uma equipe especializada diante da indicação de implante de marcapasso definitivo;
- (E) ministrar atropina venosa para reversão do bloqueio atrioventricular, visando a seguir monitorando ambulatorialmente a frequência cardíaca e a pressão arterial.

14

Um paciente de 46 anos é levado ao pronto-socorro por seus familiares por ter apresentado crise convulsiva em sua residência. Segundo o relato, ele iniciara, há 4 dias, um quadro de cefaleia de forte intensidade, com alterações comportamentais e febre alta. Ao exame, encontrava-se desorientado, sonolento e com hemiparesia à esquerda. A pressão arterial era de 110 x 88 mmHg e a frequência cardíaca, de 98 batimentos por minuto. Foi realizada uma ressonância nuclear magnética, em que foram evidenciadas áreas de hiperintensidade nos lobos temporais bilateralmente. Em seguida, foi realizada uma punção líquórica. No líquido, foi encontrado um aumento de proteínas e leucócitos (com predomínio de linfócitos). Os demais exames solicitados no líquido ainda estavam pendentes.

Diante dessa apresentação clínica e da possibilidade de encefalite herpética, além da terapia de suporte clínico, a conduta mais adequada é:

- (A) aguardar todos os resultados do líquido para iniciar o tratamento;
- (B) coletar sorologia para herpes simplex no soro e aguardar o resultado para iniciar o tratamento;
- (C) programar biópsia cerebral com urgência visando a estabelecer o diagnóstico definitivo;
- (D) iniciar corticoide venoso em dose alta para evitar a formação de edema em torno das lesões cerebrais e prevenir sequelas de uma possível meningite;
- (E) iniciar aciclovir pela via venosa, enquanto se aguarda a confirmação do diagnóstico de encefalite herpética ou até que outro diagnóstico seja feito.

Neurologia

15

Aluna de medicina que constantemente é chamada à atenção pelos professores porque dorme profundamente durante as aulas é encaminhada ao neurologista. Após anamnese e exames, foi estabelecida a hipótese diagnóstica de narcolepsia, com base nos seguintes dados:

- (A) hiperfagia, cataplexia e presença do alelo HLA DQB1*0602;
- (B) perda do tônus de membros inferiores durante o riso, insônia e presença do alelo DQB1*0802;
- (C) alucinações visuais e auditivas persistentes, insônia, presença do alelo HLA DQB1*0802;
- (D) associação com o alelo HLA DQB1 0602*, alucinações hipnagógicas, cataplexia;
- (E) agressividade, cataplexia, presença do alelo HLA DQB1*0602, alucinações auditivas a qualquer hora do dia.

16

Paciente de 40 anos é submetido a investigação de coluna cervical por ressonância magnética por estar apresentando, há alguns meses, alterações sensitivas em membros superiores. Tais alterações foram caracterizadas, ao exame, como anestesia térmico-dolorosa com preservação da sensibilidade tátil e da sensibilidade profunda.

O laudo da RM que confirmaria a síndrome seria:

- (A) extensa lesão medular posterior com hiperintensidade em T2, captação de contraste e aumento do diâmetro medular;
- (B) extensa lesão central entre C2 a C8 com hipointensidade em T1 e hiperintensidade em T2, sem captação de contraste;
- (C) lesão na região anterior da medula entre C7 e C8 com hiperintensidade em T2 captando contraste;
- (D) hérnia de disco lateral bilateralmente comprimindo a raiz C8, sem captação de contraste;
- (E) hérnia de disco mediana em C5 causando lesão medular hiperintensa no nível da compressão.

17

Mulher de 30 anos, com diagnóstico de miastenia gravis e tendo como seqüela ptose palpebral bilateral assimétrica, procura a emergência com dispneia. É feita a hipótese de crise miastênica. Após medicação com anticolinesterásicos, observa-se piora da hipoventilação pulmonar associada a sudorese, bradicardia e hipotensão arterial.

Nesse contexto, para justificar a suspensão da medicação e administração de atropina (2mg EV), é preciso que se encontre(m), no exame da pupila:

- (A) síndrome de Claude Bernard Horner;
- (B) pupilas midriáticas;
- (C) pupilas mióticas;
- (D) pupilas anisocóricas, com miose à esquerda;
- (E) pupila tônica de Adie.

18

Numa emergência, dá entrada um paciente de 70 anos que, hoje, desenvolveu hemiplegia à direita associada a outras manifestações neurológicas, indicando que a topografia da lesão isquêmica se situava na região anterior da ponte.

No exame, foram identificadas as seguintes alterações:

- (A) ptose palpebral e estrabismo divergente à esquerda e desvio da comissura labial para a esquerda;
- (B) lagoftalmia à esquerda, desvio da comissura labial para a direita e estrabismo convergente à esquerda;
- (C) desvio da comissura labial para a esquerda e estrabismo divergente à direita;
- (D) lagoftalmia à direita, desvio da comissura labial para a esquerda e paralisia da abdução do globo ocular esquerdo;
- (E) oftalmoplegia internuclear à direita e síndrome vestibular à direita.

19

Homem de 78 anos, advogado, procura neurologista em 2024 para esclarecimento diagnóstico. Apresenta paralisia facial periférica bilateral e grave iniciada insidiosamente na década de 90. Nos últimos anos, vem apresentando progressiva redução da visão bilateral, atribuída a glaucoma e doença da córnea. O exame da pele mostra cútis elástica. Não tem déficit motor nos membros e relata ter jogado futebol até os 70 anos. O exame da sensibilidade indicou apalestesia nos 4 membros. Recorda-se de que sua mãe, falecida com 84 anos de idade, apresentava redução nos movimentos da face e glaucoma.

O estudo genético confirmou a hipótese diagnóstica de:

- (A) distrofia muscular fácio-escapulo-umeral;
- (B) distrofia miotônica de Steinert;
- (C) amiloidose familiar relacionada ao gene gelsolin;
- (D) sarcoidose;
- (E) síndrome de Melkersson-Rosenthal.

20

Mulher de 28 anos procura atendimento na neurologia por estar com dor ocular intensa e visão dupla há três dias, que evoluiu para ptose palpebral à direita. O exame demonstra paralisia dos movimentos oculares (medial, superior, inferior) e anisocoria com pupila midriática à direita. Relata crises de enxaqueca desde a adolescência e dois episódios de dor ocular com ptose palpebral nos últimos dois anos. No último episódio, realizou TC de crânio (normal) e angiografia cerebral (normal). O neurologista indicou um determinado medicamento. Uma semana após iniciá-lo, a paciente estava assintomática e seu exame neurológico estava normal.

O medicamento prescrito foi:

- (A) carbamazepina (200 mg três vezes ao dia);
- (B) codeína oral (30 mg duas vezes ao dia);
- (C) prednisona oral (20 mg três vezes ao dia);
- (D) pregabalina (75 mg duas vezes ao dia);
- (E) brometo de piridostigmina (300 mg ao dia em 5 tomadas).

21

Homem de 50 anos é internado com síndrome vertiginosa aguda, disfonia, disfagia, ataxia cerebelar e alteração dimidiada da sensibilidade, sendo feita a hipótese de síndrome de Wallenberg. Ao exame é também identificada síndrome de Claude Bernard Horner, que ocorre por lesão localizada:

- (A) no núcleo simpático ocular no nível C8 medular;
- (B) no núcleo hipotalâmico;
- (C) no feixe descendente simpático;
- (D) em fibras pós-ganglionares situadas entre o plexo pericarotídeo e a órbita;
- (E) em fibras pré-ganglionares situadas entre a medula e a cadeia ganglionar cervical.

22

Homem de 65 anos, trabalhador rural, cinco anos de escolaridade, é levado ao neurologista por familiares que vêm observando, no último ano, lapsos de memória recente e episódios de confusão mental e de agitação quando conversa com pessoas que afirma estar vendo. Mini mental = 21. Marcha livre com redução dos movimentos associados. Força, sensibilidade, coordenação e nervos cranianos sem alterações e sinal da roda dentada nos membros superiores. Traz ressonância de crânio com escala de Fazecas = 1 e escore de atrofia mesial do hipocampo = 2.

A conduta adequada para esse paciente é ministrar:

- (A) inibidor da colinesterase (1,5 mg, EV, 2 vezes ao dia) para a disfunção cognitiva;
- (B) levodopa (250 mg quatro vezes ao dia) para a hipertonia plástica;
- (C) risperidona (1 mg, 4 vezes ao dia) para os distúrbios psiquiátricos;
- (D) olanzapina (30 mg/dia) para inibir as alucinações;
- (E) prometazina (50 mg/noite) para melhorar a insônia.

23

Menina de 10 anos é levada ao neurologista porque apresenta dificuldade no relaxamento muscular das mãos, sem dor, ao acordar. Não há atrofia muscular e a percussão da região tenar bilateralmente com martelo demonstra o fenômeno. A eletromiografia confirmou o diagnóstico. A mãe, atualmente com 40 anos, refere que, desde pequena, tem o mesmo problema, que em nada a prejudicou, afinal, trabalha como secretária, se casou, teve dois filhos e tem atividades de vida diária normais. Os sintomas melhoram com um medicamento oral que usa regularmente.

Esse medicamento é:

- (A) diazepam (1 comprimido de 5 mg a noite);
- (B) carbamazepina (1 comprimido de 200 mg, até 2 vezes ao dia);
- (C) clonazepam (5 gotas três vezes ao dia);
- (D) prometazina (1 comprimido de 50 mg a noite);
- (E) fenobarbital (1 comprimido de 100 mg a noite).

24

Criança de 6 anos com encefalopatia crônica da infância caracterizada por síndrome de Little procura centro de reabilitação para tratamento da marcha.

A marcha desse paciente é classificada como:

- (A) helicópode;
- (B) em tesoura;
- (C) escarvante;
- (D) astásica-abásica;
- (E) dispráxica.

25

Céline Dion, cantora canadense, expôs publicamente num vídeo do YouTube as manifestações neurológicas de sua doença (síndrome da pessoa rígida – SPR). Nas imagens, aparece deitada com contrações musculares intensas de músculos axiais muito dolorosas.

As características laboratoriais da SPR são:

- (A) doença imunomediada associada a anticorpos ANTI-GM1;
- (B) condição imunológica associada a anticorpos ANTI-MOG;
- (C) condição imunológica com títulos altos de ANTI-GFAP;
- (D) condição imunológica com títulos elevados de ANTI-GAD;
- (E) condição imunológica associada ao ANTI-AQP4.

26

Paciente feminina, 59 anos, com diagnóstico de esclerose múltipla há 10 anos, sem tratamento preventivo, procura neurologista com quadro de episódios recorrentes de dor facial unilateral em região mandibular à esquerda em choque e de forte intensidade há 1 mês. A dor dura segundos. A ressonância magnética de crânio evidenciou lesões hiperintensas em T2/FLAIR em substância branca periventricular e justacortical bilateral, sem captação de contraste.

A opção terapêutica de escolha é:

- (A) baclofeno;
- (B) gabapentina;
- (C) carbamazepina;
- (D) rizotomia por balão;
- (E) descompressão cirúrgica do nervo trigêmeo.

27

Paciente masculino de 10 anos é levado ao neurologista pelos pais, que relatam que a criança apresenta episódios de agitação poucas horas após adormecer. Eles descrevem que o filho grita, chora, parece estar assustado, mostra-se confuso ao ser questionado sobre o que está sentindo, chega a sentar na cama, fica vermelho e suado, e o coração dispara. Ao se acalmar, volta a dormir e, no dia seguinte, não se lembra do que acontece. Inicialmente achavam que era ansiedade, mas, pela recorrência, estão preocupados e buscam avaliação.

O transtorno do sono apresentado pelo paciente é:

- (A) sonambulismo;
- (B) despertar confusional;
- (C) crise epiléptica;
- (D) terror noturno;
- (E) distúrbio comportamental do sono REM.

28

Mulher de 23 anos apresenta, desde a adolescência, cefaleia hemicraniana de média a forte intensidade, pulsátil, associada a foto e fonofobia, náuseas, que dura em geral de 6 a 8 horas, melhorando após o sono. Em função da frequência das crises de cefaleia, ela vem usando analgésicos comuns 15 dias por mês nos últimos 3 meses. A mãe apresentava, até os 50 anos de idade, quadro semelhante. Os exames laboratoriais e de neuroimagem foram normais.

Diante desse cenário, a conduta inicial é:

- (A) iniciar topiramato frente ao diagnóstico de cefaleia tensional frequente;
- (B) iniciar propranolol frente ao diagnóstico de migrânea episódica;
- (C) iniciar amitriptilina frente ao diagnóstico de cefaleia tensional crônica;
- (D) iniciar antagonista CGRP frente ao diagnóstico de migrânea crônica;
- (E) iniciar ciclobenzaprina e anti-inflamatório frente ao diagnóstico de cefaleia tensional episódica infrequente.

Otorrinolaringologia

29

Uma paciente de 50 anos apresenta queixa de tontura e instabilidade nos últimos 5 meses, que são desencadeadas por privação do sono, ambientes com muito movimento e estímulos visuais intensos. Relata possuir transtorno de ansiedade, sem tratamento no último ano. Nega hipoacusia ou zumbido. Ao exame otorrinolaringológico, constatam-se os seguintes resultados: ausência de nistagmo espontâneo, ausência de nistagmo semi espontâneo, manobra de Dix Hallpike negativa, *head impulse test* negativo e teste de Skew normal.

Frente ao quadro descrito, a principal hipótese diagnóstica é:

- (A) vertigem posicional paroxística benigna;
- (B) neurite vestibular;
- (C) tontura perceptual postural persistente;
- (D) doença de Ménière;
- (E) schwannoma do acústico.

30

Um adolescente de 15 anos, com história de obstrução nasal à direita associada a epistaxes à direita, de repetição e de grande intensidade, já tendo sido submetido a 3 tamponamentos nasais anteroposteriores à direita no último ano, realiza uma tomografia computadorizada de seios paranasais para investigação diagnóstica. O laudo revela massa na nasofaringe à direita, alargando a fossa pterigopalatina e deslocando anteriormente a parede posterior do antro maxilar.

Com base na história clínica e nos achados tomográficos, o diagnóstico desse paciente é:

- (A) rinossinusite fúngica invasiva;
- (B) hipertrofia de tonsila faríngea;
- (C) pólipos nasossinusal antrocoanal;
- (D) mucopiocele;
- (E) nasoangiofibroma.

31

Um paciente de 50 anos, sem doenças crônicas, apresenta história de obstrução nasal, secreção nasal e hiposmia há mais de 12 semanas. Realizou tratamento com antibiótico sem resposta adequada. A tomografia computadorizada de cavidades paranasais evidenciou presença de velamento em seio maxilar esquerdo com material hiperdenso de permeio com calcificações lineares em seu interior.

Com base na história clínica e nos achados tomográficos, a hipótese diagnóstica mais provável é:

- (A) rinossinusite fúngica alérgica;
- (B) polipose nasossinusal;
- (C) rinossinusite fúngica não invasiva – bola fúngica;
- (D) nasoangiofibroma;
- (E) rinossinusite fúngica invasiva aguda – mucormicose.

32

Um paciente de 49 anos, com quadro de rinopatia alérgica e asma, apresenta um quadro de obstrução nasal crônica e rinorreia escurecida tipo mucina. A videoendoscopia nasal evidenciou a presença de pólipos em ambas as fossas nasais e secreção nasal amarronzada.

Diante do exposto acima, a hipótese diagnóstica mais provável é:

- (A) rinossinusite fúngica alérgica;
- (B) mucormicose;
- (C) rinossinusite aguda complicada;
- (D) discenesia ciliar primária;
- (E) síndrome de Kartagener.

33

Uma paciente de 45 anos comparece à consulta médica com queixa de globus faríngeo, pigarro e disфония leve. Uma videolaringoscopia revela hiperemia de aritenóide, espessamento interaritenóide e edema retrocricóide.

O diagnóstico mais provável dessa paciente é:

- (A) refluxo laringofaríngeo;
- (B) granuloma vocal;
- (C) cisto de prega vocal;
- (D) estenose subglótica;
- (E) papilomatose laríngea.

34

Um paciente de 50 anos, com IMC 37 e história de roncos noturnos altos e sonolência excessiva diurna, leva para consulta um exame de polissonografia tipo I, com IAH de 54.

O resultado da polissonografia indica que esse paciente apresenta:

- (A) exame normal;
- (B) apneia leve;
- (C) apneia moderada;
- (D) apneia grave;
- (E) apneia central.

35

Um paciente de 65 anos vai ao ambulatório de otorrinolaringologia com queixa de roncos noturnos. Durante a anamnese, é aplicado o questionário da Escala de Epworth, cujo resultado é 18.

Com base nesse resultado, conclui-se que a paciente:

- (A) não tem apneia;
- (B) tem apneia leve;
- (C) tem sonolência excessiva diurna;
- (D) tem apneia grave;
- (E) tem apneia central.

36

Um paciente de 35 anos comparece à consulta com um otorrinolaringologista com queixa de obstrução nasal à esquerda e roncos noturnos que incomodam a esposa. Nega sonolência excessiva diurna ou apneia presenciada. Traz polissonografia tipo I com IAH de 3.

O exame otorrinolaringológico evidencia desvio septal à esquerda, hipertrofia de cornetos, amígdala grau 4 e palato normal. A escala de Mallampati modificada aponta grau I, e o IMC é de 23.

A conduta mais adequada para esse paciente é:

- (A) septoplastia, turbinectomia e amigdalectomia;
- (B) septoplastia e CPAP;
- (C) CPAP;
- (D) aparelho intraoral;
- (E) cirurgia ortognática.

37

Uma criança de 6 anos comparece à consulta com um otorrinolaringologista apresentando história de roncos noturnos altos, sono agitado, apneia noturna presenciada pelos pais e hiperatividade durante o dia.

Ao exame, são constatados IMC 20, fácies alongada, palato ogival e amígdala grau IV. Uma endoscopia nasal evidencia hipertrofia de tonsila faríngea ocupando 90% da luz do cavum.

Nesse cenário clínico, o tratamento indicado para essa criança deve ser:

- (A) aparelho intraoral;
- (B) adenotonsilectomia;
- (C) CPAP;
- (D) expectante;
- (E) fonoterapia.

38

Um paciente de 65 anos, com quadro de roncos e apneia noturna presenciada, hipertenso e portador de doença pulmonar obstrutiva crônica, leva para a consulta uma polissonografia com IAH de 40.

Ao exame, o paciente é identificado com IMC de 40, circunferência cervical de 47, fossas nasais permeáveis e amígdala grau 1.

Nesse caso, o tratamento preconizado é:

- (A) uvulopalatofaringoplastia;
- (B) CPAP;
- (C) septoplastia e turbinectomia;
- (D) aparelho intraoral;
- (E) avanço maxilomandibular.

39

Um adolescente de 12 anos, com queixa de obstrução nasal à direita, sem queixa de epistaxe, faz uma endoscopia nasal, que evidenciou um pólipos na região do óstio do maxilar direito que se estende para o cavum, ocasionando obstrução total de nasofaringe. A tomografia computadorizada de cavidades paranasais revelou um material com densidade de partes moles ocupando o seio maxilar direito, levando ao alargamento do complexo osteomeatal e estendendo-se para cavidade nasal e cavum.

Com base na anamnese e nos exames descritos acima, a principal hipótese para esse caso é:

- (A) rinossinusite fúngica alérgica;
- (B) síndrome de Woakes;
- (C) pólipos antrocoanal;
- (D) esteseoneuroblastoma;
- (E) meningoencefalocele.

40

Uma paciente de 54 anos, com quadro de rinossinusite crônica com polipose nasossinusal e asma de difícil controle, já realizou 2 cirurgias endoscópicas nasossinuais há 4 anos atrás, mas houve retorno dos pólipos nasais. Constatou-se fenótipo eosinofílico.

Diante do exposto acima, a paciente tem indicação de:

- (A) tratamento com imunobiológico;
- (B) internação hospitalar;
- (C) anti-histamínico oral;
- (D) cauterização dos pólipos;
- (E) alta.

41

Uma paciente de 65 anos comparece à consulta de otorrinolaringologia com queixa de zumbido pulsátil em orelha direita há 3 anos, sincrônico aos batimentos cardíacos. Relata plenitude auricular à direita e hipoacusia à direita. Tem vertigem ocasionalmente. Ao exame, verificam-se otoscopia direita com tumoração avermelhada retrotimpânica e otoscopia esquerda normal.

De acordo com o descrito, a principal hipótese diagnóstica para o caso é:

- (A) colesteatoma adquirido;
- (B) granuloma de conduto;
- (C) malformação de cadeia ossicular;
- (D) timpanoesclerose;
- (E) glomus timpânico.

Pediatria

42

Um recém-nascido com 24 horas de vida foi submetido ao teste da oximetria de pulso (teste do coraçõzinho). A saturação de O₂ foi de 92% no membro superior direito e 91% no membro inferior esquerdo na primeira aferição.

Diante desse resultado, a criança deverá:

- (A) ter alta, pois o teste foi negativo;
- (B) realizar avaliação cardiológica, pois o teste foi positivo;
- (C) realizar avaliação cardiológica, pois o teste foi duvidoso;
- (D) repetir o teste após uma hora, pois o teste foi duvidoso;
- (E) realizar avaliação cardiológica após a alta, pois o teste foi positivo.

43

Um lactente de 9 meses, com fácies sindrômica, assintomático, apresenta ausculta cardíaca com ritmo regular, bulhas normofonéticas com desdobramento variável da segunda bulha, sopro sistólico 2+/6+ mais audível em borda esternal esquerda baixa, sem irradiação, que diminui com a posição sentada. Os pulsos femorais são palpáveis.

Nesse caso, o médico deve:

- (A) internar a criança para realização de exames;
- (B) encaminhar a criança para avaliação do cardiopediatra;
- (C) iniciar medicação cardiológica (furosemida e captopril);
- (D) solicitar teste de oximetria de pulso;
- (E) considerar o achado como funcional, sem necessidade de encaminhamento.

44

Uma lactente de 8 meses, com febre de 38,5 °C, coriza e tosse, foi levada ao posto de saúde para ser vacinada para influenza pela primeira vez.

Considerando o estado dessa lactente, a equipe do posto de saúde deve:

- (A) aguardar a remissão do quadro febril para vacinar a criança;
- (B) vacinar a criança com dose única da vacina;
- (C) vacinar a criança e indicar seu retorno ao posto após 1 mês para dose de reforço;
- (D) aguardar 15 dias após o desaparecimento de todos os sintomas para vacinar a criança;
- (E) vacinar a criança após 12 meses, de acordo com o Programa Nacional de Imunizações.

45

Uma criança de 2 anos, portadora de síndrome de Down, sem queixas, compareceu à consulta de rotina.

De acordo com o protocolo de acompanhamento dos portadores de síndrome de Down, o médico deve:

- (A) solicitar acompanhamento com neuropediatria;
- (B) solicitar tomografia computadorizada do crânio;
- (C) solicitar avaliação da acuidade auditiva e visual;
- (D) dar orientações gerais, sem necessidade de exames complementares ou encaminhamento;
- (E) encaminhar o paciente para a nutricionista pelo maior risco de déficit pondero-estatural.

46

Um escolar de 9 anos é levado à emergência com tosse seca, taquidispneia moderada, tiragens intercostais, acianótico em ar ambiente e com sibilos difusos à ausculta pulmonar.

Esse paciente deve ser medicado com:

- (A) dropropizina xarope;
- (B) nebulização com acetilcisteína;
- (C) ambroxol xarope;
- (D) salbutamol spray utilizado com espaçador;
- (E) nebulização com brometo de ipratrópio.

47

Uma professora encaminha criança de 6 anos, cursando o primeiro ano do Ensino Fundamental, ao serviço de saúde devido a dificuldade de aprendizado e hiperatividade.

Nessa situação, o médico deve:

- (A) solicitar avaliação auditiva e oftalmológica;
- (B) prescrever metilfenidato;
- (C) encaminhar a criança ao psiquiatra infantil;
- (D) solicitar mudança de turma na escola;
- (E) prescrever zinco e magnésio.

48

Durante tratamento de amidalite com amoxicilina, um adolescente apresentou placas urticariformes difusas, com necessidade de atendimento na emergência.

Após tratamento da urticária, a orientação correta é:

- (A) trocar a amoxicilina por cefadroxil;
- (B) trocar a amoxicilina por azitromicina;
- (C) trocar a amoxicilina por sulfametoxazol-trimetoprima;
- (D) suspender a amoxicilina e aplicar dose única de penicilina benzatina;
- (E) manter o antibiótico após melhora do quadro urticariforme.

49

Uma adolescente apresentou, há 15 dias, intensa dor de garganta e febre (temperatura axilar de 38,5 °C). Foi medicada por 5 dias com diclofenaco, com melhora. Há 24 horas, iniciou dor intensa e edema com sinais flogísticos no joelho esquerdo.

Na emergência, o médico deve:

- (A) colher hemograma, provas de atividade inflamatória e VHS;
- (B) prescrever cefalexina, após colher hemoculturas;
- (C) imobilizar o joelho e prescrever ibuprofeno;
- (D) internar o paciente e iniciar oxacilina por via intravenosa;
- (E) solicitar radiografia do joelho e encaminhar ao ortopedista.

50

Um lactente de 2 meses se submete a radiografia de tórax para avaliar quadro de cansaço com crises de cianose. O laudo do exame descreve coração com formato de “tamanco holandês”.

O médico conclui, corretamente, que o paciente apresenta:

- (A) hipertrofia de cavidades esquerdas;
- (B) hipertensão pulmonar;
- (C) hipertrofia do ventrículo direito;
- (D) persistência do canal arterial;
- (E) coarctação da aorta.

51

Uma criança com 18 meses de idade foi afastada da creche devido ao aparecimento de pequenas vesículas no tronco, genitália e regiões palmares e plantares. Ela apresenta, também, febre alta e lesões aftosas em orofaringe. Outras crianças da creche estão com o mesmo quadro.

Com base no quadro clínico, o pediatra fez, corretamente, o diagnóstico de:

- (A) impetigo;
- (B) herpes simples;
- (C) varicela;
- (D) escarlatina;
- (E) coxsackievirose.

52

Um escolar de 10 anos apresenta queixa de cansaço, dores nas pernas que o acordam durante a noite e emagrecimento de 2 kg no último mês. Apresenta as seguintes alterações ao exame físico: palidez cutâneo-mucosa 3+/4+, sopro sistólico 2+/6+ em bordo esternal esquerdo, taquicardia (FC = 120 bpm), fígado a 2,5 cm do RCD, ponta de baço palpável, dor à palpação do terço proximal da tíbia bilateralmente e petéquias esparsas em membros.

O quadro clínico é sugestivo de:

- (A) anemia falciforme;
- (B) leucemia;
- (C) zika vírus;
- (D) endocardite infecciosa;
- (E) toxoplasmose.

53

Um médico, residente da pediatria, atendeu uma criança que evoluiu para parada cardiorrespiratória. Ele realizou, sob supervisão, manobras de reanimação, sem sucesso. Não fez anotações da evolução e tratamento no prontuário.

A conduta do residente deve ser considerada:

- (A) correta, pois como residente não tem essa obrigação;
- (B) correta, pois a criança faleceu;
- (C) errada, pois ele não deveria ter participado da reanimação cardiorrespiratória;
- (D) correta, pois na emergência não há necessidade de registro no prontuário;
- (E) errada, pois todo atendimento deve ser registrado no prontuário.

54

Na primeira consulta de um recém-nascido em aleitamento materno exclusivo com satisfatório ganho ponderal, a mãe refere que a criança chora muito.

Nessa situação, o pediatra deve orientar a mãe a:

- (A) oferecer chupeta para o bebê;
- (B) complementar a alimentação com fórmula infantil;
- (C) amamentar em livre demanda;
- (D) oferecer leite materno na mamadeira durante a madrugada;
- (E) oferecer chá de camomila e água nos intervalos das mamadas.

Pneumologia

55

Um paciente do sexo masculino, de 23 anos, foi encaminhado com a suspeita diagnóstica de fibrose cística devido ao relato de pneumonias desde a infância, rinossinusite crônica, diarreia crônica, dificuldade de ganho de peso. Na história familiar há a informação de primo falecido jovem por pneumonias de repetição aos 5 anos de idade. Pais consanguíneos. O paciente traz, na consulta, diversos exames complementares já realizados. Considerando-se a suspeita clínica de fibrose cística, o(s) achado(s) do(s) resultado(s) do(s) exame(s) complementar(es) que corroboraria(m) esse diagnóstico seria(m):

- (A) tomografia de tórax evidenciando bronquiectasias localizadas e unilaterais, com predomínio nas bases pulmonares;
- (B) exame com teste do suor com valor do cloreto abaixo de 40 mmol/L;
- (C) tomografia computadorizada de tórax evidenciando bronquiectasias distribuídas bilateralmente, predominando nos lobos superiores;
- (D) dosagem de elastase fecal com valor normal;
- (E) o sequenciamento genético do gene da CFTR é dispensável para o diagnóstico de fibrose cística

56

Paciente do sexo masculino, 57 anos, é encaminhado do posto de saúde do interior do estado para o hospital universitário com quadro de tosse e dispneia há seis meses e piora significativa deste quadro nos últimos dois meses. Refere ser portador de hipertensão arterial sistêmica e hipotireoidismo, ambos em tratamento. Há emagrecimento de 10 kg em 5 meses. Negou dor torácica e hemoptise. Exame físico evidenciava lesões ulceradas em face e em cavidade oral em progressão com início há 2 meses. Paciente relatava que trabalhava em lavoura desde os 15 anos de idade. Tomografia computadorizada do tórax evidenciou infiltrado intersticial reticulonodular bilateral, difuso, poupando bases pulmonares. Considerando-se a história laboral associada aos achados clínicos e radiológicos, a suspeita diagnóstica de paracoccidiodomicose foi aventada. Diante disso, é correto afirmar que:

- (A) exame direto do fungo com aspecto de “roda de leme ou cabeça de Mickey” estabelece o diagnóstico de aspergilose;
- (B) a forma juvenil da paracoccidiodomicose se caracteriza por comprometimento pulmonar em mais de 90% dos casos;
- (C) exame direto do fungo com aspecto de “roda de leme ou cabeça de Mickey” estabelece o diagnóstico de paracoccidiodomicose;
- (D) considerando as lesões em face como parte da mesma doença, estamos diante da forma da paracoccidiodomicose unifocal;
- (E) exame direto do fungo com aspecto de “roda de leme ou cabeça de Mickey” estabelece o diagnóstico de histoplasmoze.

57

A equipe do parecer clínico do hospital é acionada para avaliar paciente internado de 58 anos. Paciente portador de hipertensão arterial sistêmica, não tabagista, com relato de imagem em tomografia computadorizada do tórax e hemoptise. Após cuidadosa anamnese e exame físico completo, trata-se de paciente com história patológica pregressa de tuberculose pulmonar adequadamente tratado há 10 anos. Paciente relata episódios frequentes de hemoptise. Por diversas vezes, o paciente negou tosse, febre, sudorese noturna, sibilos ou emagrecimento. Neste momento, paciente com bom estado geral e sem hemoptise há 24 horas. Exame físico sem achados significativos. A tomografia computadorizada de tórax evidenciava escavação de paredes finas em lobo superior direito com conteúdo em seu interior, achado radiológico denominado “sinal da crescente”.

Diante da história clínica e dos achados radiológicos, é correto afirmar que:

- (A) estamos diante de um caso de aspergilose broncopulmonar alérgica e a anfotericina B é o tratamento de escolha;
- (B) estamos diante de um caso de aspergilose broncopulmonar invasiva e o uso de corticoterapia é o tratamento de escolha;
- (C) trata-se de um caso provável de aspergiloma (bola fúngica), sendo a abordagem cirúrgica a primeira opção terapêutica;
- (D) trata-se de um caso provável de aspergilose semi-invasiva, sendo a corticoterapia a primeira opção terapêutica;
- (E) não há tratamento para esta condição por se tratar de sequela de tuberculose pulmonar há 10 anos.

58

Um paciente de 52 anos foi encaminhado para o ambulatório de pneumologia com o diagnóstico de asma grave. Após anamnese detalhada, verificou-se que se tratava de um paciente com início dos sintomas de asma na idade adulta, negando, desta forma, asma na infância. Negou rinite alérgica e tabagismo. Trabalhava com isocianato há 30 anos em uma fábrica de plástico, com início dos sintomas nos últimos 10 anos. Ao exame, apresentava sibilos difusos. Tem feito uso apenas de salbutamol spray 8 vezes ao dia. Paciente já trouxe diversos exames na consulta, como tomografia computadorizada do tórax sem alterações e espirometria com CVF% 84%, VEF1/CVF: 58 e VEF1% 60%. Resposta broncodilatadora presente.

Considerando-se a história laboral associada aos achados clínicos, radiológicos e funcionais, a suspeita diagnóstica seria de:

- (A) asma grave, pois o paciente faz uso de salbutamol mais do que 5 vezes por dia;
- (B) provavelmente asma ocupacional, por se tratar de paciente de início tardio e longo tempo de exposição aos isocianatos;
- (C) asma grave, pois além do uso frequente de salbutamol spray apresenta distúrbio ventilatório obstrutivo grave;
- (D) doença pulmonar obstrutiva crônica devido ao histórico de exposição ao isocianato;
- (E) asma grave, pois a relação VEF1/CVF é menor que 70%.

59

Paciente do sexo feminino de 28 anos foi encaminhada para um hospital universitário para investigação diagnóstica de doença intersticial pulmonar associada ao quadro de poliartralgia. Após minuciosa anamnese e exame físico detalhado, verificou-se que a paciente, secretária em escritório de advocacia, apresentava quadro de adinamia intensa, com início há um ano, seguido de poliartralgia, dispneia aos esforços, emagrecimento de 6 kg em um ano e febre baixa não aferida. Negava hemoptise ou dor torácica. Ao exame, apresentava pápulas e placas eritematosas predominando em cicatrizes prévias e em duas tatuagens. Relatou, ainda, ardência ocular. A paciente já trazia alguns exames complementares, como espirometria, cujo resultado era normal, e uma tomografia computadorizada do tórax que evidenciou infiltrado intersticial nodular bilateral, simétrico com predomínio nos lobos superiores e com distribuição perilinfática.

Considerando-se a história clínica e os achados radiológicos e funcionais, a principal suspeita diagnóstica seria de:

- (A) tuberculose, sendo o IGRA o primeiro exame a ser solicitado;
- (B) silicose, sendo a biópsia pulmonar o exame de escolha para definição diagnóstica;
- (C) histoplasmose, por apresentar infiltrado intersticial nodular com distribuição perilinfática;
- (D) sarcoidose, pelo contexto clínico e radiológico que são compatíveis com a doença;
- (E) pneumonia bacteriana, sendo indicado para início imediato antibioticoterapia de amplo espectro com cobertura para germe hospitalar.

60

Um paciente do sexo masculino de 63 anos foi encaminhado para investigação diagnóstica de pneumopatia intersticial, queixando-se de tosse seca e dispneia. Após detalhado exame físico e cuidadosa anamnese, referiu ser portador de dislipidemia com relato de dispneia progressiva de início há 03 anos, além de tosse seca. Negou febre, sibilos, dor torácica, sudorese noturna e hemoptise. Negou ainda artralgia ou artrite. Trabalhava em aviário há aproximadamente quatro anos. Ao exame físico, observaram-se discretos estertores crepitantes nas bases pulmonares. Havia ausência de cianose, porém com discreto baqueteamento digital. O paciente trouxe diversos exames complementares solicitados em outras consultas médicas em outras unidades assistenciais. Painel com marcadores de autoimunidade não reagentes. Espirometria evidenciava CVF% 68%, VEF1/CVF: 90 e VEF1: 72%. Ausência de resposta broncodilatadora. A tomografia computadorizada do tórax evidenciou áreas com aprisionamento aéreo, opacidades em vidro fosco e discretas opacidades nodulares em vidro fosco centrolobulares, todas as imagens predominando nas bases pulmonares. Além disso, observou-se discreto infiltrado intersticial reticular nas bases pulmonares, associado a bronquiectasias de tração.

Considerando-se a história clínica e os achados radiológicos e funcionais, a suspeita diagnóstica seria de:

- (A) tuberculose, especialmente pelos achados clínicos e radiológicos;
- (B) sarcoidose, pelos achados característicos de infiltrado reticular nas bases na tomografia computadorizada;
- (C) silicose, pelo achado de exposição no aviário;
- (D) pneumonite por hipersensibilidade, pelos achados de exposição laboral, achados no exame físico e achados sugestivos na tomografia computadorizada;
- (E) pneumonia comunitária grave, devendo ser iniciado antibiótico de amplo espectro o mais breve possível.

61

Um paciente do sexo masculino de 70 anos foi encaminhado para investigação diagnóstica de dispneia progressiva. Após exame físico detalhado e anamnese cuidadosa, referia ser ex-tabagista (carga tabágica de 20 anos-maço), portador de hipertensão arterial sistêmica em uso de losartana. Paciente relatava dispneia progressiva com início há dois anos e piora significativa nos últimos oito meses. Negou febre, dor torácica, poliartralgia, poliartrite e sudorese noturna. Sempre trabalhou em escritório, sem qualquer tipo de exposição ambiental no trabalho ou na residência. O paciente trouxe diversos exames, como espirometria, que sugeria distúrbio ventilatório restritivo grave. A tomografia computadorizada de tórax, realizada recentemente, evidenciou infiltrado intersticial reticular bilateral, simétrico, predominando na periferia do parênquima pulmonar com diversas áreas de faveolamento na periferia do parênquima. O padrão radiológico era típico de pneumonia intersticial usual (PIU). Além disso, o paciente trouxe diversos marcadores de autoimunidade, todos não reagentes.

Considerando-se a história clínica e os achados radiológicos e funcionais, a suspeita diagnóstica seria de:

- (A) pneumonia em organização, caracterizada pelo padrão de infiltrado reticular na tomografia computadorizada;
- (B) sarcoidose, pelo aspecto radiológico e o quadro de dispneia progressiva;
- (C) DPOC, considerando-se os achados radiológicos e funcionais;
- (D) fibrose pulmonar idiopática, por se tratar de paciente ex-tabagista, sem história de exposição ocupacional, marcadores de autoimunidade não reagentes, além dos achados clínicos radiológicos;
- (E) tuberculose, pelos achados radiológicos descritos na tomografia computadorizada.

62

Paciente de 55 anos, obesa (IMC 34) e portadora de hipertensão arterial sistêmica, é submetida a colecistectomia por via laparoscópica. No decorrer do procedimento anestésico, observa-se, durante a capnografia, queda progressiva do CO₂ expirado. O aspecto da onda de capnografia é normal.

O diagnóstico mais provável dessa situação e a melhor conduta a ser traçada são:

- (A) insuflação excessiva do pneumoperitônio e posterior redução deste;
- (B) queda da pressão arterial, devendo -se aumentar a reposição volêmica;
- (C) aumento da resistência das vias aéreas; corticoides e broncodilatadores devem ser administrados;
- (D) reversão do bloqueio neuromuscular e curare deve ser administrado;
- (E) obstrução do capnógrafo que deverá ser trocado se a desobstrução não for efetiva.

63

Uma mulher de 56 anos, com história prévia de DPOC, deu entrada na emergência com febre, dispneia progressiva e tosse produtiva. Fazia uso regular de broncodilatadores, aproximadamente 4 vezes ao dia. Na última semana, ela refere piora da tolerância ao exercício, evoluindo para dispneia em repouso apesar do uso frequente da medicação. No exame físico, ela apresentava-se taquipneica, mas alerta e responsiva. A temperatura axilar era 38°C, FC=110 bpm, f- 28 ipm, pressão arterial 110 x 70mmHg. Havia uso de musculatura acessória, porém a paciente conseguia completar pequenas sentenças. A ausculta respiratória mostrava diminuição do murmúrio vesicular bilateralmente e um padrão de respiração com expiração prolongada era percebida. A radiografia de tórax revelava hiperinsuflação. Gasometria arterial com O₂ a 2L/min por catéter nasal: pH = 7.30, pO₂ = 58 mmHg, pCO₂ = 60 mmHg, HCO₃- 21 mmHg e SatO₂= 88%.

Além de monitorização intensiva na UTI, a conduta mais apropriada para a paciente nesse momento é:

- (A) aumentar o fluxo de oxigênio e nebulização com beta-agonista;
- (B) nebulização com beta-agonista apenas;
- (C) intubação orotraqueal e ventilação mecânica invasiva;
- (D) ventilação não invasiva (VNI) compressão positiva;
- (E) instalar o cateter nasal de alto fluxo (CNAF).

64

Um paciente de 72 anos, com peso predito de 65 quilos, portador de DPOC agudizada por causa de infecção respiratória, está intubado e ventilado mecanicamente há 10 dias por pneumonia. Apresenta boa evolução com melhora do quadro infeccioso e no momento está sendo ventilado com PSV = 15 cmH₂O, volume corrente = 350 ml, FR = 25 ipm; gasometria arterial mostra pH = 7,35, paO₂ = 60 mmHg, paCO₂ = 50 cmH₂O. Bicarbonato = 28 com FiO₂ 0,40. Quando se tenta diminuir a pressão de suporte para 8 cmH₂O e se mantém a PEEP em 5 cmH₂O, a FR aumenta para 32 ipm e o volume corrente cai para 200 ml com o paciente bastante desconfortável.

Diante do quadro acima citado, a explicação mais provável para essa situação é:

- (A) aumento do componente resistivo das vias aéreas;
- (B) atelectasia completa;
- (C) tromboembolismo pulmonar;
- (D) insuficiência ventricular esquerda;
- (E) presença de secreção no circuito do respirador.

65

Uma mulher de 68 anos queixa-se de falta de ar ao andar no plano, necessitando parar algumas vezes para recuperar o fôlego. Refere, também, tosse com expectoração acinzentada, principalmente pela manhã ao acordar.

Tabagista de 40 anos-maço. HAS em uso de losartana 50 mg de 12 em 12 horas. Nega DM, hepatites e alergias. Ao exame físico: lúcida, orientada, hidratada, acianótica e afebril. PA 130 x 90 mmHg, FR 18 irpm, FC 80 bpm. AP: MV diminuído sem ruídos adventícios. Sat O2 95% em ar ambiente, sem esforço respiratório em repouso. Realizou espirometria, que revelou CVF normal, VEF1/CVF 66% pós-BD e VFE1 de 52%. Prova broncodilatadora negativa.

Nesse cenário clínico, a classificação de gravidade, segundo os critérios do GOLD, levando em consideração os parâmetros espirométricos, é:

- (A) estágio 0 muito leve;
- (B) estágio I leve;
- (C) estágio II moderado;
- (D) estágio III grave;
- (E) estágio IV muito grave.

66

Uma paciente de 72 anos, coronariopata, interna-se com insuficiência cardíaca descompensada. No quarto dia de hospitalização, apresenta febre e piora dos marcadores inflamatórios do sangue periférico. A radiografia de tórax no leito sugere aumento do acúmulo de líquido pleural à direita, agora sugerindo infecção associada do mesmo lado. Foi realizada toracocentese guiada por ultrassonografia à beira do leito.

O resultado com melhor prognóstico para esse procedimento foi:

- (A) relação LDH líquido pleural/sérico de 0,7;
- (B) gradiente de albumina de 1,4;
- (C) relação PTN líquido pleural de 0,5;
- (D) pH de 7,2;
- (E) glicose de 58 mg/dL.

67

Uma paciente de 65 anos chega na emergência com relato de dois dias de muita prostração, febre de 39 °C, tosse produtiva com expectoração purulenta e cansaço progressivo. Estava lúcida e orientada, com PA 80 x 60 mmHg, FC 100 bom, FR 20 irpm. A radiografia de tórax mostrava consolidação em lobo inferior direito. Os exames laboratoriais registraram ureia de 35 mg/dL, creatinina 1,1 e PCR de 12 mg/dL. O diagnóstico foi de pneumonia comunitária. Diante desse contexto da paciente foi decidida a internação hospitalar.

Os parâmetros que justificam melhor essa decisão são:

- (A) frequência respiratória de 20 ipm;
- (B) PA sistólica de 80 mmHg;
- (C) ureia 35 mg/dL;
- (D) seria necessário investigar nova comorbidade;
- (E) embora a paciente estivesse lúcida, poderia haver piora do nível de consciência.

Psiquiatria

68

Uma paciente de 76 anos, em tratamento de longa data para diabetes mellitus tipo 2, dislipidemia e hipertensão arterial sistêmica, procura consultório psiquiátrico queixando-se de que há 1 ano liga para seus filhos várias vezes por dia com medo de que "algo ruim possa acontecer a eles". Relata também que anda "com os nervos à flor da pele", irritada e com muita dor muscular. Aproveitando a consulta, também se queixa de formigamento e dor em queimação em seus pés iniciados há 2 anos, com piora progressiva.

Considerando as comorbidades da paciente, a melhor terapia medicamentosa nesse caso é:

- (A) bupropiona;
- (B) alprazolam;
- (C) quetiapina;
- (D) escitalopram;
- (E) pregabalina.

69

Um paciente de 48 anos é levado pelos filhos ao Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) devido a quadro de etilismo. Os filhos relatam que o paciente bebe destilados quase diariamente e pouco se alimenta, e há 5 dias encontra-se caindo e confuso. Nega traumatismo cranioencefálico. Está sem fazer o uso de bebidas alcoólicas há 3 dias, sem melhora do quadro. Ao exame, o médico nota o paciente bastante emagrecido, desorientado no tempo e no espaço, desatento, com dificuldade de manter o equilíbrio, marcha instável e com nistagmo horizontal bilateral. Frente a esse caso agudo, a principal hipótese diagnóstica é:

- (A) encefalopatia de Wernicke;
- (B) transtorno conversivo;
- (C) doença de Creutzfeldt-Jakob;
- (D) cirrose hepática;
- (E) encefalite límbica.

70

Uma criança de 8 anos foi levada a consulta em uma unidade básica de saúde com queixa de baixo rendimento escolar e "apagões". Após colher a anamnese, e suspeitando de um diagnóstico, o médico fez a manobra de hiperventilação. Durante a manobra, a criança apresentou breves interrupções de consciência: ela ficava ausente e estática por alguns segundos e, em seguida, retornava ao ponto em que ocorrera a perda de consciência. Esses episódios breves eram acompanhados de discretos movimentos das pálpebras. Os pais relataram que esses episódios ocorriam várias vezes ao dia, mas que, devido à sua curta duração, tiveram dificuldade em observá-los. A paciente foi tratada com sucesso pelo médico da UBS com medicação antiepiléptica (etossuximida). No entanto, a mãe relatou a ocorrência de um fenômeno estranho após o início da medicação: a criança passou a ver coisas que não existiam e acreditava nessas coisas que só ela via.

A melhor conduta frente a esse caso é:

- (A) tratar essa criança com metilfenidato, pois ela não é epilética e sofre de déficit de atenção;
- (B) trocar a droga antiepiléptica pela carbamazepina, pois trata-se de crise focal associada a episódios de ansiedade;
- (C) administrar haloperidol, pois a paciente é de fato esquizofrênica;
- (D) trocar a droga antiepiléptica para o ácido valproico, pois a criança apresenta crises generalizadas;
- (E) tratar com risperidona e metilfenidato, pois a criança sofre de déficit de atenção e esquizofrenia.

71

Leonardo, 67 anos, comparece com a sua esposa a consulta médica. A esposa reclama que o paciente fica muito agitado no meio da madrugada, falando e chegando a chutá-la, inclusive já tendo a machucado. Afirma que isso ocorre enquanto ele está dormindo e que esse comportamento é recorrente.

O provável diagnóstico é:

- (A) narcolepsia;
- (B) terror noturno;
- (C) síndrome das pernas inquietas;
- (D) transtorno de ansiedade generalizada;
- (E) transtorno comportamental do sono REM.

72

Com relação ao transtorno de transe e possessão, é correto afirmar que:

- (A) está presente na doença de Alzheimer;
- (B) só pode ser diagnosticado no contexto religioso;
- (C) é característico da síndrome de Münchhausen por procuração;
- (D) é caracterizada pela produção intencional de respostas absurdas ou sem sentido a perguntas simples;
- (E) o indivíduo age tomado de uma personalidade ou divindade, ocorrendo uma pausa temporária no senso de identidade.

73

No uso de antipsicóticos de primeira geração, podem ocorrer como efeito indesejável:

- (A) agnosia visual;
- (B) ginecomastia em homens;
- (C) delírios;
- (D) alucinações auditivas;
- (E) síndrome piramidal.

74

O principal neurotransmissor envolvido na promoção ativa do sono é:

- (A) dopamina;
- (B) serotonina;
- (C) glutamato;
- (D) norepinefrina;
- (E) GABA.

75

Em relação ao sono REM, é correto afirmar que:

- (A) é maior no início do sono;
- (B) está associado a atonia muscular;
- (C) é dividido em 3 estágios;
- (D) ocorre o sonambulismo nessa fase do sono;
- (E) também é conhecido como sono de ondas lentas.

76

Em relação à depressão geriátrica, é correto afirmar que:

- (A) está associada a um risco maior de desenvolver demência;
- (B) é uma consequência normal do envelhecimento;
- (C) pacientes que apresentam o primeiro episódio depressivo quando já idosos costumam ter história familiar positiva;
- (D) pacientes casados e do sexo masculino apresentam maior risco;
- (E) a ideação suicida é mais comum nesse grupo de pacientes em comparação com pacientes mais novos.

77

Em relação ao transtorno afetivo bipolar em pacientes geriátricos, é correto afirmar que:

- (A) os sintomas aumentam à medida que a idade aumenta;
- (B) esse diagnóstico não pode ser feito após os 60 anos;
- (C) os sintomas são mais leves se comparados à doença iniciada em população mais nova;
- (D) esse transtorno não está associado com déficits cognitivos;
- (E) o comportamento sexual excessivo durante episódios maníacos ou hipomaniacos é mais comum, em comparação com a população mais jovem com a doença.

78

Uma mulher de 24 anos apresenta os seguintes sintomas que ocorrem antes de sua menstruação: irritabilidade, ansiedade intensa, aumento do apetite principalmente para doces, sentimento de depressão profunda e insônia. Os sintomas levam a um prejuízo em seu funcionamento social e melhoram após a menstruação.

O provável diagnóstico é:

- (A) síndrome pré-menstrual;
- (B) transtorno de ansiedade generalizada;
- (C) transtorno depressivo maior;
- (D) transtorno afetivo bipolar;
- (E) transtorno disfórico pré-menstrual.

79

Um paciente de 47 anos queixa-se de desejo de movimentar as pernas e sensação desagradável que ocorre com o repouso, ocorrendo principalmente à noite, mais de 3 vezes por semana. Os sintomas se aliviam parcialmente com o movimento.

Considerando o provável diagnóstico, a melhor conduta é:

- (A) iniciar quetiapina;
- (B) iniciar zolpidem;
- (C) solicitar dosagem de ferro e ferritina;
- (D) solicitar dosagem de ácido fólico e vitamina B12;
- (E) solicitar eletroneuromiografia de MMII.

80

Ana, 36 anos, procura psiquiatra com queixa de agitação psicomotora, ansiedade, insônia e palpitações. Ao exame, apresenta-se com exoftalmia e com tremor simétrico e de alta frequência que piora quando realiza alguma tarefa. Traz um eletrocardiograma, que demonstra taquicardia sinusal.

Considerando o quadro clínico, a melhor conduta inicial é:

- (A) iniciar moderador do humor;
- (B) iniciar inibidor seletivo da recaptção de serotonina;
- (C) solicitar neuroimagem;
- (D) solicitar TSH, T4 livre e anticorpo antirreceptor de TSH;
- (E) solicitar eletroencefalograma.

RASCUNHO

RASCUNHO

Realização

