

# EXAME NACIONAL DE RESIDÊNCIA

## EDIÇÃO 2024/2025


**Enare**  
EXAME NACIONAL DE RESIDÊNCIA

TARDE

# ÁREA DE ATUAÇÃO - MEDICINA PALIATIVA (ATMEDPALT01)


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!**



## Anestesiologia

1

Uma paciente, de 48 anos de idade, é candidata a colecistectomia videolaparoscópica. Na consulta pré-operatória, relata sofrer de hipertensão arterial desde os 40 anos de idade e fazer uso de losartana 50 miligramas pela manhã. Sem outras patologias. Índice de massa corporal de 40 kg/m<sup>2</sup>. Pressão arterial de 150 X 100 mmHg.

De acordo com a classificação do Estado Físico segundo a *American Society of Anesthesiologists (ASA)*, essa paciente deve ser classificada como:

- (A) ASA I;
- (B) ASA II;
- (C) ASA III;
- (D) ASA IV;
- (E) ASA V.

2

O procedimento cirúrgico considerado de médio porte que apresenta risco intermediário (entre 1 e 5%) para infarto e/ou morte dentro de 30 dias após a cirurgia é o(a):

- (A) cirurgia de carótida;
- (B) transplante hepático;
- (C) cirurgia de esôfago e duodeno;
- (D) cirurgia vascular abdominal eletiva;
- (E) cirurgia arterial de membros inferiores.

3

A ventilação monopolunar é uma técnica anestésica amplamente utilizada em muitos procedimentos cirúrgicos visando à segurança do paciente. A indicação da técnica pode ser absoluta ou relativa.

A situação que tem indicação absoluta de ventilação monopolunar é:

- (A) hemoptise;
- (B) toracoscopia;
- (C) esofagectomia;
- (D) cirurgia de aorta torácica;
- (E) lobectomia superior direita.

4

O conhecimento da fisiologia respiratória é fundamental para melhorar a tomada de decisão clínica. A resposta fisiológica orienta o diagnóstico e a conduta terapêutica.

A resposta ventilatória à pressão parcial arterial de dióxido de carbono (PaCO<sub>2</sub>):

- (A) independe da hipoxemia;
- (B) aumenta com a norepinefrina;
- (C) independe de antagonistas de opioides;
- (D) diminui com acidose metabólica presente;
- (E) independe dos mecanorreceptores pulmonares.

5

A ventilação com máscara fácil é de fundamental importância na segurança do paciente submetido à anestesia geral. Características relacionadas ao paciente interferem na dificuldade em conduzir o procedimento.

O fator independente mais importante para ocorrência de ventilação difícil sob máscara é:

- (A) Mallampati I;
- (B) pescoço curto;
- (C) palato arqueado;
- (D) história de ronco;
- (E) distância interincisivos menor que 3 cm.

6

Uma paciente, com 45 anos de idade, apresenta, após tireoidectomia total, quadro compatível com lesão do nervo laríngeo recorrente direito.

No exame pós-operatório realizado por especialista, o diagnóstico é confirmado pelo seguinte achado:

- (A) afonia;
- (B) estridor;
- (C) edema laríngeo;
- (D) adução da corda vocal direita em repouso;
- (E) paralisia do músculo cricotireoideo direito.

7

Durante reanimação cardiopulmonar, a pressão parcial de dióxido de carbono medida ao final da expiração pela capnografia (PEtCO<sub>2</sub>) é correlacionada com o:

- (A) volume minuto;
- (B) débito cardíaco;
- (C) oxigênio inspirado;
- (D) dióxido de carbono venoso;
- (E) dióxido de carbono arterial.

## Cirurgia de Cabeça e Pescoço

8

Um paciente masculino, de 57 anos, portador de tireoidite de Hashimoto e um nódulo em lobo esquerdo Bethesda VI em citologia medindo, em seu maior diâmetro, 4,2 cm, sem linfonodomegalias suspeitas, foi encaminhado para tireoidectomia total. Ao final da lobectomia esquerda, foi estimulado o nervo laríngeo recorrente e foi identificada uma diminuição de 70% da amplitude e aumento de 50% da latência em comparação com os valores iniciais da cirurgia. Foi descartado qualquer mal funcionamento ou interferência no monitor de nervo.

A melhor conduta intraoperatória para esse paciente é:

- (A) fazer a lobectomia contralateral, pois sem isso o prognóstico do paciente será pior e o risco é baixo;
- (B) encerrar a cirurgia, pois a lobectomia já é suficiente para o seu tratamento;
- (C) fazer a lobectomia contralateral, caso o cirurgião seja de alto volume, uma vez que o risco de complicação é baixo;
- (D) fazer uma dose de Iodo 131 de 250mCi para destruir o remanescente da glândula e eventuais metástases;
- (E) encerrar a cirurgia, realizar videolaringoscopia pós-operatória, esperar recuperação da função da prega vocal e totalizar a tireoidectomia.

**9**

Um paciente de 57 anos, recuperando-se de infarto agudo do miocárdio e da revascularização deste com dois stents farmacológicos, encontra-se agora em uso de dupla antiagregação plaquetária pelos próximos 6 meses. Descobriu, durante a investigação do infarto, um nódulo tireoidiano em  $\frac{1}{3}$  superior de lobo direito, isoeicoico, regular, altamente vascularizado, com margens regulares, mais largo do que alto, medindo 2,2x1,8x3 cm. Seu TSH é 0,8 (N 0,40 a 5,8  $\mu$ UI/ml). Foi solicitada a citologia do nódulo, que resultou em Bethesda IV (neoplasia folicular).

Nesse cenário, os resultados que indicariam baixo risco de malignidade e permitiriam, com isso, evitar uma cirurgia nesse momento são:

- (A) PET-Scan (Baixo SUV no nódulo), calcitonina baixa e cintilografia não captante no nódulo;
- (B) cintilografia não captante no nódulo, teste molecular negativo, calcitonina baixa;
- (C) PET-Scan (Baixo SUV no nódulo), revisão de lâmina Bethesda II e cintilografia não captante no nódulo;
- (D) PET-Scan (Baixo SUV no nódulo), teste molecular negativo, calcitonina baixa;
- (E) PET-Scan (Alto SUV no nódulo), teste molecular negativo, cintilografia captante no nódulo.

**10**

Paciente feminina, 55 anos, não tabagista, com uso de prótese dentária, apresenta lesão ulcerada e plana em borda lateral esquerda da língua. A lesão é verrucosa e tem áreas avermelhadas em seu interior. Não apresenta linfonodos suspeitos à palpação. Foi sugerida a biópsia da lesão; porém, a paciente se recusa a realizar o procedimento.

Como forma de aconselhar a paciente, é correto afirmar que:

- (A) o local da lesão não é frequentemente associado a neoplasias malignas e não se aconselha a biópsia;
- (B) o tipo da lesão não é associado com neoplasia maligna e não se aconselha a biópsia;
- (C) o tipo da lesão não é associado com neoplasia maligna, mas o local é associado; contudo, não se aconselha a biópsia;
- (D) o tipo e o local da lesão são associados com neoplasia maligna; por isso, aconselha-se a biópsia;
- (E) o tipo da lesão é associado com neoplasia maligna, contudo o local não é associado, mesmo assim aconselha-se a biópsia.

**11**

Acerca do carcinoma de células de Merkel, é correto afirmar que:

- (A) é um tumor raro de origem no epitélio glandular;
- (B) é tratado com cirurgia e raramente apresenta recidiva local ou regional;
- (C) tem positividade no CK-20 e negatividade no TTF1 como critérios para classificação;
- (D) tem *Merkel cell polyomavirus* detectado em 100% dos tumores;
- (E) é um tumor tipicamente de mulheres jovens entre 25-30 anos.

**12**

São princípios da radiobiologia que atuam durante a radioterapia das células tumorais:

- (A) reparo (danos ao DNA), reoxigenação e refinamento;
- (B) redistribuição (no ciclo celular), refrigeração e reoxigenação;
- (C) repopulação, redistribuição (no ciclo celular) e retificação;
- (D) reparo (danos ao DNA), redistribuição (no ciclo celular) e repopulação;
- (E) repopulação, restauração e reoxigenação.

**13**

Uma paciente de 45 anos apresentava aumento de linfonodos cervicais, sudorese noturna, febre baixa e perda de peso. Foi submetida a biópsia do maior linfonodo, tendo sido diagnosticada doença de Castleman.

Acerca dessa condição, é correto afirmar que:

- (A) deve ser tratada com antibiótico de amplo espectro por no mínimo 3 meses;
- (B) pode estar associada a anemia por deficiência de ferro e infecções oportunistas;
- (C) é uma doença benigna e não possui aumento de risco de desenvolvimento de linfomas;
- (D) é uma doença autolimitada e não requer qualquer acompanhamento a longo prazo;
- (E) é uma infecção sexualmente transmissível, de modo que os parceiros sexuais devem ser investigados.

**14**

Paciente masculino, 45 anos, apresenta grande massa nasal à esquerda com abaulamento da parede nasal e maxilar ipsilateral. A biópsia mostrou carcinoma sinonasal indiferenciado (SNUC).

O patologista deve considerar as seguintes hipóteses como diagnóstico diferencial:

- (A) linfoma, neuroblastoma do nervo olfatório e carcinoma de pequenas células;
- (B) carcinoma epidermoide queratinizante bem diferenciado, melanoma e histiocitose X;
- (C) carcinoma epidermoide queratinizante bem diferenciado e carcinoma ex-adenoma pleomórfico;
- (D) melanoma, carcinoma ex-adenoma pleomórfico e rabdomiossarcoma;
- (E) processo inflamatório inespecífico, tuberculose e histoplasmose.

## Cirurgia Oncológica

**15**

Em um homem de 53 anos com diagnóstico de neoplasia escamosa invasiva, não metastática, do canal anal, observou-se, no toque retal, lesão tumoral ulcerada ocupando o canal anal desde a margem anal até 1,8 cm proximal à linha pectínea.

A melhor opção terapêutica para esse paciente é:

- (A) quimioterapia e radioterapia neoadjuvante;
- (B) amputação abdominoperineal do reto;
- (C) quimioterapia e radioterapia exclusivas;
- (D) ressecção local ampla com margens;
- (E) ressecção anterior do reto.

**16**

Em um homem de 72 anos, apresentando dor para evacuar, sangramento às evacuações e tenesmo, o exame proctológico evidenciou massa vegetante a 7,5 cm da borda anal, pouco móvel, ocupando toda a circunferência do reto. A biópsia demonstrou se tratar de adenocarcinoma invasivo. Exames complementares não evidenciaram metástases.

A melhor conduta oncológica é:

- (A) quimioterapia e radioterapia exclusivas;
- (B) amputação de reto, quimioterapia e radioterapia no pós-operatório;
- (C) ressecção local do tumor, quimioterapia e radioterapia no pós-operatório;
- (D) terapia neoadjuvante e, a seguir, retossigmoidectomia anterior com colostomia temporária em ângulo hepático;
- (E) retossigmoidectomia anterior com colostomia temporária em ângulo hepático do colo e terapia adjuvante no pós-operatório.

**17**

Uma paciente de 24 anos, nuligesta e com desejo de engravidar, foi submetida a uma anexectomia unilateral por cisto ovariano. Contudo, o exame histopatológico evidenciou cistoadenocarcinoma seroso.

A conduta mais adequada para essa paciente é:

- (A) realização de quimioterapia e radioterapia adjuvante;
- (B) conduta expectante, uma vez que já fora realizada a anexectomia;
- (C) reabordagem cirúrgica para estadiamento, com coleta de lavado peritoneal, omentectomia infracólica, linfadenectomia pélvica e periaórtica e biópsias peritoneais múltiplas;
- (D) reabordagem cirúrgica com histerectomia total, salpingo-ooforectomia contralateral, omentectomia infracólica e linfonodectomia pélvica e periaórtica;
- (E) reabordagem cirúrgica com coleta de lavado peritoneal, omentectomia infracólica, linfadenectomia pélvica e periaórtica, biópsias peritoneais e do ovário contralateral, mesmo se macroscopicamente normal.

**18**

A eficiência do rastreamento genético, pela pesquisa de mutações no proto-oncogene RET, está bem estabelecida no diagnóstico e na identificação de portadores assintomáticos das formas hereditárias de carcinoma medular da tireoide (CMT).

Em relação ao CMT e ao proto-oncogene RET, é correto afirmar que:

- (A) 90% dos pacientes com CMT esporádico têm mutação no proto-oncogene RET;
- (B) parentes de pacientes com CMT familiar e negativos para mutação no proto-oncogene RET devem continuar com investigação anual da mutação;
- (C) parentes de pacientes com CMT familiar e negativos para mutação no proto-oncogene RET devem continuar com investigação anual através da calcitonina plasmática;
- (D) crianças com histórico familiar positivo e mutação no proto-oncogene RET devem ser submetidas à tireoidectomia total a partir dos 5 anos de idade;
- (E) parentes de pacientes com CMT familiar e negativos para mutação no proto-oncogene RET devem continuar com investigação anual com ultrassonografia de tireoide.

**19**

Um paciente de 62 anos apresenta diagnóstico histopatológico de carcinoma ductal infiltrante em quadrante súpero-interno da mama esquerda. O mastologista indicou mastectomia radical modificada à Patey.

Essa técnica cirúrgica consiste na retirada de:

- (A) toda a mama, com a preservação do músculo peitoral maior e menor, com linfadenectomia axilar;
- (B) toda a mama, com a preservação do músculo peitoral maior e menor;
- (C) toda a mama, com preservação do músculo peitoral maior;
- (D) toda a mama, com a preservação do músculo peitoral menor;
- (E) toda a mama, com a preservação do músculo peitoral menor, com linfadenectomia axilar.

**20**

Uma mulher de 50 anos, submetida a colecistectomia devido a colelitíase, apresenta, no laudo histopatológico, neoplasia de vesícula (T1b), com invasão perineural e microvascular, sem imagens sugestivas de metástase aos exames complementares.

A conduta mais adequada nesse caso é:

- (A) cirurgia de Fain e congelação da margem do ducto cístico;
- (B) seguimento clínico, pois o problema já foi resolvido com a colecistectomia;
- (C) hepatectomia direita e linfadenectomia das regiões periportal, hepatoduodenal e tronco celíaco;
- (D) ressecção dos pórticos e linfadenectomia das regiões periportal, tronco celíaco e hepatoduodenal;
- (E) ressecção dos segmentos IV e V, linfadenectomia periportal, hepatoduodenal e do tronco celíaco, ressecção dos pórticos e congelação da margem do ducto cístico.

**21**

Um paciente 59 anos foi submetido a uma esofagectomia transtorácica com linfadenectomia associada para tratamento de carcinoma espinocelular em terço médio do esôfago. Em pós-operatório imediato, o paciente apresentou disfonia e tosse ao tentar beber água. Foi realizada a avaliação da deglutição, sugerindo a possibilidade de aspiração.

Considerando a anatomia cirúrgica do esôfago, o nervo provavelmente lesionado foi o:

- (A) laríngeo recorrente esquerdo;
- (B) frênico direito;
- (C) torácico longo;
- (D) glossofaríngeo;
- (E) vago.

## Clínica Médica

22

Um homem de meia-idade retornou ao ambulatório de clínica médica em cadeira de rodas, trazido pela esposa, relatando estar a maior parte do tempo acamado. O início das dores lombares foi há 4 meses. A dor situa-se principalmente na transição toracolombar, permanece durante a noite e já está refratária a uso de opioides fracos. A constipação piorou (última evacuação há 5 dias) e o paciente não urina com tanta frequência. Quando sente vontade de urinar, não consegue segurar completamente. A esposa relata que o marido perdeu pelo menos uns 8 kg nos 4 meses desde o início do quadro, havendo febre vespertina ocasional não aferida. A esposa também atualiza o quadro dizendo que a dor parece já estar presente há mais tempo (uns 6 meses). Há aproximadamente 1 mês, ele havia sentido uma fraqueza mais proeminente nas pernas, que o levou a cair sentado. Desde então, não conseguiu se levantar.

Exame físico: paraplegia espástica e hiperreflexia de membros inferiores, com redução de sensibilidade para tato, temperatura e pressão e dor com nível sensitivo na altura dos mamilos. Havia redução da sensibilidade profunda caracterizada por perda completa da propriocepção e sensibilidade vibratória. O restante do exame físico revela paciente hipocorado, um pouco desidratado, com distensão abdominal e redução dos ruídos intestinais. Massa palpável em hipogástrico, indolor, sugerindo bexigoma.

Nos exames solicitados, revelaram-se anemia normocítica, normocrômica, VHS 88 mmHg, PCR: 95 (N: até 10 mg/L), creatinina: 1,6 mg/dl; outros exames estavam normais, incluindo hepatograma, Na, K, Ureia, PSA. Na radiografia de coluna lombar, não se evidenciou fratura, mas havia alterações degenerativas comuns para a idade em região sacroilíaca e acetabular. O radiologista sugeriu redução da densidade óssea, mas não havia lesões líticas ou blásticas. Havia achados de fecalitos em região retossigmoideana e provável bexigoma pela análise da radiografia. O médico decidiu interná-lo imediatamente para investigação e tratamento.

Em relação a esse caso, é correto afirmar que:

- (A) a principal hipótese é de mielite transversa, e os exames complementares mais importantes a serem realizados nesse caso são ressonância de coluna lombar e punção lombar;
- (B) dado que a probabilidade de osteomielite e abscesso epidural é baixa, como é possível concluir pela radiografia de coluna, pode-se iniciar corticoide 1 mg/kg para síndrome de compressão medular;
- (C) como a fosfatase alcalina, gama glutamiltransferase (GGT) e transaminases estão normais, não é necessário investigar os níveis séricos de cálcio e fósforo;
- (D) as alterações degenerativas e provável osteopenia na radiografia de coluna lombar, somadas ao quadro de claudicação neurogênica, sugerem fratura osteoporótica compressiva. Nesse caso, o médico deve optar pela realização de tomografia de coluna lombar para visualização da fratura e rápido encaminhamento ao serviço de neurocirurgia ou ortopedia;
- (E) o paciente possui vários sinais de alarme: febre, perda ponderal inexplicada, dor noturna e refratária e manifestações neurológicas graves. Essas últimas motivam a realização de ressonância de coluna torácica e lombar de urgência para investigação de síndrome de compressão medular.

23

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 clister 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 decompressão 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.

24

Um paciente idoso atendido em consulta ambulatorial com perda ponderal significativa não intencional poderia ser classificado com síndrome consumptiva na dependência de outros sinais e sintomas.

As principais possibilidades para síndrome consumptiva em idosos ambulatoriais são:

- (A) doença do refluxo gastroesofágico, úlcera péptica e tumores do estômago;
- (B) transtorno depressivo, alterações benignas do trato digestivo e doenças malignas;
- (C) tuberculose pulmonar, insuficiência cardíaca e doença pulmonar obstrutiva crônica;
- (D) anorexia nervosa, doenças degenerativas neurológicas e medicamentos;
- (E) doença de Parkinson, doença de Alzheimer e efeitos medicamentosos adversos.

**25**

Um paciente de 68 anos, com diagnóstico de câncer de próstata, foi internado para realização de prostatectomia. Estava em uso de anlodipino 10 mg ao dia e atorvastatina 20 mg ao dia. Relatou que no passado fez uso de “medicação para arritmia”, mas suspendeu por conta própria há 5 anos. Apresentava placa ateromatosa não obstrutiva em carótidas bilateralmente. Foi avaliado pela equipe de clínica médica no dia anterior da cirurgia. O exame físico não apresentava alterações significativas. A pressão arterial era de 148 por 90 mmHg e a frequência cardíaca, de 69 batimentos por minuto.

Nesse caso, a conduta correta é:

- (A) manter o uso de atorvastatina;
- (B) prescrever atenolol para ser ministrado na manhã da cirurgia;
- (C) orientar o início de amiodarona venosa no dia da cirurgia;
- (D) iniciar ramipril associado a hidroclorotiazida e suspender a cirurgia até melhor controle pressórico;
- (E) iniciar aspirina no dia anterior da cirurgia, visando à redução do risco de eventos cardiovasculares perioperatórios.

**26**

Uma mulher de 50 anos, que vinha em acompanhamento oncológico por câncer de mama, é internada com dor óssea refratária às medicações orais. Foram detectadas metástases ósseas, hepáticas e pulmonares. A dor foi bem controlada e foram realizados todos os exames pertinentes ao quadro clínico apresentado. Além disso, a equipe médica discutiu sobre a importância da avaliação da espiritualidade da paciente.

Em relação à avaliação da espiritualidade em pacientes que estão em cuidados paliativos, é correto afirmar que:

- (A) o rastreio da espiritualidade não está recomendado para pacientes em cuidados paliativos;
- (B) a avaliação da espiritualidade deve ser realizada apenas nos pacientes que se consideram religiosos;
- (C) o rastreamento breve da espiritualidade deve ser realizado apenas pelo serviço de capelania ou líderes religiosos;
- (D) angústia ou sofrimento espiritual pode amplificar outros tipos de sofrimento dos pacientes, como a dor física ou emocional;
- (E) os pacientes e cuidadores geralmente não querem que sua espiritualidade seja abordada pelo profissional de saúde.

**27**

Uma mulher de 38 anos é atendida no ambulatório com queixa de aproximadamente 4 a 5 episódios de cistite sintomáticas por ano nos últimos 3 anos, com significativo impacto na sua qualidade de vida. Relata ter sido submetida, nesse período, a investigação com ultrassonografia, tomografia e múltiplos exames de urina. Não há alterações nos exames ginecológicos. No momento da consulta, encontra-se assintomática e com exame de urina recente sem alterações.

Visando à prevenção de infecções urinárias de repetição nessa paciente, entre as alternativas abaixo, o esquema mais recomendado é:

- (A) doxiciclina 100 mg 2 vezes ao dia por 5 meses;
- (B) cefuroxima 250 mg 2 vezes ao dia por 4 meses;
- (C) levofloxacina 750 mg 1 vez ao dia por 3 meses;
- (D) macrodantina 100 mg 1 vez ao dia por 6 meses;
- (E) ciprofloxacina 500 mg 2 vezes ao dia por 2 meses.

**28**

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), alfafetoproteína e beta gonadotrofina coriônica humana (Beta hCG).

## Geriatría

**29**

O processo de envelhecimento é complexo, não se resumindo a uma simples passagem do tempo (dimensão cronológica). Trata-se de um processo dinâmico, progressivo e irreversível, caracterizado por manifestações nas variadas dimensões (biológicas, psíquicas e sociais). O envelhecer é um conjunto de processos que contribuem para aumentar progressivamente a taxa de mortalidade específica para a idade.

Diz respeito à dimensão biológica do envelhecimento a ideia de que:

- (A) o envelhecimento refere-se ao tempo transcorrido a partir de um momento específico: a data de nascimento do indivíduo;
- (B) a medida biológica do envelhecimento, apesar de simples, acompanha a dimensão cronológica, na qual as mudanças morfofisiológicas são bem definidas pela idade, não existindo diferenças individuais;
- (C) o envelhecimento reflete uma inter-relação de fatores individuais, sociais e econômicos, sendo fruto da educação, trabalho, experiência de vida e cultura;
- (D) o envelhecimento abrange desde o nível molecular até o morfofisiológico, com importante modulação do meio sobre o conteúdo genético, influenciado por modificações psicológicas, funcionais e sociais que ocorrem com o passar do tempo;
- (E) o comportamento de uma pessoa diante de determinadas situações está de acordo com os hábitos, gostos e estilo de vida adquiridos e elaborados ao longo dos anos. Assim a capacidade de adaptação às perdas e outras mudanças durante a vida determinam grandemente a capacidade de adaptação do indivíduo à idade avançada.

**30**

A sarcopenia é uma doença muscular reconhecida com código de diagnóstico no CID-10 (M62.84) e arraigada em mudanças musculares acumuladas ao longo da vida. Trata-se de um transtorno progressivo e generalizado da musculatura esquelética, envolvendo acelerada perda de massa, força e função muscular que se associa ao aumento de desfechos negativos em idosos, como declínio funcional, fragilidade, quedas e morte.

O grupo de sintomas que deve levantar a hipótese de sarcopenia sempre que presente é:

- (A) dificuldade de subir escadas, dispneia aos médios esforços, edema de membros inferiores e ortopneia;
- (B) perda de peso, lentificação da marcha, quedas e sensação de fraqueza;
- (C) dificuldade para levantar da cadeira, dor lombar, dor em joelhos e contraturas musculares;
- (D) quedas, esquecimento, déficit de atenção e incontinência urinária;
- (E) bradicinesia, rigidez, tremor e quedas.

**31**

No Brasil, apesar de as referências sobre diversos instrumentos validados de avaliação da dor no idoso terem aumentado nos últimos anos, a subavaliação e o subtratamento pelos profissionais de saúde ainda são uma realidade. Esse fato contribui para o controle inadequado da dor, deixando o idoso vulnerável a consequências decorrentes da perda da funcionalidade secundária ao subtratamento da dor. Por meio de educação em dor, é possível minimizar as fragilidades na avaliação e no manejo inadequados da dor no idoso.

No tratamento da dor do paciente idoso, em relação aos analgésicos opioides, é correto afirmar que:

- (A) fentanil e midazolam são opioides fortes;
- (B) codeína e metadona são opioides fracos;
- (C) morfina e tramadol são opioides fracos;
- (D) tramadol e buprenorfina são opioides fracos;
- (E) oxicodona e fentanil são opioides fortes.

**32**

Os “critérios de Beers” (da American Geriatric Society) são uma ferramenta para identificação de medicamentos potencialmente inapropriados para idosos. Seu conhecimento é essencial para evitar maiores riscos associados à prescrição medicamentosa para esse grupo de pacientes.

Considere uma paciente de 67 anos, com diagnóstico de diabetes mellitus tipo II, que já fez as mudanças de estilo de vida de forma adequada, mas ainda mantém níveis glicêmicos e de hemoglobina glicada que indicam início de tratamento medicamentoso, tem função renal normal e não possui outra comorbidade. Considerando-se os medicamentos potencialmente inadequados para idosos (categoria 1 dos critérios de Beers), a medicação de escolha nesse caso é:

- (A) glicazida;
- (B) glimepirida;
- (C) metformina;
- (D) glibenclamida;
- (E) glipizida.

**33**

Paciente de 61 anos, sem comorbidades associadas, procura ajuda de médico geriatra com queixa de perda de memória. Após completar a avaliação geriátrica ampla, com testes integrados de avaliação cognitiva (psicométricos) e de funcionalidade, e realizar alguns exames complementares (sangue e imagem), a conclusão diagnóstica foi a de que se tratava de um transtorno cognitivo leve (ou comprometimento cognitivo leve).

Com base nesse diagnóstico, é correto afirmar que:

- (A) não há perda funcional, e o desempenho nos testes psicométricos encontra-se abaixo do esperado para indivíduos da mesma faixa etária e escolaridade;
- (B) há prejuízo na sua funcionalidade e o desempenho nos testes psicométricos encontra-se abaixo do esperado para indivíduos da mesma faixa etária e escolaridade;
- (C) não há perda funcional, e os testes psicométricos encontram-se normais para indivíduos da mesma faixa etária e escolaridade;
- (D) não existem preditores de conversão rápida para transtorno cognitivo maior;
- (E) foram normais os testes psicométricos e os exames de sangue e imagem estão alterados.

**34**

A demência de Alzheimer (DA) ou transtorno cognitivo devido a doença de Alzheimer é um transtorno neurodegenerativo progressivo e fatal que se manifesta pela deterioração cognitiva e da memória, comprometimento progressivo das atividades de vida diária e uma variedade de sintomas neuropsiquiátricos e alterações comportamentais.

Sobre o diagnóstico da DA, é correto afirmar que:

- (A) um critério obrigatório é a presença de alteração em exames de neuroimagem.;
- (B) a prevalência diminui com o envelhecimento;
- (C) a história familiar, a baixa escolaridade e o sexo feminino estão entre os fatores de risco;
- (D) a principal região cerebral acometida é a região subcortical;
- (E) as alterações do nível de consciência auxiliam no diagnóstico.

**35**

Paciente de 78 anos tem diagnóstico de neoplasia maligna avançada. Todas as medidas terapêuticas contra a doença foram implementadas, porém não existe mais perspectiva de cura. O paciente ainda não sabe dessa condição e as más notícias precisam ser informadas.

Nesse caso, deve-se adotar o protocolo SPIKES, que inclui 6 etapas, entre as quais:

- (A) evitar abordar as emoções e não falar nada que implique tirar as esperanças do paciente;
- (B) planejar a conversa e avaliar a percepção do paciente, dando conhecimento e informação;
- (C) evitar respostas afetivas com o paciente;
- (D) atribuir aos familiares a responsabilidade pela transmissão de informações e pelo suporte;
- (E) informar que não existe estratégia ou plano de tratamento futuro.

## Mastologia

36

Uma mulher cisgênero de 58 anos apresentou quadro de carcinoma de mama direita localmente avançado. Após tratamento neoadjuvante, foi submetida a mastectomia radical modificada a Madden à direita. Ao estudo histopatológico da peça cirúrgica, verificaram-se: carcinoma residual de 2 cm em quadrante superolateral de mama direita e 4 linfonodos positivos de 25 ressecados. Três meses depois, em consulta de retorno, o mastologista percebe, ao exame físico, que a escápula à direita se encontrava mais longe da linha média em relação à escápula esquerda, em especial quando o membro superior direito era elevado para frente.

Frente ao quadro clínico acima exposto e histórico cirúrgico da paciente, houve lesão do seguinte nervo:

- (A) nervo toracodorsal;
- (B) nervo torácico longo;
- (C) nervo intercostobraquial;
- (D) nervo frênico;
- (E) nervo supraescapular.

37

Uma paciente cisgênero de 62 anos procura assistência com queixa de nódulo de mama esquerda palpado durante o banho há 20 dias e vermelhidão na mama esquerda.

Ao exame físico: mamas médias, hiperemia e edema de pele de mama esquerda (pele em casca de laranja) ocupando três dos quatro quadrantes da mama esquerda; nódulo palpável em quadrante superolateral de mama esquerda, pétéreo, aderido a planos superficiais e profundos de 5 cm; linfonodos axilares à direita não palpáveis. Na axila esquerda, palpavam-se dois linfonodos firmes, endurecidos, tendendo à fusão. Fossas supraclaviculares e infraclaviculares sem linfonodomegalias. Uma mamografia realizada 2 dias antes da consulta apresentava, em mama esquerda, nódulo mal delimitado de 5 cm, em quadrante superolateral de mama esquerda, além de edema difuso de pele de mama esquerda, categoria 5 BI-RADS.

A ultrassonografia de mamas e axilas realizada 1 dia antes da consulta evidencia nódulo irregular, com margens espiculadas, heterogêneo, em quadrante superolateral de mama esquerda, de 4,5 cm, e dois linfonodos globosos com perda de hilo em axila esquerda, categoria 5 BI-RADS.

A biópsia da nodulação da mama esquerda com agulha grossa (com inserção de clip de titânio) foi positiva para malignidade: carcinoma invasivo da mama tipo não especial, grau histológico 3. A biópsia por agulha grossa de um linfonodo axilar foi positiva para metástase de carcinoma mamário. A imuno-histoquímica evidenciou:

- receptores de estrogênio: negativo;
- receptores de progesterona: negativo;
- HER2/Neu: negativo;
- Ki-67: 75%.

A paciente foi então encaminhada para tratamento clínico medicamentoso (oncológico) neoadjuvante. Ao final da neoadjuvância, houve resposta clínica e radiológica completas (mamografia e ultrassonografia de mamas e axilas).

Após a neoadjuvância em mama e axila esquerdas, a conduta cirúrgica frente ao caso deve ser:

- (A) ressecção segmentar com marcação do leito do clip com fio metálico e biópsia de linfonodo sentinela;
- (B) ressecção segmentar com marcação do leito do clip com fio metálico e dissecação axilar;
- (C) mastectomia e biópsia de linfonodo sentinela;
- (D) mastectomia simples sem abordagem axilar;
- (E) mastectomia e linfadenectomia axilar.

38

Um homem cisgênero de 60 anos comparece ao consultório com diagnóstico de câncer de mama na mama direita.

A biópsia de fragmento evidencia carcinoma invasivo da mama tipo não especial. Receptores de estrogênio e progesterona positivos em 100%, Allred 8 em ambos. HER2/Neu 0. Ki-67: 10%. Ao exame físico: nódulo retroareolar à direita de 2,5 cm, ocupando a região retroareolar à direita, sem infiltração de pele. Mama esquerda sem nódulos. Axilas, fossas supraclaviculares e infraclaviculares sem linfonodos alterados.

Na condução desse caso, deve-se:

- (A) solicitar aconselhamento genético;
- (B) realizar ressecção segmentar da mama direita;
- (C) realizar dissecação axilar à direita;
- (D) realizar mastectomia bilateral;
- (E) indicar imunoterapia neoadjuvante.

**39**

Uma mulher cisgênero, preocupada com sua história familiar, procura geneticista para consulta. Ela teve mãe, duas tias maternas e avó materna com histórico de carcinoma de mama antes dos 50 anos. Pergunta sobre os genes que apresentam mutação germinativa com variante patogênica mais comuns na população brasileira e que são associados à ocorrência de carcinoma de mama.

A resposta para a pergunta do paciente, com os genes ordenados do primeiro para o terceiro gene mais frequente no Brasil, é:

- (A) BRCA1, BRCA2, TP53;
- (B) BRCA2, BRCA1, TP53;
- (C) TP53, BRCA1, BRCA2;
- (D) PALB2; BRCA1, BRCA 2;
- (E) BRCA1, BRCA2, PALB2.

**40**

Uma paciente cisgênero de 60 anos refere que há 3 meses notou nódulo de crescimento rápido em sua mama esquerda, em quadrante superolateral. Traz mamografia digital e ultrassonografia de mamas realizadas 7 dias antes da consulta. A mamografia identifica nódulo de 15 centímetros em quadrante superolateral de mama esquerda, de limites mal definidos. A ultrassonografia de mamas e axilas corrobora nódulo hipoeicoico, de limites mal definidos e contornos mal delimitados; acrescenta que, dentro do nódulo, há áreas anecoicas de permeio.

Ao exame físico: mamas de médio volume, nódulo firme de 17 centímetros palpável em quadrante superolateral de mama esquerda mergulhando sob a aréola por 3 cm, pouco móvel, com abaulamento local presente. Axilas sem linfonodos alterados. Mama esquerda sem alterações ao exame físico.

O diagnóstico de biópsia de fragmento da lesão foi sarcoma de mama indiferenciado. O rastreamento de implantes a distância solicitado foi negativo

Neste caso, o tratamento cirúrgico é:

- (A) mastectomia simples à esquerda;
- (B) mastectomia à esquerda com linfadenectomia axilar ipsilateral;
- (C) quadrantectomia à esquerda com linfadenectomia axilar ipsilateral;
- (D) mastectomia à esquerda com biópsia de linfonodo sentinela axilar ipsilateral;
- (E) quadrantectomia à esquerda com biópsia de linfonodo sentinela axilar ipsilateral.

**41**

Uma mulher cisgênero de 70 anos foi submetida, há 08 anos, a ressecção segmentar de mama direita por carcinoma intraductal de mama direita. Na adjuvância, realizou radioterapia, conforme protocolo à época.

Após surgimento de máculas avermelhadas na pele irradiada da mama, que em 4 meses dobraram de tamanho e extensão, o médico assistente optou por biopsiar a área com as lesões avermelhadas. O diagnóstico foi de sarcoma mamário.

O sarcoma de mama mais comumente associado às circunstâncias acima expostas é:

- (A) lipossarcoma;
- (B) osteossarcoma;
- (C) rabdomiossarcoma;
- (D) sarcoma indiferenciado;
- (E) angiossarcoma.

**42**

Mulher cisgênero de 63 anos foi submetida a ressecção segmentar de mama esquerda e biópsia de linfonodo sentinela axilar à esquerda por carcinoma de mama esquerda. Ao estudo histopatológico e imuno-histoquímico da peça cirúrgica definitiva foi verificado: carcinoma Invasivo da mama tipo não especial perfil fenotípico luminal A de 1,8 cm na sua maior extensão, margens cirúrgicas satisfatórias e livres de neoplasia na mama. Um de três linfonodos sentinelas apresenta resultado positivo para macrometástase, sem extravasamento extracapsular linfonodal.

Sabendo que essa paciente tem indicação de radioterapia e tratamento sistêmico adjuvantes, é correto afirmar que:

- (A) deve-se realizar dissecação axilar à esquerda;
- (B) deve-se realizar mastectomia simples à esquerda;
- (C) deve-se realizar mastectomia subcutânea à esquerda;
- (D) deve-se realizar mastectomia esquerda com dissecação axilar ipsilateral;
- (E) não é necessária reabordagem cirúrgica.

## Medicina de Família e Comunidade

**43**

Um rapaz de 24 anos com tonteira procura a unidade de saúde pela quinta vez. Refere episódios abruptos de tonteira com sensação de turvação visual e de desmaio iminente, sem relação com esforço físico, que vêm acontecendo há semanas, acompanhados de palpitação. A entrevista revela ainda um rapaz sadio, sem outras queixas, que trabalha e estuda (Faculdade de Administração). Ele está totalmente assintomático no momento. Ao partirmos para o exame físico, devemos descartar inicialmente uma condição que pode apontar para a causa da tonteira.

Para isso, deve-se dar especial atenção:

- (A) ao teste de Rinne e Weber;
- (B) à pesquisa de uma terceira bulha (B3);
- (C) à pesquisa de uma quarta bulha (B4);
- (D) ao exame de força muscular;
- (E) à pesquisa de hiperfonese da primeira bulha (B1).

**44**

Uma menina de nove anos com tosse, coriza e febre consulta-se na unidade de saúde. O exame físico mostra 38 °C de temperatura axilar, taquicardia e sopro cardíaco, sem demais particularidades. A mãe traz um hemograma realizado há 2 semanas, que aponta hemoglobina de 11g/dl. Você deve, então, diferenciar um sopro inocente de um patológico.

No que se refere a essa diferenciação, é correto afirmar que:

- (A) um sopro que não coincide com a sensação de pulso arterial e permite auscultar a segunda bulha cardíaca perfeitamente pode ser inocente;
- (B) um sopro que coincide com a sensação de pulso arterial e permite auscultar a primeira bulha cardíaca perfeitamente não pode ser inocente;
- (C) um sopro que coincide com a sensação de pulso arterial e permite auscultar a segunda bulha cardíaca perfeitamente não pode ser inocente;
- (D) um sopro que coincide com a sensação de pulso arterial e não permite auscultar a segunda bulha cardíaca perfeitamente não pode ser inocente;
- (E) um sopro que não coincide com a sensação de pulso arterial e não permite auscultar a segunda bulha cardíaca perfeitamente pode ser inocente.

**45**

Um senhor de 68 anos chega com tonteira do tipo sensação rotatória (“tudo em minha volta roda, doutor”), que causa intenso mal estar. Você se prepara para fazer a manobra de Dix-Hallpike, mas consegue o diagnóstico óbvio imediato porque, antes, no exame físico desse senhor, você realizou:

- (A) otoscopia e encontrou rolha de cerume como causa;
- (B) avaliação da força muscular e encontrou hemiparesia como causa;
- (C) medida da pressão arterial e encontrou PA = 150 x 90 mmHg como causa;
- (D) pesquisa da quarta bulha cardíaca (B4) e encontrou restrição diastólica como causa;
- (E) pesquisa de desdobramentos de bulhas e encontrou desdobramento inspiratório da segunda bulha cardíaca (B2) como causa.

**46**

Uma senhora de 78 anos, hipertensa em uso de hidroclorotiazida 25 mg/d, consulta-se no seu controle habitual. Está totalmente assintomática.

Buscando as lesões de órgãos-alvo que a HAS pode causar, devemos estar atentos, no exame físico:

- (A) à punho-percussão, para avaliar o rim;
- (B) à pesquisa de varizes dos membros inferiores;
- (C) à ausculta cardíaca buscando quarta bulha (B4);
- (D) à avaliação da acuidade visual, buscando alterações retinianas;
- (E) à avaliação da força muscular, solicitando que a paciente aperte as mãos de quem examina simultaneamente, buscando uma lesão hemisférica.

**47**

Uma criança de 7 anos, há 3 dias, começou com tosse, coriza e dor na região da face. A temperatura axilar é de 37,9 °C. Todo o restante do exame físico não mostra particularidades, e a saturação periférica de oxigênio (SaO<sub>2</sub>) = 98%.

As evidências atuais orientam a prescrição de:

- (A) mucolíticos;
- (B) anti-inflamatórios não esteroides;
- (C) vitamina C;
- (D) antimicrobiano;
- (E) anti-histamínicos.

**48**

Uma senhora de 72 anos relata sensação de queimação ao urinar. Está urinando várias vezes em pequena quantidade e notou desconforto no abdômen inferior. Esse é o seu terceiro episódio com os mesmos sintomas nos últimos 6 meses. Tem hipertensão arterial sistêmica bem controlada, com exames complementares sem qualquer alteração. Menopausa há anos.

Com base nas evidências, devemos:

- (A) comprovar a infecção urinária com exames microbiológicos;
- (B) explicar que o melhor método de prevenção é a profilaxia antimicrobiana contínua;
- (C) prescindir da realização de exame pélvico na busca de prolapso genital;
- (D) prescindir de perguntar sobre relações sexuais, pois não representam um fator precipitante nessa idade;
- (E) discutir sobre as diversas possibilidades de abordagem e escolher juntos a melhor opção para conduzir infecção urinária recorrente.

**49**

Senhor de 69 anos há 4 meses com lombalgia. Ele se consulta porque quer fazer exame de imagem.

Nesse contexto, buscando os sinais de alarme da lombalgia, que nos trarão maior preocupação, devemos:

- (A) pesquisar febre e emagrecimento;
- (B) determinar a intensidade da dor;
- (C) realizar a manobra de Laségue;
- (D) pesquisar história familiar positiva para hérnia discal;
- (E) pesquisar irradiação para face posterior da perna ipsilateral.

## Medicina Intensiva

50

Uma motorista de 30 anos bateu seu carro em alta velocidade contra um poste. Os socorristas encontraram o *airbag* acionado. Naquele momento, apresentava nível de consciência com escore 12 na escala de Glasgow, e queixava-se de dores na região parietal, no tórax e no abdômen. Após 20 minutos, foi extricada. Em seguida, foi conduzida imobilizada com colar cervical, prancha rígida, máscara de O<sub>2</sub> a 15L/min e uma linha venosa periférica com infusão de 500mL de Ringer Lactato.

Em seu exame de admissão, encontrava-se confusa ao falar e reclamava de dor na perna direita. Apresentava diminuição do murmúrio vesicular à direita, aumento do timpanismo no mesmo hemitórax e descompressão dolorosa no abdômen.

Considerando-se esse quadro, a prioridade na atenção a essa paciente deve ser direcionada:

- (A) ao choque;
- (B) ao hemitórax direito;
- (C) ao abdômen;
- (D) à escala de Glasgow;
- (E) à perna direita.

51

Um paciente de 80 anos chega ao hospital com suporte de oxigênio com a seguinte gasometria arterial:

- pH: 7,24
- PaCO<sub>2</sub>: 70 mmHg
- PaO<sub>2</sub>: 63 mmHg

Das seguintes alterações, a mais compatível com a gasometria é acidose:

- (A) metabólica aguda;
- (B) respiratória aguda;
- (C) respiratória crônica agudizada;
- (D) respiratória aguda associada a acidose metabólica aguda;
- (E) metabólica crônica.

52

Um paciente de 30 anos é vítima de um trauma automobilístico com consequente trauma cranioencefálico. Ele é intubado ainda na cena do acidente e submetido a uma craniotomia de emergência devido a um hematoma epidural com desvio de linha média de 6 mm. No pós operatório, é admitido no CTI, sob sedação. Encontra-se agitado, abrindo os olhos em reação à dor. Apresenta resposta motora a dor em extensão.

O escore de coma de Glasgow desse paciente é:

- (A) 3T;
- (B) 5;
- (C) 4T;
- (D) 8;
- (E) 6T.

53

Um paciente de 81 anos, com história de doença coronariana e hipertensão arterial, é submetido à ressecção de um grande melanoma em membro inferior direito. No dia 2 de pós-operatório, é diagnosticada uma trombose profunda em membro inferior esquerdo, sendo iniciada infusão de heparina a 1000 U/h. À tarde, o paciente começa a queixar-se de forte dor na região inguinal irradiando para a região lombar. Apresenta, concomitantemente, hipotensão arterial (60/40 mmHg).

A causa mais provável da descompensação do quadro clínico é:

- (A) hematoma retroperitoneal;
- (B) trombose de veia cava inferior;
- (C) embolia pulmonar maciça;
- (D) infarto do miocárdio;
- (E) obstrução ureteral.

54

Considerando o caso clínico da questão anterior, o(s) fator(es) de risco que mais predispõe(m) o paciente à complicação descrita é(são):

- (A) passado de neoplasia e imobilização;
- (B) idade e anticoagulação;
- (C) história cardiológica pregressa;
- (D) hipertensão arterial;
- (E) trombose venosa.

55

Uma paciente de 35 anos foi vítima de um acidente automobilístico no qual houve uma explosão. Ela sofreu queimaduras nas regiões torácicas e abdominal anterior e posterior e uma queimadura circunferencial ao redor do membro superior direito.

O percentual de queimadura dessa paciente é:

- (A) 27%;
- (B) 36%;
- (C) 45%;
- (D) 54%;
- (E) 62%.

56

Uma paciente de 86 anos encontra-se internada no CTI devido a insuficiência respiratória por alteração do parênquima pulmonar causada por metástases pulmonares de um tumor de cólon tratado com retossigmoidectomia a Hartman. A paciente está sendo mantida em ventilação mecânica, nutrida por gastrostomia, com indicação de iniciar hemodiálise devido a insuficiência renal aguda. Mesmo com baixos níveis séricos de sedativos, ela permanece em RAAS -4. A família procura conversar com o médico da rotina, informando que, de acordo com o oncologista clínico, não há mais opções de tratamentos neoadjuvantes. Diante disso, os familiares perguntam sobre as opções para essa paciente.

Considerado o quadro clínico, o médico da rotina do serviço deve:

- (A) sugerir procedimento cirúrgico para retirar as metástases;
- (B) informar que não cabe a ele essa decisão;
- (C) sugerir à família que procure outro médico oncologista;
- (D) aumentar a concentração do sedativo;
- (E) marcar com a família uma reunião com o Serviço de Medicina Paliativa.

## Neurologia

57

Paciente feminina, 53 anos, vai à consulta médica com quadro de dificuldade de nomear objetos e construir frases há aproximadamente 2 anos. Mais recentemente, tem estado desorganizada, deixa alimentos estragando na geladeira e às vezes não consegue fazer a comida da forma correta. Quando questionados sobre o comportamento, familiares confirmam que está diferente, estando a paciente se insinuando para o vizinho, o que está gerando conflitos com o marido. A avaliação neuropsicológica evidenciou comprometimento de múltiplos domínios cognitivos, com predomínio de linguagem e funções executivas. Foram excluídas causas tratáveis de demência. Considerando dados demográficos e domínios cognitivos afetados, foi feita uma hipótese etiológica.

Sobre essa doença, é correto afirmar que:

- (A) associação com doença do neurônio motor está relacionada a mutação genética no gene C9orf72;
- (B) a ressonância magnética de crânio mostra atrofia de hipocampos e lobos frontais precocemente;
- (C) anticorpos monoclonais, quando iniciados precocemente, produzem retardo da perda cognitiva em 30%;
- (D) biomarcadores são encontrados no sangue e no líquido, e o padrão é redução da proteína Tau e Tau fosforilada;
- (E) o PET-CT com marcador para beta-amiloide é hoje considerado padrão-ouro para o diagnóstico.

58

Paciente de 75 anos tem diagnóstico de doença de Parkinson idiopática há 6 anos. Faz uso de levodopa na dose de 150 mg quatro vezes ao dia com intervalo de 6 horas entre as doses. A latência de efeito é de 30 minutos e a duração do efeito é de 3 horas; assim, cerca de 1 hora e meia antes da dose seguinte, ele evolui com acentuação do tremor e rigidez em membros superiores e dificuldade de marcha.

Diante desse quadro, a conduta terapêutica mais adequada é:

- (A) associar à medicação amantadina 100 mg de 8/8h;
- (B) reduzir a dose total da levodopa;
- (C) associar à medicação biperideno 2 mg de 8/8h;
- (D) reduzir o intervalo entre as doses;
- (E) orientar administração da levodopa com as refeições.

59

Cláudio, 70 anos, advogado, apresenta, nos últimos 12 meses, quadro de esquecimento de fatos recentes. Relata esquecer onde estão objetos de uso corriqueiro como chaves, óculos e celular; esquece, também, compromissos importantes e tem contas acumuladas por falta de pagamento. Realizou RM de crânio, que evidenciou microangiopatia incipiente. Exames laboratoriais, incluindo sorologias, função tireoidiana e vitamina B12, estão dentro dos parâmetros normais.

Diante da suspeita de doença de Alzheimer, foi solicitado um biomarcador, sendo então confirmado esse diagnóstico com a seguinte alteração:

- (A) cintilografia de perfusão cerebral mostrando hipometabolismo em lobos temporais;
- (B) PET-CT com 18F-FDG mostrando hipermetabolismo glicolítico cerebral;
- (C) diminuição de proteína beta-amiloide no exame do líquido;
- (D) índice de probabilidade amiloide 2 (AP2) elevado no líquido;
- (E) aumento de proteína tau e beta-amiloide no exame de sangue.

60

Um paciente de 70 anos dá entrada na emergência após queda da própria altura e trauma em região occipital. Familiares informam ao médico que ele tem apresentado quedas nos últimos 12 meses por desequilíbrio, além de alterações comportamentais como impulsividade e anosognosia. Um neurologista é chamado para avaliar o paciente e constata ao exame neurológico: força preservada nos 4 membros, reflexos vivos globalmente, rigidez plástica e bradicinesia bilateral em membros superiores, simétrica, instabilidade postural ao *pull-test* (paciente cai se não amparado pelo examinador) e restrição do olhar vertical inferior.

Nesse momento, o paciente é encaminhado para acompanhamento ambulatorial com a seguinte hipótese diagnóstica:

- (A) doença de Parkinson;
- (B) atrofia de múltiplos sistemas;
- (C) degeneração corticobasal;
- (D) paralisia supranuclear progressiva;
- (E) demência por corpos de Lewy.

61

Um paciente, vítima de TCE, é admitido na emergência já intubado pelo socorrista. A avaliação neurológica inicial evidencia escala de coma de Glasgow de 3, ausência dos reflexos de tronco encefálico e reflexos profundos presentes.

Para o diagnóstico de morte encefálica, é correto afirmar que:

- (A) o teste da apneia deve ser negativo;
- (B) um pré-requisito é temperatura superior a 35 °C;
- (C) sedação não interfere no exame clínico;
- (D) são obrigatórios dois exames clínicos feitos por neurologistas, com intervalo de 1 hora;
- (E) a presença de reflexos profundos indica atividade supraespinhal e exclui o diagnóstico de morte encefálica.

62

Uma mulher de 50 anos procura clínico geral porque vem apresentando dor de cabeça contínua há mais de 1 mês. A dor é holocraniana, de intensidade moderada. Na última semana, apresentou episódios de vômitos e mal-estar. Por mais de uma vez, durante este mês, sentiu por minutos um cheiro desagradável em associação com sensação de “desconhecimento” do ambiente, e hoje, pela manhã, após sentir o cheiro ruim, apresentou, segundo a família, uma convulsão. Na emergência, o exame neurológico era normal, exceto por edema de papila bilateral ao exame do fundo do olho.

A conduta obrigatória neste momento é:

- (A) solicitar angiografia para investigar aneurisma cerebral;
- (B) solicitar TC de crânio para investigar a síndrome de hipertensão intracraniana;
- (C) solicitar exame do líquido para avaliar a pressão intracraniana;
- (D) iniciar amitriptilina para tratamento de enxaqueca com aura;
- (E) iniciar medicação anticonvulsiva para tratamento da epilepsia idiopática.

## Nefrologia

63

Pacientes com DRC em hemodiálise ambulatorial apresentam hipotensão intradiálise (hipoD) como complicação mais comum do tratamento. Ela decorre de diferentes fatores e exige individualização de ultrafiltração criteriosa e otimização do regime anti-hipertensivo, que inclui a eventual interrupção da dose de medicamentos hipotensivos de curta ação antes da diálise. A detecção precoce da hipoD é importante, uma vez que alguns pacientes podem apresentar sintomas somente quando há uma queda muito acentuada da pressão arterial, o que prejudica o bem-estar do paciente e pode induzir arritmias cardíacas e predispor a síndromes coronarianas e/ou acidentes vasculares cerebrais.

Com base nas diretrizes do KDOQI, a hipoD é definida como:

- (A) diminuição da pressão arterial (PA) maior ou igual a 40 mmHg ou diminuição da pressão arterial média (PAM) em 10 mmHg, associadas a eventos clínicos;
- (B) pressão arterial (PA) sistólica < 90 mmHg ou PA diastólica < 60 mmHg, associadas a eventos clínicos;
- (C) diminuição da pressão arterial (PA) sistólica > 40 mmHg ou diminuição da PA diastólica > 20 mmHg, associadas a eventos clínicos;
- (D) diminuição da pressão arterial (PA) sistólica maior ou igual a 20 mmHg ou diminuição da PA diastólica maior ou igual a 10 mmHg, associadas a eventos clínicos;
- (E) diminuição da pressão arterial (PA) maior ou igual a 20 mmHg ou diminuição da pressão arterial média (PAM) em 10 mmHg, associadas a eventos clínicos.

64

Como parte da prescrição do tratamento conservador dos pacientes adultos com DRC estável em estágios G3, G4 e G5 que não contam com suplementação com aminoácidos essenciais ou análogos de cetos ácidos, a orientação sobre a quantidade de proteína recomendada na dieta inclui:

- (A) ingestão proteica de 0,8 g/kg de peso corporal/dia;
- (B) ingestão de proteínas > 1,3 g/kg de peso corporal/dia;
- (C) ingestão proteica de 0,6 g/kg de peso corporal/dia;
- (D) ingestão proteica de 1,0 g/kg de peso corporal/dia;
- (E) ingestão proteica de 0,5 g/kg de peso corporal/dia.

65

Uma das causas mais comuns da síndrome nefrótica em adultos não diabéticos é a nefropatia membranosa (MN), que acomete um terço dos diagnósticos por biópsia em algumas regiões. O padrão histopatológico da lesão revela espessamento da membrana basal glomerular (MBG) e depósitos subepiteliais com imunoglobulinas e pouca ou nenhuma reação inflamatória (proliferação ou infiltrado celular). Em adultos, 75% a 80% dos casos são considerados MN primária, causada por autoanticorpos, e cerca de 20% a 25% dos casos se devem a MN secundária.

Em relação à nefropatia membranosa, é correto afirmar que:

- (A) aproximadamente 70% a 80 % dos pacientes com MN primária têm anticorpos anti-PLA2R circulantes, e a soropositividade anti-PLA2R se correlaciona com a atividade clínica da doença;
- (B) o receptor de fosfolipase A2 tipo M (PLA2R) é um receptor transmembrana que não se expressa na membrana dos podócitos;
- (C) apenas pacientes com MN secundária associada a infecção pelo vírus da hepatite B (HBV), neoplasias, uso de anti-inflamatório não esteroide (AINEs) ou sarcoidose apresentam PLA2R detectado nos depósitos imunológicos;
- (D) pacientes com MN secundária ao lúpus (LES) apresentam PLA2R detectado nos depósitos imunológicos;
- (E) a MN não recorre no enxerto após o transplante renal.

66

A síndrome de Liddle é uma condição genética autossômica dominante rara na qual os pacientes apresentam hipertensão, hipocalemia e alcalose metabólica.

As manifestações dessa síndrome se devem a distúrbios tubulares que envolvem:

- (A) excesso permanente de mineralocorticoides;
- (B) redução primária na reabsorção de sódio nos túbulos coletores pelo canal de sódio epitelial (ENaC);
- (C) aumento primário na reabsorção de sódio nos túbulos coletores pelo canal de sódio epitelial (ENaC);
- (D) deficiência dos canais de sódio insensíveis à amilorida;
- (E) hiperatividade dos canais de potássio sensíveis à aldosterona.

67

Um paciente de 56 anos, portador, há cerca de 5 anos, de doença renal crônica dialítica, por doença renal policística, é submetido a transplante renal de doador cadáver, com sucesso. Após 5 meses do transplante, mantém-se assintomático, mas apresenta elevação persistente da creatinina sérica e presença de proteinúria acima de 500 mg em 24 horas.

Em relação a esse caso, é correto afirmar que:

- (A) o diagnóstico de rejeição aguda é atualmente definido histologicamente pela biópsia do aloenxerto renal;
- (B) a infecção por citomegalovírus pode se manifestar como aumento da creatinina sérica, com aspecto histológico da biópsia renal indistinguível da rejeição;
- (C) a melhor abordagem é a revisão das medicações imunossupressoras. O arsenal terapêutico inclui metilprednisolona, timoglobulina, imunoglobulina humana e plasmaferese;
- (D) trata-se de quadro de rejeição crônica, definido pelo tempo após o transplante renal;
- (E) existem achados laboratoriais específicos que podem diagnosticar com precisão a rejeição aguda.

68

Um paciente de 36 anos, portador de HIV, mantém acompanhamento regular há cerca de 6 anos com antirretrovirais, sem ação nefrotóxica. Evoluiu com quadro de síndrome nefrítica e nefrótica de rápida evolução, associada a injúria renal aguda estágio 3, com consumo de complemento. O paciente apresenta-se acidêmico e algo desorientado. As sorologias de hepatite B, C, VDRL e toxoplasmose que o paciente realizou 30 dias antes do início do evento estão negativas.

A conduta apropriada é:

- (A) realizar o cálculo do ânion *gap*, corrigir a acidose e iniciar pulsoterapia com metilprednisolona e investigação laboratorial para doenças de autoimunidade;
- (B) iniciar terapia renal substitutiva, estabilizar a paciente e programar biópsia renal associada a investigação de causas secundárias;
- (C) corrigir a acidemia e iniciar associação de corticoterapia oral com micofenolato mofetil, em caráter de urgência, ao lado do início de investigação laboratorial;
- (D) iniciar investigação para vasculites e glomerulopatias associadas a imunocomplexo, repetir as sorologias e manter medidas de suporte como diuréticos de alça, IECA ou BRA;
- (E) considerar a possibilidade de nefropatia por HIV, reavaliando as dosagens de CD4 e CD8 e reajustando os antirretrovirais.

## Oncologia Clínica

69

Uma mulher de 58 anos foi submetida a hemicolecomia devido a um adenocarcinoma de sigmoide (estádio T3N2MO). Dos 24 linfonodos dissecados, 10 estavam acometidos pela neoplasia. Foi realizada quimioterapia adjuvante por 6 meses. Após 12 meses, a dosagem do CEA era de 2,4 ng/ml. Uma tomografia do abdômen revelou uma lesão hipodensa de 3,0 cm entre os segmentos hepáticos II e III, compatível com lesão metastática.

A melhor conduta é:

- (A) segmentectomia lateral esquerda;
- (B) quimioembolização;
- (C) ablação por radiofrequência;
- (D) quimioterapia sistêmica;
- (E) cuidados paliativos.

70

Um homem de 82 anos, com câncer de próstata metastático (estágio IV), foi aconselhado a realizar uma orquiectomia subcapsular como forma de tratamento. Contudo, o paciente recusa-se a realizá-la.

A classe de medicação que apresenta efeito biológico semelhante ao da orquiectomia subcapsular e que pode ser usada como alternativa inclui:

- (A) agentes estrogênicos;
- (B) inibidores da 5-alfarredutase;
- (C) análogos do hormônio liberador de hormônio luteinizante;
- (D) antagonistas periféricos do receptor de andrógeno;
- (E) agentes androgênicos.

71

Os “blastos”, que caracterizam a leucemia aguda, são células imaturas e que se duplicam rapidamente.

Em relação às leucemias, é correto afirmar que:

- (A) hipertrofia gengival e coagulação intravascular disseminada são manifestações clínicas mais frequentes na leucemia linfóide aguda;
- (B) as leucemias mielóides agudas correspondem a 50% das leucemias na infância;
- (C) as translocações t(4;11) e t(9;22) estão relacionadas a melhor prognóstico nas leucemias linfóides agudas;
- (D) o pico de incidência da leucemia linfóide aguda ocorre em menores de 1 ano e em adolescentes;
- (E) a neutropenia febril é uma complicação frequente do tratamento quimioterápico das leucemias, sendo necessária uma intervenção rápida.

72

Um homem de 59 anos foi submetido à ressecção de lesão vesical de 4,5 cm de diâmetro. A análise histopatológica evidenciou carcinoma urotelial (pT1G3).

A melhor opção de tratamento é:

- (A) quimioterapia paliativa;
- (B) cistectomia radical e linfadenectomia;
- (C) quimioterapia sistêmica;
- (D) radioterapia pélvica adjuvante;
- (E) BCG intravesical.

**73**

Instituído pela Lei nº 11.650/2008, o Dia Nacional de Combate ao Câncer Infantil tornou-se um marco na discussão e reflexão sobre as ações para o combate ao câncer infantil no Brasil.

Nesse contexto, a neoplasia maligna mais comum na infância e que requer atenção especial e ações do âmbito de saúde pública é:

- (A) tumor de Wilms;
- (B) neuroblastoma;
- (C) leucemia linfocítica aguda;
- (D) leucemia mielocítica aguda;
- (E) osteossarcoma.

**74**

Uma mulher de 49 anos, com diagnóstico de carcinoma pancreático avançado, relata fadiga severa e dispneia aos leves esforços, com piora do quadro após algumas sessões de quimioterapia. O exame laboratorial revelou hemoglobina de 7,9 g/dL, ferritina de 110ng/ml e saturação de transferrina de 11%.

Considerando o entendimento atual sobre a etiologia da anemia relacionada ao câncer, a explicação que melhor descreve a fisiopatologia para a anemia no contexto da paciente apresentada é a seguinte:

- (A) a doença neoplásica estimula a produção de anticorpos, que resultam em um quadro de anemia hemolítica autoimune;
- (B) a neoplasia estimula a expressão da hepcidina, que leva a uma deficiência primária de ferro resultante da má absorção intestinal, levando à anemia ferropriva clássica;
- (C) a anemia ocorre devido ao efeito mielotóxico das drogas empregadas no tratamento quimioterápico, além de perdas crônicas de sangue pelo trato gastrointestinal;
- (D) a condição ocorre devido a perdas crônicas de sangue pelo trato gastrointestinal e urológico, resultando em anemia ferropriva;
- (E) a anemia relacionada ao câncer tem etiologia multifatorial; contudo, o quadro inflamatório gerado pelo câncer estimula a produção de citocinas inflamatórias (IL6 e IL1), que aumentam a expressão da hepcidina. Esta, por sua vez, inibe a absorção intestinal do ferro, causando deficiência funcional.

## Pediatria

**75**

Um lactente de 9 meses, com fácies sindrômica, assintomático, apresenta ausculta cardíaca com ritmo regular, bulhas normofônicas 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.

**76**

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 neuropediatra;
- (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.

**77**

Um escolar de 7 anos apresenta, há 3 dias, cefaleia, edema de membros inferiores, sem sinais flogísticos, e urina escura. Ao exame, foram constatadas hipertensão arterial e hematúria no exame de urina. Está em uso de polivitamínicos e dipirona.

A principal hipótese diagnóstica, nesse caso, é de:

- (A) reação alérgica medicamentosa;
- (B) síndrome nefrótica;
- (C) complicação de infecção estreptocócica;
- (D) intoxicação exógena;
- (E) hipertensão arterial primária com lesão renal.

**78**

Uma criança de 2 anos, com febre alta (39 °C) há 3 dias e irritabilidade, se recusa a se alimentar, tem dor abdominal intensa e a mãe relata 3 episódios de vômitos nas últimas 12 horas. A mãe procurou a emergência, onde foram realizados exames, e foi dado o diagnóstico de dengue.

O tratamento deve ser:

- (A) prescrever prednisolona e sais de reidratação oral;
- (B) prescrever sintomáticos e orientar sinais de gravidade;
- (C) internar a criança para início de antibiótico venoso;
- (D) prescrever nitazoxanida e solicitar exames de controle;
- (E) internar a criança para hidratação venosa, sintomáticos e observação.

**79**

Quanto ao transporte seguro de crianças em veículos, a criança obrigatoriamente deve:

- (A) aos 6 meses, viajar no banco de trás, com bebê conforto voltado para trás;
- (B) aos 11 anos, viajar no banco de trás do veículo, sem acessórios;
- (C) aos 3 anos, viajar em assento de elevação no banco de trás, voltada para a frente;
- (D) aos 2 meses, viajar no banco da frente, em bebê conforto voltado para trás;
- (E) aos 6 anos, viajar em cadeirinha no banco da frente, voltada para a frente;

**80**

Uma menina de 7 anos, portadora de epilepsia, associou carbamazepina ao esquema anticonvulsivante prévio por descontrolo de crises. Após uma semana do início da medicação, evoluiu com melhora das crises, mas há 24 horas apresenta anorexia, cefaleia e exantema maculopapular eritematoso em face e tórax, doloroso ao toque, com formação de bolhas no centro e ocupando 40% da superfície corporal. Há lesões em conjuntiva e mucosa oral.

A hipótese diagnóstica, com base nos dados apresentados, é:

- (A) necrólise epidérmica tóxica;
- (B) eritema multiforme;
- (C) síndrome de Stevens-Johnson;
- (D) penfigoide bolhoso;
- (E) vasculite.

RASCUNHO

RASCUNHO

Realização

