

CONCURSO PÚBLICO PARA PROVIMENTO DO CARGO DE  
MÉDICO – PSF

NOME DO CANDIDATO:	NÚMERO DE INSCRIÇÃO:
--------------------	----------------------

VOCÊ RECEBEU DO FISCAL DE SALA ESTE CADERNO DE QUESTÕES DA PROVA OBJETIVA:	O candidato estará sujeito à ELIMINAÇÃO do concurso nas seguintes situações:
<p>1. <b>Verifique se o mesmo corresponde à sua opção de cargo</b>, caso contrário, comunique tal fato imediatamente ao Fiscal de Sala, pois não serão aceitas reclamações posteriores.</p> <p>2. Para cada questão existe apenas <b>UMA</b> única alternativa adequada.</p> <p>3. O candidato deverá permanecer obrigatoriamente em sala, por questões de segurança, durante o período mínimo de <b>30 (TRINTA)</b> minutos após o início da prova.</p> <p>4. O tempo disponível para a realização da prova corresponde a 03 (três) horas, intervalo este que compreende não só a resolução das questões objetivas, mas também o preenchimento da <b>Cartão de Resposta</b>.</p> <p>5. Reserve pelo menos os 20 minutos finais para marcar seu <b>Cartão de Resposta</b>.</p> <p>6. Os rascunhos e as marcações assinaladas no presente Caderno de Questões não serão considerados na avaliação.</p> <p>7. Após 2 (duas) horas do início das provas, o candidato poderá levar o caderno de questões.</p> <p>8. A saída do prédio deverá ser em silêncio, pois não será permitida a permanência de nenhum candidato após o término da prova, nem qualquer aglomeração nos corredores ou arredores do prédio da realização das provas.</p>	<p>1. Ausentar-se da sala em que se realiza a prova levando consigo a qualquer horário o Cartão de Resposta ou o Caderno de Questões caso saia antes de 2h de prova.</p> <p>2. Utilizar-se, durante a realização da prova, de máquinas e/ou relógios de calcular, Smartwatch bem como rádios gravadores, "headphones", telefones celulares ou fonte de consulta de qualquer espécie, descritos ou não no edital.</p> <p>3. Comunicar-se com qualquer outro candidato.</p> <p>4. Deixar de assinar o Cartão de Resposta.</p> <p>5. Faltar com o devido respeito ante a autoridade do Fiscal de Sala ou qualquer outro membro da aplicação do concurso.</p> <p><b>Divulgação das provas e do gabarito preliminar:</b></p> <p>"Prezado(a) candidato(a), todas as informações essenciais do concurso estarão disponíveis de forma prática e acessível através do QR Code abaixo, que o levará a página relativa ao Concurso em nosso site. Fique atento(a) e utilize o código para obter detalhes sobre o Gabarito, Editais de Convocação para Provas Práticas ou Provas de Títulos (quando for o necessário para o cargo), Homologação, datas para entrega de documentação e demais instruções para o seu sucesso nessa jornada rumo à aprovação. Boa sorte!"</p> <p><a href="http://www.facetconcursos.com.br">www.facetconcursos.com.br</a></p> 

Ao terminar a prova **em tempo inferior a 02 (duas) horas**, chame o fiscal de sala, verifique se assinou corretamente e preencheu o Cartão de Resposta. **DEVOLVA** todo o material junto com esse Caderno de Questões, sendo permitido apenas destacar nesta 1ª folha do Caderno de Questões esta fita de respostas, onde nela o candidato deverá anotar o rascunho do seu gabarito.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
21	22	23	24	25	26	27	28	29	30
31	32	33	34	35	36	37	38	39	40

**LÍNGUA PORTUGUESA**

1. Qual das orações abaixo apresenta uma perífrase, também chamada de antonomásia?

- a) Luana me ligou e estava passando mal.
- b) Passe agora para casa!
- c) Quando eu soube da notícia, chorei demasiadamente.
- d) Não aguentava mais o meu irmão conversando muito.
- e) Ontem a Cidade Luz estava bastante movimentada.

2. Indique a alternativa que contém uma palavra que possui o mesmo número de letras e de fonemas:

- a) Pele.
- b) Máquina.
- c) Hélice.
- d) Carro.
- e) Sangue.

3. Observe a tirinha a seguir:

**GARFIELD - Jim Davis**



Folha de S. Paulo. 31 de julho de 2000.

Folha de S. Paulo. 31 de julho de 2000.

Com base no que foi visto acima, “oxímoro” é uma figura de linguagem. A partir disso, assinale a alternativa que apresenta um exemplo:

- a) O rugido do rei das selvas é ouvido a uma distância de 8 quilômetros.
- b) Ela costumava ler Shakespeare.
- c) Ontem fez um silêncio ensurdecedor.

- d) A vida é uma nuvem que voa.
- e) Seus olhos são como jabuticabas.

4. Assinale a alternativa que contém os principais autores do Modernismo:

- a) Almeida Garret - João de Deus - Júlio Dinis.
- b) José de Alencar - Franz Kafka - Bernardo Guimarães.
- c) Carolina Maria de Jesus - Bruna Beber - Machado de Assis.
- d) Ariano Suassuna - Antonio Candido - Adélia Prado.
- e) Mário de Andrade - Oswald de Andrade - Virginia Woolf.

5. Indique a opção que contém uma oração coordenada sindética:

- a) Seu mau comportamento, no entanto, deixou todos desanimados.
- b) Eu irei ao supermercado amanhã cedo.
- c) É provável que ele venha jantar.
- d) Recordo-me que tu me amavas.
- e) Tenho fé de que os jovens irão ler mais.

6. Indique qual é a alternativa que apresenta uma característica do Trovadorismo:

- a) Há uma desunião entre música e poesia.
- b) Os autores são céticos.
- c) O Trovadorismo não estava presente em Portugal.
- d) Ocorreu entre os séculos XIX e XX.
- e) Os principais temas explorados são: amor, sofrimento, amizade e críticas política e social.

7. Indique a opção que contém uma oração coordenada:

- a) Ora fala, ora não fala.
- b) Espero que vocês consigam chegar a tempo.
- c) À medida que crescem, aumentam as preocupações.
- d) O luto é uma realidade na vida de tantas pessoas.
- e) Os concorrentes que dormem mais têm um desempenho melhor.

8. Leia o texto a seguir e informe qual é o período literário que ele está incluso:

## MANIFESTO DA POESIA PAU - BRASIL.

A poesia existe nos fatos. Os casebres de açafião e de ocre nos verdes da Favela, sob o azul cabralino, são fatos estéticos. O Carnaval no Rio é o acontecimento religioso da raça. Pau-Brasil. Wagner submerge ante os cordões de Botafogo. Bárbaro e nosso. A formação étnica rica. Riqueza vegetal. O minério. A cozinha. O vatapá, o ouro e a dança. Toda a história bandeirante e a história comercial do Brasil. O lado doutor, o lado citações, o lado autores conhecidos. Comovente. Rui Barbosa: uma cartola na Senegâmbia. Tudo revertendo em riqueza. A riqueza dos bailes e das frases feitas. Negras de jockey. Odaliscas no Catumbi. Falar difícil. O lado doutor. Fatalidade do primeiro branco aportado e dominando politicamente as selvas selvagens. O bacharel. Não podemos deixar de ser doutos. Doutores. País de dores anônimas, de doutores anônimos. O Império foi assim. Eruditamos tudo. Esquecemos o gavião de penacho. A nunca exportação de poesia. A poesia anda oculta nos cipós maliciosos da sabedoria. Nas lianas da saudade universitária. Mas houve um estouro nos aprendimentos. Os homens que sabiam tudo se deformaram como borrachas sopradas. Rebentaram. A volta à especialização. Filósofos fazendo filosofia, críticos, crítica, donas de casa tratando de cozinha. A Poesia para os poetas. Alegria dos que não sabem e descobrem.

Trecho presente em:  
<http://www.ufrgs.br/cdrom/oandrade/oandrade.pdf>

- a) Classicismo.
- b) Trovadorismo.
- c) Modernismo.
- d) Naturalismo.
- e) Realismo.

9. Indique a opção em que não há polissemia:

- a) Ela trabalha no banco.
- b) A letra do Chico Buarque é incrível.
- c) Qual é a pena do réu?
- d) Falta só costurar os enfeites da fantasia.
- e) Ela me pediu para cortar a manga.

10. O poema a seguir faz parte de qual movimento literário:

### O todo sem a parte não é todo

“O todo sem a parte não é todo,  
A parte sem o todo não é parte,  
Mas se a parte o faz todo, sendo parte,  
Não se diga, que é parte, sendo todo.  
Em todo o sacramento está Deus todo,  
E todo assiste inteiro em qualquer parte,  
E feito em partes todo em toda a parte,  
Em qualquer parte sempre fica o todo.  
O braço de Jesus não seja parte,  
Pois que feito Jesus em partes todo,  
Assiste cada parte em sua parte.

(...)”

Fonte:

[https://pt.wikisource.org/wiki/O\\_todo\\_sem\\_a\\_parte\\_n%C3%A3o\\_%C3%A9\\_todo](https://pt.wikisource.org/wiki/O_todo_sem_a_parte_n%C3%A3o_%C3%A9_todo)

- a) Parnasianismo.
- b) Barroco.
- c) Trovadorismo.
- d) Pós-Modernismo.
- e) Classicismo.

11. Assinale a alternativa em que está presente uma palavra que contém um dígrafo.

- a) Morena.
- b) Cajú.
- c) Sertão.
- d) Túnel.
- e) Leque.

12. Veja a imagem a seguir e indique a função da linguagem predominante:



- a) Poética.
- b) Conativa.
- c) Metalinguística.
- d) Expressiva.
- e) Referencial.

13. Indique a alternativa que contém um erro de acordo com o novo acordo ortográfico da língua portuguesa:

- a) Assembléia.
- b) Pêra.
- c) Extrarregulamentação.
- d) Suprassumo.
- e) Anhanguera.

14. Leia o texto a seguir e depois assinale a alternativa correta:

Função da arte/1

Diego não conhecia o mar. O pai, Santiago Kovadloff, levou-o para que descobrisse o mar. Viajaram para o Sul.

Ele, o mar, estava do outro lado das dunas altas, esperando.

Quando o menino e o pai enfim alcançaram aquelas alturas de areia, depois de muito caminhar, o mar estava na frente de seus olhos. E foi tanta a imensidão do mar, e tanto seu fulgor, que o menino ficou mudo de beleza.

E quando finalmente conseguiu falar, tremendo, gaguejando, pediu ao pai:

— Me ajuda a olhar!

(GALEANO, Eduardo. In: O livro dos abraços. 2ª ed. Porto Alegre: L&PM, 2009, p. 15.)

Com base no texto acima, intitulado “Função da arte/1”, de Eduardo Galeano, analise as proposições abaixo e, ao final, assinale a alternativa correta.

I. A expressão “Me ajuda a olhar!” revela mais do que um pedido literal; ela carrega uma carga emocional profunda, sendo um exemplo da função emotiva da linguagem.

II. O texto enfatiza a experiência estética e sensível diante da imensidão do mar, revelando a linguagem como veículo de beleza e sugestão — traços típicos da função poética.

III. O texto tem como objetivo principal transmitir uma informação objetiva sobre a viagem de um pai e seu filho ao litoral, caracterizando-se como função referencial.

IV. O foco nas emoções do menino e na forma como essas emoções são expressas realça também a função conativa, pois o texto procura provocar uma reação direta no leitor.

Assinale a alternativa correta:

- a) Apenas as proposições I e II estão corretas.
- b) Apenas a proposição II está correta.
- c) Apenas as proposições II e III estão corretas.
- d) Todas as proposições estão corretas.
- e) Apenas as proposições I, II e IV estão corretas.

15. Observe a tirinha a seguir:



As palavras “reforma” e “ventilação” são formadas por quais processos sintáticos:

- a) Reforma — Derivação prefixal; Ventilação — Derivação sufixal.
- b) Reforma — Composição por justaposição; Ventilação — Derivação prefixal.
- c) Reforma — Derivação sufixal; Ventilação — Composição por aglutinação.
- d) Reforma — Derivação regressiva; Ventilação — Derivação sufixal.
- e) Reforma — Composição por aglutinação; Ventilação — Derivação regressiva.

#### CONHECIMENTOS ESPECÍFICOS

16. Um paciente de 55 anos, com antecedente de etilismo crônico e hepatopatia, apresenta quadro de vômitos com sangue vivo em grande quantidade, hipotensão arterial e taquicardia. À endoscopia digestiva alta, observam-se varizes esofágicas de grosso calibre com sinais de sangramento recente. Com base nos protocolos atuais de manejo da hemorragia digestiva alta por ruptura de varizes esofágicas, qual é a conduta inicial mais apropriada?

- a) Administração empírica de anti-inflamatórios não esteroidais para controle da dor e vasopressores periféricos para estabilização hemodinâmica.
- b) Realização imediata de cirurgia para ligadura das varizes, sem necessidade de preparo hemodinâmico prévio.
- c) Início de reposição volêmica com cristaloides, administração de vasoconstritores esplâncnicos (como terlipressina ou octreotida) e antibioticoprofilaxia com ceftriaxona.
- d) Indicação de transfusão de plasma fresco congelado e uso de benzodiazepínicos para prevenção de encefalopatia hepática.

- e) Posicionamento em decúbito dorsal e prescrição de propranolol em dose plena já na fase aguda.

**17.** As diretrizes internacionais sobre o manejo da sepse e do choque séptico, especialmente as preconizadas pela Surviving Sepsis Campaign, têm evoluído com base em evidências de alta robustez metodológica. Considerando os critérios clínicos e laboratoriais atuais para diagnóstico e a abordagem terapêutica inicial nas primeiras horas de atendimento, assinale a alternativa que expressa corretamente uma conduta embasada nas recomendações contemporâneas.

- a) A coleta de culturas e a administração de antimicrobianos podem ser postergadas por até 6 horas, priorizando-se a estabilidade hemodinâmica inicial com cristaloides.
- b) O lactato sérico é marcador de hipoperfusão sistêmica e deve ser monitorado sequencialmente, inclusive em pacientes sem hipotensão manifesta.
- c) A introdução precoce de vasopressores deve ser considerada como primeira medida terapêutica em casos de febre persistente e taquicardia refratária.
- d) A ressuscitação volêmica deve ser pautada em volume fixo de 10 mL/kg, independentemente da resposta clínica inicial ou da pressão venosa central.
- e) O uso de noradrenalina é desaconselhado como primeira linha de vasopressor nos casos de disfunção cardiovascular em pacientes com sepse e diabetes mellitus.

**18.** A avaliação multidimensional das doenças pulmonares intersticiais difusas (DPID), incluindo a fibrose pulmonar idiopática (FPI), requer integração entre manifestações clínicas, padrões tomográficos e, quando necessário, análise histopatológica. À luz dos critérios atualizados da American Thoracic Society (ATS) e das diretrizes internacionais, assinale a alternativa que representa achado tomográfico de alta especificidade para o diagnóstico de FPI.

- a) Espessamento reticular subpleural bilateral, com padrão em favos de mel e bronquiectasias por tração, predominando em bases pulmonares.
- b) Consolidações alveolares centrais com opacidades nodulares e vidro fosco difuso, de distribuição simétrica e poupando subpleura.
- c) Padrão em árvore em brotamento, associado a espessamento de septos interlobulares, com predomínio apical e peribrônquico.
- d) Presença de micronódulos centrolobulares e derrames pleurais bilaterais, com distorção arquitetural da cissura menor.
- e) Opacidades reticulonodulares difusas, associadas a linfadenomegalias hilares e

mediastinais, em paciente com sorologia autoimune positiva.

**19.** Mulher de 28 anos, com LES há 4 anos, apresenta febre, dispneia, proteinúria nefrótica, plaquetopenia, eritema malar e artralgia. Exames revelam creatinina 2,2 mg/dL, proteinúria 5,6 g/dia, C3/C4 baixos e anti-dsDNA fortemente positivo. O diagnóstico presuntivo é de nefrite lúpica classe IV (proliferativa difusa) com atividade sistêmica grave. Considerando as recomendações da EULAR/ACR e o manejo imunossupressor de indução, qual regime terapêutico é mais adequado?

- a) Ciclofosfamida EV mensal por 6 meses associada a pulsoterapia com metilprednisolona seguida de prednisona oral em alta dose.
- b) Azatioprina oral associada à prednisona em baixa dose, com introdução tardia de micofenolato mofetil após 6 meses.
- c) Rituximabe de indução por dois ciclos, sem corticosteroides, para reduzir risco infeccioso e lesão renal irreversível.
- d) Micofenolato de mofetil isolado em dose plena, sem corticoterapia, por risco de necrose asséptica de cabeça femoral.
- e) Uso exclusivo de corticóide em altas doses, sem imunossupressor, para evitar toxicidade hematológica cumulativa.

**20.** A acidose metabólica constitui distúrbio ácido-básico frequente na prática clínica, exigindo interpretação criteriosa dos dados laboratoriais e da resposta compensatória respiratória. Com base no entendimento atual dos mecanismos fisiopatológicos, analise os itens a seguir:

- I. A acidose láctica tipo A cursa com aumento do ânion gap, geralmente associada a choque ou hipóxia tecidual significativa.
- II. A perda intestinal de bicarbonato em quadros de diarreia secretora configura acidose metabólica com ânion gap normal.
- III. A resposta respiratória compensatória é mediada pela estimulação dos quimiorreceptores centrais, levando à hiperventilação.
- IV. A presença de ânion gap aumentado em acidose metabólica é patognomônica de intoxicação exógena por metanol.

Assinale a alternativa que apresenta a sequência correta:

- a) V, V, V, F
- b) V, F, V, V
- c) F, V, V, V
- d) V, V, F, V
- e) F, F, F, F

**21.** Em relação à síndrome de angústia respiratória aguda (SARA), assinale a alternativa que apresenta corretamente os critérios diagnósticos e a conduta terapêutica prioritária, conforme as diretrizes internacionais atuais:

- a) O diagnóstico de SARA é confirmado por radiografia de tórax com padrão reticulonodular bilateral e hipoxemia associada à acidose respiratória compensada.
- b) O uso precoce de corticosteroides sistêmicos é contraindicado, mesmo em SARA grave, por potencial aumento da mortalidade.
- c) A relação  $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2 \leq 300$  mmHg, presença de infiltrado bilateral não explicável por insuficiência cardíaca e início em até 7 dias do insulto são critérios diagnósticos de SARA.
- d) A ventilação com pressão positiva contínua (CPAP) deve ser evitada, pois aumenta a complacência pulmonar e o risco de barotrauma.
- e) A administração de antibióticos de amplo espectro deve ser iniciada rotineiramente em todos os casos de SARA, independentemente de evidências infecciosas.

**22.** A pneumonia adquirida na comunidade (PAC) continua sendo uma das principais causas de morbimortalidade no cenário de urgência médica, exigindo do clínico julgamento baseado em diretrizes rigorosas e conhecimento aprofundado da fisiopatologia infecciosa e da farmacoterapia empírica. Considere o seguinte caso:

Paciente do sexo masculino, 42 anos, sem comorbidades conhecidas, apresenta febre elevada de início súbito (39,2 °C), mialgia difusa, calafrios, tosse produtiva com expectoração purulenta e dor torácica pleurítica à direita. O exame físico evidencia taquicardia e estertores crepitantes em base pulmonar direita. Radiografia de tórax revela consolidação segmentar no lobo inferior direito. Diante do quadro clínico-epidemiológico e à luz das recomendações atualizadas da IDSA/ATS para o manejo da PAC, assinale a conduta mais apropriada:

- a) A hipótese de pneumonia viral deve ser considerada prioritariamente, sendo justificada a introdução empírica de antivirais com espectro para influenza, mesmo na ausência de sazonalidade ou testes diagnósticos rápidos.
- b) O padrão clínico-radiológico é típico de pneumonia bacteriana comunitária, sendo o *Streptococcus pneumoniae* o patógeno mais prevalente, e o tratamento empírico deve incluir betalactâmico associado a macrolídeo para cobertura de atípicos.
- c) A confirmação etiológica por meio de cultura de escarro, antígeno urinário e PCR deve preceder qualquer introdução de antimicrobianos,

sobretudo em pacientes sem fatores de risco associados.

- d) O acometimento pulmonar unilateral com ausência de insuficiência respiratória exclui a necessidade de antibioticoterapia imediata, devendo-se priorizar analgesia e controle sintomático.
- e) O quadro é mais compatível com pneumonia por aspiração, devendo-se considerar antibioticoterapia com cobertura para anaeróbios e corticoide de resgate diante da dor ventilatório-dependente.

**23.** Com base nas contribuições da neurociência moderna para a compreensão da dor, autores como Wall, Melzack e Woolf destacam que os processos nociceptivos envolvem tanto mecanismos periféricos quanto centrais, com influência de fatores psicoemocionais e adaptativos. Considerando esse paradigma biopsicossocial da dor, assinale a alternativa que apresenta assertiva corretamente fundamentada nos mecanismos fisiopatológicos descritos:

- a) A dor nociceptiva resulta de lesões exclusivamente musculoesqueléticas, sendo transmitida por fibras mielinizadas do tipo A $\beta$  com alta velocidade de condução.
- b) A sensibilização periférica decorre da despolarização sustentada de fibras C e está relacionada à liberação de substâncias como substância P, histamina e prostaglandinas.
- c) A dor neuropática é mediada por aferências que seguem exclusivamente pelas vias do trato espinoreticular, explicando sua associação com insônia e rebaixamento do humor.
- d) A plasticidade neuronal no corno posterior da medula é responsável pelo bloqueio natural da dor, sendo a base das técnicas de neuromodulação tônica.
- e) A via espinotalâmica medial é responsável pela discriminação precisa do estímulo doloroso, incluindo localização e intensidade, sendo sua lesão associada à alodinia mecânica.

**24.** A coledocolitíase, além de representar uma complicação relevante da colelitíase, impõe desafios diagnósticos e terapêuticos, sobretudo quando associada à colangite ascendente e pancreatite aguda biliar. Considerando os critérios clínico-laboratoriais, os achados de imagem e a estratificação de risco, qual proposição reflete, com maior exatidão, as recomendações contemporâneas para o manejo da coledocolitíase em contextos hospitalares de alta complexidade?

- a) A ultrassonografia abdominal é suficiente para confirmação diagnóstica em todos os casos, devendo preceder a indicação de colangiopancreatografia retrógrada endoscópica (CPRE).

- b) A estratificação de risco baseada em marcadores bioquímicos e achados ecográficos direciona o uso de métodos de imagem avançados como colangiorressonância ou ecoendoscopia antes da intervenção.
- c) O tratamento cirúrgico imediato está indicado mesmo na ausência de evidência radiológica de cálculos na via biliar principal, dado o risco de recorrência.
- d) A colangite associada à coledocolitíase não contraindica a realização de colangiografia percutânea e deve ser tratada exclusivamente com antibióticos de amplo espectro.
- e) A CPRE deve ser evitada em pacientes com suspeita clínica elevada, pois aumenta o risco de pancreatite aguda pós-procedimento.

**25.** As doenças exócrinas do pâncreas, notadamente a pancreatite crônica e os tumores ductais, implicam alterações estruturais e funcionais progressivas que comprometem a homeostase digestiva e metabólica. Considerando os mecanismos patofisiológicos, os critérios diagnósticos de imagem e os parâmetros de função exócrina, qual alternativa reflete uma compreensão integrada e atualizada desses processos?

- a) A insuficiência exócrina manifesta-se precocemente, sendo o primeiro sinal clínico da pancreatite crônica independentemente da etiologia alcoólica ou autoimune.
- b) Os testes diretos de secreção pancreática são preferidos sobre os testes indiretos em todos os contextos clínicos por apresentarem maior sensibilidade, mesmo em centros com baixa complexidade diagnóstica.
- c) A calcificação pancreática ao exame tomográfico é indicativa de neoplasia maligna, devendo conduzir à ressecção imediata sem necessidade de biópsia.
- d) A pancreatite crônica resulta da ativação intrapancreática recorrente de enzimas digestivas, culminando em inflamação estéril, fibrose progressiva e falência funcional.
- e) A presença de dor epigástrica intermitente e esteatorreia, sem alterações estruturais evidentes, afasta o diagnóstico de disfunção pancreática crônica.

**26.** No âmbito da homeostase hidroeletrólítica, a regulação dos níveis séricos de sódio e potássio depende da integração sinérgica entre estímulos osmóticos, volume-sensíveis e eixos neuro-hormonais como o sistema renina-angiotensina-aldosterona e o ADH. Considerando-se as repercussões clínicas e terapêuticas dos distúrbios eletrólíticos em contextos agudos e crônicos, identifique a assertiva que expressa conduta fisiologicamente coerente e respaldada pelas diretrizes nefrológicas contemporâneas.

- a) Em quadros de hiponatremia hipovolêmica, independentemente da gravidade clínica ou tempo de evolução, a infusão de solução salina hipertônica representa medida universalmente indicada para rápida restauração da natremia e prevenção de edema cerebral.
- b) A correção expedita da hiponatremia crônica constitui conduta mandatória para mitigar o risco de herniação transtentorial secundária à descompensação osmótica intracelular, sendo segura sob monitoramento neurológico contínuo.
- c) Nos estados de hipercalemia grave, o manejo inicial deve privilegiar a estabilização elétrica da membrana miocárdica com gluconato de cálcio, seguida por intervenções farmacológicas que promovam redistribuição intracelular e eliminação efetiva do íon.
- d) A hiponatremia euvolêmica associada à secreção inapropriada de hormônio antidiurético (SIADH) deve ser manejada primariamente com soluções isotônicas glicofiladas, dada sua capacidade de promover natriurese sem comprometer a osmolaridade plasmática.
- e) A hipercalemia leve, definida pela elevação discreta dos níveis plasmáticos de potássio em pacientes assintomáticos, dispensa intervenção específica, bastando a suspensão de agentes poupadores de potássio sem necessidade de monitoramento adicional.

**27.** A análise dos distúrbios ácido-básicos requer avaliação integrada entre a aferição do pH,  $pCO_2$ ,  $HCO_3^-$ , ânion gap e seus ajustes esperados, considerando-se os mecanismos compensatórios fisiológicos e os quadros clínicos mistos. Dentre os enunciados abaixo, assinale aquele que reflete raciocínio compatível com distúrbio metabólico acidótico de origem combinada e abordagem diagnóstica acurada.

- a) A associação entre acidose metabólica com ânion gap elevado e hipocloremia caracteriza padrão clássico de perda gastrointestinal de bicarbonato, cujo diagnóstico dispensa investigação adicional da causa primária.
- b) A presença simultânea de acidose metabólica normoclorêmica e hipocapnia define quadro de distúrbio respiratório primário com alcalose compensatória, prescindindo da mensuração do ânion gap.
- c) A concomitância de acidose tubular tipo IV com acidose láctica promove sobreposição fisiopatológica, configurando distúrbio metabólico misto com comportamento variável do ânion gap.
- d) Em situações de acidose metabólica com pH inferior a 7,20, a interpretação do ânion gap torna-se desnecessária, dado que todos os quadros assumem caráter exclusivamente

metabólico e respondem uniformemente à terapia com bicarbonato.

- e) A administração de bicarbonato de sódio por via parenteral constitui intervenção obrigatória em todos os contextos de acidose metabólica, independentemente do tipo, gravidade ou etiologia subjacente.

**28.** A diferenciação entre anemia ferropriva e anemia da inflamação crônica exige conhecimento apurado da fisiopatologia do metabolismo do ferro, dos reguladores como a hepcidina, e dos perfis laboratoriais sugestivos de bloqueio funcional versus deficiência absoluta. Assinale a alternativa que exprime metodologia diagnóstica fundamentada na interpretação combinada da cinética do ferro e dos biomarcadores hematológicos.

- a) A elevação simultânea da ferritina sérica em ambos os subtipos anêmicos inviabiliza sua diferenciação laboratorial, sendo o estudo da celularidade eritroide medular o único critério conclusivo disponível na prática clínica.
- b) A anemia ferropriva, por representar depleção absoluta dos estoques de ferro, cursa com saturação transferrina aumentada e ferro sérico elevado, parâmetros que contrastam com a anemia associada à resposta inflamatória sistêmica.
- c) A anemia da inflamação crônica manifesta-se, tipicamente, com aumento do VCM e da contagem de reticulócitos, fenômeno atribuível à ação trófica de citocinas proinflamatórias sobre a medula óssea.
- d) A dosagem do receptor solúvel de transferrina (sTfR) e a razão sTfR/ferritina representam estratégias laboratoriais acuradas para distinguir entre deficiência absoluta de ferro e sequestro medular secundário à hiperhepcidinemia.
- e) O volume corpuscular médio (VCM), por refletir diretamente a disponibilidade intracelular de ferro para eritropoiese, constitui parâmetro isolado de maior sensibilidade diagnóstica entre os índices hematimétricos.

**29.** A insuficiência renal aguda (IRA), compreendida como um espectro sindrômico de rápida perda da função renal excretora e regulatória, demanda abordagem clínica que considere fatores hemodinâmicos, insultos nefrotóxicos, biomarcadores estruturais e resposta terapêutica. Em consonância com as diretrizes KDIGO e os avanços em medicina translacional renal, qual assertiva apresenta inferência correta a respeito do diagnóstico e da condução clínica da IRA?

- a) A etiologia pré-renal, decorrente unicamente da hipovolemia absoluta, reverte-se prontamente com hidratação vigorosa e

administração precoce de diuréticos de alça, sem necessidade de exames complementares.

- b) A necrose tubular aguda (NTA), condição associada a injúria epitelial irreversível, implica a indicação precoce e universal de terapia dialítica, independentemente da evolução clínica e dos parâmetros laboratoriais.
- c) A diferenciação entre disfunção funcional e lesão tubular estrutural exige não apenas resposta à reposição volêmica, mas também avaliação de biomarcadores como NGAL, KIM-1 e IL-18, preditores precoces de injúria tubular aguda.
- d) A presença de cilindros hialinos e densidade urinária aumentada configura achado patognomônico de glomerulonefrite aguda, impondo o início de pulsoterapia imunossupressora com ciclofosfamida e metilprednisolona.
- e) A obstrução urinária bilateral, por configurar IRA pós-renal clássica, apresenta-se invariavelmente com hipocalemia refratária e hematúria franca, sendo resolvida com cateterismo vesical sem necessidade de imagem.

**30.** As anemias hemolíticas autoimunes (AHA), caracterizadas pela produção aberrante de autoanticorpos dirigidos contra antígenos eritrocitários, são classificadas conforme a isotermia dos anticorpos e suas repercussões clínicas e laboratoriais. À luz dos critérios da American Society of Hematology e da imunopatologia envolvida, assinale a alternativa que descreve adequadamente o tipo de anticorpo, seu comportamento térmico e implicações terapêuticas.

- a) A AHA mediada por anticorpos frios geralmente apresenta Coombs direto negativo e responde de forma inconsistente à corticoterapia, sendo preferencialmente tratada com agonistas de eritropoietina.
- b) Os anticorpos quentes, de natureza predominantemente IgM, ativam o complemento com alta intensidade, promovendo lise eritrocitária intravascular imediata e evolução para falência medular.
- c) A presença de autoanticorpos frios com aglutinação térmica abaixo de 30 °C é característica de síndromes diseritropoiéticas congênitas, como a anemia de Fanconi e a displasia medular idiopática.
- d) O teste de antiglobulina direta positivo para IgG isolada define AHA por anticorpos quentes, frequentemente associada a esferocitose periférica e esplenomegalia, sendo a corticoterapia a primeira linha.
- e) A atuação sinérgica de autoanticorpos isotérmicos frios e quentes é observada exclusivamente em anemias sideroblásticas adquiridas secundárias a mielodisplasias.

**31.** O estado de mal asmático, condição de obstrução brônquica persistente e refratária à terapêutica padrão, configura emergência respiratória com risco iminente de exaustão muscular ventilatória e parada respiratória. Considerando as recomendações da Global Initiative for Asthma (GINA) e da American Thoracic Society, selecione a proposição que melhor representa conduta farmacológica ou suporte ventilatório em conformidade com o manejo avançado da crise grave.

- a) A indicação de intubação orotraqueal deve ser estabelecida em todos os pacientes com taquicardia e sibilância persistente, mesmo na ausência de sinais objetivos de esforço ventilatório máximo ou alteração da consciência.
- b) O uso intermitente de beta2-agonistas de curta duração por via inalatória deve ser evitado nas fases iniciais da crise, pois seu uso contínuo pode precipitar colapso alveolar e barotrauma por hiperinsuflação dinâmica.
- c) A presença de hipocapnia moderada e taquipneia sugere transição iminente para falência respiratória tipo II, sendo recomendada ventilação mecânica invasiva precoce como medida profilática.
- d) A administração de anticolinérgicos inalados em ambiente hospitalar deve ser evitada nas crises graves, em virtude de sua interferência com a depuração mucociliar e potencial para broncoconstrição paradoxal.
- e) O uso do sulfato de magnésio intravenoso, em dose única, constitui adjuvante terapêutico recomendado nos casos refratários aos broncodilatadores de curta ação, antes da escalada para suporte ventilatório invasivo.

**32.** Na perspectiva da biogerontologia molecular contemporânea, o envelhecimento fisiológico é compreendido como produto de um acúmulo sincrônico de danos estocásticos e mecanismos programados de senescência celular, modulados por vias epigenéticas, inflamatórias e de manutenção da integridade proteica. Tendo em vista os postulados de Hayflick, Harman e os nove pilares conceituais propostos por López-Otín et al., qual proposição expressa com maior fidelidade uma síntese epistêmica da fisiopatologia do envelhecimento normativo?

- a) A senescência replicativa, pela sinalização de p53/p21 e p16INK4a, configura um mecanismo de bloqueio proliferativo estável e não reversível, cuja persistência tecidual gera um secretoma pró-inflamatório associado ao fenótipo SASP.
- b) A teoria do estresse oxidativo permanece como eixo explicativo primário da disfunção mitocondrial senil, sendo diretamente responsável pela replicação somática clonal,

independentemente do estado redox ou da ativação de vias de reparo.

- c) A restrição calórica de longo prazo exerce seus efeitos antienvhecimento por meio da inibição direta da atividade telomerase, promovendo senescência celular via repressão de SIRT1 e indução do eixo JNK-FoxO.
- d) A perda da integridade proteostática senil ocorre primariamente por hipermetilação dos promotores dos genes de chaperonas moleculares, sendo um fator autônomo e não modulável pelas vias de autofagia e proteassoma.
- e) A reprogramação epigenética do envelhecimento celular tem eficácia limitada em razão da universalidade dos padrões metilômicos teciduais, que impedem a restauração funcional por intervenções farmacológicas de segunda geração.

**33.** A supressão crônica do eixo hipotálamo-hipófise-adrenal (HHA) por glicocorticoides exógenos representa uma das principais causas de insuficiência adrenal central, exigindo avaliação laboratorial meticulosa com testes dinâmicos de função corticosuprarrenal. Considerando-se as diretrizes clínicas da Endocrine Society e os limites de sensibilidade dos métodos diagnósticos disponíveis, qual proposição reflete conduta diagnóstica tecnicamente válida para investigação de ejeção adrenocortical insuficiente em pacientes sintomáticos com história de corticoterapia?

- a) O teste de estímulo com ACTH em dose baixa permite detectar falência subclínica da resposta adrenal, ao promover estimulação supramáxima das células da zona fasciculada, acurácia superior ao teste convencional de 250 µg.
- b) A dosagem do cortisol livre urinário de 24 horas constitui método diagnóstico de primeira escolha, dada sua elevada especificidade para insuficiência adrenal central e ausência de interferência por alterações de transcortina.
- c) O teste de estímulo com ACTH sintético deve ser realizado logo após a suspensão abrupta da prednisona, com amostra única de cortisol basal, uma vez que o ACTH endógeno encontra-se naturalmente suprimido.
- d) A ausência de sinais clínicos clássicos de Addisonismo, como hiperpigmentação cutânea, hiponatremia e fadiga, permite a exclusão diagnóstica, mesmo na vigência de cortisol basal borderline.
- e) A dosagem de ACTH plasmático isolada é suficiente para a identificação da origem hipofisária da insuficiência adrenal, sendo desnecessária a realização de provas de estímulo diante de níveis indetectáveis.

**34.** A diferenciação diagnóstica entre as glomerulopatias primárias exige integração entre o perfil clínico sindrômico (nefrótico vs nefrítico), os achados da biópsia renal em microscopia óptica e eletrônica, bem como os padrões imunofluorescentes de imunocomplexos. Tendo em vista os critérios da KDIGO (2021) e a tipificação histológica proposta por D'Agati e Couser, qual proposição sintetiza com exatidão as distinções anatomopatológicas e fisiopatológicas entre nefropatia por lesões mínimas, GESF e glomerulonefrite membranosa?

- a) A glomerulonefrite membranosa se caracteriza por proteinúria nefrótica isolada, espessamento homogêneo das paredes capilares glomerulares com depósitos subepiteliais de IgG4, e padrão de imunofluorescência granular.
- b) A GESF exhibe esclerose segmentar com hialinose capilar, retração de ansas e colapso glomerular parcial, com presença típica de depósitos imunes subendoteliais de IgA e IgM na zona mesangial periférica.
- c) A nefropatia por lesões mínimas apresenta espessamento lamelar da membrana basal e infiltrado inflamatório intersticial discreto, com padrão linear de deposição de C1q e presença de anticorpos anti-TAMM-Horsfall.
- d) A glomerulopatia membranosa idiopática está associada a proliferação mesangiocapilar com hiperplasia difusa, sendo os depósitos predominantemente mesangiais e positivos para IgA e C3.
- e) A GESF classicamente cursa com hemossedimentação elevada, hematúria macroscópica e glomerulite proliferativa focal com formação de crescentes epiteliais segmentares.

**35.** A monitorização invasiva da pressão intracraniana (PIC) em pacientes com traumatismo cranioencefálico grave constitui ferramenta fundamental para a prevenção de deterioração neurológica secundária à hipertensão intracraniana sustentada (HIC), que compromete a complacência cerebral, o fluxo sanguíneo cerebral (FSC) e a autorregulação hemodinâmica. Com base nas diretrizes da Brain Trauma Foundation e na fisiologia da pressão de perfusão cerebral (PPC), qual proposição traduz conduta válida diante de elevação persistente da PIC acima de 22 mmHg após falência das medidas convencionais de primeira linha?

- a) A realização de hiperventilação profilática para manutenção de  $\text{PaCO}_2 < 25$  mmHg, aliada à infusão de manitol e solução hipertônica contínua, constitui intervenção de escolha para controle definitivo da HIC refratária.
- b) A indução anestésica profunda com barbitúricos deve preceder quaisquer medidas de suporte sistêmico ou correções metabólicas,

dado seu efeito supressor direto sobre o metabolismo cerebral de glicose.

- c) A craniectomia descompressiva bifrontal, embora associada a risco de síndrome do osso flutuante, deve ser considerada em pacientes com PIC persistentemente elevada e PPC < 50 mmHg, após exclusão de causas reversíveis sistêmicas.
- d) A profilaxia de trombose venosa cerebral com anticoagulação deve ser iniciada nas primeiras 12 horas da admissão, uma vez que a obstrução do retorno venoso é a principal causa de HIC de origem não traumática.
- e) O uso contínuo de benzodiazepínicos em infusão é preferível ao propofol, por preservar a autorregulação cerebrovascular e exercer menor depressão sobre o FSC regional em áreas de penumbra cortical.

**36.** As vasculites sistêmicas associadas a ANCA, notadamente a granulomatose com poliangeíte (GPA) e a poliangeíte microscópica (PAM), configuram entidades distintas no espectro das vasculopatias necrosantes de pequenos vasos, com diferenças histopatológicas, sorológicas e de acometimento orgânico. Considerando os critérios classificatórios EULAR/ACR 2022 e as revisões imunopatológicas de Jennette e Falk, qual proposição expressa com precisão uma diferenciação válida entre essas nosologias?

- a) A GPA manifesta-se predominantemente com inflamação granulomatosa necrosante das vias aéreas superiores e inferiores, sorologia positiva para ANCA-c contra proteinase 3, e glomerulonefrite necrosante pauci-imune.
- b) A PAM distingue-se pela formação de granulomas renais epitelioides não necrosantes, positividade obrigatória para ANCA-p contra mieloperoxidase, e envolvimento restrito ao sistema geniturinário.
- c) A GPA cursa com padrão imunofluorescente linear de IgA na biópsia renal, acometimento pulmonar raro e presença de infiltrado eosinofílico periférico, sendo frequentemente confundida com síndrome de Churg-Strauss.
- d) A PAM manifesta-se por granulomatose necrosante pulmonar com ulcerações de mucosa nasal e destruição cartilaginosa, sendo indistinguível histologicamente da GPA em fase ativa.
- e) Ambas as entidades cursam com positividade cruzada de ANCA-c e ANCA-p, sendo a diferenciação clínica baseada exclusivamente no número de órgãos comprometidos e na resposta inicial à pulsoterapia com ciclofosfamida.

**37.** A abordagem contemporânea do delírium em pacientes críticos hospitalizados demanda uma compreensão multifatorial do seu substrato fisiopatológico, envolvendo interações complexas entre

inflamação sistêmica, neurotransmissão e fragilidade basal. À luz das recomendações das diretrizes do PADIS (Pain, Agitation/Sedation, Delirium, Immobility, and Sleep Disruption) da SCCM (Society of Critical Care Medicine), qual alternativa representa uma conduta alinhada ao manejo atual do delirium em UTI?

- a) A sedação contínua com benzodiazepínicos em infusão é preferida nos casos de delirium hipoativo refratário, associada à manutenção do paciente em ambiente isolado e pouco iluminado.
- b) A avaliação diária com instrumentos validados, como CAM-ICU, associada à interrupção periódica da sedação e mobilização precoce, compõe a estratégia de prevenção e manejo do delirium.
- c) A prescrição de neurolépticos de alta potência deve preceder a investigação de causas clínicas, dado seu efeito imediato na reversão da sintomatologia psicomotora.
- d) A suplementação profilática com tiamina e ácido fólico demonstrou eficácia superior à mobilização precoce na prevenção do delirium em pacientes com infecção grave.
- e) A monitoração eletroencefalográfica contínua é obrigatória em todos os casos de delirium hipoativo, devendo preceder qualquer conduta farmacológica ou ambiental.

**38.** A manifestação clínica da síndrome paraneoplásica neurológica decorre de uma resposta imunomediada contra antígenos expressos ectopicamente por tumores, repercutindo em diversos compartimentos do sistema nervoso central e periférico. Considerando os mecanismos imunopatológicos envolvidos e os principais anticorpos associados (como anti-Hu, anti-Ri e anti-Yo), qual alternativa expressa adequadamente um aspecto crítico da abordagem clínica e terapêutica dessas síndromes?

- a) O tratamento da síndrome paraneoplásica baseia-se predominantemente na remoção do tumor de base, uma vez que as manifestações neurológicas são invariavelmente irreversíveis.
- b) A presença de anticorpos onconeuronais específicos permite diagnóstico definitivo de síndrome paraneoplásica, mesmo na ausência de sintomas neurológicos e de tumor identificado.
- c) A ausência de anticorpos detectáveis exclui o diagnóstico de síndrome paraneoplásica neurológica, devendo-se investigar causas infecciosas e metabólicas de forma prioritária.
- d) A imunoterapia com pulsoterapia de metilprednisolona ou imunoglobulina intravenosa pode atenuar sintomas neurológicos quando associada ao controle oncológico precoce.
- e) A biópsia cerebral é mandatória para confirmação histológica da síndrome, sendo

contraindicada a introdução de terapias imunomoduladoras antes da confirmação anátomo-patológica.

**39.** No manejo das doenças reumatológicas autoimunes, como o lúpus eritematoso sistêmico (LES), a integração entre os critérios clínicos, imunológicos e laboratoriais é fundamental para o diagnóstico precoce e estratificação prognóstica. Considerando as manifestações multissistêmicas do LES e os critérios classificatórios atuais, qual proposição descreve de forma adequada uma manifestação típica e sua implicação clínica?

- a) A presença de anticorpos anti-Ro é indicativa exclusiva de vasculite de pequenos vasos, exigindo pulsoterapia imediata com ciclofosfamida.
- b) A manifestação renal do LES cursa com síndrome nefrítica isolada e não implica risco de progressão para doença renal crônica terminal.
- c) A artrite lúpica caracteriza-se por envolvimento erosivo e deformante, com acometimento predominante das articulações interfalângicas distais.
- d) A fotossensibilidade cutânea, as úlceras orais indolores e a presença de anti-DNA de dupla hélice associam-se a atividade sistêmica significativa e risco de acometimento visceral.
- e) O comprometimento neurológico no LES está restrito a polineuropatias periféricas e não se associa a autoanticorpos específicos.

**40.** A abordagem diagnóstica e terapêutica da hepatite autoimune envolve a integração de parâmetros clínicos, laboratoriais e histopatológicos, exigindo acurada distinção entre as diversas formas de hepatopatias crônicas imunomediadas. Considerando os critérios diagnósticos propostos pela International Autoimmune Hepatitis Group (IAIHG), bem como as implicações terapêuticas do uso de imunossupressores de primeira e segunda linha, qual alternativa descreve com maior precisão a conduta médica diante de um quadro compatível com hepatite autoimune tipo 1 com atividade necroinflamatória intensa e resistência à terapia padrão?

- a) A substituição do azatioprina por ciclofosfamida é a conduta de primeira escolha diante de falência terapêutica, com monitoramento bimestral das transaminases e da fosfatase alcalina.
- b) A pulsoterapia com imunoglobulina humana deve ser instituída precocemente, independentemente dos achados histológicos, com posterior manutenção com prednisona isolada.
- c) A realização de plasmaférese seriada representa a primeira linha de tratamento nos casos de recidiva bioquímica isolada,

especialmente na ausência de sinais clínicos de descompensação hepática.

- d) A suspensão imediata da corticoterapia, seguida da introdução de interferon peguilado alfa-2b, é indicada para remissão sustentada em pacientes com risco de fibrose avançada.
- e) O uso de micofenolato mofetil, associado à manutenção de dose imunomoduladora de prednisona, constitui alternativa válida em pacientes refratários ao esquema convencional.

**FIM**