

# EXAME NACIONAL DE RESIDÊNCIA

## EDIÇÃO 2025/2026

# Endare

EXAME NACIONAL DE RESIDÊNCIA

TARDE

## ÁREA DE ATUAÇÃO

### DOR

PROVA OBJETIVA - TIPO 1



#### SUA PROVA

Além deste caderno de questões contendo **80 (oitenta)** questões objetivas, você receberá do fiscal de sala:

- uma folha para a marcação das respostas.



#### 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 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 prova!**

## Acupuntura

1

Paciente feminina, 26 anos, chega ao ambulatório de acupuntura apresentando mal-estar, cefaleia, mialgia e prurido na garganta. Relata também “nariz todo entupido”. Refere que os sintomas se iniciaram há 4 dias, tendo feito uso de dipirona por 2 dias sem melhora.

Ao exame, nota-se Tax.: 38,3 °C, coriza e discreta rouquidão. Pulso tenso e superficial e língua com revestimento branco e fino. Diante do quadro, é correto afirmar que se trata de um quadro de

- (A) invasão de fleuma frio, o que justifica o aspecto da saburra da língua e a coriza.
- (B) invasão de vento calor, o que justifica a temperatura elevada e a dor de garganta.
- (C) invasão de vento frio, em que o fator patogênico externo ao invadir a superfície corporal compromete o Wei Qi, causando febre com pouca ou nenhuma sudorese.
- (D) deficiência de Qi do pulmão, o que justifica a mialgia, a congestão nasal e a saburra branca.
- (E) síndrome Wei, em que a fraqueza muscular ocorre em decorrência da invasão de vento frio e da ascensão do Wei Qi do fígado.

2

P. C. G., 38 anos, masculino, relata que há 6 meses começou a sentir palpitações e desconforto torácico. Refere que o quadro vem piorando progressivamente, principalmente após realizar esforço físico. Descreve também que, nos últimos 3 meses, tem sentido mais frio do que o normal.

Refere estar preocupado, pois tal condição vem comprometendo sua função laborativa, uma vez que trabalha no segmento operacional da construção civil.

HPP: Alergia à nimesulida. Nega DM, HAS. Nega uso de medicações. Nega tabagismo.

Ao exame, nota-se FC: 53 bpm; FR: 18 irpm; compleição pálida; mãos e pés frios; o pulso está profundo e lento; e a língua, por sua vez, se apresenta pálida, com revestimento fino e branco.

Diante do quadro apresentado, avalie as seguintes afirmativas:

- I. Trata-se de um quadro de deficiência de Qi e Yang do Xin. Uma vez deficientes, o fluxo de Xue fica comprometido, assim como a nutrição do Xin, causando palpitação.
- II. Um possível tratamento para essa condição seria o agulhamento em tonificação do BP10, B15 e PC6.
- III. O Qi e o Yang do Xin, quando deficientes, apresentam falhas na função do aquecimento, o que resulta em intolerância ao frio e membros frios.

Está correto o que se afirma em

- (A) I, II e III.
- (B) III, apenas.
- (C) I e III, apenas.
- (D) I e II, apenas.
- (E) II, apenas.

3

Paciente feminina, 66 anos, hipertensa, queixa-se de dor lombar, boca seca, sudorese ao dormir e memória fraca. Relata também turvação visual que se atenua com uso de hialuronato de sódio 0,15% colírio.

Descreve que essa condição persiste há anos, já tendo procurado vários especialistas, sem melhora significativa do quadro.

Ao exame, nota-se língua vermelha, sem revestimento e pulso fino e rápido.

Diante do caso apresentado, é correto afirmar que

- (A) o caso apresentado descreve uma deficiência de Qi do Rim e do baço, o que justifica as características da língua, a dor lombar e a memória fraca.
- (B) trata-se de um quadro de estagnação de Qi do fígado. Uma possível prescrição para o quadro seria F2, R7, IG4 e VB41.
- (C) o caso apresentado relata uma estagnação de sangue nos canais Luo, com calor Xu. Uma possível prescrição para o quadro seria CS6, VC17 e C7.
- (D) o caso apresentado relata uma estagnação do Qi do Gan, com deficiência de Qi do Shen. Sabe-se que a visão é o órgão dos sentidos relacionado ao Gan. Com o Qi do Gan estagnado, a visão tende a ficar turva devido ao ressecamento.
- (E) trata-se de um quadro de deficiência de Yin do Shen e do Gan. Como tratamento, deve-se nutrir o Yin do Gan e do Shen. Pode-se usar o ponto IG11 para eliminar o calor por deficiência.

4

Dor neuropática é definida pela Associação Internacional para Estudo da Dor como decorrente de uma lesão ou doença que afeta o sistema somatossensitivo. Ela pode ocorrer em várias condições que acometem tanto sistema nervoso periférico como o sistema nervoso central.

Sobre a dor neuropática e seu tratamento, assinale a afirmativa correta.

- (A) As dores neuropáticas mais prevalentes na população são as neuropatias decorrentes de doenças autoimunes como lupus, amiloidose, artrite reumatoide e síndrome de Sjogren.
- (B) Seringomielia e doença de Fabry são causas de dor neuropática de etiologia periférica.
- (C) A venlafaxina e a duloxetina pertencem a classe de antidepressivos tricíclicos e podem ser usados para o tratamento da dor neuropática, sendo também eficazes para a depressão e a ansiedade associados ao quadro de dor neuropática.
- (D) As dores neuropáticas costumam responder mal a analgésicos derivados da pirazolona (dipirona), mas costumam responder bem a anti-inflamatórios não esteroidais.
- (E) Drogas opioides como o tramadol podem ser eficazes para o tratamento da dor em polineuropatias sensitivas, mas tem pouca ou nenhuma resposta à ansiedade e à depressão associados à dor neuropática.

5

Criança de 4 anos deu entrada na emergência do Hospital Universitário com quadro de tosse paroxística e febre baixa há cerca de 8 dias. Foi tratada com sintomáticos, tendo a mãe sido orientada a observar.

A mãe retorna à emergência, relatando que as crises de tosse pioraram, com episódios mais longos e com a criança se apresentando mais cansada. Relatou que a criança apresentou um episódio emético após uma das crises de tosse.

O chefe da emergência foi consultado e optou-se pela internação da criança. Foram solicitados exames laboratoriais e Raio X de tórax.

Diante do quadro apresentado, avalie as seguintes afirmações:

- I. Um possível diagnóstico para o quadro clínico acima é coqueluche. A doença se caracteriza por uma infecção aguda do sistema respiratório causado pela bactéria *Bordetella pertussis*. Trata-se de uma doença de longa duração, que é classificada em três estágios: catarral, paroxístico e convalescença.
- II. No caso da coqueluche, a invasão do agente patogênico externo compromete a função do Fei de descender e dispersar o Qi, resultando em ascensão do Qi do Fei e desencadeando os sintomas de coqueluche.
- III. No caso da coqueluche, durante a fase paroxística e em casos mais graves, pode haver obstrução do Qi do Fei por mucosidade, calor e manifestação das formas mais severas da doença, como variação do estado de consciência e convulsão.
- IV. Ainda no tocante a coqueluche, crianças menores de 6 meses são menos propensas as formas graves da doença pois apresentam resposta imunológica predominantemente TH2. Ademais, nesta faixa etária ainda contam com o Jing essencial (céu anterior) advindo da mãe, o que confere um Qi do Fei mais robusto.

Está correto o que se afirma em

- (A) I e IV, apenas.
- (B) I, II e III.
- (C) I e III, apenas.
- (D) II, III e IV.
- (E) I, II e IV.

6

O.G.P., masculino, 49 anos, casado, relata crescente insatisfação profissional há cerca de 8 anos. Durante a anamnese percebe-se uma considerável sensação de frustração, irritabilidade, falta de iniciativa e pessimismo. Afirma que cada vez, com mais frequência, questiona o sentido da vida e o real propósito da existência. Apesar das queixas profissionais, relata possuir um emprego público estável e nega problemas financeiros. Queixa-se de dor lombar e de baixa libido. Seu pulso apresentava-se em corda na segunda posição à esquerda, mas vazio na profundidade nas demais posições. A língua estava vermelha nas laterais.

Assinale a opção que melhor define esse quadro clínico.

- (A) Trata-se de um paciente com quadro de fadiga crônica. Nota-se deficiência de Yang do fígado e do Qi do baço. Uma possível prescrição para o caso seria F3, B20, VC12 e BP3.
- (B) Trata-se de um paciente com fadiga crônica. Nota-se deficiência de Yang do baço e estagnação de Qi e sangue do fígado. Uma possível prescrição seria F3, VB34, B20 e B47.
- (C) Trata-se de um paciente com quadro de depressão. Nota-se deficiência do rim com estagnação do Qi do fígado. Uma possível prescrição seria F3, B23, B52, R3, B18 e B47.
- (D) Trata-se de um paciente com quadro de depressão. A tristeza se deve a deficiência de Qi do pulmão, o que justifica a falta de alegria e a redução da libido. Nota-se também estagnação de Qi do fígado. Uma possível prescrição seria IG4, F3, P7, B13, P3, B18 e B47.
- (E) Trata-se de um paciente com quadro de depressão. Nota-se estagnação de Qi do fígado e calor no coração. O calor no coração gera transtorno de ansiedade e depressão, e deixa o Qi do fígado estagnado. Uma possível prescrição seria C5, VC15, C7 e CS6.

7

Paciente masculino, 55 anos, queixa-se de insônia há cerca de 2 anos. Em seu relato, descreve que, ao deitar, tem dificuldade em apaziguar seus pensamentos e dormir. Refere que depois de acalmar seus pensamentos, até consegue dormir, porém desperta várias vezes durante a noite com sensação de boca seca.

Ao exame, nota-se língua vermelha, com revestimento fino e sulcada na ponta; o pulso se encontra fino, fraco e rápido; HPP: Nega DM; relata HAS controlada farmacologicamente; alergia à dipirona; e rim único (relata ter nascido com apenas um rim).

Diante desse quadro clínico, é correto afirmar que se trata de

- (A) uma deficiência de Yin do Xin e do Shen, com desarmonia entre o Xin e o Shen.
- (B) uma desarmonia entre Gan e Wei, com ascensão de Yang do Gan.
- (C) uma deficiência de Qi do Pi com estagnação de Qi do Gan.
- (D) uma deficiência de Qi do Xin e do Shen, com desarmonia entre o Xin e o Shen.
- (E) uma deficiência de sangue do Xin, com estagnação de Qi no Dai Mai.

**8**

A asma é uma condição que acomete as vias aéreas causada por um processo inflamatório dos brônquios. Na Medicina Tradicional Chinesa, a asma pode ter diferentes causas e pode estar associada a diversos desequilíbrios.

Considere o seguinte caso clínico de asma.

Paciente que apresenta crises de asma que pioram à noite, aperto no tórax e edema de face; relata sentir muito frio e ser uma pessoa depressiva; nota-se voz fraca, constante cansaço e dor nas costas; língua pálida com revestimento branco e fino; e pulso fraco e lento.

Tal quadro sugere

- (A) estagnação de Qi do fígado que termina agredindo o pulmão. Pode haver uma deficiência de Yin do coração associada.
- (B) deficiência de Yin do rim e Yin do pulmão. Pode haver uma estagnação de Qi do fígado associada.
- (C) ascensão do fogo do fígado que agride o elemento metal, podendo estar associada a uma deficiência de yang do rim.
- (D) deficiência de Qi do pulmão, podendo estar associado a uma deficiência do Yang do rim.
- (E) deficiência de Qi do fígado e Yin do pulmão, podendo haver, associado ao quadro, uma deficiência de sangue no coração.

**9**

L. V. P., feminina, 36 anos de idade, relata sofrer com cefaleia temporoparietal há mais de 10 anos. Relata que as crises se tornaram mais frequentes há 3 meses após ter sido remanejada de setor no trabalho. Alega que durante as crises sente tensão no ápice da cabeça, náuseas acompanhadas de vertigem e turvação visual.

Ao exame, nota-se pulso em corda, cheio e rápido. A língua, por sua vez, apresenta-se vermelha com revestimento fino e amarelo. Diante desse caso clínico, é correto afirmar que se trata de um quadro de

- (A) fleuma calor e mucosidade no estômago, gerando náuseas e ascensão de Yang do Wei.
- (B) calor vazio em decorrência de uma deficiência de Yin do Wei e do Gan. Com o Yin deficiente, o Yang tende a subir causando vertigem e turvação visual.
- (C) estagnação de Qi do fígado. A estagnação prolongada resultou em ascensão do Yang, causando os sintomas citados acima.
- (D) deficiência de Qi do baço, o que justifica dor parietal e os sintomas digestivos.
- (E) acúmulo de fleuma comprometendo o Yin do coração, que alberga a mente.

## Anestesiologia

**10**

Mulher, 52 anos, com diagnóstico de colelitíase irá ser operada em caráter eletivo. Na avaliação pré-anestésica, a anestesiológica faz exame apurado de vias aéreas e a paciente informa, estimulada pela médica, que, quando fez uma cirurgia para retirada do útero, o anestesiológica comentou, no pós-operatório, que sua intubação traqueal havia sido difícil e ela deveria sempre dizer isso se fosse operada novamente. A anestesiológica optou, então, por uma intubação traqueal com a paciente acordada sob sedação leve.

Ao terminar o procedimento de intubação traqueal, o parâmetro que a confirma, considerado *padrão ouro* para a verificação da intubação traqueal, é a

- (A) detecção sustentada de dióxido de carbono exalado.
- (B) manutenção da frequência cardíaca sem arritmias atriais.
- (C) pressão arterial mantida em nível 10% menor que a inicial.
- (D) observação da saturação de oxigênio maior que 92%.
- (E) ausência mantida de tosse nos primeiros 3 minutos.

**11**

De acordo com o Código de Ética Médica, é **vedado** ao anestesiológica

- (A) indicar o procedimento adequado ao paciente, observadas as práticas cientificamente reconhecidas e respeitada a legislação vigente.
- (B) suspender suas atividades, individualmente ou coletivamente, quando a instituição pública ou privada para a qual trabalhe não oferecer condições adequadas para o exercício profissional ou não o remunerar digna e justamente.
- (C) recusar-se a realizar atos médicos que, embora permitidos por lei, sejam contrários aos ditames de sua consciência.
- (D) abreviar a vida do paciente, ainda que a pedido dele ou de seu representante legal.
- (E) estabelecer seus honorários de forma justa e digna.

**12**

A distribuição do anestésico local no espaço peridural é mais complexa do que no espaço subaracnoide. A dispersão longitudinal do anestésico local por fluxo volumétrico dentro do espaço peridural pode ocorrer após a administração de um volume maior de anestésico local, porém outros fatores interferem nesta distribuição.

Um fator importante que pode aumentar a distribuição do anestésico local no espaço peridural além, naturalmente, do volume injetado, é

- (A) a diminuição da complacência do espaço peridural.
- (B) a diminuição do conteúdo de gordura peridural.
- (C) o aumento do vazamento de anestésico local através dos forames intervertebrais.
- (D) a diminuição da pressão peridural.
- (E) o aumento no calibre do espaço peridural.

**13**

A denominada “primeira dor”, descrita como aguda ou pungente por natureza, bem localizada, e a denominada “segunda dor”, mais difusa por natureza estando associada a aspectos afetivos e motivacionais da dor são transmitidas, respectivamente, pelas seguintes fibras:

- (A) A $\beta$  e A $\delta$ .
- (B) A $\beta$  e polimodais C.
- (C) A $\delta$  e polimodais C.
- (D) Polimodais C e A $\beta$ .
- (E) Polimodais C e A $\delta$ .

**14**

Sem dúvida, é necessária pressão de perfusão adequada se cliques temporários forem usados durante o manejo de aneurisma cerebral.

Porém, a consideração mais importante na condução anestésica de pacientes submetidos a clipagem ou embolização de aneurisma, sem complicações cirúrgicas, após HSA aguda é a

- (A) manutenção de hipotensão arterial
- (B) manutenção de discreta hipocapnia.
- (C) prevenção da bradicardia reflexa.
- (D) prevenção da hipertensão paroxística.
- (E) manutenção de oximetria em, no máximo, 94%.

**15**

Ultimamente, meta-análises que investigam a analgesia pós-operatória demonstraram que um componente utilizado no período perioperatório melhora os desfechos dos pacientes, em relação a analgesia no pós-operatório, e é superior à administração dos opioides administrados sistemicamente.

O componente que tem sido apontado como responsável pela melhora nesse desfecho é a utilização, no perioperatório, de

- (A) analgesia peridural.
- (B) anti-inflamatórios não esteroides.
- (C) inibidores da ciclooxigenase-2.
- (D) corticosteroides de ação prolongada.
- (E) inibidores da ciclooxigenase-3.

**16**

Para procedimentos e cirurgias ambulatoriais, o paciente deve ser incentivado a tomar suas medicações anti-hipertensivas, pela manhã.

Diante disso, um consenso praticamente universal orienta que o paciente pode tomar água antes de sua cirurgia ou procedimento em um período que os anteceda em até

- (A) 2 horas.
- (B) 4 horas.
- (C) 6 horas.
- (D) 8 horas.
- (E) 12 horas.

**17**

O fluxo sanguíneo uterino e placentário depende do débito cardíaco materno e está diretamente relacionado à pressão de perfusão uterina e inversamente relacionado à resistência vascular uterina. A diminuição da pressão de perfusão uterina é o resultado comum da hipotensão materna secundária à hipovolemia, compressão aortocava, bloqueio simpático e diminuição da resistência sistêmica causada por anestesia geral ou no neuroeixo.

O fármaco que, usado profilática ou terapêuticamente, reduz a incidência e a gravidade da hipotensão causada pela raquianestesia para cesariana e resulta em menos acidose fetal é

- (A) a efedrina.
- (B) a fenilefrina.
- (C) a atropina.
- (D) o metaaraminol.
- (E) a felipressina.

**18**

Sabe-se que a ventilação protetora pulmonar, com baixo volume corrente, aumenta a sobrevida de pacientes com síndrome do desconforto respiratório agudo (SDRA), nas unidades de terapia intensiva, mas pode ser importante em todos os pacientes em ventilação mecânica.

Com o uso dessa estratégia a ventilação pulmonar está concentrada em prevenir

- (A) atelectasia, barotrauma e volutrauma.
- (B) hipertensão pulmonar, atelectrauma e atelectasia.
- (C) atelectrauma, barotrauma e volutrauma.
- (D) atelectasia, atelectrauma e volutrauma.
- (E) barotrauma, volutrauma e hipertensão pulmonar.

## Clínica Médica

**19**

Um paciente de 57 anos saiu do consultório de seu clínico assistente com uma prescrição médica que continha, dentre outras medicações, a substância finerenona.

Tal droga tem indicação de uso na seguinte situação clínica:

- (A) amiloidose.
- (B) esofagite eosinofílica.
- (C) fibrose pulmonar idiopática.
- (D) hipertensão arterial maligna.
- (E) doença renal crônica por diabetes 2 com albuminúria.

**20**

Na modalidade oral da profilaxia pré-exposição ao HIV (PrEP), o esquema usado é de

- (A) 2 comprimidos diários de dolutegravir.
- (B) 1 comprimido diário de tenofovir/lamivudina.
- (C) 1 comprimido diário de tenofovir/entricitabina.
- (D) 2 comprimidos diários de zidovudina/lamivudina.
- (E) 1 comprimido diário de dolutegravir e 1 comprimido diário de tenofovir/lamivudina.

**21**

Uma mulher de 63 anos, portadora de plaquetopenia crônica, com contagem sempre em torno de 45 mil plaquetas por microlitro, sem episódios de sangramentos no dia a dia, foi submetida a um procedimento médico invasivo em que a transfusão de plaquetas não é indicada.

O procedimento em questão é a

- (A) exodontia.
- (B) punção lombar.
- (C) biópsia hepática.
- (D) biópsia de medula óssea.
- (E) broncoscopia com biópsia.

**22**

Uma mulher de 43 anos, com diagnóstico de *miastenia gravis* há três anos, foi internada para investigação de dispneia. A doença havia sido caracterizada como generalizada, com altos títulos de anticorpos contra o receptor de acetilcolina (AChR). Após tratamento adequado e melhora clínica, uma massa mediastinal foi identificada na tomografia computadorizada, com suspeita de timoma. A paciente evoluía bem, em uso de piridostigmina e corticosteroide oral.

Considerando a situação clínica apresentada, a conduta mais apropriada é

- (A) realizar timectomia, uma vez que há doença generalizada com anticorpo anti-AChR positivo e suspeita de timoma.
- (B) acompanhar com exames de imagem seriados para avaliar possível crescimento da massa mediastinal.
- (C) realizar biópsia por videotoracoscopia antes de planejar a ressecção cirúrgica da lesão mediastinal.
- (D) adiar a ressecção do timo até que a paciente esteja em completa remissão clínica e sem uso de corticosteroide.
- (E) suspender todos os medicamentos para miastenia 48 horas antes da cirurgia, para evitar interações com anestésicos.

**23**

Paciente de 58 anos, portador de adenocarcinoma gástrico em tratamento quimioterápico há 3 meses, foi internado por quadro de confusão mental, alteração da marcha e diplopia.

O exame físico revela ataxia cerebelar, nistagmo horizontal bilateral e paralisia do sexto par de nervo craniano à direita. A família relatou inapetência importante e perda ponderal de 15 kg nos últimos 2 meses, além de episódios de vômitos frequentes relacionados à quimioterapia.

Considerando o quadro descrito, a conduta terapêutica mais apropriada é

- (A) administração de haloperidol 5 mg via oral, duas vezes ao dia.
- (B) infusão de tiamina 500 mg endovenosa, seguida de 100 mg três vezes ao dia, de 5 a 7 dias.
- (C) prescrição de complexo B via oral, 1 comprimido ao dia, por 30 dias.
- (D) realização de punção lombar para exclusão de carcinomatose meníngea.
- (E) início de corticoterapia com dexametasona 4 mg endovenosa, a cada 6 horas.

**24**

Uma mulher de 58 anos, com diagnóstico de carcinoma ductal invasivo de mama há dois anos e em tratamento adjuvante, procurou o pronto-socorro relatando dor lombar intensa há cinco dias, com piora progressiva e irradiação para ambos os membros inferiores. Nas últimas 48 horas, desenvolveu fraqueza bilateral em membros inferiores, dificuldade para deambular e retenção urinária.

Ao exame físico, apresentou força grau 3 nos membros inferiores, reflexos profundos exaltados, sinal de Babinski bilateral e nível sensitivo na altura de T10. A paciente negava febre, mas referia constipação intestinal recente.

Considerando o caso descrito, o diagnóstico mais provável e a conduta mais apropriada são:

- (A) síndrome da cauda equina por hérnia discal lombar e cirurgia descompressiva de urgência.
- (B) mielite transversa idiopática e pulsoterapia com metilprednisolona endovenosa.
- (C) síndrome de compressão medular metastática e administração de dexametasona seguida de radioterapia.
- (D) síndrome do cone medular por abscesso epidural e antibioticoterapia endovenosa.
- (E) síndrome de compressão medular metastática e laminectomia descompressiva imediata sem corticosteroides.

**25**

Um homem de 72 anos, tabagista, foi internado com quadro de dispneia progressiva há três semanas. Durante a investigação, foi identificada uma massa pulmonar de 4 cm no lobo superior direito, com linfonodomegalia hilar ipsilateral à tomografia de tórax. No terceiro dia de internação, apresentou confusão mental progressiva e sonolência.

Exames laboratoriais revelaram: sódio sérico de 118 mEq/L, osmolalidade plasmática de 245 mOsm/kg, osmolalidade urinária de 420 mOsm/kg, sódio urinário de 85 mEq/L, ureia de 28 mg/dL, creatinina de 0,9 mg/dL, ácido úrico sérico de 2,8 mg/dL, ácido úrico urinário de 680 mg/24h e fração excretória de ácido úrico de 18%. Ao exame físico, encontrava-se euvolêmico, sem edemas periféricos, pressão arterial de 130 x 80 mmHg, sem sinais de desidratação ou sobrecarga hídrica. Função tireoidiana e cortisol sérico matinal estavam dentro dos limites da normalidade.

Considerando os dados apresentados, o diagnóstico presuntivo e a conduta terapêutica imediata mais apropriada são:

- (A) nefropatia perdedora de sal e administração de solução salina hipertônica 3% endovenosa.
- (B) síndrome da secreção inapropriada de ADH e restrição hídrica rigorosa a 800 mL/dia.
- (C) síndrome da secreção inapropriada do hormônio antidiurético e infusão de 100 mL de solução salina hipertônica a 3%, em 20 minutos.
- (D) hiponatremia por reset do osmostato e correção gradual com solução salina isotônica.
- (E) síndrome cerebral perdedora de sal e tolvaptan 15 mg via oral, em dose única.

26

Uma mulher de 45 anos, portadora de *Diabetes Mellitus* tipo 2 há 12 anos, e infecção pelo HIV em uso regular de terapia antirretroviral, há 8 anos, com carga viral indetectável, foi internada para investigação de edema generalizado progressivo há 2 meses.

Ao exame físico, apresentava edema com cacifo 3+/4+ em membros inferiores, edema facial matinal e ascite moderada. Os exames laboratoriais revelaram: proteinúria de 24 horas de 8,2 g, albumina sérica de 2,1 g/dL, colesterol total de 320 mg/dL, LDL de 245 mg/dL, creatinina de 1,4 mg/dL e ureia de 45 mg/dL. O exame de urina tipo 1 demonstrou proteinúria 4+ e hematuria glomerular com hemácias dismórficas e presença de cilindros hemáticos. A fundoscopia revelou retinopatia diabética não proliferativa moderada. Sorologias para hepatite B e C negativas.

Considerando o quadro clínico apresentado, a investigação etiológica mais apropriada inclui

- (A) dosagem de FAN, anti-DNA e complemento, considerando a elevada probabilidade de nefrite lúpica.
- (B) dosagem de anticorpo anti-receptor de fosfolipase A2, complemento, FAN e indicação de biópsia renal.
- (C) biópsia renal contraindicada devido ao diabetes de longa duração e presença de retinopatia diabética.
- (D) dosagem de crioglobulinas, fator reumatoide e início empírico de corticoterapia para glomeruloesclerose colapsante.
- (E) investigação através de hemoglobina glicada e microalbuminúria, pois o quadro é compatível com nefropatia diabética.

27

João, 48 anos, procurou atendimento ambulatorial para avaliação de rotina. Apresentava índice de massa corporal de 32 kg/m<sup>2</sup>, circunferência abdominal de 108 cm, hipertensão arterial sistêmica em uso de losartana 50 mg/dia, *Diabetes Mellitus* tipo 2 diagnosticado há 3 anos, em uso de metformina 500 mg, duas vezes ao dia, e dislipidemia mista. Negava etilismo significativo, mas referia consumo eventual de até duas latas de cerveja nos finais de semana.

Exames laboratoriais recentes mostraram: glicemia de jejum de 145 mg/dL, hemoglobina glicada de 7,8%, colesterol total de 245 mg/dL, LDL de 165 mg/dL, HDL de 35 mg/dL e triglicérides de 280 mg/dL. As aminotransferases estavam elevadas: ALT de 68 U/L (VR: 10–40) e AST de 52 U/L (VR: 10–40), com razão AST/ALT de 0,76. Bilirrubinas, fosfatase alcalina e gama-GT estavam normais. O hemograma completo era normal. Ao exame físico, apresentava esteatose hepática detectada por ultrassonografia abdominal, sem outras alterações significativas.

Considerando a doença hepática gordurosa de origem metabólica e os achados descritos, a estratégia de rastreamento mais adequada para avaliação de fibrose hepática é

- (A) aplicação inicial do escore FIB-4 e, se o resultado for intermediário (1,30-2,67), realizar elastografia hepática; se a elastografia for  $\geq 10$  kPa, considerar biópsia hepática.
- (B) realização de biópsia hepática percutânea, considerando a presença de múltiplos fatores de risco metabólicos e elevação das aminotransferases.
- (C) realização de elastografia hepática como método inicial de triagem, complementada por ressonância magnética com elastografia se os valores estiverem entre 8-12 kPa.
- (D) aplicação do escore *NAFLD Fibrosis Score* (NFS) como método único de avaliação, dispensando métodos complementares, se o resultado for  $< -1,455$ .
- (E) realização de ultrassom convencional seriado a cada 6 meses para monitorização da progressão da esteatose, sem necessidade de avaliação específica para fibrose.

## Medicina Física e Reabilitação

28

Pacientes com diabetes têm um risco anual de 2% de desenvolver uma úlcera do pé diabético (UPD). A UPD acarreta um risco de mortalidade de 5 anos, semelhante a alguns subtipos de malignidade, bem como morbidade significativa para o paciente em termos de hospitalização, incapacidade e amputação, e custo econômico para o sistema de saúde.

Em relação à aplicação da análise dos pés diabéticos por intermédio da baropodometria, é correto afirmar que

- (A) as áreas de hiperpressão no pé diabético serão evidenciadas a partir da medição da força de reação do solo, identificadas nesse tipo de plataforma.
- (B) as informações apenas da resultante dos vetores de força, identificadas nesse tipo de plataforma, são necessárias para a identificação do pico de pressão sobre uma determinada área dos pés diabéticos.
- (C) apenas as informações das pressões aplicadas sobre um ponto, levando em consideração apenas a força vertical aplicada nesse tipo de plataforma, identificarão as áreas de risco sobre os pés diabéticos.
- (D) as informações da trajetória do centro de pressão, através da força vertical e da força transversal aplicada nesse tipo de plataforma, demonstrarão o pico de pressão sobre uma determinada área dos pés diabéticos.
- (E) as informações de vetores de força e trajetória do centro de pressão identificadas nesse tipo de plataforma são os pontos considerados fundamentais para a identificação das áreas de risco nos pés diabéticos e para a confecção de órteses.

29

Paciente do sexo masculino, 32 anos de idade, sofreu fratura da coluna lombar, com lesão da medula espinhal em decorrência de queda de grande altura. Ao exame clínico, apresentava deficiência completa, sem função motora ou sensorial restante abaixo do nível da lesão.

Segunda a escala de deficiência da Associação Americana de Lesões Espinhais (ASIA), esse paciente teve uma lesão do grau

- (A) A.
- (B) B.
- (C) C.
- (D) D.
- (E) E.

30

A incidência, a gravidade e a extensão da plexopatia braquial em lactentes foram minimizadas pelo diagnóstico e tratamento obstétrico moderno. Apesar dessas medidas, a ocorrência de plexopatia braquial não foi eliminada.

Em relação à plexopatia braquial, é correto afirmar que

- (A) segundo a classificação de Narakas, no grupo 3 encontram-se as lesões das raízes C7 e T1.
- (B) segundo a classificação de Narakas, no grupo 2 encontram-se as lesões das raízes C5, C6 e C7.
- (C) a síndrome de Horner ipsilateral indica lesão nos nervos simpáticos cervicais e das raízes C6 e C7.
- (D) com o envolvimento de C5 e C6, os extensores do cotovelo são fracos e o cotovelo é mantido em posição intermediária.
- (E) lesões do plexo superior manifestam-se inicialmente como fraqueza dos abdutores, rotadores internos do ombro e ausência dos flexores do cotovelo.

31

Ao avaliar um exame de ressonância magnética, o médico depara com imagens escuras e brilhantes, que se devem aos parâmetros da sequência de pulsos utilizados, sendo as sequências mais comuns as ponderadas de T1 e T2.

Sobre o tema, é correto afirmar que

- (A) a sequência ponderada em T2 utiliza um tempo de repetição e um tempo de eco curtos.
- (B) a sequência ponderada em T1 utiliza um tempo de repetição e um tempo de eco longos.
- (C) em T1, observamos tecido gorduroso como imagem escura, e em T2, como imagem brilhante.
- (D) em T1, observamos osteomielite como uma imagem brilhante e em T2, observamos como uma imagem escura.
- (E) em T1, observamos edema de medula óssea como uma imagem escura e em T2, como uma imagem brilhante.

32

No joelho, os problemas mais comuns relacionados à artrite degenerativa são varo e flexão. O suporte de peso com uma deformidade em flexão do joelho aumenta a demanda do quadríceps para estabilidade no apoio. A análise do vetor no plano sagital do corpo, mostra que o paciente utiliza a inclinação anterior do tronco para diminuir a ação necessária do quadríceps.

Essa postura – a inclinação anterior do corpo – impõe

- (A) carga aumentada nos músculos sóleo e glúteo máximo.
- (B) carga aumentada nos músculos gastrocnêmios e iliopsoas.
- (C) maior torque de flexão plantar no tornozelo e de flexão no quadril.
- (D) torque de flexão dorsal no tornozelo e controle abdutor no quadril.
- (E) maior torque de flexão dorsal no tornozelo e de flexão no quadril, aumentando a carga nos músculos tibial anterior e iliopsoas.

33

Várias afecções cervicais se manifestam por dores irradiadas por compressão de raízes cervicais. Dessa forma, o exame neurológico dos membros superiores deve fazer parte da semiologia desse segmento da coluna.

Com base na padronização da classificação neurológica da lesão medular da Associação Americana de Lesão Medular e da Associação Médica Internacional de Paraplegia, é correto afirmar que, ao avaliarmos o músculo extensor do cotovelo e a sensibilidade do terceiro quirodáctilo, estamos avaliando a raiz de

- (A) C5.
- (B) C6.
- (C) C7.
- (D) C8.
- (E) T1.

34

A propriocepção e o controle muscular exercem um papel fundamental na estabilidade articular dinâmica. Após lesões ortopédicas, algumas características sensorio-motoras são alteradas e devem ser focadas em programas de reabilitação, para que haja sucesso no retorno às atividades realizadas previamente a lesão.

A propriocepção, em si, envolve os seguintes receptores:

- (A) nocirreceptores e termorreceptores.
- (B) nocirreceptores e mecanorreceptores.
- (C) nocirreceptores e receptores tendíneos.
- (D) mecanorreceptores e termorreceptores.
- (E) receptores nos ligamentos e nos tecidos cutâneos.

35

O Código de Ética Médica contém as normas a serem seguidas pelos médicos no exercício de sua profissão, inclusive nas atividades relativas a ensino, pesquisa e administração de serviços de saúde.

Em relação aos princípios fundamentais citados no Código de Ética Médica, assinale a afirmativa **incorreta**.

- (A) O trabalho do médico não pode ser explorado por terceiros com objetivos de lucro, com finalidade política ou religiosa.
- (B) O médico comunicará às autoridades competentes quaisquer formas de deterioração do ecossistema, prejudiciais à saúde e à vida.
- (C) O médico terá, para com os colegas, respeito, consideração e solidariedade, sem se eximir de denunciar atos que contrariem os postulados éticos.
- (D) Sempre que participar de pesquisas envolvendo seres humanos ou quaisquer animais, o médico respeitará as normas éticas internacionais, bem como protegerá a vulnerabilidade dos sujeitos da pesquisa.
- (E) nas situações clínicas irreversíveis e terminais, o médico evitará a realização de procedimentos diagnósticos e terapêuticos desnecessários e propiciará aos pacientes sob sua atenção todos os cuidados paliativos apropriados.

36

Criança portadora de paralisia cerebral utiliza dispositivo de apoio para deambular e cadeira de roda para longas distâncias.

Segundo o sistema de Classificação da Função Motora Grossa (Gross Motor Function Classification System, GMFCS) essa criança é classificada como sendo do grupo

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

## Neurocirurgia

37

A mais importante via metabólica envolvida na formação do edema peritumoral no glioblastoma é

- (A) o aumento da expressão de BDNF.
- (B) o ciclo de Krebs.
- (C) a via do VEGF e o aumento da permeabilidade da barreira hematoencefálica.
- (D) a sinalização de Vi-67.
- (E) o aumento da expressão de NGF.

38

Em um paciente de 35 anos com lesão da artéria espinal anterior, o padrão clínico mais característico que se espera encontrar é a

- (A) perda da propriocepção e da motricidade e acima e abaixo da lesão.
- (B) preservação da função motora, com perda hemissensitiva.
- (C) paralisia flácida bilateral.
- (D) paralisia unilateral com perda sensitiva completa.
- (E) paralisia motora bilateral e perda da sensibilidade dolorosa e sensibilidade à temperatura.

39

Durante uma craniotomia para aneurisma da artéria comunicante anterior, a estrutura que está mais em risco de lesão é a(o)

- (A) artéria coroídea anterior.
- (B) artéria cerebral posterior.
- (C) artéria cerebral média.
- (D) artéria pericalosa.
- (E) quiasma óptico.

40

O seguinte marcador molecular está mais associado à progressão de gliomas de grau II para grau IV:

- (A) IDH1 mutante.
- (B) amplificação do gene BDNF.
- (C) IDH selvagem.
- (D) mutação na Ki-67.
- (E) aumento da expressão de VEGF.

41

Paciente de 80 anos com diagnóstico de Hakim-Adams, normal.

A seguinte alteração é mais frequentemente observada no estudo urodinâmico para investigação de incontinência urinária:

- (A) bexiga neurogênica.
- (B) hipotonia vesical.
- (C) obstrução do fluxo ureteral e hidronefrose.
- (D) diminuição do volume pós-miccional.
- (E) contrações involuntárias do músculo detrusor.

42

Paciente de 38 anos com malformação de Chiari tipo I.

O principal fator radiológico para indicação cirúrgica, nesse caso, é a(o)

- (A) presença de platibasia.
- (B) herniação das tonsilas cerebelares maior que 10 mm.
- (C) presença de siringomielia cervical.
- (D) herniação do tronco encefálico.
- (E) aumento do comprimento da linha de Frankfurt.

43

Assinale a opção que apresenta o alvo terapêutico mais promissor para controlar edema cerebral vasogênico em metástases cerebrais.

- (A) Antagonistas de VEGF (bevacizumabe).
- (B) Inibidores da receptação de serotonina.
- (C) Antagonista do receptor de glutamato tipo Kainato.
- (D) Agonistas dopaminérgicos.
- (E) Antagonistas de prostaglandinas (corticoides).

44

A abordagem cirúrgica mais indicada para remoção de meningioma clival é o acesso

- (A) transpetroso.
- (B) pterional alargado.
- (C) frontal bilateral.
- (D) transoral endoscópico.
- (E) occipital infratentorial supracerebelar.

45

O método diagnóstico mais sensível para detectar um microadenoma hipofisário produtor de ACTH é o(a)

- (A) SPECT.
- (B) RMN com sequências de alta resolução e contrastada com gadolínio.
- (C) dosagem de ACTH ou prolactina no sangue.
- (D) teste de supressão com metilprednisolona.
- (E) PET-CT com cortisol marcado radioativamente.

## Neurologia

46

Homem de 76 anos, com histórico de declínio cognitivo progressivo nos últimos dois anos, apresenta episódios recorrentes de confusão mental flutuante, com períodos de atenção normal alternando com desorientação súbita.

Ao exame, apresenta rigidez com roda denteada em membros superiores e leve tremor de repouso na mão direita. Nas últimas semanas, passou a relatar com frequência que “*vê pessoas dentro de casa*”, descrevendo figuras humanas bem definidas, como “*uma mulher de vestido azul sentada no sofá*”. Os familiares relatam que ele, em alguns momentos, reconhece que as visões não são reais.

Diante do quadro clínico apresentado, a conduta inicial mais adequada é

- (A) iniciar quetiapina imediatamente, como primeira linha para alucinações em idosos.
- (B) prescrever clozapina, com controle hematológico semanal, mesmo sendo um caso leve.
- (C) prescrever memantina, por seu efeito modulador sobre alterações comportamentais.
- (D) iniciar haloperidol em baixa dose, por sua eficácia em controlar sintomas psicóticos.
- (E) introduzir inibidor da colinesterase, que pode reduzir os sintomas psicóticos e obter melhora cognitiva.

47

Homem de 76 anos, previamente hígido, é admitido com quadro súbito de afasia e hemiparesia direita há uma hora e quarenta minutos. NIHSS inicial: 11. Após avaliação clínica e exclusão de contraindicações, é iniciada trombólise endovenosa com alteplase. Aproximadamente 40 minutos após o início da infusão, o paciente evolui com rebaixamento do nível de consciência. Uma tomografia de crânio de urgência mostra imagem hiperdensa em região fronto-parietal a esquerda.

Diante desse quadro, a melhor conduta terapêutica imediata é

- (A) suspender a trombólise e administrar crioprecipitado.
- (B) administrar protamina para antagonizar o efeito do alteplase.
- (C) manter a trombólise pois trata-se da evolução do AVC isquêmico.
- (D) iniciar dexametasona em altas doses para reduzir o edema vasogênico.
- (E) iniciar heparina não fracionada para reduzir o risco de novas trombozes cerebrais.

48

Homem de 62 anos, hipertenso e tabagista, é atendido na emergência após episódio súbito de vertigem intensa, náuseas e vômitos, associado a queda ao tentar caminhar. Relata também dormência na face do lado direito e dormência no corpo do lado esquerdo.

Ao exame, apresenta nistagmo horizontal-rotatório, disartria leve, ptose palpebral e miose à direita, além de ataxia em dimídio direito. Os pares cranianos estão preservados, exceto por hipoestesia na hemiface direita. Não há déficit motor focal.

Com base nesse quadro clínico, a hipótese mais provável é

- (A) infarto cerebelar a direita, com compressão de estruturas do tronco.
- (B) AVC lacunar de cápsula interna esquerda, com déficit sensitivo puro.
- (C) neurite vestibular associada à neuropatia periférica diabética.
- (D) AVC isquêmico de tronco cerebral, com infarto no bulbo lateral direito.
- (E) tumor de ângulo ponto-cerebelar com compressão progressiva de nervos cranianos.

49

Um paciente com hematoma temporal à esquerda evolui com rebaixamento do nível de consciência, midríase fixa à esquerda e hemiparesia à direita.

A alteração pupilar descrita decorre da compressão

- (A) do nervo óptico bilateral.
- (B) do nervo abducente ipsilateral.
- (C) da cápsula interna contralateral.
- (D) do nervo oculomotor ipsilateral.
- (E) do núcleo de Edinger-Westphal contralateral.

50

Uma mulher de 45 anos apresenta cefaleia súbita e intensa e é atendido na emergência. A tomografia de crânio revela imagem hiperdensa na cisterna interpeduncular. Angiografia cerebral identifica aneurisma de artéria comunicante posterior.

Entre os achados clínicos esperados nessa localização aneurismática estão

- (A) hemiplegia direita e rigidez de nuca.
- (B) nistagmo horizontal e sinal de Kernig.
- (C) síndrome bulbar com disartria e disfagia.
- (D) hemianopsia bitemporal e sinal de Lasegue.
- (E) oftalmoplegia de III nervo e sinal de Brudzinski.

51

Gestante no terceiro trimestre apresenta cefaleia intensa, náuseas, e convulsão tônico-clônica generalizada. A ressonância magnética com angio-RM revela trombose do seio sagital superior. Não há história anterior de trombofilia.

A conduta inicial mais adequada para essa paciente é

- (A) dexametasona intravenosa e repouso absoluto.
- (B) cesárea de urgência para prevenção de eclâmpsia.
- (C) anticoagulação com heparina de baixo peso molecular.
- (D) coleta de liquor para diagnóstico diferencial com meningite.
- (E) administração de anticonvulsivantes e trombólise com alteplase.

52

Um paciente de 60 anos foi submetido ao exame neurológico. Entre as várias manobras realizadas solicitou-se que ele andasse em tandem.

Para isso, o paciente necessita caminhar

- (A) para trás.
- (B) em zigue-zague.
- (C) normalmente, de olhos fechados.
- (D) normalmente, de olhos abertos.
- (E) em linha reta, colocando um pé imediatamente à frente do outro.

53

Uma paciente feminina, 76 anos, hipertensa, tabagista, sofreu um acidente vascular cerebral encefálico e apresentou como seqüela apenas heminegligência.

Entre os sítios anatômicos listados a seguir, assinale aquele que corresponde à localização mais provável da lesão responsável pelo quadro clínico apresentado pela paciente.

- (A) Lobo occipital não dominante.
- (B) Cápsula interna.
- (C) Núcleo subtalâmico.
- (D) Lobo parietal não dominante.
- (E) Área postrema.

54

Ao examinarmos um paciente masculino, 18 anos, com o diagnóstico de síndrome de Gilles de la Tourette, além dos tiques motores e fônicos, identificamos palilalia, o que significa que ele

- (A) gaguejava.
- (B) repetia, sem sentido, palavras ouvidas.
- (C) falava palavras obscenas com muita frequência.
- (D) repetia a própria fala.
- (E) usava neologismos.

## Ortopedia

55

Paciente do sexo masculino, 32 anos de idade, apresentando, ao exame clínico e à ressonância magnética, sinais de lesão do menisco medial a esquerda, com indicação de tratamento cirúrgico por via artroscópica.

Acerca das lesões meniscais, é correto afirmar que,

- (A) o corno anterior do menisco medial é maior do que o corno anterior.
- (B) o ligamento de Humphry passa anteriormente ao ligamento cruzado posterior.
- (C) o ligamento intermeniscal transverso, conecta o corno posterior do menisco medial ao menisco lateral.
- (D) depois da meniscectomia total, a área de contato entre o fêmur e a tíbia diminui aproximadamente 50%.
- (E) o menisco lateral confere estabilidade à articulação na presença de insuficiência do ligamento cruzado anterior.

56

Nas lesões traumáticas da articulação do tornozelo, quer do ponto de vista de semiologia, quer do ponto de vista de procedimentos cirúrgicos, o entendimento biomecânico dos ligamentos é muito importante.

Em relação às três bandas que compõem o ligamento lateral do tornozelo, é correto afirmar que

- (A) no plano sagital, o ligamento calcaneofibular é perpendicular à articulação subtalar.
- (B) na flexão plantar da articulação do tornozelo, o ligamento calcaneofibular está alinhado com a fíbula.
- (C) na flexão plantar da articulação do tornozelo, o ligamento talofibular anterior encontra-se posteriorizado à fíbula.
- (D) à medida que a articulação do tornozelo é levada a flexão dorsal, o ligamento calcaneofibular torna-se perpendicular ao solo.
- (E) no plano sagital, o ângulo formado entre os ligamentos talofibular anterior e calcaneofibular é, em média, de 105 graus, variando de 70 a 140.

57

Algumas afecções são causadas por distúrbios autossômicos dominantes, e outras, por autossômicos recessivos.

Entre as afecções listadas a seguir, a de origem por distúrbio autossômico recessivo é a

- (A) acondroplasia.
- (B) doença de Morquio.
- (C) osteogênese imperfeita.
- (D) neurofibromatose tipo 1.
- (E) displasia espondilopifisária.

58

Paciente do sexo feminino, brasileira, filha de pais finlandeses, 22 anos de idade, procurou o ortopedista devido a deformidades dos joelhos. Ela nega quadro algico. Ao exame físico apresenta: baixa estatura; cabelos finos e claros; geno varo discreto bilateral; frouxidão ligamentar generalizada: Discreta contratura dos cotovelos. Na história pregressa revela infecção por varicela zoster.

O diagnóstico mais provável, entre as displasias listadas a seguir, é a

- (A) condrodysplasia punctata.
- (B) discondrosteotose, síndrome de Lery-Weil.
- (C) condrodysplasia metafisária do tipo Schmid.
- (D) condrodysplasia metafisária do tipo McKusick.
- (E) displasia espondilometafisária do tipo Koslowski.

59

Paciente do sexo feminino, 71 anos de idade, sofreu queda da própria altura ao desembarcar no aeroporto. Em decorrência do trauma, ficou incapacitada para deambular. No atendimento hospitalar em hospital do Sistema Único de Saúde, foi diagnosticada como tendo uma fratura 31A1.2.

O tratamento mais adequado para essa paciente é

- (A) artroplastia parcial com prótese bipolar.
- (B) fixação *in situ* com três parafusos canulados.
- (C) redução da fatura e fixação com um sistema DHS.
- (D) redução da fratura e fixação com três parafusos canulados.
- (E) redução da fratura e fixação com haste intramedular bloqueada.

60

Existem poucas evidências que permitem ao cirurgião decidir quais são os graus de desvios aceitáveis no tratamento conservador das fraturas da diáfise da tíbia. Por outro lado, segundo Rockwood, baseado na literatura, o que temos é um consenso geral sobre os valores limítrofes para o tratamento fechado das fraturas da diáfise da tíbia.

Segundo Rockwood, podemos aceitar como mal alinhamento no tratamento conservador dessas fraturas

- (A) varo menor que dez graus.
- (B) valgo menor que cinco graus.
- (C) rotação menor que quinze graus.
- (D) angulação anterior menor que vinte graus.
- (E) angulação posterior menor que quinze graus.

61

Durante a abordagem cirúrgica ao dorso do terço distal do rádio ou na aplicação de qualquer forma de fixação ao rádio distal dorsalmente, é essencial que o cirurgião conheça a anatomia da região.

Dessa forma, é correto afirmar que, no terceiro compartimento extensor, encontramos o

- (A) tendão do músculo extensor do indicador.
- (B) tendão do músculo abdutor longo do polegar.
- (C) tendão do músculo extensor longo do polegar.
- (D) tendão do músculo abdutor longo do polegar e o do extensor curto do polegar.
- (E) tendão do músculo extensor longo do polegar e o do extensor do dedo indicador.

62

Paciente do sexo feminino, 15 anos de idade, portadora de displasia fibrosa, sofreu fratura da tíbia esquerda que evoluiu com retarde de consolidação. A paciente foi operada e o foco da fratura recebeu enxertia óssea, sendo a mãe a doadora.

Nesse caso, foi realizado um

- (A) xenoenxerto.
- (B) homoenxerto.
- (C) heteroenxerto.
- (D) enxerto autólogo.
- (E) enxerto autógeno.

63

A síndrome de Proteus é uma condição que altera o crescimento e na qual existe um conjunto de anormalidades.

Entre essas anormalidades, é correto citar

- (A) a microdactilia.
- (B) a hemi-hipertrofia.
- (C) nódulos de Lisch.
- (D) a diminuição da espessura dos sulcos da pele da palma da mão.
- (E) a diminuição da profundidade dos sulcos da pele da palma da mão.

## Pediatria

64

Lactente feminino, 5 meses, em aleitamento materno exclusivo, inicia há 24 horas cólicas contínuas, vômitos persistentes, evoluindo com letargia. Apresentou evacuações com sangue desde o início dos sintomas. Ao exame encontra-se irritada e desidratada, com massa palpável em abdome.

Na suspeita diagnóstica de invaginação intestinal, o exame complementar com maior sensibilidade e especificidade a ser realizado inicialmente é a

- (A) ultrassonografia abdominal.
- (B) radiografia abdominal simples.
- (C) tomografia de abdome.
- (D) ressonância de abdome.
- (E) rotina de abdome agudo.

65

Menino, 2 anos, é levado ao atendimento médico de emergência por apresentar equimoses e hematomas pelo corpo, de início há uma semana, sem relação com trauma. Exame físico evidencia apenas hematomas e equimoses em tronco, abdome e membros. Hemograma demonstra trombocitopenia (plaquetas: 5.000/mm<sup>3</sup>) e demais parâmetros dentro da normalidade. A hipótese diagnóstica é trombocitopenia imune primária.

Em relação à trombocitopenia imune primária na infância, é correto afirmar que

- (A) não é um diagnóstico de exclusão.
- (B) cursa com trombocitopenia e anemia.
- (C) é um distúrbio agudo, autolimitado e imunomediado.
- (D) a contagem de plaquetas fica entre 100.000 e 150.000/mm<sup>3</sup>.
- (E) tem alguma condição clínica associada que reduz as plaquetas.

**66**

Lactente de 18 meses, masculino, apresenta aumento do volume abdominal de início há aproximadamente um mês, irritabilidade e perda de peso.

Ao exame físico encontra-se irritado, com massa abdominal palpável ocupando toda a metade inferior do abdome à direita. Tomografia computadorizada evidencia massa em suprarrenal direita com hemorragia e calcificação. A dosagem urinária de ácido homovanílico e ácido vanilmandélico encontram-se elevadas.

A hipótese diagnóstica é

- (A) tumor de Wilms.
- (B) neuroblastoma.
- (C) rabdomiosarcoma.
- (D) neurofibroma.
- (E) linfoma.

**67**

Pré-escolar, masculino, 2 anos e meio, previamente hígido, apresenta palidez, fraqueza, dor abdominal e icterícia 48 horas após iniciar tratamento para infecção do trato urinário com nitrofurantoína.

Hemograma evidencia anemia normocítica e normocrômica. Os reticulócitos e a desidrogenase láctica estão elevados.

A hipótese diagnóstica, nesse caso, é

- (A) deficiência de glicose-6-fosfato desidrogenase.
- (B) anemia falciforme.
- (C) talassemia menor.
- (D) esferocitose hereditária.
- (E) traço falcêmico.

**68**

Escolar de 8 anos, menino, em tratamento de asma com beclometasona spray oral, na dose de 400 mcg ao dia há 3 meses, sem controle dos sintomas nas últimas 4 semanas. Faz uso da medicação com espaçador, tem boa adesão ao tratamento e a técnica inalatória está correta.

Em relação à terapia farmacológica para a asma, a conduta nesse momento é

- (A) trocar o corticoide inalatório para associação de broncodilatador de longa ação e corticoide inalatório.
- (B) manter o corticoide inalatório e associar antileucotrieno.
- (C) manter o corticoide inalatório e associar antimuscarínico de longa duração.
- (D) manter o corticoide inalatório e associar imunobiológico de acordo com o fenótipo da asma.
- (E) manter o corticoide inalatório e associar broncodilatador de curta ação contínuo.

**69**

Escolar de 7 anos, menina, em tratamento profilático de asma com corticoide inalatório, chega à emergência com exacerbação da doença. É medicada com broncodilatador de curta ação, por via inalatória, de 20 em 20 minutos durante uma hora e corticoide sistêmico por via oral. Apresenta melhora e recebe alta hospitalar.

A prescrição para o domicílio deverá ser feita com

- (A) broncodilatador inalatório de longa ação e corticoide inalatório.
- (B) broncodilatador inalatório de curta ação e anti-histamínico oral.
- (C) broncodilatador inalatório de curta ação e corticoide oral.
- (D) broncodilatador inalatório de curta ação.
- (E) antimuscarínico de longa duração e corticoide inalatório.

**70**

A urticária é uma erupção cutânea transitória, pruriginosa, eritematosa e elevada, que pode se tornar tensa e dolorosa. As lesões podem coalescer e formar lesões polimórficas, que frequentemente desaparecem, reaparecendo em outros locais.

Sobre a urticária aguda na infância, é correto afirmar que

- (A) o diagnóstico é estabelecido quando as lesões ocorrem na maioria dos dias da semana por mais de 6 semanas.
- (B) o papel de um alimento desencadeante não pode ser comprovado pela eliminação e provocação alimentar.
- (C) na ausência de informações que impliquem no alimento envolvido, os testes cutâneos para alimentos são úteis.
- (D) é frequentemente causada por uma reação alérgica não mediada por IgE.
- (E) as causas identificáveis mais comuns são infecções virais, medicamentos e alimentos.

**71**

Lactente de 1 ano, apresenta lesões cutâneas intensamente pruriginosas com pápulas eritematosas em face, couro cabeludo e superfícies extensoras de extremidades, de início há aproximadamente um mês. A lesão polpa região de fraldas. O prurido piora à noite e quando faz uso de leite de vaca.

A hipótese diagnóstica para o caso é

- (A) dermatite atópica.
- (B) dermatite seborreica.
- (C) pitíriase versicolor.
- (D) psoríase.
- (E) pitíriase rósea.

**72**

Recém-nascido a termo apresenta, no segundo dia de vida, lesões papulares branco-amareladas, com erupção eritematosa circundante, dispersas em face, tronco e membros, poupando palmas e plantas. O restante do exame físico é normal.

No caso, a principal hipótese diagnóstica é

- (A) miliária.
- (B) eritema tóxico.
- (C) herpes simplex.
- (D) candidíase.
- (E) melanose pustulosa.

## Reumatologia

73

Uma paciente de 52 anos, obesa, com osteoartrite de joelhos, relata dor localizada na face medial do joelho direito, que piora ao subir e descer escadas. Ao exame físico, observa-se dor à palpação 2 a 4 cm abaixo da interlinha articular medial, sem derrame ou instabilidade ligamentar.

Esse achado é mais compatível com

- (A) lesão meniscal medial, pela sobrecarga compressiva sobre fibrocartilagem.
- (B) lesão do ligamento colateral medial, cuja inserção distal está exatamente no ponto descrito.
- (C) bursite anserina, pela inflamação da bursa entre o tríplice tendão (sartório, grácil e semitendíneo) e a tibia.
- (D) síndrome do trato iliotibial, devido ao atrito da fásia lata sobre o epicôndilo medial do fêmur.
- (E) tendinopatia do quadríceps, pela degeneração da inserção tendínea na tibia proximal.

74

Associe as sentenças abaixo (I a V), que descrevem casos clínicos com achados laboratoriais, aos comentários que explicam o papel dos autoanticorpos ANCA e sua interpretação clínica.

Sentenças (casos clínicos):

- I. Homem, 42 anos, com sinusite crônica recorrente, hemoptise e glomerulonefrite rapidamente progressiva; sorologia com c-ANCA (PR3-ANCA) fortemente positivo.
- II. Mulher, 35 anos, com asma de difícil controle, eosinofilia persistente, neuropatia periférica dolorosa e infiltrados pulmonares migratórios; exame mostra p-ANCA (MPO-ANCA) positivo.
- III. Homem, 60 anos, com púrpura palpável, dor abdominal e hematuria microscópica; sorologia com ANCA negativo.
- IV. Mulher, 50 anos, com síndrome renal-pulmonar: dispneia, hemoptise, glomerulonefrite crescentic, sorologia revela p-ANCA (MPO-ANCA) positivo em títulos elevados.
- V. Homem, 55 anos, com artralguas, lesões cutâneas ulceradas e glomerulonefrite necrosante pauci-imune, ANCA indeterminado/negativo.

Comentários (interpretação):

- a. Quadro típico de granulomatose com poliangeíte (GPA), fortemente associado a c-ANCA/PR3-ANCA.
- b. Padrão de poliangeíte microscópica (MPA), frequentemente MPO-ANCA positivo, sem granulomas.
- c. Churg-Strauss (EGPA): tríade asma, eosinofilia, vasculite sistêmica, geralmente com p-ANCA/MPO-ANCA.
- d. Vasculites de imunocomplexos (ex.: púrpura de Henoch-Schönlein/IgA vasculite), em geral ANCA negativas.
- e. Nem todas as vasculites pauci-imunes são ANCA positivas; há casos ANCA-negativos, especialmente em formas limitadas ou cutâneo-renais.

A relação correta é

- (A) I-a; II-c; III-d; IV-b; V-e.
- (B) I-b; II-c; III-a; IV-d; V-e.
- (C) I-a; II-d; III-c; IV-b; V-e.
- (D) I-e; II-a; III-d; IV-c; V-b.
- (E) I-a; II-c; III-d; IV-e; V-b.

75

Homem de 58 anos, obeso, com diabetes tipo 2, refere dor em queimação e parestesias na face anterolateral da coxa direita, exacerbadas pelo uso de roupas apertadas. Não há déficit motor.

Nesse caso, o diagnóstico mais provável é

- (A) radiculopatia lombar por compressão de L3.
- (B) neuropatia do nervo femoral.
- (C) neuropatia diabética simétrica distal.
- (D) meralgia parestésica (compressão do nervo cutâneo lateral da coxa).
- (E) síndrome do piriforme.

76

Uma paciente de 28 anos apresenta quadro compatível com lúpus eritematoso sistêmico (LES).

A respeito dos mecanismos imunológicos e genéticos envolvidos na autoimunidade, assinale a afirmativa correta.

- (A) A presença do alelo HLA-B27 está fortemente associada ao LES.
- (B) Defeitos na depuração de complexos imunes, como na deficiência do complemento C1q, aumentam o risco de LES.
- (C) A produção de autoanticorpos independe da ativação de linfócitos T auxiliares.
- (D) Polimorfismos em genes do fator VIII explicam a maior prevalência de LES em mulheres.
- (E) O escape da deleção clonal negativa no timo ocorre apenas nos linfócitos B.

77

Um homem de 24 anos apresenta dor lombar inflamatória há 6 meses, melhora com atividade física e rigidez matinal superior a 45 minutos. A investigação revela HLA-B27 positivo.

Sobre o papel etiopatogênico do HLA-B27 nas espondiloartrites, assinale a afirmativa correta.

- (A) O HLA-B27 está associado apenas à espondilite anquilosante, sem relação com outras doenças autoimunes.
- (B) A presença do HLA-B27 garante o desenvolvimento de espondiloartrite, independentemente de fatores ambientais.
- (C) O HLA-B27 pode induzir autoimunidade por mecanismos como mimetismo molecular, apresentação anômala de peptídeos e tendência ao mau enovelamento da molécula.
- (D) O HLA-B27 promove diretamente a apoptose de linfócitos T reguladores, explicando a inflamação crônica.
- (E) O HLA-B27 está associado ao lúpus eritematoso sistêmico e à artrite reumatoide soropositiva.

**78**

Homem de 34 anos, previamente hígido, apresenta lombalgia há 8 meses, com piora noturna e rigidez matinal > 1 hora, parcialmente aliviada por atividade física. Relata também dor glútea alternante. No exame físico, apresenta dor à compressão sacroilíaca bilateral.

Exames de imagem solicitados revelaram:

- radiografia simples da pelve: sem alterações significativas;
- ressonância magnética (RM) das sacroilíacas: discreto edema ósseo subcondral em sacroilíaca direita;
- tomografia computadorizada (TC): sem erosões evidentes.

Considerando os achados clínicos e de imagem, assinale a afirmativa correta a respeito da interpretação diagnóstica mais adequada.

- (A) O diagnóstico de espondilite anquilosante está excluído pela ausência de erosões na TC.
- (B) A RM é o exame de maior sensibilidade para alterações precoces da sacroileíte e, nesse caso, sugere sacroileíte inicial, compatível com espondiloartrite axial.
- (C) A radiografia simples é suficiente para confirmar ou descartar sacroileíte em fases iniciais.
- (D) O diagnóstico diferencial principal é hérnia de disco lombar, que justificaria o padrão inflamatório descrito.
- (E) A cintilografia óssea tem maior acurácia que a RM para detectar inflamação sacroilíaca precoce.

**79**

Homem de 62 anos apresenta dor aguda e edema em joelho direito há 48 horas, associado a febre baixa. Tem história prévia de hipertensão arterial, insuficiência renal crônica estágio 3 e uso frequente de diurético tiazídico.

Foi realizada artrocentese, com os seguintes achados:

- Aspecto: turvo;
- Contagem celular: 45.000 leucócitos/mm<sup>3</sup> (90% neutrófilos);
- Glicose: 30 mg/dL (soro: 90 mg/dL);
- Proteína: elevada;
- Cristais: presença de agulhas birrefringentes negativas à luz polarizada compensada;
- Gram e cultura: negativos até o momento.

Com base na análise do líquido sinovial, o diagnóstico mais provável é

- (A) artrite séptica bacteriana aguda, independentemente da cultura.
- (B) gota aguda, por presença de cristais de urato monossódico birrefringentes negativos.
- (C) pseudogota, pela presença de cristais de pirofosfato de cálcio birrefringentes negativos.
- (D) artrite reumatoide em atividade, por inflamação intensa e predomínio de neutrófilos.
- (E) artrite reativa pós-infecciosa, com quadro inflamatório estéril e glicose baixa.

**80**

Mulher de 47 anos apresenta xerostomia, sensação de areia nos olhos e fadiga persistente. Ao exame físico, há aumento discreto e indolor das parótidas. Exames laboratoriais: FAN positivo (padrão pontilhado fino), anti-Ro/SSA positivo, VHS elevado. Teste de Schirmer: 3 mm em 5 minutos (olho direito).

Assinale a opção que apresenta o diagnóstico e a conduta mais adequada para o caso.

- (A) O quadro é compatível com síndrome de Sjögren primária; o tratamento deve ser voltado principalmente para alívio sintomático ocular e oral, podendo-se usar lágrimas artificiais e estimulantes de secreção salivar.
- (B) O quadro corresponde a síndrome de Sjögren secundária; o tratamento indicado é iniciar ciclofosfamida endovenosa para prevenir linfoma.
- (C) O diagnóstico depende da realização de biópsia de glândula salivar menor, sendo imprescindível para confirmar o caso mesmo com anti-Ro positivo.
- (D) O quadro é sugestivo de síndrome de Sjögren, mas apenas exames de imagem (sialografia e ressonância magnética de parótida) podem confirmar o diagnóstico.
- (E) O quadro representa uma síndrome sicca inespecífica; não há indicação de tratamento específico, apenas observação clínica.

Realização

