

EXAME NACIONAL DE RESIDÊNCIA

EDIÇÃO 2025/2026

Endare

EXAME NACIONAL DE RESIDÊNCIA

TARDE

ÁREA DE ATUAÇÃO

MEDICINA DO SONO

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!

Clínica Médica

1

Maria, 28 anos, professora, procurou atendimento médico queixando-se de fadiga progressiva há quatro meses, associada à palidez cutâneo-mucosa, dispneia aos esforços e palpitações. Referia menorragia desde a menarca, com ciclos menstruais regulares de 28 dias, porém com fluxo intenso durando oito dias. Negava melena, hematoquezia ou outras perdas sanguíneas. Relatava alimentação variada, sem restrições dietéticas.

Ao exame físico, apresentava palidez cutâneo-mucosa 2+/4+, frequência cardíaca de 102 bpm, pressão arterial de 110 x 70 mmHg e sopro sistólico 2+/6+ no foco mitral. O restante do exame físico não apresentava alterações. Foram solicitados exames complementares para investigação diagnóstica.

Os parâmetros laboratoriais que caracterizam adequadamente o diagnóstico de anemia ferropriva, nessa paciente, compreendem

- (A) hemoglobina 8,5 g/dL, VCM 68 fL, HCM 22 pg, CHCM 28 g/dL, ferritina 8 ng/mL, ferro sérico 45 µg/dL, TIBC 420 µg/dL, índice de saturação de transferrina 11%, taxa de reticulócitos corrigido 0,8%.
- (B) hemoglobina 9,2 g/dL, VCM 105 fL, HCM 35 pg, CHCM 33 g/dL, ferritina 180 ng/mL, ferro sérico 65 µg/dL, TIBC 280 µg/dL, índice de saturação de transferrina 23%, taxa de reticulócitos corrigido 8,5%.
- (C) hemoglobina 7,8 g/dL, VCM 88 fL, HCM 29 pg, CHCM 34 g/dL, ferritina 30 ng/mL, ferro sérico 40 µg/dL, TIBC 180 µg/dL, índice de saturação de transferrina 22%, taxa de reticulócitos corrigido 0,5%.
- (D) hemoglobina 8,1 g/dL, VCM 72 fL, HCM 24 pg, CHCM 32 g/dL, ferritina 220 ng/mL, ferro sérico 40 µg/dL, TIBC 350 µg/dL, índice de saturação de transferrina 11%, taxa de reticulócitos corrigido 1,2%.
- (E) hemoglobina 9,0 g/dL, VCM 70 fL, HCM 23 pg, CHCM 29 g/dL, ferritina 25 ng/mL, ferro sérico 55 µg/dL, TIBC 320 µg/dL, índice de saturação de transferrina 17%, taxa de reticulócitos corrigido 12%.

2

Severino, 56 anos, etilista por 30 anos (consumo de 80g álcool/dia), é trazido ao pronto-socorro por familiares devido à dor abdominal difusa, febre (38,7 °C) e piora do estado geral há 3 dias. Refere parada do etilismo há 6 meses. Antecedente de duas internações prévias por descompensação de hepatopatia crônica.

Ao exame físico: regular estado geral, icterício (2+/4+), eupneico, FC 108 bpm, PA 100 x 60 mmHg, Tax 38,5 °C. Abdome distendido, doloroso difusamente, maciez móvel presente, sem sinais de irritação peritoneal. Presença de aranhas vasculares, eritema palmar e ginecomastia. Exames laboratoriais: Hb 9,2 g/dL, leucócitos 12.400/mm³ (bastões 8%, segmentados 78%), plaquetas 89.000/mm³, ureia 78 mg/dL, creatinina 1,4 mg/dL, Na⁺ 128 mEq/L, bilirrubina total 4,2 mg/dL (direta 3,0 mg/dL), ALT 45 U/L, AST 89 U/L, fosfatase alcalina 180 U/L, albumina sérica 2,1 g/dL, INR 2,1, tempo de protrombina 24 segundos (controle 12s). Paracentese diagnóstica: líquido amarelo-citrino turvo, proteínas 1,8 g/dL, albumina do líquido ascítico 0,9 g/dL, leucócitos 950/mm³ (neutrófilos 85%, linfócitos 15%), cultura em andamento.

O diagnóstico mais provável e o tratamento inicial adequado para esse paciente compreendem

- (A) peritonite bacteriana espontânea; suspensão de diuréticos, cefotaxima 2g EV 8/8h e albumina 1,5g/kg no 1º dia e 1g/kg no 3º dia.
- (B) peritonite bacteriana secundária; suspensão de diuréticos, ciprofloxacino 400mg EV 12/12h e drenagem cirúrgica de foco infeccioso.
- (C) síndrome hepatorenal tipo 1; expansão volêmica com albumina 1 g/kg/dia, terlipressina 1-2 mg EV 6/6h e hemodiálise de urgência.
- (D) peritonite bacteriana espontânea; manutenção de diuréticos em dose reduzida, cefepime 2g EV 12/12h e albumina 1 g/kg em dose única.
- (E) ascite neutrofílica; norfloxacino 400mg VO 12/12h, albumina 1,5 g/kg no 1º dia e paracentese evacuadora seriada.

3

Paciente masculino, 58 anos, submetido à ressecção intestinal extensa por neoplasia de cólon há 5 dias, evoluiu com distensão abdominal progressiva, náuseas, vômitos e ausência de eliminação de gases e fezes.

Ao exame físico, encontrava-se desidratado (2+/4+), emagrecido, mucosas hipocoradas, abdome distendido com ruídos hidroaéreos diminuídos, timpanismo difuso. Dados antropométricos: IMC atual 18,2 kg/m² (IMC habitual 24,8 kg/m²), perda ponderal de 12% nos últimos 3 meses. Exames: Hb 9,2 g/dL, albumina 2,1 g/dL, linfócitos 800/mm³, transferrina 120 mg/dL. Radiografia simples de abdome evidenciou múltiplas alças intestinais distendidas com níveis hidroaéreos. O escore de risco nutricional (NRS-2002) calculado foi de 6 pontos.

Considerando o quadro apresentado, a conduta nutricional mais adequada é

- (A) iniciar dieta enteral precoce, por sonda nasoentérica, com fórmula polimérica padrão.
- (B) aguardar resolução do íleo paralítico e iniciar dieta oral com suplementação proteica.
- (C) iniciar nutrição parenteral total com solução glicoproteica e lipídica.
- (D) implementar dieta enteral por gastrostomia com fórmula oligomérica.
- (E) prescrever apenas hidratação venosa e aguardar melhora clínica espontânea.

4

Paciente feminina, 62 anos, procura atendimento por fadiga progressiva há 6 meses, associada a episódios de confusão mental, irritabilidade e dificuldade de concentração. Refere ainda parestesias em membros inferiores com sensação de “queimação” nos pés e instabilidade à marcha. Nega etilismo, tabagismo ou uso de medicamentos.

Ao exame físico: palidez cutâneo-mucosa (2+/4+), glossite atrófica, diminuição da sensibilidade vibratória e posicional em membros inferiores, sinal de Romberg positivo. Exames laboratoriais: Hb 8,2 g/dL, VCM 110 fL, leucócitos 3.200/mm³, plaquetas 98.000/mm³, LDH 890 U/L (VR: 120-480), bilirrubina indireta 2,8 mg/dL, ácido fólico normal. Esfregaço de sangue periférico revela neutrófilos hipersegmentados e macro-ovalócitos.

Para estabelecer o diagnóstico etiológico mais provável, a combinação de exames mais adequada é

- (A) dosagem de ferro sérico, ferritina, endoscopia digestiva alta com biópsia duodenal.
- (B) pesquisa de ovos e parasitas nas fezes, dosagem de anticorpos antiendomísio e colonoscopia.
- (C) teste de Schilling, dosagem de gastrina sérica e tomografia de abdome.
- (D) dosagem de anticorpos antiendomísio, endoscopia digestiva alta e biópsia duodenal.
- (E) dosagem de vitamina B12 sérica, anticorpos anti-fator intrínseco, anti-células parietais e endoscopia digestiva alta.

5

Mulher de 36 anos, submetida há 18 meses à cirurgia bariátrica tipo *bypass* gástrico em Y de Roux, comparece para acompanhamento ambulatorial. Relata perda de 42 kg desde o procedimento e mantém dieta com restrição calórica moderada. Nega sintomas neurológicos ou gastrointestinais atuais. Refere uso diário de polivitamínico completo e vitamina B12 sublingual. Questiona se é necessário realizar exames de rotina, já que se sente bem, e quer também saber quais nutrientes ainda exigem suplementação contínua.

Com base nas diretrizes atuais para o seguimento clínico de pacientes após cirurgia bariátrica, a abordagem mais adequada é

- (A) dispensar exames laboratoriais periódicos após 12 meses de cirurgia, devido à ausência de sintomas e à boa adesão aos polivitamínicos.
- (B) manter suplementação de ferro, cálcio com vitamina D, vitamina B12 sublingual e multivitamínico, com exames laboratoriais semestrais no segundo ano.
- (C) suplementar zinco e tiamina apenas se houver sintomas clínicos sugestivos de deficiência.
- (D) monitorar com hemograma e ferritina, já que outras deficiências são raras após 1 ano de cirurgia.
- (E) prescrever cianocobalamina injetável por ser preferida a qualquer forma oral ou sublingual, independentemente da adesão.

6

Homem de 45 anos, com diagnóstico de asma desde a infância, comparece ao ambulatório de Pneumologia por crises frequentes de dispneia, tosse seca noturna e sibilância nos últimos dois meses. Relata uso regular de budesonida/formoterol 12/400 mcg na forma de pó inalatório, duas vezes ao dia, e salbutamol inalatório conforme demanda, até três vezes por semana. Refere três episódios de exacerbação nos últimos seis meses, um deles necessitando corticosteroide oral.

Ao exame físico, apresenta-se em bom estado geral, sem sibilos no momento. Espirometria mostra VEF₁ de 68% do previsto, com relação VEF₁/CVF reduzida. Prova broncodilatadora positiva.

Diante do quadro, a abordagem mais adequada é

- (A) aumentar a dose do beta-agonista de curta ação de forma regular para controle de sintomas noturnos e reavaliar em um mês.
- (B) trocar a associação inalável por monoterapia com corticosteroide inalatório em alta dose.
- (C) orientar o uso das medicações e proteção contra alérgenos, solicitar dosagem sérica de IgE total e considerar fenótipo alérgico para terapias biológicas.
- (D) introduzir montelucaste como substituto do corticosteroide inalatório.
- (E) prescrever beta-agonista de liberação prolongada com antimuscarínico de longa ação para broncodilatação contínua.

7

Mulher de 33 anos, previamente hígida, procura atendimento ambulatorial com queixa de distensão abdominal recorrente, flatulência e fezes amolecidas há mais de um ano. Relata episódios frequentes de fadiga, além de história conhecida de anemia microcítica desde a adolescência, com múltiplas tentativas de reposição oral de ferro sem resposta hematológica satisfatória. Atualmente faz uso regular de polivitamínicos e cianocobalamina sublingual, sem melhora significativa do quadro. Exames recentes evidenciaram hemoglobina de 9,8 g/dL, ferritina de 7 ng/mL, vitamina D de 14 ng/mL e zinco sérico reduzido. Nega perda ponderal, cirurgias prévias, perda sanguíneas visíveis ou uso de anti-inflamatórios.

Com base no quadro clínico descrito, a conduta diagnóstica mais adequada frente à principal hipótese clínica é

- (A) iniciar dieta isenta de glúten e observar resposta clínica antes da realização de exames laboratoriais.
- (B) solicitar anticorpos antitransglutaminase tecidual IgG e anti gliadina IgG como rastreio inicial.
- (C) encaminhar para endoscopia digestiva alta com biópsia duodenal, visto que alterações sorológicas são frequentemente inespecíficas.
- (D) solicitar anticorpos antitransglutaminase tecidual IgA e antiendomíseo IgA como exames iniciais.
- (E) realizar teste de absorção de xilose para confirmação de síndrome de má absorção intestinal.

8

Um paciente de 30 anos apresenta *pitting*, também conhecido como dedo em dedal. Tal condição se caracteriza por depressões puntiformes em leitos ungueais com tamanho e profundidades variáveis.

Um sinal que está ligado à doença é a(o)

- (A) psoríase.
- (B) sarcoidose.
- (C) sarcoma de Kaposi.
- (D) neoplasia linfoproliferativa.
- (E) fibrose pulmonar idiopática.

9

O FRAX, ferramenta criada pela Organização Mundial da Saúde, foi instituída para a seguinte condição patológica:

- (A) demência.
- (B) depressão.
- (C) osteoporose.
- (D) esteatose hepática.
- (E) linfoma não Hodgkin.

10

Um homem de 41 anos deu entrada, no serviço de Emergência, em estado clínico grave, com sinais de hipertensão intracraniana, pupilas pouco reativas, confusão mental e vômitos. Entre as medidas de suporte de emergência, na terapia farmacológica, foi usada a droga fomepizol.

A condição clínica que o paciente apresentava foi causada por intoxicação por

- (A) MDMA.
- (B) metanol.
- (C) amitriptilina.
- (D) butirofenona.
- (E) benzodiazepínico.

11

Mulher de 27 anos, previamente saudável, procura atendimento ambulatorial por quadro de dor abdominal em cólica associada a episódios intermitentes de diarreia com muco, há cerca de três meses. Nega febre, perda de peso, sangramento ou sintomas noturnos. Refere piora dos sintomas em momentos de estresse e sensação de distensão abdominal recorrente. Foi previamente diagnosticada com síndrome do intestino irritável (SII), mas relata que o padrão atual está mais persistente e diferente do habitual. É estudante universitária e descreve rotina estressante, mas sem outras alterações clínicas relevantes. Exames laboratoriais gerais são normais, incluindo hemograma, proteína C reativa, função renal e função tireoidiana.

Diante do quadro clínico, a abordagem diagnóstica e terapêutica inicial são

- (A) solicitar exames sorológicos para doença celíaca e iniciar dieta sem glúten empírica.
- (B) repetir exames laboratoriais em um mês e prescrever antiespasmódico, mantendo hipótese funcional.
- (C) realizar colonoscopia com biópsias do cólon para descartar retocolite ulcerativa.
- (D) solicitar exame parasitológico de fezes com pesquisa de cistos, ovos e larvas, e, se positivo, instituir tratamento específico.
- (E) iniciar ciprofloxacino empírico por sete dias e solicitar coprocultura para *Salmonella* e *Shigella*.

12

Homem de 45 anos, previamente hígido, realiza colonoscopia de rastreamento para câncer colorretal, sem história familiar da doença.

O exame endoscópico revelou dois pólipos ressecados: um pólipo hiperplásico de 4 mm, localizado no reto; e um pólipo de 6 mm, no cólon sigmoide, cuja análise histopatológica evidenciou hiperplasia polipoide composta por glândulas tubulares e retas, sem atipias citológicas, associada a discreto infiltrado linfoplasmocitário e leve edema do córion. Não houve sangramento, dor ou complicações durante o procedimento.

Considerando as diretrizes atuais de rastreamento para câncer colorretal, a conduta mais apropriada é realizar colonoscopia

- (A) em 1 ano, dado o risco de lesão sincrônica não detectada.
- (B) de rastreamento em 3 anos, devido à presença de dois pólipos.
- (C) de rastreamento em 5 a 10 anos, conforme risco individual.
- (D) anual por 3 anos consecutivos, para excluir lesões planas.
- (E) a cada 2 anos ou em qualquer momento quando a pesquisa de sangue oculto nas fezes for positiva.

13

Homem de 45 anos é acompanhado ambulatorialmente por nódulo tireoidiano. Não há linfadenomegalias cervicais e o nódulo mede 2,2 cm. TSH está dentro da normalidade e não há sintomas compressivos. Após biópsia por punção aspirativa com agulha fina (PAAF) de nódulo sólido, hipoecoico, com margens irregulares, detectado ao ultrassom no lobo esquerdo da tireoide, o laudo citológico classifica o material como: Bethesda III – atipia de significado indeterminado/lesão folicular de significado indeterminado (AUS/FLUS).

Diante dessa situação, a conduta mais adequada é

- (A) repetir PAAF em 4 a 6 semanas e considerar estudo molecular, conforme recursos disponíveis.
- (B) solicitar cintilografia tireoidiana com iodo-123 para avaliação funcional do nódulo.
- (C) indicar tireoidectomia total com esvaziamento cervical central preventivo.
- (D) iniciar terapia supressiva com levotiroxina por 3 a 6 meses, antes de nova avaliação.
- (E) encerrar acompanhamento, pois a categoria Bethesda III tem risco muito baixo de malignidade.

14

Mulher de 48 anos, sem comorbidades, é avaliada em consulta ambulatorial após detecção incidental de um nódulo em lobo direito da tireoide, durante exame físico de rotina. Refere boa saúde geral, sem sintomas compressivos ou disfônicos.

Ao exame, palpa-se nódulo firme, móvel à deglutição, de 2 cm, indolor, sem linfadenomegalias cervicais. Não há antecedentes familiares de câncer de tireoide ou exposição à radiação cervical. TSH sérico está dentro da faixa de normalidade. Ultrassonografia da tireoide mostra nódulo sólido, hipoecoico, com margens levemente irregulares, microcalcificações finas e ausência de halo periférico, compatível com classificação TI-RADS 4.

Considerando o caso descrito, a próxima etapa na condução é

- (A) solicitar cintilografia da tireoide com tecnécio-99m para avaliação funcional do nódulo.
- (B) repetir ultrassonografia da tireoide e, se o nódulo aumentar 20% em seu maior diâmetro, realizar punção aspirativa por agulha fina (PAAF) guiada por ultrassonografia para análise citológica.
- (C) repetir ultrassonografia da tireoide em 6 meses, e solicitar T4 Livre para completar avaliação hormonal.
- (D) solicitar punção aspirativa por agulha fina (PAAF) guiada por ultrassonografia para análise citológica.
- (E) solicitar biópsia excisional cirúrgica, dado o risco aumentado de malignidade ultrassonográfica.

Neurologia

15

Homem de 42 anos apresenta paralisia facial bilateral de instalação subaguda, com início à direita e progressão para o lado esquerdo em 48 horas. Refere também formigamentos nas mãos e nos pés. Nega febre, alterações visuais ou disartria.

Exame físico revela paralisia facial periférica bilateral, arreflexia patelar e aquileu, e sensibilidade superficial preservada à dor e temperatura. Força está preservada em todos os segmentos. Não há sinais meníngeos. RM de encéfalo é normal.

Diante do quadro, o diagnóstico mais provável é

- (A) esclerose múltipla.
- (B) síndrome de Miller-Fisher.
- (C) síndrome de Hansay-Hunt.
- (D) síndrome de Guillain-Barré.
- (E) paralisia de Bell bilateral idiopática.

16

Homem de 40 anos procura pronto-socorro por fraqueza progressiva em membros inferiores com início há 4 dias, associada a parestesias plantares e dificuldade para deambular. Refere episódio de diarreia autolimitada há 10 dias.

Ao exame, apresenta força grau 3 nos membros inferiores, reflexos abolidos difusamente e sensibilidade preservada. Sem sinais meníngeos. Foi realizada punção lombar imediatamente com os seguintes resultados: proteína 32 mg/dL, 3 células/mm³, glicose normal.

Com base nesses dados, a conduta mais apropriada é

- (A) considerar síndrome de Guillain-Barré, pois o líquido pode ser normal na primeira semana, e iniciar imunoglobulina intravenosa.
- (B) iniciar pulsoterapia com metilprednisolona para tratamento de mielite transversa aguda.
- (C) descartar síndrome de Guillain-Barré e investigar outras causas de neuropatia aguda.
- (D) solicitar eletroneuromiografia e aguardar o resultado antes de iniciar tratamento específico.
- (E) considerar polirradiculoneuropatia tóxica, pois a presença de sintomas sensitivos descarta síndrome de Guillain-Barré.

17

Mulher de 48 anos, com miastenia gravis generalizada controlada há 2 anos com mestinon 60 mg 6/6h, procura o pronto-socorro por fraqueza muscular progressiva, voz anasalada e dificuldade para engolir, iniciadas nas últimas 24 horas. Relata que está tratando uma infecção urinária com antibiótico iniciado há 3 dias.

Ao exame observa-se fácies miastênica, disartria, tiragem intercostal leve e uso de musculatura acessória. Apresenta fraqueza simétrica nos quatro membros (grau 3), arreflexia e ausência de febre. Saturação: 91% em ar ambiente. Gasometria arterial: pH 7,39; pCO₂ 43 mmHg; pO₂ 79 mmHg.

A conduta mais adequada no momento é

- (A) reintroduzir corticosteroide oral em alta dose e observar por 24 h.
- (B) administrar atropina para diferenciar crise miastênica de crise colinérgica.
- (C) prescrever ventilação não invasiva e aguardar melhora clínica com antibiótico.
- (D) aumentar a dose de piridostigmina e manter em observação clínica na enfermaria.
- (E) iniciar imunoglobulina intravenosa e internar em UTI para monitorização respiratória.

18

Homem de 55 anos, com miastenia gravis generalizada em uso de piridostigmina 60 mg de 4/4h e prednisona 20 mg/dia, apresenta fraqueza progressiva, visão turva, salivação intensa e diarreia aquosa há 2 dias. Evolui com dificuldade respiratória, voz anasalada e queda da saturação para 89% em ar ambiente.

Ao exame, apresenta fasciculações generalizadas, miose bilateral, arreflexia e fraqueza muscular grave (grau 2 em membros). Gasometria: pH 7,37; pCO₂ 47 mmHg; pO₂ 75 mmHg.

Com base no quadro clínico, o diagnóstico mais provável e a conduta inicial correta são

- (A) crise miastênica e iniciar plasmaférese e dose de ataque de corticosteroide.
- (B) crise miastênica e iniciar imunoglobulina intravenosa e internação em UTI.
- (C) crise colinérgica e suspender anticolinesterásico e considerar ventilação mecânica.
- (D) crise colinérgica; aumentar a dose de piridostigmina e administrar atropina.
- (E) crise colinérgica e administrar naloxona e manter piridostigmina até melhora.

19

Um paciente de 55 anos com diagnóstico de esclerose múltipla apresenta marcha parética e espástica instalada de forma lenta e progressiva nos últimos cinco anos. Ontem observou embaçamento visual em olho direito, e a ressonância magnética evidenciou lesões hiperintensas periventriculares e na medula espinhal torácica e lesão captante de contraste na porção intraorbitária do nervo óptico direito.

Segundo as diretrizes atuais, o tratamento modificador da doença aprovado para essa forma é

- (A) glatirâmer.
- (B) rituximabe.
- (C) fingolimode.
- (D) ocrelizumabe.
- (E) natalizumabe.

20

Mulher de 28 anos, com 1,60 cm de altura e 80 kg, em tratamento de irregularidade menstrual, desenvolve, nos últimos dois meses, cefaleia diária, vômitos e, nas últimas duas semanas, observa turvação visual e diplopia.

Acuidade visual 20/60 em ambos os olhos com correção, fundoscopia com perda do contorno do disco óptico e paresia da abdução do olhar bilateralmente. Tomografia de crânio com contraste sem alterações.

O resultado de exame que confirmaria o diagnóstico seria:

- (A) LCR com pressão de 40 cm H₂O, 300 células/mm³ (neutrófilos), glicose 30 dL, proteína 60 mg.
- (B) LCR com pressão de 50 cm H₂O, 3 células/mm³ (linfócitos), glicose 50 dL, proteína 25 mg.
- (C) cintilografia cerebral com Trodac-Tc-99 indicando disfunção dopaminérgica no cérebro.
- (D) LCR com pressão de 35 cm H₂O, 200 células/mm³ (linfócitos) glicose 50 dL, proteína 50 mg.
- (E) ressonância magnética de fluxo líquórico demonstrando estenose de aqueduto cerebral.

21

Criança de 8 anos apresenta febre, confusão mental, ataxia e perda visual após infecção viral e é internada na emergência. RM de encéfalo mostra lesões grandes, mal delimitadas, em substância branca subcortical e cerebelar. Sorologia mostra anticorpos anti-MOG positivos.

Esse quadro é compatível com

- (A) esclerose múltipla pediátrica.
- (B) neurotoxoplasmose subaguda.
- (C) encefalite viral por herpes simples.
- (D) doença do espectro da neuromielite óptica.
- (E) encefalomielite aguda disseminada pós-viral.

22

Homem de 40 anos, previamente saudável, é atendido na emergência após ter apresentado na rua crise convulsiva generalizada.

Após a recuperação da consciência recorda-se de ter apresentado, no último ano, alguns episódios de crises epiléticas parciais disceptivas. Internado para investigação, a TC de crânio identifica pequena lesão cortical frontal com calcificação e captação heterogênea de contraste. Submetido a biopsia é identificada co-deleção 1p/19q e IDH mutado.

O diagnóstico mais provável é

- (A) meningeoma.
- (B) neurocisticercose.
- (C) glioblastoma multiforme.
- (D) oligodendroglioma grau II/III.
- (E) metástase cerebral de neoplasia pulmonar.

23

Paciente de 64 anos apresenta há um ano, de forma lenta e evolução progressiva disartria, voz anasalada, disfagia para líquidos e leve atrofia de língua com miofasciculações. Reflexos profundos nos quatro membros exaltados e sinal de Babinski bilateral.

Nesse caso, o diagnóstico é

- (A) distrofia miotônica tipo 2.
- (B) atrofia de múltiplos sistemas.
- (C) forma bulbar da miastenia gravis.
- (D) paralisia supranuclear progressiva.
- (E) forma bulbar da esclerose lateral amiotrófica.

24

Em relação às cefaleias, avalie as afirmativas a seguir.

- I. As hemicranias paroxísticas crônicas, normalmente, são reponsivas a indometacina.
- II. a cefaleia em salva predomina nas mulheres.
- III. a administração de oxigênio a 100%, por 10 a 15 minutos no início da crise é, geralmente, eficaz no tratamento da cefaleia em salvas.

Está correto o que se afirma em

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

25

Em relação à eletroneuromiografia de fibra única, avalie as afirmativas a seguir.

- I. É utilizada, principalmente, para avaliar a transmissão da função da junção neuromuscular.
- II. Analisa potenciais de ação de fibras musculares individuais, possibilitando a mensuração do parâmetro conhecido como *jitter*.
- III. O *jitter* refere-se à variabilidade do intervalo de tempo entre potenciais de ação de fibras musculares diferentes, mas inervadas pelo mesmo axônio terminal, ou seja, fibras musculares da mesma unidade motora, durante ativações sucessivas dessa unidade motora.

Está correto o que se afirma em

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

26

A paralisia de Todd é um déficit neurológico transitório, caracterizada por fraqueza ou paralisia focal, mais frequentemente hemiparesia ou hemiplegia, relacionada a

- (A) epilepsia.
- (B) enxaqueca.
- (C) cefaleia em salva.
- (D) acidente vascular cerebral hemorrágico.
- (E) transtorno vestibular.

27

Paciente feminina, 36 anos, procurou serviço médico para investigar o aparecimento de movimentos coreicos há, aproximadamente, dois anos. Refere que sua mãe e um irmão mais velho tinham quadro clínico semelhante. Foi levantada a hipótese diagnóstica de doença de Huntington, confirmada por teste genético.

Essa afecção é um distúrbio neurodegenerativo hereditário, de padrão autossômico dominante, causado pela expansão anormal de repetições do trinucleotídeo

- (A) GAA no gene FXN.
- (B) CAG no gene HTT.
- (C) CAG no gene ATN1.
- (D) CAG no gene do receptor de androgênio.
- (E) CGG na região 5' não codificadora do gene FMR1.

28

Um paciente de 65 anos teve diagnóstico de doença de Parkinson há cinco anos. Refere que, precedendo a esse diagnóstico em aproximadamente quatro anos, apresentava sonhos recorrentes, em geral de conteúdo violento, em que chutava seu companheiro de quarto. Em três ocasiões chegou a cair da cama. Procurou, então, especialista em sono que firmou diagnóstico após realizar estudo polissonográfico.

Entre as opções listadas a seguir, o diagnóstico firmado pelo especialista em sono poderia ser

- (A) sonambulismo.
- (B) síndrome das pernas inquietas.
- (C) movimento periódico dos membros durante o sono.
- (D) transtorno comportamental do sono REM (*Rapid Eye Movement*).
- (E) epilepsia noturna.

Otorrinolaringologia

29

Uma complicação intracraniana potencialmente associada à otite média aguda não tratada é

- (A) a pericondrite auricular.
- (B) o colesteatoma congênito.
- (C) o abscesso retroauricular.
- (D) a meningite.
- (E) o zumbido unilateral.

30

Em relação ao manejo da rinossinusite bacteriana aguda em adultos, assinale a afirmativa correta.

- (A) A maioria dos casos requer internação hospitalar para antibioticoterapia endovenosa.
- (B) A realização de TC dos seios paranasais deve preceder o início de qualquer tratamento.
- (C) O diagnóstico é essencialmente clínico, baseado em sintomas persistentes por mais de 10 dias.
- (D) A presença de secreção purulenta bilateral é critério de exclusão para o diagnóstico.
- (E) Corticoides sistêmicos são primeira linha de tratamento, mesmo em infecções não complicadas.

31

Na epistaxe em adultos, a conduta inicial mais apropriada é

- (A) intubação orotraqueal imediata para prevenir aspiração de sangue.
- (B) compressão digital do nariz por 10 a 15 minutos, com cabeça inclinada para trás.
- (C) realização imediata de cauterização bilateral, mesmo sem visualização do ponto de sangramento.
- (D) compressão digital do nariz com inclinação anterior da cabeça, mantendo pressão por cerca de 10 minutos.
- (E) lavagem nasal vigorosa com soro fisiológico para remover coágulos e estancar o sangramento.

32

No contexto da vertigem periférica, as seguintes manobras são mais indicadas para diagnóstico e tratamento da vertigem posicional paroxística benigna (VPPB) do canal posterior:

- (A) manobra de Dix-Hallpike e manobra de Epley.
- (B) teste de Fukuda e marcha de Romberg.
- (C) prova calórica e audiometria tonal.
- (D) manobra de Semont e eletrococleografia.
- (E) manobra de Valsalva e nistagmografia computadorizada.

33

Sobre o colesteatoma adquirido da orelha média, é correto afirmar que

- (A) está geralmente associado a trauma acústico.
- (B) o principal sintoma inicial é otalgia intensa com febre
- (C) o tratamento de escolha é a antibioticoterapia oral prolongada.
- (D) pode causar erosão dos ossículos e comprometimento auditivo condutivo.
- (E) o diagnóstico definitivo depende de tomografia computadorizada.

34

Sobre o exame de audiometria tonal liminar, é correto afirmar que

- (A) a pesquisa dos limiares de via óssea não é necessária em casos de suspeita de perda condutiva.
- (B) os limiares auditivos são normalmente aferidos nas frequências de 500 a 3000 Hz apenas.
- (C) a presença de uma via aérea com perda e via óssea normal sugere perda auditiva condutiva.
- (D) a presença de gap aéreo-ósseo indica lesão retrococlear.
- (E) a audiometria tonal é ineficaz em detectar zumbido unilateral.

35

A respeito da otite externa difusa aguda, assinale a afirmativa correta.

- (A) É geralmente causada por infecção fúngica, com necessidade de antifúngicos sistêmicos.
- (B) O sintoma principal é hipoacusia súbita neurosensorial.
- (C) O exame físico revela dor à mobilização do pavilhão auricular e edema do conduto.
- (D) Está frequentemente associada à otite média crônica colesteatomatosa.
- (E) O uso de solução salina hipertônica tópica é o tratamento de escolha.

36

A causa mais comum de afonia súbita em adultos é

- (A) paralisia unilateral das pregas vocais.
- (B) edema de Reinke.
- (C) disfonia psicogênica.
- (D) laringite aguda viral.
- (E) neoplasia benigna.

37

Assinale a manifestação mais comum de alteração vocal em idosos.

- (A) Aumento da intensidade vocal.
- (B) Presença de tremor vocal e fadiga vocal.
- (C) Aumento da extensão vocal.
- (D) Diminuição da frequência respiratória.
- (E) Aumento da ressonância nasal.

38

Aponte a principal causa de disfonia funcional em crianças em idade escolar.

- (A) Paralisia das cordas vocais.
- (B) Uso abusivo da voz.
- (C) Refluxo gastroesofágico.
- (D) Laringite viral aguda.
- (E) Neoplasia benigna da laringe.

39

A melhor definição de disfonia espástica é:

- (A) alteração vocal causada por refluxo.
- (B) disfunção neuromotora.
- (C) distorção estrutural.
- (D) inflamação viral prolongada.
- (E) alteração tipicamente psicogênica.

40

O exame complementar que melhor detecta as fendas glóticas é a

- (A) tomografia computadorizada.
- (B) ultrassonografia.
- (C) videolaringostroboscopia.
- (D) videoendoscopia da deglutição.
- (E) ressonância magnética.

41

Em relação à inervação da laringe, assinale a afirmativa correta.

- (A) Os nervos laríngeos inferiores ou recorrentes são ramos do nervo vago.
- (B) Os nervos laríngeos inferiores emergem do nervo vago formando, à esquerda, uma alça inferiormente à artéria subclávia.
- (C) Os nervos laríngeos inferiores emergem do nervo vago formando, à direita, uma alça inferior ao arco aórtico.
- (D) O ramo externo dos nervos laríngeos superiores é responsável pela sensibilidade da região supraglótica.
- (E) O ramo interno dos nervos laríngeos superiores é responsável pelo tensionamento da prega vocal através da ação do músculo cricotireoideo.

Pediatria

42

Recém-nascido do sexo masculino, com 3 dias de vida, nascido a termo (39 semanas), parto vaginal sem intercorrências, Apgar 8/9, peso adequado para a idade gestacional. Mãe saudável, sem histórico de infecções ou uso de medicações durante a gestação, realizou pré-natal completo e ultrassonografias, sem alterações estruturais cardíacas detectadas.

Desde o nascimento, o RN apresenta cianose central persistente, não responsiva ao oxigênio suplementar por cateter nasal. Não há desconforto respiratório evidente. À ausculta cardíaca, nota-se sopro sistólico 2+/6+, audível no foco tricúspide. Pulmões com murmúrio vesicular presente e simétrico. A oximetria de pulso revela saturação pré-ductal 85% e pós-ductal de 84%. A gasometria arterial mostra acidose respiratória leve com hipoxemia. À exceção da cianose persistente, e do sopro já relatado não há outras alterações ao exame físico.

Diante da suspeita de cardiopatia congênita cianótica, foi realizado ecocardiograma transtorácico que evidenciou transposição das grandes artérias (TGA), com septo interventricular íntegro e comunicação interatrial pequena.

Com base no quadro clínico e nos achados ecocardiográficos, a conduta prioritária imediata é

- (A) indicar intubação e ventilação mecânica com FiO₂ 100%.
- (B) iniciar infusão de prostaglandina E1.
- (C) aguardar estabilidade clínica para cirurgia corretiva tardia.
- (D) administrar antibiótico de amplo espectro para sepsse neonatal até elucidação completa.
- (E) solicitar angiotomografia de tórax.

43

Menino de 6 anos, previamente com desenvolvimento neuropsicomotor adequado, é trazido à consulta por regressão na linguagem expressiva há cerca de 4 meses.

A mãe relata que ele, que já falava frases completas, passou a ter dificuldade crescente para formar palavras e responder comandos verbais, mesmo sem alterações auditivas aparentes. O comportamento tornou-se mais irritadiço, com períodos de desatenção, isolamento e episódios noturnos em que se debate na cama, com rigidez e salivação excessiva.

O exame físico neurológico não apresenta déficits motores ou sensitivos, mas não executa comandos verbais simples nem emite frases coerentes. Teste de audiometria normal. Ressonância magnética de crânio sem alterações estruturais. EEG com padrão de descargas epileptiformes bilaterais, contínuas durante o sono, com predominância nas regiões temporais posteriores.

Nesse caso, o diagnóstico mais provável é de

- (A) epilepsia rolândica benigna.
- (B) síndrome de Lennox-Gastaut.
- (C) epilepsia mioclônica juvenil.
- (D) síndrome de Landau-Kleffner.
- (E) encefalite autoimune.

44

Menina de 5 anos apresenta palidez importante, cansaço aos esforços e irritabilidade progressiva. Ao exame físico apresenta peso e estatura adequados para a idade, palidez mucosa +/4+, frequência cardíaca: 120 bpm, ausculta cardíaca com sopro sistólico 1+/6+ no foco pulmonar e não há linfadenomegalia ou visceromegalias.

O hemograma revela: Hb 8,7 g/dL | Ht 26% | VCM 68 fL | CHCM 28 g/dL | RDW 18% | Leucócitos e plaquetas normais. Ferritina: 10 ng/mL. Ferro sérico: 25mcg/dL, TIBC: 420mcg/dL, saturação de transferrina: 6%, o PCR está abaixo do limite de detecção.

A principal suspeita diagnóstica é de

- (A) anemia ferropriva.
- (B) anemia de Fanconi.
- (C) talassemia beta maior.
- (D) leucemia linfoblástica aguda.
- (E) deficiência de vitamina B12.

45

Pré-escolar de 6 anos, com história prévia de asma, é levado ao pronto-socorro com dispneia progressiva, sibilância difusa, FR: 52 irpm, SatO₂: 89% em ar ambiente, batimento de asa do nariz e fala entrecortada. A mãe nega febre e rinorreia. Não há história de contato com indivíduos com infecção de vias aéreas. No manejo inicial são administradas duas doses de salbutamol inalatório com espaçador.

Nesse caso, as seguintes medidas são preconizadas, à exceção de uma. Assinale-a.

- (A) Iniciar oxigenoterapia.
- (B) Repetir broncodilatadores em dose escalonada.
- (C) Administrar azitromicina oral.
- (D) Iniciar corticoterapia sistêmica.
- (E) Avaliar necessidade de internação.

46

Lactente de 7 meses, sexo feminino, apresenta febre há 3 dias, sem sinais localizatórios. Ao exame físico, mostra-se irritada, com temperatura de 38,9 °C, sem alterações em vias aéreas ou na otoscopia. Urina coletada por sondagem revela leucócitos ++, nitrito positivo.

A conduta inicial mais apropriada é

- (A) solicitar urocultura e aguardar ambulatorialmente o resultado para tratar.
- (B) tratar empiricamente com antibiótico oral e reavaliar em 72 h.
- (C) solicitar urocultura, internar e iniciar antibiótico parenteral imediatamente.
- (D) repetir exame de urina após 24h de observação.
- (E) iniciar antipirético e hidratação oral exclusiva.

47

Lactente de 5 meses, amamentado exclusivamente com fórmula, apresenta fezes com muco e sangue há duas semanas. Boa aceitação alimentar, sem vômitos, ganho ponderal adequado. Mãe relata história de rinite alérgica.

O diagnóstico mais provável é de

- (A) gastroenterite bacteriana.
- (B) alergia à proteína do leite de vaca (APLV) não-IgE mediada.
- (C) invaginação intestinal.
- (D) colite ulcerativa.
- (E) constipação com fissura anal.

48

Escolar de 9 anos apresenta febre há 5 dias, artrite em grandes articulações de caráter migratório e lesões eritematosas em tronco. Exame físico: sopro sistólico em foco mitral. ASLO aumentado.

O diagnóstico mais provável é

- (A) lúpus eritematoso sistêmico.
- (B) artrite idiopática juvenil.
- (C) artrite séptica.
- (D) doença de Lyme.
- (E) febre reumática.

49

Recém-nascido com 4 dias de vida apresenta vômitos em jato, sucção pobre e letargia. Exame: desidratado, fontanela afundada. Glicemia 28 mg/dL, sódio 128 mEq/L, potássio 6,2 mEq/L.

A hipótese diagnóstica a ser considerada com prioridade é

- (A) hipoglicemia por infecção neonatal.
- (B) hiperplasia adrenal congênita.
- (C) hipotireoidismo congênito.
- (D) erros inatos do metabolismo.
- (E) insuficiência hepática neonatal.

50

Adolescente de 14 anos comparece à consulta desacompanhado, referindo desejo de iniciar acompanhamento para orientação sobre saúde sexual e contracepção. Relata já ter iniciado vida sexual e não deseja que os pais sejam informados.

Segundo o ECA e as normas éticas, a conduta mais adequada para o caso é

- (A) exigir presença dos pais para autorizar atendimento.
- (B) registrar a consulta, mas comunicar os responsáveis.
- (C) garantir sigilo e realizar atendimento conforme solicitado.
- (D) encaminhar o adolescente ao Conselho Tutelar.
- (E) notificar o Ministério Público por risco social.

51

Menina de 6 anos e 9 meses é trazida ao consultório por apresentar aumento do volume mamário há 4 meses, associado a um crescimento acelerado e a odor axilar. Ao exame físico, encontra-se em bom estado geral, com estatura no percentil 97, mama em estágio M2, ausência de pelos pubianos, velocidade de crescimento acima de 8 cm/ano e idade óssea estimada em 9 anos. A dosagem basal de LH foi de 0,3 mUI/mL, e após estímulo com GnRH apresentou pico de LH de 6,2 mUI/mL. Dosagens de estradiol foram discretamente elevadas. Exame neurológico sem alterações.

Com base nos achados clínicos e laboratoriais, a hipótese diagnóstica e a conduta mais apropriada são

- (A) Puberdade precoce periférica – solicitar ressonância de pelve e dosar HCG.
- (B) Puberdade precoce central idiopática – iniciar análogo de GnRH e realizar RNM de crânio.
- (C) Adrenarca precoce – acompanhamento clínico sem necessidade de tratamento.
- (D) Variante da normalidade – reavaliar em 6 meses sem exames complementares.
- (E) Hiperplasia adrenal congênita – iniciar corticoterapia e dosar aldosterona.

52

Lactente de 11 meses, previamente hígido, está com vacinação atualizada e irá viajar para área de risco de febre amarela. A mãe deseja saber se ele pode ser vacinado.

A recomendação atual, segundo o PNI e a SBP, é

- (A) administrar a vacina com pelo menos 10 dias antes da viagem com reforço aos 4 anos.
- (B) não vacinar, pois a vacina é contraindicada em menores de 12 meses e adotar medidas preventivas sem vacinação.
- (C) aplicar a vacina da dengue pela possibilidade de fazer proteção cruzada.
- (D) aplicar a vacina e repetir aos 12 meses.
- (E) administrar apenas com laudo médico e termo de consentimento formal.

53

Recém-nascida do sexo feminino, nascida de parto vaginal com 38 semanas de gestação, apresenta peso ao nascer de 2.200 g. A mãe tem 37 anos e realizou pré-natal com ultrassonografia morfológica alterada, mas não fez cariótipo fetal.

Ao exame físico, nota-se presença de microcefalia, fenda labial bilateral, polidactilia pós-axial em ambas as mãos, hipotonia generalizada e sopro cardíaco holossistólico audível em borda esternal esquerda. A ultrassonografia transfontanela revelou holoprosencefalia, e o ecocardiograma evidenciou comunicação interventricular ampla.

Assinale a opção que apresenta a principal hipótese diagnóstica e a conduta inicial mais adequada para esse caso.

- (A) Síndrome de Edwards – confirmar com cariótipo e encaminhar para cirurgia cardíaca precoce.
- (B) Síndrome de Down – iniciar estimulação precoce e investigação cardiológica.
- (C) Síndrome de Turner – dosar hormônios tireoidianos e iniciar estrógenos na puberdade.
- (D) Síndrome de Patau – solicitar cariótipo e instituir cuidados paliativos com foco em conforto.
- (E) Síndrome de Noonan – investigação genética e correção cirúrgica das más-formações.

54

Lactente, 10 meses de idade, é trazido ao pronto-socorro com história de convulsão na manhã do atendimento. A mãe relata história de febre há cerca de 2 dias (até 39 °C), associada a irritabilidade e redução do apetite. Fora avaliado no dia anterior, recebendo diagnóstico de otite média aguda à direita e iniciando amoxicilina (está em uso há cerca de 24 horas) e antipiréticos.

A crise convulsiva desta manhã fora em vigência de febre (38,5 °C) de forma tônico-clônico generalizada, com cianose labial transitória durando cerca de 4 minutos. Não há história prévia de convulsões e mãe nega trauma. A gestação fora sem intercorrências, o desenvolvimento neuropsicomotor está adequado para a idade, sem doenças crônicas conhecidas. Vacinação: esquema vacinal incompleto – recebeu as vacinas do 2º e 4º mês de vida, porém não recebeu as doses previstas para 6 meses (incluindo *Haemophilus influenzae* tipo b e pneumococo).

Não há história familiar de epilepsia, embora o pai relate ter tido convulsões febris na infância. Ao exame a criança está com o estado geral regular, chorosa e irritada alternando com sonolência leve responsiva a estímulos. Temperatura: 38,3 °C; FC: 150 bpm; FR: 34 irpm; SpO₂: 97% em ar ambiente. À exceção da membrana timpânica direita hiperemiada e abaulada, com nível hidroaéreo visível, compatível com otite média purulenta, não há outras alterações semiológicas incluindo o exame neurológico que é compatível com a idade.

Você realiza exames laboratoriais iniciais cujos resultados são: hemograma: Hb 11,5 g/dL; leucócitos 15.800/mm³ (neutrófilos 72%, bastões 5%, linfócitos 20%, monócitos 3%); plaquetas 320.000/mm³ – leucocitose com neutrofilia e discreto desvio à esquerda. Proteína C-reativa (PCR): 8,5 mg/dL (VN < 1,0); Glicemia à admissão: 92 mg/dL. O EAS (urina tipo 1), o Raio X de tórax, os eletrólitos séricos e escórias renais são normais.

A conduta mais adequada neste momento, entre as listadas, é

- (A) realizar punção lombar e iniciar antibioticoterapia empírica adequada se necessário.
- (B) iniciar medicação anticonvulsivante profilática de longa duração (como fenobarbital), mantendo também antipiréticos agressivamente a cada 4-6 horas.
- (C) solicitar eletroencefalograma (EEG) imediato e encaminhar para avaliação com neurologista pediátrico, devido ao risco de epilepsia após a crise convulsiva febril.
- (D) acompanhar ambulatorialmente sem investigar de forma invasiva, por se tratar de uma convulsão febril simples; orientar medidas antipiréticas e observar evolução, com retorno em caso de nova convulsão.
- (E) realizar neuroimagem cerebral (TC de crânio) imediatamente, para descartar lesão estrutural intracraniana ou outras causas neurológicas.

Pneumologia

55

Um paciente de 63 anos, tabagista (30 maços/ano), apresenta tosse crônica e dispneia progressiva há dois anos. Realizou espirometria que evidenciou VEF1/CVF de 60%, VEF1 de 55% do previsto e resposta broncodilatadora negativa. Foi iniciado tratamento com broncodilatadores de longa ação e reabilitação pulmonar.

O diagnóstico mais provável para esse paciente e a medida mais indicada para reduzir a progressão da doença são, respectivamente,

- (A) asma grave e utilização de corticosteroides orais diários.
- (B) DPOC e cessação do tabagismo.
- (C) bronquiectasia e antibioticoterapia de longa duração.
- (D) fibrose pulmonar idiopática e antifibróticos.
- (E) asma-DPOC overlap e imunobiológicos.

56

Um paciente de 45 anos, portador de asma moderada persistente, comparece à consulta com queixas de piora da dispneia e uso frequente de SABA. Refere adesão ao uso de budesonida/formoterol duas vezes ao dia.

No manejo da asma desse paciente, é mais adequado

- (A) substituir o formoterol por salmeterol.
- (B) iniciar o tiotrópio inalatório.
- (C) avaliar técnica inalatória e checar se paciente está aderindo ao tratamento
- (D) acrescentar corticoide oral contínuo.
- (E) realizar teste de broncoprovocação com metacolina.

57

Paciente de 52 anos com queixa de dispneia aos esforços. Espirometria com padrão restritivo. Tomografia de alta resolução mostra vidro fosco difuso com bronquiectasias por tração e faveolamento.

O diagnóstico mais provável é

- (A) asma eosinofílica.
- (B) bronquiectasias infecciosas.
- (C) fibrose pulmonar idiopática.
- (D) sarcoidose estágio 1.
- (E) DPOC enfisematoso.

58

Homem de 28 anos, sem comorbidades, inicia quadro de tosse seca, febre e dispneia progressiva. Radiografia mostra infiltrado bilateral. Está em uso de sulfasalazina por artrite reumatoide. Saturação em ar ambiente: 88%.

O exame complementar inicial mais indicado, nesse caso, é

- (A) o lavado broncoalveolar com pesquisa de BAAR.
- (B) a tomografia de tórax de alta resolução.
- (C) o teste de função pulmonar completa.
- (D) a dosagem de peptídeo natriurético tipo B.
- (E) a angiotomografia pulmonar.

59

Uma mulher de 60 anos com DPOC moderado apresenta exacerbações frequentes, apesar do uso de LABA/ICS. Gasometria em repouso mostra $\text{PaO}_2 = 58$ mmHg.

A conduta mais adequada é

- (A) iniciar tiotrópio inalatório.
- (B) prescrever oxigenoterapia domiciliar contínua.
- (C) indicar reabilitação pulmonar.
- (D) acrescentar antibiótico profilático.
- (E) encaminhar a paciente para transplante pulmonar.

60

Paciente em ventilação mecânica por síndrome do desconforto respiratório agudo (SDRA) apresenta hipoxemia refratária. Já está em ventilação protetora.

A próxima conduta recomendada é

- (A) o uso de corticosteroides em altas doses.
- (B) a elevação do volume corrente.
- (C) o posicionamento em prona.
- (D) a interrupção da sedação.
- (E) o desmame imediato.

61

Paciente de 45 anos com diagnóstico de hipertensão pulmonar apresenta dispneia progressiva e sinais de insuficiência cardíaca direita. Foi solicitado cateterismo cardíaco.

O seguinte parâmetro confirma hipertensão arterial pulmonar pré-capilar:

- (A) pressão capilar pulmonar ≥ 18 mmHg.
- (B) pressão média de artéria pulmonar < 20 mmHg.
- (C) pressão média de artéria pulmonar ≥ 20 mmHg e pressão capilar ≤ 15 mmHg.
- (D) pressão venosa central elevada.
- (E) fração de ejeção reduzida no ecocardiograma.

62

Paciente com diagnóstico de embolia pulmonar em tratamento anticoagulante apresenta queda da saturação e dor torácica. Novo exame mostra infarto pulmonar.

O exame mais adequado para confirmação é

- (A) o ecocardiograma.
- (B) a radiografia de tórax.
- (C) a cintilografia pulmonar.
- (D) a angiotomografia de tórax.
- (E) a tomografia de alta resolução.

63

Pacientes de 40 anos com queixa de roncos intensos, sonolência diurna e apneia referida pelo cônjuge. Polissonografia confirma apneia obstrutiva do sono moderada.

A principal indicação terapêutica, nesse caso, é

- (A) uso de CPAP.
- (B) oxigenoterapia noturna.
- (C) cirurgia de uvulopalatoplastia.
- (D) administração de benzodiazepínico antes de dormir.
- (E) suplementação de melatonina.

64

Homem de 70 anos, tabagista, é diagnosticado com câncer de pulmão. Apresenta dor óssea e hipercalcemia. TC revela múltiplas metástases.

O subtipo histológico mais associado à hipercalcemia paraneoplásica é o

- (A) adenocarcinoma.
- (B) carcinoma de pequenas células.
- (C) carcinoma bronquioloalveolar.
- (D) carcinoma adenoescamoso.
- (E) carcinoma escamoso.

65

Paciente de 35 anos com tosse seca, linfadenopatia hilar bilateral e lesões cutâneas. Biopsia mostra granulomas não caseosos.

O diagnóstico mais provável é

- (A) tuberculose.
- (B) sarcoidose.
- (C) pneumonia criptogênica.
- (D) pneumonite por hipersensibilidade.
- (E) aspergilose.

66

Paciente de 46 anos com diagnóstico de DPOC apresenta VEF1 de 35% do previsto, duas exacerbações no último ano e limitação funcional importante.

A melhor conduta complementar a se considerar é

- (A) a reabilitação pulmonar.
- (B) suspender broncodilatadores.
- (C) a oxigenoterapia contínua.
- (D) o uso de corticosteroide oral prolongado.
- (E) a imunoterapia específica.

67

Paciente com asma grave em uso de altas doses de corticosteroides e LABA permanece sintomático. IgE elevada e eosinofilia periférica.

Assinale a classe terapêutica mais indicada para o caso.

- (A) Teofilinas.
- (B) Antagonista do receptor de leucotrieno.
- (C) Antibióticos macrolídeos.
- (D) Imunobiológicos anti-IgE ou anti-IL – 5.
- (E) Corticoide oral contínuo.

Psiquiatria

68

Paciente idosa, 68 anos, relata que há cerca de um mês não frequenta as atividades da universidade da terceira idade, pois não sente mais vontade de frequentar as classes.

Desde o início do quadro, abandonou atividades que antes lhe davam prazer, como encontros com amigos e idas à academia. Também refere aumento de peso de aproximadamente 8 kg (peso anterior: 62 kg), sensação persistente de fadiga, dificuldade em dormir e, principalmente, dificuldade de memorização de fatos recentes. Familiares confirmam que ela está ficando mais “esquecida”.

Considerando as medicações a seguir, a conduta farmacológica mais apropriada é

- (A) amitriptilina.
- (B) vortioxetina.
- (C) risperidona.
- (D) ácido valproico.
- (E) buspiorona.

69

Homem de 35 anos procura atendimento por apresentar, há aproximadamente 6 meses, tremores nas mãos e lentidão nos movimentos.

Ao exame físico, observa-se rigidez em roda dentada, tremor de repouso, bradicinesia nos membros superiores e marcha em pequenos passos, com distribuição simétrica dos sinais. Levantou-se a hipótese de parkinsonismo de origem medicamentosa.

Entre as medicações listadas a seguir, assinale a mais frequentemente associada ao quadro descrito.

- (A) Fluvoxamina.
- (B) Pramipexol.
- (C) Olanzapina.
- (D) Levetiracetam.
- (E) Bromazepam.

70

Indivíduo dá entrada no pronto-socorro com rebaixamento do nível de consciência, mutismo, rigidez muscular intensa temperatura axilar de 39,2 °C, frequência cardíaca de 132 bpm, frequência respiratória de 26 irpm e pressão arterial de 172 × 100 mmHg. Há cerca de uma semana, iniciou uso de haloperidol devido a episódio psicótico. Relata-se ainda uso ocasional de *cannabis*.

Diante desse quadro clínico agudo a principal hipótese diagnóstica é

- (A) transtorno afetivo bipolar.
- (B) síndrome colinérgica.
- (C) esquizofrenia.
- (D) síndrome de Parkinson-plus.
- (E) síndrome neuroléptica maligna.

71

Estudante de 17 anos, residente com os pais, sem histórico de doença neurológica, relata uso regular de tabaco e nega consumo ocasional de álcool. Nega também uso de substâncias ilícitas. Segundo seus pais, nos últimos 6 meses ele passou a apresentar comportamentos incomuns, como reclusão progressiva e desconfiança excessiva.

Ao exame, afirma estar sendo seguido por seus colegas de turma e afirma que professores da escola conspiram contra ele. Diz ouvir vozes que proferem xingamentos contra ele.

O diagnóstico mais provável e a conduta terapêutica mais indicada são, respectivamente,

- (A) depressão grave, iniciar venlafaxina.
- (B) esquizofrenia, iniciar quetiapina ou outro neuroléptico.
- (C) sem diagnóstico provável, iniciar psicoterapia familiar incluindo o paciente para elucidar as ideias de perseguição.
- (D) transtorno bipolar do humor, internar imediatamente e iniciar carbonato de lítio.
- (E) transtorno de ansiedade generalizada, iniciar alprazolam.

72

Mulher 60 anos desenvolve progressivamente alterações na marcha com passos curtos e dificuldade para iniciar os movimentos, episódios de incontinência urinária e disfunção executiva.

Assinale a hipótese diagnóstica mais provável.

- (A) Doença de Parkinson.
- (B) Síndrome de Münchhausen.
- (C) Hidrocefalia de pressão normal.
- (D) Doença de Lewy.
- (E) Transtorno de conversão.

73

Para pacientes que fazem uso contínuo de lítio para tratamento psiquiátrico, há exigência de que sejam feitos exames laboratoriais de rotina.

Os exames laboratoriais que devem ser monitorados periodicamente para garantir a segurança e a eficácia do tratamento são:

- (A) vitamina B12, ácido fólico e vitamina D.
- (B) dosagem sérica do lítio, ureia, creatinina e TSH.
- (C) vitamina D e dosagem sérica do lítio.
- (D) amilase, lipase e sódio.
- (E) PCR, dosagem sérica do lítio, bilirrubinas.

74

Homem de 76 anos foi levado à consulta pela esposa, que relata episódios recorrentes, durante a madrugada, enquanto o marido dorme, nos quais ele fica muito agitado, fala e chega a chutá-la, causando-lhe ferimentos.

O diagnóstico mais provável para esse quadro é

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

75

O desenvolvimento da técnica lobotomia deu o prêmio Nobel a um médico português. O procedimento consistia em seccionar conexões do córtex pré-frontal com o restante do cérebro.

Assinale a opção que indica uma possível consequência desse procedimento.

- (A) Astereognosia.
- (B) Disdiadococinesia.
- (C) Hemiparestesia.
- (D) Alucinações auditivas.
- (E) Apatia e abulia

76

Muitas vezes, o médico psiquiatra necessita realizar internação compulsória.

A respeito da internação psiquiátrica involuntária, assinale a afirmativa correta.

- (A) Não necessita do consentimento do paciente e deve ser informada ao Ministério Público em até 72 h.
- (B) Pode ser solicitada por familiares e tem duração máxima de sete dias.
- (C) Não é permitida.
- (D) Se dá com o consentimento do paciente.
- (E) Só pode ocorrer mediante a determinação prévia da justiça.

77

No tratamento psiquiátrico, há sempre necessidade de se estabelecer uma aliança terapêutica.

Assinale a definição correta de aliança terapêutica.

- (A) Reações do terapeuta em relação ao comportamento do paciente.
- (B) Atitudes do paciente que dificultem o prosseguimento da terapia.
- (C) Associação do terapeuta com a família do paciente, excluindo o paciente do processo devido ao seu estado mórbido.
- (D) Sentimentos do paciente relativos a figuras do passado que são transferidas ao terapeuta.
- (E) Vínculo entre paciente e terapeuta, incluindo metas e objetivos em prol do processo psicoterapêutico.

78

Cada vez os polimorfismos genéticos são estudados como base para o tratamento.

Assinale a opção que adequadamente apresenta a razão pela qual os polimorfismos genéticos do sistema CYP450 podem influenciar a resposta terapêutica a fármacos psiquiátricos.

- (A) Disrupção da barreira hematoencefálica.
- (B) Modificação estrutural dos neurotransmissores.
- (C) Interferência na metabolização hepática.
- (D) Redução da recaptção pré-sináptica.
- (E) Aumento da excreção renal.

79

A farmacogenômica tem sido frequentemente utilizada pelos médicos psiquiatras.

O principal foco da farmacogenética é

- (A) analisar o modo como variáveis genéticas podem influenciar a resposta a determinados fármacos.
- (B) a edição genética para realizar modificações precisas no DNA.
- (C) aumentar a acurácia dos diagnósticos dos transtornos mentais.
- (D) a cura de doenças genéticas que cursam com transtornos mentais.
- (E) o uso de vetores virais para a correção de genes patológicos.

80

Um paciente tem medo de conhecer pessoas novas e de falar em público. Tem ainda um injustificado receio de ser julgado negativamente.

Dentre as opções listadas a seguir, assinale aquela que melhor descreve a doença desse paciente.

- (A) Transtorno depressivo unipolar.
- (B) Transtorno afetivo bipolar.
- (C) Transtorno obsessivo compulsivo.
- (D) Transtorno de fobia social.
- (E) Transtorno de adaptação.

Realização

