

011. PROVA OBJETIVA

PRÉ-REQUISITO EM **ANESTESIOLOGIA** OU **CIRURGIA DE CABEÇA E PESCOÇO** OU **CIRURGIA ONCOLÓGICA** OU **CLÍNICA MÉDICA** OU **GERIATRIA** OU **MASTOLOGIA** OU **MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE** OU **MEDICINA INTENSIVA** OU **NEUROLOGIA** OU **NEFROLOGIA** OU **ONCOLOGIA CLÍNICA** OU **PEDIATRIA**

Área de Atuação: **Medicina Paliativa**

- ◆ Você recebeu sua folha de respostas e este caderno contendo 50 questões objetivas.
- ◆ Confira seus dados impressos na capa deste caderno e na folha de respostas.
- ◆ Quando for permitido abrir o caderno, verifique se está completo ou se apresenta imperfeições. Caso haja algum problema, informe ao fiscal da sala para a devida substituição desse caderno.
- ◆ Leia cuidadosamente todas as questões e escolha a resposta que você considera correta.
- ◆ Marque, na folha de respostas, com caneta de tinta preta, a letra correspondente à alternativa que você escolheu.
- ◆ A duração da prova é de 3 horas, já incluído o tempo para o preenchimento da folha de respostas.
- ◆ Só será permitida a saída definitiva da sala e do prédio após transcorridas 2 horas do início da prova.
- ◆ Deverão permanecer em cada uma das salas de prova os 3 últimos candidatos, até que o último deles entregue sua prova, assinando termo respectivo.
- ◆ Ao sair, você entregará ao fiscal a folha de respostas e este caderno.
- ◆ Até que você saia do prédio, todas as proibições e orientações continuam válidas.

Nome do candidato _____

RG _____

Inscrição _____

Prédio _____

Sala _____

Carteira _____

AGUARDE A ORDEM DO FISCAL PARA ABRIR ESTE CADERNO.

CLÍNICA MÉDICA

01. Paciente de 58 anos com DPOC apresenta-se em condição estável. Nos últimos doze meses, ele teve duas exacerbações, uma das quais exigiu hospitalização. Ele usa regularmente tiotrópio (2,5 mg/dia) e formoterol (12 µg, duas vezes ao dia) inalatórios; a medicação oral consiste em roflumilaste (500 mg/dia). A hipertensão arterial é bem controlada com metoprolol (50 mg/dia) e ramipril (10 mg/dia).

A próxima conduta recomendada é

- (A) adicionar budesonida inalatória.
- (B) adicionar azitromicina oral.
- (C) aumentar a dose dos broncodilatadores.
- (D) trocar metoprolol por anlodipino.
- (E) trocar os broncodilatadores por brometo de umeclidí-
nio + trifenanato de vilanterol.

02. Homem de 67 anos, com histórico de diabetes *mellitus* tipo 2 há 25 anos, apresenta-se para uma consulta de acompanhamento. O histórico é notável por obesidade, doença arterial coronariana (estado pós-cirurgia de revascularização do miocárdio há quatro meses), DPOC tratada com oxigênio domiciliar, hipertensão arterial, dislipidemia, neuropatia diabética e retinopatia diabética leve. O regime medicamentoso consiste em insulina U500 (75 UI subcutânea, três vezes ao dia), insulina glargina (75 UI ao dia) e metformina, 2.550 mg ao dia. A hemoglobina A1c atual é de 8,5%. Ele autoverifica a glicemia de duas a três vezes ao dia e afirma que seus valores estão consistentemente na faixa de 200 mg/dL. O IMC é de 39 kg/m².

O próximo passo de escolha no tratamento desse paciente é

- (A) aumentar a dose das insulinas U500 e glargina.
- (B) encaminhar para cirurgia bariátrica.
- (C) iniciar semaglutida.
- (D) iniciar saxagliptina.
- (E) trocar a insulina U500 por insulina asparte.

03. Homem de 50 anos é internado com quadro de tosse há duas semanas, com expectoração clara associada a febre, anorexia e mal-estar. Não há antecedente mórbido, mas é fumante atual de vinte cigarros por dia há vinte anos. Ao exame físico: SatO₂: 91% em ar ambiente; taquipneico; há sibilos bilaterais leves à ausculta. Exames séricos à chegada: proteína C reativa: 170 mg/L (normal: até 10); hemoglobina: 11,7 g/dL; neutrófilos: 24.000/mm³. A radiografia de tórax do paciente na admissão é mostrada a seguir:



(Arquivo pessoal; imagem usada com autorização)

No quinto dia de internação, a hemoglobina é 6,7 g/dL (normocrômico e normocítico). O esfregaço sanguíneo mostra acentuada aglutinação de hemácias com esferócitos, policromasia e hemácias nucleadas. Demais exames séricos: reticulócitos: 10%; lactato desidrogenase: 910 U/L; bilirrubina direta: 3,7 mg/dL; teste de antiglobulina direta é fortemente positivo (4+) para anti-C3d, mas negativo para anti-IgG.

Com esses dados descritos, qual é a principal hipótese diagnóstica?

- (A) *Chlamydia pneumoniae*.
- (B) *Mycoplasma pneumoniae*.
- (C) *Legionella pneumophila*.
- (D) SARS-CoV-2.
- (E) Vírus Epstein-Barr.

04. Mulher de 47 anos é avaliada por um histórico de três anos de dor em todos os músculos e articulações. Ela é motorista de caminhão comercial. Seu sono é ruim, e ela acorda sem se sentir revigorada. O questionário diagnóstico de fibromialgia é preenchido e atende aos critérios para fibromialgia. Refere ansiedade e depressão, com histórico de transtorno por abuso de opioides. Nega uso de medicamentos. Os sinais vitais são normais. Os achados do exame físico limitam-se a uma sensibilidade muscular generalizada com força normal. A avaliação laboratorial revela uma velocidade de hemossedimentação de 19 mm/h, nível de proteína C reativa sanguínea de 0,3 mg/L (normal: < 1 mg/L) e TSH de 1,6 mU/mL (normal: 0,5 a 5,0). Exercícios aeróbicos de baixo impacto são recomendados.

Uma vez optado por tratamento farmacológico, a medicação de escolha é

- (A) amitriptilina.
- (B) ciclobenzaprina.
- (C) duloxetina.
- (D) gabapentina.
- (E) pregabalina.

05. Homem de 55 anos, com hipertensão arterial e apneia obstrutiva do sono, é encaminhado para avaliação de doença arterial periférica (DAP) após ser submetido a índices tornozelo-braquiais (ITBs). Ele não se exercita regularmente, mas consegue realizar as atividades diárias sem limitações. Os medicamentos em uso são: aspirina em baixa dose e anlodipino (10 mg/dia). Ao exame físico: frequência cardíaca: 68 bpm; pressão arterial: 118 x 70 mmHg; IMC: 32 kg/m²; não há sopros cardíacos, e os pulmões estão limpos à ausculta; as extremidades estão quentes, sem edema; os pulsos pedioso e tibial posterior são 1+ à direita e normais à esquerda; os pulsos femoral e poplíteo são 2+ bilateralmente. Exames séricos: sódio: 142 mEq/L; potássio: 4,0 mEq/L; creatinina: 1,0 mg/dL; hemoglobina A1c: 5,9%; colesterol total: 158 mg/dL; HDL: 38 mg/dL; LDL: 71 mg/dL; triglicérides: 250 mg/dL; aspartato aminotransferase: 42 U/L; alanina aminotransferase: 56 U/L. Os ITBs são 1,1 à esquerda e 0,8 à direita.

O medicamento que mais provavelmente trará maior benefício e esse paciente é a

- (A) dapaglifozina: 10 mg ao dia.
- (B) metformina de liberação prolongada: 500 mg, três vezes ao dia.
- (C) pentoxifilina: 400 mg, duas vezes ao dia.
- (D) rosuvastatina: 20 mg ao dia.
- (E) valsartana: 40 mg, duas vezes ao dia.

06. Recém-nascido, sexo feminino, idade gestacional de 39 semanas, parto cesáreo por sofrimento fetal agudo. Ao nascimento, o recém-nascido está flácido, não respira e apresenta coloração cianótica. É posicionada sob fonte de calor, seca e estimulada, sem melhora. Iniciada ventilação com pressão positiva (VPP) em ar ambiente (FiO₂ 21%) com máscara bem ajustada. Após 30 segundos de VPP eficaz, observa-se: frequência cardíaca: 50 bpm; saturação pré-ductal: 68%; expansão torácica visível.

Considerando o quadro clínico apresentado e as Diretrizes de Reanimação Neonatal da Sociedade Brasileira de Pediatria, a próxima conduta a ser realizada é

- (A) continuar ventilando com ar ambiente por mais 30 segundos.
- (B) aumentar a fração inspirada de oxigênio para 100% e iniciar compressões torácicas na proporção 3:1.
- (C) aumentar a pressão inspiratória e repetir a ventilação em ar ambiente antes de iniciar compressões.
- (D) avaliar necessidade de intubação traqueal e administrar oxigênio a 40% antes das compressões.
- (E) administrar adrenalina endovenosa e interromper a ventilação positiva.

07. Criança de 7 anos é trazida ao pronto-socorro após colapso súbito durante uma partida de futebol. Chega inconsciente, sem respiração e sem pulso palpável. Monitor cardíaco é conectado e mostra ritmo de taquicardia ventricular sem pulso (TVSP). Enquanto a equipe ventila com bolsa-válvula-máscara e oxigênio a 100%, a compressão torácica é iniciada. Após 2 minutos de reanimação cardiopulmonar (RCP) de alta qualidade, o ritmo continua sendo taquicardia ventricular sem pulso.

Nesse momento, segundo as Diretrizes de Reanimação Cardiopulmonar Pediátrica da Sociedade Brasileira de Pediatria, qual a próxima conduta indicada?

- (A) Administrar adrenalina 0,01 mg/kg intravenosa e continuar RCP.
- (B) Administrar amiodarona 5 mg/kg antes do primeiro choque.
- (C) Aplicar choque elétrico (desfibrilação) com 2 J/kg e retomar RCP imediatamente.
- (D) Continuar compressões torácicas, por mais 2 minutos, antes de qualquer choque.
- (E) Suspender a RCP e avaliar sinais de morte encefálica.

08. Recém-nascido, sexo masculino, 34 semanas de idade gestacional, parto cesáreo por pré-eclâmpsia materna. Logo após o nascimento, apresentou respiração rápida e gemência. Ao exame com 2 horas de vida: FR: 76 irpm, gemência expiratória, batimento de asa nasal, tiragem intercostal leve. Saturação de O₂: 86% em ar ambiente. Ausculta pulmonar: murmúrio vesicular diminuído bilateralmente, sem ruídos adventícios. Ausculta cardíaca: sem sopros, pulsos periféricos palpáveis. Radiografia de tórax: infiltrado retículo-granular difuso, broncogramas aéreos e diminuição do volume pulmonar.

Frente ao exposto, qual o diagnóstico provável e a conduta inicial recomendada?

- (A) Taquipneia transitória do recém-nascido; ofertar oxigênio sob cateter nasal.
- (B) Pneumonia neonatal precoce; iniciar antibioticoterapia empírica.
- (C) Síndrome do desconforto respiratório; iniciar suporte ventilatório com CPAP nasal e avaliar necessidade de surfactante.
- (D) Aspiração meconial; realizar ventilação invasiva imediata.
- (E) Persistência da circulação fetal; ofertar oxigênio a 100% e iniciar prostaglandina.

09. Recém-nascido, sexo masculino, 5 dias de vida, nascido a termo (39 semanas), parto vaginal, bolsa rota há 24 horas. A mãe apresentou febre intraparto (38,5 °C) e foi tratada parcialmente com antibiótico. O lactente recebeu alta do alojamento conjunto com 48 horas de vida, mas retorna ao hospital com: irritabilidade, hipoatividade, sucção fraca e temperatura de 35 °C.

Ao exame físico: frequência respiratória: 68 irpm, taquicardia, enchimento capilar 5 segundos, extremidades frias e leve distensão abdominal. Glicemia capilar: 40 mg/dL; Leucograma: leucócitos 9.000/mm³ (com 15% bastões); PCR: 22 mg/L; Hemocultura coletada.

Com base nos dados apresentados, é correto afirmar que o diagnóstico provável e a conduta inicial indicada são:

- (A) choque hipovolêmico; administrar expansor de volume e observar.
- (B) sepse neonatal tardia; iniciar antibioticoterapia empírica com ampicilina e gentamicina após coleta de culturas.
- (C) enterocolite necrosante; suspender dieta e iniciar vancomicina e meropenem.
- (D) meningite neonatal; realizar punção lombar imediata e adiar antibiótico até resultado.
- (E) sepse neonatal precoce; iniciar oxacilina e cefotaxima imediatamente.

10. Recém-nascido, sexo feminino, 12 horas de vida, nascida a termo (39 semanas), parto cesáreo eletivo. Apgar 9/9. Nas primeiras horas de vida, apresentou cianose central persistente (SatO₂ 80% em ar ambiente), sem gemência ou retrações. Após oxigênio a 100%, por 10 minutos, a saturação manteve-se em 82%. Ausculta cardíaca: bulhas normofonéticas, sem sopros. Pulsos periféricos presentes, simétricos. Saturação pré-ductal: 83%; pós-ductal: 81%. Radiografia de tórax: campos pulmonares normais, área cardíaca normal. Gasometria arterial: pO₂: 45 mmHg (referência > 60 mmHg).

Diante do exposto, o diagnóstico provável e a conduta inicial indicada são:

- (A) transposição das grandes artérias; iniciar infusão de prostaglandina E1 para manter o canal arterial pérvio e solicitar ecocardiograma urgente.
- (B) atresia tricúspide; iniciar diurético de alça para reduzir a congestão pulmonar.
- (C) coarctação crítica da aorta; suspender oxigênio e iniciar vasopressores inotrópicos.
- (D) comunicação interventricular grande; iniciar restrição hídrica e oxigenoterapia contínua.
- (E) tetralogia de Fallot; administrar betabloqueador endovenoso para controle de espasmo infundibular.

ANESTESIOLOGIA

11. Paciente de 39 anos de idade, internada devido a uma mastoidite à direita, evoluiu com um pneumoencéfalo e será submetida a tratamento neurocirúrgico.

Na anestesia dessa paciente, é recomendado evitar o uso de

- (A) fentanil.
- (B) propofol.
- (C) clonidina.
- (D) rocurônio.
- (E) óxido nitroso.

CIRURGIA DE CABEÇA E PESCOÇO

12. Paciente de 57 anos de idade evoluiu com agitação psicomotora e perda de consciência logo após uma anestesia peridural com bupivacaína.

Diante dessa situação, recomenda-se

- (A) evitar o uso de midazolam para tratamento das contrações tônico-clônicas.
- (B) utilizar lidocaína endovenosa como primeira escolha da terapia antiarrítmica.
- (C) administrar uma dose inicial endovenosa em bolus de emulsão lipídica a 20%.
- (D) evitar ventilação sob máscara facial com fração inspirada de oxigênio a 100%.
- (E) realizar manobras convencionais de reanimação cardiopulmonar por até quinze minutos.

13. Paciente de 9 anos de idade foi submetido a anestesia geral para realização de uma amigdalectomia. Após iniciada a ventilação controlada, foi observada que a expansão pulmonar era assimétrica.

É comum que essa situação produza

- (A) diminuição do pico de pressão inspiratória.
- (B) maior expansão pulmonar do lado esquerdo.
- (C) hiperdistensão dos alvéolos do pulmão direito.
- (D) vazamento de halogenados pelo balonete do tubo traqueal.
- (E) expansão do balonete do tubo traqueal pelo agente halogenado.

14. O cisatracúrio é um dos 10 isômeros do atracúrio.

Quando se comparam as propriedades bloqueadoras neuromusculares desses dois anestésicos em doses habituais, pode-se afirmar corretamente que o cisatracúrio tem maior

- (A) latência.
- (B) potência.
- (C) duração de ação.
- (D) tempo de recuperação.
- (E) meia-vida de eliminação.

15. Homem, 35 anos de idade, hígido, advogado, com histórico de tabagismo eventual por 10 anos até sete anos atrás e etilista social, apresenta nódulo palpável, bem delimitado, não aderido à derme ou às estruturas profundas, indolor, sem sinais flogísticos, não pulsátil, em topografia de nível II cervical esquerdo. A lesão conta com 3 cm de diâmetro, apresenta aumento progressivo de volume, tendo sido notada pelo paciente há 25 dias. Nega sintomas respiratórios ou digestivos, embora já tenha sido submetido ao tratamento da doença do refluxo gastroesofágico.

Assinale a alternativa correta quanto à melhor conduta nesse momento frente às suas hipóteses diagnósticas.

- (A) Antibioticoterapia empírica por 14 dias, com cobertura de flora bacteriana de comunidade e corticosteroide sistêmico por 5 dias para redução da lesão cervical e auxílio no diagnóstico diferencial.
- (B) Oroscopia, videofaringolaringoscopia, ultrassonografia cervical e punção aspirativa com agulha fina e citologia da lesão supracitada.
- (C) Endoscopia digestiva alta.
- (D) Tomografia computadorizada de tórax e abdômen para estadiamento de provável doença metastática sistêmica.
- (E) Biópsia incisional da lesão cervical sob anestesia local.

16. Mulher de 42 anos, submetida ao tratamento de linfoma não Hodgkin aos 35 anos, sem outras comorbidades e sem evidências atuais da doença, foi submetida a um PET-TC com FDG (fluordesoxiglicose) para o seguimento oncológico de rotina e com diagnóstico incidental de nódulo de 1 cm em tireoide. Não conta com disfunção glandular, e os títulos séricos de anticorpos antitireoglobulina e antimicrosomal são indetectáveis.

Assinale a alternativa correta.

- (A) Não há indicação de investigação adicional, pois a função tireóidea é normal e os marcadores para tireoidite indetectáveis.
- (B) Não há indicação de investigação adicional por se tratar de nódulo de apenas 1 cm de diâmetro.
- (C) O achado é compatível com uma recidiva intratireóidea da doença onco-hematológica de base.
- (D) Indica-se uma ultrassonografia tireóidea com doppler colorido, considerando-se o estudo citológico por meio de punção aspirativa com agulha fina.
- (E) A captação pelo método cintilográfico indica uma maior probabilidade de doença da glândula paratireoide.

17. Quanto à abordagem cirúrgica da via aérea em região cervical, assinale a alternativa correta.

- (A) A vantagem da cricotireoidostomia em relação à traqueostomia é a menor probabilidade de estenose subglótica associada à primeira.
- (B) A membrana cricotireóidea é uma estrutura espessa e vascularizada, dificultando o acesso da via aérea através dessa estrutura anatômica.
- (C) Na insuficiência respiratória aguda obstrutiva, a traqueostomia é o procedimento emergencial de escolha.
- (D) Falsos trajetos e incorretos posicionamentos da cânula são mais frequentes nas traqueostomias percutâneas em relação ao procedimento aberto, especialmente se as primeiras não forem guiadas por broncoscopia e/ou ultrassonografia.
- (E) A traqueostomia realizada abaixo do quinto anel traqueal oferece maior segurança no que se refere ao risco de lesão inadvertida do tronco braquiocéfálico durante o procedimento.

18. Assinale a alternativa correta quanto aos tumores do revestimento cutâneo dos territórios de face e pescoço.

- (A) O tratamento cirúrgico do melanoma maligno, inicial e localizado, tem sido substituído pela imunoterapia.
- (B) O acometimento periorifical por neoplasias malignas é um fator de proteção no que se refere à gravidade da doença.
- (C) Embora pouco frequente, o carcinoma basocelular pode evoluir com metástases linfonodais locais regionais.
- (D) Em função da maior exposição à incidência solar, o carcinoma basocelular é mais prevalente no vermelhão do lábio inferior em relação à sua prevalência no vermelhão do lábio superior.
- (E) O grau de diferenciação histológica e a ocorrência em topografia submetida à radioterapia prévia não influenciam o risco de recorrência do carcinoma epidermoide cutâneo.

CIRURGIA ONCOLÓGICA

19. Uma mulher de 47 anos, fototipo I (pele muito clara), procura atendimento médico devido a uma lesão pigmentada no dorso, surgida há cerca de 9 meses. A lesão mede aproximadamente 1,3 cm em seu maior diâmetro e vem apresentando crescimento nas últimas semanas, com assimetria, bordas irregulares e variação de tonalidades entre marrom e preto. A dermatoscopia foi sugestiva de lesão melanocítica altamente atípica.

Diante desse quadro, quanto à correta conduta diagnóstica inicial, deve-se realizar

- (A) biópsia incisional da lesão.
- (B) raspado (*shaving*) da lesão.
- (C) biópsia excisional com margem de 2 mm.
- (D) biópsia excisional com margem de 0,5 cm.
- (E) exérese com margem de segurança definitiva de 2 cm.

20. Paciente masculino, 22 anos, refere aumento de volume progressivo em perna direita há 5 meses, inicialmente atribuído a trauma durante jogo de futebol. O aumento tem sido gradual, sem dor ou sinais flogísticos. Ao exame, nota-se massa endurecida, aderida a planos profundos, com cerca de 9 cm de diâmetro. A tomografia revela lesão heterogênea, com áreas de necrose, medindo aproximadamente 10 x 8,5 cm.

Diante desse quadro, a melhor conduta inicial é

- (A) encaminhar para radioterapia antes da biópsia, para evitar crescimento tumoral.
- (B) realizar biópsia com agulha grossa (*core biopsy*) ou biópsia incisional da lesão.
- (C) realizar biópsia excisional imediata da lesão.
- (D) iniciar antibioticoterapia empírica.
- (E) indicar amputação da perna direita.

21. Homem de 68 anos, trabalhador rural, apresenta lesão em região malar esquerda, verrucosa, crostosa, de crescimento progressivo nos últimos meses. Refere que a ferida nunca cicatriza após o ato de se barbear, permanecendo com sangramentos recorrentes. Ao exame, observa-se lesão endurecida, infiltrativa e friável.

O fator de risco mais associado ao desenvolvimento dessa neoplasia é

- (A) exposição solar crônica.
- (B) acne com lesões de pele.
- (C) uso de corticoide tópico.
- (D) hereditariedade familiar
- (E) HPV tipo 6.

22. Paciente masculino, 65 anos, realizou colonoscopia de rastreamento que evidenciou lesão em cólon sigmoide, medindo cerca de 4 cm, não estenosante. A biópsia confirmou adenocarcinoma moderadamente diferenciado. A tomografia computadorizada mostrou lesão em cólon sigmoide de aproximadamente 5 cm, com aspecto sugestivo de invasão de serosa, mas sem linfonodos acometidos nem sinais de metástases em órgãos a distância. Não há distensão de alças intestinais. O paciente apresenta CEA de 8 ng/mL e ECOG 1.

Com base nessas informações, a conduta terapêutica mais adequada é

- (A) quimioterapia neoadjuvante, seguida de ressecção cirúrgica.
- (B) quimioterapia neoadjuvante, seguida de ressecção endoscópica.
- (C) retossigmoidectomia com linfadenectomia, seguida de avaliação para quimioterapia adjuvante.
- (D) cirurgia curativa, sem necessidade de quimioterapia adjuvante.
- (E) quimioterapia e radioterapia neoadjuvantes, seguidas de cirurgia.

GERIATRIA

23. Considere um paciente de 85 anos, sexo masculino, que procura atendimento médico com queixa de cansaço, perda de peso não quantificada, diminuição das atividades e de caminhar com mais vagarosidade. Seus exames mostram uma glicemia de 225 mg/dL e uma hemoglobina glicada de 8,2%. Seu índice de massa corpórea é de 19 Kg/m².

Assinale a alternativa correta de acordo com as recomendações da última diretriz da Sociedade Brasileira de Diabetes, publicada em 2025, em parceria com a Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia.

- (A) A meta glicêmica para esse paciente está de acordo com a recomendação da diretriz.
- (B) Nesse caso, a meta da Hb glicada deve ser inferior a 6,5%.
- (C) A metformina é considerada a droga de escolha no tratamento desse paciente.
- (D) Nesse caso, deve ser considerada como monoterapia um inibidor da DPP-IV.
- (E) Para esse paciente, deve-se dar preferência à prescrição de insulina NPH.

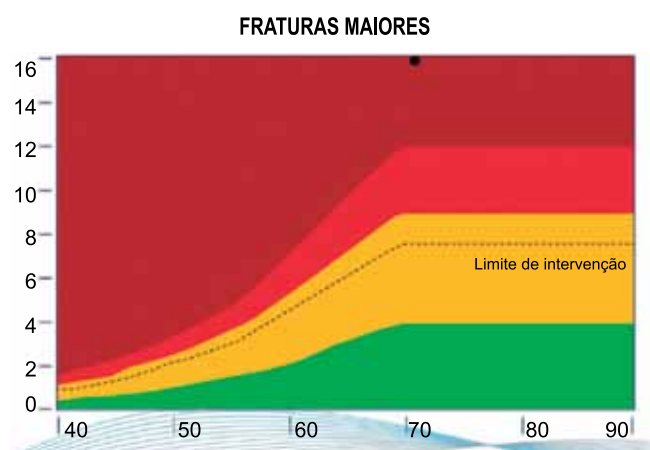
Leia o caso a seguir para responder às questões 24 e 25:

Paciente de 71 anos, sexo feminino, procura um geriatra no consultório para tratamento da osteoporose diagnosticada após uma fratura do fêmur direito, decorrente de queda da própria altura. A paciente é caidora recorrente, tendo apresentado 3 quedas no último ano. Tem antecedentes de doença reumatoide, hipertensão arterial, diabetes *mellitus*, dislipidemia, doença arterial coronariana e acidente vascular encefálico. Já foi submetida a cineangiogramia com colocação de *stent* há 1 ano. Há 2 meses, após episódio de dor precordial, foi diagnosticado um infarto agudo do miocárdio sem supradesnivelamento do segmento ST, mas com elevação da troponina. Nova cineangiogramia, realizada à época, não mostrou trombose dos *stents* previamente colocados ou novas oclusões.

Medicação em uso: prednisona 5 mg/d; leflunomida 20 mg/d; ácido acetilsalicílico 100 mg/d; clopidogrel 75 mg/d; enalapril 10 mg 12/12h; atorvastatina 40 mg/d; denosumabe 1 amp. a cada 6 meses há 2 anos.

A depuração de creatinina é de 50 mL/min; 25 OH vitamina D: 43 ng/mL; e o cálcio ionizado é de 1,23 mmol/L.

Foi utilizada a ferramenta FRAX-ABRASSO para estimativa do risco de novas fraturas para os próximos 10 anos.



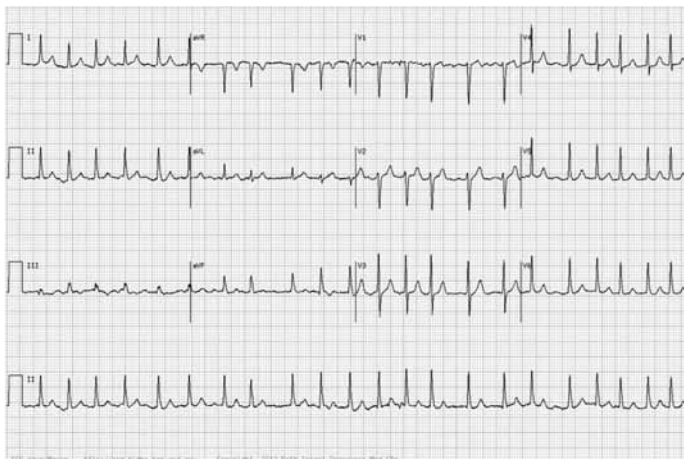
24. Assinale a alternativa que apresenta o tratamento ao qual a paciente deve ser preferencialmente submetida.

- (A) Iniciar reposição de cálcio e colecalciferol.
- (B) Iniciar ácido zoledrônico.
- (C) Manter denosumabe.
- (D) Iniciar romosozumabe.
- (E) Iniciar teriparatida.

25. Em relação ao uso de enalapril 10 mg 12/12h por essa paciente, assinale a alternativa correta.

- (A) A droga de primeira escolha para o tratamento da hipertensão arterial dessa paciente é hidroclorotiazida, para se atingir a meta pressórica de 130 x 80 mmHg.
- (B) A despeito de a paciente ser multimórbida e em uso de polifarmácia, sua meta pressórica, caso tolere, é 130 x 80 mmHg, e a escolha do enalapril está correta.
- (C) O nível pressórico adequado a essa paciente é 160 x 90 mmHg, para diminuir o risco de quedas, e hidralazina na dose de 25 mg 8/8 horas é a melhor escolha.
- (D) Caso a paciente não atinja a meta pressórica de 110 x 80 mmHg, o segundo medicamento a ser prescrito é o atenolol, 50 mg/d.
- (E) Para se atingir o nível pressórico desejado, de 110 x 80 mmHg, o diurético que deve ser associado ao enalapril, como segunda droga, é a espironolactona na dose de 25 mg/d.

26. Paciente do sexo feminino, 85 anos, procura o pronto-socorro com queixa de dor precordial, náuseas, vômitos e sudorese profusa, associados à falta de ar em repouso de início súbito. Seu eletrocardiograma é exibido a seguir:



O valor da primeira troponina foi 0,04 ng/mL; o valor da segunda, coletada 3 horas depois da primeira, 0,12 ng/mL; o valor da terceira, coletada 6 horas após a primeira, foi 0,20 ng/mL.

Seu ecocardiograma mostrou ritmo irregular, função ventricular esquerda preservada (FEVE: 54%), com hipcontratilidade da parede anterior; há insuficiência mitral moderada com aumento do átrio esquerdo, sem sinais de hipertensão pulmonar. Realizou uma cineangiocoronariografia, que mostrou uma lesão de 90% da artéria descendente anterior. Foi implantado um *stent* com sucesso.

Assinale a alternativa correta quanto à prescrição de ácido acetilsalicílico, clopidogrel e apixabana.

- (A) Manter por 30 dias, seguidos de clopidogrel e apixabana por 12 meses e, depois, apixabana por tempo indeterminado.
- (B) Manter por 30 dias, seguidos de ácido acetilsalicílico e apixabana por tempo indeterminado.
- (C) Manter por 6 meses, seguidos de clopidogrel e apixabana por 12 meses e, depois, clopidogrel por tempo indeterminado.
- (D) Manter por 6 meses, seguidos de ácido acetil salicílico e apixabana por tempo indeterminado.
- (E) Manter por tempo indeterminado.

MASTOLOGIA

27. Paciente do sexo feminino, 32 anos, procura atendimento médico relatando saída de secreção papilar unilateral da mama esquerda, de aspecto seroso, espontânea, em único ducto. Nega nódulos palpáveis.

O diagnóstico mais provável e a principal conduta inicial, respectivamente, são

- (A) ectasia ductal e mamografia bilateral.
- (B) papiloma intraductal e ultrassonografia mamária.
- (C) carcinoma ductal *in situ* e ressonância magnética de mamas.
- (D) galactorreia e dosagem de prolactina.
- (E) mastite e antibioticoterapia.

28. Mulher de 28 anos apresenta nódulo palpável em mama direita, móvel, de limites bem definidos, com 2,5 cm de diâmetro. A ultrassonografia mamária evidencia nódulo sólido, homogêneo, bem delimitado, com maior eixo paralelo à pele, classificado como BI-RADS 3.

A conduta mais apropriada é

- (A) *core biopsy* imediata do nódulo.
- (B) seguimento ultrassonográfico em 6 meses.
- (C) exérese cirúrgica do nódulo.
- (D) punção aspirativa por agulha fina (PAAF).
- (E) ressonância magnética de mamas.

29. Paciente de 45 anos é submetida a mastectomia radical modificada à Madden por carcinoma ductal invasivo de mama esquerda. O exame anatomopatológico revelou tumor de 3,2 cm, grau histológico II, 2 linfonodos axilares comprometidos de 15 dissecados, receptores hormonais positivos (RE+ 90%, RP+ 80%), HER2 negativo, Ki-67 20%.

O estadiamento clínico (TNM) e o subtipo molecular dessa paciente, respectivamente, são

- (A) T2N1M0 (estádio IIA) e luminal A HER2 positivo.
- (B) T2N1M0 (estádio IIB) e luminal A.
- (C) T3N1M0 (estádio IIIA) e luminal B.
- (D) T2N2M0 (estádio IIIA) e luminal A.
- (E) T2N1M0 (estádio IIB) e luminal HER2 positivo.

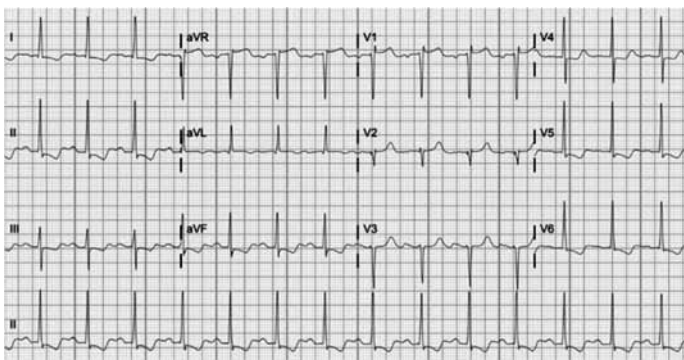
30. Mulher de 48 anos é diagnosticada com carcinoma ductal invasivo de mama esquerda. Ao exame físico, apresenta tumor de 2,0 cm, móvel, sem sinais inflamatórios, e linfonodo axilar palpável de 1,5 cm. A *core biopsy* revelou: carcinoma ductal invasivo grau III, receptores de estrogênio negativos, receptores de progesterona negativos, HER2 negativo (imuno-histoquímica 0), Ki-67 80%. A punção do linfonodo axilar confirmou metástase.

A melhor estratégia terapêutica para essa paciente é

- (A) mastectomia radical modificada com linfadenectomia axilar, seguida de quimioterapia adjuvante com esquema antraciclina + taxano.
- (B) quimioterapia neoadjuvante com antraciclina + taxano, seguida de cirurgia e radioterapia adjuvante.
- (C) quimioterapia neoadjuvante com carboplatina + taxano + pembrolizumabe, seguida de antraciclina e ciclofosfamida. Após a cirurgia, manter pembrolizumabe adjuvante.
- (D) cirurgia conservadora com linfadenectomia axilar, seguida de radioterapia e quimioterapia adjuvantes.
- (E) quimioterapia neoadjuvante com esquema CMF (ciclofosfamida, metotrexato, fluorouracil), seguida de cirurgia.

MEDICINA DA FAMÍLIA E COMUNIDADE

31. Mulher de 47 anos é encaminhada à Unidade Básica de Saúde após o exame admissional em uma empresa revelar um eletrocardiograma "anormal". A paciente tem histórico de obesidade e teve pré-eclâmpsia quando estava grávida de gêmeos. Não há uso de medicamentos, etilismo ou tabagismo. Ela não faz acompanhamento médico, e o restante da anamnese não é contributivo. Ao exame físico: frequência cardíaca: 96 bpm; pressão arterial: 136 x 82 mmHg (semelhante em ambos os braços); IMC: 31 kg/m²; o restante não é digno de nota. Um novo ECG, realizado agora, é mostrado a seguir:



Além do aconselhamento sobre estilo de vida e coleta de exames laboratoriais, a conduta que apresenta o melhor próximo passo no manuseio diagnóstico dessa paciente é

- (A) angiotomografia de coronárias.
- (B) ecocardiografia de estresse.
- (C) monitor ambulatorial de pressão arterial de 24 horas.
- (D) perfil hormonal da tireoide.
- (E) teste de esforço em esteira (ergométrico).

32. Mulher de 31 anos é avaliada em consulta de retorno. Ela é assintomática, e os medicamentos em uso são: esomeprazol e drospirenona/etinilestradiol, 0,02/0,451 mg por dia. A história familiar é desconhecida, pois ela foi adotada. Um valor de glicemia de jejum de 106 mg/dL é documentado em um painel metabólico abrangente como parte dos exames laboratoriais anuais de rotina solicitados por seu médico de atenção primária; o restante do painel metabólico completo é normal. A dosagem de hemoglobina A1c é 5,6%. A redução da ingestão de carboidratos é recomendada, e ela realiza um teste oral de tolerância à glicose de 75 g após 1 mês, que demonstra: glicemia de jejum: 98 mg/dL; valor de 2 horas de 198 mg/dL. Ao exame físico: altura: 165 cm; peso: 67,1 kg; não há acantose; ela não apresenta estigmas físicos de excesso de cortisol, como plenitude pré-auricular, estrias pigmentadas largas ou fraqueza proximal.

Nesse momento, o próximo passo de maior relevância no manejo dessa paciente é

- (A) investigar diabetes MODY (*maturity-onset diabetes of the young*).
- (B) medir a frutossamina sérica.
- (C) recomendar a autoavaliação da glicemia em casa por 1 a 2 meses.
- (D) rastrear o risco de diabetes tipo 1 medindo autoanticorpos (descarboxilase do ácido glutâmico e anti-ilhotas pancreáticas).
- (E) repetir o teste oral de tolerância à glicose com consumo de 150 g de carboidratos por dia durante 3 dias antes do teste.

33. Mulher de 19 anos procura assistência médica na Unidade Básica de Saúde com corrimento vaginal. Ela é sexualmente ativa com um parceiro regular e relata uso inconsistente de preservativo. O histórico é relevante por alergia ao metronidazol e trimetoprima-sulfametoxazol. Ao exame ginecológico/pélvico: não há lesões cutâneas externas; nota-se corrimento vaginal fino, branco a cinza; região cervical: não há corrimento ou sensibilidade à movimentação. Uma amostra de fluido vaginal é coletada e revela: pH do fluido: 5,5; odor de peixe é observado com a adição de solução de hidróxido de potássio (KOH). Amostras são enviadas para teste de PCR para gonococo e clamídia.

Nesse momento, o tratamento inicial recomendado é

- (A) amoxicilina-clavulonato, 500/125 mg, via oral, de 12/12 horas, por 7 dias.
- (B) fluconazol, 150 mg, via oral, em 2 doses, com intervalo de 1 semana.
- (C) secnidazol, 2 g, via oral, dose única.
- (D) creme vaginal de clindamicina a 2%, 1 vez ao dia, por 7 dias.
- (E) óvulo vaginal com miconazol e tinidazol, 1 vez ao dia, por 7 dias.

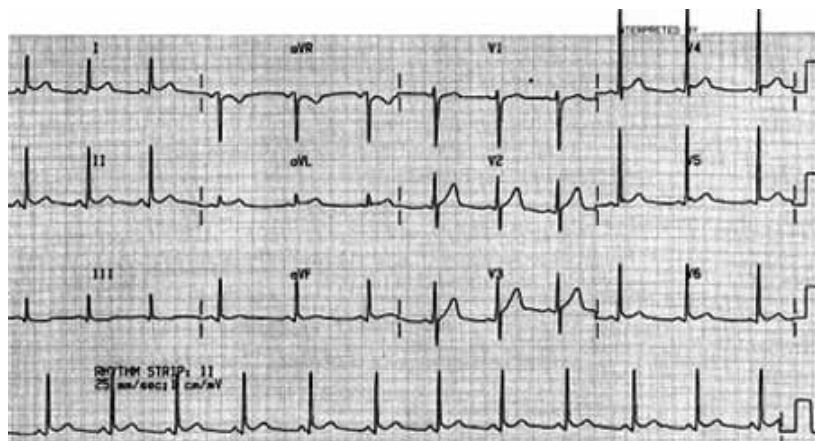
34. Paciente de 83 anos, moradora de uma casa de repouso, é atendida por uma abrasão na córnea. Ela é tratada com pomada oftálmica antibiótica e um curativo ocular, com planos de reexaminá-la em 48 horas. Mais tarde naquela noite, a equipe de cuidados da casa de repouso telefona para informar ao médico que ela estava muito confusa.

Em relação à principal hipótese diagnóstica para a evolução descrita, nesse momento, a medida de maior relevância a ser indicada é

- (A) fornecer haloperidol, 5 mg, via oral.
- (B) remover o curativo ocular.
- (C) recomendar o uso de grades na cama para proteger a paciente de lesões.
- (D) solicitar que a paciente seja levada ao pronto-socorro para uma avaliação mais detalhada.
- (E) observar e tranquilizar a equipe de enfermagem e manter a reavaliação da paciente em 48 horas, conforme planejado.

MEDICINA INTENSIVA

35. Paciente do sexo feminino, de 72 anos, portadora de nefropatia diabética com disfunção renal grave (clearance de creatinina de $14 \text{ mL/min/1,73 m}^2$) e insuficiência cardíaca de classe funcional II (NYHA), apresenta dor torácica atípica há uma semana, irradiada para dorso, com melhora em posição sentada e piora ao decúbito. Refere febre baixa e cansaço progressivo na chegada à UPA. Ao exame físico: PA: $110 \times 68 \text{ mmHg}$, FC: 98 bpm, bulhas normofonéticas com atrito pericárdico audível, sem sopros, ausculta pulmonar limpa. Exames laboratoriais iniciais: ureia: 198 mg/dL ; creatinina: $4,8 \text{ mg/dL}$; potássio: $4,9 \text{ mEq/L}$; troponina levemente aumentada, sem elevação dinâmica. Realizou o eletrocardiograma mostrado a seguir:



(Arquivo pessoal; imagem usada com autorização)

Diante do quadro clínico, a estratégia terapêutica correta é

- (A) iniciar ácido acetilsalicílico 200 mg/dia para controle inflamatório e prevenção de eventos isquêmicos.
- (B) iniciar anti-inflamatórios não esteroides (AINEs) por sete dias, com monitoramento renal.
- (C) iniciar hemodiálise, principal medida para controle da uremia e resolução do processo inflamatório pericárdico.
- (D) realizar pericardiocentese diagnóstica imediata.
- (E) iniciar corticoterapia empírica para redução da inflamação e melhora sintomática.

36. Paciente do sexo masculino, de 54 anos, cirrótico (Child-Pugh: C, MELD: 26), é admitido após episódio de hematemese volumosa e melena na enfermaria. Apresenta-se confuso, hipotenso (PA: 88 × 50 mmHg) e taquicárdico (FC: 118 bpm). Exames laboratoriais: Hb: 7,4 g/dL; plaquetas: 62.000/mm³; INR: 1,9. Após reposição inicial de volume, permanece instável.

Qual é o manejo inicial adequado?

- (A) Encaminhar para endoscopia digestiva alta imediata antes de qualquer terapia farmacológica.
- (B) Administrar inibidor de bomba de prótons em altas doses por via oral e fazer transfusão de concentrado de plaquetas e albumina endovenosa.
- (C) Iniciar vasoconstritor esplâncnico (terlipressina ou octreotida), antibioticoprofilaxia com ceftriaxona, IBP EV e preparar endoscopia para ligadura elástica em até doze horas; considerar balão ou TIPS se refratário.
- (D) Administrar vitamina K e vitamina D endovenosa profilaticamente.
- (E) Fazer reposição rápida de volume até normotensão plena, mesmo que eleve a pressão portal.

37. Paciente do sexo masculino, de 58 anos, portador de diabetes *mellitus* do tipo 2, dislipidemia e doença arterial coronariana, é admitido no pronto-socorro com cefaleia intensa, turvação visual e dispneia súbita há dois horas. Ao exame físico: PA: 220 × 130 mmHg, FC: 96 bpm, SpO₂: 94% em ar ambiente, crepitações bibasais e B3 audível. A gasometria arterial demonstra hipoxemia leve, e a radiografia de tórax é mostrada a seguir:



(Arquivo pessoal; imagem usada com autorização)

Com base no quadro clínico, é correto afirmar que o diagnóstico e a conduta inicial são, correta e respectivamente:

- (A) crise hipertensiva não complicada (urgência hipertensiva) – controlar com medicações orais a PA em 24 a 48 horas.
- (B) emergência hipertensiva – reduzir imediatamente a PA média em até 25% na primeira hora.
- (C) hipertensão resistente secundária a feocromocitoma – iniciar alfa-bloqueador oral e depois betabloqueador.
- (D) crise hipertensiva com encefalopatia – reduzir PA para níveis < 120/70 mmHg em trinta minutos.
- (E) hipertensão acelerada maligna sem lesão de órgão-alvo – iniciar anti-hipertensivo oral de ação lenta.

38. De acordo com as recomendações da AMIB e os critérios de Berlim para SDR, é indicada a ventilação mecânica protetora isolada (sem necessidade imediata de manobras de recrutamento ou estratégias avançadas) como tratamento inicial da síndrome do desconforto respiratório agudo (SDRA) quando houver SDR

- (A) moderada (PaO₂/FiO₂ entre 100 e 200) com complacência < 30 mL/cmH₂O.
- (B) leve (PaO₂/FiO₂ entre 200 e 300) com PEEP adequada e sem hipercapnia.
- (C) grave (PaO₂/FiO₂ < 100) com necessidade de FiO₂ > 0,6.
- (D) moderada com PaCO₂ > 60 mmHg e acidose respiratória persistente.
- (E) leve associada a choque séptico refratário.

NEUROLOGIA

39. Mulher de 58 anos, hipertensa e tabagista, apresenta cefaleia em trovoada iniciada durante atividade física na academia, com náuseas, vômitos e discreta rigidez de nuca. Fundoscopia: margens papilares levemente bordadas bilateralmente. Ao exame: consciente, orientada, PA: 160/95 mmHg, Glasgow 15, sem sinais focais ao exame neurológico. Tomografia computadorizada de crânio sem contraste, realizada 8 horas após o início dos sintomas, não evidencia alterações agudas.

Considerando a hipótese diagnóstica mais provável e as evidências atuais sobre a sensibilidade dos métodos diagnósticos nesse contexto, qual é a conduta mais apropriada?

- (A) Alta hospitalar com orientação para retorno ambulatorial em caso de piora dos sintomas, visto que a tomografia de crânio normal afasta hemorragia subaracnóidea.
- (B) Iniciar tratamento para crise migranosa com triptano e anti-inflamatório não esteroide, realizando reavaliação em 24 horas.
- (C) Realizar punção lombar para análise do líquido cefalorraquidiano, mesmo com tomografia normal.
- (D) Solicitar ressonância magnética de crânio com angiorressonância para descartar dissecação arterial, dispensando outros exames complementares caso sejam normais.
- (E) Realizar apenas angiotomografia computadorizada de crânio e, se normal, considerar o diagnóstico de cefaleia primária, excluída hemorragia subaracnóidea.

40. Homem de 65 anos, etilista crônico (60 g/dia por 30 anos), com diabetes *mellitus* tipo 2 mal controlada há 15 anos, procura atendimento referindo dormência e queimação crônica em pés e mãos há 2 anos, com piora progressiva nos últimos 6 meses. Relata também episódios de tontura postural, disfunção erétil, perda ponderal não intencional de 8 kg no último ano e parestesias assimétricas (pé esquerdo pior que direito). Nega xerostomia ou xeroftalmia. Pai faleceu aos 70 anos com “problemas nos nervos das pernas”. Exame físico: sensibilidade dolorosa e tátil reduzidas em “bota e luva” (assimetria discreta, pé E > D), hipopalestesia até tornozelos, arreflexia aquiliana bilateral, arreflexia patelar à esquerda, teste monofilamento alterado bilateralmente, hipotensão ortostática (PA supina: 130/80 mmHg, em pé: 95/60 mmHg sem compensação após 3 minutos). Força muscular preservada. Fenômeno de Raynaud ausente. Sem linfonodomegalia. Exames complementares: eletroneuromiografia (ENM): redução assimétrica de amplitudes sensitivas e motoras distais (E > D), velocidades de condução moderadamente reduzidas (30–35 m/s em membros inferiores), latências distais aumentadas, padrão misto axonal-desmielinizante. Ondas F ausentes. Sem bloqueios de condução. Hemograma: normal. Glicemia: 180 mg/dL; HbA1c: 9,8%. Função renal, eletrólitos, função hepática: normais. Vitamina B12: 220 pg/mL (normal: 200–900). VHS: 22 mm/h; PCR: 0,8 mg/dL. Sorologias HIV, HTLV, hepatites B/C, sífilis: não reagentes. ANA: 1:80 padrão nuclear fino; FAN específicos negativos.

Considerando o quadro de polineuropatia periférica sensitivo-motora com predomínio de fibras finas (dor neuropática e disautonomia), padrão misto axonal-desmielinizante na ENMG, e a necessidade de avaliar extensão e prognóstico da doença, qual conduta complementar é mais apropriada nesse momento?

- (A) Solicitar biópsia de nervo sural para diferenciação entre neuropatia axonal primária e degeneração walleriana secundária, considerando o padrão misto eletrofisiológico e possibilidade de vasculite de pequenos vasos.
- (B) Realizar quantificação de densidade de fibras nervosas intraepidérmicas (*skin biopsy*) para documentar acometimento de fibras finas não detectável na eletroneuromiografia convencional.
- (C) Solicitar pesquisa de anticorpos antissulfatide e antigangliosídeos (GM1, GD1b, GQ1b), dado o padrão misto eletrofisiológico e a assimetria clínica, antes de considerar tratamento imunomodulador.
- (D) Realizar TC de tórax/abdome/pelve e dosagem de marcadores tumorais (CEA, CA 19-9, PSA) para investigar neuropatia paraneoplásica, considerando a perda ponderal e o padrão misto na ENMG.
- (E) Solicitar dosagem de ácido metilmalônico sérico e repetir vitamina B12 com holotranscobalamina, pois o valor limítrofe de B12 associado ao etilismo pode explicar o quadro misto axonal-desmielinizante.

41. Mulher de 28 anos, obesa (IMC 34 kg/m²), chega ao pronto-socorro com cefaleia progressiva há 3 semanas, de caráter pulsátil e holocraniana, pior ao despertar e com manobras de Valsalva. Relata episódios de obscurecimentos visuais transitórios (< 30 segundos) principalmente ao levantar-se rapidamente, além de zumbido pulsátil bilateral. Nega febre, déficits focais ou alterações visuais persistentes. Exame neurológico: papiledema bilateral à fundoscopia, sem outros achados focais. Ressonância magnética de crânio: ventrículos de dimensões normais, sela túrcica parcialmente vazia, discreto achatamento posterior dos globos oculares, sem lesões expansivas. Angiorressonância venosa: sem sinais de trombose venosa cerebral.

Qual é a hipótese diagnóstica mais provável e qual exame é essencial para confirmar o diagnóstico e orientar o tratamento?

- (A) Tumor cerebral não visualizado na RM; realizar punção lombar com citologia oncótica e dosagem de proteínas.
- (B) Hipertensão intracraniana idiopática; realizar punção lombar com medida da pressão de abertura.
- (C) Enxaqueca crônica com aura; iniciar tratamento profilático com topiramato e acompanhamento ambulatorial.
- (D) Meningite crônica; realizar punção lombar com análise completa do líquido e culturas para fungos e micobactérias.
- (E) Trombose venosa cerebral oculta; realizar venografia por ressonância magnética com contraste paramagnético e considerar anticoagulação.

42. Homem de 52 anos, com história de etilismo crônico, é trazido ao pronto-socorro por familiares devido à confusão mental e dificuldade para deambular há 3 dias. Relata que vinha apresentando vômitos recorrentes nas últimas 2 semanas, com baixa ingesta alimentar. Ao exame: desorientado no tempo e espaço, sonolento, mas responsivo a estímulos verbais, marcha atáxica de base alargada, nistagmo horizontal bilateral e oftalmoparesia bilateral. Ausência de sinais meníngeos, rigidez de nuca ou febre. Reflexos tendíneos globalmente diminuídos, sem sinais piramidais. Glicemia capilar: 98 mg/dL. TC de crânio: sem alterações.

Considerando a apresentação clínica e o contexto do paciente, qual é a conduta mais apropriada nesse momento?

- (A) Administrar glicose hipertônica 50% endovenosa, imediatamente, seguida de tiamina 100 mg intramuscular após estabilização glicêmica.
- (B) Iniciar tiamina 500 mg endovenosa, imediatamente, seguida de reposição de magnésio e outras vitaminas do complexo B, antes de qualquer administração de glicose.
- (C) Realizar punção lombar de urgência para análise do líquido, investigando meningoencefalite viral ou bacteriana, antes de iniciar antibioticoterapia empírica.
- (D) Solicitar ressonância magnética de crânio com contraste e FLAIR para investigar encefalite límbica paraneoplásica, aguardando resultado antes de iniciar tratamento específico.
- (E) Administrar naloxona endovenosa para reversão de possível intoxicação por opioides, realizando reavaliação neurológica após 5 minutos.

43. Homem de 72 anos notou urina com espuma há dois meses, edema de membros inferiores, que vem progredindo até região abdominal, e ganho de 10 kg nesse período. Nega doenças anteriores e uso de medicamentos. Vem à consulta com os seguintes exames: urina com fita reagente: densidade 1018; pH: 6,0; proteína 4+/4: hemoglobina, leucócitos, glicose e nitrito negativos; creatinina: 1,9 mg/dL; proteína na urina de 24 horas: 6,8 gramas; colesterol; 400 mg/dL (< 190 mg/dL); albumina sérica de 2,0 g/L.

Assinale a alternativa correta em relação ao caso.

- (A) A pesquisa de anticorpo contra a célula do neutrófilo (ANCA) positivo confirma o diagnóstico de poliangeite microscópica, que é a principal hipótese no caso.
- (B) A proteinúria de 24 horas aumentada e a fita reagente revelando intensidade máxima de proteinúria e creatinina sérica elevada reforçam o diagnóstico de mieloma múltiplo.
- (C) O diagnóstico sindrômico é de síndrome mista, nefrítica e nefrótica, e a principal hipótese diagnóstica é de crioglobulinemia secundária à hepatite C.
- (D) A positividade de anticorpo antifosfolipase A2 (anti PRA2) no sangue e seu antígeno no espaço subepitelial da membrana basal da biópsia renal diagnosticam nefropatia membranosa primária.
- (E) As principais causas etiológicas de síndrome nefrótica em adultos são, em ordem decrescente, a doença de lesões mínimas, a amiloidose renal e a glomerulosclerose segmentar e focal (GESF).

44. Paciente do sexo masculino, branco, 34 anos, apresenta história de litíase do trato urinário e vários episódios prévios de eliminação de cálculos com dor e hematúria; procura pronto atendimento nas crises e, depois disso, não faz nenhum controle. Buscou informações na internet sobre calculose renal e de vias urinárias e agendou consulta na UBS para que o médico confirme a veracidade das condições. Exames realizados na admissão:

Assinale a alternativa correta a respeito do caso.

- (A) A ingesta diária de frutas cítricas, que interferem no pH da urina, e a orientação dietética reforçando evitar excesso de sódio e de carne vermelha podem ser favoráveis para diminuir a formação de cálculos.
- (B) Como os cálculos urinários são, na maioria, formados por cálcio (oxalato e/ou fosfato de cálcio), a restrição de cálcio na dieta deve ser contínua e não ultrapassar 500 mg por dia, evitando-se leite e derivados.
- (C) Para a manutenção de uma diurese adequada, preconizada de 20 a 30 mililitros por quilo de peso nas 24 horas, deve-se estimular a ingesta de água, refrigerantes dietéticos e sucos industrializados.
- (D) O uso de diuréticos que agem na alça ascendente de Henle, como a furosemida, facilita a eliminação de cristais na urina, sendo recomendados para evitar as recorrências da doença.
- (E) Pacientes obesos que formam cálculos renais de repetição, quando submetidos à cirurgia bariátrica com grandes desvios do trânsito intestinal, reduzem a formação de cálculo urinários.

45. Mulher de 23 anos, com politraumatismo por acidente de moto, é admitida no pronto-socorro após ter recebido 6 litros de solução salina isotônica no transporte até a emergência. Exames realizados na admissão:

EXAMES / NORMALIDADE	PACIENTE
Na (mEq/L) 135 – 145	135
K (mEq/L) 3,5 – 5,0	3,8
Cloreto (mEq/L) 95 – 105	115
Bicarbonato (mEq/L) 22 – 26	18
pH 7,35 – 7,45	7,38
PaCO ² (mmHg) 35 – 45	40

URINA/ AMOSTRA ISOLADA	PACIENTE
Na (mEq/L)	65
K (mEq/L)	15
Cloreto (mEq/L)	110

Fórmulas:

Ânion gap sérico: $Na - (Bic + Cl)$ // referência: 8 a 12 mEq/L

PaCO² esperada: $1,5 \times Bic + 8 (+ \text{ ou } - 2)$

Ânion gap urinário UAG: $(Na \text{ urinário} + K \text{ urinário}) - Cl \text{ urinário}$ // referência: 20 a 60 mEq/L

Assinale a alternativa que apresenta os distúrbios ácido-básicos presentes na admissão da paciente.

- (A) Acidose metabólica com ânion gap elevado e alcalose respiratória.
- (B) Alcalose metabólica e compensação respiratória normal.
- (C) Acidose metabólica com ânion gap baixo e acidose respiratória.
- (D) Alcalose metabólica com alcalose respiratória.
- (E) Acidose metabólica de origem renal e compensação respiratória normal.

46. Homem de 62 anos apresenta história de hipertensão arterial, diabetes *mellitus* (DM) há mais de 20 anos, STEN coronariano prévio e faz uso crônico de AINH (anti-inflamatório não hormonal). É tabagista atual, sedentário, não faz controle dietético e faz uso irregular das medicações prescritas. Refere ter um irmão em tratamento dialítico. Procura UBS para orientação e traz exames colhidos recentemente. Ao exame físico: IMC: 32 kg/m²; PA: 160 x 100 mmHg; descorado +/4+; eupneico, taquicárdico (FC de 90 bat./min), raros estertores pulmonares, edema discreto de membros inferiores.

EXAMES COMPLEMENTARES	REFERÊNCIA
Hemoglobina 12 g/dL	13 a 15 g/dL
Creatinina sérica 1,7 mg/dL	0,5 – 1,2 mg/dL
Filtração Glomerular estimada (CKDEPI) 45 ml/min/1,73 m ²	90 as 120 ml/min/1,73 m ²
Hemoglobina glicada 9,7%	4,5 – 6,5 %
Glicemia 258 mg/dl até 90 mg/dL	até 90 mg/dL
Fita de urina: densidade 1012; pH 6,5; glicose +++/4+; proteína ++++/4 e o restante negativo	Glicose e proteína negativas

Em relação a essa história clínica, achados laboratoriais e exame físico do paciente, assinale a alternativa correta.

- (A) A classificação da DRC baseada no dano renal e na lesão renal corresponde ao estágio G3B A2, sendo considerada de muito alto risco para progressão da doença renal e cardiovascular.
- (B) São considerados fatores de risco modificáveis que podem retardar a progressão da sua doença o diabetes, a hipertensão, a idade, o gênero e o histórico familiar.
- (C) As orientações dietéticas como evitar excesso de carne vermelha, produtos industrializados e incentivar dieta rica em frutas e verduras são preconizadas no estágio G5 após a adequação da medicação.
- (D) Medicamentos disponíveis no SUS que atuam na hemodinâmica glomerular, como IECA (inibidor do sistema renina angiotensina aldosterona) ou BRA (bloqueador receptor de angiotensina) e antagonistas do receptor SGLT2, devem contar na terapia medicamentosa do paciente.
- (E) A história de diabetes, a proteinúria e a creatinina elevada caracterizam o diagnóstico de nefropatia diabética com formação de nódulos de Kimmelstiel-Wilson, não sendo necessária confirmação por biópsia renal.

47. Mulher, 35 anos, procura o atendimento para consulta de rotina. Está sem sintomas, pratica atividade física regular e tem exame físico e ginecológico normais. Viúva há um ano, refere um único parceiro ao longo de toda a sua vida. Recentemente, realizou um teste para HPV, e o resultado foi negativo para DNA-HPV oncogênico.

Nesse caso, deve-se

- (A) realizar colposcopia, imediatamente.
- (B) repetir o teste em cinco anos.
- (C) realizar colpocitologia oncótica, imediatamente.
- (D) repetir o teste em um ano.
- (E) repetir o teste em dois anos.

48. O médico é chamado para avaliar o resultado crítico de um paciente, cujo K sérico foi de 6,1 mEq/L. O paciente refere mal-estar generalizado. Segundo os dados do prontuário, está no terceiro dia de quimioterapia sistêmica para linfoma difuso de grandes células B. Na revisão dos exames colhidos durante o dia, o médico verifica que o paciente tem Hb: 10 g/dL, leucócitos: 3.200/mm³, plaquetas: 120.000/mm³, Ph: 7,4 mg/dL, Ca: 6 mg/dL, ácido úrico: 9 mg/dL, C: 1,7 mg/dL.

Frente a esses resultados, qual a hipótese diagnóstica mais provável e o tratamento adequado?

- (A) Hipercalemia da malignidade; bifosfonatos ou inibidores de RANKL.
- (B) Acidose metabólica da malignidade; bicarbonato de sódio.
- (C) Nefropatia por ácido úrico; alcalinização da urina e rasburicase.
- (D) Síndrome de lise tumoral; hidratação intensiva, alcalinização da urina e alopurinol.
- (E) Lesão tubular aguda induzida pela quimioterapia; hemodiálise.

49. O câncer colorretal é o segundo mais incidente em homens e mulheres, no Brasil, excluindo-se o de pele não melanoma. Medidas de rastreamento são importantes para redução da incidência dessa neoplasia.

No Brasil, a recomendação para rastreamento pelo Ministério da Saúde é:

- (A) pesquisa de sangue oculto nas fezes, sigmoidoscopia ou colonoscopia, a partir dos 40 anos de idade.
- (B) sigmoidoscopia a cada 5 anos ou colonoscopia a cada 10 anos, a partir dos 40 anos de idade.
- (C) pesquisa de sangue oculto nas fezes, sigmoidoscopia ou colonoscopia, dos 50 aos 75 anos de idade.
- (D) rastreamento apenas se o indivíduo apresentar sintomas sugestivos de câncer colorretal.
- (E) rastreamento a partir dos 45 anos de idade para portadores de doenças inflamatórias ou síndrome de Lynch.

50. Homem, 23 anos, procura o médico por aumento da bolsa escrotal, percebido há duas semanas. Atribui o aumento a trauma na região após jogo de futebol. Ao exame físico, encontra-se hígido, em bom estado geral, sem linfonodomegalias, exame de tórax e abdome normais. A palpação da bolsa escrotal revela aumento do testículo direito. Ultrasonografia revela massa testicular sólida.

Nesse caso, a hipótese diagnóstica e os exames para diagnóstico são:

- (A) carcinoma de testículo; alfafetoproteína, DHL, beta-HCG, orquiectomia.
- (B) linfocele; alfafetoproteína, DHL, beta-HCG, PET-CT.
- (C) linfoma de testículo; DHL e biópsia de linfonodo.
- (D) linfoma de testículo; PET-CT e biópsia do testículo.
- (E) carcinoma de testículo; alfafetoproteína, DHL, beta-HCG, biópsia do testículo.

RASCUNHO

RASCUNHO

