



TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

TARDE

ANALISTA JUDICIÁRIO - ASSISTENCIAL - MÉDICO

PROVA OBJETIVA E PROVA DISCURSIVA – NÍVEL SUPERIOR

TIPO 1 – BRANCA



SUA PROVA

Além deste caderno de provas contendo 70 questões objetivas e uma discursiva, você receberá do fiscal de sala:

- uma folha de respostas das questões objetivas
- uma folha de textos definitivos para a transcrição da resposta da questão discursiva



TEMPO

- **5 horas** é o período disponível para a realização da prova, já incluído o tempo para a marcação das alternativas na folha de respostas da prova objetiva e para a transcrição da resposta da questão discursiva para a folha de textos definitivos
- **2 horas** após o início da prova, é possível retirar-se da sala, **sem levar o caderno de provas**
- **30 minutos** antes do término do período de prova, é possível retirar-se da sala **levando o caderno de provas**



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 provas
- Assinar ou rubricar a folha de textos definitivos nem fazer qualquer marca que identifique o candidato, sob pena de anulação e automática eliminação do concurso



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 provas 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 das questões objetivas e na folha de textos definitivos da questão discursiva, confira seus dados pessoais, especialmente nome, número de inscrição e documento de identidade, e leia atentamente as instruções para preenchimento
- **Use somente caneta esferográfica, fabricada em material transparente, com tinta preta ou azul**
- Assine seu nome **apenas nos espaços reservados** na folha de respostas e na folha de textos definitivos
- Confira o cargo, a cor e o tipo do seu caderno de provas. Caso tenha recebido caderno de provas com cargo, cor ou tipo diferente do impresso em sua folha de respostas e/ou em sua folha de textos definitivos, o fiscal deve ser **obrigatoriamente** informado para o devido registro na ata da sala e providências
- O preenchimento da folha de respostas e da folha de textos definitivos é de sua responsabilidade e, em caso de erro, não será permitida a sua substituição
- Para fins de avaliação, serão levadas em consideração apenas as marcações realizadas na folha de respostas e as transcrições na folha de textos definitivos
- Os candidatos serão submetidos ao sistema de detecção de metais quando do ingresso e da saída de sanitários durante a realização das provas

Boa sorte!

CONHECIMENTOS GERAIS

Língua Portuguesa

1

Há diferentes processos de raciocínio; entre as frases abaixo, aquela que mostra o método indutivo de raciocínio é a seguinte:

- (A) Todos os feijões deste saco são pretos, estes feijões provêm deste saco, logo eles são pretos.
- (B) Estes feijões provêm deste saco, estes feijões são pretos, logo todos os feijões deste saco são pretos.
- (C) Todos os feijões deste saco são pretos, estes feijões são pretos, logo os feijões provêm deste saco.
- (D) Os feijões deste saco são pretos, assim, eles são pretos porque provêm deste saco.
- (E) Estes feijões deste saco são pretos e também são pretos estes feijões, logo eles provêm deste saco.

2

O escritor italiano Leopardi escreveu em seus *Pensamentos*:

“Como as prisões e as galeras estão cheias de pessoas, segundo elas, inocentíssimas, assim os empregos públicos e as honrarias de toda espécie são ocupados apenas por pessoas convidadas e forçadas a aceitar a seu malgrado. É quase impossível encontrar alguém que confesse ter merecido as penas que sofre, ou procurado ou desejado as honrarias de que goza”.

Sobre a estruturação ou a significação desse fragmento textual do século XVIII, é correto afirmar que:

- (A) os presos e os ocupantes de cargos públicos de importância mostram em comum a hipocrisia;
- (B) o pronome “elas” se refere, anaforicamente, aos substantivos “prisões” e “galeras”;
- (C) a forma verbal “são ocupados” se combina semanticamente com “empregos públicos” e “honrarias”;
- (D) os termos “forçadas” e “penas que sofre” são empregados por ironia;
- (E) o termo “toda espécie” deveria ser adequadamente substituído por “toda a espécie”.

3

A língua escrita tem diferentes funções. Cada uma das alternativas abaixo contém um texto no qual se evidencia uma dessas funções.

A alternativa em que essa função está corretamente explicitada é:

- (A) A cozinheira abriu o livro de receitas de sua avó e seguiu passo a passo as instruções ali dadas. / nesse caso, a função da escrita é a preservação de conhecimentos;
- (B) O rapaz escolheu um dos mais belos poemas de Camões para mandar à sua namorada, mas perguntou-se se aquele poema, de tanto tempo atrás, ainda fazia efeito. / nesse caso, a função da escrita é a de transferir um texto de um local a outro;
- (C) O leitor apreciou com emoção o texto de Guimarães Rosa, que já lia pela vigésima vez, tal a sua beleza. / nesse caso, a função da escrita é transmitir conhecimento para o leitor;
- (D) O repórter colocou à sua frente os nomes dos políticos que precisava citar na reportagem. / nesse caso, a função da escrita é produzir textos de qualidade artística;
- (E) O publicitário fez um cartaz colorido e pregou suas cópias nas paredes do bairro a fim de que os vizinhos conhecessem o produto. / nesse caso, a função da escrita é a de memorizar.

4

A frase abaixo que mostra confusão entre os parônimos “cavaleiro” e “cavalheiro” é:

- (A) “Como deveria tratar as damas e cavalheiros, em meio de um grande salão cheio de espelhos e cadeiras douradas?” (O Cortiço – Aluísio Azevedo);
- (B) “A força moral da nação tinha, portanto, desaparecido, e a força material era apenas um fantasma; porque, debaixo das lorigas dos cavaleiros e dos saios dos peões das hostes não havia senão ânimos gelados, que não podiam aquecer-se ao fogo do santo amor da terra natal.” (Eurico, o Presbítero – Alexandre Herculano);
- (C) “A esta gente bruta e indomável, cujo esforço vem das crenças da outra vida, se juntam os esquadrões de cavaleiros sarracenos que vagueiam pelas solidões da Arábia, pelas planícies do Egito e pelos vales da Síria...” (Eurico, o Presbítero – Alexandre Herculano);
- (D) “Os raios matutinos faziam alvejar os turbantes e cintilavam nos ferros das lanças que os cavaleiros tinham em punho...” (Eurico, o Presbítero – Alexandre Herculano);
- (E) “Os cavalheiros passaram um pelo outro como relâmpagos, para logo tornarem a voltar arrancando das espadas.” (Eurico, o Presbítero – Alexandre Herculano).

5

Observe as frases abaixo, retiradas da obra *Eurico, o Presbítero*, de Alexandre Herculano.

A alternativa em que está correta a forma da palavra sublinhada é:

- (A) “Nestes corações, aonde reinavam afetos ao mesmo tempo ardentes e profundos, porque neles a índole meridional se misturava com o caráter tenaz dos povos do norte, a moral evangélica revestia esses afetos de uma poesia divina...”;
- (B) “Nunca a sua mão benéfica deixou de estender-se para o lugar aonde a aflição se assentava; nunca os seus olhos recusaram lágrimas que se misturassem com lágrimas de alheias desventuras.”;
- (C) “Servo ou homem livre, liberto ou patrono, para ele todos eram filhos. Todas as condições se nivelavam onde ele aparecia.”;
- (D) “E o animal que ri e chora, o rei da criação, a imagem da divindade, aonde é que se escondera?”;
- (E) “– Quero respirar o ar puro e fresco da tarde; mais nada repliquei. – Leva-me, onde te aprover.”.

6

A frase que mostra um termo sublinhado que só pode ser identificado graças ao conhecimento de mundo do leitor, já que não foi mencionado antes, é:

- (A) O telefone tocou no escritório e o toque foi escutado por todos os presentes.
- (B) A igreja estava cheia, pois era dia de casamento de gente importante; o sacerdote estava com a batina nova.
- (C) A mulher estava grávida de seis meses e durante toda a gravidez pediu que lhe comprassem doces variados.
- (D) O carro era novo e o proprietário exigia que os passageiros limpassem os pés antes de entrarem no veículo.
- (E) Os convidados deixavam os presentes na porta onde eles recebiam a identificação do doador.

7

Todas as frases abaixo mostram um substantivo precedido por um artigo definido. A explicação para esse emprego é dada ao final de cada frase.

A única explicação incorreta é:

- (A) Uma das joias herdadas de meu pai foi um relógio de ouro, datado de 1780. A peça, digna de um museu, havia sido comprada por meu avô em um leilão. / referência a um termo anterior por meio de um hiperônimo;
- (B) A cooperativa agrícola é de todos os sócios com igualdade de direitos. A assembleia de sócios elege uma junta diretora e a junta toma as decisões necessárias. / repetição de um termo já mencionado anteriormente;
- (C) Augusta havia idealizado o seu príncipe encantado como um cavalheiro do século XVIII, um produto de uma tradição cultural concreta. E aqui convém recordar que as tradições culturais constituem um fator de peso nessa área. / referência baseada no conhecimento de mundo do leitor;
- (D) Pode-se imaginar uma apólice de seguros que cobrisse os danos provocados por incêndios florestais? Dada a frequência e magnitude dessas catástrofes, o contrato não seria rentável para nenhum dos lados. / referência a um termo já mencionado (“apólice de seguros”);
- (E) O hotel em Copacabana recebe o turista em um hall espelhado de onde sai um corredor que conduz diretamente aos apartamentos. A passagem está decorada com móveis antigos. / repetição de um termo já mencionado por meio de um sinônimo.

8

No texto abaixo, é necessário apresentar pela primeira vez a entidade a que depois se faz referência.

“_____ deixaram obsoletas, em 1937, as de algodão, seda ou lã. As empregadas da casa Du Pont, firma em que trabalhava o inventor dessa peça feminina, Wallace Carothers, foram as primeiras a experimentarem essas meias eróticas. A seguir se venderam 64 milhões de pares nos Estados Unidos.”

A forma mais adequada estruturalmente para preencher a lacuna da frase é:

- (A) As meias de náilon;
- (B) As meias;
- (C) As novas meias;
- (D) As peças femininas eróticas;
- (E) As meias revolucionárias.

9

Uma pergunta muito comum é “Para que aprender a escrever?”. Entre as frases abaixo, aquela que NÃO serve de resposta a essa pergunta é:

- (A) “O que se deve exigir do escritor, antes de tudo, é certo sentimento íntimo, que o torne homem do seu tempo e do seu país, ainda quando trate de assuntos remotos no tempo e no espaço.” (Crítica Literária – Machado de Assis);
- (B) “Aprende a escrever bem ou a não escrever de jeito nenhum.” (Ensaio sobre a Sátira – Dryden);
- (C) “À questão sempre formulada: ‘Por que escreveis?’ a resposta do poeta será sempre a mais breve: ‘Para viver melhor.’ !” (Resposta a um Questionário – Saint-John Perse);
- (D) “Se escrevo é primeiro porque amo os homens. Tudo vem disso pra mim. Amo e por isso é que sinto esta vontade de escrever, me importo com os casos dos homens, me importo com os problemas deles e necessidades.” (Cartas a Manuel Bandeira – Mário de Andrade);
- (E) “Instruir e divertir os povos deve ser o empenho dos escritores; os mais hábeis são os que instruem divertindo.” (Máximas, Pensamentos e Reflexões – Marquês de Maricá).

10

A frase abaixo – retirada do romance *O Mulato*, de Aluísio Azevedo – em que a palavra “coisa” foi substituída por uma palavra ou expressão de valor referencial inadequado ao contexto é:

- (A) “A menina precisava de alguém que a guiasse, que a conduzisse! Um homem nunca podia servir para essas coisas!” / funções;
- (B) “Era um bocadinho supersticiosa: não queria as chinelas emborcadas debaixo da rede e só aparava os cabelos durante o quarto crescente da lua. ‘Não que acreditasse nessas coisas’, justificava-se ela, ‘mas fazia porque os outros faziam.’” / tradições;
- (C) “— Tem já o seu pecúlio, tem! considerava ele. A mulher que o quisesse, levava um bom marido! Aquele virá a possuir alguma coisa... é moço de muito futuro!” / bens;
- (D) “Era cronicamente virgem, mas afirmava que em moça, rejeitara muito casamento bom. Dava-se a coisas de igreja; sabia vestir anjos de procissão e pintava os cabelos com cosmético preto.” / atividades;
- (E) “Dias, o piedoso, o doce Luís Dias, também comparecera aquela noite à sala do patrão. Lá estava, metido a um canto, roendo ferozmente as unhas, o olhar imóvel sobre Ana Rosa, que, ao piano, dispunha-se a tocar alguma coisa e experimentava as teclas.” / música.

11

Em todas as alternativas abaixo, os termos sublinhados foram substituídos, na continuidade da frase, por pronomes demonstrativos.

A única frase em que o pronome substituto NÃO é um pronome demonstrativo, como os demais, é:

- (A) “Não devemos nunca nos acostumar com a vida; isto seria a morte.” (Paulo Bomfim);
- (B) “Poucas vezes quem ganha o que não merece agradece o que ganha.” (Quevedo);
- (C) “Deve-se evitar chamar alguém por um apelido, ainda que ele esteja acostumado a isso.” (W. Hazlitt);
- (D) “E desde então todo o povo alemão foi dividido pelo seu governo em duas classes: a dos espíões e a dos espionados.” (Ludwig Börne);
- (E) “Adular os tolos é um meio ordinário de os desfrutar; os velhacos o empregam eficazmente.” (Marquês de Maricá).

12

Nas opções abaixo, há termos destacados que são omitidos na continuidade da frase.

A exceção é:

- (A) “O progresso é a injustiça que cada geração comete em relação à precedente.” (M. Cioran);
- (B) “Amigo verdadeiro é aquele que nos quer apesar de nada.” (Sofocleto);
- (C) “Longo é o caminho ensinado pela teoria, curto e eficaz, o do exemplo.” (Sêneca);
- (D) “De nada serve ao homem ganhar a Lua se chega a perder a Terra.” (François Mauriac);
- (E) “O computador é tão tolo quanto o homem.” (Giraudoux).

13

A frase em que a substituição de um termo extenso (sublinhado) por um mais simples acarreta alteração significativa do sentido original é:

- (A) A totalidade dos eleitores foi impedida de votar em função do temporal que assolou a região. / Todos os;
- (B) Os governos esperam que os eleitores reconheçam os benefícios que lhes foram feitos. / bens;
- (C) Nem sempre a utilização de um remédio traz benefício à saúde. / o uso;
- (D) Os novos decretos institucionalizados não foram bem recebidos pela população. / impressos;
- (E) Um mal generalizado deixa de ser visto como um mal. / geral.

14

Em todas as frases abaixo, estão sublinhados um substantivo e um adjetivo.

A opção em que o adjetivo NÃO corresponde semanticamente ao substantivo é:

- (A) As crianças algumas vezes mudam de reações diante das mesmas coisas e essa mudança infantil é frequente.
- (B) Os esgotos urbanos são muito importantes para a limpeza das idades.
- (C) Periódicos exames cardíacos deixam o coração em paz.
- (D) A Lua continua trazendo surpresas e agora mesmo os chineses trouxeram novidades sobre a face lunar oculta.
- (E) Após a leitura de várias linhas, o aluno decidiu abandonar essa leitura literal e ler mais rapidamente.

15

Considere a frase de Eugênio Mohallem a seguir.

“Aniversário: aquela festa onde comemoramos estar um ano mais próximo da morte.”

Em relação à estruturação ou significação da frase acima, é correto afirmar que:

- (A) a frase mostra uma estrutura de definição de um termo, feita de forma objetiva;
- (B) o termo “aniversário” foi referido por meio de um sinônimo (“festa”);
- (C) o emprego do demonstrativo “aquela” se justifica pela referência a um tempo distante;
- (D) o termo “onde” mostra um mau emprego, devendo ser substituído por “quando”;
- (E) a frase traz uma visão otimista de um aniversário.

16

Leia a frase de Epicuro a seguir.

“A morte não é nada, já que quando somos, a morte ainda não veio, e quando a morte vem, já não somos.”

Em relação à estruturação ou significação da frase acima, é correto afirmar que:

- (A) a repetição do termo “a morte” não traz um problema de estruturação da frase porque há ênfase intencional no emprego;
- (B) como o verbo “ser” é um verbo de ligação, seu emprego na frase reduz a qualidade do texto;
- (C) a expressão “não é nada” equivale a “é tudo”, podendo esta substituir a forma anterior;
- (D) os termos “ainda” e “já” são expressões de tempo, respectivamente de tempo passado e tempo futuro;
- (E) a forma “vem” está inadequada e deveria ser substituída por “vier”, já que se trata de um evento futuro.

17

Todas as opções abaixo mostram orações adjetivas sublinhadas; a alternativa em que houve uma substituição inadequada de uma oração por um adjetivo ou locução é:

- (A) “A maior lição que a idade madura nos dá é aprender a ser o que somos.” (Gal Costa) / da maturidade;
- (B) “A mocidade é um dia que passa.” (Carmen Suplicy) / passageiro;
- (C) “As únicas raízes que precisamos preservar são as da mandioca.” (Joãosinho Trinta) / preservativas;
- (D) “A espécie humana é a única que sabe que deve morrer.” (Voltaire) / consciente de;
- (E) “Os homens não seguem aqueles que estão em dúvida.” (Walter Lippmann) / vacilantes.

18

Um problema frequente na língua escrita é a redundância, ou seja, a utilização de palavras com o mesmo significado, tornando-as desnecessárias.

A frase abaixo que NÃO mostra nenhum tipo de redundância é:

- (A) “Não me preocupo tanto com o que sou na opinião dos outros, quanto com o que sou na minha própria opinião.” (Montaigne);
- (B) “O homem pouco inteligente não pode ter ilusões: ou engana-se a si mesmo ou trata de enganar os outros.” (Stendhal);
- (C) “A pessoa deveria se autoexaminar por bastante tempo antes de pensar em condenar os outros.” (Molière);
- (D) “Uma lagarta que buscasse conhecer a si própria jamais se transformaria numa borboleta.” (André Gide);
- (E) “Cego é o homem que enxerga somente a sua imagem no espelho.” (Ana Maria B. Gil).

19

Na frase de César Augusto – “Apressa-te devagar.” – há a presença de um paradoxo, ou seja, o emprego de palavras que contrariam a lógica ou o senso comum, o que também ocorre na seguinte frase de Machado de Assis:

- (A) “Faria, apesar do dia e da festa, ria mal, ria sério, ria aborrecido, não acho forma de dizer que exprima com exatidão a verdade.” (Memorial de Aires);
- (B) “Mas já que falei dos meus tios, deixem-me aqui fazer um curto espaço genealógico.” (Memórias Póstumas de Brás Cubas);
- (C) “Sabemos que a moça não era bonita. Pois estava linda, à força da felicidade.” (Quincas Borba);
- (D) “Estava em casa de D. Cesária, onde a irmã escurecia tudo com a sua viuvez recente.” (Memorial de Aires);
- (E) “Eu não sou propriamente um autor defunto, mas um defunto autor.” (Memórias Póstumas de Brás Cubas).

20

Um dos problemas mais frequentes na língua escrita é o da repetição de palavras idênticas, gerando uma série de diferentes estratégias para evitá-la. Em todas as frases abaixo há repetições de palavras idênticas.

A observação adequada sobre uma dessas repetições é:

- (A) “Se você não for melhor amanhã que hoje, então para que você precisa do amanhã?” (Rahbi da Bratislava) / repetição de palavras da mesma classe gramatical;
- (B) “Um homem competente é um homem que se equivoca segundo as regras.” (Paul Valéry) / repetição de palavras de diferentes classes gramaticais;
- (C) “A adolescência é um tribunal inesperado: o julgamento do pai pelo filho e o julgamento do filho pelo pai.” (Paulo Mendes Campos) / repetição de palavras com significado e classe diferentes;
- (D) “Se os fatos contradizem os profetas, pior para os fatos.” (Nelson Rodrigues) / repetição de palavras da mesma classe gramatical e mesmo significado;
- (E) “A alma é essa coisa que nos pergunta se a alma existe.” (Mário Quintana) / repetição de palavras de significados diferentes.

Legislação Especial, Noções dos Direitos das Pessoas com Deficiência e Ética no Serviço Público

21

O Tribunal Pleno, órgão máximo da estrutura do Tribunal de Justiça, é composto pela totalidade dos desembargadores integrantes da Corte e é presidido pelo seu presidente, a quem caberá organizar suas pautas, conduzir as sessões e decidir pontualmente sobre questões de ordem, submetendo-as ao Plenário em caso de oposição de qualquer de seus membros.

Nesse cenário, considerando as disposições do Regimento Interno do Tribunal de Justiça do Estado do Rio de Janeiro, é correto afirmar que as sessões do Tribunal Pleno:

- (A) poderão ser presenciais, telepresenciais, virtuais ou híbridas, realizando-se num único dia ou prolongando-se por mais dias quando o assunto assim recomendar, sendo as deliberações tomadas por maioria simples dos desembargadores presentes, excepcionados os casos em que o Regimento Interno disponha em sentido diverso;
- (B) poderão ser presenciais ou híbridas, realizando-se num único dia ou prolongando-se por mais dias quando o assunto assim recomendar, sendo as deliberações tomadas por três quintos dos desembargadores presentes, excepcionados os casos em que o Regimento Interno disponha em sentido diverso;
- (C) serão presenciais, realizando-se num único dia ou prolongando-se por mais dias quando o assunto assim recomendar, sendo as deliberações tomadas por maioria absoluta dos desembargadores presentes, excepcionados os casos em que o Regimento Interno disponha em sentido diverso;
- (D) poderão ser presenciais, telepresenciais, virtuais ou híbridas, realizando-se num único dia, sendo as deliberações tomadas por maioria absoluta dos desembargadores presentes, excepcionados os casos em que o Regimento Interno disponha em sentido diverso;
- (E) serão presenciais, realizando-se num único dia, sendo as deliberações tomadas por maioria absoluta dos desembargadores presentes, excepcionados os casos em que o Regimento Interno disponha em sentido diverso.

22

Lucas, analista lotado em unidade vinculada à Presidência do Tribunal de Justiça do Estado do Rio de Janeiro, praticou, no exercício de suas funções, infração disciplinar.

Nesse cenário, considerando as disposições da Resolução nº 03/2025 do Órgão Especial do Tribunal de Justiça do Estado do Rio de Janeiro, é correto afirmar que cabe à Comissão:

- (A) Permanente de Processo Administrativo Disciplinar, subordinada ao Gabinete dos Juízes Auxiliares da Presidência do Tribunal de Justiça, a apuração de responsabilidade de servidor lotado em unidade vinculada à Presidência do Tribunal de Justiça, por infração praticada no exercício de suas atribuições, ou que tenha relação com as atribuições do cargo em que se encontra investido;
- (B) Permanente de Processo Administrativo Disciplinar, subordinada à Corregedoria Geral da Justiça, a apuração de responsabilidade de servidor lotado em unidade vinculada à Presidência do Tribunal de Justiça, por infração praticada no exercício de suas atribuições, ou que tenha relação com as atribuições do cargo em que se encontra investido;
- (C) Permanente de Processo Administrativo Disciplinar, subordinada ao Conselho da Magistratura, a apuração de responsabilidade de servidor lotado em unidade vinculada à Presidência do Tribunal de Justiça, por infração praticada no exercício de suas atribuições, ou que tenha relação com as atribuições do cargo em que se encontra investido;
- (D) Temporária de Processo Administrativo Disciplinar, subordinada ao Gabinete dos Juízes Auxiliares da Presidência do Tribunal de Justiça, a apuração de responsabilidade de servidor lotado em unidade vinculada à Presidência do Tribunal de Justiça, por infração praticada no exercício de suas atribuições ou fora dele;
- (E) Temporária de Processo Administrativo Disciplinar, subordinada à Corregedoria Geral da Justiça, a apuração de responsabilidade de servidor lotado em unidade vinculada à Presidência do Tribunal de Justiça, por infração praticada no exercício de suas atribuições ou fora dele.

23

As serventias judiciais fornecerão certidão relativa ao ajuizamento ou processamento de feito, ressalvados os processos abarcados por segredo de justiça, observadas as disposições legais.

Nesse cenário, considerando as disposições do Código de Normas da Corregedoria Geral da Justiça do Estado do Rio de Janeiro, é correto afirmar que:

- (A) recolhidas as custas, a certidão será fornecida em até oito dias, mediante requerimento escrito, declinando sua finalidade, contados do recebimento deste, e observada a ordem cronológica de sua apresentação, podendo o chefe de serventia autorizar a expedição em caráter urgente;
- (B) recolhidas as custas, a certidão será fornecida em até oito dias, mediante requerimento escrito, declinando sua finalidade, contados do recebimento deste, e observada a ordem cronológica de sua apresentação, podendo o juiz competente autorizar a expedição em caráter urgente;
- (C) recolhidas as custas, a certidão será fornecida em até oito dias, mediante requerimento oral ou escrito, declinando sua finalidade, contados do recebimento deste, e observada a ordem cronológica de sua apresentação, podendo o chefe de serventia autorizar a expedição em caráter urgente;
- (D) a certidão será fornecida em até 48 horas, mediante requerimento oral ou escrito, declinando sua finalidade, devendo a parte, em até oito dias, efetuar o recolhimento das custas;
- (E) a certidão será fornecida em até 48 horas, mediante requerimento escrito, declinando sua finalidade, devendo a parte, em até oito dias, efetuar o recolhimento das custas.

24

Durante a campanha eleitoral, Caio, candidato ao cargo de prefeito do Município Alfa, no Estado do Rio de Janeiro, prometeu aos eleitores que iria defender a criação de uma Comarca na referida municipalidade, de forma a ampliar o acesso à justiça por parte da coletividade em geral.

Nesse cenário, considerando as disposições da Lei de Organização e Divisão Judiciárias do Estado do Rio de Janeiro, a instalação da Comarca Alfa deverá ser feita por:

- (A) lei de iniciativa do Tribunal de Justiça ou da Comissão de Constituição e Justiça da Assembleia Legislativa, dependendo a instalação e o funcionamento de disponibilidade orçamentária, ocorrendo mediante ato da Presidência do Tribunal;
- (B) resolução da Presidência do Tribunal de Justiça, dependendo a instalação e o funcionamento de disponibilidade orçamentária, ocorrendo mediante ato da Presidência da Assembleia Legislativa;
- (C) lei de iniciativa do Conselho Nacional de Justiça, dependendo a instalação e o funcionamento de disponibilidade orçamentária, ocorrendo mediante ato da Presidência do Tribunal;
- (D) resolução da Presidência do Tribunal de Justiça, dependendo a instalação e o funcionamento de disponibilidade orçamentária, ocorrendo mediante ato do governador do estado;
- (E) lei de iniciativa do Tribunal de Justiça, dependendo a instalação e o funcionamento de disponibilidade orçamentária, ocorrendo mediante ato da Presidência do Tribunal.

25

O Supremo Tribunal Federal foi provocado a decidir sobre a validade de uma lei municipal que tornava obrigatória a adaptação de computadores para pessoas com deficiência visual em *lan houses*, *cyber* cafés e estabelecimentos similares.

No que se refere a esse tema, de acordo com a Constituição Federal, a competência para legislar sobre a proteção e integração social das pessoas com deficiência é:

- (A) da União;
- (B) dos estados;
- (C) dos municípios;
- (D) da União e dos estados;
- (E) da União, dos estados e dos municípios.

26

O Estatuto da Pessoa com Deficiência (Lei nº 13.146/2015) instituiu o mecanismo da tomada de decisão apoiada, que consiste em um instrumento processual eficaz para auxiliar e apoiar a pessoa com deficiência a tomar decisões.

Sobre esse instrumento, é correto afirmar que:

- (A) qualquer pessoa pode apresentar denúncia sobre eventual negligência de um apoiador;
- (B) a pessoa com deficiência pode selecionar até três pessoas para servirem como apoiadoras;
- (C) o Ministério Público pode indicar um indivíduo ou instituição para atuar como apoiador;
- (D) a pessoa apoiadora pode colocar fim imediato ao acordo firmado em processo de tomada de decisão apoiada;
- (E) prevalecerá, em regra, a opinião da pessoa apoiada em caso de divergência de opiniões entre a pessoa apoiada e um dos apoiadores.

27

A Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência foi ratificada pelo Brasil conforme procedimento previsto no Art. 5º, §3º, da Constituição Federal, tendo sido promulgada pelo Decreto nº 6.949/2009.

A Convenção reconhece que as difíceis situações enfrentadas por pessoas com deficiência podem ser agravadas por outras formas de discriminação sofridas por grupos marginalizados, razão pela qual contém dispositivo específico para alguns desses grupos, como:

- (A) idosos com deficiência;
- (B) mulheres com deficiência;
- (C) indígenas com deficiência;
- (D) transexuais com deficiência;
- (E) pessoas negras com deficiência.

28

A Lei nº 13.146/2015 prevê, em seu Título II (“Dos crimes e das infrações administrativas”), uma série de condutas ilícitas que, se praticadas, podem resultar em pena de reclusão de até 14 anos.

Será de competência da Justiça Federal o processamento e julgamento do crime de discriminação contra pessoa com deficiência, previsto no Art. 88 da referida Lei, quando praticado mediante:

- (A) publicação em revista on-line;
- (B) afixação de pôster ou *banner*;
- (C) troca de mensagens por aplicativo;
- (D) publicação de conteúdo em rede social aberta;
- (E) impressão de jornal de grande circulação.

29

Antônio, servidor público estadual ocupante de cargo de provimento efetivo, era desafeto do seu superior hierárquico. Este último, com o objetivo deliberado de prejudicá-lo, decidiu transferir Antônio para localidade distante, embora não fosse identificada necessidade do serviço. Irresignado, Antônio reuniu provas do ocorrido e encaminhou representação ao Ministério Público, solicitando o ajuizamento de ação em face do seu superior hierárquico em razão da prática de ato de improbidade administrativa tipificado na Lei nº 8.429/1992.

Na situação descrita, o Ministério Público concluiu corretamente, em relação à conduta do superior hierárquico, que:

- (A) a conduta não configura ato de improbidade administrativa, em razão do seu não enquadramento na tipologia da Lei nº 8.429/1992;
- (B) o desvio de finalidade afronta a moralidade administrativa, estando caracterizado ato de improbidade administrativa tipificado na Lei nº 8.429/1992;
- (C) a não caracterização do dolo do superior hierárquico impede o enquadramento da conduta na tipologia da Lei nº 8.429/1992 em que se subsume;
- (D) a conduta do superior hierárquico causou dano à esfera jurídica de Antônio, configurando ato de improbidade administrativa em razão do especial fim de agir que a motivou;
- (E) a tipologia da Lei nº 8.429/1992 é exemplificativa, o que permite o enquadramento da conduta do superior hierárquico na figura tipológica de violação aos princípios regentes da atividade estatal.

30

Joana é servidora ocupante de cargo de provimento efetivo no âmbito do Tribunal de Justiça do Estado do Rio de Janeiro. Em razão do seu elevado nível de dedicação ao serviço, além da simpatia e solicitude que caracterizam a sua interação com os usuários do serviço, era comum que recebesse presentes, com valor comercial, de modo dissociado de ações de divulgação e de eventos especiais ou datas comemorativas. Os bens buscavam apenas lhe agradar, não estando condicionados ou relacionados a qualquer ato afeto ao exercício funcional. Apesar da boa-fé com que se conduzia, Joana foi aconselhada a analisar o Código de Ética e Conduta dos Servidores e Colaboradores da Corregedoria Geral da Justiça do Estado do Rio de Janeiro (Provimento CGJ nº 32/2021), de modo a verificar se o recebimento de presentes era efetivamente permitido.

Após a análise realizada, Joana concluiu corretamente que o recebimento dos referidos presentes, nas condições indicadas, é:

- (A) vedado, em qualquer hipótese;
- (B) permitido, independentemente de qualquer condicionante;
- (C) vedado, caso os idênticos presentes não sejam oferecidos à generalidade dos servidores lotados no mesmo órgão de Joana;
- (D) permitido, desde que a soma dos presentes recebidos anualmente não ultrapasse o limite anual de um salário mínimo;
- (E) permitido, desde que não possam ser recusados ou devolvidos sem ônus para o servidor ou para a Administração Pública, devendo ser doados a entidades de caráter filantrópico ou cultural.

CONHECIMENTOS ESPECÍFICOS

31

Mulher de 32 anos, previamente hígida, comparece ao ambulatório referindo quatro episódios de cistite nos últimos seis meses. Relata que os sintomas incluem disúria, polaciúria e urgência miccional, com resolução completa após uso de antimicrobianos prescritos. O último episódio ocorreu há três semanas e foi tratado com nitrofurantoína por cinco dias, com melhora clínica. Urocultura realizada durante esse episódio identificou *Escherichia coli* sensível a todos os antimicrobianos testados. Paciente nega comorbidades, uso de espermicida, sintomas de incontinência urinária ou alterações do hábito miccional. Exame físico sem particularidades.

Considerando o manejo adequado dessa paciente, a conduta recomendada inicialmente inclui:

- (A) solicitar tomografia computadorizada de abdome e pelve para investigação de anormalidades estruturais do trato urinário;
- (B) orientar aumento da ingesta hídrica para 2 a 3 litros por dia e avaliar uso de metenamina ou produtos à base de cranberry;
- (C) prescrever ciprofloxacino em dose profilática contínua por 12 meses, considerando a frequência dos episódios;
- (D) realizar cistoscopia para avaliar presença de cistite intersticial como fator predisponente;
- (E) iniciar sulfametoxazol-trimetoprima profilático pós-coital, dado o padrão de recorrências apresentado.

32

Paciente feminina, 38 anos, retorna à consulta após dois meses de tratamento com omeprazol 20 mg uma vez ao dia para dispepsia funcional. Relata melhora parcial dos sintomas de plenitude pós-prandial e desconforto epigástrico, mas queixa-se de persistência de saciedade precoce que limita suas atividades habituais. Nega sinais de alarme. Endoscopia digestiva alta realizada há quatro meses foi normal. Teste de ureia marcada para *Helicobacter pylori* negativo há três meses. Nega comorbidades psiquiátricas diagnosticadas, mas menciona que os sintomas se intensificam em períodos de maior estresse no trabalho. Ao exame físico, apresenta-se em bom estado geral, sem alterações significativas.

Considerando o manejo adequado dessa paciente neste momento, a conduta terapêutica recomendada consiste em:

- (A) substituir o omeprazol por ranitidina 150 mg duas vezes ao dia, considerando que os antagonistas dos receptores H2 apresentam eficácia semelhante aos inibidores de bomba de prótons no tratamento da dispepsia funcional;
- (B) solicitar estudo de esvaziamento gástrico por cintilografia para confirmar gastroparesia antes de iniciar tratamento com agente pró-cinético, dado o predomínio de saciedade precoce;
- (C) aumentar a dose do omeprazol para 40 mg duas vezes ao dia por mais oito semanas, pois doses mais elevadas demonstram maior eficácia no tratamento da dispepsia funcional refratária;
- (D) iniciar antidepressivo tricíclico em dose baixa, como amitriptilina 10 mg à noite, podendo manter o omeprazol se houve resposta parcial;
- (E) suspender o omeprazol e prescrever metoclopramida 10 mg três vezes ao dia antes das refeições como monoterapia, reservando os neuromoduladores para falha terapêutica subsequente.

33

Homem de 55 anos, obeso (IMC 32 kg/m²), retorna à consulta após seis meses de tratamento anti-hipertensivo otimizado. Relata boa aderência ao esquema medicamentoso e está em uso regular de losartana 100 mg por dia, anlodipino 10 mg por dia e clortalidona 25 mg por dia. Nega uso de anti-inflamatórios não esteroidais ou outras medicações. Adotou medidas não medicamentosas, incluindo dieta hipossódica e prática de exercícios físicos três vezes por semana. Nega sintomas. Ao exame físico, apresenta pressão arterial de 152 x 96 mmHg (média de três medidas realizadas com técnica correta), frequência cardíaca de 76 bpm e ausência de outras alterações. Considerando a Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial 2025 e a suspeita de hipertensão arterial resistente, a conduta inicial adequada é:

- (A) substituir a clortalidona por furosemida 40 mg por dia, considerando a possível necessidade de diurético de alça para melhor controle volêmico em paciente obeso;
- (B) iniciar investigação de hipertensão secundária com ultrassonografia com doppler de artérias renais, dosagem de aldosterona e atividade de renina plasmática antes de otimizar o tratamento medicamentoso;
- (C) solicitar monitorização ambulatorial da pressão arterial para confirmar o diagnóstico de hipertensão arterial resistente verdadeira e excluir pseudoresistência, especialmente o efeito do avental branco;
- (D) adicionar betabloqueador ao esquema terapêutico atual, considerando que essa classe medicamentosa deve ser introduzida como quarto fármaco nos pacientes com hipertensão resistente;
- (E) adicionar imediatamente espironolactona 25 mg por dia, considerando que o paciente já está em uso de três classes de anti-hipertensivos em doses máximas há mais de seis meses.

34

Homem de 48 anos procura consulta ambulatorial para avaliação de rotina. Nega comorbidades prévias e uso de medicações. Refere pai hipertenso e mãe com história de acidente vascular cerebral aos 62 anos. Nega tabagismo e consome bebidas alcoólicas ocasionalmente. Nega sintomas. Ao exame físico, apresenta peso de 82 kg, altura de 1,70 m e IMC 28,4 kg/m². Aferição da pressão arterial no consultório, após repouso de cinco minutos, com técnica adequada, em três medidas com intervalo de um minuto: 152 x 96 mmHg, 150 x 94 mmHg e 148 x 94 mmHg (média 150 x 95 mmHg). Frequência cardíaca de 72 bpm. Ausculta cardiopulmonar sem alterações e pulsos periféricos palpáveis e simétricos.

Exames laboratoriais:

- glicemia de jejum 96 mg/dL
- hemoglobina glicada 5,4%
- creatinina 0,9 mg/dL
- taxa de filtração glomerular estimada 92 mL/min/1,73m²
- potássio 4,0 mEq/L
- colesterol total 198 mg/dL
- LDL-colesterol 128 mg/dL
- HDL-colesterol 48 mg/dL
- triglicerídeos 145 mg/dL
- ácido úrico 6,2 mg/dL

Eletrocardiograma com ritmo sinusal, sem alterações. Análise de urina sem alterações e razão albumina-creatinina urinária de 18 mg/g.

De acordo com a Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial 2025, a conduta apropriada para esse paciente inclui:

- (A) realizar nova medida da pressão arterial após 90 minutos sem atividade física e 60 minutos sem ingestão de alimentos ou cafeína antes de qualquer definição diagnóstica;
- (B) solicitar ecocardiograma transtorácico, ultrassonografia de carótidas e velocidade de onda de pulso como exames de rotina obrigatórios antes de confirmar o diagnóstico;
- (C) confirmar o diagnóstico por monitorização ambulatorial da pressão arterial ou monitorização residencial da pressão arterial e, se confirmada hipertensão estágio 1, iniciar monoterapia anti-hipertensiva, considerando tratar-se de paciente de baixo risco cardiovascular;
- (D) confirmar o diagnóstico por monitorização ambulatorial da pressão arterial ou monitorização residencial da pressão arterial e, se confirmada hipertensão estágio 1, iniciar associação dupla de anti-hipertensivos em doses baixas, preferencialmente em comprimido único;
- (E) agendar retorno em três meses com orientações sobre medidas não medicamentosas exclusivamente, pois o paciente apresenta hipertensão estágio 1, que permite observação inicial sem tratamento medicamentoso.

35

Mulher de 28 anos procura atendimento médico referindo epistaxes recorrentes desde a infância, com duração superior a 15 minutos, equimoses frequentes sem trauma significativo e menorragia desde a menarca, necessitando do uso de múltiplos absorventes de alta absorção por dia nos períodos de maior fluxo. Relata sangramento prolongado após extração dentária realizada há dois anos, necessitando retornar ao consultório odontológico para realização de hemostasia local. Nega uso de medicações anticoagulantes, antiplaquetárias ou de anti-inflamatórios não esteroidais. Ao exame físico, apresenta múltiplas equimoses em membros inferiores de tamanhos variados, sem outras alterações.

Exames laboratoriais:

- hemoglobina 10,2 g/dL (VR: 12-16 g/dL)
- volume corpuscular médio 70 fL (VR: 80-100 fL)
- hemoglobina corpuscular média 24 pg (VR: 27-31 pg)
- leucócitos 7.500/mm³
- plaquetas 210.000/mm³
- tempo de protrombina 12 segundos (INR 1,0)
- tempo de tromboplastina parcial ativada 42 segundos (controle 30 segundos)
- ferritina 6 ng/mL (VR: 15-150 ng/mL)

Considerando a hipótese diagnóstica mais provável, a propedêutica laboratorial complementar apropriada para confirmação diagnóstica inclui:

- (A) dosagem do antígeno do fator de von Willebrand, atividade do cofator de ristocetina ou atividade com glicoproteína Ib mutante e dosagem do fator VIII coagulante;
- (B) dosagem do fator IX, dosagem do fator XI e tempo de trombina para investigação de deficiências de fatores da coagulação;
- (C) pesquisa de anticoagulante lúpico, anticorpos anticardiolipina IgG e IgM e anticorpos anti-beta-2-glicoproteína I;
- (D) agregação plaquetária com adenosina difosfato e colágeno, tempo de sangramento de Ivy e análise de multímeros do fator de von Willebrand;
- (E) dosagem de proteína C, proteína S e antitrombina III para investigação de estados de hipercoagulabilidade hereditários.

36

Paciente feminina, 45 anos, relata que, cinco anos antes, realizou procedimento estético no glúteo com substância oleosa de origem desconhecida. Desde então, apresenta episódios recorrentes de mialgias, artralguas em mãos, joelhos e ombros, fadiga prolongada e febre baixa, com exacerbações intermitentes ao longo dos anos. Refere que já utilizou cursos de antibiótico e corticoide sistêmico, com melhora parcial dos sintomas.

Há duas semanas, após infecção viral do trato respiratório superior, evoluiu com piora importante do quadro, incluindo limitação funcional, maior fadiga e dor difusa.

Exames revelam:

- proteína C reativa de 18 mg/L (VR: <5 mg/L),
- velocidade de hemossedimentação de 52 mm/h (VR: <20 mm/h),
- FAN pontilhado fino em título 1/320,
- fator reumatoide de 45 UI/mL (VR: <20 UI/mL), porém sem erosões ósseas, sinovite à ultrassonografia ou rigidez matinal prolongada que sugiram artrite reumatoide.

A biópsia da região glútea evidenciou granulomas crônicos com histiócitos espumosos e vacúolos compatíveis com presença de material oleoso.

Diante desse conjunto de achados, a conduta adequada consiste em:

- (A) considerar doença reumática indiferenciada, priorizando observação clínica e introdução de hidroxiquina se houver evolução para doença autoimune definida;
- (B) interpretar o quadro como fibromialgia, manejando com moduladores de dor central como duloxetine ou pregabalina;
- (C) considerar síndrome autoinflamatória por adjuvante, iniciando terapia imunossupressora e realizando a retirada da substância oleosa, quando viável;
- (D) diagnosticar reação inflamatória local a corpo estranho, indicando excisão cirúrgica glútea e infiltração de corticoide no local;
- (E) considerar síndrome de fadiga pós-viral, instituindo abordagem baseada em exercícios graduais e terapia cognitivo-comportamental.

37

Homem de 58 anos, portador de diabetes mellitus tipo 2 e diverticulite sigmoide tratada três semanas antes, procura atendimento por febre alta há quatro dias, calafrios, mal-estar e dor persistente em hipocôndrio direito. Relata anorexia, náuseas e dificuldade para deambular devido à dor. Ao exame, apresenta temperatura de 38,7 °C e dor à palpação do quadrante superior direito.

Exames laboratoriais revelam:

- leucócitos 16.900/mm³ (VR: 4.000-10.000)
- proteína C reativa 162 mg/L (VR: <5 mg/L)
- fosfatase alcalina discretamente aumentada.

Hemoculturas pendentes. A tomografia de abdômen evidencia coleção hipodensa no lobo hepático direito, medindo 5,2 cm, com realce periférico, múltiplas septações e pequeno foco gasoso intralesional. Não há dilatação de vias biliares.

Ao analisar os achados clínicos, laboratoriais e tomográficos, conclui-se que o diagnóstico e a conduta terapêutica apropriados são, respectivamente:

- (A) abscesso hepático secundário à infecção piógena abdominal, sendo adequado iniciar ceftriaxona associada a metronidazol, além de drenagem percutânea guiada por imagem;
- (B) abscesso hepático de provável origem portal, conduzindo com amoxicilina-clavulanato e monitorização clínica;
- (C) cisto hepático infectado, sendo indicado o uso de piperacilina-tazobactam e seguimento clínico;
- (D) abscesso hepático amebiano, com tratamento baseado em metronidazol e avaliação de resposta clínica antes de qualquer intervenção;
- (E) colangite com formação de coleção hepática, conduzindo com ciprofloxacino associado a metronidazol.

38

Paciente masculino, 60 anos, procura atendimento por fadiga progressiva, tontura aos esforços e palidez há vários meses. Relata perda ponderal discreta e inapetência recente. O hemograma mostra anemia microcítica e hipocrômica (hemoglobina 8,2 g/dL; VCM 69 fL; HCM 19 pg). O esfregaço de sangue periférico evidencia anisopoiquilocitose, hipocromia acentuada e células em lâpis.

Valores de referência laboratoriais:

- ferritina sérica 20 a 250 ng/mL
- ferro sérico 60 a 170 µg/dL
- TIBC 250 a 450 µg/dL
- índice de saturação da transferrina (IST) 20 a 50%
- reticulócitos 0,5 a 2,0%.

Com base nos achados clínicos, hematológicos e do esfregaço, o conjunto de exames que melhor representa a situação descrita é:

- (A) reticulócitos 1,2%; ferritina 25 ng/mL; ferro sérico 55 µg/dL; TIBC 250 µg/dL; IST 22%;
- (B) reticulócitos 0,4%; ferritina 120 ng/mL; ferro sérico 35 µg/dL; TIBC 200 µg/dL; IST 17%;
- (C) reticulócitos 2,3%; ferritina 180 ng/mL; ferro sérico 95 µg/dL; TIBC 300 µg/dL; IST 32%;
- (D) reticulócitos 0,9%; ferritina 300 ng/mL; ferro sérico 150 µg/dL; TIBC 310 µg/dL; IST 48%;
- (E) reticulócitos 0,6%; ferritina 30 ng/mL; ferro sérico 50 µg/dL; TIBC 420 µg/dL; IST 12%.

39

Paciente feminina, 61 anos, portadora de artrite reumatoide soropositiva em acompanhamento irregular, procura atendimento com história de piora abrupta da fadiga, icterícia progressiva, palpitações e urina escurecida há quatro dias. Relata que interrompeu seu tratamento regular há vários meses e vinha utilizando anti-inflamatórios com frequência. Ao exame físico, encontra-se pálida, ictérica (3+/4+), taquicárdica e com esplenomegalia discreta. O esfregaço periférico mostra policromasia, anisocitose moderada e esquizócitos.

Os exames laboratoriais revelam:

- hemoglobina 7,0 g/dL
- VCM 94 fL
- HCM 31 pg
- reticulócitos corrigidos 6%
- LDH 950 U/L
- haptoglobina indetectável
- bilirrubina total 4,1 mg/dL (indireta 3,4 mg/dL).

Considerando o quadro clínico e laboratorial, o exame que confirma a etiologia da hemólise é:

- (A) pesquisa de anticorpos IgM e avaliação de crioaglutininas com aglutinação a 4 °C;
- (B) teste da antiglobulina direta com reagentes para IgG e C3d, associado à análise do esfregaço;
- (C) dosagem de G6PD, eletroforese de hemoglobina e teste de solubilidade, investigando hemólise hereditária;
- (D) investigação de autoanticorpos como FAN e anti-DNA, com prova cruzada sanguínea;
- (E) dosagem sérica de ácido metilmalônico e homocisteína, avaliando anemia megaloblástica.

40

Paciente masculino, 64 anos, apresenta febre diária há quatro semanas, fadiga intensa, perda ponderal de 7 kg e sudorese noturna. Ao exame: palidez, esplenomegalia moderada e linfadenopatia cervical.

Hemograma:

- hemoglobina 8,8 g/dL
- leucócitos 3.100/mm³ (neutrófilos 1.300/mm³)
- plaquetas 82.000/mm³.

Bioquímica:

- ferritina 5.200 ng/mL
- triglicerídeos 420 mg/dL
- fibrinogênio 1,2 g/L
- LDH 1.350 U/L
- AST 180 U/L.

Sorologias:

- HIV negativo
- hepatites A, B e C negativas
- dengue, CMV e toxoplasmose negativas
- sorologia para EBV com IgG elevado e IgM negativo.

Tomografia de tórax e abdômen evidencia esplenomegalia e linfonodos aumentados em região mediastinal e abdominal. Biópsia de linfonodo cervical está em processamento, diante da suspeita de doença linfoproliferativa.

Considerando os achados clínicos, laboratoriais e sorológicos apresentados, conclui-se que os métodos complementares e a abordagem terapêutica apropriados são, respectivamente:

- (A) solicitar testes para infecção granulomatosa sistêmica (pesquisa molecular para *Mycobacterium tuberculosis*, teste tuberculínico, cultura e baciloscopia), além de instituir quimioterapia antituberculosa;
- (B) realizar testes diagnósticos para síndrome viral ativa por EBV (PCR quantitativa e sorologias complementares), associados ao uso de antivirais e corticoide;
- (C) solicitar avaliação para síndrome inflamatória associada a doença autoimune por meio de FAN, anti-DNA, complemento sérico e iniciar imunossupressão com pulsoterapia;
- (D) proceder à investigação de síndromes hemofagocíticas hereditárias com testes genéticos relacionados à função lisossomal e proteínas de citotoxicidade, além de quimioterapia citorrredutora;
- (E) solicitar dosagem de sCD25 (sIL-2R) e testes de atividade/degranulação de células NK (por citometria, ex.: CD107a), além do aspirado ou biópsia de medula óssea com pesquisa de hemofagocitose, iniciando terapia direcionada à hemofagocitose com dexametasona e etoposida.

41

Homem de 58 anos, com diabetes mellitus tipo 2 diagnosticado há oito anos, em uso regular de metformina 850 mg três vezes ao dia e glimepirida 4 mg por dia, procura consulta de rotina trazendo resultados de exames solicitados na consulta anterior, há três meses. Refere aderência adequada ao tratamento medicamentoso e relata que realiza automonitorização glicêmica capilar diariamente, em jejum e pré-prandial, com valores habitualmente entre 110 e 140 mg/dL. Nega episódios de hipoglicemia, alterações visuais ou sintomas de neuropatia. Ao exame físico, apresenta IMC 28 kg/m² e pressão arterial de 128 x 82 mmHg, sem outras alterações significativas.

Exames laboratoriais atuais:

- hemoglobina glicada 9,2% (VR: menor que 5,7%)
- glicemia de jejum 128 mg/dL (VR: 70-99 mg/dL)
- hemoglobina 10,8 g/dL (VR: 13-17 g/dL)
- volume corpuscular médio 108 fL (VR: 80-100 fL)
- leucócitos 5.200/mm³
- plaquetas 180.000/mm³

Exames de três meses atrás:

- hemoglobina glicada 8,8%
- glicemia de jejum 132 mg/dL
- hemoglobina 11,2 g/dL
- volume corpuscular médio 106 fL
- creatinina 0,9 mg/dL
- taxa de filtração glomerular estimada 88 mL/min/1,73m².

A explicação mais provável para a discordância entre os valores da hemoglobina glicada e as glicemias capilares, de jejum e pré-prandiais descritos é:

- (A) presença de hemoglobinopatia não diagnosticada interferindo na metodologia de dosagem da hemoglobina glicada;
- (B) deficiência de vitamina B12 ou folato resultando em baixo turnover de hemácias e predomínio de hemácias senescentes;
- (C) discrepância clinicamente não relevante, pois ambas as medidas estão em acordo com o diagnóstico de diabetes; sendo assim, o manejo adequado é aconselhamento nutricional e repetição dos exames em um ano;
- (D) episódios frequentes de hiperglicemia pós-prandial não detectados pela automonitorização glicêmica realizada apenas em jejum e períodos pré-prandiais, devendo ser solicitado teste oral de tolerância à glicose;
- (E) hemólise crônica subclínica gerando aumento do turnover eritrocitário e consequente elevação falsa da hemoglobina glicada.

42

Mulher de 62 anos procura atendimento ambulatorial por quadro de dispepsia pós-prandial há aproximadamente seis meses com as seguintes características: desconforto epigástrico após as refeições, plenitude precoce e ocasionais episódios de náuseas. Refere história de diabetes mellitus tipo 1, diagnosticado aos 28 anos, em uso regular de insulina, e hipotireoidismo em tratamento com levotiroxina 100 mcg por dia. Nega tabagismo, etilismo ou uso de anti-inflamatórios não esteroidais. Ao exame físico, apresenta IMC 24 kg/m², palidez cutaneomucosa discreta, glossite atrófica e ausência de outras alterações significativas.

Exames laboratoriais:

- hemoglobina 10,2 g/dL (VR: 12-16 g/dL)
- volume corpuscular médio 102 fL (VR: 80-100 fL)
- leucócitos 4.800/mm³
- plaquetas 165.000/mm³
- ferritina 88 ng/mL (VR: 15-150 ng/mL)
- vitamina B12 sérica 145 pg/mL (VR: 200-900 pg/mL)
- ácido metilmalônico elevado
- gastrina sérica em jejum 850 pg/mL (VR: menor que 100 pg/mL).

Endoscopia digestiva alta evidencia mucosa gástrica com aspecto atrófico difuso no corpo e fundo, com visibilidade aumentada da vascularização submucosa e múltiplas pequenas lesões polipoides menores que um centímetro. Anatomopatológico de biópsias do corpo gástrico demonstra atrofia glandular acentuada com perda de células parietais e principais, substituição por epitélio metaplásico pseudopilórico e intestinal, infiltrado inflamatório linfoplasmocitário em profundidade e hiperplasia de células enterocromafins-like. Biópsias de antro mostram mucosa preservada sem atrofia. Pesquisa de *Helicobacter pylori* negativa.

A conduta apropriada para o caso descrito é:

- (A) iniciar terapia de erradicação para *Helicobacter pylori* com esquema tríplice por 14 dias, programar endoscopia de controle em três meses e orientar reposição oral de vitamina B12;
- (B) solicitar dosagem de anticorpos anticélulas parietais e antifator intrínseco, iniciar reposição parenteral de vitamina B12, programar vigilância endoscópica a cada três anos e investigar lesões polipoides com biópsias adicionais;
- (C) programar vigilância endoscópica anual devido ao alto risco de adenocarcinoma gástrico tipo intestinal, iniciar suplementação oral de ferro e vitamina B12 e repetir dosagem de gastrina em seis meses;
- (D) encaminhar para antrectomia cirúrgica para redução dos níveis de gastrina e prevenção de tumores neuroendócrinos, associada à reposição parenteral de vitamina B12 em longo prazo;
- (E) iniciar inibidor de bomba de prótons em dose plena, programar endoscopia de controle em um ano e orientar suplementação oral de vitamina B12 e ácido fólico.

43

Homem de 52 anos em acompanhamento oncológico por adenocarcinoma de cólon estadiado IIIB tratado com ressecção cirúrgica há 18 meses e quimioterapia adjuvante concluída há 12 meses, atualmente em remissão com marcadores tumorais normais e tomografia de controle recente sem evidências de recidiva tumoral ou metástases. Durante o tratamento quimioterápico, iniciou uso de morfina de liberação prolongada para controle de dor abdominal relacionada ao procedimento cirúrgico e toxicidade gastrointestinal da quimioterapia. Após conclusão da quimioterapia, manteve uso de morfina para controle de dor abdominal crônica relacionada a aderências pós-operatórias, com dose estável de 30 mg a cada 12 horas por quatro meses. Nas últimas 16 semanas, apresentou escalada progressiva da dose de morfina, atualmente em 240 mg a cada 12 horas, sem obtenção de analgesia satisfatória. Retorna ao ambulatório referindo piora paradoxal da dor abdominal apesar dos aumentos sequenciais de dose nas últimas consultas, descrevendo a dor atual como difusa, mal definida, com irradiação para região lombar bilateral e membros inferiores, diferentemente da dor localizada original. Relata que pequenos estímulos táteis na parede abdominal desencadeiam desconforto desproporcional. Refere também redução da frequência evacuatória, passando de evacuações diárias para evacuações a cada dois a três dias com fezes endurecidas, mas sem parada completa de eliminação de flatos ou fezes. Nega náuseas, vômitos, distensão abdominal progressiva, febre, perda ponderal recente ou outros sintomas sistêmicos. Ao exame físico: IMC 24 kg/m², lícido e orientado, pressão arterial 118 x 76 mmHg, frequência cardíaca 72 bpm, eupneico. Abdômen globoso, ruídos hidroaéreos presentes e normais, timpânico à percussão, indolor à palpação superficial mas com hiperalgia tátil difusa à palpação mais profunda sem defesa ou sinais de irritação peritoneal, sem massas ou visceromegalias palpáveis. Exame neurológico dos membros inferiores com sensibilidade preservada mas com resposta exagerada a estímulos dolorosos leves. Exames laboratoriais recentes: hemograma completo normal, função renal e hepática normais, eletrólitos normais, antígeno carcinoembrionário 2,8 ng/mL (VR: menor que 5,0 ng/mL). Radiografia simples de abdômen com distribuição gasosa normal, presença de fezes em cólon descendente e sigmoide sem dilatação de alças e ausência de níveis hidroaéreos. A conduta apropriada para o manejo dessa condição é:

- (A) iniciar metoclopramida 10 mg via oral três vezes ao dia, aumentar a dose de morfina para 300 mg a cada 12 horas devido à progressão da tolerância analgésica e solicitar endoscopia digestiva alta e colonoscopia para investigação de complicações gastrointestinais;
- (B) reduzir a dose de morfina em 50% imediatamente, iniciar oxicodona de liberação controlada na dose equianalgésica calculada por tabela de conversão para a dose reduzida e associar pregabalina 150 mg duas vezes ao dia como terapia adjuvante;
- (C) reduzir progressivamente a dose de morfina em 25 a 30% a cada dois a três dias, associar gabapentina iniciando com 300 mg à noite com titulação gradual até 900 mg três vezes ao dia, considerar rotação para metadona com razão de conversão conservadora e adicionar antidepressivo tricíclico como amitriptilina 25 mg à noite;
- (D) manter a dose atual de morfina, solicitar tomografia de abdômen com contraste para descartar obstrução intestinal parcial, iniciar laxativos osmóticos e estimulantes em doses elevadas e considerar descompressão por sonda nasogástrica se houver piora clínica;

- (E) realizar rotação imediata para fentanil transdérmico 100 mcg por hora calculado pela razão de conversão padrão 1:100 com morfina oral, associar cetamina em baixas doses por via subcutânea contínua 0,5 mg por kg por dia e adicionar dexametasona 4 mg duas vezes ao dia.

44

Homem de 38 anos é trazido ao pronto-socorro por familiares com história de ter participado de evento social há aproximadamente 18 horas, no qual consumiu bebida alcoólica destilada de procedência desconhecida. Familiares relatam que o paciente retornou para casa apresentando quadro de embriaguez habitual, tendo dormido normalmente durante a noite. Acordou pela manhã queixando-se de cefaleia intensa, náuseas e dor abdominal difusa, sintomas que inicialmente foram atribuídos a ressaca alcoólica. Ao longo do dia, apresentou piora progressiva do estado geral, com vômitos repetidos, confusão mental e queixas de visão turva com dificuldade para enxergar. Ao exame físico na admissão: paciente confuso, Glasgow 13 (abertura ocular espontânea, resposta verbal confusa, obediência a comandos), desidratado, mucosas secas, pressão arterial 98 x 62 mmHg, frequência cardíaca 118 bpm, frequência respiratória 28 incursões por minuto profundas e regulares (padrão de Kussmaul), temperatura axilar 36,2 °C, saturação periférica de oxigênio 98% em ar ambiente; pupilas isocóricas e fotorreagentes, com midríase bilateral discreta; abdômen difusamente doloroso à palpação sem sinais de irritação peritoneal. Exame neurológico com reflexos tendinosos profundos globalmente diminuídos.

Exames laboratoriais iniciais:

- hemograma com hemoglobina 14,2 g/dL
- leucócitos 11.800/mm³ com 78% de neutrófilos
- plaquetas 198.000/mm³

Função renal:

- ureia 58 mg/dL (VR: 10-50 mg/dL)
- creatinina 1,8 mg/dL (VR: 0,7-1,2 mg/dL)

Eletrólitos:

- sódio 138 mEq/L
- potássio 4,2 mEq/L
- cloreto 98 mEq/L

Glicemia 168 mg/dL.

Função hepática:

- transaminase glutâmico-oxalacética 78 UI/L
- transaminase glutâmico-pirúvica 82 UI/L
- bilirrubinas totais 0,9 mg/dL

Amilase sérica 420 UI/L (VR: até 100 UI/L).

Osmolaridade sérica medida 348 mOsm/kg (VR: 280-295 mOsm/kg).

Gasometria arterial: pH 7,18, PaCO₂ 18 mmHg, PaO₂ 102 mmHg, bicarbonato 6,8 mEq/L, excesso de bases menos 20 mEq/L, lactato 2,8 mmol/L (VR: 0,5-2,2 mmol/L).

Eletrcardiograma com taquicardia sinusal sem outras alterações agudas.

A conduta apropriada para o manejo desse paciente é:

- (A) iniciar reposição volêmica vigorosa com solução salina isotônica, administrar tiamina 100 mg intravenosa seguida de glicose hipertônica para correção de possível encefalopatia de Wernicke, solicitar tomografia computadorizada de crânio para investigação de acidente vascular cerebral ou hemorragia intracraniana e avaliar necessidade de hemodiálise se houver piora do quadro neurológico;
- (B) administrar carvão ativado 50 gramas por sonda nasogástrica seguido de catártico salino, iniciar bicarbonato de sódio intravenoso para correção da acidose metabólica visando pH maior que 7,35, realizar lavagem gástrica com solução salina e contactar centro de informação toxicológica para orientações sobre administração de pralidoxima como antídoto;

- (C) calcular ânion gap e gap osmolar, contactar imediatamente centro de informação toxicológica para orientação sobre administração de etanol intravenoso como antídoto competitivo, iniciar ácido folínico 30 mg intravenoso a cada seis horas, corrigir acidose metabólica com bicarbonato de sódio intravenoso e indicar hemodiálise urgente;
- (D) iniciar antibioticoterapia de amplo espectro com ceftriaxona e metronidazol para cobertura de possível peritonite secundária, realizar reposição volêmica agressiva com cristaloides, administrar naloxona 0,4 mg intravenosa para reversão de possível intoxicação por opioides concomitante e solicitar tomografia de abdômen com contraste para investigação de abdômen agudo;
- (E) administrar flumazenil 0,2 mg intravenoso para reversão de intoxicação por benzodiazepínicos, iniciar solução polarizante com glicose, insulina e potássio para tratamento de acidose láctica, realizar alcalinização urinária com bicarbonato de sódio e solicitar dosagem de salicilatos séricos para exclusão de intoxicação por ácido acetilsalicílico.

45

Homem de 68 anos é trazido ao pronto-socorro por familiares devido a quadro de confusão mental, sonolência progressiva e vômitos há três dias. Familiares relatam que o paciente vem apresentando emagrecimento de aproximadamente 12 kg nos últimos quatro meses, astenia progressiva, dor óssea em região lombar e tosse seca persistente. Nega tabagismo ou etilismo. Nega uso de suplementos vitamínicos, antiácidos contendo cálcio ou diuréticos. Ao exame físico: paciente letárgico mas responsivo a estímulos verbais, Glasgow 14 (abertura ocular espontânea, resposta verbal confusa, obediência a comandos), desidratado com mucosas secas, pressão arterial 102 x 68 mmHg, frequência cardíaca 96 bpm, frequência respiratória 16 incursões por minuto, temperatura axilar 36,8 °C, saturação periférica de oxigênio 94% em ar ambiente. Exame cardiovascular e pulmonar sem alterações significativas à ausculta. Abdômen flácido, indolor, sem massas ou visceromegalias.

Exames laboratoriais iniciais:

- hemograma com hemoglobina 10,2 g/dL (VR: 13-17 g/dL)
- volume corpuscular médio 88 fl (VR: 80-100 fl)
- leucócitos 9.200/mm³ sem desvio
- plaquetas 185.000/mm³

Função renal:

- ureia 78 mg/dL (VR: 10-50 mg/dL)
- creatinina 2,1 mg/dL (VR: 0,7-1,2 mg/dL)

Eletrólitos:

- sódio 136 mEq/L
- potássio 3,8 mEq/L
- cloreto 98 mEq/L

Cálcio total 15,2 mg/dL (VR: 8,5-10,5 mg/dL).

Albumina sérica 3,2 g/dL (VR: 3,5-5,0 g/dL).

Fósforo 2,1 mg/dL (VR: 2,5-4,5 mg/dL).

Magnésio 1,8 mEq/L (VR: 1,5-2,5 mEq/L).

Cálcio corrigido pela albumina: 15,6 mg/dL.

Fosfatase alcalina 420 UI/L (VR: 30-120 UI/L).

Gasometria venosa: pH 7,42, bicarbonato 26 mEq/L.

Glicemia 118 mg/dL.

Eletrocardiograma: ritmo sinusal, frequência cardíaca 94 bpm, intervalo PR 160 ms, intervalo QT 360 ms, intervalo QTc 420 ms (VR: até 440 ms em homens).

Radiografia de tórax evidencia massa em lobo superior direito de aproximadamente 4 cm com espiculação e pequeno derrame pleural à direita.

A conduta inicial apropriada para investigação etiológica da hipercalcemia e tratamento da condição que acomete o paciente é:

- (A) solicitar dosagem de paratormônio intacto, vitamina D (25-hidroxitamina D e 1,25-di-hidroxitamina D), eletroforese de proteínas séricas com imunofixação e cadeias leves livres no soro; iniciar hidratação vigorosa com solução salina isotônica 200 a 300 mL por hora, administrar furosemida 40 mg intravenoso a cada 12 horas para aumentar excreção renal de cálcio e programar ultrassonografia de paratireoides;
- (B) solicitar dosagem de 1,25-di-hidroxitamina D, enzima conversora de angiotensina sérica, eletroforese de proteínas e tomografia computadorizada de tórax de alta resolução; iniciar hidratação com solução salina isotônica, administrar prednisona 60 mg por dia via oral e programar biópsia transbrônquica para confirmação diagnóstica de sarcoidose;
- (C) solicitar dosagem de paratormônio intacto, cálcio urinário de 24 horas, relação cálcio-creatinina urinária e cintilografia de paratireoides com sestamibi; iniciar reposição volêmica com solução salina isotônica e programar cirurgia de paratireoidectomia urgente nas próximas 24 horas devido a hipercalcemia grave sintomática;

- (D) solicitar dosagem de hormônio estimulante da tireoide, tiroxina livre, anticorpos antitireoidianos e captação de iodo radioativo pela tireoide; iniciar hidratação venosa com solução salina isotônica, administrar propiltiouracil 200 mg via oral três vezes ao dia e propranolol 40 mg via oral três vezes ao dia para controle da tireotoxicose;
- (E) solicitar dosagem de paratormônio intacto, proteína relacionada ao paratormônio, 25-hidroxitamina D e 1,25-di-hidroxitamina D; iniciar hidratação com solução salina isotônica 200 a 300 mL por hora ajustada para manter débito urinário 100 a 150 mL por hora e administrar calcitonina 4 unidades por kg subcutânea e ácido zoledrônico 4 mg intravenoso em 15 minutos.

46

Mulher de 62 anos, com diagnóstico de adenocarcinoma gástrico avançado em cuidados paliativos domiciliares, é trazida ao pronto-socorro por familiares devido a quadro de confusão mental progressiva há cinco dias. Familiares relatam que a paciente vem apresentando náuseas persistentes e vômitos frequentes nas últimas três semanas, com piora após tentativas de alimentação, tendo perdido aproximadamente 8 kg nesse período. Relata inapetência acentuada e consegue ingerir apenas pequenas quantidades de líquidos. Possui gastrostomia para drenagem que tem drenado volumes de 800 a 1200 mL diariamente. Não recebe nutrição enteral ou parenteral. Nega uso de bebidas alcoólicas. Nas últimas 48 horas, apresentou desorientação progressiva, inicialmente temporal e posteriormente também espacial, com dificuldade para reconhecer familiares.

Ao exame físico: paciente confusa, desorientada no tempo e espaço, Glasgow 13 (abertura ocular espontânea, resposta verbal confusa, obediência a comandos), emagrecida com perda acentuada de massa muscular, desidratada com mucosas secas, pressão arterial 96 x 58 mmHg, frequência cardíaca 102 bpm, frequência respiratória 18 incursões por minuto, temperatura axilar 36,4 °C.

Exame neurológico: pupilas isocóricas e fotorreagentes mas com resposta lentificada, nistagmo horizontal bilateral evocado pelo olhar lateral, oftalmoparesia do músculo reto lateral bilateral mais acentuada à direita, paciente acamada sem condições de deambulação, incoordenação de membros superiores à prova índex-nariz bilateralmente, reflexos patelares e aquileus diminuídos simetricamente, sensibilidade tátil preservada, mas com hipoestesia distal em membros inferiores.

Exames laboratoriais:

- hemoglobina 9,2 g/dL (VR: 12-16 g/dL)
- volume corpuscular médio 102 fL (VR: 80-100 fL)
- leucócitos 6.800/mm³ sem desvio
- plaquetas 165.000/mm³

Função renal:

- ureia 52 mg/dL (VR: 10-50 mg/dL)
- creatinina 1,2 mg/dL (VR: 0,7-1,2 mg/dL)

Eletrólitos:

- sódio 132 mEq/L
- potássio 3,2 mEq/L
- cloreto 96 mEq/L
- magnésio 1,4 mEq/L (VR: 1,5-2,5 mEq/L)

Glicemia 88 mg/dL.

Albumina sérica 2,4 g/dL (VR: 3,5-5,0 g/dL).

Gasometria venosa: pH 7,38, bicarbonato 22 mEq/L.

Tomografia computadorizada de crânio sem contraste realizada na emergência não evidencia lesões agudas, hemorragias ou efeito de massa.

Eletrocardiograma: taquicardia sinusal, frequência cardíaca 102 bpm, sem outras alterações agudas.

O tratamento inicial apropriado para a condição neurológica que acomete essa paciente é:

- (A) administrar naloxona 0,4 mg intravenosa em bolus, podendo repetir até a dose máxima de 2 mg para reversão de possível intoxicação por opioides utilizados para controle de dor oncológica; associar flumazenil 0,2 mg intravenoso em bolus para reversão de benzodiazepínicos e iniciar reposição volêmica com solução salina isotônica;
- (B) administrar tiamina 100 mg intramuscular em dose única, seguida de tiamina oral 100 mg por dia por cinco dias; iniciar reposição de magnésio com sulfato de magnésio 2 gramas intravenoso em dose única e prescrever suplementação vitamínica oral com complexo B após estabilização do quadro;

- (C) administrar glicose hipertônica 50% 50 mL intravenosa em bolus para correção de possível hipoglicemia não detectada, seguida de tiamina 100 mg intramuscular após infusão de glicose; iniciar reposição volêmica com soro glicosado 5% e programar ressonância magnética de encéfalo para investigação etiológica;
- (D) administrar tiamina 500 mg intravenosa diluída em 100 mL de solução salina isotônica infundida em 30 minutos três vezes ao dia por dois dias consecutivos, seguida de 250 mg intravenosa ou intramuscular uma vez ao dia por mais cinco dias; repor magnésio e outras vitaminas do complexo B, e iniciar tiamina oral 100 mg ao dia após completar tratamento parenteral;
- (E) administrar aciclovir 10 mg por kg intravenoso a cada oito horas para tratamento de possível encefalite herpética; solicitar punção lombar com análise do líquido incluindo reação em cadeia da polimerase para herpes simples; iniciar dexametasona 4 mg intravenoso a cada seis horas e programar eletroencefalograma.

47

Mulher de 32 anos, com diagnóstico prévio de transtorno bipolar tipo I em uso irregular de lítio e olanzapina, é trazida ao pronto-socorro por familiares devido a quadro de mutismo, imobilidade e recusa alimentar há quatro dias. Familiares relatam que, duas semanas antes, a paciente apresentou episódio de exaltação do humor, aceleração do pensamento, diminuição da necessidade de sono e gastos excessivos, tendo sido aumentada a dose de olanzapina de 10 mg para 20 mg ao dia pelo psiquiatra assistente. Há quatro dias, apresentou piora súbita com surgimento de imobilidade progressiva, permanecendo sentada na mesma posição por horas, recusando-se a falar, comer ou beber. Não apresentou febre ou alterações autonômicas significativas. Negam uso de outras medicações além do lítio e olanzapina. Ao exame físico: paciente vigil, tem olhar fixo sem acompanhamento visual, não responde a comandos verbais, mantém postura sentada com braço direito elevado em posição incomum há vários minutos; pressão arterial 118 x 76 mmHg, frequência cardíaca 88 bpm, frequência respiratória 16 incursões por minuto, temperatura axilar 36,8 °C. Exame neurológico: pupilas isocóricas e fotorreagentes; quando o examinador tenta posicionar passivamente os membros da paciente, há resistência leve e constante com manutenção da posição imposta (flexibilidade cérea), ausência de movimentos espontâneos, reflexos tendinosos profundos normais e simétricos, reflexo cutâneo-plantar em flexão bilateral, ausência de rigidez em roda denteada ou tremor de repouso.

Exames laboratoriais: hemograma completo normal, função renal e hepática normais, eletrólitos séricos normais incluindo cálcio e magnésio, glicemia 92 mg/dL, creatinoquinase 180 UI/L (VR: 26-192 UI/L), hormônio estimulante da tireoide normal.

Tomografia computadorizada de crânio sem contraste não evidencia lesões agudas, hemorragias ou efeito de massa.

Eletrocardiograma: ritmo sinusal, frequência cardíaca 88 bpm, intervalo QTc 410 ms, sem outras alterações.

A conduta inicial apropriada para diagnóstico e tratamento dessa paciente é:

- (A) suspender imediatamente olanzapina devido a síndrome neuroléptica maligna, iniciar reposição volêmica vigorosa com solução salina isotônica, administrar dantroleno sódico 2,5 mg por kg intravenoso seguido de doses adicionais até dose máxima de 10 mg por kg, iniciar bromocriptina 2,5 mg via oral três vezes ao dia e transferir para unidade de terapia intensiva;
- (B) solicitar punção lombar com análise do líquido cefalorraquidiano incluindo citologia, bioquímica, cultura e pesquisa de anticorpos anti-receptor NMDA, iniciar aciclovir 10 mg por kg intravenoso a cada oito horas empiricamente, administrar dexametasona 10 mg intravenoso a cada seis horas e programar eletroencefalograma urgente;
- (C) suspender olanzapina e lítio imediatamente devido a síndrome serotoninérgica, administrar ciproheptadina 12 mg via sonda nasogástrica seguida de 2 mg a cada duas horas até melhora dos sintomas, iniciar resfriamento ativo com medidas físicas, administrar benzodiazepínicos para agitação se necessário e monitorizar em unidade de terapia intensiva;
- (D) solicitar eletroencefalograma urgente para investigação de estado de mal epiléptico não convulsivo, administrar lorazepam 2 mg intravenoso em bolus lento e observar resposta clínica em 5 a 10 minutos, repetir dose se necessário, e iniciar fenitoína 18 mg por kg intravenosa em infusão se atividade epileptiforme for confirmada no eletroencefalograma;

- (E) suspender olanzapina devido à piora de catatonia induzida por antipsicótico, administrar lorazepam 1 a 2 mg intravenoso em bolus lento e avaliar resposta clínica em 5 a 10 minutos, podendo repetir segunda dose; iniciar lorazepam 2 mg via oral ou intramuscular três vezes ao dia após resposta positiva ao teste e considerar eletroconvulsoterapia se refratária ao tratamento medicamentoso.

48

Homem de 58 anos, com diagnóstico recente de adenocarcinoma de pâncreas localmente avançado não ressecável, comparece à consulta de oncologia clínica para discussão de tratamento quimioterápico paliativo. Paciente relata emagrecimento de 11 kg nos últimos três meses, astenia progressiva e desconforto abdominal vago. Nega história pessoal ou familiar de trombose venosa profunda ou embolia pulmonar. Nega tabagismo, etilismo ou uso de outras medicações.

Ao exame físico: paciente emagrecido, pressão arterial 128 x 82 mmHg, frequência cardíaca 76 bpm, IMC 26 kg/m²; abdômen: palpável massa em região epigástrica, indolor, sem sinais de irritação peritoneal; membros inferiores sem edema, sem sinais de trombose venosa; pulsos periféricos palpáveis e simétricos.

Exames laboratoriais pré-quimioterapia:

- hemoglobina 10,2 g/dL (VR: 13,5-17,5 g/dL)
- volume corpuscular médio 88 fL (VR: 80-100 fL)
- leucócitos 12.800/mm³ (VR: 4.000-10.000/mm³)
- plaquetas 420.000/mm³ (VR: 150.000-450.000/mm³)
- função renal e hepática normais
- bilirrubina total 0,8 mg/dL
- albumina 3,4 g/dL

Tomografia computadorizada de abdômen com contraste: massa pancreática de 4,2 centímetros em corpo pancreático com invasão de tronco celíaco e artéria mesentérica superior, múltiplas lesões hepáticas sugestivas de metástases. Estadiamento: doença metastática.

Paciente será submetido a quimioterapia com esquema FOLFIRINOX modificado ambulatorial com ciclos a cada 14 dias.

Durante a consulta, o oncologista discute com o paciente o risco aumentado de tromboembolismo venoso associado ao câncer de pâncreas e à quimioterapia.

A conduta apropriada para profilaxia primária de tromboembolismo venoso nesse paciente ambulatorial é:

- (A) orientar medidas gerais de prevenção, incluindo hidratação adequada com ingestão de pelo menos 2 litros de líquidos ao dia, evitar imobilização prolongada com caminhadas regulares de 30 minutos diariamente, elevar membros inferiores ao repouso e realizar exercícios de flexão e extensão dos pés periodicamente;
- (B) prescrever meias de compressão elástica graduada de alta compressão (30 a 40 mmHg) para uso contínuo em ambos os membros inferiores durante o dia, orientar retirada apenas para dormir e tomar banho, e associar compressão pneumática intermitente domiciliar por 2 horas ao dia;
- (C) iniciar enoxaparina 40 mg via subcutânea uma vez ao dia de forma contínua durante todo o período de quimioterapia, orientar técnica de autoaplicação ou aplicação por familiar treinado, e reavaliar necessidade de manutenção a cada 3 meses;
- (D) iniciar apixabana 2,5 mg via oral duas vezes ao dia por 180 dias a partir do início da quimioterapia, orientar sobre sinais de sangramento e necessidade de suspensão 48 horas antes de procedimentos invasivos, e reavaliar risco-benefício após 6 meses;
- (E) iniciar rivaroxabana 20 mg via oral uma vez ao dia durante todo o período de quimioterapia, orientar ingestão junto com refeições para melhor absorção, solicitar controle de função renal mensal e suspender se taxa de filtração for inferior a 50 mL/min.

49

Mulher de 48 anos procura atendimento médico para avaliação de rotina. Refere ganho ponderal progressivo nos últimos anos, com aumento da circunferência abdominal. Nega consumo regular de bebidas alcoólicas (consome esporadicamente em festas, não ultrapassando 20g de etanol/semana). Não faz uso de medicações hepatotóxicas.

Ao exame físico: IMC 32 kg/m², circunferência abdominal 96 cm, pressão arterial 138 x 88 mmHg; restante do exame físico sem particularidades.

Exames laboratoriais:

- glicemia de jejum 118 mg/dL (VR: 70-99 mg/dL)
- hemoglobina glicada 6,2% (VR: <5,7%)
- AST 48 U/L (VR: 10-40 U/L)
- ALT 62 U/L (VR: 10-40 U/L)
- relação AST/ALT 0,77
- fosfatase alcalina 88 U/L (VR: 40-150 U/L)
- GGT 72 U/L (VR: 8-61 U/L)
- bilirrubina total 0,8 mg/dL (VR: 0,3-1,2 mg/dL)
- albumina 4,2 g/dL (VR: 3,5-5,0 g/dL)
- colesterol total 238 mg/dL
- HDL 38 mg/dL (VR: >40 mg/dL em mulheres)
- triglicerídeos 185 mg/dL (VR: <150 mg/dL)
- Plaquetas 220.000/mm³ (VR: 150.000-400.000/mm³)
- sorologias para hepatites B e C negativas
- ferritina 180 ng/mL (VR: 15-150 ng/mL em mulheres)
- anticorpos antinucleares (FAN) negativo
- anticorpo antimitocôndria (AMA) negativo

Ultrassonografia de abdômen superior: fígado com dimensões aumentadas e ecotextura difusamente hiperecogênica, compatível com esteatose hepática moderada a acentuada; vesícula biliar, vias biliares, pâncreas e baço sem alterações. Escore FIB-4 calculado: 1,33.

A conduta apropriada para essa paciente é:

- (A) realizar elastografia transitória por ultrassom (VCTE) para avaliação não invasiva de fibrose hepática;
- (B) solicitar biópsia hepática para estadiamento definitivo da fibrose, considerando o valor indeterminado do FIB-4;
- (C) acompanhar clinicamente com ultrassonografia de abdômen anual, sem necessidade de investigação adicional para fibrose;
- (D) iniciar tratamento com ácido ursodesoxicólico e reavaliar a função hepática em seis meses;
- (E) solicitar ressonância magnética de abdômen com contraste para melhor caracterização da esteatose hepática.

50

Mulher de 51 anos, com histórico familiar de câncer colorretal (irmão diagnosticado aos 40 anos), foi submetida a colonoscopia de rastreamento. O exame evidenciou um pólipó de 0,8 x 0,4 cm localizado no cólon sigmoide, que foi completamente removido. O exame histopatológico demonstrou adenoma tubuloviloso com displasia epitelial de baixo grau.

Com base nas recomendações atuais para o seguimento de pacientes após polipectomia e considerando o histórico familiar descrito, a conduta quanto ao intervalo para nova colonoscopia de acompanhamento é repetir a colonoscopia em:

- (A) 1 ano;
- (B) 3 anos;
- (C) 5 anos;
- (D) 7 anos;
- (E) 10 anos.

51

Homem de 20 anos, previamente hígido, procurou atendimento dez minutos após ingerir biscoito com castanhas, apresentando prurido generalizado, urticária, dor abdominal e sensação de aperto na garganta. Na admissão, apresentava sibilos expiratórios e leve desconforto respiratório. Após tratamento adequado, houve regressão completa dos sintomas em menos de 30 minutos.

Considerando o quadro clínico descrito e as recomendações atuais para o manejo de reações alérgicas graves, deve-se:

- (A) administrar anti-histamínico endovenoso, orientando retorno se houver recidiva e liberando o paciente após melhora clínica;
- (B) administrar adrenalina intramuscular na face lateral da coxa, e observar o paciente por, no mínimo, 2 horas em ambiente hospitalar, liberando o paciente em seguida;
- (C) administrar adrenalina intramuscular, instituir medidas de suporte e observar o paciente por, no mínimo, 6 horas em ambiente hospitalar, estendendo-se para 24 horas em casos mais graves;
- (D) administrar corticoide endovenoso e manter observação ambulatorial por 4 horas;
- (E) prescrever broncodilatador inalatório, fazer hidratação oral e liberar o paciente após o desaparecimento completo do exantema.

52

Mulher de 63 anos foi investigada por osteopenia e níveis séricos de cálcio no limite superior da normalidade. Apresentava deficiência de vitamina D, tratada com suplementação adequada e ajuste dietético. Após normalização da vitamina D e manutenção da ingestão adequada de cálcio, observou-se persistência da elevação do paratormônio (PTH).

Com base no quadro descrito, o(s) exame(s) fundamental(is) para esclarecer o diagnóstico e a conduta mais apropriada são:

- (A) dosagem de cálcio urinário de 24 horas e ultrassonografia cervical, com indicação cirúrgica se confirmado hiperparatireoidismo primário;
- (B) dosagem de fósforo sérico e de cálcio ionizado, mantendo apenas acompanhamento clínico anual;
- (C) dosagem de PTH após restrição de cálcio e vitamina D, adiando a investigação até nova elevação confirmada;
- (D) cintilografia óssea e tomografia cervical, com tratamento medicamentoso à base de calcitonina;
- (E) densitometria óssea de coluna lombar, fêmur e braço esquerdo, com reposição de cálcio oral contínua e acompanhamento clínico anual.

53

Mulher de 38 anos, personal trainer, procura atendimento ambulatorial por fadiga progressiva e dispneia aos esforços leves há oito meses. Mantém dieta balanceada, com consumo adequado de carnes vermelhas e vegetais. Menstruações regulares (ciclos de 28 dias, fluxo moderado por 6 dias). Refere episódios ocasionais de distensão abdominal pós-prandial e fezes amolecidas 2-3 vezes por semana, que atribui a "intestino sensível". Nega sangramentos digestivos evidentes ou perda ponderal significativa. Já realizou três ciclos de sulfato ferroso oral (40 mg de ferro elementar, 3x/dia) nos últimos 6 meses, com melhora discreta e transitória da hemoglobina (máximo: 10,2 g/dL). Ao exame físico: palidez cutaneomucosa ++/4+ e glossite atrófica.

Exames laboratoriais:

- hemoglobina 9,6 g/dL,
- VCM 72 fL,
- HCM 24 pg,
- RDW 18% (aumentado),
- ferro sérico 32 mcg/dL (VR: 50-170),
- ferritina 8 ng/mL (VR: 15-150),
- saturação de transferrina 12% (VR: 20-50%)
- sangue oculto nas fezes negativo (três amostras).

Com base nos achados clínicos e laboratoriais, o diagnóstico e a conduta inicial mais adequados, conforme as diretrizes atuais, são:

- (A) anemia ferropriva secundária a sangramento uterino funcional; solicitar ultrassonografia transvaginal e considerar DIU com levonorgestrel;
- (B) gastrite atrófica autoimune com deficiência combinada de ferro e vitamina B12; solicitar dosagem de B12, gastrina sérica e anticorpo anticélula parietal;
- (C) doença celíaca com má absorção de ferro; solicitar sorologia para antitransglutaminase tecidual IgA e IgA total;
- (D) anemia ferropriva refratária a ferro oral (IRIDA – iron-refractory iron deficiency anemia); iniciar reposição com ferro parenteral e solicitar dosagem de hepcidina;
- (E) síndrome de má absorção por supercrescimento bacteriano intestinal (SIBO); solicitar teste respiratório de hidrogênio expirado e considerar antibioticoterapia empírica.

54

Homem de 34 anos procura atendimento por dor abdominal em cólica, predominante em fossa ilíaca direita, e evacuações diarreicas com muco e raias de sangue há 10 dias. Refere que os sintomas iniciaram de forma súbita após refeição em restaurante. Apresenta períodos de melhora espontânea seguidos de piora, com intensificação noturna dos sintomas. Ao exame físico: sensibilidade à palpação profunda em quadrante inferior direito, sem defesa ou sinais de irritação peritoneal; ausência de visceromegalias. Nega imunodeficiências, comorbidades ou uso prévio de antibióticos. Exame parasitológico de fezes (método direto a fresco) evidencia presença de trofozoítos com inclusões citoplasmáticas compatíveis com hemácias fagocitadas. Leucograma: $11.200/\text{mm}^3$ (neutrófilos 72%, linfócitos 20%, eosinófilos 3%). Proteína C reativa: 42 mg/L. O paciente questiona a necessidade de “tomar dois remédios diferentes” e solicita “o mínimo de medicação necessário para ficar bom”.

Com base nas recomendações atuais, o tratamento mais adequado para esse caso é:

- (A) metronidazol 750 mg 3x/dia por 10 dias; a resolução clínica costuma ser completa e dispensa tratamento adicional na ausência de imunossupressão;
- (B) secnidazol 2 g em dose única, seguido de agente luminal para eliminação de cistos e prevenção de recidiva;
- (C) tinidazol 2 g/dia por 3 dias; apresenta eficácia semelhante ao metronidazol e melhor tolerabilidade gastrointestinal, podendo ser utilizado em esquemas curtos;
- (D) albendazol 400 mg/dia por 3 dias (para possível coinfeção helmíntica), seguido de metronidazol 500 mg 3x/dia por 7 dias para tratamento específico da amebíase;
- (E) metronidazol 750 mg 3x/dia por 10 dias associado a doxiciclina 100 mg 2x/dia por 7 dias, considerando que disenteria amebiana pode cursar com translocação bacteriana e risco de bacteremia em pacientes com lesões mucosas extensas.

55

Homem de 49 anos, IMC 36 kg/m^2 , hipertenso e dislipidêmico, faz uso regular de semaglutida há oito meses com perda ponderal estável. Durante revisão terapêutica, cogita-se troca para tirzepatida, análogo duplo GIP/GLP-1. O paciente refere náuseas leves nas primeiras semanas de tratamento anterior, sem outros eventos.

Considerando os mecanismos farmacológicos e o perfil de segurança dos agonistas de GLP-1 e dos agonistas duplos de GIP/GLP-1, a opção que representa a conduta e a orientação mais adequadas é:

- (A) substituir semaglutida por tirzepatida em dose plena imediata, pois os efeitos gastrointestinais são menos frequentes com a ação do GIP, mantendo as medidas de estilo de vida;
- (B) iniciar tirzepatida em titulação gradual, mantendo as medidas de estilo de vida e orientação sobre possíveis efeitos gastrointestinais transitórios;
- (C) suspender qualquer agonista incretínico após perda de peso inicial, pois seu uso prolongado aumenta o risco de hipoglicemia;
- (D) associar análogo de GLP-1 com inibidor de SGLT2 para acelerar a perda de peso, já que se trata de paciente não diabético;
- (E) trocar semaglutida por liraglutida, pois os análogos duplos GIP/GLP-1 são restritos ao tratamento de diabetes tipo 2 e não indicados para obesidade isolada.

56

Mulher de 28 anos, sem comorbidades, apresenta episódios recorrentes de cefaleia pulsátil hemicraniana, acompanhada de fenômenos visuais cintilantes e parestesia em membro superior direito, com duração média de 40 minutos. No episódio atual, há 5 dias, desenvolveu turvação visual bilateral e dificuldade para nomear objetos, seguidas de cefaleia intensa e náuseas. Refere que os sintomas visuais e da fala persistem parcialmente até o momento. O exame neurológico mostra discreta anomia e lentificação da leitura.

Considerando o quadro clínico e os mecanismos fisiopatológicos envolvidos, a hipótese diagnóstica mais provável e a conduta imediata indicada são:

- (A) epilepsia parcial com generalização secundária; solicitar eletroencefalograma e iniciar anticonvulsivante de manutenção;
- (B) enxaqueca com infarto migranoso; iniciar antiagregação plaquetária e manter triptanos conforme necessidade;
- (C) enxaqueca hemipléica familiar; realizar triagem genética e iniciar bloqueador de canal de cálcio profilático;
- (D) aura típica prolongada; manter tratamento habitual com anti-inflamatórios e retorno ambulatorial;
- (E) enxaqueca com aura persistente sem infarto; solicitar ressonância magnética com angiorressonância e evitar o uso de triptanos até exclusão de evento vascular.

57

Homem de 47 anos apresenta congestão nasal, rinorreia purulenta, dor facial em região maxilar bilateral e febre de $38,5^\circ\text{C}$ há 12 dias. Refere piora dos sintomas nas últimas 48 horas, após breve melhora no sétimo dia. Ao exame, observa-se sensibilidade à palpação dos seios maxilares, secreção purulenta em meato médio bilateral e ausência de sinais orbitários ou neurológicos. O paciente é imunocompetente e não apresenta comorbidades conhecidas.

De acordo com as recomendações atuais das diretrizes internacionais para rinossinusite aguda, a conduta terapêutica inicial mais adequada é:

- (A) iniciar amoxicilina-clavulanato por 7 a 10 dias, associando irrigação salina e corticosteroide intranasal como adjuvantes;
- (B) prescrever azitromicina por 3 dias, associando prednisona oral por 5 dias para redução do edema nasal;
- (C) manter apenas tratamento sintomático e reavaliar após 7 dias, pois o quadro ainda é compatível com rinossinusite viral;
- (D) solicitar tomografia computadorizada dos seios da face antes de iniciar antibiótico;
- (E) utilizar corticosteroide sistêmico isolado por 5 dias, reservando antibiótico apenas se houver febre acima de 39°C persistente.

58

Mulher de 43 anos, sem comorbidades, realizou ultrassonografia de tireoide solicitada por sua ginecologista após palpação cervical. O exame revelou nódulo sólido hipoeoico de 1,4 cm no terço médio do lobo direito, com margens irregulares e microcalcificações, sem linfonodomegalias cervicais. TSH: 1,9 mUI/L. A paciente nega sintomas compressivos ou exposição prévia a radiação.

Considerando as recomendações clínicas mais atuais para o manejo de nódulos tireoidianos em adultos, a próxima conduta mais adequada é:

- (A) repetir o ultrassom em 6 a 12 meses, pois nódulos menores que 1,5 cm podem ser apenas observados se assintomáticos;
- (B) solicitar cintilografia de tireoide para avaliar a função nodular, mesmo com TSH normal;
- (C) indicar punção aspirativa por agulha fina (PAAF) guiada por ultrassom, dada a combinação de tamanho e características de alto risco;
- (D) solicitar ultrassonografia cervical ampliada para reavaliar o volume nodular e descartar linfonodos metastáticos antes de definir a necessidade de PAAF;
- (E) indicar PAAF apenas se houver crescimento $\geq 20\%$ no diâmetro em reavaliação ultrassonográfica.

59

Homem de 49 anos, com sobrepeso (IMC 29 kg/m²), relata pirose e regurgitação há oito meses, piorando após as refeições e ao deitar-se. Nega hematêmese, mas refere desconforto retroesternal diário. Endoscopia digestiva alta demonstra esofagite erosiva grau C pela classificação de Los Angeles, sem sinais de metaplasia intestinal.

De acordo com as diretrizes mais atuais para o manejo da doença do refluxo gastroesofágico, a conduta mais adequada nesse caso é:

- (A) prescrever inibidor de bomba de prótons (IBP) em dose plena única por 8 semanas e reavaliar por endoscopia;
- (B) iniciar IBP em dose dupla por 8 semanas, com terapia de manutenção contínua e reavaliação endoscópica após o tratamento;
- (C) iniciar IBP em dose única associada a bloqueador H2 noturno, mantendo o esquema por 12 semanas e suspendendo após melhora clínica;
- (D) prescrever IBP em dose plena associada a pró-cinético e orientar medidas dietéticas, com reavaliação clínica após 4 semanas;
- (E) indicar cirurgia antirrefluxo, considerando o grau C de esofagite e o risco de recorrência após suspensão do IBP.

60

Homem de 32 anos, previamente hígido, apresenta quadro de tosse seca, sibilos e sensação de opressão torácica há 6 meses. Os sintomas são predominantemente noturnos e desencadeados por exposição a poeira doméstica, ocorrendo mais de duas vezes por semana, porém não diariamente. Espirometria mostra relação VEF₁/CVF = 0,72 e aumento do VEF₁ de 15% e 250 mL após broncodilatador.

Com base na estratégia preferencial recomendada pelo GINA 2024–2025, o tratamento inicial mais adequado para esse paciente é:

- (A) prescrever apenas broncodilatador β_2 -agonista de curta duração (SABA) sob demanda, por se tratar de asma leve;
- (B)) iniciar como monoterapia, corticosteroide inalatório (CI) de manutenção diária em baixa dose, sem broncodilatador de alívio prescrito;
- (C) utilizar combinação de corticoide inalatório (formoterol) em baixa dose como medicação única de alívio e manutenção;
- (D) iniciar apenas tratamento sintomático e reavaliar com nova espirometria em três meses;
- (E) prescrever montelucaste como monoterapia de manutenção, reservando o corticosteroide inalatório (CI) para falha terapêutica.

61

Mulher de 75 anos, previamente independente, procura o ambulatório referindo fraqueza progressiva há um ano. Relata que até o ano passado conseguia fazer caminhadas no bairro e realizar atividades domésticas sem dificuldade, mas progressivamente vem apresentando dificuldade para subir escadas, levantar-se da cadeira sem apoio e carregar sacolas de compras. Alimenta-se com dieta pobre em proteínas (ingesta estimada de 0,6 g/kg/dia) e evita exposição solar por medo de câncer de pele. Nega perda ponderal recente, doenças crônicas ou uso contínuo de medicamentos. Ao exame físico: lúcida, orientada, eupneica, sem edemas ou sinais de desnutrição. Força de prensão palmar (dinamometria) = 14 kg (ponto de corte para mulheres < 16 kg), velocidade de marcha = 0,6 m/s (ponto de corte < 0,8 m/s), teste de sentar e levantar 5 vezes = 18 segundos (valor de referência < 15 s). IMC = 22 kg/m², circunferência da panturrilha = 31 cm. Hemograma, função renal, hepática e tireoidiana normais. Dosagem sérica de 25-hidroxivitamina D = 18 ng/mL.

Com base nos critérios diagnósticos do Grupo Europeu de Trabalho sobre Sarcopenia em Pessoas Idosas (European Working Group on Sarcopenia in Older People – 2019) e nas recomendações clínicas mais atuais, o diagnóstico e a conduta mais adequados são:

- (A) desnutrição proteico-calórica; prescrever suplemento hipercalórico e restringir exercícios físicos até recuperação ponderal;
- (B) sarcopenia primária; instituir treinamento resistido supervisionado, aporte proteico de 1,0-1,2 g/kg/dia e suplementação de vitamina D;
- (C) sarcopenia secundária à inatividade; indicar suplementação de creatina monoidratada e exercícios resistidos até normalização da vitamina D;
- (D) caquexia; iniciar suporte nutricional enteral e considerar o uso de estimulante de apetite (acetato de megestrol);
- (E) sarcopenia severa; priorizar reposição de testosterona transdérmica para preservação da massa muscular antes de iniciar fisioterapia.

62

Homem de 42 anos, hígido, procura consulta pré-viagem para avaliação vacinal. Planeja viajar para a região amazônica do Peru em 45 dias, onde permanecerá por 3 semanas realizando ecoturismo em áreas de floresta. Nega comorbidades e uso de medicações contínuas. Relata esquema vacinal completo na infância, porém sem reforços recentes. Na caderneta: última dose de dT há 12 anos, esquema completo de hepatite B há 15 anos, ausência de registro de febre amarela e de reforço recente da Covid-19. Exame físico normal.

Com base nas recomendações atuais da OMS, CDC e Ministério da Saúde (2024-2025), a conduta mais adequada é:

- (A) aplicar vacina contra febre amarela, reforço de dT e dose de Covid-19, iniciar quimioprofilaxia para malária com mefloquina 2 a 3 semanas antes da viagem e orientar uso de repelente;
- (B) evitar a vacina de febre amarela pelo risco em maiores de 40 anos, recomendando apenas atualização de Covid-19 e repelente;
- (C) administrar vacina de febre amarela (dose única), reforço de dT e Covid-19, orientar quimioprofilaxia antimalárica conforme a área de destino e medidas de proteção individual;
- (D) administrar febre amarela apenas se a permanência for superior a 30 dias, solicitar sorologia anti-HBs antes de reforço e prescrever doxiciclina profilática, sem necessidade de vacina contra Covid-19;
- (E) aplicar vacina de febre amarela com reforço em 10 anos, iniciar vacina de hepatite A e adiar a viagem até completar imunização, sem necessidade de atualizar a Covid-19.

63

Homem de 41 anos procura atendimento por referir menor disposição nos últimos meses. Nega uso de medicações ou doenças prévias. Exame físico sem alterações relevantes. Resultados laboratoriais: TSH 4,5 mUI/L, T4 livre normal, anticorpos antitireoperoxidase (anti-TPO) positivos e colesterol LDL 165 mg/dL.

Com base nas recomendações atuais, a conduta mais apropriada é:

- (A) iniciar levotiroxina 25-50 µg/dia, pois a presença de anti-TPO positivo e dislipidemia indica maior risco de progressão para hipotireoidismo clínico;
- (B) não iniciar tratamento; repetir TSH em 6 meses e tratar apenas se TSH > 10 mUI/L ou se surgirem sintomas mais intensos;
- (C) tratar apenas se houver T4 livre abaixo do normal, pois o TSH ainda está dentro da variação fisiológica aceitável;
- (D) solicitar cintilografia da tireoide para definir a necessidade de reposição, pois o anti-TPO positivo isoladamente não tem valor prognóstico;
- (E) postergar tratamento até o paciente apresentar sintomas claros de hipotireoidismo, pois o uso precoce de levotiroxina não altera o risco cardiovascular.

64

Paciente de 58 anos procura atendimento médico com queixa de tontura rotatória há 3 dias. Refere que os sintomas iniciaram ao virar-se na cama pela manhã, com sensação de que o ambiente girava ao seu redor. Os episódios duram cerca de 15 a 30 segundos, são desencadeados por mudanças de posição da cabeça (deitar, levantar, virar-se na cama) e melhoram quando ele permanece imóvel. Nega cefaleia, perda auditiva, zumbido, plenitude auricular ou sintomas neurológicos focais. Relata náusea durante os episódios, sem vômitos. Nega trauma craniano recente. Ao exame físico: marcha sem alterações, ausência de nistagmo espontâneo em posição neutra, ausência de sinais neurológicos focais, otoscopia normal bilateralmente. Foi realizada manobra de Dix-Hallpike à direita, que reproduziu a vertigem com nistagmo rotatório batendo para cima e para a direita, com latência de 3 segundos e duração de 20 segundos, fatigando com repetições.

O diagnóstico mais provável e a conduta terapêutica inicial adequada para esse caso são:

- (A) neurite vestibular; corticoterapia com prednisona 1 mg/kg/dia por 3 dias com desmame progressivo e reabilitação vestibular precoce;
- (B) vertigem postural paroxística benigna de canal semicircular posterior direito; manobra de reposicionamento canalicular de Epley;
- (C) doença de Ménière; dieta hipossódica, restrição de cafeína e álcool, e betaistina 48 mg/dia divididos em 3 tomadas;
- (D) enxaqueca vestibular; profilaxia com propranolol 80 mg/dia e orientação para identificar e evitar gatilhos alimentares;
- (E) acidente vascular cerebral de fossa posterior; internação hospitalar e neuroimagem urgente com tomografia computadorizada ou ressonância magnética de crânio.

65

João e Maria tiveram um embate argumentativo, considerando as ideias que prestigiavam. João, valendo-se de sua liberdade de expressão, teria feito comentários que Maria entendia serem prejudiciais à sua imagem no ambiente sociopolítico e, em último nível, ao seu direito à honra. Por tal razão, Maria ajuizou ação de reparação de danos morais em face de João.

O juiz de direito, ao julgar a causa, observou corretamente que:

- (A) a ordem constitucional somente consagra o direito fundamental à liberdade de expressão, não o direito à honra;
- (B) a liberdade de expressão, em ambientes democráticos, sempre tem preferência sobre outros direitos, a exemplo da honra;
- (C) os direitos fundamentais oferecem proteção absoluta à pessoa humana; logo, é argumentativamente insustentável a colisão cogitada por Maria;
- (D) o direito à honra decorre da dignidade humana, assumindo contornos absolutos, sendo insuscetível de ser objeto de compressão pela liberdade de expressão;
- (E) a identificação do direito que deve preponderar, em maior ou menor medida, se a liberdade de expressão ou o direito à honra, será feita à luz das circunstâncias do caso concreto.

66

O secretário de Infraestrutura do Estado Beta, logo após ser empossado, solicitou que sua assessoria elaborasse edital de licitação com o objetivo de realizar a concessão do serviço local de gás canalizado, de modo a viabilizar a sua exploração por uma sociedade empresária. Essa forma de exploração, ao ver do secretário, tenderia a alcançar maiores níveis de eficiência, considerando a maior mobilidade do setor privado.

Considerando os balizamentos oferecidos pela narrativa e a sistemática constitucional, é correto afirmar que o referido serviço local:

- (A) deve ser explorado pelos municípios, não por Beta;
- (B) deve ser explorado por Beta diretamente, e não indiretamente, como cogitado;
- (C) pode ser explorado indiretamente por Beta, sob o regime de concessão, como cogitado;
- (D) pode ser explorado por Beta direta ou indiretamente, desde que haja delegação da União;
- (E) é de competência privativa da União, não sendo permitido que sua exploração seja delegada a outros entes federativos.

67

O prefeito do Município Sigma almeja contratar pessoa com expertise na área de gestão e governança digital, para dirigir um setor especificamente direcionado ao aprimoramento das atividades que demandam suporte tecnológico, de modo a aprimorar os serviços oferecidos à população. A exigência de um profissional qualificado para a direção do setor refletia uma necessidade permanente da Administração Pública.

Ao consultar sua assessoria jurídica em relação ao formato da referida contratação, o chefe do Poder Executivo municipal foi corretamente esclarecido de que:

- (A) deve ser utilizada a sistemática da contratação temporária;
- (B) a contratação deve ser antecedida pela aprovação da pessoa em concurso público;
- (C) podem ser utilizadas as sistemáticas do cargo em comissão e da função de confiança;
- (D) somente pode ser utilizada a sistemática do cargo em comissão, caso não haja prévia aprovação em concurso público;
- (E) somente pode ser utilizada a sistemática da função de confiança, caso não haja prévia aprovação em concurso público.

68

João, servidor público no âmbito do Tribunal de Justiça do Estado do Rio de Janeiro, está analisando determinado processo em que a autarquia estadual Alfa e a sociedade de economia mista Beta são partes.

Nesse cenário, considerando o entendimento doutrinário dominante, é correto afirmar que:

- (A) a sociedade de economia mista Beta é uma pessoa jurídica de direito privado integrante da Administração Pública indireta;
- (B) o Tribunal de Justiça do Estado do Rio de Janeiro é um órgão público integrante da Administração Pública indireta;
- (C) a autarquia estadual Alfa é uma pessoa jurídica de direito público integrante da Administração Pública direta;
- (D) o Tribunal de Justiça do Estado do Rio de Janeiro é uma manifestação da descentralização administrativa;
- (E) a autarquia estadual Alfa é uma manifestação da desconcentração administrativa.

69

Matheus, servidor público no Tribunal de Justiça do Estado do Rio de Janeiro, tomou conhecimento de que a sociedade empresária Alfa impetrou, em juízo, mandado de segurança coletivo, com o objetivo de proteger o direito líquido e certo dos seus acionistas. Nesse cenário, considerando as disposições da Constituição Federal, é correto afirmar que a sociedade empresária Alfa agiu de forma:

- (A) inadequada, pois o mandado de segurança coletivo poderá ser impetrado por partido político com representação no Congresso Nacional, bem como por organização sindical, entidade de classe ou associação legalmente constituída e em funcionamento há pelo menos um ano, em defesa dos interesses de seus membros ou associados;
- (B) inadequada, pois o mandado de segurança coletivo poderá ser impetrado por partido político com representação no Congresso Nacional, bem como por associação legalmente constituída e em funcionamento há pelo menos três anos, em defesa dos interesses de seus associados;
- (C) acertada, pois, ausente previsão constitucional ou legal em sentido contrário, o mandado de segurança coletivo poderá ser impetrado tanto por pessoas físicas quanto por pessoas jurídicas, na defesa dos interesses da coletividade em geral;
- (D) inadequada, pois o mandado de segurança coletivo poderá ser impetrado por partido político com representação no Congresso Nacional ou nas Assembleias Legislativas dos estados da federação;
- (E) acertada, pois o mandado de segurança coletivo poderá ser impetrado por qualquer pessoa jurídica de direito privado, na defesa dos interesses de seus membros ou acionistas.

70

O prefeito do Município Alfa, no Estado do Rio de Janeiro, pretende publicar edital de licitação visando à celebração de contrato administrativo com a entidade vencedora. Registre-se que o referido agente político demonstrou interesse na utilização, como modalidade de licitação, de regras combinadas do pregão e da concorrência.

Nesse cenário, considerando as disposições da Lei nº 14.133/2021, é correto afirmar que:

- (A) não é possível a combinação das regras aplicáveis ao pregão e à concorrência, pois, como a legislação é silente sobre a matéria, o poder público não poderá inovar;
- (B) é possível a combinação das regras aplicáveis ao pregão e à concorrência, desde que haja concordância expressa dos licitantes;
- (C) é possível a combinação das regras aplicáveis ao pregão e à concorrência, desde que o edital de licitação assim o preveja;
- (D) não é possível a combinação das regras aplicáveis ao pregão e à concorrência, por expressa vedação legal nesse sentido;
- (E) é possível a combinação das regras aplicáveis ao pregão e à concorrência, por expressa previsão legal nesse sentido.

PROVA DISCURSIVA

Paciente de 32 anos procura ambulatório de pneumologia com quadro de tosse produtiva há 45 dias, inicialmente seca, evoluindo com expectoração mucoide. Refere dispneia progressiva, atualmente aos pequenos esforços, e febre vespertina diária com sudorese noturna. Nega hemoptise. Relata emagrecimento de 6 kg no período (peso habitual 68 kg). Trabalha como auxiliar de enfermagem em unidade de pronto atendimento. Nega comorbidades, tabagismo ou etilismo.

Ao exame físico: paciente emagrecido, corado, taquipneico (FR 28 irpm). Inspeção torácica: abaulamento discreto dos espaços intercostais na base direita e redução da expansibilidade à direita. Palpação: frêmito toracovocal diminuído em base e terço médio de hemitórax direito. Percussão: submacicez em base e terço médio de hemitórax direito. Ausculta pulmonar: murmúrio vesicular abolido em base e terço médio de hemitórax direito.

Radiografia de tórax mostrou velamento de 2/3 inferiores do hemitórax direito com apagamento do seio costofrênico. Foi realizada toracocentese diagnóstica com obtenção de 60 mL de líquido amarelo citrino.

Análise bioquímica do líquido pleural: proteínas 5,2 g/dL, lactato desidrogenase (LDH) 620 U/L, glicose 38 mg/dL, pH 7,26, adenosina desaminase (ADA) 72 U/L, albumina 2,8 g/dL.

Exames séricos concomitantes: proteínas totais 7,0 g/dL, albumina 3,4 g/dL, LDH 240 U/L (valor de referência até 250 U/L).

Citologia do líquido pleural: 3.200 células/mm³ com 88% de linfócitos, 10% de neutrófilos e 2% de células mesoteliais. Pesquisa direta de BAAR no líquido pleural negativa. Gram não realizado.

Hemograma: leucócitos 9.800/mm³ (neutrófilos 58%, linfócitos 35%, monócitos 5%, eosinófilos 2%), hemoglobina 11,8 g/dL, plaquetas 420.000/mm³.

Em relação ao caso relatado, execute as tarefas a seguir.

- a) Com base nos achados semiológicos descritos no exame físico torácico, descreva outros dois achados semiológicos que poderiam ser pesquisados e que estariam alterados na presença de derrame pleural volumoso à direita.
- b) Com base na análise do líquido pleural apresentado, faça o que se pede.
 - b.1) Classifique o derrame pleural quanto à natureza (transudato ou exsudato) utilizando os critérios de Light. Apresente os cálculos necessários das três razões propostas e justifique a classificação final.
 - b.2) Calcule o gradiente de albumina sérico-pleural e interprete seu significado clínico.
 - b.3) Interprete os valores de pH e glicose do líquido pleural apresentados no caso, sugerindo possibilidades diagnósticas para as alterações descritas.
- c) Interprete o valor de ADA do líquido pleural apresentado no caso e discuta as possibilidades de elevação desse parâmetro.
- d) Considerando todo o caso descrito, escolha duas dentre as seguintes hipóteses diagnósticas: tuberculose pleural, linfoma, neoplasia pleural metastática ou derrame parapneumônico complicado. Para cada uma das duas hipóteses escolhidas, apresente dois argumentos favoráveis baseados nos dados clínicos e laboratoriais do caso.
- e) Para cada uma das duas hipóteses diagnósticas escolhidas no item d, cite um exame complementar confirmatório.

Valor: 20 pontos

Máximo de 30 linhas.

1

5

10

15

20

25

30

RASCUNHO

Realização

