

TIPO**1****Endare**

EXAME NACIONAL DE RESIDÊNCIA

EDIÇÃO 2026/2027

TARDE**ÁREA DE ATUAÇÃO**
DOR**PROVA OBJETIVA – TIPO 1****SUA PROVA**

- Além deste caderno de questões contendo **80 (oitenta)** questões objetivas, você receberá do fiscal de sala uma folha para a marcação das respostas.

**TEMPO**

- 5 horas** é o período disponível para a realização da prova, **já incluído o tempo para a marcação da folha de respostas.**
- 1 hora** após o início da prova, é possível retirar-se da sala, sem levar o caderno de questões nem qualquer tipo de anotação de suas respostas.
- 30 minutos** antes do término do período de prova, é possível retirar-se da sala **levando o caderno de questões.**

**NÃO SERÁ PERMITIDO**

- Qualquer tipo de comunicação entre os candidatos durante a aplicação da prova.
- Usar o sanitário ao término da prova, após deixar a sala.
- Anotar informações relativas às respostas em qualquer outro meio que não seja este caderno de questões.

**INFORMAÇÕES GERAIS**

- As questões objetivas têm cinco alternativas de resposta (A, B, C, D, E) e somente uma delas está correta.
- Verifique se este caderno de questões está completo e sem falhas de impressão. Caso contrário, **notifique imediatamente o fiscal da sala**, para que sejam tomadas as devidas providências.
- Na folha de respostas, confira seus dados pessoais, especialmente nome, número de inscrição e documento de identidade, e leia atentamente as instruções para preencher a folha de respostas.
- Use somente caneta esferográfica, fabricada em material transparente, com tinta preta ou azul.**
- Assine seu nome apenas no espaço reservado na folha de respostas.
- Confira o programa e o tipo do seu caderno de questões. Caso tenha recebido caderno de questões com programa ou tipo diferente do impresso em sua folha de respostas, o fiscal deve ser **obrigatoriamente** informado para o devido registro na ata da sala.
- O preenchimento das respostas é de sua responsabilidade e não será permitida a substituição da folha de respostas em caso de erro.
- Para fins de avaliação, serão levadas em consideração apenas as marcações realizadas na folha de respostas.
- Os candidatos serão submetidos ao sistema de detecção de metais quando do ingresso e da saída de sanitários durante a realização das provas.

Boa prova!

Acupuntura

1

“O trajeto deste meridiano se inicia no centro do abdome, atravessa o diafragma em direção aos pulmões e se externaliza na região anterior do ombro, formando o primeiro ponto do meridiano. Segue então pela face ventral do braço, face radial do antebraço e termina no primeiro dedo da mão.”

A descrição acima se refere ao meridiano do seguinte Zang Fu:

- (A) coração.
- (B) pericárdio.
- (C) pulmão.
- (D) intestino delgado.
- (E) intestino grosso.

2

O exame da língua é um aspecto fundamental da inspeção e um dos principais métodos de diagnóstico da Medicina Tradicional Chinesa.

Avalie as seguintes afirmações acerca do exame da língua:

- I. De acordo com a Medicina Tradicional Chinesa, a língua é a manifestação externa do Coração (Xin), mas também pode refletir as condições de outros Zang Fu como Baço-Pâncreas (Pi), Fígado (Gan) e Rim (Shen).
- II. É possível dividir as áreas da língua conforme os órgãos e sistemas da Medicina Tradicional Chinesa. A ponta da língua se refere ao coração e ao rim. O centro dela se refere ao Baço-Pâncreas. As laterais, por sua vez, se referem ao fígado, e a raiz dela se refere ao pulmão.
- III. Uma língua de coloração púrpura pode ocorrer em uma série de condições clínicas, mas usualmente pode ser observada no paciente com estagnação de sangue. Este quadro de estagnação pode estar associado tanto ao excesso de frio como ao excesso de calor.

Está correto o que se afirma em

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

3

Paciente feminina, 29 anos, apresentando quadro de refluxo e pirose em região epigástrica acompanhada de vômitos. Refere que os sintomas eméticos iniciaram há cerca de 36 horas, porém o refluxo já se faz presente há alguns dias. Paciente também refere sabor amargo e secura na boca. Durante a anamnese, a jovem relata que anda muito estressada com seu relacionamento amoroso e com seu novo chefe na empresa.

Ao exame físico, nota-se paciente agitada, inquieta, vígil, orientada, corada, anictérica, acianótica.

Pulso: Rápido e em corda.

Língua: Vermelha, mais avermelhada nas bordas, com revestimento fino e amarelo.

Face ao exposto, é correto afirmar que

- (A) o quadro retrata uma deficiência de Qi do estômago. Uma boa opção de tratamento seria agulhar os pontos B20, B21, E36, R3, R6.
- (B) o quadro configura uma deficiência de Qi do baço, gerando uma estagnação de Qi do fígado devido ao excesso de umidade. Deve-se dispersar a umidade e tonificar o Pi. Uma boa opção de tratamento seria agulhar os pontos BP3, BP9, VC4, E 40, F3.
- (C) trata-se de uma deficiência de Yin do rim, gerando uma ascensão do Yang do fígado. Deve -se tonificar o Yin do rim e dispersar o Yang. Uma boa opção de tratamento seria agulhar os pontos R3, R6, VC4, F3, VG20.
- (D) os sintomas sugerem excesso de calor no intestino grosso, invadindo o estômago. Deve-se dispersar o calor com os pontos IG11, IG2, IG4, E44, VC4.
- (E) o quadro descreve o fogo do fígado atacando o estômago, provocando inversão do fluxo de Qi do estômago. Deve-se dispersar o fator patogênico e redirecionar o fluxo de Qi. Uma boa opção de tratamento seria agulhar os pontos F3, VB34, VC12, E36, PC6.

4

Paciente feminina, 61 anos, queixa-se de cervicgia e vertigem há cerca de 2 anos. Relata que a dor cervical vem piorando progressivamente ao longo deste tempo e que já procurou vários médicos diferentes, que prescreveram analgésicos e anti-inflamatórios que aliviavam temporariamente a condição, mas logo havia recrudescimento dos sintomas. Descreve que é difícil localizar a dor com precisão, mas relata que ela piora com movimento do pescoço e que irradia para o dorso e para a lateral do corpo. Relata também que tem observado que suas unhas estão mais frágeis neste período e que tem mais dificuldade para dormir.

HPP: HAS em uso de enalapril 10mg 2x dia; Carmelose sódica 5mg/ ml colírio 4 x dia para lubrificação ocular. Nega alergias medicamentosas.

Ao exame: Vígil, cooperativa ao exame, hipocorada 3+ / 4+, compleição e face pálidos, anictérica, acianótica. Pulso deficiente, filiforme e áspero.

Língua pálida, seca, com pouca saburra.

Peso: 50 kg. Altura: 1,67 m.

Diante desse quadro, o diagnóstico mais provável é que se trata de

- (A) um quadro de cervicgia em decorrência de deficiência de Qi do fígado e da vesícula biliar. Nota-se um comprometimento severo na distribuição do Qi, acarretando a cervicgia, a insônia e a vertigem.
- (B) um quadro de deficiência de Xue (sangue) do fígado. Notam-se sinais de secura nos olhos e comprometimento na nutrição das unhas que se tornam quebradiças. A vertigem e a compleição pálida, por sua vez, surgem em decorrência do Xue deficiente, que se torna incapaz de nutrir adequadamente a cabeça e a face.
- (C) uma síndrome complexa com deficiência de sangue do coração e deficiência de Qi e de Yang do baço. Compleição e língua pálidas junto com a vertigem são elementos que surgem devido a severa deficiência de Qi, com comprometimento do Yang. O pulso áspero, por sua vez, corrobora a deficiência de sangue e a insônia sugere que o Zang afetado é o coração.
- (D) um quadro de estagnação de Qi do fígado gerando frio. O frio contrai canais e colaterais, comprometendo o fluxo de Qi e acarretando cervicgia e vertigens. Ademais, como o fígado se abre nos olhos e se manifesta nas unhas, a estagnação do Qi nesse órgão pode acarretar comprometimento da lubrificação ocular e da tenacidade das unhas.
- (E) um quadro de estagnação do Qi do fígado gerando ascensão do Yang do fígado. A ascensão do Yang gera vertigem, cefaleia e cervicgia. Ademais, o Yang hiperativo termina sobrepujando o Yin acarretando insônia.

5

Conhecer os mecanismos fisiológicos da acupuntura médica é de fundamental importância para a compreensão de como e porque ocorre a resolução de quadros algicos.

Em relação ao mecanismo de ação da acupuntura, assinale a afirmativa correta.

- (A) A acupuntura exerce uma ação local sobre músculos, tendões e articulações, promovendo analgesia através do relaxamento muscular. Acredita-se, embora ainda não se prove, que haja uma ação analgésica central. Essa ação seria intermediada pelos opioides beta endorfina e serotonina.
- (B) A acupuntura age em nível local através da ação direta da agulha no sistema límbico e córtex cerebral, assim como em nível segmentar, através da liberação de peptídeos opioides no dermátomo.
- (C) A acupuntura age, em nível local, por meio do reflexo axônico e do CGRP, age, em nível segmentar, por intermédio da liberação de encefalina que atua na medula, e age, em nível central, pela liberação de beta endorfina no cérebro.
- (D) A acupuntura age, em nível central, pela liberação de encefalina no cérebro, viabilizando a produção de serotonina e de noradrenalina por meio da substância cinzenta periaquedutal.
- (E) A colecistocinina e a dinorfina constituem os dois principais peptídeos que viabilizam os mecanismos não opioides de ação da acupuntura.

6

A Teoria dos Cinco Elementos defende a ideia de que os diferentes itens que compõem o universo são constituídos de cinco elementos básicos e de seus respectivos movimentos e mudanças. Os elementos são os seguintes: Madeira, Fogo, Terra, Metal e Água.

Correlacione corretamente cada um dos cinco elementos às suas propriedades e características:

Propriedades e características dos elementos

1. Nutritivo, transformador e absorvente
2. Quente e evaporativo
3. Crescente, ascendente, florescente
4. Dispersor e descendente, adstringente, firme e sólido
5. Frio e fresco, úmido e correndo para baixo

Elementos

- A. Água
- B. Fogo
- C. Terra
- D. Metal
- E. Madeira

A relação correta é:

- (A) 1 C; 2 B; 3 E; 4 D; 5 A
- (B) 1 E; 2 B; 3 C; 4 D; 5 A
- (C) 1 C; 2 B; 3 E; 4 A; 5 D
- (D) 1 A; 2 B; 3 E; 4 C; 5 D
- (E) 1 E; 2 B; 3 A; 4 C; 5 D

7

Paciente feminina, 32 anos, apresentando quadro bilateral de olho vermelho caracterizado por hiperemia conjuntival, fotofobia, lacrimejamento e sensação de corpo estranho que dificulta abertura ocular. Relata que os sintomas se iniciaram ontem à tarde após um passeio ao ar livre logo depois do almoço e que pioraram progressivamente nas últimas 24 horas.

Ao exame: Vígil, cooperativa ao exame, corada, hidratada, anictérica, acianótica. Hiperemia ocular em ambos os olhos com abertura ocular comprometida.

Língua: Vermelha, com revestimento fino e amarelo.

Pulso: Rápido e superficial.

Diante do quadro apresentado, e considerando os conhecimentos de Medicina Tradicional Chinesa, assinale a afirmativa correta.

- (A) Um dos prováveis diagnósticos é de conjuntivite em decorrência de uma invasão de vento calor. Pode-se usar pontos como VG14, VB20, B1, Taiyang (ex-cp5).
- (B) Um diagnóstico muito provável é de glaucoma primário de ângulo aberto devido a uma invasão de vento frio. Pode-se usar os pontos VC12, VB30, R7 e VC1.
- (C) O diagnóstico mais provável é de uveíte posterior autoimune devido a uma deficiência de Qi do pulmão. Pode-se usar os pontos BP3, BP6, BP9 e IG11.
- (D) Um dos prováveis diagnósticos é de descolamento de retina devido a uma invasão do fator patogênico frio. Deve-se encaminhar a paciente para cirurgia e agulhar o ponto BP2.
- (E) O diagnóstico mais provável é de catarata bilateral devido a uma invasão de vento e umidade. Deve-se agulhar os pontos E40, BP21, PC6 e agendar uma consulta ambulatorial com especialista.

8

A teoria de canais e colaterais versa sobre o sistema de meridianos e seus trajetos assim como sua distribuição no organismo, nas funções fisiológicas, em alterações patológicas e nas relações com o Zang Fu.

A respeito do tema, avalie as seguintes afirmações acerca dos meridianos e sobre pontos de acupuntura no contexto da Medicina Tradicional Chinesa.

- I. A teoria dos meridianos compreende 12 (doze) meridianos principais e 8 (oito) meridianos extraordinários. Cada meridiano principal possui seu respectivo ponto fonte, que tem a propriedade de tratar o Zang Fu a ele relacionado.
- II. Os canais e os pontos de acupuntura fazem parte do sistema de circulação de Qi e Xue. Os pontos de acupuntura, de forma geral, situam-se perto da superfície do corpo, e ao serem manipulados por agulhas, podem gerar efeitos não apenas em músculos e articulações, mas também em órgãos internos.
- III. Os meridianos Yang Ming da mão e Yang Ming do pé conectam-se através dos pontos IG20 e E1. Ambos são pontos localizados na face e podem ser usados no tratamento da paralisia facial.

Está correto o que se afirma em

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

9

“Este ponto corresponde ao ponto king de seu respectivo canal de energia. Situa-se numa reentrância no fundo da tabaqueira anatômica, na prega dorsal do punho. Ao manuseá-lo em uma sessão de acupuntura, a agulha penetra próximo ao tendão do músculo extensor longo do polegar”.

A descrição acima se refere ao seguinte ponto:

- (A) IG4.
- (B) IG5.
- (C) CS6.
- (D) ID5.
- (E) TA4.

Anestesiologia

10

A cirurgia oferece uma oportunidade de intervenção para promover a cessação do tabagismo, já que o paciente pode estar aberto a fazer mudanças para melhorar sua saúde. Anestesiologistas devem usar a avaliação pré-operatória como um momento de aprendizado para discutir a cessação do tabagismo, pois como os pacientes não poderão fumar no hospital, esse momento pode ser um importante incentivo para o paciente parar de fumar. Deve ser explicado ao paciente que mesmo que pare de fumar por um período mínimo antes da cirurgia este período já contribuirá para reduzir os níveis de nicotina e monóxido de carbono, melhorando a circulação sanguínea.

O número de horas, com interrupção do tabagismo, capaz de promover essa melhora, quando já pode ser observada a redução dos níveis de nicotina e de monóxido de carbono é igual a

- (A) 4.
- (B) 6.
- (C) 8.
- (D) 10.
- (E) 12.

11

Uma das situações mais comuns e urgentes em cuidados críticos é a presença de choque. Choque é um estado caracterizado pela entrega de oxigênio aos tecidos de forma inadequada para atender à demanda. Frequentemente, isso está associado à instabilidade circulatória e à hipotensão sistêmica grave. Os estados de choque geralmente são classificados de acordo com a causa primária da falha circulatória.

Portanto, lesão aguda da medula espinal, queimaduras, insuficiência hepática fulminante, múltiplos traumas, reações anafiláticas e anafilactoides, reações a drogas ou toxinas, incluindo picadas de inseto, reações transfusionais e envenenamento por metais pesados são causas, entre outras, de choque

- (A) séptico.
- (B) obstrutivo.
- (C) distributivo.
- (D) cardiogênico.
- (E) hipovolêmico.

12

A avaliação da possibilidade de sangramentos é mandatória para pacientes internados em unidades fechadas ou que serão submetidos a procedimentos cirúrgicos.

A primeira, inicial, avaliação para triagem relacionada a problemas de hemostasia deve sempre ser

- (A) a avaliação do teor de oxigênio no sangue.
- (B) o conhecimento do histórico médico do paciente.
- (C) a dosagem repetida de hemoglobina, em pelo menos 2 vezes.
- (D) a avaliação dos riscos infecciosos da transfusão de produtos sanguíneos.
- (E) a testagem de compatibilidade de hemácias de rotina que inclua tipagem ABO e RhD.

13

Aplicar os conceitos da ética médica são sempre mandatórios e fundamentais para a boa prática médica.

De acordo com o Código de Ética Médica, o médico pode

- (A) abreviar a vida do paciente, a pedido deste ou de seu representante legal.
- (B) opor-se à realização de junta médica ou segunda opinião solicitada pelo paciente ou por seu representante legal.
- (C) deixar de informar ao paciente ou a seu representante legal, leigos, o diagnóstico, o prognóstico, os riscos e os objetivos do tratamento.
- (D) em caso de risco iminente de morte, desrespeitar o direito do paciente ou de seu representante legal de decidir livremente sobre a execução de práticas diagnósticas ou terapêuticas.
- (E) deixar de atender paciente que procure seus cuidados profissionais em casos de urgência ou emergência quando não houver outro médico ou serviço médico em condições de fazê-lo.

14

Ao longo de uma cirurgia, a interferência eletromagnética com dispositivos cardíacos eletrônicos implantados pode ocorrer. Com dispositivos implantados na região subclavicular, as interferências são mais prováveis de ocorrer quando o eletrocautério é utilizado

- (A) abaixo da região pélvica do paciente.
- (B) acima da região cervical do paciente.
- (C) acima da região umbilical do paciente.
- (D) a mais de 45cm de distância do dispositivo.
- (E) entre 30 e 45cm de distância do dispositivo.

15

A profilaxia antibiótica se tornou padrão para cirurgias em que há mais do que um risco mínimo de infecção.

De acordo com as observações referentes a infecções cirúrgicas, o agente mais comumente responsável pelas infecções na pele e o antimicrobiano utilizado preferencialmente e mais comumente são:

- (A) gram-positivos e cefazolina.
- (B) anaeróbios e sulfametoxazol.
- (C) gram-negativos e mupirocina.
- (D) gram-negativos e azitromicina.
- (E) gram-positivos e cloranfenicol.

16

Observe o traçado do eletrocardiograma a seguir. Neste momento o paciente apresenta instabilidade hemodinâmica, porém, com pulso carotídeo palpável.



Essa arritmia cardíaca e o seu tratamento imediato, nessas condições são, respectivamente,

- (A) fibrilação ventricular / desfibrilação.
- (B) flutter atrial / cardioversão sincronizada.
- (C) taquicardia supraventricular / desfibrilação.
- (D) taquicardia atrial / cardioversão farmacológica.
- (E) taquicardia ventricular / cardioversão sincronizada.

17

A ventilação sob máscara facial de um paciente é muito útil em diversas situações.

Um dos critérios que indicam a existência de uma dificuldade da ventilação sob máscara não prevista previamente é

- (A) a necessidade de um fluxo de gás = 1,5 L/min.
- (B) a presença de movimentos torácicos bilaterais.
- (C) o uso do botão de fluxo de gás fresco > 2 vezes.
- (D) a ventilação sob máscara utilizando apenas uma mão.
- (E) a incapacidade de manter a saturação de oxigênio $\geq 98\%$.

18

Reações alérgicas representam uma causa importante de complicações perioperatórias. O anestesiolista precisa ser capaz de reconhecer e tratar rapidamente a anafilaxia, a forma mais perigosa de reação alérgica. Apesar de ser um antígeno que vem sendo removido ao longo dos últimos anos, sendo substituído por diversos produtos com formulações químicas diferentes, ainda é utilizado comumente no Brasil, em diversas situações.

Crianças submetidas a múltiplos procedimentos, indivíduos com alergias alimentares específicas e profissionais de saúde são exemplos de grupos que reconhecidamente estão em maior risco de anafilaxia a

- (A) látex.
- (B) pólen.
- (C) ácaros.
- (D) amendoim.
- (E) clorexidina.

Clínica Médica

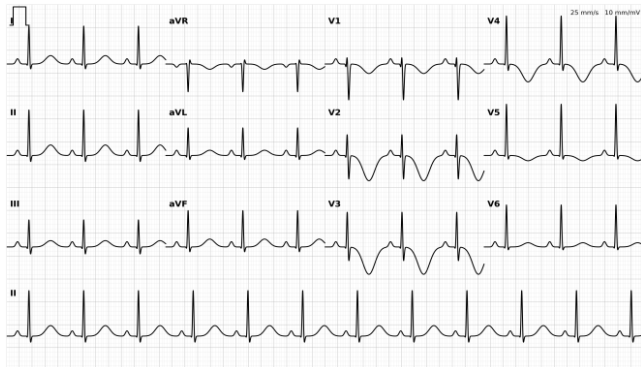
19

Homem de 58 anos, hipertenso, dislipidêmico e tabagista, procura serviço de emergência após apresentar, nas últimas 48 horas, três episódios de dor retroesternal em aperto, desencadeados inicialmente por esforço e, no episódio mais recente, em repouso. A última crise durou aproximadamente 20 minutos, acompanhada de sudorese e náusea, com resolução espontânea cerca de 40 minutos antes da avaliação médica.

Na admissão, encontra-se assintomático. PA 138 × 82 mmHg, FC 72 bpm, FR 16 irpm e SpO₂ 97% em ar ambiente. Ausculta cardíaca sem sopros, pulmões sem estertores e pulsos periféricos simétricos. Não há sinais de insuficiência cardíaca.

A primeira dosagem de troponina cardíaca de alta sensibilidade encontra-se abaixo do percentil 99. Hemoglobina, creatinina e eletrólitos não apresentam alterações relevantes.

É realizado o seguinte eletrocardiograma durante o período sem dor:



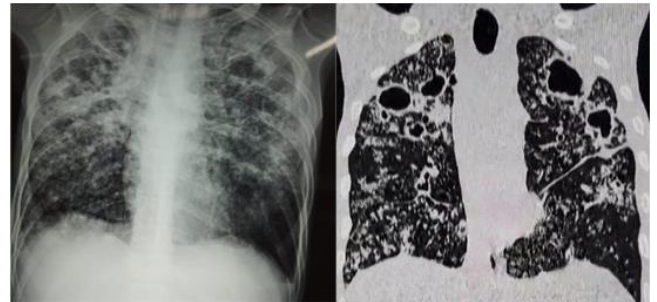
Considerando conjuntamente a história clínica, o eletrocardiograma e o risco de eventos cardiovasculares subsequentes, a conduta mais apropriada é

- manter o paciente em observação, realizar dosagens seriadas de troponina e, permanecendo negativas, indicar teste ergométrico antes da alta para determinar se as alterações da repolarização representam isquemia miocárdica induzível.
- reconhecer padrão de isquemia anterior de alto risco compatível com síndrome de Wellens, iniciar tratamento para síndrome coronariana aguda e indicar avaliação coronariana invasiva, evitando teste provocativo de isquemia.
- interpretar as ondas T negativas anteriores como evidência de necrose miocárdica já estabelecida e indicar fibrinólise imediata, independentemente da ausência de supradesnivelamento persistente do segmento ST.
- considerar o traçado sugestivo de isquemia subendocárdica anterior, porém de baixo risco na presença de troponina inicial negativa e ausência atual de dor, indicando angiotomografia coronariana como estratégia preferencial antes de eventual abordagem invasiva.
- reconhecer padrão de perfusão espontânea de provável oclusão transitória da descendente anterior e, diante da resolução da dor e ausência de supradesnivelamento persistente do ST, instituir tratamento clínico e reservar cinecoronariografia para recorrência dos sintomas ou elevação subsequente da troponina.

20

Homem de 46 anos, previamente hígido, procura atendimento por tosse produtiva há 10 semanas, febre vespertina, sudorese noturna, astenia e perda ponderal de 11 kg. Nas últimas 48 horas, evoluiu com piora importante da dispnéia. Ao exame, encontra-se emagrecido, consciente e orientado, frequência respiratória de 32 irpm, frequência cardíaca de 112 bpm, pressão arterial de 108 × 68 mmHg e saturação periférica de oxigênio de 88% em ar ambiente. A ausculta pulmonar evidencia estertores e roncus difusos bilateralmente.

A radiografia de tórax e a tomografia computadorizada apresentadas a seguir correspondem ao mesmo paciente e demonstram comprometimento pulmonar bilateral extenso, com múltiplas lesões cavitárias e importante destruição parenquimatosa:



A baciloscopia do escarro é positiva (+++). Teste molecular rápido detecta *Mycobacterium tuberculosis*, sem resistência à rifampicina. O paciente nega tratamento prévio para tuberculose. Teste para HIV é negativo e não há evidências de acometimento meníngeo ou osteoarticular.

Além das medidas de suporte e de controle de transmissão, a conduta farmacológica antituberculose mais adequada é iniciar

- rifampicina, isoniazida, pirazinamida e etambutol por dois meses, seguidos de rifampicina e isoniazida por quatro meses, mantendo acompanhamento clínico e bacteriológico durante o tratamento.
- rifampicina, isoniazida, pirazinamida e etambutol por dois meses, seguidos de rifampicina e isoniazida por dez meses, devido à presença de múltiplas cavitações e extensa destruição pulmonar.
- rifampicina, isoniazida, pirazinamida, etambutol e levofloxacino, mantendo os cinco fármacos durante a fase intensiva em razão da elevada carga bacilar e da gravidade radiológica.
- esquema para tuberculose resistente contendo bedaquilina, pretomanida, linezolida e moxifloxacino, uma vez que doença cavitária bilateral extensa apresenta elevada probabilidade de resistência não detectada pelo teste molecular inicial.
- rifampicina, isoniazida e pirazinamida, omitindo o etambutol, pois a ausência de resistência à rifampicina no teste molecular permite considerar inicialmente a cepa sensível aos demais fármacos de primeira linha.

21

Mulher de 54 anos, com diabetes mellitus tipo 2 há 13 anos e obesidade grau II (IMC = 36,2 kg/m²), procura atendimento por dor progressiva nos pés há aproximadamente oito meses. Descreve sensação de queimação, choques e formigamento, bilateral e simétrica, inicialmente nas plantas dos pés e atualmente alcançando os tornozelos. A dor é mais intensa à noite e o contato do lençol com os pés é suficiente para desencadeá-la.

Nas últimas dez semanas, passou também a apresentar humor deprimido, anedonia, redução da energia e dificuldade de concentração, com prejuízo de suas atividades habituais. Nega episódios prévios de mania ou hipomania e ideação suicida.

Ao exame, apresenta pulsos pediosos palpáveis e simétricos, ausência de lesões cutâneas, força muscular preservada, alodinia ao toque leve em ambos os pés, redução distal da sensibilidade vibratória e diminuição bilateral dos reflexos aquileus.

Exames laboratoriais mostram: HbA1c = 8,2%; hemoglobina = 13,1 g/dL; creatinina = 0,81 mg/dL; TFG_e = 86 mL/min/1,73 m²; TSH = 2,3 mUI/L; vitamina B12 = 512 pg/mL; AST = 23 U/L; ALT = 26 U/L. A eletroforese de proteínas séricas não apresenta alterações relevantes.

Após orientação para otimização do controle metabólico, redução ponderal e cuidados com os pés, decide-se iniciar monoterapia farmacológica.

Considerando o diagnóstico, as comorbidades apresentadas e os mecanismos farmacológicos envolvidos na modulação da dor, a estratégia inicial mais apropriada é

- (A) iniciar pregabalina, ligante da subunidade $\alpha 2\delta$ dos canais de cálcio voltagem-dependentes, reduzindo a liberação de neurotransmissores excitatórios e a transmissão nociceptiva no sistema nervoso central.
- (B) iniciar amitriptilina, antidepressivo tricíclico que inibe a recaptação de serotonina e noradrenalina, aumentando a neurotransmissão monoaminérgica e atuando tanto sobre os sintomas depressivos quanto sobre as vias descendentes de modulação da dor.
- (C) iniciar gabapentina, ligante da subunidade $\alpha 2\delta$ dos canais de cálcio voltagem-dependentes, reduzindo a neurotransmissão excitatória envolvida na dor neuropática, com eliminação predominantemente por via renal.
- (D) iniciar codeína, opioide cuja analgesia depende parcialmente de sua conversão pelo CYP2D6 em morfina, com consequente ativação de receptores μ -opioides e redução da transmissão nociceptiva.
- (E) iniciar duloxetine, inibidora da recaptação de serotonina e noradrenalina, aumentando a neurotransmissão monoaminérgica nas vias descendentes inibitórias da dor e exercendo concomitantemente atividade antidepressiva.

22

Uma mulher de 31 anos, com 10 semanas de gestação, procura atendimento por palpitações, intolerância ao calor, tremores e perda de 4 kg. Refere que os sintomas começaram aproximadamente dois meses antes da concepção e se intensificaram nas últimas semanas. Ao exame, apresenta frequência cardíaca de 112 bpm, pressão arterial de 128 x 62 mmHg, tremor fino de extremidades, bócio difuso indolor e discreta retração palpebral bilateral. Não apresenta vômitos persistentes ou sinais de desidratação.

Os exames laboratoriais mostram: TSH: < 0,01 mUI/L; T4 livre: 3,1 ng/dL / valor de referência: 0,8 a 1,8 ng/dL; T3 total: 248 ng/dL / valor de referência: 80 a 180 ng/dL; Anticorpo contra o receptor de TSH: positivo, 6,8 vezes o limite superior da normalidade; Hemoglobina: 12,1 g/dL; Leucócitos: 7.800/mm³; Neutrófilos: 4.900/mm³; AST: 24 U/L; ALT: 27 U/L; Bilirrubina total: 0,7 mg/dL.

A ultrassonografia obstétrica demonstra gestação tópica compatível com a idade gestacional e evolução fetal adequada.

Considerando o diagnóstico mais provável, a idade gestacional e os mecanismos farmacológicos dos medicamentos disponíveis, a estratégia terapêutica mais apropriada, nesse momento, é

- (A) prescrever propranolol para controle sintomático e repetir TSH e T4 livre após o término do primeiro trimestre, pois a atividade tireotrópica da gonadotrofina coriônica humana pode justificar as alterações encontradas nessa fase da gestação.
- (B) iniciar metimazol, cuja inibição da tireoperoxidase reduz a organificação do iodeto e o acoplamento das iodotirosinas, sendo preferível ao propiltiouracil devido ao menor risco de hepatotoxicidade materna.
- (C) iniciar propiltiouracil associado à levotiroxina, promovendo bloqueio da síntese hormonal com a tionamida e reposição simultânea de T4 para prevenir hipotireoidismo materno durante a gestação.
- (D) indicar tratamento com iodo radioativo, pois a positividade do anticorpo contra o receptor de TSH estabelece a etiologia autoimune e permite tratamento definitivo, evitando exposição fetal prolongada às tionamidas.
- (E) iniciar propiltiouracil, que interfere em reações mediadas pela tireoperoxidase na síntese dos hormônios tireoidianos e também reduz a conversão periférica de T4 em T3, sendo preferível ao metimazol durante o primeiro trimestre da gestação.

23

Homem de 29 anos, previamente hígido, procura atendimento por edema progressivo há 12 dias, inicialmente periorbitário e posteriormente em membros inferiores. Nega hematúria macroscópica, artralgias, lesões cutâneas, febre ou infecção recente. Não utiliza anti-inflamatórios não esteroides, lítio ou outras medicações de uso contínuo.

Ao exame físico, apresenta PA de 138 × 86 mmHg, edema simétrico 3+/4+ em membros inferiores e discreta ascite. Não há sinais de congestão pulmonar ou hipoperfusão periférica.

Os exames laboratoriais mostram: Creatinina: 1,0 mg/dL; Ureia: 34 mg/dL; Albumina: 1,8 g/dL; Colesterol total: 326 mg/dL; LDL colesterol: 224 mg/dL; Triglicerídeos: 218 mg/dL; C3 e C4: normais; FAN: não reagente; HBsAg, anti-HCV e HIV: negativos; Proteinúria de 24 horas: 9,6 g; EAS: proteínas 4+ | 2 hemácias/campo | ausência de cilindros hemáticos ou leucocitários.

A biópsia renal demonstra glomérulos sem alterações significativas à microscopia óptica. A imunofluorescência não evidencia depósitos de imunoglobulinas ou complemento. A microscopia eletrônica revela apagamento difuso dos processos podocitários, sem depósitos eletrondensos.

Foi iniciado tratamento específico. Após 12 semanas, a proteinúria caiu para 180 mg/24 h, a albumina sérica aumentou para 3,9 g/dL e houve resolução completa do edema.

Considerando o diagnóstico mais provável, a resposta terapêutica observada e o mecanismo de ação do tratamento de primeira linha, assinale a afirmativa correta.

- (A) Trata-se de glomeruloesclerose segmentar e focal primária, cuja resposta ao tratamento decorre da inibição da calcineurina pelo glicocorticoide, reduzindo a ativação de NFAT e a transcrição de interleucina 2.
- (B) Trata-se de doença de lesões mínimas, para a qual o rituximabe constitui terapia inicial preferencial diante de proteinúria superior a 8 g/24 h, atuando pela inibição da inosina monofosfato desidrogenase.
- (C) Trata-se de nefropatia membranosa primária, e a resposta observada decorre da ação do glicocorticoide sobre CD20, promovendo depleção de linfócitos B e redução da produção de autoanticorpos.
- (D) Trata-se de doença de lesões mínimas, e a resposta é compatível com glicocorticoide, que se liga a receptor intracelular, promove modulação da transcrição gênica e reduz vias pró-inflamatórias envolvidas na desregulação imune associada à lesão podocitária.
- (E) Trata-se de doença de lesões mínimas resistente a glicocorticoide, pois a ausência de remissão nas primeiras oito semanas em adultos indica substituição por inibidor da calcineurina, cuja principal ação consiste no bloqueio do receptor da interleucina 2.

24

Mulher de 67 anos, com diagnóstico de neuralgia do trigêmeo há três anos, em uso regular de carbamazepina 400 mg a cada 12 horas, procura o serviço de emergência por piora abrupta da dor facial nas últimas 36 horas.

Apresenta paroxismos de dor descritos como “choques elétricos” de intensidade 10/10, envolvendo os territórios maxilar e mandibular direitos, com duração de segundos e recorrência de dezenas de episódios por hora. As crises são desencadeadas ao falar, deglutir, mastigar ou tocar a hemiface direita. Nas últimas 18 horas, praticamente não conseguiu ingerir líquidos nem utilizar adequadamente a medicação oral.

Ao exame, encontra-se consciente, afebril e hemodinamicamente estável, com sinais de desidratação leve. Entre os paroxismos, o exame neurológico não demonstra novos déficits focais. Não há alterações odontológicas ou cutâneas que justifiquem a exacerbação.

Exames laboratoriais mostram: hemoglobina = 13,4 g/dL; leucócitos = 7.100/mm³; plaquetas = 236.000/mm³; sódio = 138 mEq/L; potássio = 4,2 mEq/L; magnésio = 1,9 mg/dL; creatinina = 0,84 mg/dL; albumina = 4,1 g/dL; AST = 24 U/L; ALT = 21 U/L. ECG demonstra ritmo sinusal, FC = 78 bpm, PR = 164 ms, QRS = 88 ms e QTc = 426 ms.

Após hidratação intravenosa e medidas iniciais, a paciente permanece com crises incapacitantes e sem condições de receber adequadamente tratamento oral. Opta-se por terapia farmacológica parenteral de resgate, em ambiente hospitalar e sob monitorização.

Considerando o quadro clínico, a necessidade de controle rápido dos paroxismos e o mecanismo farmacológico envolvido, a conduta mais apropriada é

- (A) administrar fosfenitoína intravenosa, pró-fármaco convertido em fenitoína, que promove bloqueio dependente do uso de canais de sódio voltagem-dependentes e reduz descargas neuronais repetitivas de alta frequência.
- (B) administrar morfina intravenosa, agonista predominantemente de receptores μ -opioides, reduzindo a liberação pré-sináptica de neurotransmissores e a transmissão ascendente dos estímulos nociceptivos.
- (C) administrar cetamina intravenosa, antagonista não competitivo dos receptores NMDA, reduzindo a neurotransmissão glutamatérgica e os fenômenos de sensibilização central associados à manutenção da dor.
- (D) administrar dexametasona intravenosa, agonista do receptor glicocorticoide, modulando a transcrição gênica de mediadores inflamatórios e reduzindo a sensibilização periférica das fibras nociceptivas.
- (E) administrar dipirona intravenosa, cuja atividade analgésica envolve modulação da síntese de prostanoídes e de vias nociceptivas centrais e periféricas, proporcionando analgesia sistêmica de início relativamente rápido.

25

Homem de 68 anos, hipertenso e diabético, com doença renal crônica, é levado ao pronto atendimento após apresentar dois episódios, separados por três semanas, caracterizados por interrupção súbita da fala, desvio conjugado da cabeça para a direita e movimentos clônicos do membro superior direito, com duração aproximada de 90 segundos. Em ambos, permaneceu confuso por cerca de 15 minutos após o evento. Não houve febre, privação alcoólica ou uso de substâncias ilícitas.

Ao exame, encontra-se lúcido, sem déficits neurológicos focais. Exames laboratoriais mostram: Na 139 mEq/L, K 4,6 mEq/L, Ca total 9,2 mg/dL, glicemia 128 mg/dL, creatinina 2,1 mg/dL e taxa de filtração glomerular estimada de 31 mL/min/1,73 m². Hemograma e transaminases são normais. Ressonância magnética do encéfalo demonstra área de gliose cortical frontal esquerda compatível com sequela de infarto antigo. O EEG evidencia descargas epileptiformes focais frontais esquerdas.

Diante da recorrência das crises, indica-se tratamento farmacológico contínuo. Considerando o tipo de crise, as comorbidades, os exames laboratoriais e as propriedades farmacológicas dos antiepilépticos, a estratégia mais apropriada é

- (A) iniciar carbamazepina, pois o bloqueio dos canais de sódio dependentes de voltagem constitui mecanismo adequado para crises focais, sem necessidade de consideração específica da função renal.
- (B) iniciar levetiracetam, com ajuste posológico para a função renal, pois sua ação envolve ligação à proteína vesicular sináptica SV2A e sua eliminação ocorre predominantemente por via renal.
- (C) iniciar ácido valproico, pois a potencialização da neurotransmissão GABAérgica torna esse fármaco preferencial para qualquer epilepsia focal associada a lesão estrutural.
- (D) iniciar etossuximida, pois a inibição de canais de cálcio tipo T talâmicos reduz a propagação das descargas focais corticais e apresenta vantagem em pacientes com doença renal crônica.
- (E) iniciar fenitoína em dose plena habitual, pois seu metabolismo predominantemente hepático elimina a influência da função renal e da ligação às proteínas plasmáticas sobre a interpretação de sua exposição farmacológica.

26

Uma mulher de 64 anos, com diagnóstico prévio de neuralgia do trigêmeo clássica, procura o serviço de emergência por intensificação importante da dor nas últimas 48 horas. Apresenta paroxismos de dor facial unilateral, em choque, envolvendo os territórios maxilar e mandibular direitos, com duração de segundos e desencadeados pela mastigação, fala e toque da face. Nas últimas horas, os episódios tornaram-se muito frequentes, impedindo alimentação e dificultando a ingestão de líquidos.

Faz uso regular de carbamazepina, com controle satisfatório até recentemente. Encontra-se consciente, hemodinamicamente estável e sem déficit neurológico focal ou alteração persistente da sensibilidade facial. Analgésicos convencionais administrados no serviço de emergência não proporcionaram controle adequado dos paroxismos.

O manejo imediato desse quadro deve

- (A) acrescentar pregabalina por via oral à carbamazepina e observar a resposta nas próximas horas antes de considerar terapia parenteral.
- (B) administrar fenitoína intravenosa sob monitorização cardiorrespiratória e, após o controle da exacerbação, reavaliar a estratégia farmacológica de manutenção.
- (C) substituir a carbamazepina por lamotrigina, realizando titulação rápida até obtenção do controle dos paroxismos.
- (D) administrar lidocaína tópica intranasal como estratégia de resgate e manter a carbamazepina na dose habitual até resolução da exacerbação.
- (E) aumentar imediatamente a dose de carbamazepina e aguardar sua resposta antes de empregar outra estratégia farmacológica.

27

Homem de 67 anos, hipertenso, é admitido no pronto atendimento com febre, tosse produtiva e dispneia há três dias. Encontra-se confuso, com temperatura de 38,7 °C, frequência cardíaca de 118 bpm, frequência respiratória de 30 irpm, pressão arterial de 82/48 mmHg e saturação periférica de oxigênio de 91% em ar ambiente. A radiografia de tórax evidencia consolidação no lobo inferior direito. Exames laboratoriais mostram leucócitos de 18.400/mm³, creatinina de 2,0 mg/dL, sendo basal de 0,9 mg/dL, e lactato de 4,8 mmol/L.

Após coleta de culturas e início de antibioticoterapia, recebe solução cristaloide em volume total de 30 mL/kg. Na reavaliação, permanece com pressão arterial de 84/50 mmHg, frequência cardíaca de 112 bpm e lactato de 4,3 mmol/L. O tempo de enchimento capilar é de 5 segundos. A elevação passiva dos membros inferiores não produz aumento significativo do volume sistólico avaliado por ecocardiografia à beira-leito. Não há sinais de congestão pulmonar.

Nesse momento, a conduta mais apropriada é

- (A) administrar nova expansão rápida com cristaloide, pois a ausência de congestão pulmonar indica segurança para prosseguir a reposição volêmica até a normalização do lactato.
- (B) iniciar noradrenalina, titulando a dose inicialmente para pressão arterial média de aproximadamente 65 mmHg, com reavaliação seriada da perfusão e da resposta hemodinâmica.
- (C) iniciar vasopressina como agente vasoativo de primeira escolha, reservando a noradrenalina para os casos em que não seja possível atingir a pressão arterial média alvo.
- (D) iniciar dobutamina isoladamente, uma vez que a persistência de hiperlactatemia após reposição volêmica adequada demonstra baixo débito cardíaco como mecanismo predominante do choque.
- (E) aguardar nova dosagem de lactato após a conclusão da antibioticoterapia inicial antes de iniciar vasopressor, pois a persistência de hiperlactatemia isoladamente não estabelece falha da ressuscitação volêmica.

Medicina Física e Reabilitação

28

Paciente, neonato, portador de paralisia cerebral atetóide. Como sabemos, frequentemente essa afecção está associada a outras lesões.

Assinale a opção que indica a estrutura que se encontra lesionada e está frequentemente associada a essa afecção.

- (A) cerebelo, asfixia perinatal.
- (B) córtex motor, prematuridade extrema.
- (C) gânglios da base, kernicterus neonatal.
- (D) medula espinhal, meningite bacteriana.
- (E) tronco encefálico, hidrocefalia congênita.

29

Na eletroneuromiografia, ondas agudas positivas ocorrem na distrofia muscular, assim como descargas repetitivas complexas e potenciais miotônicos ocorrem na distrofia miotônica.

O achado de "silêncio elétrico" é esperado, apesar de contração muscular visível ou contratura dolorosa após exercícios, na

- (A) miopatia mitocondrial com CRD presente.
- (B) contratura muscular da doença de McArdle.
- (C) miopatia inflamatória com potenciais miotônicos.
- (D) distrofia muscular clássica com fibrilações abundantes.
- (E) miopatia congênita com fibrilações e ondas agudas positivas (PSWs).

30

Paciente jovem, hígido, com lesão traumática na coluna cervical, recebeu a indicação de utilizar uma órtese denominada Imobilizador Esterno-Occipito-Mandibular (IEOM).

Em relação à órtese IEOM, é correto afirmar que

- (A) não está indicada para pacientes com fraturas cervicais instáveis e com instabilidade ligamentar.
- (B) tem como desvantagem o fato de não poder ser colocada enquanto o paciente está em decúbito dorsal.
- (C) não permite o controle da flexão cervical nos níveis C1–C3, sendo, portanto, as indicações mais precisas são nas lesões em níveis de C3 a C5.
- (D) não é uma boa escolha para pacientes restritos ao leito, pois possui hastes posteriores que interfiram no conforto do paciente.
- (E) na sua seção anterior, sustenta a mandíbula e apoia-se na borda superior do esterno, com a borda anteroinferior terminando cerca de 2 cm abaixo do processo xifoide.

31

Paciente do sexo masculino, 35 anos de idade, apresenta quadro clínico de dor, parestesia e fraqueza no membro superior e com suspeita de lesão do plexo braquial ou de nervo periférico do membro superior (quadro não radicular).

Ressonância magnética da coluna cervical foi realizada e o resultado mostrou não haver evidências de compressão radicular ou outras alterações que justifiquem o quadro.

A técnica de imagem mais indicada para avaliar essa situação clínica é a

- (A) discografia.
- (B) mielografia convencional.
- (C) angiografia por subtração digital.
- (D) neurografia por ressonância magnética.
- (E) perfusão por tomografia computadorizada.

32

Na avaliação não invasiva da aptidão cardiorrespiratória e da capacidade de exercício, o padrão-ouro é

- (A) a angiografia coronariana.
- (B) o teste de esforço em ECG.
- (C) o ecocardiograma de estresse.
- (D) o teste de caminhada de 6 minutos.
- (E) o teste cardiopulmonar de exercício.

33

Entre as possibilidades de complicações associadas especificamente à realização do bloqueio simpático lombar, encontramos

- (A) convulsões e lesão do nervo laríngeo recorrente.
- (B) a perfuração da aorta, da veia cava inferior ou renal.
- (C) falha de *hardware* e migração de eletrodo de neuroestimulação.
- (D) os distúrbios endócrinos significativos decorrentes do uso prolongado.
- (E) os efeitos adversos gastrointestinais, hepáticos e renais por inibição da ciclo-oxigenase.

34

O TENS é classificado como uma corrente bifásica assimétrica ou simétrica.

Clinicamente, a principal vantagem prática de se utilizar uma forma de onda bifásica simétrica balanceada em comparação com uma corrente monofásica contínua reside no fato de que

- (A) reduz o consumo de energia do aparelho em exatamente 75%.
- (B) impede completamente que ocorra o fenômeno de acomodação do paciente.
- (C) a onda simétrica balanceada dobra a velocidade de condução nervosa das fibras do tipo C.
- (D) na onda simétrica balanceada, a carga elétrica líquida sob os eletrodos é igual a zero, eliminando o risco de queimaduras químicas.
- (E) a onda simétrica balanceada, garante que apenas o eletrodo negativo (catodo) seja capaz de despolarizar o tecido nervoso, aumentando a velocidade.

35

As informações nociceptivas cruzam a linha média e fazem sinapse no tálamo antes de atingir o córtex somatossensorial. O principal sistema de vias pelos quais essas informações ascendem, principalmente, é (são) a(s)

- (A) via nervo vago.
- (B) via colunas dorsais.
- (C) vias ântero-laterais.
- (D) via trato corticoespinhal
- (E) via trato espinocerebelar.

36

Segundo a teoria da comporta da dor, esfregar a pele ativa mecanorreceptores. Essa ativação gera atividade em determinado tipo de fibra e na organização circuital.

O tipo de fibra e organização circuital que provoca o fechamento da comporta são as fibras

- (A) As fibras β de diâmetro estreito, com circuital puramente extra segmentar
- (B) Fibras C, com circuital puramente extra-segmentar
- (C) Fibras $A\beta$ de diâmetro largo, com circuital segmentar
- (D) Fibras $A\delta$ de pequeno diâmetro, com circuital extra-segmentar
- (E) Fibras $A\alpha$ eferentes motoras, com circuital puramente segmentar.

Neurocirurgia

37

Um homem de 42 anos apresenta fraqueza progressiva dos membros inferiores e espasticidade há seis meses. A ressonância magnética evidencia um ependimoma intramedular torácico. Durante a ressecção microcirúrgica, ocorre redução de 70% da amplitude dos potenciais evocados somatossensitivos (SSEP), enquanto os MEP permanecem inalterados.

Em relação ao caso, assinale a afirmativa correta.

- (A) A alteração sugere comprometimento predominante das colunas dorsais da medula espinal.
- (B) A manutenção dos MEP exclui qualquer lesão medular.
- (C) O padrão é típico de neuropatia periférica aguda.
- (D) A redução isolada dos SSEP não possui importância prognóstica.
- (E) O achado demonstra lesão exclusiva das raízes torácicas.

38

Uma mulher de 34 anos apresenta parestesias nas mãos, diplopia transitória e episódios prévios de neurite óptica. O potencial evocado visual demonstra aumento bilateral da latência da onda P100, com amplitudes preservadas.

Em relação ao caso, assinale a afirmativa correta.

- (A) O achado sugere comprometimento desmielinizante da via visual.
- (B) O exame demonstra neuropatia do nervo oculomotor.
- (C) O padrão é compatível com miastenia gravis.
- (D) O aumento isolado da latência da P100 indica lesão retiniana.
- (E) O potencial evocado visual é inespecífico e não possui utilidade diagnóstica.

39

Durante uma cirurgia para correção de escoliose idiopática, a monitorização demonstra desaparecimento bilateral dos MEP logo após importante correção da deformidade. Após redução parcial da correção e elevação da pressão arterial média, os MEP retornam progressivamente aos valores basais.

Em relação ao caso, assinale a afirmativa correta.

- (A) O retorno dos MEP confirma que não houve sofrimento medular.
- (B) A recuperação dos MEP sugere comprometimento funcional reversível da perfusão medular.
- (C) O desaparecimento dos MEP indica obrigatoriamente secção medular.
- (D) O evento ocorreu exclusivamente por efeito anestésico.
- (E) A recuperação dos MEP torna desnecessário o registro do evento no relatório neurofisiológico.

40

Um homem de 63 anos é submetido à ressecção microcirúrgica de um meningioma do forame magno. Durante a monitorização neurofisiológica dos nervos cranianos baixos observa-se redução progressiva da amplitude do potencial muscular composto (CMAP) obtido no músculo genioglosso após intensa tração tumoral.

Nesse caso, é correto afirmar que

- (A) o achado demonstra lesão irreversível do nervo hipoglosso, sendo inútil modificar a técnica cirúrgica.
- (B) o potencial registrado avalia predominantemente a função sensitiva do nervo hipoglosso.
- (C) o padrão observado é característico de interferência elétrica produzida pelo bisturi bipolar.
- (D) a redução progressiva da amplitude sugere sofrimento funcional do nervo hipoglosso, devendo motivar diminuição imediata da manipulação tumoral.
- (E) a monitorização do nervo hipoglosso possui pouca utilidade clínica, pois não prediz déficit pós-operatório.

41

Mulher de 55 anos apresenta dor facial intensa e contínua após ressecção de um schwannoma do nervo trigêmeo. Durante a investigação neurofisiológica, realiza-se o reflexo do piscamento (*blink reflex*). Observa-se ausência bilateral da resposta R2 após estimulação do nervo infraorbitário direito, enquanto a resposta R1 encontra-se preservada.

Em relação ao caso, assinale a afirmativa correta.

- (A) O padrão sugere comprometimento das conexões polissinápticas do tronco encefálico relacionadas ao nervo trigêmeo.
- (B) O exame demonstra lesão isolada do nervo facial esquerdo.
- (C) O reflexo do piscamento avalia exclusivamente a integridade do córtex cerebral.
- (D) A preservação da resposta R1 exclui qualquer lesão trigeminal.
- (E) O exame é típico de miastenia gravis.

42

Durante a ressecção de um glioma localizado próximo ao giro pré-central esquerdo, realiza-se estimulação cortical direta. A estimulação desencadeia contrações repetitivas da mão direita, reproduzíveis em sucessivas aplicações, sem generalização da atividade elétrica cortical.

Em relação ao caso, assinale a afirmativa correta.

- (A) O achado confirma que a área estimulada corresponde ao foco epileptogênico primário.
- (B) A resposta demonstra estimulação do córtex somatossensitivo primário.
- (C) O fenômeno representa artefato elétrico relacionado ao estimulador cortical.
- (D) A estimulação deve ser imediatamente interrompida por representar crise epilética instalada.
- (E) O achado identifica área motora eloquente correspondente à representação cortical da mão.

43

Homem de 58 anos é submetido à microdissectomia L4-L5 por intensa lombociatalgia devido a hérnia discal extrusa. Durante a retirada do fragmento discal, a eletromiografia livre (*free-run EMG*) registra salvas repetitivas de potenciais neurotônicos nos músculos tibial anterior e extensor longo do hálux direitos. O cirurgião interrompe imediatamente a tração sobre a raiz nervosa, e a atividade desaparece em poucos segundos.

Em relação ao caso, assinale a afirmativa correta.

- (A) O desaparecimento da atividade neurotônica demonstra falha dos eletrodos de registro.
- (B) A atividade neurotônica representa irritação mecânica transitória da raiz nervosa, sendo um importante sinal de alerta intraoperatório.
- (C) O registro confirma secção parcial da raiz L5.
- (D) A EMG livre é utilizada apenas para monitorização de nervos cranianos.
- (E) A atividade neurotônica indica exclusivamente efeito do bisturi monopolar.

44

Uma mulher de 36 anos refere ptose flutuante, diplopia e fadiga muscular há aproximadamente um ano. A estimulação repetitiva mostrou decremento discreto (8%), considerado limítrofe. Optou-se pela realização da eletromiografia de fibra única (*Single-Fiber EMG*), que evidenciou aumento significativo do *jitter*, sem bloqueio de condução.

Em relação ao caso, assinale a afirmativa correta.

- (A) O aumento do *jitter* indica comprometimento primário da bainha de mielina.
- (B) O exame demonstra neuropatia axonal difusa.
- (C) O aumento do *jitter* indica instabilidade da transmissão neuromuscular e representa o exame eletrofisiológico mais sensível para miastenia *gravis*.
- (D) O resultado caracteriza doença do neurônio motor.
- (E) O *jitter* aumentado é inespecífico e não possui utilidade clínica.

45

Um homem de 46 anos procura atendimento por fraqueza progressiva do membro superior direito há quatro meses, acompanhada de dor irradiada para o 4º e o 5º dedos.

Ao exame físico, observa-se fraqueza dos músculos interósseos dorsais, abdutor do dedo mínimo, extensor comum dos dedos e flexor profundo dos dedos (4º e 5º dedos). A sensibilidade encontra-se discretamente reduzida na borda ulnar da mão. A ressonância magnética cervical evidencia espondilose discreta, sem compressão radicular significativa.

A eletroneuromiografia demonstra: desnervação ativa nos músculos interósseos dorsais, abdutor do dedo mínimo, extensor comum dos dedos e flexor profundo dos dedos; músculos paraespiniais cervicais preservados; redução da amplitude do potencial sensitivo do nervo cutâneo medial do antebraço; condução motora dos nervos mediano e ulnar preservada.

Em relação ao caso, é correto afirmar que

- (A) os achados favorecem lesão do tronco inferior do plexo braquial.
- (B) o quadro é compatível com radiculopatia C8.
- (C) trata-se de neuropatia isolada do nervo ulnar ao cotovelo.
- (D) o exame demonstra neuropatia do nervo radial.
- (E) o padrão é típico de doença do neurônio motor.

Neurologia

46

Uma paciente de 54 anos, arquiteta, é trazida ao consultório por familiares devido a mudanças progressivas no comportamento no último ano, com apatia crescente, abandono de seus projetos e indiferença emocional diante de problemas familiares graves. Desenvolveu perda do filtro social, fazendo comentários inadequados em público e passando a comer doces compulsivamente. No exame do estado mental em consultório, está orientada no tempo e no espaço e preserva a memória de fatos recentes. Mini mental = 30.

Considerando que o quadro clínico é altamente sugestivo de uma demência neurodegenerativa pré-senil, assinale a opção que indica corretamente as três variantes clínicas que compõem o espectro clínico dessa doença.

- (A) Variante apráxica posterior, síndrome de Hakim-Adams e degeneração corticobasal.
- (B) Variante amnésica límbica, coreia progressiva e paralisia geral progressiva.
- (C) Variante com corpos de Lewy, afasia progressiva fluente e apraxia de marcha.
- (D) Variante vascular subcortical, insônia familiar fatal e agnosia digital isolada.
- (E) Variante comportamental, afasia progressiva não fluente e demência semântica.

47

Uma mulher de 35 anos, grávida de 20 semanas, é levada ao setor médico da empresa por um colega de trabalho, que acabou de presenciar, mais uma vez, um episódio de início agudo e duração de 2 minutos, em que a paciente ficou parada, com movimentos faciais semelhantes à mastigação e durante esse período. Após o episódio, ela não se recordava do que estavam falando, porém afirmou que, nos últimos meses, de vez em quando notava que, ao chegar ao trabalho, parecia não reconhecer o ambiente. Procurou um clínico que sugeriu que era nervoso, pois estava se separando do marido.

A melhor conduta a ser adotada para o tratamento dessa paciente é

- (A) iniciar ácido valproico, orientando controle pelo nível sérico rigoroso até o final da gestação.
- (B) iniciar lamotrigina, associar ácido fólico e programar monitorização dos níveis séricos da medicação.
- (C) prescrever carbamazepina, suspendendo suplementação de vitaminas para evitar sobrecarga hepática fetal.
- (D) orientar que nenhuma medicação seja iniciada durante a gestação, e recomendar a associação de ácido fólico.
- (E) iniciar fenitoína e indicar cesariana eletiva agendada para a 37ª semana de gestação, a fim de evitar o estresse do trabalho de parto.

48

Paciente de 67 anos apresenta hemiplegia súbita e afasia iniciada há 1 hora e 20 minutos. A tomografia de crânio não evidencia hemorragia nem sinais de isquemia precoce.

Segundo os critérios atuais, essa paciente

- (A) é candidata imediata à trombólise intravenosa com alteplase, a menos que apresente histórico de neoplasia do trato gastrointestinal ou tenha apresentado sangramento gastrointestinal ativo nos últimos 21 dias.
- (B) não deve receber a terapia trombolítica caso a pressão arterial inicial na admissão seja de 190/115 mmHg, mesmo que haja resposta rápida aos anti-hipertensivos endovenosos.
- (C) está elegível para o procedimento se estiver em uso regular de rivaroxabana, com a última dose tomada há 12 horas, independentemente dos resultados de testes de coagulação específicos.
- (D) deixará de ser elegível para a trombólise se for constatado que ela apresentou um quadro de crise convulsiva exatamente no início dos sintomas neurológicos.
- (E) terá o tratamento contraindicado caso tenha histórico de cirurgia ortopédica de grande porte realizada há menos de 10 dias.

49

Mulher de 57 anos pergunta ao marido, durante o café da manhã, se ele está sentindo cheiro de queimado, e ele nega. Dias depois, o quadro se repete e passa a acontecer em outros lugares como no trabalho, dentro do carro e mesmo tomando banho. O cheiro surgia de repente e desaparecia em menos de um minuto. Ninguém além dela sentia. Numa noite, o cheiro voltou, e logo após ela sentiu um aperto no estômago subindo até o peito, e lembra-se de um medo intenso sem saber explicar por quê. O marido a chamou, e ela ficou olhando fixamente por alguns segundos. Ela mexia a boca como se estivesse mastigando, mas não respondia. Após alguns segundos, ela perde a consciência, cai ao chão e tem abalos tônico-clônicos nos 4 membros, incontinência urinária e mordedura de língua. O marido apenas a protege. Quando os movimentos cessam, ela dorme profundamente por alguns minutos e acorda um pouco confusa, queixando de cefaleia e pergunta o que aconteceu. É, então, levada ao hospital, onde é avaliada, não sendo detectadas alterações ao exame clínico e neurológico.

A localização mais provável do foco epileptogênico responsável por esse quadro clínico é

- (A) o lobo frontal.
- (B) o lobo parietal.
- (C) o lobo occipital.
- (D) o lobo temporal.
- (E) em ambos os hemisférios cerebrais.

50

Paciente apresenta quadro súbito de diplopia binocular. Devido a persistência do quadro por mais de 5 dias, procura avaliação com neurologista.

Ao exame da motilidade ocular extrínseca, foi dado o diagnóstico sindrômico de oftalmoplegia internuclear bilateral.

As alterações encontradas no exame do movimento ocular são:

- (A) ptose palpebral bilateral e paralisia dos retos superior, inferior e medial bilateral.
- (B) ao movimento conjugado vertical apresenta restrição do olhar para baixo bilateralmente.
- (C) globos oculares desviados para o mesmo lado ao repouso e incapacidade de olhar para o lado contralateral.
- (D) ao movimento conjugado horizontal apresenta paralisia da adução e nistagmo do olho em abdução bilateralmente.
- (E) estrabismo convergente bilateral e ao movimento conjugado horizontal apresenta paralisia da abdução bilateralmente.

51

Paciente vítima de traumatismo cranioencefálico por acidente de moto é levado ao hospital de Emergência pelo SAMU desacordado. Ao exame apresenta abertura ocular somente ao estímulo algóico, mas rapidamente fecha os olhos sem nenhuma resposta verbal e é observado flexão anormal dos membros superiores neste momento. As pupilas estão isocóricas e fotorreagentes.

De acordo com esses dados, a pontuação na escala de coma de Glasgow é

- (A) 5
- (B) 6
- (C) 7
- (D) 8
- (E) 9

52

Uma paciente de 89 anos é levada ao ambulatório por esquecimentos e perguntas repetitivas sobre fatos recentes. Caminha bem e faz tarefas domésticas há cerca de dois anos. O médico solicita exame de neuroimagem, porém, um mês após, é informado de que ela foi encontrada morta em residência, por suposta causa cardiovascular, e a família autoriza a realização de autópsia. Infarto coronariano é confirmado. O exame neuropatológico do cérebro revela intensa esclerose hipocampal e inclusões de uma proteína específica restrita ao sistema límbico, com ausência ou quantidade insignificante de placas amiloides e emaranhados neurofibrilares de Tau.

Considerando os achados clínicos e de necropsia, assinale a alternativa que indica corretamente a proteína acumulada, a população epidemiológica típica e o padrão de acometimento cerebral dessa entidade nosológica.

- (A) Proteína TDP-43, idosos muito longevos (acima de 80 anos) e alterações patológicas predominantes no sistema límbico.
- (B) Proteína alfa-sinucleína: idosos ou adultos; acometimento predominante nos lobos occipitais bilaterais.
- (C) Proteína Tau em 4 repetições, idosos ou adultos com degeneração focada no cerebelo e no cérebro.
- (D) Proteína priônica patológica, pacientes idosos e padrão de atrofia lobar frontal assimétrica.
- (E) Proteína Beta-Amiloide mutada, idosos acima 60 anos e dano a núcleos da base e tronco.

53

Homem de 45 anos é trazido à emergência por familiares, pois vem apresentando, há 24 horas, alterações do comportamento, confusão mental e desorientação. Mostra-se apático, indiferente ao ambiente e a seu estado de saúde. Está desnutrido, desidratado, com temperatura de 36,5 °C e pressão arterial de 10 por 7 mmHg.

Ao exame neurológico, apresenta aumento de base e dismetria nas provas dedo-nariz e calcanhar-jelho. As pupilas são mióticas e apresentam fraca reação à luz. Nos antecedentes, alcoolismo crônico e hipertensão arterial. A tomografia de crânio é normal.

A conduta imediata mais apropriada é

- (A) punção lombar para análise de líquido.
- (B) reposição eletrolítica e observação clínica.
- (C) início de antibiótico empírico para encefalite.
- (D) administração de tiamina antes da glicose endovenosa.
- (E) administração de glicose endovenosa seguida de tiamina.

54

Paciente de 15 anos relata quadro de desequilíbrio de marcha, incoordenação nos membros e disartria progressivos há 1 ano. História prévia de escoliose em acompanhamento ortopédico. O neurologista confirma uma síndrome atáxica e identifica pés cavos, propriocepção abolida em membros inferiores, arreflexia global e sinal de Babinski bilateral. Nega história familiar, mas os pais são consanguíneos. A principal hipótese é Ataxia de Friedreich.

O seguinte resultado de exame complementar é frequentemente encontrado nessa doença:

- (A) exame oftalmológico com retinite pigmentar.
- (B) teste molecular com expansão CAG no gene ATXN3.
- (C) ressonância magnética com marcada atrofia cerebelar.
- (D) ecocardiograma evidenciando cardiomiopatia hipertrófica.
- (E) eletroneuromiografia com polineuropatia sensitivo-motor desmielinizante.

Ortopedia

55

Um paciente foi submetido a uma amputação no terço médio da perna esquerda. Ao realizar o planejamento cirúrgico, a equipe médica discutiu as técnicas de amputação com miodese ou mioplastia.

Em relação a essas técnicas é correto afirmar que

- (A) ambas as técnicas são idênticas e diferem apenas no nome.
- (B) a mioplastia é contraindicada em pacientes acima de 60 anos.
- (C) a miodese é sempre indicada em membros isquêmicos por ser mais segura.
- (D) na miodese, grupos musculares transectados são suturados ao osso sob tensão fisiológica.
- (E) na miodese, o músculo é suturado a tecido mole oposto ou fásia, e na mioplastia o músculo é suturado ao osso observando não tensionar a sutura.

56

Em paciente com suspeita de lesão do ligamento cruzado anterior (LCA) esquerdo, o ortopedista realizou o teste de Lachman e o teste da gaveta anterior para definir o diagnóstico.

Em relação a esses testes, é correto afirmar que

- (A) o teste de Lachman é realizado em decúbito ventral, enquanto o teste da gaveta anterior em decúbito dorsal.
- (B) o teste de Lachman avalia apenas a estabilidade rotacional, enquanto o teste da gaveta anterior avalia a integridade do LCA.
- (C) o teste de Lachman depende da integridade do menisco medial, enquanto o teste da gaveta anterior depende dos isquiotibiais.
- (D) o teste da gaveta anterior é realizado com o joelho em flexão e o teste de Lachman com o joelho em extensão completa, minimizando a ação dos músculos isquiotibiais.
- (E) o teste de Lachman é realizado com o joelho em leve flexão (20-30°), enquanto o teste da gaveta anterior é realizado com o joelho fletido em torno de 90 graus.

57

Paciente do sexo masculino, 58 anos de idade, apresentando lesão lítica na metáfise distal do fêmur. Achados laboratoriais revelaram eletroforese de proteínas sem pico monoclonal. Biópsia da lesão evidenciou infiltrado linfóide. Outros exames auxiliaram a equipe médica a formular a hipótese diagnóstica de linfoma ósseo.

Assinale a opção que melhor descreve o perfil laboratorial compatível com linfoma ósseo, contribuindo para a hipótese diagnóstica apresentada.

- (A) Leucocitose neutrofílica acentuada como marcador laboratorial específico do linfoma ósseo.
- (B) Desidrogenase láctica (LDH) diminuída, VHS diminuído, plaquetas normais, PCR normal e cálcio diminuído.
- (C) Desidrogenase láctica (LDH) sérica elevada, anemia, fosfatase alcalina aumentada, VHS elevado, plaquetas baixas e cálcio aumentado.
- (D) Hipocalcemia grave isolada, fosfatase alcalina normal, desidrogenase láctica (LDH) sérica aumentada, plaquetas elevadas, PCR elevada.
- (E) Cálcio diminuído, desidrogenase láctica (LDH) normal, sem anemia, com plaquetas elevadas, PCR elevada e fosfatase alcalina diminuída.

58

Paciente do sexo feminino, 58 anos de idade, apresentou, após queda da própria altura, dor no quadril esquerdo e impossibilidade para deambular. Após exames de imagem, foi diagnosticada com uma fratura do tipo 31-B3 segundo a classificação AO/OTA (2018)

O melhor tratamento para essa paciente, entre as possibilidades a seguir, é

- (A) redução e fixação da fratura com sistema DHS.
- (B) redução e fixação da fratura com sistema DCS.
- (C) artroplastia do quadril com prótese bipolar.
- (D) tratamento conservador com restrição de carga e acompanhamento radiográfico seriado.
- (E) artroplastia total do quadril não cimentada, interface cerâmica – polietileno *crosslinked*.

59

Paciente do sexo masculino, 59 anos de idade, ativo, apesar de ser portador de Doença de Paget polióstótica, sem outras comorbidades, sofreu fratura do colo do fêmur esquerdo do tipo Garden III.

Em relação às possibilidades terapêuticas para esse paciente, é correto afirmar que

- (A) a osteossíntese com três parafusos canulados, que apresenta excelentes taxas de consolidação, é indicada.
- (B) a artroplastia total do quadril, devido a altas taxas de pseudartrose nas fraturas em osso pagetoide, é indicada.
- (C) a artroplastia está contraindicada, por causa da esclerose óssea diafisária e hipervascularidade.
- (D) a redução e osteossíntese isolada, mesmo na presença de coxa vara associada à doença de Paget, garante fixação estável e baixo risco de falha.
- (E) a hemiartroplastia é sempre preferível à artroplastia total nesse paciente, por reduzir o tempo cirúrgico e o sangramento intraoperatório.

60

Em relação à análise do líquido sinovial na artrite gotosa, assinale a afirmativa correta.

- (A) A birrefringência é uma propriedade exclusiva dos cristais de pirofosfato de cálcio.
- (B) A coloração de Gram substitui a necessidade de identificação de cristais para o diagnóstico definitivo.
- (C) Cristais de urato exibem birrefringência positiva, aparecendo azuis quando paralelos ao eixo do polarizador.
- (D) Apenas cristais intracelulares em neutrófilos fornecem confirmação inequívoca de crise ativa no momento da punção articular.
- (E) Cristais de urato extracelulares confirmam por si só que o paciente está em crise aguda no momento da punção articular.

61

Paciente do sexo masculino, 22 anos de idade, atleta de alto rendimento, sofreu fratura por estresse do quinto metatarsal.

Em relação à fratura por estresse do quinto metatarsal, é correto afirmar que

- (A) as três zonas apresentam risco equivalente de não união.
- (B) a zona I corresponde à diáfise proximal, sendo a de maior risco de não união por vascularização escassa.
- (C) a zona III é a tuberosidade, sendo a região mais suscetível a fraturas em atletas de basquete e corredores.
- (D) a zona II corresponde à área de maior risco para o retardo de consolidação devido à vascularização limitada.
- (E) a zona I é considerada de alto risco para o retardo de consolidação, e exige fixação cirúrgica primária em praticamente todos os pacientes.

62

Pacientes que apresentam disfunção do tendão do tibial posterior podem apresentar outras estruturas acometidas.

Segundo estudo de ressonância magnética conduzido por Deland e colaboradores em 2005, a estrutura ligamentar mais frequentemente relacionada a essa afecção é(são) o(s)

- (A) ligamento deltoide profundo.
- (B) ligamento talocalcâneo medial.
- (C) ligamentos metatarsais dorsais.
- (D) ligamento talocalcâneo interósseo.
- (E) ligamento calcaneonavicular plantar.

63

Lactente de quatro meses de vida apresenta deficiência tibial. Exames de imagem demonstraram tibia curta, diástase tibiofibular distal, superfície articular distal da tibia ausente, deslocamento proximal do tálus e separação entre a tibia e a fíbula no tornozelo.

Segundo o sistema de classificação de Jones, esse menino é classificado como tipo

- (A) 1.
- (B) 2.
- (C) 3.
- (D) 4.
- (E) 5.

Pediatria

64

Menina de 12 anos chega na emergência com o pai, com cansaço e com respiração rápida. O pai refere que a menor estava passando férias com os avós nos últimos 15 dias, tendo retornado hoje, cansada e emagrecida (perda de 4 kg), queixando-se de vômitos e dores abdominais. Refere também que, segundo os avós, ela tem demonstrado um apetite voraz e urinado muito na última semana.

Após exame físico, colhe-se imediatamente a glicemia e gasometria: glicose 430 mg/dL, pH 7,2, bicarbonato 13 mEq/L. Rapidamente, inicia-se o tratamento de cetoacidose diabética.

Sobre os cuidados que devem ser tomados no manejo dessa emergência, está correto afirmar que

- (A) a reposição de fósforo deve ser realizada sempre que ele estiver abaixo de 3,0 mg/dL.
- (B) se a glicemia estiver abaixo de 250 mg/dL, mas a paciente mantém acidose metabólica, a reposição contínua de insulina deve ser mantida, ajustando-se a oferta de glicose no soro.
- (C) mesmo que o paciente esteja estável e a acidose corrigida, a alimentação oral não pode ser feita se glicemia > 250.
- (D) a correção com insulina endovenosa deve ser mantida e sem oferta de glicose, até que a acidose seja corrigida, independentemente do valor da glicemia.
- (E) a insulina regular SC (a cada 4 horas) somente pode ser aplicada se a glicemia estiver abaixo de 200, mesmo que a acidose tenha sido corrigida.

65

As dores abdominais na pediatria comumente não estão relacionados a problemas orgânicos. Entretanto, uma queixa de dor abdominal de início súbito, intenso e sem relação com trauma, necessita avaliação médica imediata por suspeita de abdome agudo.

Considerando as principais causas de abdome agudo na população pediátrica, assinale a afirmativa **incorreta**.

- (A) Dores abdominais associadas a cólicas intermitentes, vômitos biliosos e eliminação de sangue nas fezes são sintomas presentes nos quadros de intussuscepção intestinal.
- (B) A ausência dos sinais de Blumberg e/ou Rovsing afasta a suspeita de apendicite aguda em pacientes com febre, vômitos e dor periumbilical que irradia para quadrante inferior direito.
- (C) O divertículo de Meckel é a anomalia congênita do trato gastrointestinal mais frequente, cuja enterorragia é uma manifestação comum.
- (D) A hérnia inguinal tem maior incidência no sexo masculino em seu primeiro ano de vida e pode cursar com encarceramento; sua correção é uma das cirurgias mais comuns no lactente.
- (E) No recém-nascido, a estenose hipertrófica do piloro pode levar a vômitos de leite não ingeridos e palpação de tumorção (oliva).

66

Menina de 18 meses chega acompanhada da avó devido a hematoma em tórax, com dificuldade de respirar ou de chorar. No exame, apresenta sensibilidade ao toque. Segundo a avó, a menor tentou sair sozinha do berço e caiu no chão. A radiografia evidencia uma fratura de costela.

A seguinte conduta deve então ser feita:

- (A) Analgesia para dor e liberação da menor com a avó, com orientações sobre quedas.
- (B) Deve-se afastar a avó da criança imediatamente e solicitar exames para confirmar a suspeita de maus tratos que causem danos físicos tais como fraturas em diferentes estágios de cicatrização.
- (C) Por ser pequena, a redução da fratura está indicada, mas precisa da autorização de um dos pais para isso.
- (D) Somente deve-se notificar o Conselho Tutelar se houver confirmação da suspeita de maus tratos.
- (E) Deve-se solicitar a presença dos responsáveis, afastar outras causas para a fratura, solicitar exames de imagem e notificar o Conselho Tutelar.

67

Lactente masculino, 12 meses, está em tratamento para otite média aguda com amoxicilina oral, há 72 horas, sem melhora dos sintomas, surgindo abaulamento em região retroauricular à esquerda.

Na suspeita de mastoidite aguda, o exame complementar que pode auxiliar a confirmação do diagnóstico é a

- (A) radiografia de mastoide.
- (B) ultrassonografia de mastoide.
- (C) tomografia computadorizada do osso temporal.
- (D) tomografia computadorizada de crânio com contraste.
- (E) angiotomografia de crânio.

68

Menino, 3 anos, apresenta episódios de crises convulsivas de início aos 2 anos de idade, atônicas, que provocam quedas durante o período de vigília, crises de ausência e crises tônicas durante o sono. Há atraso de desenvolvimento associado.

Assinale a opção correta em relação à principal hipótese diagnóstica e aos achados no eletroencefalograma (EEG) do caso.

- (A) Síndrome de Lennox-Gastaut; EEG com complexos ponta-onda lenta e surtos de polipontas durante o sono.
- (B) Síndrome de Janz; EEG com descargas generalizadas de poliponta-onda lenta.
- (C) Síndrome de West; EEG com hipsiarritmia e descargas generalizadas de poliponta-onda lenta.
- (D) Síndrome de Landau-Kleffner; EEG com descargas de ponta-onda de alta amplitude, que tendem a ser bitemporais.
- (E) Crise de ausência típica; EEG com descargas de ponta-onda lenta durante hiperventilação.

69

Recém-nascida (RN), a termo, 2º dia de vida, apresenta linfedema dorsal de mãos e pés, pescoço alado, implantação baixa de cabelos na nuca, hipertelorismo mamilar e sopro sistólico no foco aórtico. De acordo com o fenótipo sugestivo, foi solicitado cariótipo.

Sobre a principal hipótese, é correto afirmar que

- (A) cursa com puberdade precoce e falha no crescimento e desenvolvimento.
- (B) a malformação cardiovascular mais frequente é a coarctação da válvula aorta.
- (C) o cariótipo mais provável é o 46,XX, considerando ser RN do sexo feminino.
- (D) a cardiopatia manifesta-se clinicamente mais tardiamente e requer cirurgia após os dois anos.
- (E) o rim em ferradura e as malformações do sistema coletor são as anomalias renais mais prevalentes.

70

Pré-escolar, 2 anos, 12 kg, é internado na Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica por pneumonia e derrame pleural. Está taquipneica, vomitou um pouco, está hidratada e com diurese e função renal preservadas. A equipe indicou hidratação venosa de manutenção pela Regra de volume de Holliday-Segar.

A taxa de infusão mais adequada nas primeiras 24 horas é de

- (A) 40 mL/h
- (B) 45 mL/h
- (C) 50 mL/h
- (D) 55 mL/h
- (E) 60 mL/h

71

Adolescente, 13 anos, sexo masculino, apresenta tosse persistente há doze dias. Relata febre esporádica e pouca secreção. Seu médico, após examiná-lo, prescreveu azitromicina por cinco dias e broncodilatador, em caso de tosse intensa. Não houve melhora. Moram em área urbana, sem animais domésticos, mas bem próximo à região com floresta, com contato íntimo com pássaros locais. O pai procurou o pronto-atendimento, sendo realizada radiografia de tórax com pequeno nódulo (1 cm de diâmetro), não calcificado, no hemitórax direito. Ultrassonografia abdominal com fígado e baço de tamanho normal, sem linfadenomegalias. Prova tuberculínica – 4mm. Nega contato com pessoas com tosse crônica.

A principal hipótese diagnóstica é

- (A) tuberculose pulmonar.
- (B) paracoccidioidomicose.
- (C) histoplasmose.
- (D) neuroblastoma.
- (E) esporotricose.

72

Adolescente, 17 anos, sexo masculino, com asma em remissão clínica desde os oito anos, está em início de quadro de desconforto respiratório, após passar o final de semana com outros adolescentes. Apresenta tosse, respira rápido e tem dor torácica. Faz uso de broncodilatador, sem melhora. Como iniciou quadro de vômitos e dor abdominal, os pais o levaram ao hospital, sendo indicada internação. Quando perguntado, o jovem refere ter feito uso de dispositivo eletrônico de fumar. Nega contato com outras pessoas com quadro respiratório. Tem esquema vacinal completo.

Em relação ao quadro descrito, na internação e/ou no momento da alta hospitalar, espera-se encontrar

- (A) leucopenia com linfocitose, PCR e VHS elevados.
- (B) redução da capacidade de difusão de monóxido de carbono.
- (C) macrófagos com hemossiderina na broncoscopia.
- (D) condensações subpleurais bilaterais.
- (E) espirometria forçada dentro da normalidade.

Reumatologia

73

Homem de 58 anos apresenta lombalgia há seis semanas, associada a dor que se irradia pela face anterior da coxa direita, alcançando a região medial da perna. Refere dificuldade recente para subir escadas. Ao exame, apresenta discreta redução da força de extensão do joelho direito, reflexo patelar diminuído e hipoestesia na face medial da perna. A mobilização passiva do quadril, inclusive a rotação interna, é indolor e preservada. O teste de flexão, abdução e rotação externa do quadril não reproduz a dor. A elevação da perna estendida é negativa, enquanto a extensão passiva do quadril com flexão do joelho reproduz a dor irradiada habitual.

Considerando a anatomia funcional e os achados do exame físico, assinale o diagnóstico que melhor explica o quadro.

- (A) Coxartrose, pela dor referida para a coxa e o joelho.
- (B) Disfunção sacroilíaca, pela lombalgia associada à irradiação para o membro inferior.
- (C) Radiculopatia L5-S1, apesar da elevação da perna estendida não reproduzir os sintomas.
- (D) Neuropatia femoral, explicando a fraqueza do quadríceps e a redução do reflexo patelar encontrados ao exame.
- (E) Radiculopatia L4, sustentada pela distribuição sensitiva, fraqueza do quadríceps, hiporreflexia patelar e reprodução da dor pelo teste de estiramento femoral.

74

Homem de 68 anos, com hipertensão arterial e doença renal crônica, apresenta dor intensa e aumento de volume do joelho direito iniciados há 18 horas. Nega trauma. Refere episódio semelhante no mesmo joelho há cerca de um ano, com resolução espontânea em poucos dias. Ao exame, apresenta derrame articular volumoso, calor e importante limitação dolorosa da mobilidade. A temperatura axilar é de 37,7 °C. A concentração sérica de ácido úrico é de 8,6 mg/dL. A radiografia demonstra condrocalcinose dos meniscos. A artrocentese revela líquido sinovial turvo, com predomínio de neutrófilos, e cristais intracelulares romboides com birrefringência positiva fraca à luz polarizada compensada. A coloração de Gram não evidencia microrganismos.

Considerando o diagnóstico diferencial da monoartrite aguda, assinale a interpretação mais adequada.

- (A) Osteoartrite com derrame inflamatório agudo.
- (B) Gota aguda, favorecida pela presença de hiperuricemia.
- (C) Artrite séptica, apesar da ausência de microrganismos na coloração de Gram.
- (D) Artrite aguda por cristais de pirofosfato de cálcio, sendo desnecessária investigação microbiológica adicional.
- (E) Artrite aguda por cristais de pirofosfato de cálcio, mantendo-se a necessidade de cultura do líquido sinovial para excluir infecção concomitante.

75

Paciente de 52 anos, com artrite reumatoide e atividade persistente apesar do tratamento convencional, apresenta indicação de iniciar terapia biológica com um inibidor do fator de necrose tumoral. Durante a avaliação pré-tratamento, o teste para infecção latente pelo *Mycobacterium tuberculosis* é positivo, sem evidências clínicas ou radiológicas de tuberculose ativa.

Considerando o mecanismo de ação dessa classe de medicamentos e sua relação com a resposta imune, assinale o conceito que melhor fundamenta a preocupação com a reativação da tuberculose.

- (A) Depleção de linfócitos B com redução da imunidade humoral.
- (B) Bloqueio da coestimulação de linfócitos T com menor ativação da resposta adaptativa.
- (C) Inibição da sinalização da interleucina 6, com redução da produção de proteínas de fase aguda.
- (D) Bloqueio da interleucina 17, com prejuízo da defesa mucocutânea e aumento da suscetibilidade a determinadas infecções fúngicas.
- (E) Neutralização do fator de necrose tumoral, interferindo na manutenção da resposta granulomatosa necessária para conter microrganismos intracelulares e favorecendo a reativação da tuberculose.

76

Mulher de 67 anos, na pós-menopausa, sofreu fratura do rádio distal após tropeçar e cair da própria altura. Não apresenta história de neoplasia, doença renal crônica ou uso prolongado de glicocorticoides. Após o tratamento da fratura, foi submetida à densitometria óssea, que mostrou escore T de -2,1 no colo do fêmur e -1,9 na coluna lombar. Cálcio sérico, fósforo, creatinina e fosfatase alcalina estão dentro dos valores de referência.

Considerando de forma integrada o mecanismo da fratura e os resultados da densitometria óssea, assinale a interpretação mais adequada.

- (A) Classificar a paciente como portadora de osteopenia com base nos resultados densitométricos apresentados.
- (B) Reconhecer a fratura por baixo trauma como manifestação clínica de osteoporose, independentemente de o escore T ser superior a -2,5.
- (C) Calcular o risco de fraturas antes de definir o diagnóstico, pois o escore T não alcançou o limite densitométrico para osteoporose.
- (D) Repetir a densitometria após a consolidação da fratura, utilizando a evolução da massa óssea para diferenciar osteopenia de osteoporose clínica.
- (E) Investigar inicialmente causas secundárias de redução da massa óssea e somente estabelecer o diagnóstico de osteoporose se nenhuma condição alternativa explicar a fratura.

77

Mulher de 58 anos apresenta dor em queimação nos pés há oito meses, acompanhada de formigamento e hipersensibilidade ao contato com roupas e lençóis. O exame neurológico demonstra redução da sensibilidade distal, de distribuição simétrica, sem déficit motor. A investigação clínica confirma neuropatia periférica dolorosa.

Durante a consulta, relata também humor deprimido, perda de interesse pelas atividades habituais e piora funcional nos últimos meses. Não apresenta ideação suicida. A função renal e a função hepática são normais. Não faz uso de antidepressivos nem de medicamentos específicos para dor neuropática.

Considerando o mecanismo da dor e as comorbidades apresentadas, assinale a opção farmacológica inicial mais adequada.

- (A) Prescrever um anti-inflamatório não esteroidal em uso contínuo.
- (B) Iniciar lidocaína tópica como tratamento isolado da neuropatia bilateral.
- (C) Iniciar pregabalina, priorizando exclusivamente sua ação sobre a transmissão da dor neuropática.
- (D) Iniciar duloxetine, considerando seu efeito analgésico e a presença concomitante de sintomas depressivos.
- (E) Iniciar opioide de liberação prolongada, reservando antidepressivos ou gabapentinóides para eventual resposta insuficiente ao tratamento analgésico inicial.

78

Mulher de 61 anos, com osteoartrite de joelhos, refere dor crônica há quatro anos. Nos últimos 12 meses, passou a apresentar dor mais difusa, envolvendo também região cervical, lombar e membros superiores, além de fadiga, sono não reparador e dificuldade de concentração. A intensidade da dor nos joelhos tornou-se pouco relacionada ao esforço e desproporcional às alterações radiográficas, que permanecem estáveis. Ao exame, não há derrame articular ou sinais de sinovite, mas há hipersensibilidade dolorosa difusa à palpação, inclusive em regiões distantes dos joelhos. Hemograma, velocidade de hemossedimentação e proteína C reativa são normais.

Considerando os mecanismos de dor envolvidos, assinale a interpretação mais adequada para orientar o tratamento.

- (A) Atribuir a dor apenas à osteoartrite e intensificar o tratamento anti-inflamatório local.
- (B) Considerar neuropatia periférica como mecanismo predominante e solicitar eletroneuromiografia antes de modificar o tratamento.
- (C) Reconhecer componente nociplástico associado à dor nociceptiva da osteoartrite e incorporar abordagem multimodal ao tratamento.
- (D) Interpretar a intensidade da dor como evidência de progressão estrutural da osteoartrite e indicar nova avaliação por imagem para orientar intervenção local.
- (E) Considerar que a ausência de inflamação sistêmica exclui mecanismo periférico relevante e direcionar o tratamento exclusivamente para estratégias farmacológicas de modulação central da dor.

79

Mulher de 64 anos refere dor no joelho direito há três anos, progressivamente mais limitante para caminhar, subir escadas e levantar-se de cadeiras. A dor piora ao longo do dia e melhora com repouso. Refere rigidez ao iniciar os movimentos pela manhã, com duração aproximada de dez minutos. Ao exame, apresenta crepitação, discreta limitação da flexão, aumento ósseo do compartimento medial e ausência de calor ou derrame articular significativo. Não apresenta sintomas constitucionais nem acometimento de outras articulações. A radiografia em carga mostra osteófitos marginais e discreto estreitamento assimétrico do espaço articular medial. A paciente relata dor e limitação funcional mais intensas do que esperava após ler o laudo radiológico, que descreve as alterações como leves.

Considerando a relação entre manifestações clínicas e alterações estruturais na osteoartrite, assinale a interpretação mais adequada.

- (A) Reconhecer osteoartrite do joelho e orientar a conduta pela repercussão clínica e funcional, sem exigir proporcionalidade com a radiografia.
- (B) Manter o diagnóstico de osteoartrite e solicitar ressonância magnética para esclarecer se lesões estruturais adicionais justificam a intensidade da dor.
- (C) Considerar osteoartrite sintomática e atribuir a discrepância clínico-radiográfica a sensibilização da dor, antes de ampliar a investigação por imagem da paciente.
- (D) Reavaliar o diagnóstico de osteoartrite e pesquisar artropatia inflamatória ou doença por cristais, pois sintomas intensos com alterações leves sugerem doença associada.
- (E) Considerar a radiografia insuficiente para explicar o quadro e indicar investigação complementar sistemática, porque a intensidade da dor deve acompanhar aproximadamente a gravidade estrutural.

80

Menino de 12 anos é avaliado por dor e aumento de volume inicialmente no tornozelo direito, com melhora espontânea após dois dias, seguidos de acometimento do joelho esquerdo e, posteriormente, do tornozelo esquerdo. Há cerca de três semanas apresentou odinofagia e febre, sem tratamento específico. Ao exame, encontra-se afebril, com artrite do tornozelo esquerdo, sem lesões cutâneas ou alterações neurológicas. Não há sopro cardíaco à ausculta. A velocidade de hemossedimentação e a proteína C reativa estão elevadas, e a antistreptolisina O apresenta título elevado.

Considerando a hipótese de febre reumática aguda, assinale a abordagem mais adequada.

- (A) Considerar provável febre reumática e realizar avaliação cardiológica adicional apenas se surgirem achados auscultatórios sugestivos de valvopatia.
- (B) Priorizar artrite reativa pós-estreptocócica, considerando que o antecedente de faringite e a artrite de grandes articulações também ocorrem nessa condição.
- (C) Solicitar nova investigação microbiológica da orofaringe para documentar infecção estreptocócica recente antes de aplicar os critérios diagnósticos de febre reumática.
- (D) Considerar febre reumática aguda e realizar ecocardiograma, mesmo com ausculta cardíaca normal, para pesquisar cardite clínica ou subclínica.
- (E) Considerar febre reumática provável, mas adiar a avaliação ecocardiográfica até definir se a artrite mantém evolução migratória típica ou apresenta resposta rápida ao tratamento anti-inflamatório.

Realização

