

TIPO

1

Enare

EXAME NACIONAL DE RESIDÊNCIA

EDIÇÃO 2026/2027

TARDE

ÁREA DE ATUAÇÃO

HEPATOLOGIA

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!



Clínica Médica

1

Homem de 68 anos, tabagista de 55 anos-maço, com diagnóstico prévio de doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), procura emergência por piora progressiva da dispnéia há 3 dias, associada a aumento do volume do escarro e mudança de sua coloração para amarelo-esverdeada. Faz uso regular de tiotrópio e formoterol. Nega febre, dor torácica ou hemoptise.

Ao exame: consciente e cooperativo, frequência respiratória de 32 irpm, frequência cardíaca de 108 bpm, pressão arterial de 138 × 82 mmHg, temperatura de 36,8 °C e SpO₂ de 84% em ar ambiente. Apresenta uso de musculatura acessória, tempo expiratório prolongado e sibilos difusos bilateralmente. Não há edema periférico.

Radiografia de tórax demonstra hiperinsuflação pulmonar, sem consolidações ou pneumotórax. Exames laboratoriais mostram: leucócitos 12.800/mm³, hemoglobina 15,1 g/dL, creatinina 0,9 mg/dL, sódio 138 mEq/L e potássio 4,0 mEq/L.

Após início de oxigenoterapia controlada, com SpO₂ de 90%, a gasometria arterial revela: pH 7,28 | PaCO₂ 68 mmHg | PaO₂ 61 mmHg | HCO₃⁻ 31 mEq/L.

Considerando o diagnóstico mais provável, os achados clínicos e gasométricos e os mecanismos farmacológicos envolvidos, assinale a opção que apresenta a conduta inicial mais adequada.

- (A) Iniciar ventilação não invasiva, associar β_2 -agonista de curta ação e antimuscarínico de curta ação, administrar corticosteroide sistêmico e antibioticoterapia; o β_2 -agonista promove broncodilatação por ativação de receptores β_2 acoplados à proteína Gs, com aumento intracelular de AMPc.
- (B) Manter oxigenoterapia até normalização da PaCO₂, associar corticosteroide inalatório e antibioticoterapia; o corticosteroide exerce seu efeito agudo principalmente por ativação de receptores de membrana, aumentando diretamente o AMPc na musculatura lisa brônquica.
- (C) Proceder imediatamente à intubação orotraqueal, associar β_2 -agonista inalatório e corticosteroide sistêmico; o β_2 -agonista reduz a concentração intracelular de AMPc por inibição da adenilato ciclase, diminuindo a disponibilidade de cálcio para contração muscular.
- (D) Iniciar ventilação não invasiva e corticosteroide sistêmico, mantendo a broncodilatação apenas com os fármacos de longa ação habituais; os antimuscarínicos de curta ação devem ser evitados porque o bloqueio dos receptores M3 intensifica a broncoconstrição colinérgica.
- (E) Iniciar ventilação não invasiva, antibioticoterapia e teofilina intravenosa como broncodilatador preferencial; a teofilina promove broncodilatação por ativação da fosfodiesterase, aumentando a degradação intracelular do AMPc.

2

Homem de 58 anos, 85 kg, é admitido no serviço de emergência com pneumonia comunitária grave, evoluindo nas últimas horas com piora progressiva da dispnéia e rebaixamento do nível de consciência. Na avaliação inicial, encontra-se sonolento, responde apenas a estímulos vigorosos, apresenta tosse ineficaz e acúmulo de secreções em orofaringe.

Ao exame: PA 118 × 72 mmHg, FC 112 bpm, FR 34 irpm, temperatura 38,6 °C e SpO₂ 82% apesar de máscara com reservatório a 15 L/min. À ausculta pulmonar, apresenta crepitações difusas, mais intensas no hemitórax direito.

A gasometria arterial demonstra: pH 7,24 | PaCO₂ 58 mmHg | PaO₂ 52 mmHg | HCO₃⁻ 24 mEq/L.

Exames laboratoriais: Hb 13,1 g/dL; leucócitos 18.400/mm³; plaquetas 212.000/mm³; Na⁺ 138 mEq/L; K⁺ 4,2 mEq/L; creatinina 1,0 mg/dL; glicemia 126 mg/dL.

Diante da insuficiência respiratória aguda, hipoxemia grave e incapacidade progressiva de proteção da via aérea, indica-se intubação orotraqueal por sequência rápida. Após pré-oxigenação adequada, não são identificados história de hipertermia maligna, doença neuromuscular, queimaduras extensas ou outros fatores que contraindiquem o emprego da succinilcolina.

Considerando os princípios farmacológicos e a sequência apropriada dos medicamentos durante a intubação por sequência rápida, assinale a afirmativa correta.

- (A) Administrar fentanil 2 µg/kg IV, seguido de succinilcolina 1,5 mg/kg IV e, após o aparecimento das fasciculações, etomidato 0,3 mg/kg IV, procedendo à laringoscopia após instalação do bloqueio neuromuscular.
- (B) Administrar lidocaína 1,5 mg/kg IV, seguida de etomidato 0,3 mg/kg IV; após a perda da consciência, proceder à laringoscopia e reservar a succinilcolina 1,5 mg/kg IV para eventual dificuldade de abertura mandibular.
- (C) Administrar etomidato 0,3 mg/kg IV, seguido imediatamente de succinilcolina 1–1,5 mg/kg IV; após instalação do bloqueio neuromuscular, proceder à laringoscopia e intubação, sem considerar lidocaína ou fentanil etapas obrigatórias da sequência.
- (D) Administrar fentanil 2 µg/kg IV e etomidato 0,3 mg/kg IV, seguidos de succinilcolina 0,5 mg/kg IV; após cessarem as fasciculações, proceder à laringoscopia, utilizando dose reduzida do bloqueador para minimizar o risco de hipercalemia.
- (E) Administrar etomidato 0,3 mg/kg IV, seguido de fentanil 2 µg/kg IV e succinilcolina 1–1,5 mg/kg IV; aguardar cerca de três minutos após o opioide antes da laringoscopia para assegurar adequada atenuação da resposta simpática à instrumentação.

3

Mulher de 21 anos retorna ao ambulatório seis meses após tratamento de carcinoma folicular da tireoide. Foi submetida à tireoidectomia total seguida de radioiodoterapia e encontra-se em uso de levotiroxina 150 µg/dia.

Nas últimas semanas, passou a apresentar palpitações, tremor fino das mãos e intolerância ao calor. Nega dor cervical, disfagia ou perda ponderal importante. Ao exame, apresenta PA 118 × 70 mmHg, FC 104 bpm, tremor fino distal e ausência de massas ou linfonodomegalias cervicais palpáveis.

A avaliação atual demonstra: TSH: 0,06 mUI/L; T4 livre: 1,9 ng/dL (VR: 0,8–1,8); Tireoglobulina sob levotiroxina: 0,08 ng/mL; Anticorpo antitireoglobulina: não detectável; Ultrassonografia cervical: ausência de lesões no leito tireoidiano ou linfonodos suspeitos.

Considerando a resposta ao tratamento, o acompanhamento do carcinoma diferenciado da tireoide e a farmacologia da levotiroxina, assinale a opção que indica a conduta mais apropriada neste momento.

- (A) Manter a dose atual de levotiroxina, pois a supressão do TSH abaixo de 0,1 mUI/L deve ser preservada após radioiodoterapia, mesmo diante de resposta bioquímica e estrutural favorável, desde que os sintomas sejam controlados com betabloqueador.
- (B) Suspender temporariamente a levotiroxina para obtenção de TSH elevado e dosar tireoglobulina estimulada, pois somente a Tg após estímulo permite estabelecer resposta excelente e autorizar redução posterior da intensidade da supressão hormonal.
- (C) Manter a levotiroxina e solicitar pesquisa de corpo inteiro com radioiodo antes de qualquer ajuste, pois tireoglobulina baixa durante supressão do TSH não exclui doença residual e requer confirmação funcional antes da redução da dose hormonal.
- (D) Reduzir a dose de levotiroxina, buscando TSH dentro do intervalo de referência, e manter seguimento com tireoglobulina acompanhada de anti-Tg e vigilância estrutural apropriada, pois os achados caracterizam resposta excelente e não justificam supressão prolongada do TSH.
- (E) Substituir parcialmente a levotiroxina por liotironina, mantendo o TSH abaixo do limite inferior da referência, pois o T3 possui maior afinidade pelos receptores nucleares e permite preservar o efeito antitumoral com menor risco de manifestações de tireotoxicose.

4

Homem de 52 anos, hipertenso e ex-tabagista, foi submetido a angioplastia coronariana com implante de stent após infarto agudo do miocárdio há 8 meses. Desde a alta, mantém boa adesão ao tratamento e às medidas não farmacológicas. Encontra-se assintomático e utiliza, entre outros medicamentos, atorvastatina 80 mg/dia.

Os exames laboratoriais atuais mostram: Colesterol total: 156 mg/dL; LDL-C: 78 mg/dL; HDL-C: 43 mg/dL; Triglicerídeos: 174 mg/dL; AST: 29 U/L; ALT: 32 U/L; CK: 104 U/L; Creatinina: 0,9 mg/dL; Glicemia de jejum: 96 mg/DL.

O paciente refere adesão regular à atorvastatina e não apresenta mialgia ou outros efeitos adversos. Considerando o risco cardiovascular, os resultados laboratoriais e os mecanismos farmacológicos dos agentes hipolipemiantes, a conduta mais apropriada neste momento é

- (A) substituir a atorvastatina por fenofibrato, agonista do receptor nuclear PPAR-α que aumenta a atividade da lipoproteína lipase, priorizando a redução dos triglicerídeos como estratégia de prevenção de novos eventos cardiovasculares.
- (B) associar niacina à atorvastatina, reduzindo a produção hepática de VLDL e aumentando o HDL-C, estratégia que proporciona redução adicional de eventos cardiovasculares em pacientes com doença aterosclerótica tratados com estatinas.
- (C) associar ezetimiba à atorvastatina, inibindo a absorção intestinal de colesterol e reduzindo o aporte de colesterol ao fígado, o que promove aumento compensatório da expressão hepática de receptores de LDL.
- (D) substituir a atorvastatina por evolocumabe, anticorpo monoclonal que bloqueia a PCSK9 e reduz a degradação dos receptores hepáticos de LDL, utilizando-o isoladamente como estratégia preferencial antes da associação de outro hipolipemiante.
- (E) manter apenas atorvastatina 80 mg/dia, pois a redução adicional do LDL-C abaixo de 70 mg/dL não apresenta benefício cardiovascular comprovado quando já se utiliza estatina na dose máxima tolerada.

5

Uma técnica de enfermagem de 29 anos, previamente hígida, sofre acidente durante coleta de sangue de um paciente internado. Ao tentar descartar o dispositivo, perfura profundamente a polpa digital com agulha oca recém-utilizada para punção venosa, com presença visível de sangue no lúmen. O acidente ocorreu há 50 minutos. O local foi imediatamente lavado com água e sabão.

A pessoa-fonte vive com HIV há 8 anos, encontra-se clinicamente estável, em uso regular de terapia antirretroviral e apresenta carga viral do HIV < 40 cópias/mL, de forma sustentada nos últimos 24 meses, sem registro de falha virológica recente.

Na avaliação inicial, o teste rápido para HIV da profissional exposta é não reagente. Os exames mostram: creatinina 0,72 mg/dL, taxa de filtração glomerular estimada > 90 mL/min/1,73 m², AST 21 U/L e ALT 19 U/L. Não há gestação nem uso de medicamentos com interações relevantes.

Considerando o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Profilaxia Pós-Exposição de Risco à Infecção pelo HIV, IST e Hepatites Virais do Ministério da Saúde, assinale a opção que indica a conduta mais adequada e o respectivo fundamento farmacológico.

- (A) Iniciar zidovudina e lamivudina por 28 dias, sem terceiro antirretroviral, pois a supressão virológica da pessoa-fonte permite reduzir a intensidade do esquema profilático e evitar exposição desnecessária a inibidores da integrase.
- (B) Não iniciar profilaxia antirretroviral, pois a carga viral sustentadamente indetectável da pessoa-fonte determina risco zero também na exposição percutânea; manter apenas seguimento sorológico da profissional exposta.
- (C) Iniciar tenofovir e lamivudina por 28 dias, reservando dolutegravir para situações em que a pessoa-fonte apresente carga viral detectável, pois dois inibidores da transcriptase reversa seriam suficientes diante de supressão virológica documentada.
- (D) Iniciar tenofovir/lamivudina associados a darunavir/ritonavir por 28 dias, pois a exposição percutânea proveniente de pessoa-fonte em tratamento antirretroviral exige preferencialmente um inibidor de protease para reduzir o risco de resistência transmitida.
- (E) Iniciar imediatamente tenofovir/lamivudina associados a dolutegravir e manter o esquema por 28 dias; tenofovir e lamivudina inibem a transcriptase reversa, enquanto o dolutegravir inibe a integrase viral, impedindo a integração do DNA viral ao genoma da célula hospedeira.

6

Mulher de 48 anos procura ambulatório de Clínica Médica para tratamento da obesidade. Apresenta ganho ponderal progressivo há aproximadamente 10 anos. Nos últimos 12 meses, realizou acompanhamento nutricional, redução da ingestão calórica e atividade física regular, porém obteve perda de apenas 2,5% do peso inicial, seguida de recuperação ponderal.

Tem hipertensão arterial controlada com losartana e dislipidemia. Nega diabetes mellitus, pancreatite prévia, colelitíase sintomática, doença cardiovascular estabelecida, transtorno convulsivo e história pessoal ou familiar de carcinoma medular da tireoide ou neoplasia endócrina múltipla tipo 2. Não utiliza opioides.

Ao exame: peso 101 kg; altura 1,66 m; IMC 36,7 kg/m²; circunferência abdominal 111 cm; PA 132 × 82 mmHg; FC 78 bpm.

Exames laboratoriais: glicemia de jejum: 112 mg/dL; HbA1c: 6,1%; triglicerídeos: 236 mg/dL; LDL-c: 146 mg/dL; HDL-c: 38 mg/dL; ALT: 48 U/L; AST: 32 U/L; creatinina: 0,81 mg/dL; TSH: 1,9 mUI/L.

A paciente deseja tratamento farmacológico e afirma que sua principal meta é obter perda ponderal clinicamente expressiva e sustentada, além de reduzir seu risco cardiometabólico.

Considerando as intervenções farmacológicas disponíveis para tratamento da obesidade, seus mecanismos de ação, eficácia relativa e o perfil clínico apresentado, assinale a opção que indica a conduta mais adequada para esse caso.

- (A) Iniciar naltrexona/bupropiona, cuja ação conjunta sobre neurônios POMC hipotalâmicos e circuitos mesolímbicos reduz fome e recompensa alimentar; diante da ausência de uso de opioides e de transtorno convulsivo, constitui opção possível e apresenta eficácia ponderal esperada semelhante à dos agonistas do receptor de GLP-1 de alta potência.
- (B) Iniciar semaglutida, agonista do receptor de GLP-1 de administração semanal, que reduz a ingestão energética por aumentar saciedade e reduzir fome, retarda o esvaziamento gástrico e potencializa a secreção de insulina de modo dependente da glicose; seu perfil de eficácia torna-a apropriada diante da magnitude de perda ponderal pretendida, associada à manutenção das intervenções sobre estilo de vida.
- (C) Iniciar orlistate, inibidor das lipases gastrointestinais que reduz a absorção da gordura alimentar; por atuar periféricamente e também reduzir LDL-c, constitui alternativa especialmente adequada neste caso, apresentando magnitude média de perda ponderal comparável à obtida com semaglutida em doses destinadas ao tratamento da obesidade.
- (D) Iniciar liraglutida, agonista do receptor de GLP-1 administrado por via subcutânea diariamente, que aumenta saciedade e reduz ingestão energética; por compartilhar o mesmo receptor farmacológico com a semaglutida, as duas medicações apresentam magnitude de perda ponderal aproximadamente equivalente quando empregadas nas doses aprovadas para obesidade.
- (E) Iniciar sibutramina, inibidor da recaptção de noradrenalina e serotonina com efeito sobre saciedade e ingestão alimentar; como a paciente não apresenta doença cardiovascular estabelecida e sua pressão arterial encontra-se controlada, essa opção apresenta relação benefício-risco favorável e eficácia ponderal esperada equivalente à semaglutida.

7

Homem de 34 anos, previamente hígido, procura uma unidade de pronto atendimento cerca de 8 horas após ser mordido por seu gato doméstico na mão direita, enquanto tentava contê-lo para colocá-lo em uma caixa de transporte. O animal é domiciliado, encontra-se aparentemente saudável e pode permanecer em observação.

Ao exame, apresenta duas perfurações puntiformes profundas no dorso da mão, uma delas com discreto sangramento, sem secreção purulenta, flutuação ou crepitação. Há dor local leve, sem limitação dos movimentos dos dedos e sem dor à mobilização passiva. Temperatura 36,7 °C, frequência cardíaca 78 bpm e pressão arterial 124 × 76 mmHg.

Radiografia da mão não demonstra fratura, gás em partes moles ou corpo estranho.

Exames laboratoriais mostram: leucócitos: 7.900/mm³; neutrófilos: 62%; hemoglobina: 14,6 g/dL; plaquetas: 248.000/mm³; proteína C reativa: 2,1 mg/L; creatinina: 0,9 mg/dL.

O paciente informa ter recebido esquema básico completo contra o tétano, com última dose há 3 anos, e nega alergias medicamentosas.

Considerando a localização e as características da lesão, a microbiologia das infecções relacionadas a mordeduras e os mecanismos farmacológicos dos antimicrobianos disponíveis, assinale a opção que indica a conduta mais adequada neste momento.

- (A) Realizar irrigação abundante e prescrever cefalexina, pois sua ligação às proteínas ligadoras de penicilina inibe a síntese da parede bacteriana e proporciona cobertura adequada para *Staphylococcus*, *Streptococcus* e *Pasteurella*; não realizar reforço antitetânico e iniciar vacinação antirrábica.
- (B) Realizar limpeza e irrigação da ferida e prescrever amoxicilina/clavulanato; a amoxicilina inibe a síntese da parede bacteriana por ligação às proteínas ligadoras de penicilina, enquanto o clavulanato inibe beta-lactamases, ampliando a cobertura da flora polimicrobiana; não indicar reforço antitetânico e manter o gato em observação por 10 dias.
- (C) Realizar irrigação e prescrever sulfametoxazol/trimetoprim isoladamente, cuja inibição sequencial da síntese de folato proporciona cobertura suficiente para *Pasteurella*, cocos Gram-positivos e anaeróbios; realizar reforço antitetânico e observar o animal por 10 dias.
- (D) Realizar irrigação, manter a ferida aberta e prescrever clindamicina isoladamente, que se liga à subunidade ribossômica 50S e cobre adequadamente os principais cocos Gram-positivos, anaeróbios e *Pasteurella*; não realizar reforço antitetânico e iniciar imediatamente vacina e imunoglobulina antirrábicas.
- (E) Realizar irrigação e apenas observação clínica, sem antibioticoprofilaxia, pois a ausência de leucocitose, elevação da proteína C reativa ou sinais locais de infecção indica baixo risco de complicações; não realizar reforço antitetânico e manter o animal em observação por 10 dias.

8

Homem de 32 anos, previamente hígido, retorna ao serviço de emergência por persistência de quadro iniciado há cinco dias com febre, dor abdominal em cólicas e diarreia, inicialmente aquosa, que evoluiu para aproximadamente oito evacuações diárias, algumas contendo sangue e muco. Há três dias, durante o primeiro atendimento, foram coletadas fezes para investigação microbiológica e instituída reposição hidroeletrólítica, sem antibioticoterapia. Refere ter consumido frango malcozido cerca de dois dias antes do início dos sintomas.

Na reavaliação, apresenta temperatura de 38,7 °C, frequência cardíaca de 106 bpm, pressão arterial de 108 × 68 mmHg e mucosas discretamente secas. O abdome é doloroso difusamente à palpação, sem sinais de irritação peritoneal.

Exames laboratoriais mostram: hemoglobina 14,1 g/dL; leucócitos 15.800/mm³, com 84% de neutrófilos; plaquetas 238.000/mm³; creatinina 1,0 mg/dL; ureia 31 mg/dL; sódio 136 mEq/L; potássio 3,4 mEq/L e proteína C reativa 96 mg/L. Não há evidências laboratoriais de hemólise ou disfunção renal.

A cultura das fezes coletada no atendimento anterior, realizada em meio seletivo sob condições de microaerofilia, encontra-se agora disponível e identifica *Campylobacter jejuni*.

Considerando a persistência e a intensidade do quadro, o agente identificado e os princípios de uso racional de antimicrobianos, além da manutenção da reposição hidroeletrólítica, assinale a opção que indica a conduta farmacológica mais apropriada e o respectivo mecanismo de ação.

- (A) Administrar ceftriaxona, que se liga às proteínas ligadoras de penicilina e inibe a síntese da parede bacteriana, constituindo terapia preferencial para a enterite por *C. jejuni*.
- (B) Administrar ciprofloxacino, que inibe a DNA-girase e a topoisomerase IV, constituindo terapia preferencial mesmo sem demonstração de suscetibilidade do isolado.
- (C) Administrar sulfametoxazol-trimetoprima, que promove bloqueio sequencial da síntese bacteriana de folato, constituindo terapia de primeira escolha para a campilobacteriose intestinal.
- (D) Administrar azitromicina, que se liga à subunidade 50S do ribossomo bacteriano e inibe a síntese proteica, constituindo tratamento apropriado para a campilobacteriose clinicamente relevante.
- (E) Administrar loperamida para controle sintomático, que atua predominantemente em receptores μ -opioides periféricos e reduz a motilidade intestinal, sendo apropriada diante da persistência de febre e sangue nas fezes.

9

Homem de 54 anos, hipertenso e diabético, procura atendimento por palpitações, cansaço e dispneia aos esforços iniciados há cerca de cinco dias. Nega síncope ou dor torácica. Refere não utilizar anticoagulantes. Faz uso regular de losartana e metformina.

Ao exame, encontra-se consciente, orientado e bem perfundido, com pressão arterial de 126 × 74 mmHg, frequência cardíaca de 148 bpm, frequência respiratória de 18 irpm e SpO₂ de 97% em ar ambiente. A ausculta cardíaca revela ritmo regular e taquicárdico, sem sopros. Não há sinais de congestão pulmonar ou periférica.

O eletrocardiograma demonstra taquicardia regular de QRS estreito, frequência ventricular de aproximadamente 150 bpm e atividade atrial regular próxima de 300 bpm, com ondas em “dente de serra” mais evidentes nas derivações II, III e aVF, compatível com flutter atrial típico com condução atrioventricular 2:1.

Exames laboratoriais mostram: hemoglobina 14,0 g/dL; plaquetas 224.000/mm³; creatinina 0,9 mg/dL; sódio 139 mEq/L; potássio 4,2 mEq/L; magnésio 2,0 mg/dL; TSH 2,1 mUI/L e troponina cardíaca sem elevação significativa.

O ecocardiograma transtorácico mostra fração de ejeção do ventrículo esquerdo de 58%, sem valvopatia significativa.

Considerando que a arritmia persiste há aproximadamente cinco dias e que se planeja estratégia de restauração do ritmo sinusal, assinale a alternativa que apresenta a **conduta mais apropriada e o mecanismo de ação do tratamento farmacológico relacionado à prevenção do principal evento adverso associado à cardioversão**.

- (A) Iniciar apixabana e programar cardioversão após anticoagulação adequada, ou antecipá-la após exclusão de trombo atrial por ecocardiografia transesofágica; o fármaco inibe diretamente o fator Xa, reduzindo a geração de trombina.
- (B) Administrar ceftriaxona e realizar cardioversão após controle da frequência ventricular; o fármaco se liga às proteínas ligadoras de penicilina e reduz a formação de trombos atriais ao limitar a ativação endotelial.
- (C) Iniciar clopidogrel e programar cardioversão após adequada inibição plaquetária; o fármaco bloqueia irreversivelmente o receptor plaquetário P2Y₁₂, prevenindo o tromboembolismo relacionado ao flutter.
- (D) Iniciar varfarina e realizar cardioversão imediatamente após uma única determinação de INR terapêutico; o fármaco ativa a vitamina K epóxido redutase, aumentando a síntese dos fatores II, VII, IX e X.
- (E) Iniciar enoxaparina em dose profilática e realizar cardioversão após controle da frequência ventricular; o fármaco potencializa a antitrombina e apresenta atividade predominante contra o fator Xa, sendo a dose profilática suficiente nesse contexto.

10

Mulher de 38 anos, sem diagnóstico prévio de doença autoimune, procura atendimento por dor e edema progressivos no membro inferior esquerdo há 3 dias. Há quatro anos, apresentou trombose venosa profunda (TVP) proximal não provocada, tratada com anticoagulação durante seis meses. Dois anos depois, sofreu acidente vascular cerebral isquêmico, também sem fator desencadeante identificado. Nega uso de anticoncepcionais, tabagismo ou história familiar de trombofilia.

Ao exame, encontra-se hemodinamicamente estável, com edema assimétrico e dor à palpação da panturrilha esquerda. A ultrassonografia com Doppler demonstra nova TVP envolvendo as veias femoral e poplítea.

Os exames laboratoriais mostram: hemoglobina: 12,6 g/dL; leucócitos: 7.800/mm³; plaquetas: 108.000/mm³; creatinina: 0,8 mg/dL; TP/INR: 1,0; TTPa: 58 segundos (controle: 30 segundos); anticoagulante lúpico: positivo; anticardiolipina IgG: 92 GPL; anti-β₂-glicoproteína I IgG: fortemente positivo; FAN: negativo; anti-DNA de dupla hélice: negativo.

Os anticorpos antifosfolípidos permanecem positivos em nova determinação realizada 12 semanas depois.

Após o tratamento da fase aguda do evento trombótico com anticoagulação parenteral, deve-se definir a estratégia de prevenção secundária em longo prazo.

Considerando o diagnóstico mais provável, o significado dos achados laboratoriais e o mecanismo farmacológico do tratamento, assinale a afirmativa correta.

- (A) A paciente apresenta síndrome antifosfolípide trombótica, mas o TTPa prolongado indica efeito anticoagulante sistêmico do anticorpo *in vivo*; por isso, após a fase aguda, deve-se priorizar ácido acetilsalicílico isoladamente para reduzir o risco hemorrágico associado à anticoagulação.
- (B) A paciente apresenta síndrome antifosfolípide trombótica e deve receber apixabana em longo prazo, pois a inibição direta e reversível do fator Xa oferece proteção equivalente à varfarina em pacientes com tripla positividade, independentemente de eventos arteriais prévios.
- (C) A paciente apresenta síndrome antifosfolípide associada à trombocitopenia imune, devendo-se priorizar corticosteroide sistêmico até normalização da contagem plaquetária e iniciar anticoagulação apenas após atingir valores superiores a 150.000/mm³.
- (D) A paciente apresenta síndrome antifosfolípide provável, porém a persistência dos anticorpos por 12 semanas, na ausência de lúpus eritematoso sistêmico, não estabelece relevância clínica suficiente para anticoagulação prolongada; recomenda-se tratamento da TVP atual pelo período convencional de três a seis meses.
- (E) A paciente apresenta síndrome antifosfolípide trombótica de alto risco; deve receber anticoagulação prolongada com varfarina, que reduz a síntese hepática funcional dos fatores II, VII, IX e X dependentes de vitamina K, sendo inadequada a substituição rotineira por anticoagulante oral direto nesse perfil.

11

Homem de 47 anos, com diabetes mellitus tipo 2 e hipertensão arterial, é internado por febre, calafrios e dor lombar. Duas hemoculturas obtidas na admissão isolam *Staphylococcus aureus* sensível à meticilina (MSSA), e a ressonância magnética demonstra espondilodiscite em L3–L4, sem coleção drenável. É iniciada antibioticoterapia intravenosa dirigida.

No 8º dia de internação, apesar da melhora da febre, apresenta edema de membros inferiores, oligúria e pressão arterial de 168 × 96 mmHg. A creatinina sérica, previamente 1,0 mg/dL, eleva-se para 2,8 mg/dL.

Os exames mostram: ureia: 92 mg/dL; potássio: 5,1 mEq/L; albumina: 3,0 g/dL; C3: 48 mg/dL (VR: 90–180); C4: 22 mg/dL (VR: 10–40); FAN: negativo; ANCA: negativo; proteinúria: 1,8 g/24 h; EAS: hematúria dismórfica, proteinúria e cilindros hemáticos.

Diante da piora da função renal, realiza-se biópsia renal, que demonstra glomerulonefrite proliferativa difusa, com depósitos granulares de imunoglobulinas e C3 no mesângio e ao longo das paredes capilares à imunofluorescência.

Considerando o diagnóstico, o mecanismo fisiopatológico da lesão glomerular e a estratégia terapêutica mais adequada, assinale a afirmativa correta.

- (A) O quadro é compatível com glomerulonefrite rapidamente progressiva pauci-imune desencadeada pela infecção, sendo indicada pulsoterapia com metilprednisolona associada à ciclofosfamida, mesmo diante da negatividade do ANCA.
- (B) O consumo predominante de C3 caracteriza glomerulopatia por C3 precipitada pela infecção, devendo-se completar o controle microbiológico e, diante da progressão da lesão renal, iniciar bloqueio farmacológico da via terminal do complemento.
- (C) O quadro é compatível com glomerulonefrite relacionada à infecção bacteriana ativa, mediada por imunocomplexos e ativação do complemento; deve-se manter antibioticoterapia dirigida ao foco infeccioso e instituir tratamento de suporte renal, sem indicação rotineira de corticosteroides.
- (D) O paciente apresenta glomerulonefrite pós-estreptocócica, pois o consumo predominante de C3 associado ao padrão proliferativo glomerular é característico dessa etiologia, sendo indicada antibioticoterapia específica contra estreptococos nefritogênicos.
- (E) O padrão histológico demonstra lesão glomerular predominantemente mediada por imunidade celular, justificando corticoterapia para reduzir a transcrição de mediadores inflamatórios, associada ao antimicrobiano enquanto persistir comprometimento da função renal.

12

Homem de 72 anos, com diabetes *Mellitus* tipo 2 e doença renal crônica estágio G3a, encontra-se internado há 12 dias para tratamento de pneumonia hospitalar. Recebeu inicialmente ceftriaxona e azitromicina e, após piora respiratória, o esquema foi substituído por piperacilina/tazobactam.

No décimo dia de internação, iniciou diarreia aquosa, inicialmente com oito evacuações em 24 horas, associada a dor abdominal difusa. Nas 48 horas seguintes, evoluiu com distensão abdominal progressiva, redução importante das evacuações, oligúria e hipotensão.

Ao exame: temperatura 38,1 °C, frequência cardíaca 118 bpm, pressão arterial 82 × 48 mmHg, mucosas secas e abdome distendido, difusamente doloroso, sem sinais de irritação peritoneal e com ruídos hidroaéreos muito diminuídos.

Exames laboratoriais mostram: leucócitos: 32.800/mm³, com 89% de neutrófilos; hemoglobina: 11,4 g/dL; creatinina: 2,4 mg/dL, sendo basal 1,2 mg/dL; albumina: 2,2 g/dL; lactato: 4,1 mmol/L; potássio: 3,1 mEq/L.

Pesquisa molecular nas fezes detecta gene toxigênico de *Clostridioides difficile*, com imunoensaio para toxinas A/B positivo. A tomografia computadorizada do abdome evidencia espessamento difuso da parede colônica e dilatação do cólon transversal de 6,5 cm, sem pneumoperitônio.

Após reposição volêmica inicial, considerando o diagnóstico, a gravidade da apresentação e os mecanismos farmacológicos envolvidos, a conduta antimicrobiana mais adequada neste momento é

- (A) fidaxomicina 200 mg por via oral a cada 12 horas, pois sua ligação à subunidade β da RNA-polimerase bacteriana inibe a transcrição e apresenta menor impacto sobre a microbiota intestinal, sendo preferível à vancomicina também nas formas fulminantes.
- (B) vancomicina 500 mg por via oral ou por sonda a cada 6 horas associada a metronidazol 500 mg intravenoso a cada 8 horas, considerando vancomicina por via retal se o íleo impedir adequada distribuição; a vancomicina liga-se aos terminais D-Ala-D-Ala dos precursores do peptidoglicano.
- (C) vancomicina 125 mg por via oral a cada 6 horas em monoterapia, pois sua ligação aos precursores do peptidoglicano determina elevada concentração intraluminal e torna desnecessária terapia sistêmica mesmo na presença de choque e íleo paralítico.
- (D) metronidazol 500 mg intravenoso a cada 8 horas em monoterapia, pois seus metabólitos reduzidos produzem espécies reativas que lesionam o DNA bacteriano e a administração parenteral assegura concentrações colônicas suficientes mesmo na doença fulminante com íleo.
- (E) vancomicina 500 mg intravenosa a cada 6 horas associada a metronidazol 500 mg intravenoso a cada 8 horas, pois a distribuição sistêmica da vancomicina permite concentrações adequadas no lúmen colônico e bloqueia a síntese da parede bacteriana durante o íleo.

13

Homem de 68 anos procura atendimento por palpitações de início há aproximadamente 6 horas, associadas a leve dispneia aos esforços. Tem hipertensão arterial e asma, com episódios recentes de broncoespasmo que exigiram uso repetido de salbutamol. Nega dor torácica, síncope ou episódios semelhantes prévios.

Ao exame: consciente, orientado, perfusão periférica preservada, PA 128/76 mmHg, FC 148 bpm, FR 20 irpm, SpO₂ 96% em ar ambiente. Ausculta cardíaca com ritmo irregular e bulhas normofonéticas. Apresenta sibilos expiratórios esparsos, sem estertores ou sinais de congestão.

ECG demonstra ausência de ondas P identificáveis e intervalos RR irregularmente irregulares, com QRS de 88 ms.

Exames laboratoriais: Hemoglobina: 14,2 g/dL; Potássio: 4,3 mEq/L; Magnésio: 2,0 mg/dL; Creatinina: 0,9 mg/dL; TSH: 1,8 mUI/L; Troponina ultrasensível: dentro do limite de referência

Ecocardiograma realizado três meses antes demonstrava fração de ejeção do ventrículo esquerdo de 62%, sem alterações segmentares ou valvopatia significativa.

Considerando a estratégia farmacológica inicial para controle da resposta ventricular e o mecanismo de ação correspondente, assinale a conduta mais adequada para o caso apresentado.

- (A) Administrar adenosina intravenosa, que ativa receptores A1 acoplados à proteína Gi no nó atrioventricular, produzindo bloqueio transitório da condução e interrupção da arritmia.
- (B) Administrar diltiazem intravenoso, que inibe canais de cálcio tipo L no tecido nodal atrioventricular, reduzindo a velocidade de condução e aumentando sua refratariedade.
- (C) Administrar digoxina intravenosa, cuja inibição da Na⁺/K⁺ ATPase constitui o mecanismo mais rápido e previsível para controle da frequência ventricular durante estados de maior atividade adrenérgica.
- (D) Administrar flecainida intravenosa, que bloqueia canais rápidos de sódio e reduz seletivamente a condução atrioventricular, constituindo terapia preferencial para controle agudo da frequência ventricular.
- (E) Administrar amiodarona intravenosa, cujo bloqueio predominante dos canais de potássio torna o fármaco primeira escolha para controle da frequência ventricular em pacientes estáveis, com função ventricular preservada.

14

Homem de 78 anos, com diabetes mellitus tipo 2 e DPOC moderada, procura atendimento por febre, tosse produtiva, dor torácica ventilatório dependente e dispneia há 3 dias. Há 6 semanas, recebeu azitromicina por exacerbação de DPOC. Nega internação hospitalar no último ano e não apresenta história de colonização ou infecção prévia por MRSA ou *Pseudomonas aeruginosa*.

Ao exame: temperatura 38,7 °C, frequência cardíaca 108 bpm, frequência respiratória 26 irpm, pressão arterial 118/72 mmHg e SpO₂ 89% em ar ambiente. Está lúcido e orientado. Ausculta pulmonar revela crepitações e sopro tubário na base direita.

Exames laboratoriais mostram: leucócitos 17.800/mm³, com 88% de neutrófilos; ureia 38 mg/dL; creatinina 1,1 mg/dL; sódio 136 mEq/L; potássio 4,2 mEq/L; proteína C reativa 19 mg/dL; lactato 1,7 mmol/L. Radiografia de tórax evidencia consolidação lobar em lobo inferior direito, sem derrame pleural ou cavitação.

O paciente é internado em enfermaria e iniciado tratamento empírico com ceftriaxona associada a um segundo antimicrobiano.

Considerando o perfil clínico, a exposição antimicrobiana recente, os mecanismos de resistência do *Streptococcus pneumoniae* e os mecanismos de ação dos fármacos utilizados no tratamento da pneumonia adquirida na comunidade, a estratégia terapêutica inicial mais apropriada é

- (A) associar azitromicina à ceftriaxona, pois a azitromicina liga-se à subunidade ribossomal 30S e mantém elevada atividade contra pneumococos mesmo após exposição recente à mesma classe.
- (B) substituir a ceftriaxona por vancomicina em monoterapia, pois a exposição recente a macrolídeos constitui fator suficiente para presumir resistência pneumocócica aos betalactâmicos e infecção por MRSA.
- (C) substituir o esquema por levofloxacino associado a azitromicina, pois ambos inibem a síntese proteica bacteriana em sítios ribossomais distintos, reduzindo a seleção de resistência pneumocócica.
- (D) associar linezolida à ceftriaxona, pois a elevada proteína C reativa constitui marcador de pneumonia pneumocócica resistente e indicação de cobertura empírica para MRSA.
- (E) associar doxiciclina à ceftriaxona, pois a doxiciclina liga-se à subunidade ribossomal 30S, inibindo a ligação do aminoacil tRNA, e evita reutilizar a classe de macrolídeos recentemente empregada.

15

Homem de 62 anos, com hipertensão arterial há aproximadamente 20 anos, procura acompanhamento após constatação de piora progressiva da função renal. Refere uso irregular de anti-hipertensivos durante vários anos, mas nega diabetes mellitus, doenças autoimunes, uso crônico de anti-inflamatórios ou episódios prévios de glomerulonefrite. Não apresenta edema, artralgias, lesões cutâneas ou sintomas urinários.

Ao exame físico, encontra-se em bom estado geral, sem sinais de congestão. A pressão arterial, aferida por técnica padronizada em três medidas, apresenta média de 156 × 94 mmHg. Fundoscopia evidencia retinopatia hipertensiva crônica, sem papiledema.

Exames realizados há 12 meses mostravam creatinina de 1,7 mg/dL. Na avaliação atual, apresentam-se: Creatinina: 2,1 mg/dL; TFG estimada: 34 mL/min/1,73 m²; Potássio: 4,5 mEq/L; Bicarbonato: 23 mEq/L; Hemoglobina: 12,4 g/dL; Glicemia de jejum: 92 mg/dL; HbA1c: 5,5%; Relação albumina/creatinina urinária: 420 mg/g; sedimento urinário: 2 hemácias/campo, sem cilindros hemáticos ou leucocitários; ultrassonografia: rins bilateralmente reduzidos, com aumento difuso da ecogenicidade cortical e ausência de hidronefrose; C3 e C4 são normais. FAN, ANCA, anti membrana basal glomerular e sorologias para hepatites B e C são negativos.

Considerando a hipótese etiológica mais provável para a doença renal crônica e a estratégia farmacológica com maior potencial de reduzir sua progressão, assinale a opção que apresenta corretamente o tratamento a ser priorizado e o mecanismo responsável pelo principal efeito renoprotetor.

- (A) Anlodipino, por bloqueio dos canais de cálcio tipo L predominantemente na arteríola aferente, reduzindo a pressão intraglomerular e a albuminúria de maneira independente da pressão arterial sistêmica.
- (B) Hidroclorotiazida, por inibição do cotransportador Na⁺/Cl⁻ no túbulo contorcido distal, promovendo natriurese e redução seletiva da resistência da arteríola eferente, com consequente diminuição da pressão intraglomerular.
- (C) Ramipril, por redução da formação de angiotensina II, com diminuição preferencial da resistência da arteríola eferente, redução da pressão intraglomerular e da albuminúria, contribuindo para retardar a progressão da doença renal.
- (D) Metoprolol, por bloqueio dos receptores β_1 justaglomerulares e redução da secreção de renina, produzindo vasoconstrição preferencial da arteríola aferente e redução da hiperfiltração glomerular como principal mecanismo de nefroproteção.
- (E) Espironolactona, por antagonismo do receptor mineralocorticoide no ducto coletor, aumentando a excreção de sódio e reduzindo diretamente a resistência da arteríola eferente, sendo preferível ao bloqueio da enzima conversora de angiotensina como terapia inicial.

16

Homem de 65 anos, hipertenso e com osteoartrose de joelhos, procura o pronto atendimento por dois episódios de melena associados a tontura ao se levantar. Refere uso diário de naproxeno nas últimas três semanas devido à piora da dor articular. Nega hematêmese e hepatopatia prévia.

Ao exame, apresenta-se lúcido, hipocorado, com frequência cardíaca de 104 bpm, pressão arterial de 108 × 68 mmHg e abdome flácido, com discreta dor à palpação do epigástrico, sem sinais de irritação peritoneal.

Os exames laboratoriais mostram: Hemoglobina: 8,1 g/dL; Hematócrito: 24%; VCM: 89 fL; Plaquetas: 238.000/mm³; Ureia: 78 mg/dL; Creatinina: 1,1 mg/dL; Sódio: 139 mEq/L; Potássio: 4,2 mEq/L; INR: 1,0

Após estabilização inicial, é submetido à endoscopia digestiva alta, que demonstra úlcera de 15 mm no bulbo duodenal com vaso visível não sangrante. É realizada hemostasia endoscópica com sucesso. Pesquisa de *Helicobacter pylori* é positiva.

Considerando a estratégia farmacológica indicada imediatamente após o controle endoscópico do sangramento, assinale a opção que descreve corretamente o medicamento empregado e o mecanismo responsável pela duração de seu efeito antissecretor.

- (A) Famotidina, por antagonismo competitivo e irreversível dos receptores H₂ das células parietais, impedindo a ativação da adenilato ciclase e mantendo supressão ácida até a síntese de novos receptores.
- (B) Pantoprazol, por concentração no canalículo secretor ácido da célula parietal, ativação do pró fármaco e ligação covalente à H⁺/K⁺ ATPase, mantendo a inibição da secreção ácida até a recuperação funcional de bombas de prótons.
- (C) Vonoprazana, por conversão em sulfenamida no canalículo secretor e formação de ligação covalente irreversível com resíduos de cisteína da H⁺/K⁺ ATPase.
- (D) Sucralfato, por inibição direta e irreversível da H⁺/K⁺ ATPase associada à formação de uma barreira sobre a base da úlcera, proporcionando supressão ácida prolongada.
- (E) Misoprostol, por antagonismo dos receptores EP₃ da célula parietal, reduzindo AMP cíclico e promovendo inibição irreversível da etapa final da secreção de ácido clorídrico.

17

Homem de 29 anos procura o pronto atendimento por edema progressivo de lábios e língua iniciado há aproximadamente 3 horas, associado a sensação de constrição faríngea. Nega prurido, urticária, sibilância ou exposição recente a alimento, medicamento ou picada de inseto. Refere quatro episódios semelhantes desde a adolescência, dois deles acompanhados de dor abdominal intensa, náuseas e vômitos, com resolução espontânea após 2 a 4 dias. Em episódio anterior, recebeu anti-histamínico e corticosteroide, sem melhora perceptível. Seu pai e uma irmã apresentam crises recorrentes de edema de extremidades e face.

Ao exame, encontra-se consciente, PA 128/76 mmHg, FC 92 bpm, FR 20 irpm, SpO₂ 97% em ar ambiente. Há edema labial e de língua, sem placas urticariformes. Ausculta pulmonar sem sibilos. Não apresenta hipotensão.

Exames obtidos durante investigação ambulatorial anterior mostravam:

Exame	Resultado	Referência
C3	112 mg/dL	90 a 180 mg/dL
C4	5 mg/dL	10 a 40 mg/dL
C1 inibidor antigênico	9 mg/dL	21 a 39 mg/dL
Atividade funcional do C1 inibidor	28%	> 68%
C1q	normal	normal
Triptase sérica basal	4,7 ng/mL	< 11,4 ng/mL

Enquanto são adotadas medidas de vigilância e proteção da via aérea, assinale a opção que apresenta a interpretação fisiopatológica mais adequada dos achados e um tratamento específico para a crise atual, corretamente associado ao seu mecanismo de ação.

- Trata-se de angioedema hereditário por deficiência do inibidor de C1, com produção excessiva de bradicinina; o icatibanto pode ser utilizado por atuar como antagonista competitivo seletivo do receptor B2 da bradicinina.
- Trata-se de deficiência adquirida do inibidor de C1, caracterizada pela ativação excessiva da via clássica do complemento; o lanadelumabe deve ser administrado para antagonizar diretamente o receptor B2 da bradicinina durante a crise.
- Trata-se de angioedema mediado por histamina decorrente de ativação mastocitária por IgE; deve ser administrado omalizumabe, que antagoniza diretamente os receptores H1 e impede o aumento da permeabilidade vascular induzido por histamina.
- Trata-se de angioedema hereditário por deficiência do inibidor de C1, mediado predominantemente por bradicinina; o montelukaste deve ser utilizado na crise por bloquear a calcitreína plasmática e reduzir diretamente a formação de bradicinina.
- Trata-se de angioedema hereditário mediado por histamina secundário à deficiência do inibidor de C1; o berotralstat é indicado para a crise aguda por inibir a ligação da IgE ao receptor FcεR1 dos mastócitos.

18

Homem de 38 anos procura atendimento por redução progressiva da libido, disfunção erétil e cefaleia há cerca de 10 meses. Nas últimas semanas, passou a colidir com objetos localizados lateralmente durante a deambulação. Nega uso de antipsicóticos, antidepressivos, metoclopramida, opioides ou outros medicamentos de uso contínuo.

Ao exame, apresenta redução bilateral dos campos visuais temporais à confrontação, sem oftalmoplegia. Não apresenta características fenotípicas sugestivas de acromegalia ou hipercortisolismo.

Os exames laboratoriais mostram:

Exame	Resultado	Referência
Prolactina	684 ng/mL	4 a 15 ng/mL
Testosterona total	118 ng/dL	300 a 1.000 ng/dL
LH	1,1 mUI/mL	1,7 a 8,6 mUI/mL
FSH	1,5 mUI/mL	1,5 a 12,4 mUI/mL
TSH	1,8 mUI/L	0,4 a 4,5 mUI/L
T4 livre	1,1 ng/dL	0,8 a 1,8 ng/dL
Creatinina	0,9 mg/dL	0,7 a 1,3 mg/dL

A ressonância magnética de sela túrcica evidencia lesão hipofisária sólida de 2,3 cm, com extensão supraselar e contato com o quiasma óptico, sem componente hemorrágico. A campimetria confirma hemianopsia bitemporal, sem evidência de perda visual rapidamente progressiva.

Considerando o diagnóstico mais provável, a fisiopatologia das alterações hormonais e a estratégia terapêutica inicial, assinale a conduta correta.

- Indicar ressecção transesfenoidal como tratamento inicial, pois a demonstração objetiva de comprometimento campimétrico por macroadenoma torna necessária a descompressão cirúrgica do quiasma, ainda que a hiperprolactinemia seja compatível com secreção tumoral autônoma.
- Iniciar cabergolina para normalização da prolactina, mas programar descompressão transesfenoidal precoce independentemente da resposta tumoral, pois agonistas dopaminérgicos apresentam efeito predominantemente antissecretor, com redução pouco previsível da massa quando já existe compressão quiasmática.
- Iniciar cabergolina, pois seu agonismo dos receptores D2 reduz a secreção de prolactina e o volume tumoral; a recuperação do eixo gonadal decorre predominantemente de ação dopaminérgica direta sobre as células gonadotróficas da adeno hipófise.
- Iniciar cabergolina, cujo agonismo dos receptores dopaminérgicos D2 nos lactotrófos reduz a síntese e a secreção de prolactina e favorece redução do volume tumoral; o controle da hiperprolactinemia pode restaurar secundariamente a função do eixo gonadotrófico.
- Indicar ressecção transesfenoidal inicial e reservar cabergolina para doença residual, pois a magnitude da prolactinemia permite estabelecer o diagnóstico de prolactinoma, mas não prediz resposta do componente tumoral ao agonismo D2 quando já existe extensão supraselar.

19

Mulher de 27 anos é trazida ao pronto socorro cerca de 90 minutos após ter sido encontrada sonolenta em seu quarto. Ao lado da paciente havia cartelas vazias de clonazepam e uma embalagem de amitriptilina prescrita à mãe. Não é possível determinar a quantidade ingerida. A família informa que a paciente utiliza clonazepam regularmente há aproximadamente 2 anos.

Na admissão, encontra-se sonolenta, despertando ao estímulo doloroso, com Glasgow 10. Apresenta frequência cardíaca de 116 bpm, pressão arterial de 104/68 mmHg, frequência respiratória de 14 irpm, SpO₂ de 96% em ar ambiente e temperatura de 36,5 °C. As pupilas são isocóricas e fotorreagentes.

Os exames laboratoriais mostram: glicemia 102 mg/dL; Na⁺ 139 mEq/L; K⁺ 4,1 mEq/L; Mg²⁺ 1,9 mg/dL; creatinina 0,8 mg/dL; pH 7,36; HCO₃⁻ 22 mEq/L; lactato 1,8 mmol/L.

O eletrocardiograma demonstra taquicardia sinusal, QRS de 118 ms, QTc de 462 ms e onda R terminal proeminente em aVR.

Considerando a provável intoxicação medicamentosa mista e os mecanismos farmacológicos envolvidos, assinale a conduta mais apropriada neste momento.

- (A) Administrar flumazenil intravenoso em dose titulada, considerando que a preservação da ventilação e da estabilidade hemodinâmica permite reversão cautelosa da sedação enquanto se mantém monitorização eletrocardiográfica.
- (B) Administrar solução salina hipertônica intravenosa para aumentar a concentração extracelular de sódio e antagonizar o bloqueio dos canais rápidos de Na⁺, evitando bicarbonato de sódio porque a paciente não apresenta acidemia.
- (C) Realizar intubação orotraqueal e, após proteção definitiva da via aérea, administrar carvão ativado, considerando o intervalo desde a ingestão e a possibilidade de exposição potencialmente grave a dois psicofármacos.
- (D) Manter monitorização eletrocardiográfica contínua e suporte clínico, reservando bicarbonato de sódio para o surgimento de hipotensão, arritmia ventricular ou progressão adicional do alargamento do QRS.
- (E) Administrar bicarbonato de sódio intravenoso, mantendo monitorização eletrocardiográfica contínua e medidas de suporte, sem utilizar flumazenil neste contexto.

20

Mulher de 71 anos, professora aposentada, é levada à consulta pela filha por piora progressiva da memória há aproximadamente 18 meses. Inicialmente, esquecia compromissos e repetia perguntas; nos últimos 6 meses, passou a cometer erros ao organizar pagamentos e preparar receitas habituais, embora permaneça independente para higiene, alimentação e locomoção. Não apresenta flutuações importantes do nível de atenção, alucinações visuais, alterações precoces de comportamento, tremor ou distúrbio da marcha. Nega sintomas depressivos persistentes.

Ao exame, encontra-se alerta, cooperativa, com linguagem espontânea preservada. Apresenta dificuldade na evocação tardia de palavras, parcialmente refratária a pistas, e desorientação temporal discreta. Não há parkinsonismo ou déficit neurológico focal.

Hemograma, sódio, potássio, cálcio, glicemia, transaminases e TSH estão dentro dos valores de referência. Vitamina B12 = 516 pg/mL. Creatinina = 0,8 mg/dL. A ressonância magnética demonstra redução volumétrica bilateral das estruturas temporais mediais, sem hidrocefalia, lesões expansivas ou carga cerebrovascular significativa.

Diante da suspeita de doença de Alzheimer em fase inicial, realiza-se investigação líquórica, que demonstra redução da relação Aβ42/Aβ40 e aumento da relação p tau181/Aβ42.

Após discussão diagnóstica e terapêutica com a paciente e a família, opta-se por iniciar tratamento farmacológico sintomático.

Considerando o estágio clínico, os achados laboratoriais e a fisiopatologia envolvida, assinale a opção que indica corretamente o fármaco mais apropriado e seu principal mecanismo de ação.

- (A) Memantina, antagonista não competitivo dos receptores NMDA, reduzindo a neurotransmissão glutamatérgica patológica como tratamento inicial preferencial nessa fase.
- (B) Escitalopram, inibidor seletivo da recaptção de serotonina, restaurando a transmissão serotoninérgica responsável pelo déficit cognitivo central da doença.
- (C) Levodopa associada à carbidopa, aumentando a síntese cerebral de dopamina e compensando a degeneração precoce da substância negra característica da doença.
- (D) Donepezila, inibidor reversível da acetilcolinesterase, aumentando a disponibilidade sináptica de acetilcolina em circuitos corticais preservados.
- (E) Quetiapina, antagonista serotoninérgico e dopaminérgico, reduzindo a progressão do comprometimento cognitivo por modulação dos circuitos frontotemporais.

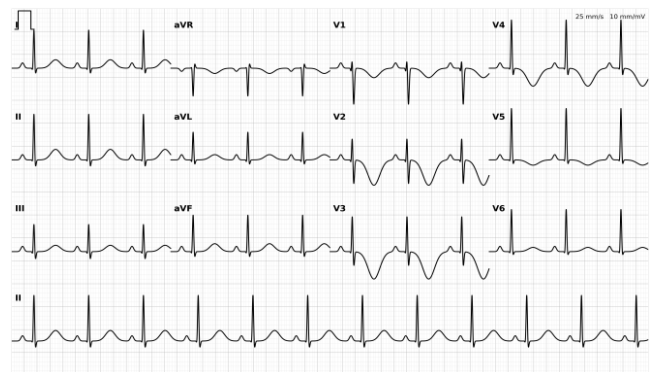
21

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:



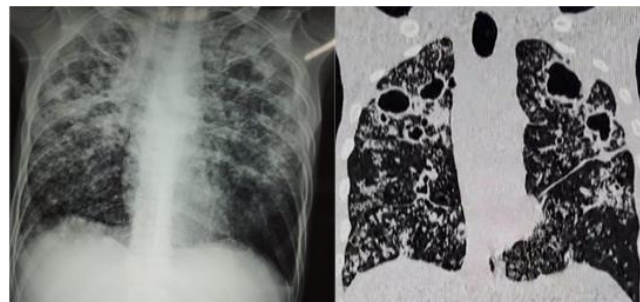
Considerando conjuntamente a história clínica, o eletrocardiograma e o risco de eventos cardiovasculares subsequentes, a conduta mais apropriada é

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

22

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 dispneia. 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

- (A) rifampicina, isoniazida, pirazinamida e etambutol por dois meses, seguidos de rifampicina e isoniazida por quatro meses, mantendo acompanhamento clínico e bacteriológico durante o tratamento.
- (B) 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.
- (C) rifampicina, isoniazida, pirazinamida, etambutol e levofloxacino, mantendo os cinco fármacos durante a fase intensiva em razão da elevada carga bacilar e da gravidade radiológica.
- (D) 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.
- (E) 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.

23

Homem de 21 anos é avaliado por alteração progressiva do comportamento, disartria, tremor de extremidades e elevação persistente das aminotransferases.

Ao exame oftalmológico, observa-se depósito pigmentar periférico na córnea. A investigação demonstra ceruloplasmina sérica reduzida e aumento da excreção urinária de cobre em 24 horas.

Considerando o mecanismo molecular responsável pela doença desse paciente, assinale a alteração a seguir que explica de forma mais adequada a associação entre redução da ceruloplasmina circulante e acúmulo progressivo de cobre nos tecidos.

- (A) Deficiência do transportador CTR1, com redução da captação hepatocitária de cobre e consequente incapacidade de incorporá-lo à ceruloplasmina.
- (B) Defeito da ATPase ATP7B, com comprometimento simultâneo da incorporação de cobre à apoceruloplasmina no complexo de Golgi e da excreção canalicular de cobre para a bile.
- (C) Deficiência da ATPase ATP7A, com prejuízo do transporte intestinal de cobre para a circulação portal e redução secundária da síntese hepática de ceruloplasmina.
- (D) Mutação da própria ceruloplasmina, com perda de sua atividade ferroxidase e consequente aumento compensatório da absorção intestinal de cobre.
- (E) Deficiência da metalotioneína hepatocitária, com incapacidade de armazenamento intracelular do cobre e aumento primário de sua excreção biliar.

24

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 × 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.

25

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.

26

Homem de 24 anos, com diagnóstico de asma desde a adolescência, procura serviço de emergência por dispneia, sibilância e opressão torácica iniciadas após quadro de infecção viral de vias aéreas superiores. Nas últimas 6 horas, utilizou repetidamente salbutamol por aerossol dosimetrado e, após a admissão, recebeu três administrações de salbutamol em doses elevadas associadas a ipratrópio, além de corticosteroide sistêmico.

Na avaliação inicial, apresentava frequência respiratória de 30 irpm, frequência cardíaca de 118 bpm, SpO₂ de 91% em ar ambiente, fala entrecortada e sibilos difusos. Após o tratamento, apresenta melhora evidente da ausculta pulmonar, redução do uso da musculatura acessória, SpO₂ de 97% com oxigênio em baixo fluxo e pico de fluxo expiratório em ascensão. Apesar disso, mantém frequência respiratória de 28 irpm e refere persistência da sensação de dispneia.

Exames realizados neste momento mostram: pH arterial = 7,34; PaCO₂ = 29 mmHg; HCO₃⁻ = 15 mmol/L; Lactato = 6,1 mmol/L; Na⁺ = 139 mEq/L; K⁺ = 2,9 mEq/L; Cl⁻ = 104 mEq/L; Creatinina = 0,9 mg/dL; Glicemia = 168 mg/dL.

O paciente encontra-se afebril, normotenso, com extremidades aquecidas e tempo de enchimento capilar normal. Radiografia de tórax não evidencia infiltrado pulmonar, pneumotórax ou outra complicação aguda.

Considerando a evolução clínica, os achados laboratoriais e o mecanismo de ação dos medicamentos administrados, assinale a opção que oferece a interpretação mais adequada para a alteração metabólica observada e sua implicação imediata no manejo.

- (A) A hiperlactatemia decorre predominantemente do aumento do trabalho respiratório durante a exacerbação; a taquipneia persistente indica obstrução residual e justifica manter doses repetidas de salbutamol até a melhora do padrão ventilatório.
- (B) A hiperlactatemia representa acidose láctica tipo A decorrente da hipóxia durante a exacerbação; apesar da melhora da oxigenação e da perfusão, deve-se manter a broncodilatação intensiva e realizar reposição volêmica até redução do lactato.
- (C) A hiperlactatemia representa acidose láctica tipo B associada ao salbutamol, por aumento da glicólise e glicogenólise, enquanto a hipocalemia decorre da redistribuição intracelular de potássio; com melhora objetiva do broncoespasmo, deve-se espaçar o β₂ agonista e corrigir o distúrbio eletrolítico.
- (D) A hiperlactatemia e a hipocalemia decorrem da estimulação β₂ sistêmica, mas a taquipneia persistente indica broncodilatação insuficiente; deve-se intensificar temporariamente o salbutamol, associando reposição de potássio e monitorização seriada do lactato.
- (E) A hiperlactatemia e a hipocalemia são efeitos metabólicos do salbutamol e justificam sua suspensão; diante da taquipneia persistente, deve-se utilizar ipratrópio como broncodilatador principal até normalização do lactato e do potássio.

27

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.

Gastroenterologia

28

Paciente com 63 anos, sexo masculino, é submetido à colonoscopia após resultado positivo no teste imunológico fecal. Durante o exame identifica-se, no cólon descendente, uma lesão plana de 8 mm predominantemente deprimida, não pediculada, apresentando depressão central bem delimitada em relação à mucosa adjacente, sem ulceração.

Considerando especificamente a Classificação de Paris para lesões superficiais do trato gastrointestinal, essa lesão é classificada como

- (A) Lesão polipoide pediculada tipo 0-Ip.
- (B) Lesão superficial elevada tipo 0-IIa.
- (C) Lesão superficial deprimida tipo 0-IIc.
- (D) Lesão superficial plana tipo 0-IIb.
- (E) Lesão polipoide séssil tipo 0-Is.

29

Paciente com 54 anos, sexo masculino, realizou colonoscopia após resultado positivo em teste de sangue oculto nas fezes. Foram identificados e removidos oito pólipos adenomatosos distribuídos pelo cólon. A análise histopatológica revela adenomas tubulares com displasia de alto grau, sem evidência de carcinoma invasivo. O paciente é orientado a repetir a colonoscopia em um ano por razão do elevado número de adenomas e do risco de recorrência. O aumento da atividade da seguinte enzima mais provavelmente contribuiria para a recorrência e progressão da neoplasia colônica desse paciente:

- (A) Xantina Oxidase.
- (B) Desidrogenase do glutamato.
- (C) Enzima conversora de angiotensina.
- (D) Ciclooxygenase-2.
- (E) Fenilalanina hidroxilase.

30

Paciente de 38 anos, sexo feminino, apresenta epigastralgia há meses, episódios de melena e endoscopia evidenciando úlcera pré-pilórica associada à úlcera em bulbo duodenal. Foram realizadas biópsias do antro gástrico e da borda ulcerada.

O achado histopatológico mais compatível com a etiologia das lesões é a presença de

- (A) infiltrado inflamatório crônico ativo na mucosa gástrica, com neutrófilos, linfócitos e bacilos curvos aderidos ao epitélio superficial.
- (B) atrofia vilositária subtotal na mucosa duodenal, com hiperplasia das criptas e linfocitose intraepitelial difusa.
- (C) granulomas epitelioides não caseosos na parede intestinal, associados à inflamação transmural crônica focal.
- (D) depósitos extracelulares eosinofílicos na lâmina própria, com birrefringência verde após coloração pelo vermelho do Congo.
- (E) células aumentadas de volume contendo inclusões intranucleares e citoplasmáticas compatíveis com citomegalovírus.

31

Paciente com 45 anos, sexo feminino, procura clínica de endoscopia para investigação de refluxo gastroesofágico e pirose pós-prandial. Refere uso contínuo de inibidor da bomba de prótons há vários anos. Durante a endoscopia digestiva alta foram identificados múltiplos pólipos que mediam entre 2 e 5 mm, eram sésseis, de superfície lisa e localizavam-se predominantemente no corpo e fundo gástricos. Biópsias evidenciaram dilatação cística das glândulas oxínticas, sem displasia.

Como os pólipos eram numerosos, nem todos foram biopsiados.

O diagnóstico mais provável é de

- (A) adenocarcinoma gástrico difuso multifocal.
- (B) pólipos hiperplásicos secundários à infecção por *Helicobacter pylori*.
- (C) pólipos de glândulas fúndicas associados ao uso crônico de inibidores da bomba de prótons.
- (D) tumores neuroendócrinos gástricos tipo III.
- (E) linfoma MALT gástrico multifocal.

32

Paciente de 48 anos, sexo masculino, procura atendimento por dispepsia progressiva, saciedade precoce e perda ponderal de 8 kg nos últimos quatro meses. Refere consumo frequente de bebidas alcoólicas apenas socialmente. Durante a consulta, sua esposa informa que o paciente ingere grande quantidade de álcool nos finais de semana há mais de 20 anos e tem comido menos quantidade de comida nos últimos meses após os sintomas gástricos. A endoscopia digestiva alta evidenciou extensa lesão vegetante, friável, irregular e intensamente vascularizada, comprometendo o corpo gástrico até a região pré-pilórica. Foram realizadas múltiplas biópsias da lesão.

O resultado histopatológico mais provável e a conduta inicial mais adequada são:

- (A) leiomioma gástrico benigno; tratamento com acompanhamento clínico e repetição da endoscopia em um ano.
- (B) adenocarcinoma gástrico tipo intestinal moderadamente diferenciado; o tratamento deve incluir estadiamento para definir quimioterapia perioperatória e gastrectomia com linfadenectomia se a lesão for ressecável.
- (C) gastrite erosiva alcoólica difusa; tratamento apenas com inibidor da bomba de prótons e suspensão do álcool.
- (D) linfoma MALT associado ao *Helicobacter pylori*; o tratamento inicial consiste obrigatoriamente em gastrectomia total.
- (E) tumor neuroendócrino gástrico tipo I; tratamento com observação clínica devido ao excelente prognóstico.

33

Paciente de 60 anos, sexo masculino, hipertenso e portador de diabetes mellitus tipo 2 e gota, procura atendimento devido à dor epigástrica em queimação, náuseas, plenitude pós-prandial e dois episódios de hematêmese em pequena quantidade após um fim de semana de intenso consumo de bebidas alcoólicas. Refere ingerir álcool apenas aos finais de semana, porém em grande quantidade há mais de 25 anos. Nega uso recente de anti-inflamatórios não esteroidais. Foi submetido à endoscopia digestiva alta.

O exame evidenciou mucosa gástrica difusamente congesta, edemaciada, friável, com múltiplas erosões planas e hemorragias subepiteliais puntiformes, sem evidência de úlcera péptica ou lesão neoplásica. Foram realizadas biópsias.

O diagnóstico mais provável é

- (A) úlcera péptica associada à infecção por *Helicobacter pylori*, caracterizada por necrose fibrinoide profunda e intensa gastrite crônica ativa.
- (B) adenocarcinoma gástrico difuso, caracterizado por células em anel de sinete infiltrando a parede gástrica.
- (C) doença de Crohn com acometimento gastroduodenal, caracterizada por granulomas não caseosos e inflamação transmural.
- (D) gastrite erosiva aguda induzida pelo álcool, caracterizada histologicamente por erosões superficiais da mucosa, congestão vascular, hemorragia focal e infiltrado inflamatório agudo.
- (E) gastrite atípica autoimune caracterizada por atrofia da mucosa oxíntica, metaplasia intestinal e anemia perniciosa.

34

Paciente de 66 anos, sexo feminino, foi submetida à ressecção endoscópica fragmentada (mucosectomia em *piecemeal*) de uma lesão colorretal superficial de crescimento lateral granular homogênea, medindo 30 mm e localizada no ceco. O exame anatomopatológico demonstrou adenoma túbulo-viloso com displasia de baixo grau, sem evidência de invasão submucosa. Na colonoscopia de vigilância realizada seis meses após o procedimento, observou-se, sobre a cicatriz de ressecção, uma lesão nodular única de aproximadamente 6 mm. A avaliação com magnificação e cromoscopia digital por NBI não evidenciou padrões sugestivos de invasão submucosa profunda.

A conduta mais apropriada é

- (A) realizar coagulação por plasma de argônio isoladamente, seguida de nova colonoscopia em seis meses.
- (B) indicar colectomia direita, uma vez que a presença de recidiva após ressecção fragmentada caracteriza falha do tratamento endoscópico.
- (C) realizar nova ressecção endoscópica da recidiva, preferencialmente por técnica que possibilite ressecção completa em monobloco, como a dissecação endoscópica da submucosa (ESD), quando tecnicamente factível.
- (D) manter vigilância endoscópica, repetindo a colonoscopia em seis meses, pois pequenas recidivas apresentam elevada taxa de regressão espontânea.
- (E) realizar nova mucosectomia fragmentada, independentemente do aspecto da lesão recorrente.

35

Paciente de 56 anos, sexo masculino, procura consulta para avaliação preventiva. Nega dor abdominal, alteração de hábito intestinal, perda ponderal, sangramento intestinal, anemia ou história pessoal de doença intestinal. Refere hipertensão arterial controlada, nega história de doença inflamatória intestinal e informa que seu pai foi diagnosticado com câncer de próstata aos 72 anos. Nunca realizou rastreamento de câncer colorretal e não apresenta história familiar positiva para esta neoplasia ou outras relacionadas.

De acordo com as recomendações atuais para rastreamento populacional de câncer colorretal, a conduta mais apropriada é

- (A) solicitar tomografia computadorizada de abdome com contraste, por apresentar maior acurácia para rastreamento populacional.
- (B) solicitar colonoscopia imediata, pois a idade superior a 55 anos contraindica o teste imunológico fecal.
- (C) solicitar pesquisa de sangue oculto nas fezes por guáiac, por apresentar maior sensibilidade que o teste imunológico fecal.
- (D) não realizar rastreamento, pois a ausência de sintomas exclui a necessidade de investigação colorretal preventiva.
- (E) solicitar teste imunológico fecal, por tratar-se de indivíduo assintomático com risco médio para câncer colorretal.

36

Paciente de 56 anos, sexo masculino, procura atendimento com dor abdominal intensa de início súbito, localizada no epigástrico, irradiada para o dorso, associada a náuseas e vômitos persistentes há 12 horas. Relata episódios semelhantes de menor intensidade nos últimos meses, principalmente após refeições volumosas. Refere consumo frequente de bebidas alcoólicas aos fins de semanas, socialmente (1-2 latas de cerveja).

Ao exame físico, apresenta dor à palpação do andar superior do abdome, sem sinais de irritação peritoneal. Apresenta também obesidade central importante, com circunferência abdominal de 108 cm e membros superiores e inferiores proporcionalmente delgados. A ultrassonografia abdominal evidencia vesícula biliar sem cálculos, vias biliares de calibre habitual e ausência de dilatação do colédoco. Os exames laboratoriais mostram leucocitose discreta, lipase elevada e amilase sérica apenas discretamente elevada.

Considerando o quadro clínico, em relação à hipótese etiológica mais provável e ao exame complementar a ser solicitado prioritariamente para a confirmação da causa da pancreatite, assinale a afirmativa correta.

- (A) Deve-se suspeitar de pancreatite aguda de origem biliar, sendo prioritária a dosagem de bilirrubinas, fosfatase alcalina e gama-glutamyltransferase.
- (B) Deve-se suspeitar de pancreatite aguda relacionada ao consumo de álcool, sendo prioritária a avaliação de enzimas hepáticas e marcadores de etilismo crônico.
- (C) Deve-se suspeitar de pancreatite aguda secundária à hipertrigliceridemia, sendo prioritária a dosagem sérica de triglicerídeos.
- (D) Deve-se suspeitar de pancreatite aguda associada à hipercalcemia, sendo prioritária a dosagem de cálcio sérico, fósforo e paratormônio intacto.
- (E) Deve-se suspeitar de pancreatite aguda por neoplasia periampular, sendo prioritária a realização de colangiopancreatografia por ressonância magnética.

37

Paciente de 25 anos, sexo feminino, procura consulta por preocupação com seu risco de desenvolver câncer. Relata que seu pai foi submetido a colectomia por câncer colorretal aos 35 anos. Refere ainda que seu irmão, de 31 anos, encontra-se internado após cirurgia de urgência por obstrução intestinal secundária a neoplasia colorretal. Nega dor abdominal, alteração do hábito intestinal, perda ponderal ou sangramento digestivo. A paciente informa ainda que uma tia paterna foi diagnosticada com câncer de endométrio aos 46 anos.

Considerando o quadro clínico, assinale a afirmativa correta a respeito da principal hipótese diagnóstica e da conduta mais adequada nesse momento.

- (A) A principal hipótese é polipose adenomatosa familiar, sendo indicada colonoscopia completa, aconselhamento genético e seguimento conforme os achados.
- (B) A principal hipótese é síndrome de Lynch, sendo indicada colonoscopia completa, aconselhamento genético e seguimento conforme os achados.
- (C) A principal hipótese é doença inflamatória intestinal, sendo indicada colonoscopia completa, aconselhamento genético e seguimento conforme os achados.
- (D) A principal hipótese é retocolite ulcerativa, sendo indicada colonoscopia completa, aconselhamento genético e seguimento conforme os achados.
- (E) A principal hipótese é síndrome de Peutz-Jeghers, sendo indicada colonoscopia completa, aconselhamento genético e seguimento conforme os achados.

38

Paciente de 50 anos, sexo masculino, procura o pronto-socorro com dor epigástrica intensa irradiada para o dorso, associada a náuseas e vômitos há cerca de 24 horas. Relata episódios semelhantes nos últimos meses, sempre de menor intensidade. É portador de diabetes mellitus tipo 2, hipertensão arterial sistêmica e dislipidemia, em uso regular de Metformina, Empagliflozina, Losartana e Rosuvastatina. Nega etilismo e apresenta ultrassonografia abdominal sem evidências de coledocolitíase, coledocolitíase ou dilatação das vias biliares. Os exames laboratoriais demonstram lipase elevada, amilase discretamente aumentada e triglicerídeos dentro da faixa de normalidade. A tomografia computadorizada evidencia sinais de pancreatite aguda e tecido pancreático circundando a segunda porção do duodeno, associado à dilatação do estômago e da primeira porção duodenal.

A alteração embriológica que explica os achados clínicos e tomográficos apresentados reside no fato de que o quadro decorre de

- (A) falha na fusão dos brotos pancreáticos, caracterizando pâncreas *divisum*.
- (B) agenesia parcial do broto pancreático dorsal durante a embriogênese.
- (C) persistência do ducto pancreático acessório sem alteração da rotação embrionária.
- (D) alteração da rotação do broto pancreático ventral, caracterizando pâncreas anelar.
- (E) recanalização incompleta do duodeno durante o desenvolvimento embrionário.

39

Paciente de 16 anos, sexo feminino, procura atendimento por episódios intermitentes de sangramento nas fezes há cerca de seis meses. Nega dor abdominal, diarreia, perda ponderal ou alteração do hábito intestinal. Refere que os episódios não apresentam relação com o ciclo menstrual. Os exames laboratoriais demonstram anemia ferropriva discreta e ferritina reduzida. Durante a anamnese informa que sua mãe foi submetida à colectomia aos 34 anos e que sua irmã, aos 22 anos, também necessitou de cirurgia colorretal após investigação endoscópica. Questionada, refere não saber qual era a doença dessas familiares, apenas que ambas realizavam colonoscopias frequentes desde a adolescência. Ao exame físico observam-se pequenas lesões nodulares endurecidas na mandíbula, previamente consideradas benignas em avaliação odontológica previamente diagnosticadas como osteomas mandibulares.

A seguinte alteração molecular está mais provavelmente associada à síndrome sugerida pelo quadro clínico:

- (A) mutação do SMAD4.
- (B) mutação germinativa do MLH1.
- (C) mutação bi-alélica do MUTYH.
- (D) mutação do STK11.
- (E) mutação germinativa do APC.

40

Paciente de 45 anos, sexo masculino, procura atendimento com história de desconforto epigástrico há cerca de oito meses, associado à plenitude pós-prandial e episódios ocasionais de melena. Refere perda ponderal discreta de 3 Kg no período. Nega uso de anti-inflamatórios não esteroidais. Ao exame físico apresenta discreta palidez cutaneomucosa, sem massas abdominais palpáveis. Os exames laboratoriais demonstram anemia ferropriva leve. A endoscopia digestiva alta evidencia espessamento difuso de pregas no antro e corpo gástricos, associado a lesões ulceradas superficiais multifocais com aspecto infiltrativo de baixo relevo.

A hipótese diagnóstica mais provável é

- (A) doença de Crohn com acometimento gastroduodenal isolado.
- (B) úlcera péptica benigna associada à infecção por *Helicobacter pylori*.
- (C) linfoma gástrico primário do tecido linfoide associado à mucosa (MALT).
- (D) adenocarcinoma gástrico.
- (E) gastrite erosiva hemorrágica secundária ao uso crônico de anti-inflamatórios.

41

Paciente de 17 anos, sexo masculino, procura o pronto-socorro com dor abdominal iniciada há 72 horas em região periumbilical, migrando posteriormente para a fossa ilíaca direita. Evoluiu com febre de 39,1 °C, náuseas, vômitos, anorexia e piora progressiva da dor. Ao exame físico apresenta dor à palpação da fossa ilíaca direita, defesa muscular localizada e dor à descompressão brusca. Os exames laboratoriais demonstram leucocitose de 19.800/mm³ com desvio à esquerda e proteína C-reativa de 28 mg/L.

A hipótese diagnóstica mais provável é

- (A) apendicite aguda complicada.
- (B) diverticulite aguda do cólon direito.
- (C) adenite mesentérica de origem viral.
- (D) doença inflamatória intestinal em atividade.
- (E) gastroenterite bacteriana aguda invasiva.

42

Paciente de 58 anos, sexo feminino, procura o pronto-socorro com dor intensa em hipocôndrio direito há dois dias, associada à febre, calafrios, náuseas, vômitos, colúria e icterícia progressiva.

Ao exame físico, apresenta febre de 38,9 °C, frequência cardíaca de 112 bpm, pressão arterial de 102 × 64 mmHg, dor à palpação do hipocôndrio direito e sinal de Murphy negativo. Os exames laboratoriais demonstram hemoglobina 12,5 g/dL, leucócitos 18.600/mm³, proteína C-reativa 232 mg/L, bilirrubina total 8,2 mg/dL, bilirrubina direta 6,8 mg/dL, fosfatase alcalina 694 U/L, gama-glutamilttransferase 948 U/L, AST 184 U/L, ALT 208 U/L, creatinina 0,9 mg/dL e lactato 1,6 mmol/L.

A colangiorrressonância evidencia cálculo único de 12 mm impactado no colédoco distal, dilatação das vias biliares intra e extra-hepáticas e vesícula biliar com múltiplos cálculos.

A conduta inicial mais apropriada para essa paciente é

- (A) realizar colecistectomia videolaparoscópica precoce com exploração da via biliar, mantendo antibioticoterapia até normalização dos exames laboratoriais.
- (B) iniciar antibioticoterapia venosa e programar colecistectomia eletiva após resolução clínica completa, sem necessidade de abordagem endoscópica inicial.
- (C) iniciar antibioticoterapia venosa e realizar CPRE terapêutica precoce para drenagem da via biliar e retirada do cálculo, seguida posteriormente de colecistectomia.
- (D) solicitar ecoendoscopia para confirmação diagnóstica antes de indicar qualquer procedimento terapêutico na via biliar principal.
- (E) manter hidratação venosa, analgesia e observação clínica, repetindo exames laboratoriais após vinte e quatro horas para definir a necessidade de intervenção.

43

Paciente de 67 anos, sexo masculino, procura o pronto-socorro com icterícia progressiva há três semanas, colúria, perda ponderal de 12 kg nos últimos três meses, anorexia e dor contínua em região epigástrica irradiada para o dorso. Ao exame físico, apresenta icterícia cutaneomucosa, frequência cardíaca de 96 bpm, pressão arterial de 118 × 72 mmHg e vesícula biliar palpável, indolor. Os exames laboratoriais demonstram: bilirrubina total 12,4 mg/dL, bilirrubina direta 10,2 mg/dL, fosfatase alcalina 842 U/L, gama-glutamilttransferase 1.186 U/L, AST 168 U/L, ALT 194 U/L, CA 19-9 986 U/mL e CEA 9,2 ng/mL. A tomografia computadorizada de abdome com contraste evidencia massa sólida hipoatenuante de 3,8 cm na cabeça do pâncreas, causando dilatação simultânea do colédoco e do ducto pancreático principal (sinal do duplo ducto), sem evidências de metástases hepáticas ou pulmonares.

O próximo passo mais apropriado na investigação diagnóstica desse paciente é

- (A) realizar CPRE com escovado biliar para confirmação histológica, seguida de colocação rotineira de prótese antes do tratamento definitivo.
- (B) solicitar ressonância magnética de abdome com contraste para confirmar a natureza maligna da lesão antes de indicar qualquer intervenção.
- (C) realizar ecoendoscopia com punção aspirativa ou biópsia por agulha fina da lesão pancreática para confirmação anatomopatológica do diagnóstico.
- (D) indicar laparotomia exploradora com biópsia incisional da massa pancreática como primeiro procedimento diagnóstico e terapêutico.
- (E) repetir a tomografia computadorizada em quatro semanas para confirmar crescimento tumoral antes da obtenção de amostra tecidual.

44

Paciente de 39 anos, sexo masculino, portador de doença de Crohn ileocolônica, encontra-se em remissão clínica com Ustequinumabe. Após consulta com outro profissional, passa a acreditar que sua doença decorre exclusivamente do consumo de glúten e lactose. Decide interromper espontaneamente o imunobiológico e solicita ao gastroenterologista apenas prescrições de suplementos e terapias alternativas, recusando qualquer tratamento com eficácia comprovada para sua doença. Após esclarecimento dos riscos da suspensão terapêutica, mantém sua decisão.

À luz dos princípios éticos da prática médica, a conduta mais apropriada do gastroenterologista é

- (A) prescrever o tratamento solicitado, respeitando integralmente a autonomia do paciente.
- (B) recusar qualquer assistência ao paciente em razão da discordância terapêutica.
- (C) prescrever simultaneamente o imunobiológico e a terapia solicitada, ainda que sem indicação clínica.
- (D) esclarecer os riscos, registrar a recusa informada e não prescrever tratamento sem respaldo técnico-científico.
- (E) comunicar obrigatoriamente o caso ao Conselho Regional de Medicina.

45

Paciente de 28 anos, sexo masculino, refere disfagia intermitente para alimentos sólidos há aproximadamente dois anos. Relata três episódios de impactação alimentar que necessitaram atendimento em serviço de emergência. Possui antecedente de rinite alérgica e asma. A endoscopia digestiva alta evidencia esôfago macroscopicamente normal, sem estenoses, exsudatos, sulcos longitudinais ou anéis. Estômago e duodeno sem alterações.

A conduta mais apropriada durante o exame é

- (A) encerrar o procedimento, pois a ausência de alterações endoscópicas exclui doença orgânica.
- (B) realizar biópsias apenas da transição esofagogastrica.
- (C) realizar biópsias seriadas do esôfago proximal e distal.
- (D) solicitar manometria esofágica de alta resolução antes da obtenção de biópsias.
- (E) iniciar inibidor da bomba de prótons e repetir a endoscopia após oito semanas.

46

Paciente de 46 anos, sexo masculino, portador de retocolite ulcerativa extensa, é internado por colite aguda grave. Após sete dias de tratamento com corticosteroide intravenoso, mantém oito evacuações sanguinolentas ao dia, dor abdominal e proteína C reativa persistentemente elevada. A tomografia computadorizada de abdome demonstra espessamento difuso do cólon esquerdo, sem dilatação colônica, pneumoperitônio, coleções ou outros sinais de complicação.

Foi submetido à retossigmoidoscopia flexível, que evidencia ulcerações profundas e extensas no reto e sigmoide. Durante o exame, são obtidas múltiplas biópsias das áreas ulceradas.

O exame anatomopatológico demonstra células aumentadas de volume contendo inclusões intranucleares eosinófilas circundadas por halo claro, além de ocasionais inclusões citoplasmáticas.

O diagnóstico mais provável é

- (A) colite por herpes simples.
- (B) colite por adenovírus.
- (C) colite por *Clostridioides difficile*.
- (D) colite por citomegalovírus.
- (E) colite por *Histoplasma capsulatum*.

47

Paciente de 59 anos, sexo masculino, portador de cirrose compensada secundária à MASLD, encontra-se em acompanhamento ambulatorial. Nega episódios prévios de ascite, encefalopatia ou hemorragia digestiva. Os exames mostram:

- Plaquetas: 168.000/mm³.
- Elastografia hepática (FibroScan®): 14,8 kPa.
- Bilirrubinas, INR e albumina compatíveis com função hepática preservada.

À luz do consenso de Baveno, a conduta mais apropriada em relação ao rastreamento de varizes esofagogástricas é

- (A) realizar endoscopia digestiva alta para rastreamento de varizes e repetir o exame periodicamente, independentemente da evolução dos parâmetros não invasivos.
- (B) iniciar Carvedilol para prevenção primária das complicações da hipertensão portal e postergar a realização da endoscopia digestiva alta.
- (C) repetir a elastografia hepática e a contagem de plaquetas em acompanhamento periódico, indicando endoscopia apenas se houver progressão dos parâmetros de risco.
- (D) dispensar a endoscopia digestiva alta neste momento, mantendo seguimento clínico com elastografia hepática e contagem de plaquetas em avaliações periódicas.
- (E) indicar ligadura elástica profilática das varizes esofágicas após confirmação endoscópica, mesmo na ausência de sinais de hipertensão portal clinicamente significativa.

48

Paciente de 15 anos, sexo masculino, é encaminhado ao gastroenterologista por episódios recorrentes de dor abdominal há aproximadamente oito meses. A dor é de forte intensidade, localizada ora em mesogástrico, ora em flanco esquerdo, surgindo de forma súbita e resolvendo espontaneamente após algumas horas. Entre os episódios permanece completamente assintomático. Nega alterações do hábito intestinal, perda ponderal, febre ou vômitos persistentes.

Já foi submetido a endoscopia digestiva alta, colonoscopia, ultrassonografia abdominal e exames laboratoriais, todos sem alterações significativas. Durante um novo episódio de dor, realiza tomografia computadorizada de abdome, que demonstra massa sólida bem delimitada no abdome inferior esquerdo, ausência do baço em sua topografia habitual e pedículo vascular alongado com aspecto espiralado ("*whirl sign*").

A hipótese diagnóstica mais provável é

- (A) intussuscepção do intestino delgado.
- (B) torção de cisto mesentérico.
- (C) baço flutuante complicado por torção do pedículo vascular.
- (D) hérnia interna transmesentérica.
- (E) linfoma abdominal.

49

Médico residente de 27 anos, sem comorbidades, iniciou atividades em um serviço de endoscopia digestiva. Relata ter recebido corretamente as três doses da vacina contra hepatite B na infância. Como parte da avaliação ocupacional, realizou sorologia que evidenciou:

- HBsAg: negativo.
- Anti-HBc total: negativo.
- Anti-HBs: 4 mUI/mL.

Foi orientado a repetir o esquema vacinal completo. Um a dois meses após a terceira dose, nova sorologia demonstrou anti-HBs de 6 mUI/mL, permanecendo abaixo do nível considerado protetor.

A conduta mais apropriada é

- (A) considerar que a ausência de soroconversão decorre provavelmente de falha transitória da resposta imunológica e administrar uma dose adicional da vacina, repetindo a dosagem do anti-HBs após novo intervalo de acompanhamento.
- (B) prescrever esquema profilático com Tenofovir até que sejam obtidos títulos séricos de anti-HBs considerados protetores, mantendo acompanhamento sorológico periódico.
- (C) repetir um terceiro esquema completo de vacinação contra hepatite B, sem necessidade de novas avaliações sorológicas após o término das aplicações.
- (D) considerar o paciente não respondedor após dois esquemas completos, confirmar ausência de infecção pelo HBV e orientar profilaxia com imunoglobulina anti-hepatite B em caso de exposição ocupacional.
- (E) manter acompanhamento clínico periódico e reforçar as medidas de biossegurança, considerando desnecessária a utilização de imunoglobulina anti-hepatite B após acidentes ocupacionais.

50

Paciente de 43 anos, sexo masculino, é encaminhado ao ambulatório de gastroenterologia após rastreamento ocupacional evidenciar anti-HCV reagente. Encontra-se assintomático, sem antecedentes de hepatopatia conhecida e sem tratamento prévio para hepatite C. Ao exame físico, não apresenta sinais de doença hepática crônica.

O próximo passo mais apropriado para confirmar o diagnóstico é

- (A) solicitar pesquisa do HCV-RNA por técnica molecular (PCR/NAT).
- (B) repetir a sorologia para anti-HCV após seis meses para confirmar a persistência da positividade.
- (C) solicitar elastografia hepática para avaliar a presença de fibrose antes da confirmação da infecção ativa.
- (D) iniciar tratamento com antivirais de ação direta, considerando suficiente a positividade do anti-HCV.
- (E) solicitar genotipagem do HCV antes da confirmação da presença de viremia.

51

Paciente de 14 anos, sexo masculino, é levado ao pronto-socorro por episódio de hematoquezia volumosa e indolor iniciado há aproximadamente seis horas, associado à tontura e palidez. Nega febre, diarreia ou dor abdominal. Ao exame físico apresenta frequência cardíaca de 118 bpm, pressão arterial de 98 × 60 mmHg, palidez cutaneomucosa ++/4+ e abdome flácido, indolor e sem sinais de irritação peritoneal. Os exames laboratoriais demonstram hemoglobina 7,8 g/dL, hematócrito 24%, leucócitos 8.900/mm³ e proteína C reativa 0,5 mg/dL. Após estabilização clínica, a cintilografia com 99mTc-pertecnetato evidencia captação focal no quadrante inferior direito, compatível com divertículo de Meckel contendo mucosa gástrica ectópica.

O quadro clínico apresentado está relacionado à persistência embrionária da seguinte estrutura:

- (A) ducto onfalomesentérico, cuja involução incompleta origina divertículo verdadeiro localizado na borda antimesentérica do íleo distal.
- (B) ducto pancreático dorsal, cuja regressão incompleta favorece comunicação anômala entre o pâncreas e o intestino delgado.
- (C) úraco fetal, cuja persistência parcial mantém comunicação fibrosa entre a bexiga urinária e a cicatriz umbilical.
- (D) mesentério dorsal primitivo, cuja fusão incompleta determina defeitos congênitos da fixação intestinal durante o desenvolvimento embrionário.
- (E) alantoide embrionário, cuja obliteração inadequada resulta em persistência de remanescente localizado entre umbigo e bexiga.

52

Paciente de 43 anos, sexo feminino, procura o ambulatório com episódios recorrentes de dor em hipocôndrio direito iniciados cerca de 40 minutos após refeições ricas em gordura, acompanhados de náuseas e resolução espontânea em aproximadamente duas horas. Refere perda de 20 kg nos últimos cinco meses após dieta hipocalórica associada ao uso de agonista do receptor de GLP-1. Nega febre, icterícia ou alteração do hábito intestinal. Ao exame físico apresenta índice de massa corporal de 33 kg/m² e discreta dor à palpação profunda do hipocôndrio direito, sem sinais de irritação peritoneal. A ultrassonografia abdominal evidencia múltiplos cálculos hiperecogênicos móveis, com sombra acústica posterior, sem espessamento da parede vesicular, líquido perivesicular ou dilatação das vias biliares. Os exames laboratoriais demonstram hemograma, bilirrubinas, aminotransferases, fosfatase alcalina, gama-glutamilttransferase e amilase dentro dos valores de referência.

A seguinte alteração na composição da bile precede a nucleação dos cristais e representa o evento fisiopatológico inicial da doença apresentada:

- (A) aumento da secreção hepática de bilirrubina conjugada, promovendo precipitação progressiva de pigmentos biliares e crescimento dos cálculos vesiculares.
- (B) redução da concentração intraluminal de cálcio, favorecendo instabilidade coloidal da bile e cristalização de sais biliares insolúveis.
- (C) inflamação crônica da mucosa vesicular, induzindo hipersecreção de mucina como mecanismo primário para formação dos cálculos biliares.
- (D) supersaturação da bile por colesterol, favorecendo nucleação cristalina, estase biliar e crescimento progressivo dos cálculos vesiculares.
- (E) diminuição da circulação entero-hepática dos sais biliares, desencadeando precipitação predominante de bilirrubinato de cálcio na vesícula biliar.

53

Paciente masculino, 45 anos, procura o pronto atendimento com dor intensa em hipocôndrio direito há 12 horas, iniciada cerca de duas horas após ingestão abundante de alimentos gordurosos. Refere náuseas e múltiplos episódios de vômitos. É portador de diabetes mellitus tipo 2 e hipertensão arterial sistêmica, em uso regular de Metformina e Losartana. Nega febre, diarreia, dor irradiada para o dorso e outros sintomas associados. Ao exame físico apresenta dor à palpação do hipocôndrio direito e sinal de Murphy inspiratório positivo, sem sinais de irritação peritoneal.

Assinale a opção compatível com a hipótese diagnóstica mais provável.

- (A) Colecistite aguda calculosa.
- (B) Pancreatite aguda biliar com necrose pancreática extensa.
- (C) Hepatite viral aguda com colestase intra-hepática predominante.
- (D) Apendicite aguda perfurada com peritonite difusa estabelecida.
- (E) Úlcera duodenal perfurada com pneumoperitônio e peritonite química.

54

Paciente de 66 anos, sexo feminino, procura atendimento após identificação incidental de uma lesão cística pancreática em ultrassonografia realizada durante investigação de esteatose hepática. Nega dor abdominal, perda ponderal, icterícia ou episódios prévios de pancreatite. A ressonância magnética evidencia lesão cística unilocular de 3,8 cm localizada na cabeça do pâncreas, comunicando-se com o ducto pancreático principal, associada à presença de nódulo mural de 7 mm e dilatação do ducto pancreático principal para 9 mm. Os exames laboratoriais não demonstram alterações da função hepática.

Com base nos achados apresentados, a hipótese diagnóstica mais provável é

- (A) neoplasia mucinosa papilar intraductal envolvendo o ducto pancreático principal, com estigmas de alto risco para malignidade.
- (B) pseudocisto pancreático relacionado à pancreatite crônica previamente não diagnosticada e assintomática.
- (C) cistoadenoma seroso pancreático sem potencial de transformação maligna e indicação apenas de seguimento.
- (D) cisto pancreático congênito simples sem comunicação ductal e sem necessidade de investigação complementar.
- (E) neoplasia cística sólida pseudopapilar típica, frequentemente diagnosticada em homens idosos assintomáticos.

Infectologia

55

Paciente de 27 anos, sexo masculino, técnico de enfermagem, sofre acidente ocupacional com agulha recém-utilizada para punção venosa de um paciente internado em Unidade de Terapia Intensiva e em ventilação mecânica há quatro meses, perfurando o dedo polegar da mão esquerda. Após os primeiros cuidados, ambos são submetidos à avaliação sorológica. O paciente-fonte apresenta teste rápido para HIV não reagente, HBsAg reagente e sorologia para hepatite C não reagente. O profissional acidentado apresenta teste rápido para HIV não reagente, HBsAg não reagente, anti-HCV não reagente e registro de anti-HBs de 214 mUI/mL, realizado há dois meses durante exame periódico ocupacional.

Considerando o caso descrito, a conduta mais adequada em relação ao atendimento de pós-exposição é

- (A) iniciar profilaxia pós-exposição para HIV e administrar imunoglobulina humana para a hepatite B.
- (B) iniciar profilaxia pós-exposição para HIV e administrar dose de reforço da vacina recombinante para hepatite B.
- (C) administrar uma dose de vacina e imunoglobulina humana para hepatite B e iniciar antiviral profilático para hepatite C.
- (D) esclarecer que não há indicação de profilaxias pós-exposição, nem de seguimento clínico posterior e encerrar o atendimento.
- (E) não indicar profilaxia pós-exposição para HIV nem para hepatite B, mantendo o acompanhamento do acidente ocupacional.

56

Em 2026, um surto de doença causada pelo hantavírus do tipo Andes em um navio surpreendeu o mundo, com 12 casos confirmados até o dia 11 de junho de 2026. O mecanismo de transmissão no surto atual ainda não foi elucidado, mas publicações prévias da Argentina e do Chile já chamavam a atenção sobre a possível transmissão inter-humana, particularmente do tipo andino desse vírus. No Brasil, a hantavirose é uma doença mais prevalente nas regiões Sul e Sudeste, com predomínio de transmissão em meio rural ou silvestre.

Sobre as manifestações clínicas dessa doença, de acordo com Manual do Ministério da Saúde, é correto afirmar que

- (A) após a fase cardiopulmonar, há uma fase diurética com poliúria, marcada pela recuperação endotelial e reabsorção do líquido do terceiro espaço.
- (B) o edema pulmonar característico da doença é de natureza cardiogênica, de forma que há benefícios em terapias baseadas em medicamentos inotrópicos.
- (C) em hantavírus americanos, é mais comum a manifestação da síndrome na forma hemorrágica com síndrome renal e, nos europeus, a forma cardiopulmonar.
- (D) o óbito na doença costuma ocorrer tardiamente, nas fases de recuperação do choque e da função renal, por arritmias consequentes de distúrbios eletrolíticos.
- (E) do ponto de vista hematológico, são achados clássicos a leucopenia com neutropenia, anemia e plaquetose; há coagulopatia por deficiência de fatores hepáticos.

57

Paciente de 50 anos, sexo feminino, vivendo com HIV, transplantada renal há três anos, é internada para investigação de quadro de perda ponderal há três meses associada a queda do estado geral, evoluindo há uma semana com falta de ar.

À tomografia de tórax evidencia-se infiltrado micronodular difuso. Exame laboratorial evidenciou piora da função renal, elevação discreta de transaminases e pancitopenia. Durante a investigação de infecções oportunistas, é evidenciado antígeno de histoplasma positivo em amostra de urina.

Na conduta terapêutica para o caso, o fármaco de escolha é

- (A) fluconazol.
- (B) itraconazol.
- (C) anidulafungina.
- (D) anfotericina B lipossomal.
- (E) sulfametoxazol-trimetoprim.

58

Paciente de 19 anos, do sexo masculino, previamente hígido, é admitido no pronto-socorro após acidente automobilístico. Foi submetido à laparotomia exploradora de emergência, sendo necessária a esplenectomia total. Ele evoluiu bem no pós-operatório e, na alta hospitalar, foi encaminhado para um Centro de Referência para Imunobiológicos Especiais (CRIE).

Segundo o Manual dos Centros de Referência para Imunobiológicos Especiais (CRIE),

- (A) a vacina contra influenza deve ser evitada nos primeiros seis meses após a esplenectomia, pois apresenta baixa imunogenicidade nesse período.
- (B) a vacina contra varicela está indicada para pacientes esplenectomizados suscetíveis, pois a infecção natural favorece invasão bacteriana secundária.
- (C) em pacientes submetidos à esplenectomia de urgência, recomenda-se aguardar pelo menos seis meses após a cirurgia antes de iniciar qualquer esquema vacinal.
- (D) a vacina contra sarampo, caxumba e rubéola é contraindicada em pacientes esplenectomizados devido ao maior risco de doença disseminada por vírus vacinal atenuado.
- (E) a vacinação contra pneumococo, meningococo e *Haemophilus influenzae* tipo b é indicada apenas quando a esplenectomia decorre de doença hematológica, não sendo orientada após trauma.

59

Um médico infectologista da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) participa da revisão da padronização de antimicrobianos de um hospital terciário com programa de transplante hepático e renal. Durante reunião com a gestão, ele propõe a padronização da ampicilina-sulbactam em substituição a amoxicilina-clavulanato da lista de antimicrobianos disponíveis para uso hospitalar.

Essa proposta é justificada pois a ampicilina-sulbactam

- (A) apresenta cobertura superior à amoxicilina-clavulanato contra bactérias anaeróbias, otimizando o tratamento de infecções intra-abdominais e biliares.
- (B) possui atividade superior contra *Staphylococcus aureus* resistente à metilicina (MRSA), sendo preferível em hospitais com programa de transplantes de órgãos sólidos.
- (C) apresenta menor risco de hepatotoxicidade medicamentosa do que a amoxicilina-clavulanato, sendo uma opção terapêutica adequada para o cenário hospitalar descrito.
- (D) mantém atividade confiável contra enterobactérias produtoras de ESBL, podendo substituir os carbapenêmicos na maioria das infecções causadas por esses microrganismos.
- (E) apresenta atividade confiável contra *Pseudomonas aeruginosa*, permitindo seu uso como tratamento empírico de infecções graves por esse patógeno em transplantados renais.

60

Paciente de 28 anos, sexo masculino, sociólogo, residente em Florianópolis, procura atendimento com história de febre alta associada a calafrios, anorexia, dor abdominal, diarreia leve e tosse seca. Nega comorbidades. Relata que, há quatro semanas, viajou pelo interior da Bahia, onde participou de trilhas, acampou e manteve contato frequente com lagoas e riachos de água doce. Ao exame físico, apresenta discreta hepatoesplenomegalia. O hemograma evidencia leucocitose com eosinofilia de 2.900 células/mm³ (VR: 20–500 células/mm³). Foi solicitado exame parasitológico de fezes, cujo resultado foi negativo.

A conduta mais adequada nesse caso é

- (A) iniciar prontamente tratamento com praziquantel, independentemente da negatividade inicial do exame parasitológico de fezes.
- (B) iniciar prednisona para controle da resposta inflamatória e adiar o tratamento com praziquantel até a resolução completa do quadro agudo.
- (C) investigar outras causas infecciosas de eosinofilia, pois um exame parasitológico de fezes negativo é suficiente para afastar uma parasitose aguda.
- (D) repetir exames parasitológicos seriados antes de iniciar o praziquantel, reservando o tratamento específico para pacientes com confirmação parasitológica.
- (E) solicitar sorologia para esquistossomose e aguardar sua confirmação antes de iniciar o praziquantel, devido à negatividade do exame parasitológico de fezes.

61

Paciente de 27 anos, sexo masculino, carpinteiro, residente em Abaetetuba (PA), previamente hígido, procura atendimento com febre diária há 12 dias, acompanhada de mal-estar, cefaleia e mialgia. Relata que, no início do quadro, apresentou edema palpebral unilateral indolor, atualmente em regressão. Nos últimos quatro dias percebeu edema de membros inferiores. Relata que aproximadamente três semanas antes do início dos sintomas participou de uma festa comunitária, onde consumiu grande quantidade de açaí preparado localmente.

Ao exame físico, apresenta temperatura axilar de 38,5°C, discreto edema palpebral unilateral, linfonodomegalia cervical e hepatoesplenomegalia. O hemograma evidencia leucocitose discreta. O exame microscópico de sangue periférico demonstra numerosos parasitas extracelulares flagelados, alongados, com membrana ondulante e cinetoplasto proeminente.

Considerando o quadro clínico, epidemiológico e os resultados dos exames complementares, é correto afirmar que

- (A) na fase aguda, o diagnóstico deverá ser confirmado por duas sorologias IgG reagentes por métodos distintos antes do início do tratamento, pois o exame parasitológico direto apresenta baixa sensibilidade nessa fase.
- (B) o diagnóstico da fase aguda da doença deve ser realizado preferencialmente por métodos parasitológicos diretos, e o tratamento específico está indicado tão logo confirmado, independentemente da forma clínica de apresentação.
- (C) a fase aguda da doença é geralmente autolimitada, e o tratamento antiparasitário específico não está indicado nessa fase de forma sistemática, devendo ser reservado para pacientes com comprometimento cardíaco documentado.
- (D) o tratamento específico com benznidazol está contraindicado na fase aguda da doença, pois o uso do antiparasitário nesse estágio está associado a elevado risco de aplasia de medula e hepatotoxicidade, superando os benefícios terapêuticos.
- (E) a identificação do protozoário no sangue periférico é suficiente para confirmar o diagnóstico de doença, porém o tratamento específico deve ser iniciado somente após confirmação sorológica com duas amostras reagentes por métodos diferentes.

62

Paciente de 39 anos, sexo masculino, farmacêutico, sem comorbidades, procura atendimento por icterícia, colúria e mal-estar há cinco dias. Nega febre, uso de drogas injetáveis, viagens recentes e ingestão de água ou alimentos fora do domicílio. Refere relacionamento estável com parceiro do mesmo sexo. Os exames laboratoriais evidenciam ALT 3.230 U/L, AST 2.460 U/L, bilirrubina total de 6,8 mg/dL e anti-HAV IgM reagentes.

Sobre a doença apresentada, é correto afirmar que

- (A) há indicação de imunoglobulina humana como profilaxia pós-exposição para todo parceiro sexual suscetível à doença.
- (B) a transmissão sexual do vírus da hepatite A ocorre exclusivamente por exposição ao sêmen e às secreções genitais infectadas.
- (C) após um episódio de hepatite A aguda, recomenda-se a vacinação contra o vírus, pois a infecção natural não confere imunidade duradoura.
- (D) o uso consistente de preservativos é suficiente para prevenir a transmissão sexual do vírus da hepatite A, dispensando outras medidas preventivas.
- (E) a transmissão sexual do vírus da hepatite A está relacionada principalmente ao contato fecal-oral durante práticas sexuais, podendo ocorrer em ambos os sexos.

63

Antimicrobianos podem ser administrados por diferentes vias, cuja escolha deve considerar fatores relacionados ao paciente, ao fármaco e à gravidade da infecção.

Com relação às vantagens e limitações das diferentes vias de administração de antimicrobianos, é correto afirmar que a via

- (A) subcutânea apresenta absorção previsível, independente da perfusão periférica, além de início de ação mais rápido que a via intravenosa.
- (B) intramuscular é preferível para tratamentos prolongados, por permitir administrações frequentes, maiores volumes por aplicação e menor desconforto local.
- (C) oral tem como vantagens a conveniência, o menor custo e a possibilidade de alta precoce, desde que haja adequada absorção gastrointestinal e adesão ao tratamento.
- (D) intravenosa deve ser mantida ao longo de todo o tratamento, uma vez que apresenta maior biodisponibilidade e menor risco de complicações quando comparada às demais vias.
- (E) oral não deve substituir a via intravenosa na terapia de infecções graves, mesmo após estabilização clínica e disponibilidade de antimicrobiano com elevada biodisponibilidade oral.

64

Paciente de 64 anos, sexo feminino, diabética, evolui durante internação hospitalar com necessidade de terapia renal substitutiva, sendo implantado cateter venoso central tunelizado de longa permanência para hemodiálise. Após alta hospitalar, passou a realizar hemodiálise em clínica satélite. Cinco meses depois, retorna ao hospital referindo febre e calafrios durante e após as últimas sessões de diálise. Foram coletados dois sets de hemoculturas, com crescimento de *Staphylococcus aureus* sensível à metilicina (MSSA) em um único frasco.

Com relação ao caso apresentado, é correto afirmar que

- (A) a vancomicina constitui a terapia padrão para bacteremia por MSSA em pacientes em hemodiálise, por possibilitar administração após o final das sessões dialíticas.
- (B) a identificação de *Staphylococcus aureus* deve motivar investigação de complicações profundas, incluindo a realização de ecocardiograma e hemoculturas de controle.
- (C) por se tratar de cateter tunelizado de longa permanência, recomenda-se preservar o acesso vascular, mantendo o dispositivo durante o tratamento da bacteremia por MSSA.
- (D) a retirada precoce do cateter seguida de resolução da febre nas primeiras 24 horas afasta a possibilidade de endocardite e de outros focos metastáticos, tornando desnecessária investigação complementar.
- (E) o crescimento de *Staphylococcus aureus* em apenas um frasco de hemocultura sugere fortemente contaminação da coleta, devendo-se repetir as hemoculturas e aguardar o resultado antes de instituir antibioticoterapia.

65

Paciente de 29 anos, do sexo feminino, arquiteta, natural de Recife, procura atendimento em um ambulatório de Medicina de Viagem para planejamento de sua viagem de lua de mel para a Nigéria. Iniciará sua viagem permanecendo por cinco dias no Parque Nacional de Yankari e, posteriormente, seguirá para Lagos, onde permanecerá por mais sete dias.

Em relação às orientações pertinentes a viajantes, nesse cenário, é correto afirmar que

- (A) a vacinação para febre amarela não está recomendada, pois a viajante permanecerá menos de 10 dias na Nigéria.
- (B) a quimioprofilaxia para malária deve ser indicada, uma vez que a viajante permanecerá apenas cinco dias em área de risco.
- (C) o comprovante de vacinação para meningite A/C/W/Y deverá obrigatoriamente ser apresentado, segundo o Regulamento Sanitário Internacional
- (D) as medidas para prevenção de picadas de inseto, como o uso de pulseiras repelentes e o consumo de chá de alho, deverão ser reforçadas.
- (E) a possibilidade de gestação deverá ser discutida e, caso confirmada, a realização da viagem planejada poderá ser desaconselhada pela equipe.

66

Paciente de 80 anos, sexo feminino, DPOC gold 3, é internada em unidade de terapia intensiva com pneumonia lobar. A paciente evolui para intubação nas primeiras 12 horas da internação e, ainda na emergência, é coletada secreção traqueal para investigação etiológica da pneumonia, e iniciado piperacilina/tazobactam empiricamente. Após 48 horas, a paciente apresenta melhora evolutiva da febre, porém mantém dependência de assistência ventilatória em modo controlado. O resultado da cultura de secreção traqueal é liberado com o seguinte resultado:

Tipo de amostra: secreção traqueal (material adequado)

Patógeno: *Pseudomonas aeruginosa* ($\geq 10^5$ UFC/mL)

Teste de suscetibilidade a antimicrobianos:

Antibiótico	CIM	Interpretação
Amicacina	4	S
Aztreonam	4	I
Ceftazidima	2	I
Ceftazidima/Avibactam	1	S
Ciprofloxacino	0,12	I
Meropenem (não meningite)	0,5	S
Piperacilina/Tazobactam	$\leq 4,0$	I

Considerando o caso e os resultados laboratoriais, a melhor escolha antibiótica para prosseguir o tratamento da paciente em questão é:

- (A) amicacina
- (B) meropenem
- (C) ciprofloxacino
- (D) ceftazidima/avibactam
- (E) piperacilina/tazobactam

67

Paciente de 32 anos, sexo feminino, natural e residente em São Paulo, enfermeira, procura atendimento com história de febre alta, coriza, tosse seca e conjuntivite há três dias. Evoluiu com exantema maculopapular eritematoso, com início na face e região retroauricular e progressão craniocaudal para tronco e membros. Diante da suspeita clínica, a própria paciente entra em contato com a Vigilância em Saúde do município.

Nesse contexto, a equipe da Vigilância em Saúde deverá

- (A) excluir a hipótese de dengue antes de notificar, dado que a paciente reside em São Paulo.
- (B) limitar a investigação aos pacientes sintomáticos atendidos diretamente pela referida profissional.
- (C) iniciar a investigação epidemiológica apenas se houver confirmação por RT-PCR em amostra respiratória.
- (D) identificar e avaliar os contatos próximos, incluindo os ocorridos no ambiente domiciliar, no lazer e trabalho.
- (E) planejar a vacinação de bloqueio que deverá ser iniciada tão logo o diagnóstico for confirmado laboratorialmente

68

Paciente de 39 anos, sexo masculino, vaqueiro, previamente hígido, residente em área rural do Espírito Santo, procura atendimento ambulatorial por tosse seca prolongada e dor torácica há aproximadamente quatro semanas. Nega febre. Relata exposição frequente a solo e material vegetal em decomposição em sua rotina de trabalho. A radiografia de tórax evidencia nódulo pulmonar solitário no lobo superior esquerdo, de contornos bem definidos, sem derrame pleural ou linfonodomegalias. A sorologia para HIV foi não reagente. Foi submetido à broncofibroscopia, e na cultura do lavado broncoalveolar foi isolado *Cryptococcus neoformans*.

Com relação aos achados laboratoriais na criptococose pulmonar, é correto afirmar que

- (A) a negatificação do antígeno criptocócico sérico define o término da terapia antifúngica.
- (B) na apresentação restrita ao pulmão, o antígeno criptocócico sérico frequentemente é negativo.
- (C) a doença restrita ao pulmão está habitualmente associada a títulos elevados do antígeno criptocócico sérico.
- (D) a positividade do antígeno criptocócico sérico exclui a necessidade de investigação de acometimento extrapulmonar.
- (E) o isolamento de *Cryptococcus neoformans* em cultura de lavado broncoalveolar indica doença disseminada, independentemente do estado imunológico.

69

A pneumonia adquirida na comunidade é uma das principais causas de atendimentos em emergências e internação hospitalar globalmente. Embora a tomografia computadorizada seja considerada o método de imagem padrão para o diagnóstico, o ultrassom pulmonar à beira do leito vem sendo cada vez mais utilizado por apresentar vantagens como rapidez de resultados, portabilidade e ausência de radiação ionizante.

Em relação ao ultrassom pulmonar à beira do leito no diagnóstico da pneumonia adquirida na comunidade, é correto afirmar que

- (A) as linhas B difusas bilaterais são altamente específicas para pneumonia bacteriana.
- (B) a presença isolada de derrame pleural unilateral exclui o diagnóstico de pneumonia bacteriana aguda.
- (C) os broncogramas aéreos estáticos sugerem consolidação infecciosa e broncogramas dinâmicos sugerem atelectasia.
- (D) a presença de linhas B focais e broncogramas aéreos dinâmicos apresentam elevada especificidade para pneumonias infecciosas agudas.
- (E) o exame é superior a tomografia computadorizada para detecção de pneumonias infecciosas agudas, centrais e periféricas.

70

Paciente de 80 anos, sexo masculino, é trazido ao hospital por familiares após queda da própria altura. O acompanhante negava qualquer queixa prévia do paciente, mas relata que ele vive há 10 anos com demência, o que prejudica a sua interação. A queda ocorreu ao tropeçar em tapeçaria no domicílio. Ao exame físico, o paciente encontra-se sonolento e pouco interativo. PA 180 x 90 mmHg, FC 115 bpm, SaO₂ 100%. Perna esquerda encurtada e com rotação externa do pé. Restante do exame físico sem alterações. O médico da emergência fica preocupado pelo status rebaixado do paciente e opta por coletar exame de urocultura. O paciente é internado para correção da fratura de fêmur e no segundo dia de internação o laboratório notifica crescimento de *Escherichia coli* com o seguinte padrão de resistência:

Antibiótico	CIM	Interpretação
Amicacina	2,0	S
Amoxicilina/clavulanato	16,0	R
Cefepima	> 32,0	R
Ceftriaxona	> 32,0	R
Ciprofloxacino	≤ 0,06	S
Ertapenem	≤ 0,12	S
Meropenem	≤ 0,25	S
Piperacilina/tazobactam	≤ 4,0	S
Sulfametoxazol/Trimetoprim	>160,0	R

Diante do quadro exposto e do resultado da urocultura, a melhor escolha terapêutica é (D027-02_16)

- (A) iniciar amicacina.
- (B) iniciar ertapenem.
- (C) iniciar ciprofloxacino.
- (D) iniciar piperacilina/tazobactam.
- (E) não introduzir qualquer antibiótico.

71

Candida spp. são leveduras comensais da microbiota humana que podem causar desde infecções mucocutâneas superficiais até doença invasiva, especialmente na presença de fatores predisponentes como imunossupressão, neutropenia, uso de antibióticos e dispositivos intravasculares.

Em relação às manifestações clínicas da candidíase, é correto afirmar que

- (A) a candidúria em pacientes com cateter vesical de demora define pielonefrite por *Candida* sp., indicando terapia antifúngica sistêmica.
- (B) a candidíase esofágica pode ocorrer mesmo na ausência de candidíase oral e manifesta-se tipicamente por odinofagia, disfagia e dor retroesternal.
- (C) a candidíase vulvovaginal recorrente ocorre predominantemente em mulheres com imunodeficiência avançada pelo HIV, sendo rara em mulheres imunocompetentes.
- (D) a pneumonia por *Candida* sp. é uma complicação frequente em pacientes críticos colonizados no trato respiratório, confirmada pelo isolamento da levedura em lavado broncoalveolar.
- (E) a candidemia dissemina-se preferencialmente para rins, retina, coração e sistema nervoso central, porém o acometimento ocular é exclusivo de pacientes com neutropenia prolongada.

72

Paciente de 56 anos, do sexo feminino, é internada para tratamento cirúrgico de carcinoma ductal invasivo da mama esquerda. Foi submetida à mastectomia radical modificada com linfadenectomia axilar, evoluindo sem intercorrências intraoperatórias. No pós-operatório imediato, permanece com dreno aspirativo em sistema fechado, com débito serossanguinolento habitual.

A antibioticoprofilaxia que deve ser preferencialmente

- (A) administrada até 60 minutos antes da incisão cirúrgica.
- (B) mantida até 12 horas da retirada definitiva do dreno aspirativo.
- (C) indicada apenas quando houver sinais de infecção pré-operatória.
- (D) iniciada após a indução anestésica e imediatamente antes do fechamento da pele.
- (E) mantida por pelo menos 5 dias para reduzir a incidência de infecção de sítio cirúrgico.

73

Paciente de 24 anos, sexo feminino, técnica em enfermagem, com história de vacinação adequada para a faixa etária, é internada para investigação de quadro de icterícia de dez dias de evolução associada a colúria e acolia fecal. Durante avaliação laboratorial é evidenciado aumento de transaminases 40 vezes acima do limite superior da normalidade (LSN), além de aumento de bilirrubina 20 vezes acima do LSN, com predomínio de bilirrubina direta.

É levantada, pela equipe assistente, a hipótese de hepatite viral, sendo solicitados exames sorológicos seriados para sua investigação no décimo (D10) e no trigésimo (D30) dia de doença, com os seguintes resultados:

Exame	D10	D30
Anti-HAV IgM	Não reagente	Não reagente
Anti-HAV IgG	Reagente	Reagente
HBsAg	Não reagente	Não reagente
Anti-HBc IgM	Não reagente	Não reagente
Anti-HBs	Não reagente	Não reagente
Anti-HCV	Não reagente	Não reagente

Considerando o quadro exposto e os resultados sorológicos obtidos, é correto afirmar que

- (A) os resultados sugerem diagnóstico de infecção aguda pelo vírus da hepatite A, além de suscetibilidade aos vírus B e C.
- (B) a única explicação para os resultados de anti-HAV IgG encontrados é uma infecção prévia pelo vírus, que não justifica o quadro atual.
- (C) a vacinação adequada para a idade pressupõe imunização completa para hepatite B, doença contra a qual a paciente está, portanto, protegida.
- (D) na infecção aguda pelo vírus da hepatite B, o padrão sorológico esperado seria: HBsAg, Anti-HBc IgM e anti-HBs reagentes após o D14 de sintomas.
- (E) apesar da presença de anti-HCV não reagente nos dois momentos de coleta (D10 e D30), a doença aguda por esse vírus não está afastada com segurança.

74

Paciente de 17 anos, sexo masculino, morador de Curitiba, cisgênero, procura atendimento médico preocupado pois estava em uso de PrEP contínuo, mas esqueceu de levar o medicamento na viagem que fez para Brasília nos últimos 20 dias. Neste período usou irregularmente a PrEP “emprestada” de amigos e durante toda a viagem teve exposições sexuais de risco. Tem teste rápido para HIV negativo há um mês.

Levando em conta o risco de infecção recente pelo HIV, o exame que apresenta maior sensibilidade para o diagnóstico de HIV nesse momento será o

- (A) Westernblot.
- (B) PCR para HIV.
- (C) teste rápido pareado.
- (D) ELISA de quarta geração.
- (E) ELISA de terceira geração.

75

Paciente de 55 anos, do sexo feminino, procura atendimento médico com queixa de desequilíbrio associado a discreto tremor de extremidades, nos quatro dias antecedentes. Relata que, três dias antes do início do quadro, apresentou febre discreta (até 38,3 °C) com duração de menos de 48 horas e cefaleia importante, que persiste. A cefaleia, em escala de 1 a 10, foi caracterizada como nível 7 de dor, com eventuais pontadas, iniciando-se em região temporal e seguindo até o lábio inferior, à esquerda.

Ao exame físico, é digno de nota um desequilíbrio importante, com dificuldade de deambular em linha reta, com teste de Romberg negativo. Discreto incômodo à flexão de pescoço. Exame de cabeça e pescoço sem alterações. Restante do exame sem alterações dignas de nota.

Diante do caso, o exame que poderá ajudar a elucidar o diagnóstico, e o resultado esperado são, respectivamente,

- (A) reação em cadeia da polimerase no líquido e detecção do vírus varicela-zoster.
- (B) ressonância magnética de crânio e hipersinal em T2 e FLAIR nos lobos temporais.
- (C) sorologia por técnica de ELISA no sangue e detecção de IgM contra parvovírus B19.
- (D) tomografia computadorizada de crânio e lesão expansiva com captação de contraste em cerebello.
- (E) biópsia de artéria temporal e presença de infiltrado inflamatório granulomatoso com células gigantes.

76

Segundo a Portaria nº 8.041 do Ministério da Saúde do Brasil, que define o Regulamento Técnico do Sistema Nacional de Transplantes, configura contraindicação absoluta do doador ao transplante de órgão sólido

- (A) ter recebido qualquer vacina nos 30 dias precedentes.
- (B) apresentar soropositividade para HIV, em todos os casos.
- (C) confirmar NAT positivo para SARS-CoV-2, para qualquer órgão.
- (D) ser caso suspeito de tuberculose, ou outras micobacterioses.
- (E) demonstrar soropositividade para doença de Chagas, para coração e fígado.

77

Paciente de 87 anos, sexo masculino, hipertenso e diabético em uso de insulina, é internado com suspeita de infecção do trato urinário em Unidade de Terapia Intensiva. Sabe-se que, além dos usuais bacilos Gram negativos (BGN), os enterococos devem ser considerados como possível etiologia dessa infecção, nessa faixa etária.

O seguinte antibiótico considerado para tratamento empírico teria ação adequada para cobertura de *Enterococcus faecalis* em uma comunidade com baixo perfil de resistência antimicrobiana:

- (A) ertapenem.
- (B) ceftriaxona.
- (C) polimixina B.
- (D) piperacilina-tazobactam.
- (E) sulfametoxazol-trimetoprim.

78

O manejo de infecções no período pós transplante é de suma importância para o desfecho favorável desses pacientes. Sabe-se que isso envolve, em um hospital com serviços de transplante, a disponibilidade de métodos diagnósticos e terapêuticos adequados. Dentre as infecções que comumente afetam esses pacientes, destaca-se a infecção pelo citomegalovírus (CMV), associada a doença específica pelo vírus, rejeição de órgãos, disfunção crônica do enxerto, estado permissivo a infecções oportunistas secundárias, entre outras.

Quanto à detecção laboratorial do CMV no pós-transplante, é correto afirmar que

- (A) a antigenemia pp65 é um exame semiquantitativo alternativo aos testes moleculares, adequado inclusive para pacientes leucopênicos.
- (B) para doença tissular invasiva, como gastrointestinal, a histopatologia é um método complementar menos sensível que a avaliação da viremia.
- (C) mediante suspeita, a avaliação de resistência ao ganciclovir será feita pelo sequenciamento de porções específicas do seu material genético, como UL97 e UL54.
- (D) a dosagem de anticorpos da classe IgG é usada no pré-transplante para definição de categoria de risco, e da classe IgM no pós-transplante para diagnosticar atividade de doença.
- (E) a padronização dos métodos de quantificação da carga viral baseados em reação em cadeia da polimerase (PCR) permite a comparação confiável de exames feitos em diferentes laboratórios.

79

Paciente de 32 anos, sexo masculino, vivendo com HIV, em tratamento com esquema preferencial (tenofovir, lamivudina e dolutegravir) é encaminhado para infectologista por diagnóstico recente de coinfeção com o vírus da hepatite B. O infectologista que o atende decide realizar a troca do tenofovir na sua apresentação desoproxila (TDF) pelo tenofovir alafenamida (TAF).

Uma justificativa para a conduta adotada pelo médico é

- (A) a dosagem de fosfato sérico $> 4,5$ mg/dL.
- (B) o achado de esteatose hepática grau $\geq$ II.
- (C) o histórico de fratura patológica comprovada.
- (D) a detecção de falha virológica no tratamento atual.
- (E) o uso de corticosteroides por período de até 1 mês.

80

Paciente de 40 anos, sexo masculino, é atendido pela estratégia Consultório na Rua e, durante conversa com equipe de assistência, relata ter corrimento uretral iniciado há cinco dias. O paciente nega outras queixas, e relata que tem múltiplas parcerias sexuais, usualmente sem uso de preservativos.

Ao exame físico, evidencia-se saída espontânea de secreção purulenta. Não há outras lesões na região genital, ou linfonodomegalias.

Em relação à uretrite apresentada no caso, a primeira opção de tratamento é:

- (A) azitromicina 1000mg VO em dose única.
- (B) doxiciclina 100mg VO, 12/12h, durante 7 dias.
- (C) metronidazol 500mg VO, 12/12h, durante 7 dias.
- (D) ceftriaxona 500mg IM e azitromicina 1000mg VO, ambas em dose única.
- (E) ceftriaxona 500mg IM dose única e doxiciclina 100mg VO, 12/12h, durante 7 dias.

Realização

