

TIPO

1

Enare

EXAME NACIONAL DE RESIDÊNCIA

EDIÇÃO 2026/2027

TARDE

ÁREA DE ATUAÇÃO

MEDICINA DO SONO

PROVA OBJETIVA – TIPO 1



SUA PROVA

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



TEMPO

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



NÃO SERÁ PERMITIDO

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



INFORMAÇÕES GERAIS

- As questões objetivas têm cinco alternativas de resposta (A, B, C, D, E) e somente uma delas está correta.
- Verifique se este caderno de questões está completo e sem falhas de impressão. Caso contrário, **notifique imediatamente o fiscal da sala**, para que sejam tomadas as devidas providências.
- Na folha de respostas, confira seus dados pessoais, especialmente nome, número de inscrição e documento de identidade, e leia atentamente as instruções para preencher a folha de respostas.
- Use somente caneta esferográfica, fabricada em material transparente, com tinta preta ou azul.**
- Assine seu nome apenas no espaço reservado na folha de respostas.
- Confira o programa 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-trimetoprim, 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 transverso 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

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

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

O manejo imediato desse quadro deve

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

14

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

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

Nesse momento, a conduta mais apropriada é

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

Neurologia

15

Um motoqueiro de 22 anos sofre um acidente e é atendido pelo Corpo de Bombeiros. Na avaliação inicial, está sonolento, abre os olhos ao ser chamado, emite frases desconexas e inadequadas e utiliza a mão para tentar retirar o estímulo doloroso. As pupilas estão isocóricas e foto reagentes.

Após a estabilização inicial, a equipe calcula o escore de Glasgow para definir a gravidade do traumatismo crânioencefálico, o que constitui uma etapa fundamental para a conduta, a monitorização e o prognóstico.

O valor correto da Escala de Coma de Glasgow e a respectiva classificação são:

- (A) 11 – TCE moderado.
- (B) 12 – TCE moderado.
- (C) 8 – TCE grave.
- (D) 14 – TCE leve.
- (E) 10 – TCE moderado.

16

Às 11 horas da manhã, o SAMU recebeu uma solicitação para resgatar, em residência, uma mulher de 68 anos, hipertensa e diabética, que desenvolveu subitamente falta de força no braço direito, desvio da boca para a esquerda, e dificuldade para falar. Ao ser levada à emergência, está acordada, consegue caminhar e o exame neurológico confirma as queixas.

Assinale a opção que apresenta o território arterial mais provavelmente acometido.

- (A) Ramos corticais da artéria cerebral média esquerda.
- (B) Artéria lenticulo-estriada direita.
- (C) Artéria cerebral anterior direita.
- (D) Artéria lenticulo-estriada esquerda.
- (E) Ramos corticais da artéria cerebral média direita.

17

Um homem de 32 anos procura atendimento por apresentar queda de rendimento no trabalho, onde atua como economista. O paciente relata que, há alguns meses, tem notado lentidão, dificuldade de concentração e falhas no desempenho por conta disto. Familiares notam depressão e sonolência diurna excessiva e estão preocupados, pois a avó materna, aos 50 anos, foi diagnosticada com doença de Alzheimer.

Perguntado quanto ao estado geral, relata aumento de peso, pois não tem energia para realizar atividade física, além de não tolerar mais o ambiente da academia, em que o ar-condicionado é muito frio.

Das condições a seguir, assinale a que deve ser investigada como causa potencialmente tratável de demência em um adulto jovem.

- (A) Doença de Alzheimer pré-senil.
- (B) Deficiência de vitamina D.
- (C) Hipotireoidismo.
- (D) Deficiência de vitamina B.
- (E) Hipertireoidismo.

18

Uma estudante universitária de 23 anos relata dor de cabeça frequente, descrita como sensação de pressão ou de aperto no crânio, bilateral, de intensidade leve, pior ao final do dia e associada a períodos de prova. Nega náuseas, vômitos acompanhando a cefaleia e, eventualmente, o barulho alto incomoda. Mesmo durante o período de dor, frequenta aulas na faculdade e mantém seu preparo físico na academia, à qual vai diariamente, embora com desconforto quando a dor se torna moderada.

O diagnóstico mais provável é

- (A) migrânea sem aura.
- (B) cefaleia tensional.
- (C) cefaleia em salvas.
- (D) cefaleia responsiva à indometacina.
- (E) migrânea com aura.

19

Uma mulher de 34 anos, jornalista, durante uma gravação externa para a TV, subitamente parou de falar, ficou com o olhar fixo, não respondeu à ordem de continuar a entrevista, e, após 2 minutos, voltou ao contato com os colegas, ainda meio confusa, sem saber o que havia acontecido.

Familiares foram chamados e referiram que notavam esporadicamente, em casa, que a jornalista ficava por segundos, meio “fora do ar”. Nunca presenciaram crise convulsiva, exceto quando criança, quando tinha febre muito alta.

A ressonância de crânio evidenciou sinais de esclerose mesial do hipocampo.

Entre os seguintes padrões eletroencefalográficos, assinale o achado interictal mais característico esperado para o caso dessa paciente.

- (A) Complexos de ponta de onda lenta generalizados e simétricos, com frequência de 3 Hz.
- (B) Ondas agudas ou espículas localizadas na região temporal anterior ou mediotemporal do hemisfério afetado.
- (C) Ondas delta polimórficas, contínuas, generalizadas, de alta amplitude, bilaterais.
- (D) Complexos ponta-onda lentos e difusos a uma frequência de 1,5 a 2,5 Hz, com lentificação do ritmo de fundo.
- (E) Descargas paroxísticas de pontas focais exclusivas na região occipital bilateral, que desaparecem com a abertura dos olhos.

20

No período do almoço, um adolescente sofre uma queda de bicicleta e bate a cabeça na calçada. Após um breve desmaio, recupera a consciência e conversa normalmente com o guarda que viu a queda. Recusa-se a ir à emergência, apesar de sentir muita dor ao palpar o local do trauma, no lado direito do crânio, porque precisa estudar para uma prova.

À noite, é encontrado, pela mãe, desacordado em sua cama. Levado ao hospital, apresenta anisocoria, pupilas midriáticas à direita e perda de força muscular à esquerda.

A TCC confirma a existência de uma complicação do TCE e há indicação de cirurgia imediata

Esse quadro clínico sugere a seguinte complicação do TCE:

- (A) hematoma subdural agudo.
- (B) concussão cerebral.
- (C) hematoma extradural.
- (D) contusão frontal hemorrágica.
- (E) edema cerebral.

21

A autopercepção de queixas cognitivas pode fazer parte do envelhecimento normal ou da fase inicial do envelhecimento patológico. O comprometimento cognitivo leve (CCL) é uma condição intermediária entre o envelhecimento normal e a demência.

Assinale a afirmativa correta a respeito de um tipo de comprometimento cognitivo leve (CCL).

- (A) A classificação de CCL baseia-se em queixas de lapsos de memória que interferem na realização das atividades de vida diária, com testagem neuropsicológica normal.
- (B) A classificação de CCL envolvendo o domínio de atenção baseia-se em testagem neuropsicológica, e na interferência na realização das atividades de vida diária.
- (C) A classificação de CCL envolvendo o domínio da linguagem baseia-se em queixas do paciente sem necessidade de testagem neuropsicológica, desde que não esteja interferindo na vida profissional e social.
- (D) A classificação de CCL envolvendo funções executivas baseia-se em queixas do paciente, testagem neuropsicológica, e exame de ressonância magnética para excluir atrofia de lobo frontal.
- (E) A classificação de CCL amnésico exige comprovação por testagem neuropsicológica de distúrbio de memória, sem interferência na realização das atividades de vida diária.

22

Paciente de 73 anos apresenta quadro progressivo de desequilíbrio de marcha há 2 anos. Neste período passou a necessitar de auxílio-locomção com bengala e no momento usa um andador mesmo em ambiente domiciliar. Mais recentemente relata estar apresentando urgência urinária com episódios de incontinência. Nega queixas cognitivas, mas esposa relata que ele está apresentando quadro depressivo por estar mais apático com embotamento no pensamento e nas ações. O exame neurológico evidencia marcha lentificada com aumento da base e passos curtos com necessidade de apoio bilateral. Não há alteração objetiva no exame dos nervos cranianos, força, reflexos, tônus, sensibilidade ou coordenação.

O seguinte resultado de neuroimagem define o diagnóstico etiológico:

- (A) neuroimagem pode ser normal.
- (B) perda do sinal da cauda da andorinha.
- (C) coleção extra-axial hipodensa fronto-temporo-occipital a direita.
- (D) atrofia mesencéfalo com índice de parkinsonismo alto.
- (E) ventrículos aumentados de forma desproporcional a atrofia cortical.

23

Paciente de 58 anos é levada à Emergência por apresentar quadro súbito de perda de força em membro inferior esquerdo. Nega HAS. Tem dislipidemia e intolerância oral a glicose e hipotireoidismo. Realizou tomografia computadorizada de crânio que evidenciou pequeno hematoma intraparenquimatoso.

A seguinte topografia da lesão melhor justifica o quadro clínico:

- (A) lobo parietal direito.
- (B) lóbulo paracentral direito.
- (C) cápsula interna a esquerda.
- (D) face anterior da ponte a direita.
- (E) face lateral do lobo frontal direito.

24

Paciente de 25 anos foi diagnosticado com esclerose múltipla remittente-recorrente altamente ativa. Foi indicado tratamento preventivo com Natalizumabe, um anticorpo monoclonal endovenoso.

A principal e mais temida complicação relacionada a esse tratamento é a

- (A) linfopenia.
- (B) neutropenia febril.
- (C) tireoidite auto-imune.
- (D) hipogamaglobulinemia.
- (E) leucoencefalopatia multifocal progressiva.

25

Paciente de 15 anos é levado para avaliação neurológica com quadro progressivo há 1 ano de tremor postural em membros superiores, lentidão nas atividades de vida diária, disartria, disfagia e rouquidão. Ao exame neurológico foi identificado rigidez plástica nos membros superiores, tremor em “bater de asas”, bradicinesia nos movimentos das mãos e postura distônica no pé esquerdo. A ressonância magnética de crânio evidencia hipersinal em T2 em núcleos da base. Informam que o irmão mais novo de 8 anos está investigando problemas no fígado.

Os seguintes exames devem ser solicitados para confirmar a principal hipótese etiológica:

- (A) anti-NMDA no líquido.
- (B) teste molecular para mutação PANK2.
- (C) teste molecular para Doença de Huntington.
- (D) ceruloplasmina, cobre sérico e cobre urinário.
- (E) cinética do ferro e eletroforese de hemoglobina.

26

Paciente de 35 anos está em acompanhamento neurológico desde os 20 anos. Sua doença teve início na juventude quando percebeu que não conseguia assoviar por incapacidade de oclusão dos lábios, evoluiu ao longo dos anos com fraqueza proximal dos membros superiores, incapacidade de elevar os braços acima da cabeça e atrofia da musculatura dos braços. Ao exame neurológico atual apresenta diparesia facial, fraqueza proximal dos membros superiores e distal dos membros inferiores com marcha escarvante. Observa-se atrofia de bíceps e tríceps. Ao solicitar que o paciente eleve os braços, observa-se ascensão das escapulas com rotação medial. O seu pai tem quadro semelhante.

A principal hipótese diagnóstica é

- (A) distrofia de Becker.
- (B) distrofia de cinturas.
- (C) distrofia facioescapuloumeral.
- (D) distrofia miotônica de Steinert.
- (E) distrofia muscular de Emery-Dreifuss.

27

Uma mulher de 20 anos procura oftalmologista por estar apresentando diplopia há algumas semanas, que inicialmente piorava ao longo do dia e pela manhã desaparecia. Atualmente a queixa é persistente e observa queda parcial da pálpebra direita.

O exame neurológico indica redução da fenda palpebral a direita e paresia dos movimentos oculares superior e inferior no olho direito. Este quadro piora quando a paciente pisca com força repetidamente ou quando permanece olhando para cima por alguns segundos e melhorou temporariamente com o teste do gelo. As pupilas são isocóricas e fotorreagentes. O restante do exame neurológico é normal. Após confirmar a principal hipótese etiológica, o seguinte exame deve ser solicitado rotineiramente para investigar uma condição frequentemente associada a essa doença:

- (A) dosagem sérica de CPK.
- (B) anticorpo anti-aquaporina 4.
- (C) eletroneuromiografia de fibra única.
- (D) tomografia computadorizada de tórax.
- (E) ressonância magnética de crânio e órbitas.

28

Um homem de 68 anos, professor aposentado, procura atendimento neurológico devido à dificuldade progressiva para caminhar há aproximadamente 3 anos. Refere que inicialmente passou a andar mais lentamente e posteriormente a reduzir o balanço do braço direito durante a marcha. A esposa relata que há cerca de 2 anos vem observando que ele apresenta diminuição da expressão facial, a voz está mais baixa e há dificuldade para realizar tarefas manuais, como abotoar a camisa e escrever. Negam ocorrência de tremor. Quando questionado, confirma ter constipação intestinal e anosmia há vários anos. Está em tratamento de depressão e ansiedade há 1 ano.

Ao exame neurológico, observa-se hipomímia facial e hipofonia. Bradicinesia é identificada predominante à direita evidenciada por redução da amplitude e velocidade dos movimentos repetitivos dos dedos e das mãos. Há rigidez plástica em roda denteada no membro superior direito. Não apresenta tremor de repouso, postural ou cinético. A marcha é lentificada, base estreita, encurta os passos à direita, com balanço reduzido do membro superior direito e leve dificuldade nas mudanças de direção. O teste de retropulsão é normal. Não há sinais piramidais, cerebelares ou alterações da motricidade ocular. A ressonância magnética de crânio mostra focos hiperintensos em T2/FLAIR esparsos na substância branca supratentorial compatível com gliose microangiopática (FAZEKAS=1). A cintilografia cerebral com TRODAT mostrou hipocaptação do radiofármaco nos núcleos da base, mais acentuada a esquerda, compatível com degeneração nigroestriatal pré-sináptica. Com base no quadro clínico e no resultado dos exames complementares, o diagnóstico mais provável é de

- (A) doença de Parkinson.
- (B) parkinsonismo vascular.
- (C) degeneração córticobasal.
- (D) atrofia de múltiplos sistemas.
- (E) paralisia supranuclear progressiva.

Otorrinolaringologia

29

Criança de 6 anos apresenta fala hipernasal, 15 dias após cirurgia de adenotonsilectomia.

Nesse caso, a melhor conduta é

- (A) seguir modo expectante, já que a incompetência velofaríngea é transitória.
- (B) indicar palatoplastia.
- (C) indicar reabordagem cirúrgica.
- (D) realizar nasofibrolaringoscopia.
- (E) solicitar exame de imagem.

30

Adulto jovem refere disfonia súbita após jogo de futebol por abuso vocal há 1 semana.

Nessa situação, a principal hipótese diagnóstica é

- (A) paralisia de prega vocal.
- (B) sulco vocal.
- (C) papilomatose laríngea.
- (D) cisto intracordal.
- (E) pólipos de prega vocal.

31

Paciente de 50 anos refere tosse seca há 3 meses após quadro viral. Nega febre, sintomas nasossinusais, emagrecimento, comorbidades ou medicação de uso regular. Tomografia Computadorizada de tórax, prova de função pulmonar e teste de provocação brônquica não demonstraram alterações. Laringoscopia evidencia edema leve de ambas as pregas vocais. Nega sintomas dispnéicos.

Diante do quadro, a principal hipótese diagnóstica é

- (A) tosse neurogênica/ hipersensibilidade laríngea.
- (B) asma com variante de tosse.
- (C) bronquite eosinofílica.
- (D) refluxo faringolaríngeo.
- (E) coqueluche.

32

Mulher de 60 anos refere disfonia há 2 anos após falecimento do marido. À avaliação perceptual da voz, identifica-se como tensa, com esforço vocal, de caráter arritmica. A laringostroboscopia está sem alterações.

No caso descrito, a principal hipótese diagnóstica é

- (A) distonia laríngea de adução.
- (B) tremor vocal.
- (C) distonia laríngea de abdução.
- (D) tremor distônico.
- (E) disfonia psicogênica.

33

Sobre as alterações estruturais mínimas das pregas vocais, é correto afirmar que

- (A) o sulco vocal apresenta a camada da lâmina própria mais espessa.
- (B) o sulco vocal apresenta menor número de fibras colágenas ao seu redor.
- (C) quanto mais profundo é a localização do cisto, menor é a alteração vocal.
- (D) a ponte mucosa é a alteração mais comum.
- (E) a vasculodisgenesia geralmente afeta a voz, devendo ser abordada cirurgicamente.

34

Após cirurgia de tireoidectomia total há 30 dias, um paciente apresenta sopro vocal por paralisia de prega vocal esquerda na posição paramediana. O cirurgião refere que manteve o nervo laríngeo recorrente íntegro.

Nesse cenário, a melhor conduta inicial é

- (A) não indicar nenhuma terapia e aguardar reinervação.
- (B) indicar reinervação laríngea seletiva.
- (C) iniciar vitamina B12 e aguardar reinervação.
- (D) indicar fonoterapia, com reavaliação após 3 meses.
- (E) proceder com abordagem cirúrgica, para identificar o coto do nervo e realizar rafia primária.

35

Paciente cantor refere dificuldade para atingir notas agudas após quadro de gripe pelo vírus Influenza há 3 meses. Ao exame, observa-se abdução e adução satisfatórias de ambas as pregas vocais, com fechamento glótico completo.

Frente ao caso, assinale a manobra a ser realizada na laringoscopia que mais auxilia no diagnóstico.

- (A) Fonação inspiratória.
- (B) Vocalização em glissando.
- (C) Vocalização da vogal /e/ em frequência fundamental.
- (D) Indução de tosse.
- (E) Teste de apneia.

36

Na audiometria tonal, o limiar auditivo corresponde à

- (A) menor intensidade percebida pelo paciente em todas as apresentações do estímulo.
- (B) menor intensidade capaz de provocar resposta correta em, pelo menos, 50% das apresentações do estímulo.
- (C) intensidade média obtida entre as frequências de 500 e 4.000 Hz.
- (D) intensidade mínima registrada apenas na condução óssea.
- (E) intensidade máxima suportada pelo paciente sem desconforto.

37

No teste de Rinne, um resultado positivo indica que

- (A) a via óssea é melhor do que a via aérea.
- (B) o paciente apresenta perda auditiva condutiva.
- (C) a via aérea é melhor do que a via óssea.
- (D) existe perda auditiva unilateral profunda.
- (E) o som é percebido apenas pela via óssea.

38

Assinale a afirmativa correta em relação à imitanciometria.

- (A) A imitanciometria, de forma isolada, é suficiente para estabelecer o diagnóstico da maioria das doenças da orelha média.
- (B) A timpanometria e o reflexo acústico devem ser interpretados isoladamente, independentemente da audiometria e da otoscopia.
- (C) A avaliação imitanciométrica de lactentes entre 0 e 6 meses deve ser realizada, preferencialmente, com sonda de 1.000 Hz.
- (D) A presença de perfuração da membrana timpânica contraindica qualquer tipo de avaliação imitanciométrica.
- (E) A ausência de reflexo acústico, na presença de audiometria e otoscopia normais, exclui doença retrococlear ou do sistema nervoso central.

39

A respeito das emissões otoacústicas, é correto afirmar que

- (A) as emissões otoacústicas reflete principalmente a atividade das células ciliadas internas da cóclea.
- (B) as emissões otoacústicas constituem método direto para avaliação da função das células ciliadas externas da cóclea.
- (C) a presença de emissões otoacústicas exclui qualquer possibilidade de perda auditiva.
- (D) as emissões otoacústicas substituem a audiometria tonal na determinação do grau e do tipo da perda auditiva.
- (E) as emissões otoacústicas não têm aplicação na Triagem Auditiva Neonatal Universal.

40

Assinale a afirmativa correta quanto à otite externa difusa aguda.

- (A) A dor intensa decorre principalmente da invasão bacteriana da membrana timpânica.
- (B) A perda da camada lipídica protetora do conduto auditivo externo favorece a maceração da pele e a colonização bacteriana.
- (C) A presença de otorreia purulenta caracteriza obrigatoriamente a fase grave da doença.
- (D) A principal bactéria associada à otite externa difusa aguda é o *Staphylococcus Aureus*.
- (E) O prurido é manifestação restrita ao estágio crônico da doença.

41

Sobre o tratamento da otite externa necrotizante (OEN), assinale a afirmativa correta.

- (A) A melhora da otalgia, de forma isolada, constitui critério suficiente para interrupção da antibioticoterapia intravenosa.
- (B) O uso rotineiro de antibióticos tópicos no conduto auditivo externo é recomendado por aumentar a concentração local do fármaco na base do crânio.
- (C) A ausência de resposta ao tratamento antimicrobiano deve levantar a suspeita de infecção fúngica associada, sendo indicada a realização de culturas seriadas, incluindo pesquisa para fungos.
- (D) O desbridamento cirúrgico precoce faz permanecer o tratamento de escolha, devendo ser realizado na maioria dos pacientes.
- (E) A oxigenoterapia hiperbárica demonstrou redução consistente da mortalidade, sendo considerada terapia adjuvante obrigatória.

Pediatria

42

Paciente de 3 anos com história de prurido cutâneo envolvendo áreas de flexuras. Refere pele seca no último ano. De acordo com os critérios diagnósticos de dermatite atópica (DA), o mesmo pode ser feito na presença dessas duas sintomatologias somadas a mais um critério, como por exemplo a história pessoal de rinite ou asma.

Outros sinais que podem estar associados à DA incluem os listados nas opções a seguir, **exceto uma**. Assinale-a.

- (A) Ictiose vulgar, dermatite seborreica e psoríase.
- (B) Palidez centro-facial, prega infrapalpebral dupla e ceratose pilar.
- (C) Eczema de mamilo, pregas de Denie Morgan e IgE sérica aumentada.
- (D) Fissura infralobular, dermografismo branco e hiperpigmentação periorbitária.
- (E) Pregas de Denie Morgan, xerose e ceratose pilar.

43

Paciente masculino, 10 meses, nascido prematuro de 26 semanas, evoluiu com DBP. Recebeu alta há 1 mês, com suporte domiciliar, traqueostomizado, com bipap e oxigênio contínuo e acesso profundo. Há 4 dias, iniciou febre insidiosa que foi ficando mais alta e persistente. Surgiram petéquias pelo corpo. A médica de rotina que o avaliou observou bulhas normofonéticas, sopro cardíaco e esplenomegalia, não existentes previamente.

Exames complementares solicitados mostraram hemograma com anemia normocítica, leucocitose e desvio para esquerda; VHS aumentado; ECG com arritmias; ecocardiograma com surgimento de vegetações em válvula mitral.

A conduta imediata é

- (A) iniciar amoxicilina com clavulanato via oral por 21 dias.
- (B) colher hemocultura e aguardar resultado do gram para escolha antibiótica.
- (C) internar imediatamente para abordagem cirúrgica da válvula acometida.
- (D) iniciar antiretroviral por provavelmente ser uma miocardite viral.
- (E) colher hemocultura e começar penicilina cristalina + amicacina + oxacilina (em diferente acesso) por no mínimo 4 semanas.

44

Menino, 5 anos, é trazido à consulta com quadro de urticária, para atendimento.

Lembrando que a urticária pode ser desencadeada por diversos fatores, e classificada em aguda ou crônica, é correto que

- (A) a urticária aguda também pode resultar da estimulação de mastócitos não mediada por IgE.
- (B) o diagnóstico da urticária crônica é estabelecido quando as lesões ocorrem na maioria dos dias da semana por mais de 4 semanas.
- (C) alimentos, medicamentos e venenos de insetos que causam picadas ou ferroadas não são causas comuns de urticárias generalizadas.
- (D) a urticária aguda não é frequentemente causada por uma reação alérgica mediada por IgE.
- (E) a urticária aguda não pode ser causada por infecções virais ou por anti-inflamatórios não esteroidais.

45

Lactente, 18 meses, é trazido à emergência com anafilaxia após uso de dipirona.

Das opções abaixo, assinale a que corresponde aos critérios clínicos capazes de diagnosticar anafilaxia, após exposição a um provável alérgeno.

- (A) Início agudo de um quadro clínico com envolvimento de pele, mucosa ou ambos e ausência de sintomas gastrointestinais.
- (B) Início agudo de um quadro clínico com envolvimento de pele, mucosa ou ambos e comprometimento respiratório.
- (C) Início agudo de um quadro clínico com envolvimento de pele, mucosa ou ambos e aumento da pressão arterial.
- (D) Comprometimento respiratório sem envolvimento de pele e aumento da pressão arterial.
- (E) Sintomas gastrointestinais persistentes sem envolvimento de pele e aumento da pressão arterial.

46

Menina, 8 anos, procura a emergência por apresentar lesões em membros inferiores “escurecidas”. As lesões se iniciaram há 4 dias como máculas rosadas, e evoluíram para púrpura. Refere dor e edema em joelhos, além de dor abdominal com vômitos.

Ao exame, está em regular estado geral, com lesão purpúrica palpável em membros inferiores e edema local. Há sinais de artrite em ambos joelhos. Os exames laboratoriais iniciais apresentam leucocitose, trombocitose, anemia leve e elevação da velocidade de hemossedimentação (VHS) e da proteína C-reativa (PCR).

Diante do quadro apresentado, a principal hipótese diagnóstica e o tratamento a ser instituído são:

- (A) lúpus eritematoso sistêmico; internação com hidratação, analgesia e corticoterapia sistêmica.
- (B) meningococemia; internação com hidratação, analgesia e antibioticoterapia sistêmica.
- (C) púrpura trombocitopênica idiopática; internação com hidratação, analgesia e corticoterapia sistêmica.
- (D) púrpura de Henoch-Schönlein (Vasculite por IgA); internação com hidratação, analgesia e corticoterapia sistêmica.
- (E) poliarterite nodosa; internação com hidratação, analgesia e pulsoterapia com corticóide.

47

Lactente 4 meses, feminina, previamente hígida, é trazida à emergência por início abrupto de episódios de dor abdominal tipo cólica, acompanhados de flexão de pernas e joelhos e choro forte, que vem sob forma de crises. Entre um episódio e outro, fica assintomática. Apresentou alguns episódios de vômitos após início do quadro. Nega febre. Durante o exame físico, há uma massa palpável no abdome e eliminação de evacuação com sangramento vivo.

Considerando esse quadro clínico, a principal hipótese diagnóstica é

- (A) divertículo de Meckel.
- (B) gastroenterite aguda por rotavírus.
- (C) estenose hipertrófica do píloro.
- (D) invaginação intestinal.
- (E) doença do refluxo gastroesofágico.

48

Adolescente, sexo masculino, 16 anos, internado na enfermaria pediátrica, apresenta dispneia aos médios esforços, edema facial matinal, taquicardia, turgência jugular, edema na face e pescoço, circulação colateral na região torácica anterior, murmúrio vesicular abolido à direita, sem hepatoesplenomegalia e febril. Exames: leucócitos $14.200/\text{mm}^3$, 72% de linfócitos, hemoglobina 10,8 g/dL, plaquetas $189.000/\text{mm}^3$; Desidrogenase láctica 1.840 U/L. Tomografia do tórax: massa anterior volumosa comprimindo veia cava superior, derrame pleural direito e colapso pulmonar direito. Citometria de fluxo do líquido pleural revela células com fenótipo CD2+, CD3+, CD7+, CD4-, CD8-, TdT+, CD34-.

Considerando o quadro clínico, laboratorial e imagem apresentados, trata-se, mais provavelmente, de linfoma

- (A) anaplásico de grandes células ALK-positivo
- (B) de Hodgkin esclerose nodular
- (C) difuso de grandes células B primário mediastinal
- (D) de Burkitt
- (E) linfoblástico de células T

49

Pré-escolar, 18 meses, é levada à Unidade Básica de Saúde por "respirar mal" há dois dias e aceita somente seio materno. Ao exame: FR 52 irpm, tiragem subcostal, sem estridor ou sibilos. SatO_2 92% em ar ambiente, febril (38,4 °C), sem convulsão ou letargia. Peso atual com perda de 5% em relação ao peso do mês anterior, olhos levemente fundos, bebe líquidos avidamente e sinal da prega cutânea retorna em menos de 2 segundos.

De acordo com o Programa Nacional de AIDPI para crianças de 2 meses a 5 anos, assinale a opção correta a respeito da classificação dos problemas identificados e da conduta adequada.

- (A) Pneumonia grave, por tiragem subcostal, reforço da gravidade com SatO_2 92% e algum grau de desidratação. Referência hospitalar, líquido oral na unidade de saúde enquanto aguarda remoção e manter aleitamento no transporte.
- (B) Pneumonia grave com necessidade de referência urgente para hospital, em razão da presença de tiragem subcostal; iniciar primeira dose de antibiótico antes da referência e avaliar o estado de hidratação no hospital de destino.
- (C) Pneumonia não grave, por apresentar com tiragem subcostal estando febril e com FR 52 irpm, tolerável dentro da faixa etária de 12 a 23 meses. Orientar a mãe sobre sinais de gravidade e dar soro de reidratação oral no domicílio.
- (D) Doença muito grave, por apresentar SatO_2 de 92% que é sinal geral de perigo, e desidratação grave, pela perda ponderal de 6%. Indicada referência hospitalar com hidratação venosa na unidade, antes da remoção.
- (E) Pneumonia não grave, pela FR 52ipm, pois a tiragem subcostal pode ser decorrente da febre e não classifica a pneumonia e desidratação leve. Deve receber plano B da reidratação, no local, e alta com amoxicilina oral por 5 dias.

50

Em relação ao diagnóstico laboratorial e à coleta de urina para urocultura no lactente com suspeita de infecção do trato urinário (ITU), considerando os critérios diagnósticos estabelecidos pelas referências em pediatria, é correto afirmar que: *(a saber: UFC = unidades formadoras de colônias; DMSA = ácido dimercaptossuccínico marcado com tecnécio-99m; USG = ultrassonografia)*

- (A) o diagnóstico de ITU no lactente febril requer a presença concomitante de piúria -leucocitúria ≥ 5 leucócitos por campo - e urocultura positiva com ≥ 50.000 UFC/mL em amostra obtida por cateterismo vesical, sendo que bacteriúria sem piúria sugere bacteriúria assintomática ou contaminação.
- (B) a urina coletada por saco coletor é considerada método adequado tanto para urinálise quanto para urocultura em lactentes, desde que o resultado da cultura demonstre crescimento de um único uropatógeno > 100.000 UFC/mL, dispensando nova coleta por método invasivo.
- (C) A positividade isolada do teste de nitrito na urina, por fita reagente, apresenta alta sensibilidade e alta especificidade para ITU no lactente, constituindo critério suficiente para diagnóstico presuntivo e início de antibioticoterapia empírica, independentemente do resultado da leucócito-esterase.
- (D) A cintilografia renal com DMSA deve ser solicitada para as crianças abaixo de 24 meses, após o diagnóstico da primeira ITU febril, por ser o método de maior sensibilidade para detecção de pielonefrite aguda e cicatriz renal, substituindo a USG na avaliação inicial.
- (E) A USG renal e de vias urinárias, quando normal após a primeira ITU febril em lactentes menores de 6 meses, possui valor preditivo negativo para refluxo vesicoureteral de graus IV-V, tornando-se dispensável a realização de uretrocistografia miccional nesse subgrupo específico.

51

Sobre o diagnóstico da síndrome de Down no período neonatal, é correto afirmar que

- (A) a mielopoiese anormal transitória acomete aproximadamente um terço desses bebês, apresentando evolução para leucemia mieloide aguda na totalidade dos casos, dada a natureza clonal e progressiva da proliferação megacarioblástica subjacente.
- (B) a cardiopatia congênita acomete aproximadamente metade dos pacientes e dentre as malformações identificadas, a comunicação interventricular isolada e a interatrial constituem, em conjunto, a categoria mais prevalente.
- (C) a trissomia livre do cromossomo 21, devida a não disjunção meiótica, representa variante citogenética presente na maioria dos casos, enquanto a translocação robertsoniana e o mosaicismos respondem pela parcela restante dos casos.
- (D) o rastreamento do hipotireoidismo congênito nesses bebês é realizado com segurança pela dosagem isolada de T4 total, estando a dosagem do TSH destinada quando o T4 total estiver abaixo do percentil 10 para a idade gestacional corrigida.
- (E) a ecocardiografia está indicada naqueles que apresentam sopro cardíaco ao exame físico ou alterações eletrocardiográficas, sendo sua realização postergada para após 3 meses de vida, quando o exame cardiovascular for considerado normal pela equipe.

52

Lactente, 11 meses, sexo masculino, é levado ao pediatra, pois a mãe acha que o filho está com estrabismo.

Ao exame: BEG. Estrabismo discreto, não visualizado anteriormente. Na ficha, o médico observa que o teste do reflexo vermelho foi normal, mas encaminha o paciente para exame oftalmológico.

Em relação ao quadro, assinale a afirmativa correta.

- (A) O diagnóstico de neoplasia é de preferência pela tomografia computadorizada.
- (B) O estrabismo é comum nessa faixa etária e deve ser observado.
- (C) Pelo exame de triagem ocular neonatal normal, não descartamos neoplasia.
- (D) A leucocoria não deve ser valorizada por ser comum em lactentes.
- (E) As neoplasias oculares são esporádicas, sem componente hereditário.

53

Em relação às desordens do desenvolvimento ocular, é correto afirmar que

- (A) a ambliopia é unilateral e tem melhor resposta em pacientes mais jovens.
- (B) a diplopia requer avaliação pois pode ser por hipertensão intracraniana.
- (C) distúrbios do sono em ambientes escuros têm causa comportamental.
- (D) aniridia é uma alteração específica da íris associada ao glaucoma.
- (E) dislexia costuma ser atribuída a um distúrbio do alinhamento binocular.

54

Um lactente de 50 dias é internado com diagnóstico confirmado de coqueluche. O calendário vacinal está em dia para a idade. Mora com os pais, saudáveis e sem sintomas respiratórios. A equipe médica discute o tratamento recomendado da coqueluche e da profilaxia pós-exposição dos contatos.

Assinale a opção correta em relação à prescrição de azitromicina e de sulfametoxazol-trimetoprima (SMX-TMP).

- (A) Somente o lactente deve ser tratado com SMX-TMP por 14 dias.
- (B) Deve ser prescrito SMX-TMP para o lactente e seus pais por 14 dias.
- (C) Somente o lactente deve ser tratado com azitromicina por cinco dias.
- (D) Deve ser prescrita azitromicina para o lactente e para seus pais, por cinco dias.
- (E) Deve ser prescrito SMX-TMP para o lactente e azitromicina para os pais por cinco dias

Pneumologia

55

Mulher, 31 anos de idade, décima segunda semana de gestação, asmática, tratava com formoterol associado a budesonida, mas interrompeu por medo de ser prejudicial ao desenvolvimento fetal. No momento, apresenta-se dispneica, com tosse seca e sibilância bilateral diariamente e despertares noturnos em quase todas as noites. A melhor conduta é

- (A) prescrever salbutamol por demanda, pois é o tratamento mais seguro na situação atual.
- (B) reiniciar formoterol com budesonida a cada 12 horas.
- (C) usar apenas *montelukast*, evitando corticoide oral.
- (D) prescrever formoterol sem budesonida.
- (E) usar salbutamol a cada 8 horas, associando brometo de ipratrópio para potencializar o efeito broncodilatador.

56

Um paciente masculino de 36 anos de idade foi encaminhado ao serviço de tisiologia com os seguintes sintomas: tosse produtiva iniciada há 4 semanas e febre vespertina além de sudorese noturna.

Pelas orientações do Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil, do Ministério da Saúde, o método prioritário para confirmação laboratorial imediata para triagem de resistência a rifampicina é

- (A) PPD.
- (B) baciloscopia direta do escarro (BAAR).
- (C) tomografia computadorizada do tórax de alta resolução (TCAR).
- (D) teste rápido molecular para tuberculose (TRM-Tb).
- (E) cultura para micobactérias em meio sólido (Lowenstein-Jensen).

57

Paciente, 72 anos, com insuficiência cardíaca, apresenta quadro de edema agudo de pulmão com insuficiência respiratória. Sudoreico, FR 32 ipm, PA 170 x 100 mmHg, e estertores crepitantes difusos até os ápices bilateralmente. Usando máscara de O₂ a 10L/min, apresenta os seguintes resultados na gasometria arterial: pH: 7,32; PaCO₂: 48 mmHg; PaO₂: 54 mmHg.

Para ofertar o maior benefício fisiopatológico na redução de pré e de pós-carga cardíaca, e também melhorar a complacência pulmonar, a seguinte modalidade de ventilação não invasiva (VNI) deve ser escolhida:

- (A) BIPAP (dois níveis de pressão) com IPAP elevada para focar apenas na ventilação mecânica.
- (B) CPAP ou BIPAP, ambos com pressão positiva expiratória final (PEEP).
- (C) ventilação com suporte pressórico (PSV) com PEEP zero para evitar redução do débito cardíaco.
- (D) uso exclusivo de cateter nasal de alto fluxo sem aplicação de pressão positiva contínua.
- (E) intubação orotraqueal imediata, sendo a VNI contraindicada no edema agudo cardiogênico.

58

Paciente de 40 anos, internado com quadro de síndrome do desconforto agudo (SDRA) grave devido a uma pancreatite aguda, está em ventilação mecânica invasiva no modo pressão controlada (PCV). Peso estimado de 60kg.

Os parâmetros ajustados são: Pressão de suporte/controle acima do PEEP de 18 cm H₂O, PEEP de 14 cmH₂O e FIO₂ de 70%. O volume corrente medido é de 480mL. A pressão de platô gerada equivale a 32 cmH₂O.

Pensando em uma ventilação protetora para minimizar a lesão pulmonar induzida pelo ventilador, o seguinte ajuste deve ser feito imediatamente:

- (A) aumentar o tempo Inspiratório para recrutar mais alvéolos.
- (B) reduzir o nível de pressão de controle para diminuir o volume corrente para o alvo de 6 mL/kg (360mL) e baixar a pressão de platô para menos de 30 cmH₂O.
- (C) mudar para o modo volume controlado fixando o volume em 500mL.
- (D) aumentar o PEEP para 20 cmH₂O, mantendo a mesma pressão de controle de 18 cmH₂O.
- (E) instalar imediatamente circulação por membrana extracorpórea (ECMO), sem alterar os parâmetros do ventilador.

59

Uma paciente de 38 anos de idade tem artralgia simétrica de pequenas articulações, há 6 meses, acompanhada de dispneia aos esforços. Ausculta pulmonar com estertores crepantes do tipo “velcro” nas bases pulmonares. A tomografia computadorizada de alta resolução de tórax (TCAR) mostra espessamento de septos interlobulares e opacidade em vidro fosco que predominam nos lobos inferiores e periferia, compatível com padrão de pneumonia intersticial não especificada (PINE). Os exames laboratoriais revelam fator reumatoide fortemente positivo.

Assinale a opção que apresenta o mecanismo patogênico predominante dessa alteração intersticial secundária e a respectiva terapia de escolha inicial.

- (A) Inflamação celular imunomediada do interstício; uso inicial de corticosteroides sistêmicos associados ou não a imunossupressores.
- (B) Proliferação fibrótica primária e autônoma; tratamento exclusivo com agentes antifibróticos.
- (C) Deposição inorgânica de cristais minerais; lavagem pulmonar total por broncoscopia
- (D) Obstrução brônquica por plugs de muco eosinofílico; antibioticoterapia de amplo espectro de longa duração.
- (E) Infiltração granulomatosa necrosante de causa fúngica; antifúngico sistêmico por 12 meses.

60

Ex-tabagista de 35 maços/ano, homem de 72 anos queixa-se de dispneia progressiva com limitação a caminhadas em plano reto e tosse crônica e seca, além de baqueteamento digital e estertores em velcro nos terços inferiores de ambos os pulmões. TCAR de tórax mostra faveolamento subpleural basal e posterior, bronquiectasias de tração e mínima opacidade em vidro fosco, preenchendo critérios para padrão de pneumonia intersticial usual (PIU).

Diante do quadro compatível com o diagnóstico de fibrose pulmonar idiopática (FPI), a seguinte conduta está contraindicada, pelo aumento do risco de morte:

- (A) iniciar oxigenoterapia domiciliar, se detectada hipoxemia em repouso.
- (B) iniciar tratamento com pirfenidona ou nintendanibe.
- (C) encaminhar ao programa de reabilitação pulmonar ambulatorial.
- (D) prescrever terapia combinada de prednisolona, azatioprina e N-acetilcisteína.
- (E) administrar vacinação contra influenza e pneumococo.

61

Tabagista há 27 anos de 30 cigarros por dia, uma mulher de 42 anos de idade busca atendimento com o objetivo de deixar de fumar. No teste de dependência à nicotina de Fagerström, tem pontuação total de 7 (dependência alta).

Sem contraindicações clínicas, a conduta terapêutica padrão inicial com a maior taxa de sucesso recomendada pelas diretrizes nacionais é

- (A) apenas abordagem cognitivo-comportamental, sem tratamento farmacológico, vedado no primeiro mês.
- (B) prescrever bupiriona 10mg 12/12h.
- (C) tratar com ansiolíticos com o objetivo de reduzir a ansiedade e a abstinência.
- (D) combinar a abordagem cognitivo-comportamental com terapia de reposição de nicotina (TRN) associada ou não a bupropiona.
- (E) prescrever apenas reposição de nicotina em pastilhas sob demanda, sem necessidade de consultas de acompanhamento.

62

Homem, de 60 anos, queixa-se de dispneia progressiva aos esforços. Tem história profissional de trabalho por 30 anos na reforma e demolição de freios automotivos e de isolamentos térmicos antigos. Tem tomografia computadorizada de tórax na qual se identificam placas pleurais focais calcificadas bilaterais adjacentes às costelas e sobre a cúpula diafragmática, além de opacidades lineares subpleurais nas bases pulmonares.

Nessa exposição ocupacional o mineral envolvido e a neoplasia pleural maligna primária que tem relação etiológica direta e específica com esse agente São, respectivamente,

- (A) sílica livre cristalina e adenocarcinoma.
- (B) asbesto (amianto) e mesotelioma pleural.
- (C) carvão mineral e carcinoma espinocelular.
- (D) óxido de ferro e linfoma não-Hodgking mediastinal.
- (E) berílio e carcinoide brônquico típico.

63

Um paciente, de 66 anos tem DPOC grave classificado como GOLD 3 e Grupo E com queixa de importante limitação para as atividades da vida diária por dispneia (escore mMRC = 3), apesar da terapia tripla inalatória estar otimizada. É encaminhado para um programa de reabilitação pulmonar.

O principal benefício esperado a médio prazo que justifica essa intervenção é a

- (A) melhora progressiva dos valores basais da espirometria, com reversão do VEF1 e da CVF.
- (B) redução do aprisionamento aéreo por meio da regeneração dos septos alveolares
- (C) redução da dispneia, melhora da tolerância ao exercício e da qualidade de vida, sem necessariamente alterar o VEF1.
- (D) interrupção definitiva da progressão do enfisema pulmonar em fumantes ativos.
- (E) substituição completa da necessidade de broncodilatadores de longa ação diários.

64

Com diagnóstico de fibrose cística, uma paciente de 28 anos apresenta declínio progressivo e acentuado da função pulmonar nos últimos 12 meses.

Está em uso de oxigenoterapia domiciliar contínua devido a hipoxemia de repouso e VEF1 estável de 24% do valor previsto, além de duas internações recentes causadas por exacerbação respiratória grave.

Considerando o quadro refratário e o estágio terminal da doença, o seguinte critério estabelece a indicação formal de encaminhamento para avaliação de transplante pulmonar:

- (A) colonização crônica por *Pseudomonas aeruginosa* no escarro.
- (B) VEF1 de menos do que 30% do previsto, associado a declínio rápido ou a hipoxemia em repouso.
- (C) presença de diabetes relacionado a fibrose cística descompensado.
- (D) insuficiência pancreática exócrina necessitando reposição enzimática.
- (E) idade inferior a 30 anos no momento do diagnóstico molecular da mutação.

65

Mulher de 40 anos, infectada com HIV (contagem de linfócitos CD4+ de 45 cel/mm³), não realiza tratamento antirretroviral, é internada com dispneia progressiva, tosse seca, e febre há 2 semanas.

Ao exame físico está taquipneica, SatO₂ de 88% em ar ambiente. Radiografia de tórax mostra infiltrado intersticial bilateral difuso peri-hilar simétrico ("asa de borboleta"), com tomografia computadorizada de tórax confirmando vidro fosco homogêneo.

Com suspeita de pneumocistose (PCP), iniciou-se sulfametoxazol-trimetoprima em dose alta.

seguinte medida terapêutica é mandatória associar Devido à hipoxemia, é mandatório associar a seguinte medida terapêutica:

- (A) ganciclovir endovenoso empírico para cobrir infecção concomitante por citomegalovírus.
- (B) associar corticoterapia sistêmica com prednisona ou metilprednisolona nas primeiras 72 horas de tratamento.
- (C) iniciar anforicetina B lipossomal para cobertura de *Cryptococcus* pulmonar.
- (D) evitar usar oxigênio suplementar pelo risco de toxicidade pulmonar direta por radicais livres.
- (E) considerar fazer pulsoterapia com ciclofosfamida para evitar a resposta inflamatória alveolar.

66

Paciente masculino, de 65 anos, tem DPOC grave e histórico de três internações por exacerbação infecciosa no último ano e está em uso de formoterol com tiotropio (LABA + LAMA). Mantendo dispneia frequente, vem à consulta com um hemograma que mostra contagem de eosinófilos sanguíneos de 380 cel/mm³.

Com base no algoritmo de manejo do GOLD e nas evidências de eficácia farmacológica, o ajuste terapêutico imediato que está indicado para reduzir o risco de novas exacerbações é

- (A) adicionar teofilina de liberação prolongada ao esquema atual.
- (B) substituir o LAMA por um corticoide inalatório em dose alta.
- (C) alterar o esquema para terapia tripla, adicionando um corticoide inalatório (LABA + LAMA + CI).
- (D) iniciar antibioticoterapia profilática contínua com azitromicina diária.
- (E) prescrever inibidor da fosfodiesterase-4 (roflumilast) independentemente do valor dos eosinófilos.

67

Paciente masculino, 34 anos, busca atendimento ambulatorial com queixa de tosse seca há 3 meses e dispneia ocasional ao se expor ao ar frio e ao realizar esforços. Espirometria: VEF1 94%, VEF1/CVF 0,82 (Normal), com prova broncodilatadora negativa. Solicitou-se a fração exalada de óxido nítrico (FeNO), que apresentou 58 ppb (valor de referência > 50ppb).

Considerando as diretrizes clínicas para o manejo de doenças das vias aéreas, assinale a afirmativa correta a respeito da interpretação ou conduta para o caso.

- (A) O valor de FeNO > 50 ppb indica inflamação eosinofílica e T2-high das vias aéreas, predizendo boa probabilidade de resposta ao tratamento com corticoide inalatório.
- (B) A elevação de FeNO confirma o diagnóstico de asma não sendo necessária a realização de testes de hiperresponsividade brônquica para confirmação.
- (C) O valor de FeNO elevado contraindica o uso de corticoides inalados pois indica inflamação neutrofílica.
- (D) FeNO tem sensibilidade superior a espirometria para quantificar o grau de obstrução brônquica.
- (E) As manobras respiratórias da espirometria forçada prévia não interferem na dosagem do FeNO, sendo recomendada sua realização, de preferência, logo após a espirometria.

Psiquiatria

68

Há 3 semanas, homem de 59 anos sofreu um infarto agudo do miocárdio (IAM) com supradesnivelamento do segmento ST. Foi submetido à angioplastia primária com implante de *Stent* farmacológico e encontra-se em uso de AAS, clopidogrel, atorvastatina e metoprolol. Desde a alta hospitalar, passou a manifestar humor deprimido, insônia terminal, redução do apetite associada à perda de peso não intencional, pessimismo e fadiga. Preenche critérios diagnósticos para episódio depressivo maior.

O seguinte medicamento apresenta perfil de segurança mais favorável para esse paciente:

- (A) sertralina.
- (B) nortriptilina.
- (C) venlafaxina.
- (D) amitriptilina.
- (E) tranilcipromina.

69

Um menino foi diagnosticado, aos 5 anos, com “Síndrome de Asperger”, segundo os critérios vigentes à época (DSM-4-TR), por apresentar prejuízo na interação social, padrões repetitivos e restritos de comportamento, sem exibir, contudo, atraso clinicamente relevante da linguagem.

Considerando as modificações nos critérios diagnósticos entre DSM-4-TR e DSM-5-TR, assinale a assertiva **incorreta**.

- (A) No DSM-4-TR, uma pessoa com dificuldades sociais e de comunicação, mas sem qualquer comportamento repetitivo, já preenchia critérios para Transtorno Global do Desenvolvimento sem outra especificação.
- (B) Para o diagnóstico atual de Transtorno do Espectro do Autismo, é necessário haver padrão restrito e repetitivo de comportamento, interesses e atividades, além de déficit na comunicação e interação social.
- (C) Em pacientes que manifestam apenas déficit de comunicação e interação social, sem padrão restrito e repetitivo de comportamento, deve-se diagnosticar Transtorno da Comunicação Social.
- (D) O objetivo da Associação de Psiquiatria Americana, ao propor mudança nos critérios diagnósticos, foi aumentar a sensibilidade diagnóstica, mantendo a especificidade.
- (E) O DSM-5-TR unificou diversas categorias de transtornos globais do desenvolvimento, presentes no DSM-5-TR (Transtorno Autista, Síndrome de Asperger, Transtorno Desintegrativo da Infância e Transtorno Global do Desenvolvimento sem outra especificação), sob o diagnóstico de Transtorno do Espectro do Autismo, com especificadores de gravidade baseados no nível de suporte necessário.

70

Mulher de 23 anos procura atendimento psiquiátrico após múltiplos episódios de autolesão não suicida (cortes superficiais em antebraços), ao longo dos últimos 4 anos, geralmente precedidos por pequenos conflitos interpessoais. Relata que, diante desses conflitos, era inundada por medo de abandono e sentimento de vazio. Reconhece padrão de relacionamentos afetivos intensos e instáveis, alternando entre momentos de idealização e desvalorização do parceiro. Após investigação clínica, o diagnóstico de transtorno de personalidade *borderline* é confirmado.

Considerando as evidências científicas disponíveis, a seguinte modalidade de psicoterapia está indicada para essa paciente, com foco na redução das autolesões não suicidas:

- (A) ludoterapia.
- (B) psicoterapia breve.
- (C) psicanálise clássica.
- (D) terapia interpessoal.
- (E) terapia comportamental dialética.

71

Homem de 35 anos, com diagnóstico de transtorno bipolar tipo I, iniciará tratamento com ácido valproico, em substituição a outro estabilizador de humor ao qual não respondeu adequadamente.

Assinale a opção que apresenta o(s) exame(s) que deve(m) ser solicitado(s), antes de iniciar o fármaco e ao longo do uso do ácido valproico.

- (A) Eletrocardiograma, devido ao risco de prolongamento do intervalo QT.
- (B) Hemograma completo, AST, ALT e dosagem sérica do fármaco (este último, apenas no seguimento).
- (C) T4L e TSH, dado o aumento de risco de hipotireoidismo durante o uso deste medicamento.
- (D) Sódio sérico, devido ao risco de hiponatremia induzida pelo ácido valproico.
- (E) Dosagem sérica de vitamina B12, devido ao risco de anemia megalobástica associado ao fármaco.

72

Paciente do sexo masculino, de 24 anos, recém diagnosticado com esquizofrenia, após primeiro episódio psicótico, comparece à consulta de retorno, acompanhado por sua mãe. Ela pergunta se o transtorno é genético, pois está preocupada com a possibilidade de que seus outros filhos também o manifestem.

Considerando o conhecimento atualmente disponível sobre os aspectos genéticos da esquizofrenia, assinale a afirmativa correta.

- (A) A esquizofrenia é causada primariamente pela mutação de um gene com alta penetrância, localizado no cromossomo 22, por intermédio de herança monogênica.
- (B) Irmãos de pacientes com esquizofrenia apresentam risco significativamente aumentado, variando de 60% a 80%, devido às variantes de polimorfismo de nucleotídeo único (SNPs).
- (C) O modelo atual da esquizofrenia é poligênico, em que milhares de variantes genéticas atuam de forma cumulativa, aumentando a suscetibilidade do indivíduo quando combinada a fatores ambientais.
- (D) A genética molecular ainda não conseguiu evidenciar qualquer associação biológica entre variantes genéticas e o funcionamento cerebral, limitando os estudos disponíveis apenas à Psicologia Comportamental.
- (E) Indivíduos com histórico familiar de primeiro grau não apresentam risco aumentado, uma vez que a esquizofrenia é desencadeada exclusivamente devido a fatores ambientais, incluindo uso de substâncias psicoativas na adolescência.

73

Homem de 56 anos, hipertenso, tabagista há 40 anos (cerca de 20 cigarros por dia), comparece à Unidade de Atenção Primária em Saúde para renovar a receita do anti-hipertensivo. Ao ser questionado sobre o tabagismo, diz que sabe que deveria parar, pois seu pai teve enfisema pulmonar, mas que lida como muito estresse no trabalho e ainda não consegue interromper o hábito. Ele não considera parar de fumar no próximo mês, mas também não descarta a ideia no futuro.

Com base nos princípios da entrevista motivacional, a abordagem mais adequada, nesse momento, é

- (A) ser direto e enfático com o paciente, salientando os riscos que ele assume ao continuar fumando. Listar, da forma mais completa possível, os potenciais prejuízos à saúde dele, a fim de motivá-lo a parar de fumar.
- (B) encaminhar o paciente para a terapia com reposição de nicotina, independentemente de sua motivação atual, uma vez que o tratamento farmacológico pode ter grande efeito motivacional.
- (C) determinar, nessa consulta, a data na qual o paciente deve parar de fumar, considerando um prazo máximo de 15 dias, uma vez que estabelecer uma meta rígida aumenta a motivação de indivíduos que gostam de desafios.
- (D) evitar abordar o tema tabagismo novamente ao longo dessa consulta, já que o paciente não se mostrou disposto a parar de fumar nos próximos 30 dias, e aguardar que ele traga o assunto espontaneamente.
- (E) utilizar a escuta reflexiva e perguntas abertas, a fim de explorar a ambivalência do paciente, evocando sua motivação intrínseca para parar de fumar, evitando confronto direto e respeitando sua autonomia para decidir o melhor momento.

74

Homem de 56 anos, com histórico de uso pesado e contínuo de álcool há mais de 15 anos, é levado ao pronto-socorro pela família após dias de alimentação muito reduzida, associada a episódios de vômitos persistentes. Ao exame, encontra-se confuso, desorientado no tempo e no espaço, ataxia com base alargada e nistagmo horizontal bilateral. Sinais vitais estáveis e glicemia capilar 68mg/dL.

A conduta mais adequada é

- (A) solicitar tomografia computadorizada de crânio de urgência, para possibilitar a definição de conduta.
- (B) iniciar benzodiazepínico de alta potência em monoterapia, por ser o tratamento de primeira escolha para a abstinência ao álcool.
- (C) iniciar tiamina parenteral em dose alta imediatamente, para só depois realizar a reposição de glicose e caso necessário, demais eletrólitos.
- (D) aguardar o resultado da dosagem sérica de tiamina, antes de considerar a reposição, uma vez que o quadro é compatível com síndrome de Korsakoff.
- (E) inicialmente administrar solução de glicose parenteral; somente após a estabilização glicêmica, outras intervenções devem ser consideradas.

75

Psiquiatra atende, pela primeira vez, um paciente que mora em outro estado, por meio de plataforma de telemedicina. A consulta é realizada de forma síncrona, por videochamada, mediante consentimento informado. Ao final da consulta, o diagnóstico de episódio depressivo moderado é estabelecido, com prescrição de escitalopram. O médico também orienta o paciente a utilizar um aplicativo validado para monitoramento diário do humor, cujos dados serão avaliados na consulta seguinte.

Baseando-se na legislação nacional vigente sobre telemedicina, e nas boas práticas para incorporação de novas tecnologias, assinale a afirmativa correta.

- (A) No Brasil, a telemedicina deve ser restrita a consultas de retorno, sendo vedada a realização de consultas de primeira vez nessa modalidade, independentemente do consentimento do paciente e da natureza do quadro clínico apresentado.
- (B) Aplicativos digitais de monitoração de humor e cognição não apresentam qualquer respaldo científico, tendo seu uso desencorajado na Psiquiatria independentemente do contexto clínico e perfil do paciente. Tais aplicativos devem ter uso restrito ao cenário de pesquisa.
- (C) A realização de consulta de primeira vez em telemedicina só é permitida quando realizada no mesmo município de residência do paciente. Dessa forma, caso o profissional julgue a realização de exame presencial indispensável, deverá agendá-lo em até 7 dias, para complementar o atendimento.
- (D) Ainda que o atendimento presencial seja considerado referência, é permitida a realização de consulta de primeira vez por telemedicina. A emissão de medicamento de controle especial pode ser feita por intermédio de assinatura por certificação digital, e o uso de aplicativos validados é compatível com as boas práticas vigentes.
- (E) A adesão à telemedicina é compulsória aos médicos inscritos no Conselho Federal de Medicina, não cabendo ao profissional recusar atendimento nessa modalidade, ainda que julgue o exame presencial indispensável; nesse caso, deverá encaminhar o paciente ao serviço local apenas para realização do exame físico, cujo resultado lhe será enviado por escrito.

76

Adolescente de 16 anos é levado, pelos pais, para consulta com psiquiatra. Os pais estão preocupados porque o adolescente está “excessivamente questionador” e “se afastando dos valores da família”, e passou a questionar os papéis de gênero, tradicionalmente importantes para sua família, e se aproximando de jovens de outra classe socioeconômica com os quais compartilha interesses musicais.

Considerando os aspectos biológicos, cognitivos e psicossociais do desenvolvimento, conforme as teorias de Erikson e Piaget, assinale a opção que descreve mais adequadamente o quadro manifestado.

- (A) O quadro é compatível com o estágio de confiança básica *versus* desconfiança, no qual a formação da identidade depende primariamente do vínculo com a figura materna, sendo o afastamento dos valores familiares um marcador de vínculo inseguro durante a primeira infância.
- (B) O quadro é compatível com o estágio de formação de identidade *versus* confusão de papéis; o questionamento de valores familiares, religiosos e socioeconômicos integra o processo normal de individuação, sustentado pelo pensamento operatório-formal já estabelecido.
- (C) O quadro reflete estágio de moralidade pré-convencional, no qual o adolescente ainda não é capaz de raciocínio abstrato sobre valores e crenças, sendo o questionamento observado uma imitação do comportamento do novo grupo de amigos.
- (D) O quadro é compatível com a fase de latência, na qual predomina a ausência de conflitos psicosssexuais relevantes; o interesse do adolescente por outro grupo social e o distanciamento religioso são fenômenos incomuns nesse período, indicando necessidade de investigação para transtorno do espectro do autismo.
- (E) O quadro configura transtorno de conduta, uma vez que o questionamento de valores familiares e o afastamento das práticas religiosas dos pais representam violação de normas sociais estabelecidas, sendo indicado tratamento psicoterapêutico, a fim de evitar comportamentos.

77

Uma metanálise em rede de ensaios clínicos duplo-cegos e randomizados, comparando 21 antidepressivos no tratamento agudo do transtorno depressivo maior em adultos, incluiu 522 estudos, totalizando 116.477 participantes. Em termos de chance de resposta, todos os antidepressivos avaliados foram estatisticamente superiores ao placebo.

Considere OR= *odds ratio* e IC 95%= intervalo de confiança de 95%.

Os dois fármacos que exibiram maior razão de chance de resposta comparados ao placebo foram: Amitriptilina (OR: 2,13; IC 95%: 1,89-2,41) e mirtazapina (OR: 1,89; IC 95% 1,64-2,20). Na comparação cabeça a cabeça, a razão de chance de resposta da amitriptilina comparada à mirtazapina foi de 0,97 (IC 95%: 0,77-1,21).

Analisando-se criticamente as razões de chance de resposta ao tratamento do transtorno depressivo maior em adultos, é correto concluir que

- (A) a comparação direta entre amitriptilina e mirtazapina revelou que a chance de resposta ao tricíclico é estatisticamente superior à mesma chance com a mirtazapina.
- (B) na comparação direta entre amitriptilina e mirtazapina, não houve diferença estatisticamente significativa, uma vez que o intervalo de confiança de 95% (0,77-1,21) inclui o valor 1,0, indicativo de que não há diferença estatisticamente significativa entre os dois tratamentos.
- (C) pela análise do resultado obtido na comparação direta entre amitriptilina e mirtazapina, conclui-se que a ausência de significância estatística demonstra que os dois fármacos podem ser considerados bioequivalentes.
- (D) a razão de chance de resposta da amitriptilina comparada à mirtazapina, de 0,97, significa que a probabilidade de um paciente tratado com amitriptilina responder é 3% menor do que a probabilidade de resposta com a mirtazapina.
- (E) como, na comparação indireta pelo placebo, a amitriptilina apresentou razão de chance maior do que a mirtazapina, podemos concluir com segurança que a chance de resposta ao tricíclico é estatisticamente superior à da mirtazapina.

78

Paciente, de 35 anos, sexo masculino, com diagnóstico prévio de esquizofrenia, é levado ao pronto-socorro por sua irmã, durante episódio de agudização dos sintomas psicóticos. O paciente se recusa a permanecer no hospital e nega qualquer alteração em seu estado mental. A irmã informa que, há dois dias, o paciente tem negado se alimentar, pois, acredita que a comida tenha sido envenenada; apresenta desorganização do comportamento e negligência no autocuidado. Ela solicita, formalmente, a internação do irmão, mesmo sem consentimento dele. Após avaliação, o médico psiquiatra plantonista, registrado no Conselho Regional de Medicina (CRM), emite laudo médico documentando os riscos clínicos observados que justificam a internação, e a admissão hospitalar é realizada.

Com base na Lei nº 10.216/2001, assinale a afirmativa correta sobre a modalidade de internação indicada e a conduta legalmente obrigatória nesse caso.

- (A) Trata-se de internação involuntária, sendo seu término condicionado exclusivamente à alta determinada pelo médico assistente, não sendo válida a solicitação de alta pelo familiar ou responsável legal que requereu a internação.
- (B) Trata-se de internação compulsória, pois o paciente não consente com a internação. Essa modalidade dispensa laudo médico específico, sendo suficiente a solicitação da família, e deve ser comunicada ao Conselho Regional de Medicina em até 72 horas.
- (C) Trata-se de internação compulsória, pois qualquer internação psiquiátrica realizada contra a vontade do paciente exige determinação judicial prévia, não sendo permitida, em nenhuma hipótese, a internação a pedido da família sem decisão do juiz competente.
- (D) Trata-se de internação involuntária, pois ocorre sem o consentimento do paciente e a pedido de terceiro (familiar); deve ser autorizada por médico registrado no CRM e comunicada ao Ministério Público Estadual em até 72 horas, tanto na admissão quanto na alta.
- (E) Trata-se de internação voluntária, uma vez que o médico assistente considera a internação necessária e benéfica ao paciente. Nessa modalidade, a assinatura da declaração de concordância pode ser substituída pela assinatura do familiar responsável, sem necessidade de comunicação a órgãos externos.

79

Paciente com transtorno bipolar do humor, 42 anos, encontra-se em curatela judicialmente instituída, restrita aos atos de natureza patrimonial e negocial, devido a episódios recorrentes de dilapidação de patrimônio durante fases maníacas. Em razão de incapacidade temporária para o exercício de sua atividade profissional, esse paciente recebe auxílio-doença pelo Instituto Nacional do Seguro Social (INSS). Durante uma consulta de acompanhamento, um familiar questiona se, por estar em curatela, o paciente também estaria impedido legalmente de consentir com um procedimento médico ou de se casar.

Considerando o Estatuto da Pessoa com Deficiência, assinale a afirmativa correta.

- (A) A existência de diagnóstico psiquiátrico associado a documentação que prove a dilapidação patrimonial justifica a instituição de curatela, pelo juiz, dispensando o paciente de perícia médica, segundo o preceito da prodigalidade.
- (B) A curatela torna o paciente incapaz para todos os atos da vida civil, sendo necessária a anuência do curador tanto para consentir com tratamentos médicos quanto para contrair casamento, conforme previsto no Código Civil de 2002.
- (C) A tomada de decisão apoiada e a curatela são institutos jurídicos equivalentes e intercambiáveis, ambos pressupondo o reconhecimento judicial de incapacidade relativa do requerente para a prática dos atos patrimoniais e negociais da vida civil.
- (D) A curatela restringe-se aos atos de natureza patrimonial e negocial, não alcançando direitos existenciais como consentimento para tratamento médico e casamento. A incapacidade laborativa reconhecida pelo INSS, independe da existência de curatela.
- (E) O reconhecimento de incapacidade laborativa pela perícia médica do INSS, constitui fundamento jurídico suficiente para a instituição de curatela, uma vez que ambos os institutos avaliam a mesma capacidade de discernimento do indivíduo para os atos da vida civil e laboral.

80

Paciente do sexo masculino, 28 anos, com diagnóstico de esquizofrenia, é avaliado por meio do instrumento estruturado HCR-20 *Assessing Risk for Violence*, durante internação por agitação psicomotora em contexto de exacerbação de sintomas psicóticos. O escore total resultante da avaliação classifica o paciente em nível de risco baixo. Entretanto, o item histórico H1 (violência prévia) recebe pontuação máxima, em razão de uma condenação por lesão corporal há 5 anos, e o item clínico C3 (sintomas ativos de doença mental importante) também recebe pontuação máxima, em função dos delírios persecutórios e alucinações de comando presentes no momento do exame.

Diante desse resultado, assinale a afirmativa correta a respeito da conduta que reflete a interpretação adequada do instrumento, segundo a literatura de validação brasileira do HCR-20.

- (A) O escore total do HCR-20 é o principal parâmetro para a tomada de decisões clínicas, devendo ser desconsideradas as pontuações em itens isolados, se o somatório final resultar em risco baixo.
- (B) O HCR-20 é um instrumento desenvolvido e validado apenas para população norte-americana, carecendo de validação em população psiquiátrica forense brasileira, o que limita sua aplicabilidade clínica no Brasil.
- (C) Uma vez definida a classificação de risco pelo HCR-20 (baixo, moderado ou alto), esse risco se aplicará àquele indivíduo, independentemente de mudanças no contexto, quadro clínico ou tempo decorrido desde a avaliação.
- (D) A avaliação de psicopatia (PCL-R) e a avaliação do risco de violência (HCR-20) são instrumentos constituídos por 20 itens que abarcam quatro dimensões: afetiva, interpessoal, comportamental e antissocial.
- (E) Mesmo com escore total baixo, a pontuação alta em itens isolados pode indicar risco individual relevante. A conclusão da avaliação deve considerar a combinação de itens, variabilidade de risco no tempo, contexto e condição clínica.

Realização

