



SÍRIO-LIBANÊS

PROCESSO SELETIVO 2027 | RESIDÊNCIA MÉDICA SÍRIO-LIBANÊS

003. PROVA OBJETIVA

PRÉ-REQUISITO EM CLÍNICA MÉDICA

Especialidades: **Cardiologia | Oncologia Clínica – Brasília | Oncologia Clínica – São Paulo**
(OPÇÕES: 003, 015 e 016)

- ▶ Você recebeu sua folha de respostas e este caderno contendo 80 questões objetivas.
- ▶ Confira seus dados impressos na capa deste caderno e na folha de respostas.
- ▶ Quando for permitido abrir o caderno, verifique se está completo ou se apresenta imperfeições. Caso haja algum problema, informe ao fiscal da sala para a devida substituição deste caderno.
- ▶ Leia cuidadosamente todas as questões e escolha a resposta que você considera correta.
- ▶ Marque, na folha de respostas, com caneta de tinta preta, a letra correspondente à alternativa que você escolheu.
- ▶ A duração da prova é de 4 horas e 30 minutos, já incluído o tempo para o preenchimento da folha de respostas.
- ▶ Só será permitida a saída definitiva da sala e do prédio após transcorridas 3 horas e 30 minutos do início da prova.
- ▶ Deverão permanecer em cada uma das salas de prova os 3 últimos candidatos, até que o último deles entregue sua prova e assine o termo respectivo.
- ▶ Ao sair, você entregará ao fiscal a folha de respostas e este caderno.
- ▶ Até que você saia do prédio, todas as proibições e orientações continuam válidas.

AGUARDE A ORDEM DO FISCAL PARA ABRIR ESTE CADERNO.

Nome do candidato _____

RG _____

Inscrição _____

Prédio _____

Sala _____

Carteira _____

FUNDAÇÃO

vunesp

QUESTÃO 01

Homem de 28 anos refere quadro de lombalgia, há 5 meses, também se queixa de rigidez matinal na região lombar e nos quadris, com melhora após a realização de exercícios físicos. Há 2 meses, apresenta edema e dor em joelho direito. Nega antecedentes de infecção osteoarticular. Ao exame físico, apresenta limitação da mobilidade da coluna vertebral e os exames de imagem evidenciam sacroileíte. A artrocentese do joelho direito demonstra líquido sinovial límpido. A investigação adicional revelou positividade para o haplótipo HLA-B27 e fator reumatoide negativo.

Considerando o exposto e a principal hipótese diagnóstica, é correto afirmar que a condição que constitui a manifestação extra-articular mais frequente dessa patologia é a

- (A) glomerulonefrite.
- (B) hepatopatia crônica.
- (C) pneumonite intersticial.
- (D) trombofilia.
- (E) uveíte anterior.

QUESTÃO 02

Homem de 62 anos comparece à consulta de seguimento de 12 meses pós-transplante renal. O paciente refere estar se sentindo bem e apresenta boa adesão ao regime imunossupressor atual, que inclui glicocorticoides. Ele possui antecedente de doença cardiovascular estável pós-implante de *stent*. Tem história familiar de diabetes tipo 2, mas não apresenta diagnóstico prévio de diabetes. O IMC é 27,4 kg/m² e a taxa de filtração glomerular estimada de 78 mL/min/1,73 m². O valor atual de hemoglobina glicada é de 7,6%.

Além das modificações no estilo de vida, qual a opção terapêutica que deve ser recomendada para o manejo do diabetes desse paciente?

- (A) Adicionar um inibidor da DPP-4 (dipeptidil-peptidase-4).
- (B) Adicionar uma sulfonilureia.
- (C) Adicionar uma tiazolidinediona.
- (D) Adicionar um inibidor do SGLT2 (cotransportador de sódio-glicose 2).
- (E) Iniciar insulinoterapia.

QUESTÃO 03

Mulher de 55 anos é admitida na unidade de terapia intensiva após sofrer uma parada cardiorrespiratória presenciada, sendo submetida à desfibrilação com sucesso. O eletrocardiograma pós-desfibrilação demonstra supradesnivelamento de segmento ST em parede anterior. Ela é então submetida à intervenção coronária percutânea primária com implante de *stent* farmacológico na artéria coronária descendente anterior. À admissão na UTI: pressão arterial: 92 x 57 mmHg (PAM: 69 mmHg); frequência cardíaca: 88 bpm; temperatura central: 36 °C; ela encontra-se intubada e em ventilação mecânica, com fração inspirada de oxigênio de 60%, volume corrente de 6 mL/kg de peso corporal ideal, frequência respiratória de 18 irpm e pressão positiva ao final da expiração de 5 cmH₂O; cardíaco: sem alterações; pulmonar: sem sibilos ou estertores; as extremidades estão frias, sem edema e com tempo de enchimento capilar normal. A gasometria arterial revela: pH: 7,45; PO₂: 62 mmHg; PCO₂: 45 mmHg; bicarbonato: 28 mEq/L; SatO₂: 90%.

Nesse momento, a conduta inicial de escolha é

- (A) aumentar o volume corrente.
- (B) aumentar a pressão positiva ao final da expiração.
- (C) iniciar dobutamina.
- (D) mudar para a posição prona.
- (E) reduzir a fração inspirada de oxigênio.

QUESTÃO 04

Mulher de 79 anos evolui com dispneia progressiva aos mínimos esforços e episódios recorrentes de tontura posicional no último trimestre. O ecocardiograma transtorácico evidencia valva aórtica tricúspide espessada, com calcificação acentuada dos folhetos, velocidade máxima de jato transvalvular de 4,3 m/s, gradiente pressórico médio de 48 mmHg e área valvar aórtica calculada em 0,72 cm². A fração de ejeção de ventrículo esquerdo é de 52%. A tomografia multiespiral de planejamento revela a presença de aorta em porcelana e fragilidade clínica moderada documentada por índices multidimensionais. A avaliação integrada pela equipe multidisciplinar (*Heart Team*) estima o risco de mortalidade cirúrgica pelo escore 7,8% (*STS Score*).

Considerando os dados descritos, é correto afirmar:

- (A) a dosagem sérica de peptídeos natriuréticos apresenta utilidade restrita em idosos pela ausência de correlação fidedigna com a gravidade dos sintomas ou prognóstico a longo prazo.
- (B) a idade cronológica avançada determina diretamente a escolha da prótese mecânica para mitigar a necessidade de futuras reintervenções decorrentes de degeneração estrutural precoce.
- (C) a presença de alterações estruturais anatômicas desfavoráveis para a cirurgia aberta convencional direciona o planejamento terapêutico para o implante endovascular, visando mitigar riscos operatórios.
- (D) o manejo clínico conservador rigoroso, com acompanhamento clínico e ecocardiográfico seriados, é a escolha, pois reduz o risco de eventos cardiovasculares adversos graves decorrentes do alto risco cirúrgico da paciente.
- (E) o emprego de próteses biológicas cirúrgicas de tamanho reduzido apresenta indicação formal para evitar o desenvolvimento do fenômeno inflamatório sistêmico após manipulação da valva.

QUESTÃO 05

Mulher de 52 anos dá entrada no hospital com história de fadiga, intolerância ao frio e constipação há 3 semanas. Ao exame físico: apresenta pele áspera, seca e escamosa, ptose palpebral e macroglossia. Os exames séricos relevantes mostram: tiroxina livre: 0,2 ng/dL (normal: 0,4 a 2) e hormônio estimulante da tireoide (TSH): 0,3 mUI/mL (normal: 0,5 a 4,7). Para esclarecer o diagnóstico, é realizada uma injeção intravenosa de hormônio liberador de tireotrofina (TRH). Os níveis séricos de TSH medidos logo após a injeção mostraram um aumento significativo.

Assinale a alternativa que apresenta a causa provável da síndrome dessa paciente.

- (A) Carcinoma de tireoide.
- (B) Disfunção hipofisária.
- (C) Disfunção hipotalâmica.
- (D) Síndrome paraneoplásica.
- (E) Tireoidite de Hashimoto.

QUESTÃO 06

Homem de 52 anos é avaliado por um psiquiatra no serviço de emergência com a queixa de estar ouvindo e vendo pessoas em miniatura que o ordenam a “matar todos ao seu redor”. Ele relata que esses sintomas surgiram subitamente, nas últimas 48 horas, mas que já os apresenta de forma intermitente (“indas e vindas”) há anos. Refere nunca ter procurado tratamento prévio para os sintomas, mas que esse episódio está particularmente grave. Nega o uso de substâncias ilícitas. O paciente está alerta e orientado em tempo, espaço e pessoa. O exame do estado mental é completamente normal, exceto pelo relato das alucinações visuais e auditivas. Seu processo de pensamento é normal. A triagem toxicológica urinária é positiva para maconha e negativa para outras substâncias. Ele é bastante insistente em dizer que precisa ser “internado/trancado” no hospital devido aos sintomas que está vivenciando.

Com base no relato apresentado, qual é o diagnóstico provável?

- (A) Esquizofrenia.
- (B) Transtorno psicótico induzido por substância/medicamento.
- (C) Transtorno esquizoafetivo.
- (D) Transtorno esquizofreniforme.
- (E) Simulação (*Malingering*).

QUESTÃO 07

Homem de 37 anos é avaliado em consulta de rotina. Os resultados laboratoriais iniciais mostram AST (TGO) de 78 U/L e ALT (TGP) de 64 U/L. Os exames são repetidos após um mês, mantendo a elevação dessas enzimas. A creatina quinase (CK) é de 45 U/L. A investigação complementar com sorologias virais, ferro sérico, capacidade total de fixação de ferro, ferritina, ceruloplasmina e eletroforese de proteínas séricas é inteiramente normal. A ultrassonografia hepática revela aumento da ecogenicidade do órgão. O paciente não faz uso de medicações e relata consumo social de apenas 1 a 2 cervejas por semana. A biópsia hepática revela esteatose macrovesicular com vacúolos de gordura ocasionais circundados por infiltrado neutrofílico.

Diante do exposto, o que o exame físico desse paciente, provavelmente, também revelará?

- (A) Ausculta pulmonar com crepitações em bases.
- (B) Índice de massa corporal de 36 kg/m².
- (C) Pressão arterial diastólica reduzida.
- (D) Ruídos hidroaéreos hiperativos.
- (E) Reflexos tendinosos profundos diminuídos.

QUESTÃO 08

Homem de 34 anos é admitido no hospital devido a um quadro de diarreia aquosa massiva e prolongada nos últimos três dias. O exame físico e os testes laboratoriais indicaram a presença de um tumor pancreático e o radioimunoensaio confirma o diagnóstico de VIPoma. O paciente recebe hidratação vigorosa por via intravenosa e é programado para cirurgia.

Nesse cenário, o medicamento apropriado para controlar a diarreia desse paciente é

- (A) cabergolina.
- (B) hormônio adrenocorticotrófico.
- (C) leuprolida.
- (D) octreotida.
- (E) somatotropina.

QUESTÃO 09

Homem de 31 anos, previamente hígido, procura a unidade de saúde relatando ansiedade intensa. Refere que, por iniciativa própria, realizou um “check-up” em uma clínica popular que incluiu uma ultrassonografia cervical, sem que houvesse qualquer sintoma prévio local (nega disfagia, rouquidão ou dispneia). O exame físico cervical não evidencia linfonodomegalias ou massas palpáveis. Os exames laboratoriais revelam TSH e T4 livre normais. A ultrassonografia descreve dois nódulos na tireoide:

- Lobo direito: nódulo de 2,6 cm, puramente cístico (anecoico), com reforço acústico posterior e fina parede regular, sem qualquer componente sólido interno.
- Lobo esquerdo: nódulo de 1,3 cm, sólido, hipoeicoico, com margens irregulares e presença de focos ecogênicos puntiformes no seu interior.

Nessa circunstância, é correto afirmar:

- (A) a avaliação citológica por punção aspirativa por agulha fina é recomendada para a lesão do lobo esquerdo, enquanto o nódulo do lobo direito possui aspecto ecográfico tranquilizador que dispensa a amostragem celular tecidual.
- (B) a punção aspirativa por agulha fina é indicada em ambas as lesões estruturais descritas, visto que a dimensão volumétrica do nódulo direito atinge o ponto de corte recomendado para a análise tecidual citológica.
- (C) as diretrizes de conduta postergam a intervenção diagnóstica no nódulo sólido esquerdo, orientando a realização de nova ultrassonografia clínica seriada, já que suas dimensões encontram-se abaixo do limiar preestabelecido para punção aspirativa.
- (D) o nódulo sólido hipoeicoico com margens irregulares requer a realização prévia de tomografia por emissão de pósitrons para quantificar a captação metabólica tecidual e confirmar a necessidade da inserção de agulha de biópsia.
- (E) o padrão de vascularização visualizado ao Doppler determina a seleção das lesões para a análise tecidual, demandando documentar a hipervascularização central no nódulo esquerdo para justificar uma punção aspirativa da estrutura.

QUESTÃO 10

Mulher de 57 anos apresenta quadro de fraqueza muscular simétrica e indolor. Ao exame físico, ela apresenta dificuldade para se levantar de uma posição sentada (caracterizando fraqueza proximal de membros inferiores); nota-se exantema violáceo periocular (heliótopo) e na região torácica anterior (sinal do “V” do decote). Os exames laboratoriais demonstram nível de creatinoquinase (CK) de 380 U/L (normal: 10 a 70). A biópsia muscular subsequente revela inflamação e atrofia perifascicular.

Nesse caso, o exame complementar que, provavelmente, pode confirmar o diagnóstico é a presença de anticorpos

- (A) antinucleares.
- (B) anti-canais de cálcio dependente de voltagem.
- (C) anti-DNA dupla hélice (anti-DNA nativo).
- (D) anti-receptores de acetilcolina.
- (E) anti-tRNA sintetase.

QUESTÃO 11

Mulher de 18 anos é levada ao serviço de emergência com edema importante de lábios e língua. O histórico médico é relevante para a realização de exodontia de dente siso no início daquele mesmo dia. A paciente nega ingestão de alimentos incomuns ou uso de novos cosméticos/maquiagem. Os sinais vitais são normais e o exame físico revela edema subcutâneo de língua e lábios, sem prurido associado. Não há sinais adicionais de exantema ou urticária. Ao ser interrogada, a paciente relata que sentiu uma sensação de “formigamento” e plenitude nos lábios e na língua antes do início do edema, que evoluiu ao longo de 3 horas. O histórico familiar é positivo para sintomas semelhantes em sua mãe e seu avô paterno, com episódios semelhantes quando submetidos a procedimentos odontológicos.

Nessa circunstância, o tratamento apropriado para essa paciente é prescrever

- (A) anti-histamínicos/corticosteroides.
- (B) agonista do receptor beta-2 de bradicinina.
- (C) epinefrina.
- (D) inibidor de C1 esterase (C1-INH) recombinante.
- (E) inibidor de leucotrienos.

QUESTÃO 12

Mulher de 19 anos procura atendimento com queixa principal de “aperto no peito” ao ar livre. Relata que esteve assintomática durante todo o verão, mas os sintomas iniciaram no outono. O histórico médico é relevante para sintomas semelhantes no outono anterior, que remitiram no inverno, fazendo com que ela se esquecesse do ocorrido até o momento. A paciente nega sintomas em ambientes fechados, mas nota a opressão torácica ao sentar-se na área externa de sua casa ou ao andar de carro com as janelas abertas. Sinais vitais: temperatura: 36,9 °C; frequência cardíaca: 85 bpm; frequência respiratória: 21 irpm; o exame físico não apresenta alterações.

A partir do exposto, é correto afirmar que o manejo apropriado para essa paciente é o uso de

- (A) beclometasona.
- (B) budesonida/formoterol.
- (C) montelucaste.
- (D) salbutamol durante as crises.
- (E) salmeterol.

QUESTÃO 13

Mulher de 77 anos é avaliada por lesão renal aguda (LRA) após ter sido internada, há 2 dias, devido a choque séptico e síndrome do desconforto respiratório agudo secundários à pneumonia adquirida na comunidade. Ela foi intubada e recebeu suporte vasopressor. Nas primeiras 18 horas de internação, a paciente recebeu 3.600 mL de solução de ringer lactato. As medicações atuais incluem norepinefrina, ceftriaxona, claritromicina, vancomicina e dexmedetomidina. Ao exame físico: encontra-se sob ventilação mecânica; temperatura: 38,4 °C; pressão arterial: 88 x 52 mmHg; frequência cardíaca: 105 bpm; frequência respiratória: 16 irpm; SatO₂ de 90% com FiO₂ de 50%; o exame pulmonar evidencia estertores difusos. Há um cateter venoso central posicionado com medida da pressão venosa central de 14 mmHg. O débito urinário é de 30 mL/hora, sendo refratário a doses crescentes de furosemida intravenosa em *bolus*. Exames séricos atuais: creatinina: 3,4 mg/dL; sódio: 134 mEq/L; potássio: 6,4 mEq/L; cloreto: 100 mEq/L; bicarbonato: 12 mEq/L. A radiografia de tórax mostra infiltrado bilateral difuso e cefalização da trama vascular.

De acordo com os dados apresentados, a conduta terapêutica apropriada é

- (A) iniciar terapia de substituição renal contínua.
- (B) iniciar terapia de substituição renal intermitente.
- (C) prescrever bicarbonato de sódio em *bolus*.
- (D) prescrever *bolus* adicional de 1.000 mL com ringer lactato.
- (E) prescrever furosemida em bomba de infusão contínua.

QUESTÃO 14

Mulher de 24 anos é levada ao serviço de emergência pelos pais cerca de 3 a 4 horas após ingerir múltiplos comprimidos desconhecidos do armário de medicamentos de sua avó. Ela apresenta náuseas, vômitos, dor abdominal, visão amarelada e escotomas. Ao exame físico, apresenta-se letárgica e confusa; frequência cardíaca: 98 bpm; frequência respiratória: 22 irpm; pressão arterial: 80 x 44 mmHg; cardíaco: bulhas rítmicas e normofonéticas, sem sopros; pulmonar normal. O eletrocardiograma sugere ritmo juncional com frequência de 95/min. A gasometria arterial e os exames séricos mostram: pH: 7,28; PCO₂: 35,6 mmHg; PO₂: 72 mmHg; bicarbonato: 20,2 mEq/L; sódio: 138 mEq/L; potássio: 5,6 mEq/L; ureia: 31 mg/dL; creatinina: 0,8 mg/dL.

Com base no descrito, qual é o provável fármaco ingerido?

- (A) Betabloqueadores.
- (B) Bloqueadores dos canais de cálcio.
- (C) Digoxina.
- (D) Fenitoína.
- (E) Nortriptilina.

QUESTÃO 15

Homem de 42 anos é atendido em consulta de retorno por alterações em exames hepáticos. Os exames séricos iniciais demonstram AST (TGO) de 78 U/L e ALT (TGP) de 64 U/L. Os exames foram repetidos um mês após, e a AST e a ALT permanecem elevadas. A creatina quinase é normal. As sorologias virais, ceruloplasmina e eletroforese de proteínas séricas não demonstram alterações. Os resultados de uma terceira rodada de exames evidenciam ferro sérico de 201 µg/dL (normal: 50 a 170), ferritina de 289 ng/mL (normal: 20 a 300) e saturação de transferrina de 53% (normal: 20 a 50). O paciente não faz uso de nenhuma medicação e relata consumir cerca de 1 a 2 cervejas, por semana, socialmente.

Qual exame é o indicado para confirmar o diagnóstico desse paciente?

- (A) Anticorpo anticitoplasma de neutrófilos (ANCA).
- (B) Anticorpo antímúsculo liso.
- (C) Anticorpo antimitocôndria.
- (D) Análise de mutação do gene HFE.
- (E) Pesquisa de mutação do gene da alfa-1-antitripsina.

QUESTÃO 16

Mulher de 45 anos é atendida em consulta de retorno com queixas de inquietação frequente durante o sono e sonolência diurna ao longo dos últimos meses. O histórico é relevante para cardiomiopatia não isquêmica, insuficiência cardíaca (IC) classe funcional II, hipertensão arterial e fibrilação atrial. Em relação à arritmia, houve falha a múltiplos medicamentos antiarrítmicos e a uma tentativa de ablação por cateter 4 meses antes. As medicações em uso regular incluem: rivaroxabana (20 mg/dia); sacubitril/valsartana (97/103 mg, 12/12 horas); metoprolol (100 mg/dia), furosemida (40 mg/dia) e espironolactona (25 mg/dia). Ao exame físico: frequência cardíaca: 92 bpm; pressão arterial: 118 x 78 mmHg; altura: 1,78 m; peso: 62,6 kg; cardíaco: ritmo irregular, com sopro holossistólico de grau 2/6 que se irradia para a axila, sem galopes; pulmonar: pulmões limpos; extremidades: sem edema. Ela é submetida a um estudo do sono e é diagnosticada com apneia central do sono.

Além de sua história de IC, constitui um fator de risco significativo para apneia central do sono, nessa paciente,

- (A) a fibrilação atrial.
- (B) a hipertensão arterial.
- (C) a idade.
- (D) o sexo.
- (E) o índice de massa corporal.

QUESTÃO 17

Homem de 47 anos com história de diabetes mellitus tipo 1, há 19 anos, não apresenta complicações relacionadas à doença e nenhuma queixa específica. Ele está em uso das insulinas degludeca e asparte. A pressão arterial é 129 x 68 mmHg e o IMC de 28 kg/m². Resultados dos exames séricos: hemoglobina glicada: 7,2%; colesterol total: 173 mg/dL; LDL: 92 mg/dL; HDL: 45 mg/dL; triglicerídeos: 178 mg/dL; creatinina sérica: 0,85 mg/dL. Relação albumina/creatinina urinária: 19 mg/g de creatinina (normal < 30 mg/g).

Em relação à conduta apropriada para reduzir o risco de doença cardiovascular, a orientação deve ser

- (A) intensificar o esquema terapêutico para atingir uma meta de hemoglobina glicada < 7,0%.
- (B) iniciar uma estatina.
- (C) iniciar um inibidor da ECA.
- (D) iniciar aspirina em baixa dose.
- (E) iniciar semaglutida.

QUESTÃO 18

Mulher de 55 anos, com história de hipotireoidismo e cirurgia de artrodese lombar, apresenta-se para acompanhamento de rotina. O rastreamento recente por densitometria óssea é notável por T-scores de: -1,3 na coluna lombar (L1-L4); -2,3 no colo do fêmur; -1,6 no fêmur total. Ela não tem história pessoal de fratura. A menopausa ocorreu aos 51 anos, e atualmente ela apresenta fogachos leves, mas nenhum outro sintoma da menopausa. Ela consome 3 porções de laticínios, por dia, suplementadas com vitamina D. A dosagem sérica de 25-hidroxivitamina D é de 31 ng/mL (normal: 30 a 80).

Nesse momento, o próximo passo apropriado é

- (A) iniciar ibandronato, 150 mg, mensalmente.
- (B) iniciar suplementação com cálcio e vitamina D3.
- (C) iniciar estradiol transdérmico e progesterona oral.
- (D) repetir a densitometria óssea em 2 anos.
- (E) revisar as imagens da densitometria óssea realizada.

QUESTÃO 19

Mulher de 42 anos com obesidade é atendida no pronto-atendimento com 2 semanas de piora de dispneia aos esforços, fadiga e palpitações ocasionais. Ela nega tosse, febre ou calafrios recentes. A única medicação em uso é anticoncepcional oral. De positivo, ela teve uma síndrome gripal 1 mês antes, que se resolveu em alguns dias com manejo conservador. Ao exame físico: frequência cardíaca: 108 bpm; pressão arterial: 102 x 76 mmHg; frequência respiratória: 16 irpm; SatO₂ em ar ambiente: 97%; pressão venosa jugular estimada: 10 cmH₂O; não há sopros; pulmões estão limpos; extremidades inferiores estão aquecidas, com edema discreto distal simétrico (1+/4). O eletrocardiograma mostra taquicardia sinusal e baixa voltagem precordial.

Nesse contexto, o ecocardiograma provavelmente deve demonstrar

- (A) aumento do diâmetro diastólico final do ventrículo esquerdo.
- (B) hipertrofia ventricular esquerda.
- (C) pletora de veia cava inferior.
- (D) regurgitação mitral grave.
- (E) sinal de McConnell.

QUESTÃO 20

Mulher de 87 anos queixa-se de prurido generalizado intenso, sem exantema associado. Emolientes não proporcionaram nenhum alívio. O histórico é notável para nefropatia diabética em uso de insulina e necessita de quatro agentes anti-hipertensivos para controlar sua pressão arterial e doença cardíaca isquêmica. Ela tem doença renal crônica estágio 5, optando pelo manejo conservador. Exames séricos: ureia: 126,5 mg/dL; fosfato: 4,0 mg/dL (normal: 2,5 a 4,5); cálcio corrigido: 9,4 mg/dL (normal: 8,8 a 10,4).

Frente ao relato, a próxima conduta apropriada é prescrever

- (A) colestiramina.
- (B) gabapentina.
- (C) hidroxizina.
- (D) óleo de primula.
- (E) quelantes de fosfato.

QUESTÃO 21

Homem de 20 anos é atendido no ambulatório após uma internação hospitalar recente, quando se apresentou com cefaleia e foi constatada hipertensão acelerada. A pressão arterial (PA) foi inicialmente estabilizada com agentes intravenosos e ele recebeu alta após sua PA ser estabilizada com anlodipino 10 mg/dia, ramipril 10 mg/dia e indapamida 2,5 mg/dia. No ambulatório, ele menciona que seu pai teve uma hemorragia intracraniana na faixa dos trinta anos e, desde então, faz uso de medicamentos anti-hipertensivos. O paciente nega etilismo, tabagismo, uso de drogas ou outros antecedentes. Ao exame físico de agora: PA: 154 x 97 mmHg. Exames séricos atuais: creatinina: 0,86 mg/dL; sódio: 142 mEq/L; potássio: 2,9 mEq/L; bicarbonato: 34 mEq/L; concentração de renina plasmática: baixa; aldosterona plasmática: alta.

Considerando o exposto, a principal hipótese diagnóstica é

- (A) aldosteronismo remediável por glicocorticoides.
- (B) excesso aparente de mineralocorticoides.
- (C) síndrome de Gittelman.
- (D) síndrome de Gordon.
- (E) síndrome de Liddle.

QUESTÃO 22

Mulher de 60 anos é admitida no hospital após uma crise tônico-clônica. Ela é intubada e submetida a ventilação mecânica para proteção de vias aéreas. Ao exame físico: desidratada 1+4; pressão arterial: 100 x 80 mmHg; temperatura: 38,7 °C. Exames séricos: creatinina: 3,4 mg/dL; hemoglobina: 7,8 g/dL; plaquetas: 30.000/mm³; haptoglobina: reduzida; ADAMTS-13: pendente. Nesse ínterim, a paciente inicia corticoides e plasmaférese com plasma fresco congelado. Uma semana depois, ela está fora da ventilação mecânica e a repetição dos exames séricos mostra: plaquetas: 196.000/mm³; haptoglobina: normal; bicarbonato: 38 mEq/L; pH: 7,47.

Nesse caso, qual é a causa provável da alcalose?

- (A) Anemia hemolítica.
- (B) Corticoides administrados.
- (C) Cristaloides administrados.
- (D) Plasmaférese realizada.
- (E) Ventilação mecânica.

QUESTÃO 23

Homem de 82 anos, com doença renal crônica estágio 4 estável, é admitido no serviço de urgência com um exantema cutâneo eritematoso bolhoso disseminado. O histórico também é relevante para hipertensão arterial e gota, para as quais faz uso regular de ramipril e alopurinol. Ao ser questionado, o paciente lembra que, há alguns dias, iniciou uma nova medicação para sua hipertensão, mas não se recorda do nome. Ao exame físico: temperatura: 38,3 °C; frequência cardíaca: 132 bpm; pressão arterial: 98 x 49 mmHg. Exames séricos: ureia: 105 mg/dL; creatinina: 3,8 mg/dL (de base: 2,3 mg/dL); contagem de eosinófilos: 1.300/mm³.

Assinale a alternativa que indica corretamente a medicação que, provavelmente, foi iniciada recentemente por esse paciente.

- (A) Anlodipino.
- (B) Espironolactona.
- (C) Hidroclorotiazida.
- (D) Furosemida.
- (E) Metoprolol.

QUESTÃO 24

Homem de 45 anos dá entrada no serviço de emergência com queixa de dor e edema no braço, câibras musculares, calafrios, febre e vômitos. O paciente relata que estava movendo uma pilha de madeira quando foi picado por uma aranha preta com uma marcação alaranjada em forma de amputada. Ele é tratado com soro antilatrôdético, recebendo alta após apresentar sinais vitais estáveis por duas horas. Dez dias depois, o paciente procura atendimento, queixando-se de febre e dor articular. Os sinais vitais revelam temperatura de 37,5 °C; frequência cardíaca de 75 bpm e frequência respiratória de 16 irpm.

Nesse momento, qual dos seguintes achados é esperado ao exame físico?

- (A) Conjuntivite.
- (B) Enduração no local da injeção.
- (C) Exantema não pruriginoso.
- (D) Icterícia.
- (E) Linfadenopatia.

QUESTÃO 25

Homem de 32 anos é levado ao serviço de emergência após sofrer um ferimento cortante na perna em um acidente no canteiro de obras. À admissão: apresenta-se prostrado devido à perda de sangue; os sinais vitais revelam temperatura de 37,0 °C; frequência cardíaca de 50 bpm e pressão arterial de 105 x 60 mmHg. A ferida foi suturada e o paciente recebe uma transfusão de concentrado de hemácias tipo A negativo. Em 15 minutos, ele passa a queixar-se de sensação de calor ao longo do braço em que o sangue estava sendo infundido e dor torácica. Novos sinais vitais mostram temperatura de 39,1 °C; frequência cardíaca de 110 bpm e pressão arterial de 95 x 55 mmHg. A revisão adicional do prontuário do paciente indica que seu tipo sanguíneo é O negativo.

Constitui o resultado laboratorial consistente com a evolução descrita:

- (A) níveis elevados de haptoglobina.
- (B) níveis elevados de hematócrito.
- (C) níveis elevados de histamina.
- (D) redução dos níveis de complemento.
- (E) redução dos níveis de bilirrubina.

QUESTÃO 26

Homem de 30 anos procura atendimento com história de sudorese noturna, perda ponderal e febre intermitente há 9 meses. Ao exame físico, apresenta linfadenopatia extensa. Os resultados laboratoriais são negativos para o HIV e outras potenciais causas infecciosas de linfadenopatia. A biópsia linfonodal demonstra perda da arquitetura linfóide habitual e presença de algumas células grandes de núcleo bilobado, com aspecto em “olhos de coruja” e halo claro perinuclear. Essas células grandes estão cercadas por um número significativo de células de infiltração.

Assinale a alternativa que apresenta corretamente a célula infiltrante que tem o maior impacto negativo no prognóstico desse paciente.

- (A) Células B.
- (B) Células T.
- (C) Células NK (*Natural Killer*).
- (D) Monócitos.
- (E) Neutrófilos.

QUESTÃO 27

Homem de 68 anos, residente em uma instituição de longa permanência para idosos (ILPI), encontra-se acamado em decorrência de sequelas motoras de um acidente vascular cerebral isquêmico prévio e doença renal crônica estável (creatinina: 2,3 mg/dL). O paciente possui diagnóstico de infecção pelo HIV, há vinte anos, mantendo controle virológico adequado com terapia antirretroviral. Durante a visita de rotina da equipe de saúde, a caderneta de vacinação é revisada e nota-se a ausência de imunização contra o pneumococo. A Rede de Imunobiológicos para Pessoas com Situações Especiais (RIE) é consultada a respeito desse paciente.

Com base nas diretrizes mais recentes do Ministério da Saúde para a vacinação pneumocócica nesse cenário, é correto afirmar:

- (A) a substituição dos esquemas prévios pela formulação 20-valente tem como objetivo reduzir a incidência da doença pneumocócica invasiva e enfrentar o avanço da resistência antimicrobiana em cepas circulantes no cenário epidemiológico nacional atual.
- (B) a formulação 10-valente permanece como a indicação padrão para a população idosa vulnerável residente em ILPI, uma vez que confere imunidade duradoura contra as variantes bacterianas causadoras de pneumonia adquirida na comunidade.
- (C) a vacina polissacarídica 23-valente confere proteção de mucosas superior às versões conjugadas, sendo a principal ferramenta empregada na atualidade para erradicar a colonização bacteriana na nasofaringe de idosos institucionalizados.
- (D) a indicação do imunizante pneumocócico para adultos com doença renal crônica avançada foi removida das normativas recentes da RIE, sob a justificativa de que a resposta imunológica dessa população é baixa para antígenos polissacarídicos purificados.
- (E) o manejo de escolha na RIE para adultos imunocomprometidos envolve a prescrição sequencial da vacina conjugada 13-valente seguida pela formulação polissacarídica 23-valente, reforçada cinco anos após a aplicação.

QUESTÃO 28

Homem de 19 anos é levado ao serviço de urgência com quadro de prostração, queda do estado geral, febre e sonolência. A mãe relata que ele parecia bem no dia anterior, mas havia se queixado de cefaleia intensa. Nessa manhã, ela o encontrou no leito, gemendo e com queixas de letargia e dor na nuca. O histórico médico é relevante para esplenectomia decorrente de acidente automobilístico há 2 anos. Ao exame físico: escala de Glasgow: 14; temperatura: 40,3 °C; há rigidez de nuca e exantema purpúrico em membros inferiores e tronco; não há déficit neurológico focal. A punção lombar é realizada e a análise do líquido cefalorraquidiano demonstra a presença de diplococos gram-negativos.

Além do agente provável como causa da síndrome descrita, esse paciente também apresenta um maior risco de desenvolver infecção por

- (A) *Capnocytophaga canimorsus*.
- (B) *Listeria monocytogenes*.
- (C) *Legionella pneumophila*.
- (D) *Shigella sonnei*.
- (E) *Staphylococcus aureus*.

QUESTÃO 29

Homem de 36 anos procura atendimento na atenção primária com quadro de diarreia e cólicas abdominais intensas. Relata que, dois dias antes do início dos sintomas, participou de um piquenique em que consumiu carne de frango malcozida. Ele é diagnosticado com gastroenterite e liberado para o domicílio com orientações de hidratação oral, com melhora em 48 horas. Dez dias depois, o paciente evolui com ataxia e perda de sensibilidade cutânea, seguidas de paralisia ascendente.

Nesse contexto, é correto afirmar que o marcador que, se presente, tem maior probabilidade de revelar o diagnóstico dessa apresentação clínica é o anticorpo

- (A) anti-acetilcolina.
- (B) anti-aquaporina 4.
- (C) anti-gangliosídeos.
- (D) anti-receptor de acetilcolina.
- (E) anti-canal de cálcio dependente de voltagem.

QUESTÃO 30

Mulher de 56 anos com diabetes mellitus tipo 2 busca orientação a respeito do desmame de prednisona. Recentemente, ela apresentou um episódio de exantema urticariforme grave de etiologia desconhecida. Seguindo as recomendações de seu dermatologista, ela iniciou o uso de prednisona na dose de 60 mg ao dia e, ao longo de 4 semanas, realizou o desmame até atingir 5 mg ao dia (dose que vem utilizando nos últimos 7 dias). Ela relata que seus valores de glicemia capilar estavam inicialmente um pouco elevados após o início da prednisona, mas agora se normalizaram. O dermatologista recomendou interromper a prednisona sem desmame adicional, porém ela está preocupada com a possibilidade de insuficiência adrenal.

Nesse momento, a melhor recomendação é

- (A) dosar o cortisol sérico, às 8h da manhã, antes de interromper o tratamento.
- (B) dosar o cortisol sérico e o ACTH, às 8h da manhã, antes de interromper o tratamento.
- (C) realizar o teste de estímulo com cosintropina (ACTH sintético) antes de interromper o tratamento.
- (D) alterar o esquema para hidrocortisona, 15 mg pela manhã e 5 mg no início da tarde, e reduzir a hidrocortisona em 5 mg, a cada 2 semanas, para suspender após 4 semanas.
- (E) orientar sobre os sinais e sintomas de insuficiência adrenal e pedir que ela entre em contato caso apresente qualquer sintoma após a interrupção da prednisona.

QUESTÃO 31

Homem de 60 anos relata quadro de febre, cefaleia e mal-estar há duas semanas. Ele é produtor de laticínios e tem exposição diária a diversos animais de fazenda, especialmente gado bovino. Refere que uma de suas vacas pariu recentemente um bezerro. Ao exame físico: temperatura: 38,4 °C; frequência cardíaca: 93 bpm; pressão arterial: 118 x 80 mmHg; o restante do exame não é contributivo. Exames séricos: anticorpo IgG para *Brucella*: < 1:20; anticorpo IgG para *Coxiella burnetii*: 1:64. Resultados pareados em 3 semanas: anticorpo IgG para *Brucella*: < 1:20; anticorpo IgG para *Coxiella burnetii*: 1:256.

Considerando a principal hipótese diagnóstica, é correto afirmar que constitui a complicação frequentemente causada por essa condição a

- (A) artrite.
- (B) endocardite.
- (C) uveíte.
- (D) meningite.
- (E) pneumonite.

QUESTÃO 32

Mulher de 63 anos retorna de suas férias do Caribe. Durante os dois últimos dias de viagem, ela começou a sentir-se mal, com quadro de febre e mal-estar geral. Três dias após o retorno, ela procura o pronto-socorro. A paciente relata ter apresentado picos febris de até 39 °C, dores articulares importantes, mialgia e que, no dia anterior, notou o surgimento de manchas vermelhas no abdome. Ela também menciona ter sofrido inúmeras picadas de mosquitos durante as férias. Ao exame físico: temperatura: 38,7 °C; nota-se um exantema maculopapular difuso que embranquece à digitopressão no tronco, dorso e braços; o restante do exame não é contributivo. O teste sorológico demonstra a presença de anticorpos IgM contra um alfavírus específico, confirmando o diagnóstico.

Segundo o exposto, o agente etiológico é

- (A) hantavírus.
- (B) vírus Chikungunya.
- (C) vírus da dengue.
- (D) vírus Ebola.
- (E) vírus Zika.

QUESTÃO 33

Mulher de 55 anos apresenta quadro de rigidez matinal com duração de várias horas. Ela queixa-se de dor e edema nas articulações dos dedos e dos punhos, com sintomas de caráter intermitente. Ao exame físico, nota-se que a dor, o edema e a rigidez têm distribuição simétrica. A radiografia evidencia aumento de partes moles e redução do espaço articular. Os achados laboratoriais relevantes são: velocidade de hemossedimentação: 28 mm/h; anticorpo antinuclear: 1:320; fator reumatoide: 1:128; anticorpo anti-peptídeo citrulinado cíclico: 62 U/mL.

Nesse caso, o tratamento inicial recomendado de maior impacto em longo prazo é:

- (A) etanercepte.
- (B) hidroxicloroquina.
- (C) leflunomida.
- (D) metotrexato.
- (E) rituximabe.

QUESTÃO 34

Mulher de 58 anos, assintomática, comparece em consulta de rotina. Nega fadiga, desconforto abdominal, icterícia ou sangramentos. Relata não ter o hábito de consumir bebidas alcoólicas, usar medicamentos hepatotóxicos ou formulações fitoterápicas. Ela tem antecedente de diabetes mellitus tipo 2 diagnosticado, há 8 anos (em uso de metformina, 1.000 mg/dia), além de obesidade grau I e dislipidemia (parou a medicação por conta própria). Ao exame físico: pressão arterial: 138 x 82 mmHg; frequência cardíaca: 76 bpm; IMC: 33,9 kg/m²; abdome: globoso, flácido, indolor à palpação; fígado palpável no rebordo costal direito, com borda romba e indolor; ausência de esplenomegalia, ascite, eritema palmar ou circulação colateral. Exames séricos: AST (TGO): 48 U/L; ALT (TGP): 52 U/L; plaquetas: 180.000/mm³; glicemia de jejum: 145 mg/dL; hemoglobina glicada (HbA1c): 7,6%; albumina: 4,1 g/dL; bilirrubinas normais. Ultrassom: fígado com ecogenicidade difusamente aumentada, atenuando o feixe sonoro nas porções profundas, padrão compatível com esteatose hepática de grau moderado; vias biliares normais. O escore não invasivo FIB-4 é de 2,14 (intermediário risco).

Em relação ao caso descrito, é correto afirmar:

- (A) a introdução de análogos do receptor de GLP-1, como a semaglutida, constitui uma intervenção terapêutica válida, nesse cenário, para promover perda ponderal e melhorar a histologia hepática.
- (B) a metformina atua de forma direta na reversão da esteatoepatite e na degradação das traves fibróticas intra-hepáticas, justificando o aumento de sua dosagem como estratégia para a resolução do quadro.
- (C) a suplementação em altas doses de vitamina E atua como medida para mitigar a progressão fibrótica, considerando sua alta eficácia validada no controle do estresse oxidativo em indivíduos portadores de esteatose hepática e diabetes.
- (D) a tomografia de abdome com fase de contraste venoso é o exame recomendado para solucionar a incerteza do escore FIB-4, permitindo maior precisão nas medidas da rigidez tecidual e em pacientes com excesso de adiposidade.
- (E) o escore de risco de fibrose da paciente utiliza fosfatase alcalina e gama-GT na fórmula que traduzem a magnitude da atividade necroinflamatória e a extensão do dano aos ductos biliares periféricos.

QUESTÃO 35

Mulher de 48 anos se queixa de pressão facial, obstrução nasal e secreção pós-nasal espessa há quatro meses. Relata fadiga associada e diminuição do olfato, mas nega episódios de febre, dor dentária, epistaxe ou eliminação de secreção nasal francamente purulenta recente. O histórico médico é irrelevante. Ao exame físico: sinais vitais estáveis; cardiopulmonar e abdome: normais; a oroscopia não apresenta gotejamento purulento franco; o exame nasal revela mucosa edemaciada e hiperemiada no meato anterior bilateralmente, com presença de secreção mucoide espessa, sem pólipos nasais visíveis.

Considerando a principal hipótese diagnóstica, é correto afirmar:

- (A) a introdução de um regime empírico com amoxicilina associada ao clavulanato, por quatorze dias, está indicada na admissão para erradicar biofilmes que perpetuam a cascata inflamatória local crônica.
- (B) a investigação para doença respiratória exacerbada por aspirina deve ser feita, considerando a forte associação dessa condição com o fenótipo de rinossinusite crônica não polipoide verificado ao exame clínico.
- (C) a prescrição de terapias biológicas sistêmicas direcionadas à inflamação tipo II, como o dupilumabe, constitui uma abordagem inicial preferencial dada a natureza arrastada da apresentação ambulatorial da paciente.
- (D) o diagnóstico requer confirmação objetiva por meio de modalidades como endoscopia nasal ou tomografia computadorizada, visto que as manifestações clínicas apresentam especificidade reduzida para inflamação crônica.
- (E) o emprego de terapias antimicrobianas tópicas por meio de nebulização intranasal possui eficácia comprovada para pacientes não operados com sintomas arrastados, devendo ser introduzido para erradicar biofilmes de superfície.

QUESTÃO 36

Homem de 72 anos, diabético e hipertenso há 15 anos, com doença renal crônica e taxa de filtração glomerular estimada de 35 mL/min/1,73 m², há 6 meses, retorna em consulta de rotina. Ele faz uso regular de losartana, dapagliflozina, metformina e atorvastatina, mas queixa-se de nictúria ocasional e uma dor articular no primeiro pododáctilo direito, resolvida, há duas semanas, com uso de compressas frias e analgésico comum, diagnosticada previamente em pronto-atendimento como um episódio agudo de gota. Ao exame físico: pressão arterial: 138 x 82 mmHg; IMC: 29 kg/m²; sem edema periférico. Exames séricos atuais: creatinina: 1,9 mg/dL (34 mL/min/1,73 m² pela equação CKD-EPI 2021); ureia: 65 mg/dL; potássio: 4,8 mEq/L; bicarbonato: 22 mEq/L; ácido úrico: 9,2 mg/dL. Relação albumina-creatinina: 350 mg/g (prévia de 320 mg/g há seis meses).

A partir dos dados descritos, é correto afirmar:

- (A) a quantificação da carga trombótica e do risco de progressão exige a coleta de urina de 24 horas, visto que a relação albumina-creatinina em amostra isolada subestima grosseiramente o dano glomerular em idosos diabéticos.
- (B) a ocorrência de hiperuricemia assintomática com níveis séricos superiores a nove miligramas por decilitro fundamenta a introdução profilática de alopurinol para retardar a progressão estrutural e funcional da doença renal crônica na fase pré-dialítica.
- (C) a utilização de uma equação de risco validada externamente, como a *Kidney Failure Risk Equation*, é expressamente recomendada pelas diretrizes recentes para estimar o risco absoluto de progressão para falência renal no horizonte de 2 a 5 anos para esse paciente.
- (D) o início de terapia redutora de urato com um agente uricosúrico constitui a conduta recomendada para esse paciente, visto que ele apresentou um episódio sintomático recente de gota e mantém hiperuricemia associada.
- (E) o uso de equações baseadas em cistatina C é desaconselhado para esse paciente diabético com índice de massa corporal elevado, visto que a cistatina é muito afetada pelo uso de metformina e estatinas, tornando-a pouco no estadiamento da doença desse caso.

QUESTÃO 37

Mulher de 76 anos relata quadro de disfagia e dor torácica. Os sinais vitais e exame físico não apresentam alterações significativas. A radiografia de tórax evidencia dilatação esofágica e o esofagograma contrastado revela estreitamento do esôfago distal (aspecto em “bico de pássaro”). A manometria esofágica demonstra ausência de relaxamento do esfíncter esofágico inferior e aperistalse no esôfago inferior. Não há acometimento cardiológico ou de intestino. Os resultados laboratoriais relevantes incluem: IgM para *Trypanosoma cruzi*: negativo; IgG para *Trypanosoma cruzi*: positivo.

Considerando o agente microbiano responsável por essa complicação, de acordo com as melhores evidências científicas, é correto afirmar:

- (A) deve-se recomendar tratamento com benznidazol.
- (B) deve-se recomendar tratamento com ivermectina.
- (C) deve-se recomendar tratamento com nifurtimox.
- (D) deve-se recomendar tratamento com praziquantel.
- (E) não se deve recomendar tratamento específico.

QUESTÃO 38

Homem de 18 anos dá entrada no serviço de emergência com quadro de febre (38 °C) e odinofagia. Ao exame físico: há linfonodomegalias cervicais, além de amígdalas eritematosas e hipertrofiadas com presença de exsudato amigdaliano. Amoxicilina é prescrita, visto que ele relata exposições prévias ao fármaco, sem intercorrências. Cerca de 3 dias após, o paciente queixa-se de astenia intensa (fadiga extrema). A análise laboratorial demonstra hemoglobina de 9,1 g/dL e bilirrubina de 5,2 mg/dL.

Considerando a principal hipótese diagnóstica para a complicação descrita, esses últimos sintomas decorrem, provavelmente, de qual tipo de resposta imune?

- (A) Antígeno de estreptococo do grupo A.
- (B) Hapteno.
- (C) Superantígeno.
- (D) Padrões moleculares associados ao dano (DAMPs).
- (E) Padrões moleculares associados a patógenos (PAMPs).

QUESTÃO 39

Homem de 65 anos é levado ao departamento de emergência com rebaixamento do nível de consciência e esforço respiratório acentuado. O histórico é relevante para acidente vascular cerebral isquêmico extenso, ocorrido há quatro meses, que resultou em hemiparesia à direita residual. Ao exame físico: o paciente encontra-se torporoso; pressão arterial: 80 x 45 mmHg; frequência cardíaca: 128 bpm; frequência respiratória: 32 irpm; temperatura: 39,2 °C; SatO₂ em ar ambiente: 84%; nota-se uso acentuado de musculatura acessória e estertores crepitantes difusos em base pulmonar direita à ausculta; tempo de enchimento capilar: 5 segundos. Dois acessos venosos periféricos são estabelecidos com ressuscitação volêmica inicial rápida com cristaloides. A intubação de sequência rápida é indicada.

Nessa circunstância, é correto afirmar:

- (A) a aplicação de pressão cricoide atua como a intervenção para reverter o colapso cardiovascular peri-intubação, devendo ser mantida para estimular os barorreceptores carotídeos e elevar mecanicamente a pressão arterial média.
- (B) a dose do etomidato deve ser substancialmente aumentada em pacientes com choque séptico, visando superar a resistência farmacológica induzida pelo estado hiperdinâmico e assegurar a inconsciência profunda antes do uso do laringoscópio.
- (C) a succinilcolina é considerada segura nesse caso, pois o intervalo de quatro meses desde o evento isquêmico cerebral garante a normalização estrutural dos receptores de acetilcolina periféricos e reduz substancialmente os riscos metabólicos.
- (D) o propofol é o hipnótico de escolha para essa apresentação clínica, pois sua farmacocinética promove aumento do tônus simpático e da resistência vascular sistêmica, compensando a hipotensão arterial observada no choque séptico.
- (E) o rocurônio constitui o bloqueador neuromuscular de escolha para esse paciente, sendo a dose de 1.5 mg/kg recomendada para garantir condições de intubação comparáveis às da succinilcolina no intervalo de quarenta a sessenta segundos.

QUESTÃO 40

Mulher de 25 anos, previamente hígida, refere história de febre, cólicas abdominais, diarreia e vômitos há 3 dias. Relata que, há cerca de 5 dias, consumiu uma porção inteira de massa de biscoito crua (contendo ovos crus). Não há hematoquezia ou antecedentes mórbidos relevantes. Ao exame físico: temperatura: 37,9 °C; pressão arterial: 127 x 83 mmHg; frequência cardíaca: 92 bpm; abdome: há dor leve à palpação difusa. A coprocultura demonstra crescimento de colônias negras em ágar Hektoen e o exame parasitológico de fezes é negativo.

Para essa paciente, a conduta apropriada é

- (A) prescrever azitromicina.
- (B) prescrever ciprofloxacino.
- (C) prescrever metronidazol.
- (D) prescrever trimetoprima-sulfametoxazol.
- (E) não prescrever terapia antimicrobiana.

QUESTÃO 41

Mulher de 26 anos queixa-se de facilidade para apresentar equimoses e refere quadro de menorragia. A palpação do baço não revela anormalidades e não há linfadenopatias. Exames séricos: hemácias: $5.106.000/\text{mm}^3$; hemoglobina: 13,5 g/dL; leucócitos: $8.120/\text{mm}^3$; plaquetas: $42.000/\text{mm}^3$; tempo de protrombina: 12 segundos (normal); tempo de tromboplastina parcial ativada: 30 segundos (normal); tempo de sangramento: 11 minutos (prolongado). Um painel de exames, consistindo em função renal, perfil hepático, hormônios da tireoide, anticorpo antinúcleo, complemento, sorologias infecciosas e urina tipo 1, são negativos ou normais.

Considerando as informações apresentadas, qual o autoanticorpo que, provavelmente, é responsável pela condição atual da paciente?

- (A) Anti-Rh.
- (B) Anti-fator de von Willebrand.
- (C) Anti-glicoproteína IIb-IIIa.
- (D) Anti-MHC de classe I.
- (E) Anti-molécula de adesão celular endotelial plaquetária (anti-PECAM-1).

QUESTÃO 42

Mulher de 49 anos é levada ao serviço de emergência pelo marido porque, nas últimas semanas, tem permanecido em posições estranhas pela casa por horas consecutivas. No episódio mais recente, a paciente ficou em pé junto à janela com ambas as mãos sobre os olhos e uma das pernas levantada e apoiada em uma cadeira em um ângulo de 90 graus. Ela manteve essa posição desconfortável por mais de 3 horas. Apresenta resposta verbal mínima ao que o marido diz e, às vezes, parece estar em estado de estupor. Ela possui um transtorno mental maior que vem sendo tratado com haloperidol por um psiquiatra nos últimos 10 anos.

Assinale a alternativa que apresenta o diagnóstico provável, em acréscimo ao que ela já vem tratando.

- (A) Catatonia.
- (B) Discinesia tardia.
- (C) Síndrome neuroléptica.
- (D) Transtorno depressivo maior sobreposto.
- (E) Transtorno esquizoafetivo.

QUESTÃO 43

Homem de 42 anos comparece à UBS trazido pela equipe de vigilância epidemiológica por ser contato domiciliar prolongado de seu irmão, que foi diagnosticado e tratado para hanseníase multibacilar há dois anos. À anamnese, o paciente nega sintomas constitucionais, dores neurais espontâneas ou perda de força nas extremidades. Ao exame físico dermatoneurológico detalhado, observa-se uma única mancha hipocrômica mal definida de 3 cm de diâmetro na região posterior do antebraço direito. O teste de sensibilidade térmica na lesão revela-se duvidoso, enquanto as sensibilidades tátil e dolorosa estão preservadas. Não há espessamento palpável ou dor nos troncos nervosos periféricos avaliados (ulnar, mediano, radial, fibular comum e tibial posterior), e a força muscular global encontra-se preservada.

Com base nas normas vigentes do Ministério da Saúde para o diagnóstico, classificação operacional e conduta epidemiológica da hanseníase, é correto afirmar:

- (A) a ausência de resposta celular com teste de Mitsuda negativo caracteriza a forma clínica tuberculoide, indicando o preenchimento de critérios operacionais paucibacilares.
- (B) a classificação do caso como paucibacilar é permitida se o paciente apresentar comprometimento funcional ou espessamento clínico de dois ou mais troncos nervosos periféricos.
- (C) a detecção de anticorpos séricos anti-PGL-1 por imunocromatografia possui sensibilidade elevada para o diagnóstico de indivíduos com as formas clínicas paucibacilares.
- (D) a negatividade da baciloscopia direta de raspado intradérmico indica a ausência de infecção ativa e fundamenta a interrupção das ações de vigilância epidemiológica do contato.
- (E) a obtenção de um resultado reagente no teste rápido em um indivíduo com manifestação clínica inconclusiva fundamenta a indicação para a realização da baciloscopia por raspado intradérmico.

QUESTÃO 44

Homem de 66 anos é atendido com o relato de prurido, hipocolia fecal e fadiga. Ele recebeu recentemente o diagnóstico de linfoma folicular. O exame físico revela icterícia de escleras/conjuntivas. Os exames laboratoriais demonstram hemoglobina de 9,8 g/dL.

Diante do exposto, considerando o diagnóstico de base, qual exame, provavelmente, está alterado?

- (A) AST (TGO) elevado.
- (B) Gama-GT elevada.
- (C) Haptoglobina elevada.
- (D) Reticulócitos reduzidos.
- (E) Tempo de protrombina prolongado.

QUESTÃO 45

Homem de 67 anos evolui com quadro de herpes-zoster extenso e doloroso no hemicorpo direito. Ao exame físico: há linfadenopatia generalizada, com linfonodomegalias cervicais e axilares bilaterais proeminentes, além de hepatosplenomegalia. O hemograma e o esfregaço de sangue periférico evidenciam leucocitose com linfocitose absoluta, à custa de linfócitos de aspecto maduro/habitual. A análise por citometria de fluxo demonstra uma porcentagem anormalmente elevada de células coexpressando CD5+ e CD19+.

Nesse caso, o diagnóstico de base provável é

- (A) leucemia de células pilosas.
- (B) leucemia mieloide crônica.
- (C) leucemia linfocítica crônica.
- (D) linfoma/leucemia de células T do adulto.
- (E) linfoma de Hodgkin.

QUESTÃO 46

Mulher de 29 anos é atendida em consulta de rotina para aconselhamento pré-concepcional, já que planeja constituir família muito em breve. Ela tem história de cardiopatia reumática, mas nega quaisquer sintomas cardíacos e diz caminhar três vezes por semana como exercício. A única medicação em uso é uma injeção mensal de penicilina benzatina. Ao exame físico: pressão arterial: 138 x 84 mmHg; frequência cardíaca: 60 bpm; SatO₂ em ar ambiente: 98%; não há turgência jugular; pulmões estão limpos à ausculta; cardíaco: ritmo regular, com B1 suave; nenhum sopro é auscultado; não há edema de membros inferiores. Eletrocardiograma: ritmo sinusal. Ecocardiograma transtorácico: fração de ejeção de ventrículo esquerdo de 65%; há aumento do átrio esquerdo; os folhetos da valva mitral (VM) estão espessados, com fusão comissural; não há calcificação ou espessamento subvalvar; o tempo de meia-pressão (*pressure half-time*) da VM é de 170 ms.

Nesse momento, a melhor recomendação para essa paciente é

- (A) encaminhar para valvuloplastia por balão.
- (B) iniciar lisinopril.
- (C) iniciar metoprolol.
- (D) recomendar nunca tentar engravidar.
- (E) recomendar prosseguir com a tentativa de engravidar.

QUESTÃO 47

Homem de 62 anos, com antecedentes de hipertensão arterial, diabetes mellitus tipo 2, tabagismo e câncer de próstata, comparece para avaliação de risco cirúrgico cardiovascular perioperatório antes da realização de prostatectomia. O paciente tem boa capacidade funcional, sendo capaz de caminhar em terreno plano sem sintomas limitantes e subir dois lances de escada sem apresentar angina. Ao exame físico: frequência cardíaca: 80 bpm; pressão arterial: 145 x 90 mmHg; SatO₂ em ar ambiente: 98%; ausculta cardíaca: ritmo regular, com sopro sistólico de pico tardio (intensidade 2/6) em bordo esternal superior direito e hipofonese de segunda bulha (A2); pulmonar: murmúrio vesicular diminuído bilateralmente, sem estertores; abdome normal; extremidades sem edema, com pulsos tibiais posteriores palpáveis. Eletrocardiograma: ritmo sinusal; critérios para hipertrofia ventricular esquerda. Tomografia de tórax realizada recentemente evidencia calcificação coronariana moderada e calcificação da valva aórtica.

Nesse caso, além do estímulo à cessação do tabagismo, constitui recomendação apropriada:

- (A) solicitar uma angiogramia coronariana percutânea.
- (B) solicitar uma angiotomografia computadorizada de artérias coronárias.
- (C) solicitar uma cintilografia miocárdica com estresse farmacológico.
- (D) solicitar um ecocardiograma transtorácico.
- (E) recomendar prosseguir com a cirurgia nesse momento.

QUESTÃO 48

Mulher de 32 anos, previamente hígida, procura atendimento com quadro de tosse de duas semanas de evolução, além de dor e sensação de pressão sinusal. Ela relata ter apresentado odinofagia há uma semana. A tosse inicialmente era seca (não produtiva), mas atualmente apresenta pequena quantidade de escarro amarelado. Nega contato com pessoas doentes ou viagens recentes. Ela trabalha no aviário do zoológico, cuidando de araras, papagaios e periquitos. Ao exame físico: temperatura: 37,8 °C; ausculta pulmonar com estertores crepitantes esparsos em base pulmonar esquerda. A radiografia de tórax revelou áreas esparsas de consolidação no lobo inferior esquerdo. A coloração de Gram e a cultura bacteriana de rotina do escarro em meios ágar sangue, ágar chocolate e ágar MacConkey foram negativas para micro-organismos.

Considerando a principal hipótese diagnóstica, o antimicrobiano de escolha para o agente causador dessa infecção é

- (A) amoxicilina-clavulanato.
- (B) doxiciclina.
- (C) itraconazol.
- (D) levofloxacino.
- (E) trimetoprima-sulfametoxazol.

QUESTÃO 49

Mulher de 37 anos procura atendimento médico em um serviço de pronto atendimento. Na última semana, refere que desenvolveu dor abdominal e notou icterícia, acompanhada de fadiga e mal-estar geral. O histórico médico inclui diagnóstico de tireoidite de Hashimoto, em uso de terapia de reposição hormonal. Seus sinais vitais revelam temperatura de 37 °C, frequência cardíaca de 74 bpm e pressão arterial de 101 x 67 mmHg. O exame físico evidencia hepatomegalia leve e comprova icterícia de escleras. Os exames laboratoriais demonstram: ALT (TGP): 430 U/L; AST (TGO): 389 U/L, bilirrubina total de 6,7 mg/dL e bilirrubina direta de 3,3 mg/dL; IgG sérica: 2.630 mg/dL (normal: até 1.600); sorologias virais: negativas. A paciente nega etilismo ou uso de drogas ilícitas.

Diante das informações apresentadas, o diagnóstico provável é

- (A) colangite biliar primária.
- (B) colangite esclerosante.
- (C) hepatite autoimune.
- (D) linfoma hepático.
- (E) síndrome de Budd-Chiari.

QUESTÃO 50

Homem de 58 anos de idade é admitido na sala de emergência queixando-se de dor torácica intensa, de início súbito, com forte irradiação para a região interescapular. Ao exame físico: apresenta-se sudoreico, pálido e intensamente ansioso; pressão arterial: 220 x 130 mmHg no membro superior direito e 190 x 110 mmHg no membro superior esquerdo; frequência cardíaca: 118 bpm. O eletrocardiograma demonstra taquicardia sinusal e critérios de voltagem para hipertrofia ventricular esquerda, sem alterações isquêmicas agudas. A radiografia de tórax no leito evidencia alargamento do mediastino.

Considerando a principal hipótese diagnóstica, é correto afirmar:

- (A) a condução do caso pressupõe a redução rápida e progressiva da pressão arterial, visando uma diminuição de vinte e cinco por cento na primeira hora, para prevenir a isquemia cerebral por falha na autorregulação do fluxo sanguíneo.
- (B) a estabilização cardiovascular do paciente deve ser feita com labetalol intravenoso, fármaco amplamente disponível e de primeira escolha nas diretrizes brasileiras para o tratamento das emergências hipertensivas cardíacas e cerebrovasculares.
- (C) a terapêutica de escolha para o quadro algico e hipertensivo do paciente envolve o uso inicial de nitroprussiato para garantir a vasodilatação, seguida de betabloqueador intravenoso, visando o controle adequado da reatividade simpática miocárdica.
- (D) o controle hemodinâmico exige reduzir a pressão arterial sistólica em níveis entre 120 e 140 mmHg, na primeira hora, com normalização em 24 horas, para preservar a perfusão dos órgãos abdominais e evitar a injúria renal aguda induzida pelo tratamento.
- (E) o manejo inicial desse paciente exige a redução rigorosa da frequência cardíaca para valores inferiores a 60 batimentos por minuto e da pressão arterial sistólica para a faixa entre 90 e 120 mmHg, no intervalo de vinte minutos.

QUESTÃO 51

Homem de 66 anos refere episódios esporádicos de palpitações taquicárdicas associadas a cansaço moderado, com duração de 2 a 4 horas, iniciados há três semanas. Ele tem hipertensão arterial e insuficiência cardíaca com fração de ejeção preservada (FEVE: 55%), sem valvopatia, ambas as patologias compensadas clinicamente. Nega histórico de arritmias, etilismo ou tabagismo. Hemograma completo, coagulograma, hormônios da tireoide, glicemia, função renal, eletrólitos e perfil hepático estão todos normais. Ao exame físico: apresenta-se confortável, eupneico; pressão arterial: 130 x 80 mmHg; cardíaco: bulhas arritmicas, sem sopros; pulmonar normal; extremidades sem edema. O eletrocardiograma, realizado no momento da consulta, revela fibrilação atrial com resposta ventricular variando entre 90 e 100 batimentos por minuto, sem alterações isquêmicas agudas.

Nesse cenário, é correto afirmar:

- (A) a pontuação do risco tromboembólico do paciente justifica a prescrição de anticoagulantes orais de ação direta, preferindo-se agentes como a apixabana ou a rivaroxabana aos antagonistas da vitamina K, visando eficácia semelhante com menor risco de hemorragia intracraniana.
- (B) a avaliação do risco hemorrágico por meio do escore HAS-BLED atua como critério definidor para iniciar a terapia anticoagulante nesse paciente, uma vez que valores elevados contraindicam a anticoagulação medicamentosa e direcionam o tratamento para a oclusão percutânea do apêndice atrial esquerdo.
- (C) a administração de dabigatrana, em pacientes com o referido quadro clínico, demanda a associação de heparina de baixo peso molecular nos cinco dias iniciais do tratamento, já que a ponte farmacológica previne o estado de hipercoagulabilidade transitória induzida pela medicação oral inicial.
- (D) a terapia com dupla antiagregação plaquetária com ácido acetilsalicílico e clopidogrel constitui a abordagem farmacológica de eleição para o caso descrito, oferecendo proteção embólica próxima ao dos anticoagulantes orais, com a vantagem de apresentar taxas significativamente menores de sangramento sistêmico.
- (E) o paciente deve ser encaminhado para o serviço de urgência, visando à monitorização e realização de ecocardiograma transesofágico, uma vez que o diagnóstico da arritmia aguda no eletrocardiograma exige a realização de cardioversão elétrica sincronizada nas primeiras 48 horas do atendimento médico.

QUESTÃO 52

Homem de 49 anos, com diagnóstico conhecido de diabetes tipo 2, apresenta sedimento urinário ativo em um rastreamento de rotina no consultório. Ele toma sitagliptina e metformina. Exames séricos: creatinina: 1,58 mg/dL; albumina sérica: 3,2 g/dL; proteína C reativa: 5 mg/L (normal <10); sorologia para hepatite C: positiva; anticorpos antinucleares: negativos; complemento C3: 62 mg/dL (normal: 65 a 190); complemento C4: 5 mg/dL (normal: 15 a 50). O exame de urina mostra: sangue 2+; proteína 2+; leucócitos e nitrito: negativos. Biópsia renal: padrão membranoproliferativo, com marcação positiva para IgG e C3; depósitos na parede capilar e no mesângio.

Nesse paciente, qual condição, se presente, constitui uma indicação para imunossupressão?

- (A) Altos títulos de RNA para o vírus da hepatite C.
- (B) Genótipo 1 do vírus da hepatite C.
- (C) Presença de crioglobulinas séricas.
- (D) Proliferação extracapilar e formação de crescentes.
- (E) Síndrome nefrótica.

QUESTÃO 53

Mulher de 30 anos dá entrada no serviço de emergência com história de sangramento vaginal leve e dor abdominal há uma semana. A data da última menstruação foi há aproximadamente 7 semanas. Ela supôs que estivesse menstruada, mas as cólicas estão mais intensas do que o habitual. Ao exame físico: temperatura: 36,9 °C; frequência cardíaca: 120 bpm; há dor à palpação do quadrante inferior direito do abdome. O ultrassom mostra útero vazio e uma massa anexial direita. O exame de hCG urinário é positivo e os resultados de beta-hCG sérico estão pendentes.

Considerando a principal hipótese diagnóstica, constitui o patógeno que essa paciente, provavelmente, já foi infectada no passado:

- (A) *Actinomyces israelii*.
- (B) *Chlamydia trachomatis*.
- (C) *Escherichia coli*.
- (D) *Listeria monocytogenes*.
- (E) *Mycobacterium tuberculosis*.

QUESTÃO 54

Mulher de 54 anos refere uma lesão cutânea dolorosa, eritematosa e com rápido crescimento em membro inferior esquerdo, nas últimas 36 horas, além de calafrios, prostração e episódios de náuseas. Ela tem diabetes mellitus tipo 2 mal controlado e obesidade grau II (IMC: 36 kg/m²). Ao exame físico: pressão arterial: 102 x 66 mmHg (PAM: 76 mmHg); frequência cardíaca: 112 bpm; frequência respiratória: 22 irpm; temperatura: 38,4 °C; SatO₂ em ar ambiente: 95%; cardiopulmonar: sem alteração relevante; membro inferior esquerdo: extensa área de eritema, calor, edema e presença de múltiplas bolhas hemáticas, associada à dor desproporcional aos achados locais e crepitação sutil à palpação profunda. Glicemia capilar: 210 mg/dL.

De acordo com as diretrizes de sepse (*Surviving Sepsis Campaign* de 2026), é correto afirmar:

- (A) a apresentação clínica impõe a classificação de sepse definitiva pela constatação de critérios de SIRS associados a uma lesão cutânea infecciosa evidente.
- (B) a indicação de abordagem para controle cirúrgico de fonte infecciosa deve ser avaliada de forma precoce, idealmente nas primeiras 24 horas do diagnóstico.
- (C) a nova meta inicial de pressão arterial média deve ser estabelecida em níveis superiores a oitenta mililitros de mercúrio para assegurar a perfusão renal adequada.
- (D) o cenário clínico é categorizado como sepse provável pela alta suspeição de infecção e menor probabilidade de diagnósticos alternativos.
- (E) o emprego de corticoterapia intravenosa está indicado, nessa fase do atendimento, para reduzir o risco de progressão da disfunção para choque séptico franco.

QUESTÃO 55

Mulher de 20 anos apresenta-se para avaliação de hirsutismo importante para a paciente. Refere telarca aos 11 anos e menarca aos 15 anos. Ela descreve sangramento mensal, com o menor intervalo entre as menstruações de 20 dias, com cerca de 16 menstruações por ano. A paciente está frustrada com o aumento do crescimento de pelos em seu mento e abdome, que notou pela primeira vez aos 13 anos. O crescimento dos pelos tem piorado gradualmente. Ela relata que seu peso tem se mantido estável. Ao exame físico: IMC: 35,0 kg/m²; pressão arterial: 118 x 76 mmHg; há uma quantidade aumentada de pelos terminais grossos no lábio superior, mento, pescoço, abdome e dorso; o escore de Ferriman-Gallwey modificado é de 10; não há clitoromegalia, voz grave ou acantose nigricans. Exames séricos atuais: FSH: 5,0 mUI/mL (normal: 2,0 a 12,0); estradiol: 45 pg/mL (normal: 10 a 180); testosterona: 35 ng/dL (normal: 8 a 60); TSH: 3,0 mUI/L (normal: 0,5 a 5,0); hemoglobina A1c: 5,0%; prolactina: 7 ng/mL (normal: 4 a 30).

Considerando os dados apresentados, assinale a alternativa que indica corretamente o exame adicional necessário para confirmar a principal hipótese diagnóstica dessa paciente.

- (A) Dosagem sérica de 17-hidroxiprogesterona.
- (B) Dosagem sérica de testosterona livre.
- (C) Dosagem de SHBG (globulina ligadora de hormônios sexuais).
- (D) Dosagem de sulfato de deidroepiandrosterona.
- (E) Ultrassonografia transvaginal.

QUESTÃO 56

Mulher de 47 anos apresenta-se com história de perda ponderal (7 kg nas últimas semanas), dor abdominal e diarreia aquosa há um mês. Ela relata episódios frequentes de tenesmo e notou hematoquezia recentemente. Ela tem diagnóstico prévio de infecção pelo HIV, mas atualmente está sem acompanhamento médico ou uso de terapia antirretroviral. A contagem de linfócitos CD4 é de 38 células/mm³. A colonoscopia revela inflamação da mucosa colônica, com presença de úlceras e erosões. A biópsia enviada para exame histopatológico demonstra células aumentadas de tamanho com inclusões intranucleares basofílicas e excêntricas (aspecto em “olho de coruja”).

Nesse contexto, o tratamento de escolha é com

- (A) anfotericina lipossomal.
- (B) ceftriaxona e metronidazol.
- (C) ganciclovir.
- (D) itraconazol.
- (E) pirimetamina/sulfadiazina.

QUESTÃO 57

Mulher de 25 anos, com miocardiopatia dilatada não isquêmica e fração de ejeção de 20%, apresenta-se ao departamento de emergência com disúria, nos últimos 3 dias, além de vômitos e calafrios nas últimas 24 horas. Ao exame físico: ela está sonolenta e prostrada; temperatura: 39,6 °C; frequência cardíaca: 160 bpm; pressão arterial: 80 x 60 mmHg, frequência respiratória: 30 irpm; SatO₂ em ar ambiente: 96%; a pressão venosa jugular está plana; pulmões estão limpos; cardíaco: ritmo regular e taquicárdico, sem sopros; extremidades: aquecidas, sem edema. Exames séricos: leucometria de 20.000/mm³; bicarbonato: 14 mEq/L; creatinina: 1,6 mg/dL. Hemoculturas e urocultura foram coletadas. Ela recebe piperacilina-tazobactam e vancomicina. O cateter de artéria pulmonar é inserido e mostra: pressão de átrio direito (AD): 2 mmHg; pressão de artéria pulmonar (AP): 16 x 8 mmHg; pressão de oclusão da artéria pulmonar (POAP): 5 mmHg; índice cardíaco (IC): 3,5 L/min/m². Ela recebe 2 L de ringer lactato, nas 3 horas subsequentes, mas sua frequência cardíaca permanece em 160 bpm e a pressão arterial permanece em 80 x 60 mmHg. A repetição das medidas hemodinâmicas mostra AD de 4 mmHg, AP de 20 x 8 mmHg, POAP de 7 mmHg e IC de 3,4 L/min/m². Baseado no perfil do caso, a equipe médica não deseja usar noradrenalina.

Nessa circunstância, é correto afirmar que a medicação apropriada a ser iniciada é

- (A) dobutamina: 10 mcg/kg/min.
- (B) dopamina: 5 mcg/kg/min.
- (C) epinefrina: 15 mcg/min.
- (D) milrinona: 0,125 mcg/kg/min.
- (E) vasopressina: 0,04 U/min.

QUESTÃO 58

Homem de 40 anos, sem problemas médicos prévios, é encaminhado para avaliação de dispneia aos esforços. Ele relata que gosta de praticar exercícios e corre aproximadamente 1,6 a 3,2 km em dias alternados. Todavia, ao longo do ano anterior, ele notou que seu ritmo diminuiu devido à dispneia e ocasionalmente precisa parar para recuperar o fôlego. Nega dispneia com atividades menos vigorosas. Não há ganho de peso, edema, ortopneia, etilismo ou tabagismo. Ele foi adotado e não conhece sua história familiar. Ao exame físico: frequência cardíaca: 70 bpm; pressão arterial: 118 x 70 mmHg; SatO₂: 98%; não há sopros ou galopes ao exame cardíaco; pulmões limpos; o restante do exame não é contributivo. Eletrocardiograma: ritmo sinusal normal com hipertrofia ventricular esquerda. Exames séricos: hemograma completo e eletrólitos normais; creatinina: 1,6 mg/dL. O exame de urina é positivo para proteinúria. Ecocardiograma transtorácico: função de ventrículo esquerdo (VE) normal, com aumento moderado concêntrico da espessura da parede de VE (1,6 cm); as velocidades diastólicas precoces (e') ao Doppler tecidual do anel mitral septal e lateral são ambas de 6 cm/s; ambos os átrios estão moderadamente dilatados; não há valvopatia significativa.

Considerando a principal hipótese diagnóstica, constitui a próxima conduta apropriada:

- (A) encaminhar para teste genético.
- (B) iniciar lisinopril.
- (C) realizar biópsia endomiocárdica.
- (D) realizar cintilografia com pirofosfato de tecnécio.
- (E) repetir o ecocardiograma 3 meses após a cessação dos exercícios.

QUESTÃO 59

Homem de 55 anos é atendido em consulta de retorno com queixa de dor óssea que começou há algumas semanas. Ele é um paciente que faz hemodiálise crônica. Todavia, há 6 meses, a fim de controlar melhor sua hipertensão e sobrecarga de volume, ele foi transferido da hemodiálise três vezes por semana para hemodiálise noturna longa, cinco vezes por semana. Ele se exercita regularmente, no entanto, não tem conseguido fazê-lo ultimamente devido à dor óssea. Exames séricos (antes de uma sessão de diálise): cálcio corrigido: 8,4 mg/dL (normal: 8,8 a 10,4); fósforo: 1,55 mg/dL (normal: 2,48 a 4,50); paratormônio: 8,2 pmol/L (normal: 0,9 a 5,4); 25-OH-colecalciferol sérico: 39,8 ng/mL (normal: > 20).

De acordo com as informações apresentadas, qual é a causa provável de dores desse paciente?

- (A) Doença óssea adinâmica.
- (B) Fratura espontânea.
- (C) Hipofosfatemia.
- (D) Lesões ósseas metastáticas.
- (E) Osteodistrofia renal.

QUESTÃO 60

Homem de 34 anos, trabalhador rural residente em uma região produtora de grãos no interior do Estado de São Paulo, procura o serviço de emergência com quadro de quatro dias de febre alta, náuseas, calafrios, cefaleia e dor abdominal difusa. Nas últimas seis horas, evolui com tosse seca e dispneia progressiva rapidamente evolutiva. Ao exame físico: taquipneico, cianótico, hipotenso e hipoxêmico, necessitando de intubação orotraqueal. Os exames séricos iniciais revelam leucocitose importante ($24.500/\text{mm}^3$) com desvio à esquerda escalonado; presença de linfócitos reativos (imunoblastos) correspondendo a 14% da série linfóide; plaquetas: $32.000/\text{mm}^3$; hematócrito: 54%; creatinina: 1,9 mg/dL; desidrogenase láctica: 780 U/L (normal: até 240); albumina sérica: 2,4 g/dL. A radiografia de tórax evidencia infiltrado interstício-alveolar bilateral difuso simétrico.

Considerando a principal hipótese diagnóstica, é correto afirmar:

- (A) a hemoconcentração e a trombocitopenia acentuada refletem a gravidade do extravasamento capilar sistêmico, enquanto a presença de linfócitos reativos periféricos e o desvio à esquerda escalonado auxiliam no diagnóstico presuntivo durante a fase cardiopulmonar.
- (B) a febre amarela grave mimetiza a coagulopatia e a disfunção orgânica da fase cardiopulmonar, sendo o tratamento específico conduzido com o emprego de ribavirina intravenosa associada à reposição vigorosa de fatores de coagulação.
- (C) o edema pulmonar agudo evidenciado nessa síndrome resulta de disfunção ventricular esquerda sistólica retrógrada secundária a miocárdio lítico, cursando classicamente com pressões de oclusão da artéria pulmonar elevadas em exames invasivos.
- (D) o manejo hemodinâmico requer uma estratégia de expansão com fluídos rápida (ataque de ringer lactato: 30 mL/kg) para restauração rápida da volemia, mas priorizando o suporte precoce com drogas vasoativas e agentes inotrópicos, se não houver resposta adequada.
- (E) o diagnóstico confirmatório baseia-se na presença de grânulos tóxicos grosseiros nos neutrófilos segmentados, cenário que fundamenta a indicação de ribavirina intravenosa como terapia antiviral de escolha para a redução da letalidade pulmonar.

QUESTÃO 61

Mulher de 46 anos queixa-se de astenia intensa, cefaleia, febre, odinofagia e anorexia com evolução de uma semana. Relata preocupação após notar um exantema pelo corpo, o qual refere ser não pruriginoso. Ela é sexualmente ativa e mantém um relacionamento monogâmico. Ao exame físico: temperatura: $38,1\text{ }^{\circ}\text{C}$; orofaringe eritematosa, sem exsudatos; linfonodos cervicais aumentados de tamanho, de consistência firme, e indolores à palpação; nota-se exantema maculopapular difuso em tronco, dorso, palmas das mãos e plantas dos pés.

Durante a avaliação pélvica e ginecológica, o achado adicional que, provavelmente, pode ser observado é

- (A) dor à mobilização do colo uterino.
- (B) corrimento vaginal mucopurulento.
- (C) massa perianal verrucosa, com aspecto em couve-flor.
- (D) pápula perianal lisa e hipopigmentada.
- (E) úlcera vaginal vesicular e dolorosa.

QUESTÃO 62

Mulher de 62 anos apresenta diarreia aquosa crônica há 7 meses. Relata que a diarreia persiste mesmo durante o jejum prolongado (noturna). A paciente refere que as fezes são de grande volume, sem sangue ou muco, e estão associadas a episódios de câibras musculares generalizadas. O histórico é relevante apenas para hipertensão em uso de enalapril e anlodipino. Nega viagens recentes, etilismo, tabagismo, uso de antibióticos ou cirurgia gastrointestinal prévia. Ao exame físico: hidratada; pressão arterial: 130 x 80 mmHg; abdome indolor com ruídos hidroaéreos audíveis em todos os quadrantes. Exames séricos: hemograma normal; potássio: 2,8 mEq/L; creatinina: 0,9 mg/dL. O hiato osmótico fecal calculado é de 30 mOsm/kg. A pesquisa de gordura fecal (Sudan III) é negativa e a calprotectina fecal é de 20 mcg/g (referência < 50).

Com base no mecanismo fisiopatológico da diarreia apresentada, assinale a alternativa correta.

- (A) A dosagem de hormônio tireoidiano é um teste de triagem para pacientes com diarreia crônica, pois o hipertireoidismo é a causa mais comum de diarreia em mulheres acima de 50 anos.
- (B) A diarreia é classificada como secretória, uma vez que o hiato osmótico calculado está abaixo de 50 mOsm/kg, indicando que a perda de água é secundária à secreção ativa de eletrólitos pela mucosa intestinal.
- (C) O diagnóstico de síndrome do intestino irritável pode ser assumido, uma vez que os exames laboratoriais básicos não demonstraram alterações inflamatórias ou infecciosas evidentes.
- (D) O hiato osmótico fecal indica que a diarreia é osmótica, resultado de uma absorção deficiente de solutos que retem água na luz intestinal, exigindo exclusão de deficiência de dissacaridases.
- (E) O tratamento com antibióticos de amplo espectro deve ser iniciado para tratar a suspeita de sobrecrecimento bacteriano do intestino delgado, visto que essa causa de diarreia é frequente em pessoas idosas.

QUESTÃO 63

Homem de 35 anos está hospitalizado após um acidente automobilístico. Dois dias após a admissão, ele evolui com disúria e polaciúria. A temperatura é de 36,9 °C e os sinais vitais são normais. O hemograma não demonstra leucocitose. Uma amostra de urina de jato médio é coletada, apresentando sedimento positivo para esterase leucocitária e nitritos, e a urocultura revela o crescimento de 103.000 UFC/mL de *Escherichia coli*. O teste de sensibilidade antimicrobiana demonstra que o micro-organismo é produtor de beta-lactamase de espectro estendido (ESBL).

É correto afirmar que a conduta adequada para esse paciente é

- (A) coletar uma amostra de urina por cateterismo para confirmar os resultados.
- (B) iniciar terapia antimicrobiana com cefepima.
- (C) iniciar terapia antimicrobiana com nitrofurantoína.
- (D) iniciar terapia antimicrobiana com piperacilina-tazobactam.
- (E) não realizar nenhuma conduta adicional; isso provavelmente indica contaminação.

QUESTÃO 64

Mulher de 72 anos, ex-tabagista, com histórico de câncer de mama tratado cirurgicamente, há 3 anos, é admitida no pronto-socorro com quadro de dispneia de início súbito e dor torácica à direita iniciadas há 4 horas. Nega síncope, episódios prévios semelhantes ou internações recentes. Faz uso regular apenas de inibidor da aromatase. Ao exame físico: taquipneica, acianótica; pressão arterial: 95 x 60 mmHg; frequência cardíaca: 112 bpm; frequência respiratória: 26 irpm; SatO₂: 91% em ar ambiente; cardiopulmonar: normal; há turgência jugular a 45 graus 2+/4; extremidades sem edema. Escore PESI: 118 pontos (classe IV). Troponina T: 0,08 ng/mL (normal: < 0,01); peptídeo natriurético (BNP): 450 pg/mL (normal: < 100). Angiotomografia de tórax: presença de falha de enchimento intraluminal em artéria pulmonar principal direita, estendendo-se para ramos lobares inferiores; razão do diâmetro diastólico final VD/VE de 1,2.

Considerando a principal hipótese diagnóstica, com base no manejo e nas categorias da estratificação de risco das diretrizes mais recentes, é correto afirmar:

- (A) a embolectomia cirúrgica configura uma modalidade terapêutica benéfica nessa situação clínica de disfunção ventricular direita, propiciando alívio da obstrução vascular e melhoria substancial dos sintomas, em comparação ao tratamento com anticoagulantes injetáveis convencionais.
- (B) a heparina não fracionada endovenosa é a opção terapêutica preferencial para o controle inicial da paciente, oferecendo maior previsibilidade farmacocinética e menor incidência de trombocitopenia induzida comparada aos compostos de baixo peso molecular subcutâneos.
- (C) a evidência de disfunção ventricular direita em conjunto com a elevação da troponina classifica o quadro da paciente na categoria D2, caracterizando um estado de choque normotensivo, com necessidade de suporte inotrópico.
- (D) a investigação de doenças oncológicas subjacentes ocultas demanda a realização de exames de imagem adicionais para guiar a extensão do período anticoagulante, como a tomografia por emissão de pósitrons, considerando a idade avançada da paciente.
- (E) o quadro clínico atual classifica a paciente na categoria C3 da diretriz internacional recente, recomendando-se a avaliação por uma equipe de resposta à embolia pulmonar para otimizar a entrega do cuidado clínico hospitalar.

QUESTÃO 65

Mulher de 54 anos procura o serviço de pronto atendimento com queixa de prurido vaginal, corrimento e desconforto pélvico há 3 dias. Ela relata que, há poucos dias, finalizou um curso de antibioticoterapia com azitromicina e amoxicilina para tratamento de uma infecção do trato respiratório inferior. Nega atividade sexual nos últimos 2 meses. Ao exame pélvico/ginecológico, nota-se eritema vulvar importante, edema leve e corrimento vaginal esbranquiçado e espesso (grumoso). Não há lesões genitais ativas.

Qual o achado que, provavelmente, é observado na análise desse corrimento?

- (A) Bastonetes gram-positivos.
- (B) Diplococos gram-negativos.
- (C) Espiroquetas.
- (D) Hifas.
- (E) Protozoários em formato de pera.

QUESTÃO 66

Homem de 58 anos, trabalhador rural, é internado para investigação de síndrome febril prolongada. Relata febre vespertina (até 38,6 °C), sudorese noturna profusa, astenia e perda ponderal não intencional de 12 kg nas últimas 6 semanas. Queixa-se de artralgia em pequenas articulações das mãos e mialgia difusa. Ele passou por 4 avaliações ambulatoriais prévias, recebendo tratamentos sintomáticos, sem melhora sustentada. Ao exame físico: emagrecido; pressão arterial: 125 x 75 mmHg; frequência cardíaca: 102 bpm; temperatura: 38,4 °C; cardíaco: ritmo regular com sopro holossistólico (Grau 3/6) mais audível no ápice, com irradiação para a axila esquerda; baço palpável a 4 cm do rebordo costal esquerdo, de consistência firme; presença de nódulos subcutâneos eritematosos e dolorosos nas polpas dos dedos das mãos; fundo de olho: lesões retinianas exsudativas ovais com halo hemorrágico e centro pálido. Exames séricos: hemoglobina: 9,4 g/dL (normocítica/ normocrômica); leucócitos: 12.200/mm³ (sem desvio à esquerda); proteína C reativa: 112 mg/L (normal: até 10); fator reumatoide reagente em altos títulos; fator antinuclear reagente 1:80 (padrão pontilhado fino); frações do complemento C3 e C4 consideravelmente reduzidas. Três amostras de sangue periférico colhidas na admissão encontram-se em incubação, sem crescimento bacteriano nas primeiras 72 horas. Urinálise: hematúria dismórfica; presença de cilindros hemáticos; proteinúria de 1,2 g/24h.

Considerando a principal hipótese diagnóstica, é correto afirmar:

- (A) a anemia normocítica e normocrômica observada nos exames laboratoriais resulta da destruição direta dos eritrócitos pelas bactérias circulantes, caracterizando uma anemia hemolítica intravascular frequentemente associada à síndrome febril.
- (B) a endocardite com hemoculturas negativas causada por agentes como *Coxiella burnetii* ou espécies de *Bartonella* costuma cursar com fenômenos imunológicos proeminentes, mimetizando desordens reumatológicas primárias.
- (C) a identificação de micro-organismos fastidiosos do grupo HACEK demanda períodos de incubação prolongados superiores a vinte e um dias nos sistemas automatizados modernos de monitoramento de hemocultura.
- (D) as lesões maculares hemorrágicas indolores nas regiões palmoplantares representam respostas imunomediadas aos componentes da parede celular bacteriana, refletindo uma reação de hipersensibilidade tardia do tipo IV.
- (E) as lesões retinianas exsudativas com centro pálido surgem da disseminação aguda de êmbolos sépticos na artéria central da retina, causando perda visual periférica e danos maculares nos pacientes acometidos.

QUESTÃO 67

Homem de 66 anos, com histórico de diabetes mellitus tipo 2 mal controlado (hemoglobina glicada recente de 9,0%), obesidade e hipertensão arterial, apresenta-se à unidade de saúde com sintomas de dormência, formigamento e dor em queimação em ambos os pés, com progressão nos últimos 2 anos. Ele está em uso de metformina, glibenclamida e lisinopril. Para os sintomas da neuropatia, já realizou tentativas prévias sem sucesso com gabapentina e pregabalina (descontinuadas por falta de efeito terapêutico). Ao exame físico das extremidades inferiores, os pulsos periféricos estão mantidos, a força motora está preservada, há presença de hiperalgesia, teste do monofilamento 8/10 bilateralmente e não há feridas abertas, úlceras ou amputações prévias.

Para esse paciente, o tratamento farmacológico apropriado para o manejo dos sintomas da neuropatia periférica diabética é com

- (A) amitriptilina.
- (B) carbamazepina.
- (C) duloxetina.
- (D) lamotrigina.
- (E) sertralina.

QUESTÃO 68

Mulher de 74 anos, com histórico de insuficiência cardíaca com fração de ejeção reduzida (FEVE: 32%) secundária a cardiopatia isquêmica crônica e doença renal crônica estágio 3a (creatinina: 1,4 mg/dL), é admitida no departamento de emergência. Ela relata piora progressiva da dispneia, nos últimos cinco dias, ortopneia, episódios de dispneia paroxística noturna e edema de membros inferiores. Refere que abusou do consumo de alimentos industrializados ricos em sal recentemente. Ao exame físico: pressão arterial: 152 x 88 mmHg; frequência cardíaca: 112 bpm (irregular); frequência respiratória: 26 ipm; SatO₂ em ar ambiente: 88%; nota-se turgência venosa jugular evidente a 45 graus (3+/4+); cardíaco: bulhas arrítmicas e terceira bulha (B3) em foco mitral; pulmonar: estertores crepitantes bilaterais que se estendem até os dois terços inferiores de ambos os campos pulmonares; edema simétrico importante (3+/4+) estendendo-se até os joelhos. Exames séricos: hemoglobina: 12,4 g/dL; creatinina: 1,7 mg/dL; potássio: 4,1 mEq/L; sódio: 132 mEq/L; bicarbonato: 28 mEq/L; troponina I: 0,08 ng/mL (normal: < 0,03); NT-proBNP: 4.800 pg/mL. Eletrocardiograma: fibrilação atrial com alta resposta ventricular e critérios de sobrecarga ventricular esquerda com alterações inespecíficas da repolarização ventricular. O paciente é colocado em ventilação não invasiva de 2 níveis (BiPAP) e tratado com medicações parenterais.

Segundo as informações apresentadas, é correto afirmar:

- (A) a ocorrência de pequenas elevações na creatinina sérica, durante a terapia diurética agressiva, pode refletir hemoconcentração e descongestão eficaz, não devendo motivar a suspensão rotineira do tratamento na ausência de outros sinais de injúria renal.
- (B) a infusão contínua de diuréticos de alça demonstra superioridade em termos de sobrevida global e redução de desfechos duros quando comparada à estratégia de administração em *bolus* na abordagem inicial da hipervolemia.
- (C) a suspensão imediata de inibidores do cotransportador sódio-glicose 2 (SGLT2) deve ser realizada na admissão de pacientes hipervolêmicos para evitar o bloqueio da diurese proximal.
- (D) a visualização de infiltrados pulmonares essencialmente periféricos com preservação da zona perihilar à radiografia de tórax representa um sinal clássico de edema pulmonar cardiogênico.
- (E) o desenvolvimento de alcalose metabólica induzida pela terapia diurética de alça decorre primariamente de um defeito adquirido na reabsorção de íons cloreto ao nível do túbulo contorcido distal.

QUESTÃO 69

Mulher de 18 anos portadora de anemia falciforme apresenta-se com história de febre, há 2 dias, e piora de dor na perna há 4 dias. Relata que, antes do início da dor na perna, já havia faltado à faculdade por alguns dias devido a uma "virose" (gastroenterite). Ao exame físico: temperatura: 38,8 °C; a região superior da perna direita encontra-se dolorosa à palpação e quente ao toque, com relutância em deambular. A radiografia mostra marcado edema de partes moles ao longo do fêmur. Os resultados laboratoriais relevantes demonstram: leucócitos de 15.700/mm³ e elevação moderada de proteína C reativa. Hemoculturas: gram-negativo em identificação.

Com base no exposto, é correto afirmar que o provável agente causador dessa condição é:

- (A) *Klebsiella*.
- (B) *Listeria monocytogenes*.
- (C) *Pseudomonas*.
- (D) *Salmonella*.
- (E) *Shigella*.

QUESTÃO 70

Mulher de 24 anos dá entrada no serviço de emergência com a queixa principal de: "acho que o câncer está me matando". Ela relata que, nos últimos 6 meses, tem chorado diariamente e apresenta redução da concentração, da energia e do interesse em seus hobbies habituais. Perdeu cerca de 4,5 kg durante esse período. Não consegue pegar no sono e, quando consegue, acorda muito cedo de manhã. Nas últimas 3 semanas, ela se convenceu de que está morrendo de câncer e que está sendo "comida por dentro". Além disso, nas últimas 2 semanas, tem ouvido uma voz chamando seu nome quando não há ninguém por perto.

Segundo o relato, qual é o diagnóstico provável?

- (A) Esquizofrenia.
- (B) Transtorno delirante.
- (C) Transtorno esquizoafetivo.
- (D) Transtorno esquizofreniforme.
- (E) Transtorno depressivo maior com características psicóticas.

QUESTÃO 71

Homem de 62 anos, hipertenso e dislipidêmico, encontra-se no terceiro dia de internação na unidade coronariana após apresentar um infarto agudo do miocárdio com elevação de segmento ST de parede anterior. Ele foi submetido à intervenção coronariana percutânea primária com implante de *stent* farmacológico na artéria descendente anterior (tempo porta-balão de 85 minutos). A evolução era estável, porém passou a referir dor torácica aguda, de caráter pleurítico, que irradia para o trapézio e melhora quando o paciente inclina o tronco para a frente. Ao exame físico de agora: consciente, orientado, eupneico; pressão arterial: 118 x 72 mmHg; frequência cardíaca: 88 bpm; SatO₂ em ar ambiente: 96%; pulmonar: normal. Eletrocardiograma: ritmo sinusal; ondas Q em V1-V4; o segmento ST mantém-se elevado nas derivações precordiais, associado à persistência de ondas T positivas. Ecocardiograma transtorácico: fração de ejeção de ventrículo esquerdo: 42%, com acinesia anteroapical; há discreto derrame pericárdico (4 mm), sem sinais de colapso diastólico de câmaras direitas ou variação respiratória significativa do fluxo mitral.

Considerando a evolução descrita, é correto afirmar:

- (A) a era da terapia de reperfusão mecânica primária elevou a incidência dessa complicação inflamatória aguda quando comparada ao período histórico em que os agentes fibrinolíticos constituíam a principal estratégia terapêutica do infarto.
- (B) a localização inferior do infarto agudo do miocárdio demonstra a maior correlação com o desenvolvimento da inflamação pericárdica precoce, refletindo a extensa rede de inervação vagal e a proximidade estrutural com o músculo diafragma.
- (C) a manutenção das terapias antiplaquetária e anticoagulante pós-infarto está indicada nesse cenário, visto que o benefício clínico na prevenção de trombose coronariana supera o risco teórico de desenvolvimento de uma complicação hemorrágica.
- (D) a prescrição de colchicina deve ser iniciada para o tratamento dessa complicação, consistindo em uma medida com boas evidências disponíveis, promovendo a rápida resolução do atrito e a redução da mortalidade.
- (E) a principal causa subjacente à instabilidade hemodinâmica por tamponamento, nos dias subsequentes ao infarto agudo do miocárdio, decorre da intensa exsudação serosa mediada pelas citocinas inflamatórias da pericardite peri-infarto.

QUESTÃO 72

Mulher de 55 anos está preocupada com o seu colesterol elevado. A menopausa ocorreu há 3 anos. Ela não apresenta diabetes ou doença cardiovascular estabelecida, no entanto, mostra-se preocupada porque seu pai sofreu um infarto do miocárdio aos 45 anos de idade. As dosagens de TSH e a glicemia de jejum estão normais. Seu risco de doença cardiovascular, em 10 anos, é estimado em 6,3%. Como a paciente não deseja iniciar o uso de estatinas, ela é submetida a uma tomografia para determinação do escore de cálcio coronário, cujo resultado foi zero. O resultado do perfil lipídico é: colesterol total: 252 mg/dL; LDL: 169 mg/dL; HDL: 47 mg/dL; triglicerídeos: 214 mg/dL. Ela decide seguir uma dieta vegana rica em azeite de oliva e pobre em gordura saturada. Seis meses após a mudança dietética, ela repete o perfil lipídico: colesterol total: 239 mg/dL; LDL: 123 mg/dL; HDL: 41 mg/dL; triglicerídeos: 374 mg/dL.

Nesse momento, com o objetivo de avaliar o risco de doença cardiovascular dessa paciente, o exame apropriado é

- (A) dosagem de apolipoproteína B.
- (B) dosagem de quilomícrons.
- (C) dosagem de lipoproteína (a).
- (D) determinação direta do colesterol não-HDL.
- (E) espectroscopia por ressonância magnética nuclear.

QUESTÃO 73

Mulher de 38 anos, com diabetes mellitus tipo 2, há seis anos, e obesidade grau III (IMC: 46 kg/m²), comparece ao ambulatório para avaliação de rotina. Está em uso de metformina e iniciou semaglutida subcutânea há nove meses. Nesse período, apresentou uma expressiva perda ponderal de 18 kg e melhora do controle glicêmico, com redução da hemoglobina glicada (A1C) de 8,8% para 6,2%. Devido a isso, ela aventa a possibilidade de engravidar. Durante a consulta, relata que apresentou um episódio de gastroenterite aguda, há três semanas, caracterizado por diarreia e vômitos intensos, notando uma redução do volume urinário nessa ocasião. Menciona, ainda, o agendamento de uma cirurgia eletiva de colecistectomia para as próximas semanas, motivada por episódios recentes de cólica biliar. Ao exame físico: nota-se uma nova turvação visual e piora da acuidade no olho direito.

Considerando o caso apresentado, é correto afirmar:

- (A) a manutenção da semaglutida, durante o período gestacional, demonstra um perfil de segurança favorável, sendo a medicação de escolha para o controle do ganho de peso materno e da regulação glicêmica fetal.
- (B) a medicação possui indicação segura e validada para pacientes com histórico familiar de carcinoma medular de tireoide, visto que a proliferação das células C parafoliculares restringe-se aos modelos de experimentação laboratorial animal.
- (C) a neuropatia óptica isquêmica anterior não arterítica manifesta-se como uma complicação ocular de caráter transitório, cursando com reversão do déficit visual após a modificação da dose ou a troca do esquema terapêutico.
- (D) o achado laboratorial de elevação assintomática das enzimas amilase e lipase configura a evolução com pancreatite aguda medicamentosa, o que requer a descontinuação do fármaco para preservar a integridade do parênquima pancreático.
- (E) o retardo do esvaziamento gástrico intrínseco a essa classe farmacológica aumenta o risco de aspiração pulmonar durante a indução anestésica, motivando a orientação de reter a medicação antes de procedimentos cirúrgicos eletivos.

QUESTÃO 74

Homem de 64 anos relata febre diária atingindo 38,5 °C, sudorese noturna profusa que encharca as roupas de cama e perda de peso não intencional de 8 kg (cerca de 12% do peso corporal) nos últimos dois meses. Ao exame físico: temperatura: 38,4 °C; nota-se uma massa linfonodal cervical direita, medindo 4 cm x 4 cm, de consistência firme, coalescente e indolor, além de linfadenopatia axilar palpável; o exame abdominal revela esplenomegalia palpável a 3 cm do rebordo costal esquerdo, sem sinais de ascite ou outras massas. Exames séricos: hemograma com discreta anemia normocítica; eletrólitos e função renal sem alterações; ausência de hipercalcemia; desidrogenase láctica três vezes acima do limite superior da normalidade. Sorologias para HIV, hepatites virais e vírus Epstein-Barr: negativas. Uma biópsia excisional do linfonodo cervical demonstra apagamento completo da arquitetura nodal típica por camadas difusas de linfócitos atípicos grandes, contendo núcleos proeminentes, citoplasma basofílico e uma elevada fração de proliferação celular (índice Ki-67 avaliado em 85%); a imuno-histoquímica revela forte positividade global para os antígenos pan-B (CD19, CD20, CD22 e CD79a).

Considerando a principal hipótese diagnóstica, é correto afirmar:

- (A) a variante rica em células T e histiócitos dessa grave condição demonstra um microambiente tecidual onde as grandes células B malignas constituem a vasta maioria da população celular, com os linfócitos reativos e macrófagos representando uma fração celular inflamatória periférica mínima.
- (B) o cenário clínico adverso pode derivar da transformação histológica de um distúrbio indolente previamente não diagnosticado, como o linfoma folicular, frequentemente associado a um histórico clínico de linfadenopatia flutuante, antes da progressão aguda confirmada para a forma morfológica mais agressiva atual.
- (C) essa malignidade hematológica atípica exibe um início insidioso ao longo de vários anos de evolução, manifestando-se com citopenias sutis e esplenomegalia isolada, enquanto massas sintomáticas de crescimento rápido consistem em características marcantes dos linfomas indolentes de zonas marginais foliculares.
- (D) quando o envolvimento estrutural de tecidos extranodais ocorre nessa doença, o sistema nervoso central consiste no local primário mais frequente da doença, enquanto o trato gastrointestinal encontra-se notavelmente preservado durante a apresentação inicial e evolução precoce dessa malignidade hematológica avaliada.
- (E) um achado laboratorial metabólico bastante característico no momento da apresentação clínica inicial para essa condição proliferativa linfóide é a hipercalcemia sistêmica, que surge de maneira secundária à secreção disseminada de um peptídeo relacionado ao paratormônio pelas células B malignas circulantes ativadas.

QUESTÃO 75

Homem de 68 anos procura o pronto atendimento com queixas de dor e empastamento em panturrilha esquerda surgidos há três dias. O histórico médico revela hipertensão arterial em uso de enalapril, diabetes mellitus tipo 2 controlado com linagliptina e acidente vascular cerebral isquêmico prévio ocorrido há dois anos, sem sequelas motoras residuais. Ao exame físico: pressão arterial: 138 x 84 mmHg; frequência cardíaca: 82 bpm; frequência respiratória: 16 ipm; SatO₂ em ar ambiente: 97%; peso: 118 kg; membro inferior esquerdo com edema assimétrico importante (2+/4+) estendendo-se até o terço proximal da coxa, com eritema discreto. Ultrassom: trombose venosa profunda (TVP) proximal extensa. Exames séricos: sódio: 138 mEq/L; potássio: 4,5 mEq/L; ureia: 51 mg/dL; creatinina: 1,6 mg/dL (clearance de 34 mL/min/1,73m²); hemograma completo, coagulograma, glicemia e perfil hepático: normais.

Nesse cenário clínico, é correto afirmar:

- (A) os inibidores diretos do fator Xa, como apixabana e rivaroxabana, atuam bloqueando o sítio ativo da forma livre e da fração ligada ao complexo protrombinase, reduzindo a geração de trombina sem afetar a atividade da trombina já circulante.
- (B) dabigatrana bloqueia a cascata de coagulação ligando-se reversivelmente ao fator Xa ativado, o que impede a clivagem do fibrinogênio em fibrina e atenua a ativação plaquetária mediada pelo receptor ativado por protease.
- (C) a instituição de esquemas terapêuticos baseados em inibidores diretos do fator Xa pode acarretar o acúmulo sistêmico deletério da maior parte da dose administrada nesse paciente, já que ele tem disfunção renal com clearance de 34 mL/min.
- (D) a transição do tratamento inicial da fase aguda da TVP para o uso de edoxabana pressupõe a administração concomitante com heparina de baixo peso molecular nos primeiros cinco dias de terapia combinada oral.
- (E) os inibidores diretos do fator Xa exercem seu efeito terapêutico principal acelerando a ação inibidora natural da antitrombina sobre a via comum da cascata de coagulação plasmática.

QUESTÃO 76

Homem de 69 anos é atendido em consulta de rotina por quadro de possível hipogonadismo. Ele relata redução da libido, aumento da fadiga e ganho de peso gradual nos últimos 10 anos. É portador de diabetes mellitus tipo 2 (manejado sem insulina), hipertensão arterial, hipercolesterolemia e apresenta histórico de infecção por COVID-19, pela qual permaneceu hospitalizado, por 4 dias, há 3 meses. Ele e sua esposa têm 3 filhos adultos na faixa dos 30 anos. As medicações em uso são: metformina (2 g/dia), empagliflozina (10 mg/dia); lisinopril (10 mg/dia); atorvastatina (40 mg/dia). O prontuário mostra os exames realizados 1 semana após a internação por COVID: painel metabólico completo e função hepática: normais; creatinina: 1,4 mg/dL; hemoglobina: 15,8 g/dL; hemoglobina A1c: 7,7%; testosterona total: 170 ng/dL (normal: 300 a 900); testosterona livre: 7,5 ng/dL (normal: 9,0 a 30,0). Ao exame físico de agora: pressão arterial: 142 x 91 mmHg; frequência cardíaca: 82 bpm; peso: 117,9 kg (IMC: 32,0 kg/m²); nota-se adiposidade central, pilificação de padrão masculino normal e ausência de ginecomastia; testículos com volume normal e genitália externa de aspecto normal. Novos resultados hormonais (jejum, 08h00) mostram: testosterona total: 240 ng/dL; testosterona livre: 8,5 ng/dL.

Nesse momento, o próximo passo apropriado para seu hipogonadismo é

- (A) iniciar testosterona em gel transdérmico diário, após aconselhamento apropriado sobre os riscos e benefícios da terapia de reposição.
- (B) iniciar enantato de testosterona intramuscular, 150 mg, a cada 2 semanas, após aconselhamento apropriado sobre os riscos e benefícios da terapia de reposição.
- (C) encaminhar para orientação nutricional e incentivá-lo a praticar exercícios, por 30 minutos, 1 vez por semana.
- (D) repetir a dosagem matinal em jejum de testosterona total e livre, em 1 mês, com solicitação concomitante de LH e FSH.
- (E) realizar rastreamento para depressão utilizando o Questionário de Saúde do Paciente 9 (PHQ-9).

QUESTÃO 77

Mulher de 28 anos, nuligesta, relata quatro meses de artralgias intermitentes em mãos e punhos, episódios de dor torácica de características pleuríticas e surgimento de lesões cutâneas eritematosas em regiões expostas à luz solar. Durante a investigação, a pesquisa de anticorpos contra antígenos nucleares por imunofluorescência indireta (IFI) utilizando células HEp-2 é realizada. O laboratório utiliza um protocolo com fixação celular por metanol e o resultado é negativo. Considerando a elevada probabilidade pré-teste, decorrente do quadro clínico apresentado, opta-se por prosseguir a investigação por meio de ensaios em fase sólida. Os testes laboratoriais subsequentes revelaram reatividade quantitativa significativa para anticorpos anti-Ro60, anti-Ro52 e anti-dsDNA, confirmando o diagnóstico de lúpus eritematoso sistêmico (LES).

Com base nas evidências laboratoriais, nos aspectos operacionais das metodologias diagnósticas e nas repercussões prognósticas dos autoanticorpos descritos, é correto afirmar:

- (A) a identificação de anticorpos anti-histona por meio da imunofluorescência indireta gera caracteristicamente o padrão nuclear pontilhado grosso, correlacionando-se diretamente com o desenvolvimento precoce de nefrite lúpica membranosa e perda de função renal.
- (B) a presença concomitante dos anticorpos anti-Ro60 e anti-Ro52 na paciente que planeja gestação sinaliza uma elevação do risco para o desenvolvimento da síndrome do lúpus neonatal no conceito, demandando acompanhamento especializado.
- (C) a triagem populacional de indivíduos assintomáticos utilizando o teste de anticorpo antinuclear demonstra alto valor preditivo positivo em decorrência da expressiva prevalência cumulativa das doenças do tecido conjuntivo na população geral.
- (D) as flutuações quantitativas nos títulos do fator antinúcleo ao longo do tempo apresentam equivalência clínica ao comportamento do anti-dsDNA, servindo ambos como parâmetros validados para predição de crises de atividade inflamatória.
- (E) o anticorpo anti-Sm caracteriza-se por uma elevada sensibilidade diagnóstica na população lúpica adulta, apresentando variações expressivas em sua concentração sérica que acompanham as respostas terapêuticas instituídas a curto prazo no manejo clínico.

QUESTÃO 78

Homem de 28 anos de idade, assintomático, comparece a uma unidade de saúde relatando exposição sexual desprotegida, há aproximadamente 4 semanas, sendo solicitada a avaliação laboratorial para infecção retroviral humana. A amostra de sangue venoso do paciente é encaminhada ao laboratório, que adota o Fluxograma 3 de testagem preconizado pelo Ministério da Saúde. O exame inicial, um imunoenensaio de quarta geração, apresenta resultado reagente. Na sequência, a mesma amostra é submetida a um teste molecular quantitativo, que revela uma carga viral de 45.000 cópias/mL. A amostra é então definida como reagente para o vírus.

Considerando o Manual Técnico para o Diagnóstico da Infecção pelo HIV (2018), é correto afirmar:

- (A) a segunda amostra de sangue do indivíduo precisará ser processada diretamente no aparelho de amplificação genética para avaliar o declínio da viremia plasmática após a fase de pico agudo do retrovírus.
- (B) o fluxograma laboratorial adotado tem a propriedade de proporcionar um diagnóstico precoce, identificando o marcador de ácido nucleico viral em indivíduos que ainda se encontram em fases iniciais da resposta imunológica.
- (C) o imunoenensaio de quarta geração apresenta desvantagens técnicas na fase aguda da infecção, exigindo a requisição de testes moleculares em paralelo para contornar a deficiência na detecção da glicoproteína p24.
- (D) o laboratório deve emitir o laudo de infecção aguda e requerer uma nova venopunção do paciente, após sessenta dias, para verificar a positividade das bandas reativas no ensaio sorológico de Western blot.
- (E) o Western blot apresenta sensibilidade analítica superior ao ensaio imunoenzimático nas infecções recentes, sendo a principal ferramenta de substituição analítica nos casos de suspeita clínica de janela imunológica prolongada e indeterminada.

QUESTÃO 79

Homem de 58 anos, portador de leucemia mieloide aguda em remissão, é admitido na enfermaria de clínica médica transferido de um hospital secundário, onde permaneceu internado, por 55 horas, para manejo de uma pneumonia adquirida na comunidade. Durante a internação prévia, necessitou de passagem de cateter venoso central devido a acesso periférico difícil. No momento da admissão na nova instituição, o paciente encontra-se estável hemodinamicamente, afebril, com o cateter venoso central *in situ* e sem sinais de infecção no sítio de inserção. A equipe de enfermagem programa a coleta de culturas de vigilância e discute as medidas de isolamento aplicáveis.

Considerando o Protocolo de Precauções e Isolamento em Serviços de Saúde da ANVISA (2025), é correto afirmar:

- (A) a equipe assistencial deve implementar as precauções de contato para esse paciente durante o período de aguardo dos resultados dos *swabs* coletados, visando prevenir a potencial disseminação de germes multirresistentes na enfermaria.
- (B) a coleta do *swab* nasal para vigilância requer a introdução de dois *swabs* secos e distintos, um para cada narina, friccionando a região posterior da cavidade nasal para garantir a captação adequada de colonizadores estafilocócicos resistentes.
- (C) a suspensão das precauções de contato, para esse paciente específico, deve ocorrer em quarenta e oito horas após a admissão, desde que ele permaneça afebril e apresente melhora clínica da pneumonia inicial.
- (D) a internação prévia de 55 horas classifica o paciente na categoria de baixo risco para colonização, retirando a necessidade de triagem ativa, visto que a diretriz nacional exige o mínimo de setenta e duas horas de permanência em transferências.
- (E) o laudo laboratorial positivo para enterobactérias resistentes aos carbapenêmicos dita a suspensão pontual do tratamento antineoplásico do paciente até a obtenção de três culturas consecutivas negativas ao longo de um período de duas semanas.

QUESTÃO 80

Homem de 68 anos é admitido no departamento de emergência por insuficiência respiratória aguda hipoxêmica e rebaixamento do nível de consciência. O histórico é relevante para doença pulmonar obstrutiva crônica grave e insuficiência cardíaca com fração de ejeção preservada. Após falha da ventilação não invasiva, o paciente é intubado, acoplado à ventilação mecânica e sedado em infusão contínua com propofol e fentanila. Hemoculturas são coletadas e iniciada antibioticoterapia empírica com piperacilina-tazobactam e claritromicina. Ele evolui com instabilidade hemodinâmica, sendo necessário suporte vasopressor com noradrenalina por acesso venoso periférico, até a passagem de cateter venoso central na veia jugular interna direita. Exames séricos iniciais: lactato de 4,5 mmol/L e creatinina de 2,1 mg/dL. O paciente aguarda tomografias de crânio e tórax e vaga na unidade de terapia intensiva. Ocorre a troca de turno médico na emergência, exigindo a transferência de cuidados para a equipe plantonista da noite. O médico que assume o plantão utiliza o método I-PASS (*Illness severity, Patient summary, Action list, Situation awareness and contingency planning, Synthesis by receiver*) para estruturar a passagem de plantão.

Considerando as recomendações das diretrizes de segurança do paciente para transições de cuidado e a aplicação clínica estruturada, nesse cenário específico, é correto afirmar:

- (A) a abordagem estruturada multinível evita a modificação do esquema de antibioticoterapia inicial pela equipe receptora, fortalecendo o raciocínio clínico diante dos resultados futuros das hemoculturas coletadas à admissão na unidade.
- (B) a classificação da gravidade da doença no método deve identificar o paciente como estável e sinalizar a necessidade de vigilância rigorosa devido ao uso contínuo de vasopressor e ventilação mecânica na emergência.
- (C) a lista de ações deve delegar as decisões complexas de suporte ventilatório avançado à equipe de fisioterapia, diminuindo a carga cognitiva do médico plantonista que assume o cuidado noturno do paciente intubado.
- (D) a padronização da transferência de cuidado tem a desvantagem de reduzir o engajamento da equipe multidisciplinar, mas com a vantagem de centralizar o fluxo de dados críticos do suporte hemodinâmico na comunicação entre os médicos.
- (E) a síntese pelo receptor ocorre quando o médico que assume o plantão repete as informações essenciais sobre a disfunção renal e os planos de exame, confirmando a compreensão do plano terapêutico.

