

VI OLIMPÍADA DE MEDICINA



CADERNO DE QUESTÕES

1ª FASE - 19/09/2026

CICLO CLÍNICO

Nome dos integrantes:



OMED 2026



Prova Ciclo Clínico

Instruções para a prova:

1. Somente abra este caderno de questões mediante autorização do fiscal de aplicação;
2. A prova tem duração de 4 (quatro) horas;
3. Preencha corretamente os dados da equipe na capa deste caderno de questões;
4. Findadas as 4 (quatro) horas de prova, os fiscais recolherão os cadernos de questões junto dos gabaritos. **Não será dado tempo adicional para preenchimento do gabarito;**
5. É expressamente proibido deixar a sala de prova com gabaritos pessoais, rascunhos com respostas ou o caderno de questões;
6. Apenas 1 (um) gabarito, 1 (uma) prova e 1 (um) banco de imagens deverá ser entregue por equipe;
7. O gabarito provisório da primeira fase será liberado no site **www.omed.online em 21/09/2026;**
8. A submissão de recursos será aceita entre os dias **21/09 e 23/09** por meio do envio de pedidos estruturados e justificados no e-mail: **faq.omedegmail.com.**
9. Verifique se o seu caderno de questão é composto por 50 (cinquenta) questões objetivas e legíveis; ao se deparar com qualquer dissonância, avise imediatamente o fiscal de aplicação;
10. O uso de dispositivos eletrônicos (celulares, fones de ouvido, relógios, etc) é expressamente proibido durante a prova. Tentativas de uso implicarão em desclassificação imediata da dupla/grupo da OMED
11. A adulteração da folha de resposta em qualquer esfera será possível de anulação da prova e desclasificação do grupo;
12. O preenchimento do gabarito deve, obrigatoriamente, ser realizado como ilustrado ao final das orientações, usando caneta esferográfica de tinta azul ou preta;
13. Atente-se ao preenchimento do gabarito oficial. EM caso de rasuras, erros ou danos, não haverá substituições.
14. Os candidatos que não assinarem a capa da prova serão considerados ausentes da prova

Declaração

Declaro que li e estou ciente das informações que constam na capa desta prova, na folha de resposta, bem como dos avisos que foram transmitidos pelo fiscal de sala.

ASSINATURA DE UM DOS MEMBROS DO GRUPO

Correto:

1. (A) ☒ (B) (C) (D)

Errado:

2. (A) ☐ (B) ☒ (C) (D)

3. (A) ☐ (B) ☒ (C) (D)

4. (A) ☒ (B) ☒ (C) (D)

Questão 1: Mulher de 44 anos, ASA II, é submetida a colecistectomia videolaparoscópica eletiva em regime ambulatorial, sob anestesia geral. Após 80 minutos na sala de recuperação pós-anestésica, encontra-se desperta e orientada, movimenta os quatro membros, respira profundamente e tosse adequadamente, apresenta pressão arterial dentro de 20% do valor pré-operatório e SpO₂ de 96% sob oxigênio suplementar por cateter nasal. Refere, entretanto, dor abdominal 7/10 apesar da analgesia inicial e apresentou dois episódios de vômitos, mantendo náusea moderada.

Considerando o índice de Aldrete-Kroulik modificado e a prontidão para alta domiciliar, assinale a alternativa correta.

- O índice de Aldrete-Kroulik indica recuperação fisiológica adequada, e a paciente pode receber alta domiciliar sem necessidade de controle adicional dos sintomas.
- O índice de Aldrete-Kroulik indica recuperação fisiológica adequada, mas a paciente ainda não apresenta critérios suficientes para alta domiciliar, devendo receber tratamento para dor e náuseas/vômitos e ser reavaliada.
- O índice de Aldrete-Kroulik indica recuperação fisiológica inadequada, e a persistência de dor e náuseas/vômitos reforça a necessidade de permanência na RPA até normalização de todos os parâmetros.
- O índice de Aldrete-Kroulik indica recuperação fisiológica inadequada, mas dor e náuseas/vômitos não interferem na decisão de alta domiciliar após cirurgia ambulatorial.

Questão 2: Um grupo de estudantes realiza a leitura crítica do SPRINT, ensaio clínico randomizado que comparou uma estratégia intensiva de redução da pressão arterial sistólica com uma estratégia padrão em indivíduos com elevado risco cardiovascular. O estudo demonstrou redução significativa do desfecho cardiovascular primário na população total. Os autores também apresentaram análises de subgrupos previamente especificadas segundo características como idade, sexo, raça, presença de doença renal crônica, doença cardiovascular prévia e pressão arterial sistólica basal. Observe o forest plot original apresentado pelos autores:

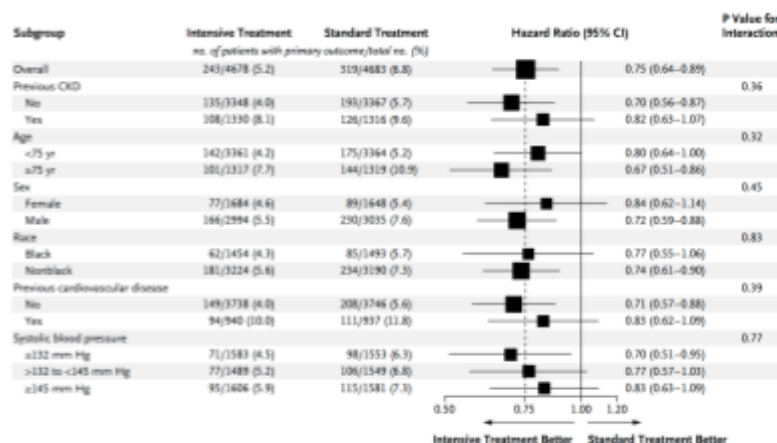


Figure 4. Forest Plot of Primary Outcome According to Subgroups.

The dashed vertical line represents the hazard ratio for the overall study population. The box sizes are proportional to the precision of the estimates (with larger boxes indicating a greater degree of precision). The subgroup of no previous chronic kidney disease (CKD) includes some participants with unknown CKD status at baseline. Black race includes Hispanic black and black as part of a multiracial identification.

Imagem 1 - Fonte: SPRINT Research Group. A randomized trial of intensive versus standard blood-pressure control (NEJM)



Após observar a figura, um estudante afirma que o tratamento intensivo parece beneficiar homens, mas não mulheres, porque o intervalo de confiança do efeito entre os homens não cruza a linha de nulidade, enquanto entre as mulheres isso ocorre. Considerando os resultados apresentados e os princípios estatísticos para interpretação de análises de subgrupos, qual alternativa apresenta conjuntamente a conclusão mais adequada sobre heterogeneidade do efeito e o critério inferencial apropriado para avaliá-la?

- A. Há evidência de modificação do efeito entre os subgrupos; a heterogeneidade pode ser estabelecida comparando-se a significância estatística obtida separadamente em cada categoria, de modo que resultado significativo em um grupo e não significativo em outro sustenta diferença entre os efeitos.
- B. Não há evidência estatística convincente de modificação do efeito entre os subgrupos; a avaliação apropriada depende da comparação formal entre os efeitos por meio do teste de interação, que não demonstra heterogeneidade significativa nas análises apresentadas.
- C. Há evidência de modificação do efeito entre os subgrupos; o teste de interação é o método apropriado para essa comparação, e as diferenças observadas entre as estimativas pontuais no forest plot devem ser interpretadas como evidência de interação.
- D. Não há evidência estatística convincente de modificação do efeito entre os subgrupos; essa conclusão pode ser obtida comparando-se quais intervalos de confiança individuais incluem a linha de nulidade, sem necessidade de um teste formal de interação.

Questão 3: Homem de 66 anos, hipertenso e tabagista, é levado ao pronto-socorro por início súbito, há 50 minutos, de dificuldade para falar e fraqueza em hemicorpo esquerdo. A esposa relata que, poucos minutos antes do déficit neurológico, o paciente interrompeu o café da manhã por apresentar dor torácica intensa, que melhorou espontaneamente em cerca de 10 minutos. Ao exame, apresenta afasia, paresia facial central e hemiparesia esquerda. A PA é de 172/94 mmHg no braço direito e 150/88 mmHg no esquerdo. O pulso radial esquerdo é discretamente menos amplo. Não há sinais de choque. A tomografia de crânio sem contraste não evidencia hemorragia intracraniana.

Considerando a interpretação do quadro e a próxima conduta, assinale a alternativa correta.

- A. O quadro é mais compatível com AVC isquêmico primário; deve-se proceder à trombólise intravenosa, pois o paciente está dentro da janela terapêutica e não há hemorragia intracraniana.
- B. O quadro é mais compatível com AVC isquêmico primário; entretanto, os achados extracerebrais justificam investigação vascular da aorta antes de definir terapia de reperfusão.
- C. O quadro sugere dissecção aguda da aorta com comprometimento de ramo supra-aórtico; deve-se proceder à trombólise intravenosa, pois o déficit neurológico representa a complicação imediatamente mais ameaçadora.
- D. O quadro sugere dissecção aguda da aorta com comprometimento de ramo supra-aórtico; deve-se evitar trombólise intravenosa e realizar investigação urgente da aorta, com acionamento da equipe especializada.

Questão 4: Homem, 67 anos, morador de área rural distante do centro de referência, com doença pulmonar obstrutiva crônica e hipertensão arterial. Há 4 meses, apresenta piora progressiva da tolerância aos esforços, passando de atividades habituais sem limitação para dispneia em caminhadas curtas, com 2 episódios de tontura aos esforços. Nas últimas semanas, surgiu edema progressivo de membros inferiores. Nega febre, piora da tosse, alteração do escarro, ortopneia ou dispneia paroxística noturna. Sem insuficiência cardíaca ou tromboembolismo pulmonar prévios. Ao exame, confortável e hemodinamicamente estável, saturação de oxigênio 86% em ar ambiente (VR 95–100%), turgência



jugular, impulsão paraesternal esquerda, P2 hiperfonética, sopro sistólico em borda esternal inferior intensificado à inspiração e edema bilateral de membros inferiores. Murmúrio vesicular difusamente reduzido, sem estertores. Unidade sem ecocardiografia ou estudo hemodinâmico; encaminhamento ao centro de referência programado.

Considerando a interpretação mais provável do quadro e a conduta inicial nesse contexto, assinale a alternativa correta.

- A. Hipertensão pulmonar associada à doença pulmonar crônica, com cor pulmonale; otimizar o tratamento da DPOC, corrigir a hipoxemia, manejar cautelosamente a congestão e prosseguir investigação especializada antes de considerar terapia pulmonar específica.
- B. Hipertensão pulmonar associada à doença pulmonar crônica, com cor pulmonale; otimizar o tratamento da DPOC, mas iniciar também vasodilatador pulmonar específico empiricamente, pois a presença de insuficiência ventricular direita estabelece indicação para esse tratamento.
- C. Hipertensão pulmonar associada à cardiopatia esquerda, com repercussão sobre o ventrículo direito; manejar a congestão e otimizar o tratamento cardiovascular, prosseguindo investigação especializada antes de considerar terapia pulmonar específica.
- D. Hipertensão pulmonar associada à cardiopatia esquerda, com repercussão sobre o ventrículo direito; manejar a congestão e iniciar vasodilatador pulmonar específico empiricamente, pois a presença de sinais de hipertensão pulmonar justifica tratamento antes da definição hemodinâmica.

Questão 5: Homem de 71 anos, tabagista de 55 anos-maço, com DPOC moderada, realiza PET-CT durante investigação de um nódulo pulmonar. O exame evidencia incidentalmente captação intensa de 18F-FDG em nódulo de 1,8 cm localizado na cauda da parótida direita. O paciente nega dor, crescimento perceptível da região ou episódios de infecção local. Ao exame, apresenta pequeno nódulo móvel e indolor na região parotídea direita, sem paresia facial ou linfonodomegalias cervicais. A ultrassonografia mostra formação bem delimitada, com componentes sólidos e císticos. Punção aspirativa por agulha fina guiada por ultrassom demonstra células epiteliais oncocíticas associadas a abundante população linfoide, sem atipias significativas. Os achados clínicos, radiológicos e citológicos são considerados concordantes.

Considerando o diagnóstico mais provável e a estratégia de manejo, assinale a alternativa correta.

- A. Tumor de Warthin; a vigilância clínica e radiológica é uma opção adequada neste paciente, desde que mantida a concordância diagnóstica e não surjam sintomas ou crescimento significativo.
- B. Tumor de Warthin; a parotidectomia deve ser realizada, pois a intensa captação de FDG indica alto risco de transformação maligna mesmo na presença de citologia benigna.
- C. Adenoma pleomórfico; a vigilância clínica e radiológica é preferível, pois a ausência de sintomas e o pequeno tamanho da lesão tornam desnecessária a excisão.
- D. Adenoma pleomórfico; a parotidectomia deve ser indicada, pois essa neoplasia apresenta comportamento distinto do tumor de Warthin e, em geral, é tratada por excisão completa.

Questão 6: Lactente de 11 meses é acompanhado desde os primeiros meses de vida por assimetria persistente da posição da cabeça. Aos 4 meses, iniciou fisioterapia com mobilização cervical, estímulo de movimentos ativos simétricos, posicionamento e programa domiciliar, com boa adesão familiar. Houve melhora parcial nos primeiros meses, porém, nas últimas oito semanas, os pais e a equipe de fisioterapia não perceberam novas mudanças relevantes.



Na avaliação atual, mantém inclinação da cabeça para a direita e rotação preferencial do mento para a esquerda. Quando o examinador realiza os movimentos cervicais com a criança relaxada, a rotação da cabeça alcança aproximadamente 60° para a direita e 90° para a esquerda; a inclinação lateral também apresenta assimetria entre os lados. Durante esses movimentos, não há dor ou irritabilidade. Não apresenta febre, déficits neurológicos focais, alterações do tônus ou história de trauma.

Considerando a interpretação dos achados clínicos e a evolução durante o tratamento, assinale a alternativa mais adequada:

- A. O quadro é mais compatível com uma preferência postural cervical sem componente musculoesquelético persistente; deve-se manter exclusivamente o tratamento fisioterápico atual, pois a duração da intervenção ainda não permite considerar resposta insatisfatória.
- B. O quadro é mais compatível com uma preferência postural cervical sem componente musculoesquelético persistente; deve-se solicitar avaliação especializada para discutir intervenções adicionais diante da estabilização da resposta ao tratamento.
- C. O quadro sugere persistência de componente muscular do torcicolo congênito; deve-se manter exclusivamente o tratamento fisioterápico atual, pois a idade da criança torna prematura a discussão de outras modalidades terapêuticas.
- D. O quadro sugere persistência de componente muscular do torcicolo congênito; deve-se solicitar avaliação médica e/ou especializada para discutir intervenções adicionais diante da ausência de melhora adicional após tratamento conservador adequadamente realizado.

Questão 7: Mulher, 36 anos, com lesão hepática incidental à ultrassonografia por investigação de nefrolitíase. Nega perda ponderal, febre, icterícia, alteração do hábito intestinal, dor abdominal intensa, hepatites virais, etilismo abusivo, hepatopatia conhecida e uso de anabolizantes. IMC 32 kg/m²; usa anticoncepcional oral combinado continuamente desde os 23 anos. Exame físico: bom estado geral, sem icterícia, hepatomegalia ou massas palpáveis. Hemograma, bilirrubinas, aminotransferases, fosfatase alcalina e albumina normais; sorologias para hepatites B e C negativas. US: lesão focal sólida de 4,6 cm no segmento VI, sem caracterização definitiva. Realizada TC multifásica de abdome; as imagens das diferentes fases pós-contraste são apresentadas abaixo.

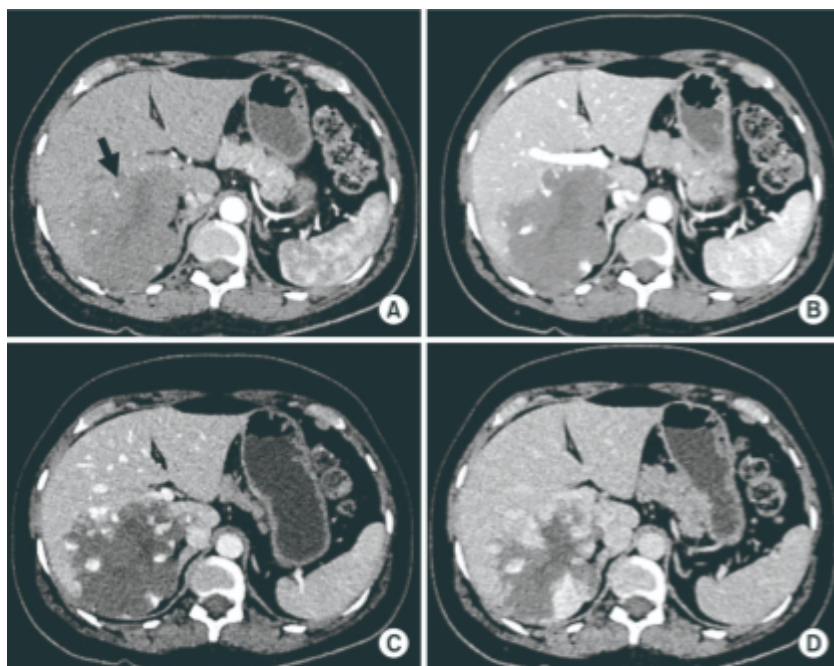


Imagem 2 - Fonte: www.ahbps.org

Considerando conjuntamente os dados clínicos e o padrão de realce observado nas imagens, qual é o diagnóstico mais provável e a conduta mais adequada?

- A. Hemangioma hepático; manter conduta conservadora, sem necessidade de biópsia ou seguimento radiológico rotineiro após caracterização típica por imagem.
- B. Hemangioma hepático; suspender o anticoncepcional oral, orientar redução ponderal e realizar acompanhamento radiológico periódico da lesão.
- C. Adenoma hepatocelular; manter conduta conservadora, sem necessidade de modificar os fatores de risco ou realizar acompanhamento radiológico.
- D. Adenoma hepatocelular; suspender o anticoncepcional oral, orientar redução ponderal e realizar acompanhamento radiológico da lesão

Questão 8: R.M.S., 61 anos, procura atendimento por hematoquezia intermitente, tenesmo, urgência evacuatória e redução progressiva do calibre das fezes há quatro meses. Refere perda ponderal não intencional de 6 kg no período. Ao toque retal, identifica-se lesão endurecida e irregular, situada a aproximadamente 6 cm da margem anal. A colonoscopia demonstra a alteração apresentada na imagem abaixo.



Imagem 3 - Fonte: pmc.ncbi.nlm.nih.gov

Durante o exame, foram obtidas múltiplas biópsias, cujo resultado ainda não está disponível. A tomografia computadorizada de tórax e abdome não evidencia lesões secundárias.

Considerando a principal hipótese diagnóstica sugerida pelo quadro clínico e pelo achado endoscópico, qual combinação entre o próximo exame complementar e seu principal objetivo é a mais adequada para o planejamento terapêutico?

- A. Ultrassonografia endorretal; avaliação da extensão da doença no mesorreto, de sua relação com a fáscia mesorretal e do envolvimento de estruturas pélvicas adjacentes.
- B. Ressonância magnética da pelve com protocolo dedicado ao reto; avaliação da extensão da doença no mesorreto, de sua relação com a fáscia mesorretal e do envolvimento de estruturas pélvicas adjacentes.
- C. Ultrassonografia endorretal; diferenciação das camadas da parede retal para caracterizar a profundidade de uma lesão aparentemente superficial e potencialmente candidata a tratamento local.
- D. Ressonância magnética da pelve com protocolo dedicado ao reto; diferenciação das camadas da parede retal para caracterizar a profundidade de uma lesão aparentemente superficial e potencialmente candidata a tratamento local.

Questão 9: Homem de 59 anos, com antecedente de hérnia inguinal direita conhecida há cerca de três anos, habitualmente redutível, procura o pronto-socorro por dor inguinal de início há aproximadamente seis horas, associada a aumento de volume local e dois episódios de vômitos. Desde o início do quadro, não conseguiu mais reduzir a hérnia.

Ao exame, apresenta abaulamento inguinal direito doloroso e irreductível, sem hiperemia ou alteração de coloração da pele. O abdome está discretamente distendido, sem sinais de irritação peritoneal. Frequência cardíaca de 96 bpm (VR: 60–100 bpm), pressão arterial de 136/84 mmHg (VR: aproximadamente 90–120/60–80 mmHg) e temperatura de 37,2 °C (VR: 36,0–37,5 °C). Os exames laboratoriais revelam leucócitos de 13.200/mm³ (VR: 4.000–10.000/mm³) e lactato sérico de 1,8 mmol/L (VR: 0,5–2,2 mmol/L). Diante da persistência da dor e dos episódios de vômitos, é realizada tomografia computadorizada de abdome e pelve com contraste intravenoso, apresentada abaixo nos cortes axial (a) e coronal (b), respectivamente.



Imagem 4 e 5 - Fonte: [pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC4633709](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC4633709)

Considerando a interpretação do quadro e a conduta mais adequada, assinale a alternativa correta.



- A. Hérnia inguinal agudamente irreductível, sem evidências suficientes de comprometimento vascular; realizar tentativa cuidadosa de redução manual e, se bem-sucedida, manter observação clínica antes de programar correção definitiva.
- B. Hérnia inguinal agudamente irreductível, sem evidências suficientes de comprometimento vascular; indicar exploração cirúrgica de urgência devido à presença de vômitos e leucocitose, independentemente dos demais achados.
- C. Hérnia inguinal com suspeita de estrangulamento intestinal; realizar tentativa de redução manual, pois o lactato dentro da faixa de referência torna improvável isquemia intestinal estabelecida.
- D. Hérnia inguinal com suspeita de estrangulamento intestinal; indicar exploração cirúrgica de urgência, sem tentativa de redução manual.

Questão 10: Lactente de 5 meses, nascido a termo e sem malformações previamente conhecidas, é encaminhado para avaliação por ruído respiratório persistente desde as primeiras semanas de vida. Os pais relatam piora durante o choro, a alimentação e episódios de infecção respiratória. Já necessitou de duas internações por desconforto respiratório.

Durante uma dessas internações, recebeu ventilação mecânica por bronquiolite. Após melhora do quadro pulmonar e preenchimento dos critérios clínicos para extubação, apresentou importante aumento do ruído respiratório e do esforço ventilatório pouco depois da retirada do tubo, necessitando de novo suporte respiratório. Entre os episódios agudos, permanece assintomático em repouso na maior parte do tempo, mas o ruído respiratório reaparece quando chora ou se agita.

Diante da suspeita de alteração estrutural da via aérea central, programa-se broncoscopia dinâmica durante respiração espontânea.

Qual combinação entre o achado broncoscópico esperado e o mecanismo que melhor explica a dificuldade observada após a extubação é a mais provável?

- A. Redução acentuada e dinâmica da luz traqueal durante a expiração, com recuperação do calibre na inspiração; a pressão positiva durante a ventilação pode manter transitoriamente a via aérea aberta, e sua retirada favorece o reaparecimento do colapso.
- B. Redução acentuada e dinâmica da luz traqueal durante a expiração, com recuperação do calibre na inspiração; a dificuldade após a extubação decorre de estreitamento anatômico fixo produzido por anéis cartilagosos traqueais completos.
- C. Estreitamento traqueal circunferencial persistente, com pouca variação do calibre ao longo do ciclo respiratório; a pressão positiva durante a ventilação pode manter transitoriamente a via aérea aberta, e sua retirada favorece o reaparecimento do colapso.
- D. Estreitamento traqueal circunferencial persistente, com pouca variação do calibre ao longo do ciclo respiratório; a dificuldade após a extubação decorre de estreitamento anatômico fixo produzido por anéis cartilagosos traqueais completos.

Questão 11: M.A.L., 64 anos, encontra-se no 5º dia de pós-operatório de sigmoidectomia eletiva com anastomose colorretal primária. A evolução inicial havia sido satisfatória, com progressão da dieta e eliminação de flatos. Nas últimas 18 horas, porém, passou a apresentar inapetência, distensão abdominal e dor progressivamente mais difusa. A enfermagem observa frequência cardíaca persistentemente acima de 110 bpm desde a noite anterior. Na avaliação atual, apresenta temperatura de 38,4 °C, frequência cardíaca de 122 bpm, pressão arterial de 104/66 mmHg e frequência respiratória de 24 irpm. O abdome está distendido, doloroso difusamente e com defesa involuntária à palpação.



Hemograma mostra 17.800 leucócitos/mm³ (VR: 4.000–11.000/mm³), e o lactato sérico é de 2,9 mmol/L (VR: 0,5–2,2 mmol/L).

Diante da principal complicação pós-operatória suspeitada, qual combinação entre o achado mais provável na tomografia computadorizada e a estratégia inicial de controle do foco é a mais adequada?

- A. Coleção pélvica bem delimitada, com realce periférico e ausência de extravasamento de contraste entérico; reabordagem cirúrgica para controle do foco.
- B. Extravasamento de contraste entérico através da anastomose, associado a líquido e gás livres sem coleção organizada; drenagem percutânea guiada por imagem.
- C. Coleção pélvica bem delimitada, com realce periférico e ausência de extravasamento de contraste entérico; antibioticoterapia associada a drenagem percutânea guiada por imagem.
- D. Extravasamento de contraste entérico através da anastomose, associado a líquido e gás livres sem coleção organizada; reabordagem cirúrgica para controle do foco.

Questão 12: E.G.M., 72 anos, hipertenso, dislipidêmico e ex-tabagista, apresenta episódio há quatro dias de início súbito de dificuldade para falar e perda de força no membro superior direito, com resolução completa em cerca de 25 minutos, permanecendo assintomático desde então e sem episódios prévios semelhantes. TC de crânio sem hemorragia ou infarto extenso e ECG em ritmo sinusal. Investigação vascular evidencia placa aterosclerótica na bifurcação carotídea esquerda, com estenose de 78% da artéria carótida interna pelo critério NASCET (estenose sintomática grave: 70–99%). Não possui antecedentes de radioterapia cervical, cirurgia prévia no pescoço ou outras características anatômicas que elevem significativamente o risco cirúrgico. Já em tratamento clínico otimizado para prevenção secundária, é avaliado pela equipe vascular quanto à indicação e ao momento da revascularização.

Considerando o risco de recorrência do evento cerebrovascular e os diferentes perfis de complicações das técnicas de revascularização carotídea, qual é a estratégia mais adequada?

- A. Realizar endarterectomia carotídea precocemente, preferencialmente dentro das primeiras duas semanas após o evento neurológico, associada à manutenção do tratamento clínico otimizado.
- B. Realizar endarterectomia carotídea após período de quatro a seis semanas, pois a postergação do procedimento reduz o risco perioperatório de transformação hemorrágica sem perda relevante do benefício preventivo.
- C. Realizar angioplastia carotídea com stent precocemente, preferencialmente dentro das primeiras duas semanas, por apresentar menor risco global de complicações perioperatórias do que a endarterectomia em pacientes idosos.
- D. Realizar angioplastia carotídea com stent após período de quatro a seis semanas, combinando o menor risco cirúrgico do tratamento endovascular com redução do risco de embolização associado à intervenção precoce.

Questão 13: J.A.F., 69 anos, tabagista e hipertenso, procura o pronto-socorro por dor súbita na panturrilha e no pé direito, iniciada há aproximadamente 8 horas. Refere que, nas últimas duas horas, passou a perceber dormência nos pododáctilos. Nega episódios semelhantes prévios. Ao exame, o membro inferior direito encontra-se mais frio que o contralateral. Os pulsos pedioso e tibial posterior não são palpáveis, e os sinais arteriais no pé não são detectados ao Doppler portátil. O sinal venoso permanece audível. Há redução da sensibilidade limitada aos pododáctilos, porém a força e a movimentação ativa do pé estão preservadas. Após anticoagulação sistêmica inicial, a angiotomografia demonstra dilatação aneurismática da artéria poplítea direita, predominantemente trombosada,



associada a extensa carga trombótica distal e comprometimento importante do fluxo pelas artérias tibiais.

Considerando a repercussão isquêmica apresentada e a anatomia vascular demonstrada, qual alternativa associa corretamente a condição atual do membro à estratégia de revascularização mais apropriada?

- A. O membro permanece salvável e não apresenta comprometimento motor indicativo de ameaça imediata; deve-se buscar inicialmente melhora do leito arterial distal por trombólise dirigida por cateter ou estratégia farmacomecânica, seguida prontamente pelo tratamento definitivo do aneurisma.
- B. O membro permanece salvável e não apresenta comprometimento motor indicativo de ameaça imediata; deve-se proceder diretamente ao tratamento definitivo do aneurisma, sem tentativa de melhorar previamente o escoamento arterial distal.
- C. O membro apresenta ameaça imediata à viabilidade, apesar da preservação da função motora; deve-se buscar inicialmente melhora do leito arterial distal por trombólise dirigida por cateter ou estratégia farmacomecânica, seguida pelo tratamento definitivo do aneurisma.
- D. O membro apresenta ameaça imediata à viabilidade, apesar da preservação da função motora; deve-se proceder imediatamente ao tratamento definitivo do aneurisma, associado, quando necessário, à remoção do trombo para restabelecer o fluxo distal.

Questão 14: N.P.F., 32 anos, iniciou carbamazepina há aproximadamente quatro semanas após diagnóstico recente de epilepsia. Não houve introdução de outros medicamentos nesse período. Há cinco dias, passou a apresentar febre, mal-estar e erupção cutânea inicialmente localizada em face e tronco, com progressão para os membros. Ao exame, apresenta temperatura de 38,6 °C (VR: 36,0–37,5 °C). Observa-se exantema eritematoso maculopapular extenso, com algumas lesões de aspecto alvoide, associado a edema facial evidente e linfonodomegalia cervical. Há pequenas erosões dolorosas na mucosa oral, sem acometimento ocular ou genital. A pele não apresenta áreas extensas de descolamento, e o sinal de Nikolsky é negativo. Os exames laboratoriais:

leucócitos de 14.600/mm ³ (VR: 4.000–10.000/mm ³)	ALT de 412 U/L (VR: 7–35 U/L)
bilirrubina total de 1,4 mg/dL (VR: 0,2–1,2 mg/dL)	AST de 226 U/L (VR: 10–35 U/L)
creatinina de 0,9 mg/dL (VR: 0,6–1,2 mg/dL)	

Considerando a relação temporal com o medicamento, o padrão cutâneo e o acometimento sistêmico, qual combinação entre diagnóstico e abordagem subsequente é a mais adequada?

- A. DRESS; priorizar manejo especializado da falência da barreira epidérmica, com cuidados intensivos de pele e mucosas e avaliação oftalmológica precoce.
- B. DRESS; avaliar sistematicamente o acometimento de órgãos, acompanhar a função hepática e renal e considerar glicocorticoide sistêmico diante da hepatite clinicamente relevante.
- C. Síndrome de Stevens-Johnson/necrólise epidérmica tóxica; avaliar sistematicamente o acometimento visceral e utilizar glicocorticoide sistêmico prioritariamente em razão da hepatite associada.
- D. Síndrome de Stevens-Johnson/necrólise epidérmica tóxica; instituir cuidados de suporte especializados voltados à perda da barreira cutânea e ao comprometimento de mucosas, com monitorização das complicações sistêmicas.

Questão 15: M.C.F., 31 anos, procura atendimento por amenorreia há 10 meses, redução da libido e episódios ocasionais de galactorreia. Nos últimos meses, passou também a apresentar cefaleia e dificuldade progressiva para perceber objetos nas regiões laterais do campo visual. Nega uso de antipsicóticos, metoclopramida ou outros medicamentos associados à hiperprolactinemia. Ao exame, apresenta redução dos campos visuais temporais bilateralmente. Teste de gravidez é negativo, e as funções renal e tireoidiana estão preservadas. A prolactina sérica é de 92 ng/mL (VR: 5–25 ng/mL). É realizada ressonância magnética de sela túrcica, apresentada abaixo. Diante da aparente desproporção entre o volume tumoral e a elevação relativamente modesta da prolactina, o laboratório repete a dosagem após diluição seriada da amostra, encontrando prolactina de 3.850 ng/mL (VR: 5–25 ng/mL). Considerando a interpretação dos achados e a conduta inicial mais adequada, assinale a alternativa correta.

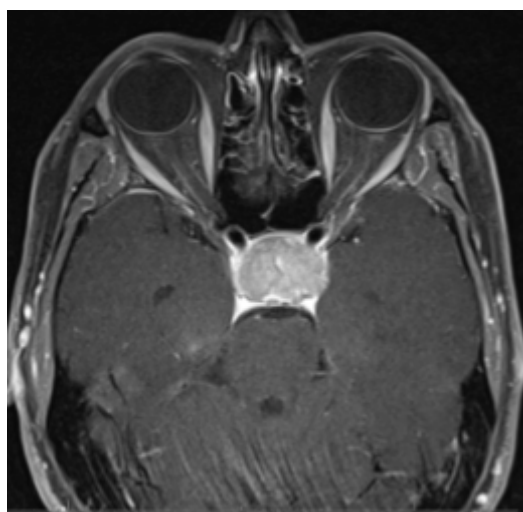


Imagem 6 - Fonte: webeye.ophth.uiowa.edu

- A. Macroadenoma hipofisário não funcionante com hiperprolactinemia por efeito de haste; iniciar cabergolina para reduzir a massa tumoral e restaurar a função gonadal.
- B. Macroprolactinoma com efeito gancho na dosagem inicial de prolactina; iniciar cabergolina como tratamento de primeira linha, com acompanhamento hormonal e da função visual.
- C. Macroadenoma hipofisário não funcionante com hiperprolactinemia por efeito de haste; indicar ressecção transesfenoidal devido à compressão do quiasma óptico.
- D. Macroprolactinoma com efeito gancho na dosagem inicial de prolactina; indicar ressecção transesfenoidal como tratamento inicial devido à presença de comprometimento do campo visual.

Questão 16: M.C.R., 43 anos, com ganho ponderal progressivo, fraqueza ao subir escadas e equimoses frequentes há 1 ano. Nos últimos meses, passou a usar três anti-hipertensivos e recebeu diagnóstico de diabetes mellitus. Nega uso atual ou recente de glicocorticoides. Ao exame: obesidade central, redução de massa muscular nos membros e estrias violáceas largas abdominais. Investigação: cortisol salivar noturno elevado em duas amostras; cortisol sérico 11,8 µg/dL às 8 h após 1 mg de dexametasona na noite anterior (esperado <1,8 µg/dL); ACTH 3 pg/mL (VR 10–60). TC de abdome: nódulo adrenal esquerdo de 3,4 cm, homogêneo, regular, hipodenso sem contraste e sem invasão local; adrenal contralateral normal. RM de sela túrcica, feita 8 meses antes por cefaleia, mostrara incidentalmente imagem hipofisária de 4 mm.



Considerando a integração dos achados hormonais e radiológicos, qual combinação entre tratamento definitivo e manejo hormonal no período pós-operatório é a mais adequada?

- A. Ressecção transesfenoidal da lesão hipofisária; reposição temporária de glicocorticoide até recuperação do eixo hipotálamo-hipófise-adrenal.
- B. Ressecção transesfenoidal da lesão hipofisária; acompanhamento sem reposição de glicocorticoide, uma vez preservadas ambas as adrenais.
- C. Adrenalectomia esquerda; reposição temporária de glicocorticoide até recuperação do eixo hipotálamo-hipófise-adrenal.
- D. Adrenalectomia esquerda; acompanhamento sem reposição de glicocorticoide, pois a adrenal contralateral preservada mantém imediatamente produção adequada de cortisol.

Questão 17: R.J.S., 58 anos, com cirrose alcoólica prévia, abstinente e em seguimento, apresenta ascite refratária: apesar de restrição de sódio e máximas doses toleradas de diuréticos, necessita paracenteses terapêuticas repetidas por rápida reaccumulação. Nos últimos meses, teve 2 internações por encefalopatia hepática manifesta, sem sangramento digestivo ou infecção, com recuperação após lactulose e rifaximina, porém tendência à recorrência. Atualmente lúcido, sem infecção ou hemorragia digestiva, com função renal preservada e imagem recente sem carcinoma hepatocelular ou trombose de veia porta. Discute-se TIPS (Shunt Portossistêmico Intra-hepático Transjugular) para controle da ascite e o momento do encaminhamento para avaliação de transplante hepático.

Considerando a evolução clínica e os riscos e benefícios das estratégias disponíveis, qual é a conduta mais adequada?

- A. Manter paracenteses terapêuticas de grande volume com reposição de albumina e encaminhar para avaliação de transplante hepático; o TIPS pode ser reconsiderado individualmente, mas a encefalopatia recorrente torna menos favorável sua utilização imediata.
- B. Manter paracenteses terapêuticas de grande volume com reposição de albumina e postergar a avaliação para transplante, uma vez que a encefalopatia está atualmente controlada e a função renal permanece preservada.
- C. Após estabilização clínica da encefalopatia, realizar TIPS para controle da ascite e encaminhar simultaneamente para avaliação de transplante hepático, utilizando a derivação como estratégia de ponte enquanto se aguarda definição da elegibilidade.
- D. Após estabilização clínica da encefalopatia, realizar TIPS para controle da ascite e reservar o encaminhamento para transplante apenas se houver nova descompensação apesar da derivação portossistêmica.

Questão 18: M.V.S., 61 anos, com diarreia aquosa há 5 meses, 6–8 evacuações/dia, urgência, 2 episódios de incontinência fecal e evacuações noturnas ocasionais. Refere cólicas leves e esporádicas, sem predomínio da dor ou relação consistente com a defecação. Nega sangue/muco nas fezes, febre ou viagens recentes. Usa omeprazol e sertralina continuamente e naproxeno ocasionalmente por osteoartrose. Investigação inicial sem anemia, distúrbios hidroeletrólíticos ou hipoalbuminemia; sorologia para doença celíaca e pesquisa de agentes infecciosos nas fezes negativas. Colonoscopia: mucosa macroscopicamente normal em todo o cólon, sem ulcerações, erosões, pólipos ou outras alterações relevantes.

Considerando o diagnóstico mais provável e a interpretação adequada do achado endoscópico, assinale a alternativa correta.



- A. Síndrome do intestino irritável com predomínio de diarreia; a colonoscopia normal, associada à ausência de alterações laboratoriais relevantes, permite estabelecer um diagnóstico funcional e iniciar tratamento direcionado aos sintomas sem necessidade de avaliação histológica.
- B. Colite microscópica; o aspecto endoscópico normal não exclui a doença, sendo necessária obtenção de biópsias de diferentes segmentos do cólon para confirmação histológica.
- C. Colite microscópica; apesar da suspeita clínica, a ausência de alterações macroscópicas torna improvável inflamação colônica significativa, sendo preferível tratamento sintomático inicial e biópsia apenas se houver progressão clínica.
- D. Síndrome do intestino irritável com predomínio de diarreia; embora essa seja a hipótese principal, o início tardio e os episódios noturnos justificam biópsias segmentares antes de confirmar definitivamente um distúrbio funcional.

Questão 19: M.R.S., 82 anos, mora com a filha e tem comprometimento cognitivo leve: reconhece familiares, conversa e alimenta-se sozinho, necessitando apenas de ajuda com as medicações. Internado por pneumonia comunitária, manteve-se habitual nas primeiras 24 h, mas no dia seguinte evoluiu com sonolência, lentificação das respostas, hiporexia e desorientação flutuante, alternando períodos quase basais com confusão. Ao exame, sonolento, desperta ao chamado, sem déficit focal; apresenta desatenção, perdendo o fio da conversa e falhando em sequência simples de comandos. Sem agitação, alucinações ou agressividade. Prescrição com introdução recente de opioide, associada a menor ingestão hídrica e ausência de evacuação há 3 dias.

Considerando a evolução temporal e o padrão clínico, qual é a interpretação e a estratégia de condução mais adequadas?

- A. Delirium hipoativo sobreposto a comprometimento cognitivo prévio; investigar e corrigir fatores precipitantes, revisar medicamentos potencialmente contribuintes e instituir medidas não farmacológicas de orientação, mobilização, hidratação e preservação do ciclo sono-vigília.
- B. Delirium hipoativo sobreposto a comprometimento cognitivo prévio; como a forma hipoativa apresenta maior risco de complicações, iniciar antipsicótico em baixa dose de forma programada, mantendo a investigação dos fatores precipitantes.
- C. Progressão aguda de transtorno neurocognitivo maior; priorizar reavaliação cognitiva formal e ajuste da terapia antidemencial, uma vez que a ausência de agitação torna delirium menos provável.
- D. Progressão aguda de transtorno neurocognitivo maior; aguardar resolução da pneumonia antes de investigar outras causas, pois flutuações cognitivas são esperadas durante internações de pacientes com comprometimento cognitivo prévio.

Questão 20: A.M.F., 78 anos, relata episódios de “tontura em giro” há três semanas. As crises duram menos de um minuto e ocorrem principalmente ao virar-se para o lado direito na cama, levantar-se pela manhã ou estender o pescoço para alcançar objetos em prateleiras. Entre os episódios, permanece assintomática. Nega perda auditiva recente, zumbido, cefaleia nova, diplopia, disartria, disfagia ou perda de força. Tem hipertensão arterial e osteoartrose de joelhos. Há quatro dias, desequilibrou-se ao levantar-se rapidamente após uma das crises, mas não chegou a cair. Ao exame neurológico, não há déficits focais, dismetria ou alteração da marcha fora dos episódios. A pressão arterial não apresenta queda significativa após ortostatismo.

Considerando o padrão clínico apresentado, qual combinação entre o achado esperado durante a investigação à beira do leito e a conduta inicial é a mais adequada?



- A. Nistagmo torsional e vertical superior, desencadeado após breve latência pela manobra de Dix-Hallpike e com duração limitada; realização de manobra de reposicionamento canalicular, associada à orientação quanto ao risco de quedas.
- B. Nistagmo torsional e vertical superior, desencadeado após breve latência pela manobra de Dix-Hallpike e com duração limitada; início rotineiro de supressor vestibular e solicitação de ressonância magnética encefálica antes de qualquer manobra terapêutica.
- C. Nistagmo vertical persistente, sem latência e sem fadigabilidade durante a mudança de posição; realização de manobra de reposicionamento canalicular, associada à orientação quanto ao risco de quedas.
- D. Nistagmo vertical persistente, sem latência e sem fadigabilidade durante a mudança de posição; investigação de causa central com neuroimagem, em vez de tratamento inicial com manobra de reposicionamento.

Questão 21: L.A.S., 23 anos, corredora universitária de longa distância, com amenorreia há 7 meses, após ciclos previamente regulares de 28–32 dias. Há 9 meses, intensificou treinos diários para competição e restringiu a alimentação para reduzir gordura corporal, perdendo 6 kg. Refere preocupação frequente com desempenho, sem compulsão ou purgação. Nega galactorreia, cefaleia, alterações visuais, fogachos e uso de medicamentos. Acne discreta estável desde a adolescência, sem hirsutismo ou outros sinais de hiperandrogenismo. β -hCG negativo; TSH e prolactina normais. FSH 4,6 mUI/mL (VR 3,5–12,5), LH 2,1 mUI/mL (VR 2,4–12,6), estradiol 18 pg/mL (VR ~20–350) e testosterona total normal. US transvaginal: endométrio fino e ovários com morfologia policística bilateral.

Considerando a história clínica, os achados laboratoriais e ultrassonográficos, qual é a interpretação e a abordagem inicial mais adequadas?

- A. Síndrome dos ovários policísticos; iniciar anticoncepcional hormonal combinado para regularização dos ciclos e proteção endometrial, mantendo-se orientação geral para estilo de vida saudável.
- B. Síndrome dos ovários policísticos; priorizar aumento da disponibilidade energética e redução temporária da carga de treinamento, acompanhando o retorno espontâneo da função menstrual.
- C. Amenorreia hipotalâmica funcional; iniciar anticoncepcional hormonal combinado para regularização dos ciclos e proteção endometrial, mantendo a rotina de treinamento caso permaneça clinicamente estável.
- D. Amenorreia hipotalâmica funcional; priorizar correção do déficit energético por intervenção nutricional e adequação da carga de exercício, além de avaliar repercussões sobre a saúde óssea.

Questão 22: R.C.A., 34 anos, nuligesta, com aumento progressivo do fluxo menstrual há 1 ano: ciclos regulares, porém com duração de até 8 dias, trocas frequentes de absorventes e coágulos. Nos últimos meses, evoluiu com fadiga aos esforços. Tenta engravidar há 18 meses e deseja preservar a fertilidade. Exame ginecológico: útero discretamente aumentado, sem massas anexas. Hb 9,6 g/dL (VR 12–16) e ferritina 8 ng/mL (VR 15–150). US transvaginal: nódulo miometrial bem delimitado próximo à cavidade uterina. Histerossonografia: lesão deformando a cavidade e projetando-se parcialmente para seu interior, com mais de 50% do volume intramiometrial, sem extensão à serosa. Ovários sem alterações relevantes.

Considerando a classificação anatômica do leiomioma, as manifestações clínicas e o desejo reprodutivo da paciente, qual é a conduta mais adequada?



- A. Trata-se de leiomioma submucoso FIGO 2; indicar miomectomia histeroscópica, podendo a profundidade de penetração miometrial influenciar a complexidade e eventualmente exigir tratamento em etapas.
- B. Trata-se de leiomioma submucoso FIGO 2; priorizar embolização das artérias uterinas, por oferecer controle do sangramento com preservação uterina e resultados reprodutivos equivalentes aos da miomectomia.
- C. Trata-se de leiomioma intramural FIGO 3; indicar miomectomia laparoscópica, pois a predominância do componente intramiometrial contraindica a abordagem histeroscópica.
- D. Trata-se de leiomioma intramural FIGO 3; priorizar sistema intrauterino liberador de levonorgestrel para correção do sangramento e da anemia antes de prosseguir a investigação da infertilidade.

Questão 23: L.R.A., 36 anos, procura o pronto-socorro por surgimento de equimoses espontâneas e petéquias há quatro dias, associado a dois episódios de epistaxe autolimitada. Nas últimas 24 horas, familiares perceberam períodos breves de desorientação e dificuldade para encontrar palavras, com recuperação espontânea. Nega uso de anticoagulantes, sangramento prévio relevante ou história familiar de coagulopatias. Ao exame, está lúcida e orientada, com petéquias em membros inferiores e equimoses esparsas. Não há hepatoesplenomegalia nem déficits neurológicos focais no momento. Os exames iniciais mostram:

Hemoglobina: 8,9 g/dL (VR: 12–16 g/dL)	Plaquetas: 17.000/mm ³ (VR: 150.000–450.000/mm ³)	Reticulócitos: 6,2% (VR: 0,5–2,5%)
LDH: 1.180 U/L (VR: 120–250 U/L)	Bilirrubina indireta: 2,3 mg/dL (VR: < 0,8 mg/dL)	Haptoglobina: < 10 mg/dL (VR: 30–200 mg/dL)
Creatinina: 1,3 mg/dL (VR: 0,6–1,1 mg/dL)	TP/INR: 1,0 (VR: 0,8–1,2)	TTPa: 29 s (VR: 25–35 s)

Considerando a integração dos achados clínicos e laboratoriais, qual combinação entre o achado adicional esperado e a conduta inicial é a mais adequada?

- A. Esquizócitos no sangue periférico e atividade da ADAMTS13 acentuadamente reduzida; iniciar troca plasmática terapêutica associada a corticosteroide, sem aguardar o resultado definitivo da ADAMTS13 diante de alta suspeita clínica.
- B. Esquizócitos no sangue periférico e atividade da ADAMTS13 acentuadamente reduzida; iniciar tratamento dirigido à trombocitopenia imune, reservando troca plasmática para persistência da trombocitopenia.
- C. Plaquetas aumentadas de tamanho no sangue periférico, sem fragmentação eritrocitária ou evidências adicionais de hemólise; iniciar troca plasmática terapêutica associada a corticosteroide diante da trombocitopenia grave.
- D. Plaquetas aumentadas de tamanho no sangue periférico, sem fragmentação eritrocitária ou evidências adicionais de hemólise; conduzir inicialmente como trombocitopenia imune, sem indicação de troca plasmática emergencial.

Questão 24: Durante avaliação pré-operatória para correção de hérnia inguinal, um paciente de 62 anos apresenta leucocitose importante em hemograma de rotina. Nega febre, infecção recente, perda ponderal ou sudorese noturna. Ao exame, não há linfonodomegalias, mas o baço é palpável cerca de 3 cm abaixo do rebordo costal esquerdo.

Os exames mostram:



Hemoglobina: 12,4 g/dL (VR: 13–17 g/dL)	Leucócitos: 96.800/mm ³ (VR: 4.000–11.000/mm ³)	Plaquetas: 538.000/mm ³ (VR: 150.000–450.000/mm ³)
Diferencial leucocitário: Neutrófilos segmentados: 43%, Bastonetes: 7%, Metamielócitos 12%, Mielócitos 18%, Promielócitos 3%, Basófilos 7% (VR: 0–1%), Eosinófilos 4% (VR: 0–5%), Linfócitos 5%, Blastos 1%		Proteína C-reativa é de 2,1 mg/L (VR: < 5 mg/L).

Não há história de uso de corticosteróides ou fator estimulador de colônias.

Considerando o padrão clínico e hematológico apresentado, qual combinação entre o exame complementar mais apropriado para confirmar a hipótese diagnóstica e a estratégia terapêutica inicial é a mais adequada?

- A. Imunofenotipagem do sangue periférico demonstrando população B clonal CD5+/CD23+; iniciar tratamento com inibidor de tirosina-quinase direcionado à proteína BCR::ABL1.
- B. Imunofenotipagem do sangue periférico demonstrando população B clonal CD5+/CD23+; manter acompanhamento clínico e laboratorial sem tratamento imediato na ausência de critérios de doença ativa.
- C. Demonstração da fusão BCR::ABL1 por estudo molecular e/ou citogenético; manter acompanhamento sem tratamento específico até o surgimento de sintomas constitucionais ou citopenias.
- D. Demonstração da fusão BCR::ABL1 por estudo molecular e/ou citogenético; iniciar tratamento com inibidor de tirosina-quinase direcionado à proteína BCR::ABL1.

Questão 25: R.C.L., 49 anos, previamente hígido, com dor intensa em coxa direita há 2 dias após trauma contuso durante futebol há 3 dias, sem ferimento penetrante. Evoluiu com piora progressiva da dor, febre e dificuldade para caminhar. Ao exame: T 38,6 °C (VR 36–37,5), FC 114 bpm (VR 60–100), PA 108/68 mmHg (VR ~90–120/60–80); edema e eritema discretos na coxa, sem flutuação, pus, bolhas ou crepitação. Dor intensa à palpação profunda, estendendo-se além das alterações cutâneas. Em 4 h de observação, houve progressão perceptível do edema apesar de analgesia e medidas iniciais. Leucócitos 16.900/mm³ (VR 4.000–10.000) e PCR 187 mg/L (VR <5). US à beira-leito: edema tecidual, sem coleção bem definida drenável.

Considerando a evolução clínica e a necessidade de não retardar o tratamento de uma infecção profunda potencialmente grave, qual combinação entre diagnóstico e abordagem inicial é a mais adequada?

- A. Piomiosite; iniciar vancomicina intravenosa, solicitar ressonância magnética para definir o acometimento muscular e realizar drenagem caso seja identificada coleção purulenta.
- B. Piomiosite; iniciar vancomicina associada a piperacilina-tazobactam e solicitar avaliação cirúrgica urgente para exploração e desbridamento dos planos fasciais acometidos.
- C. Infecção necrosante de partes moles; iniciar vancomicina intravenosa, solicitar ressonância magnética para delimitar a extensão muscular e realizar drenagem caso seja identificada coleção purulenta.
- D. Infecção necrosante de partes moles; iniciar vancomicina associada a piperacilina-tazobactam e solicitar avaliação cirúrgica urgente para exploração e desbridamento, sem postergar o controle de foco para obtenção de novos exames de imagem.

Questão 26: A.R.M., 51 anos, com DM2 há 8 anos e consumo frequente de álcool, iniciou tratamento para tuberculose pulmonar após teste molecular positivo para *Mycobacterium tuberculosis* sem



resistência à rifampicina, com rifampicina, isoniazida, pirazinamida e etambutol. Antes, negava parestesias, dor neuropática ou alterações sensitivas. Após 5 semanas, com melhora respiratória e geral, desenvolveu queimação e formigamento simétricos nos pés, inicialmente nos pododáctilos, ascendendo aos tornozelos e, recentemente, às extremidades dos dedos das mãos. Nega fraqueza, alteração da marcha ou sintomas visuais. Ao exame, redução discreta e simétrica da sensibilidade tátil e dolorosa distal nos quatro membros, sem déficit motor ou sinais focais.

Considerando a relação temporal com o tratamento, os fatores predisponentes do paciente e a conduta frente ao evento adverso apresentado, assinale a alternativa mais adequada.

- A. Polineuropatia diabética; manter o esquema antituberculose e priorizar avaliação do controle metabólico e tratamento sintomático da neuropatia.
- B. Polineuropatia diabética; suspender a isoniazida diante do risco de agravamento neurotóxico e manter os demais fármacos enquanto o esquema é reavaliado.
- C. Neuropatia periférica associada à isoniazida; suspender a isoniazida e manter os demais fármacos enquanto se define uma alternativa para o esquema antituberculose.
- D. Neuropatia periférica associada à isoniazida; iniciar suplementação com piridoxina e acompanhar a evolução, mantendo inicialmente a isoniazida diante de manifestação não grave.

Questão 27: J.P.M., 72 anos, com HAS e IC com fração de ejeção preservada, em uso de losartana e furosemida, apresenta oligúria e tontura postural após 4 dias de diarreia, vômitos e baixa ingestão hídrica. Manteve as medicações e usou ibuprofeno por mialgia. Ao exame: mucosas secas, sem turgência jugular, edema, estertores ou globo vesical. Creatinina 2,2 mg/dL, basal 0,9 (VR 0,7–1,3), ureia 76 mg/dL (VR 15–45) e K 4,8 mEq/L (VR 3,5–5,1). Urinálise sem proteinúria ou hematúria; sedimento com raros cilindros hialinos. US urinária sem hidronefrose. FeNa 2,1%, após uso de furosemida na manhã da coleta.

Considerando o conjunto dos achados, qual é a interpretação e a conduta inicial mais adequadas?

- A. Lesão renal aguda predominantemente hemodinâmica por depleção volêmica, agravada por medicamentos que interferem na autorregulação renal; suspender temporariamente os agentes contribuintes e realizar reposição cautelosa com cristalóide isotônico, acompanhando diurese e função renal.
- B. Lesão renal aguda predominantemente hemodinâmica por depleção volêmica, agravada por medicamentos que interferem na autorregulação renal; suspender temporariamente os agentes contribuintes, mas evitar expansão volêmica devido ao antecedente de insuficiência cardíaca e aguardar recuperação espontânea da função renal.
- C. Lesão tubular aguda secundária à hipoperfusão renal prolongada e ao uso de anti-inflamatório; suspender os agentes contribuintes e realizar reposição cautelosa com cristalóide isotônico, utilizando a resposta clínica e laboratorial subsequente como parte da reavaliação.
- D. Lesão tubular aguda secundária à hipoperfusão renal prolongada e ao uso de anti-inflamatório; suspender os agentes contribuintes e priorizar tratamento de suporte sem expansão volêmica, uma vez que a fração de excreção de sódio acima de 2% favorece dano tubular estabelecido.

Questão 28: E.M.C., 64 anos, com DM2, HAS e DRC progressiva em seguimento nefrológico. TFG estimada caiu de 10 para 8 mL/min/1,73 m² em 4 meses (VR ≥90; DRC G5 <15). Há 6 semanas, evolui com hiporexia, náuseas quase diárias, prurido difuso, astenia importante, perda ponderal e redução das atividades habituais. Sem febre, sintomas gastrointestinais focais ou novos medicamentos explicativos. Ao exame, lúcida, sem atrito pericárdico, dispneia ou congestão pulmonar; discreto edema maleolar

bilateral. Ureia 172 mg/dL (VR 15–45), K 5,2 mEq/L (VR 3,5–5,1) e bicarbonato 19 mEq/L (VR 22–29). Alterações metabólicas vinham sendo manejadas clinicamente, sem hipercalemia grave ou acidose refratária.

Considerando a fase da doença renal, as manifestações clínicas e o momento de início da terapia dialítica, assinale a alternativa mais adequada.

- A. DRC G5 com síndrome urêmica; manter tratamento conservador neste momento, pois a ausência de hipercalemia grave, acidose refratária, edema pulmonar ou pericardite permite postergar o início da diálise.
- B. DRC G5 sem síndrome urêmica; iniciar diálise, pois uma TFGe inferior a 10 mL/min/1,73 m² constitui indicação suficiente para terapia renal substitutiva, mesmo na ausência de complicações metabólicas graves.
- C. DRC G5 com síndrome urêmica; iniciar terapia dialítica, pois os sintomas persistentes atribuíveis à falência renal e o comprometimento nutricional constituem indicação clínica mesmo sem uma emergência metabólica clássica.
- D. DRC G5 sem síndrome urêmica; manter tratamento conservador, uma vez que anorexia, náuseas e prurido podem ocorrer na DRC avançada sem necessariamente representar indicação para terapia renal substitutiva.

Questão 29: L.M.A., 7 anos, com anemia falciforme HbSS, internada por crise vaso-oclusiva dolorosa em membros inferiores e lombar, com melhora parcial após opioide e hidratação intravenosa cautelosa. Na admissão, estava afebril, com saturação de oxigênio 97% em ar ambiente (VR 95–100%). Na manhã seguinte, evolui com febre 38,4 °C (VR 36–37,5), tosse seca e discreta taquipneia, sem sintomas respiratórios prévios à internação. Ao exame, alerta, sem choque ou esforço respiratório importante, com crepitações discretas à direita e saturação 91% em ar ambiente. Hemoglobina 6,8 g/dL, habitualmente ~8,6 g/dL (VR 11,5–15,5). Radiografia de tórax apresentada abaixo, em cortes coronal (a) e sagital (b).

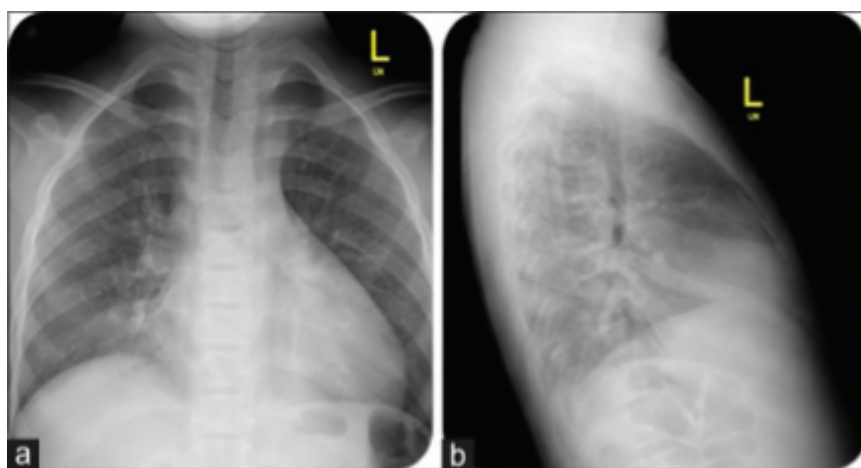


Imagem 7 - Fonte: pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6503702

Considerando a evolução clínica, a imagem e a alteração hematemétrica, assinale a alternativa que apresenta a interpretação e a conduta mais adequadas.



- A. O quadro representa pneumonia infecciosa isolada, sem elementos suficientes para síndrome torácica aguda; devem ser instituídos antibioticoterapia, oxigenoterapia e medidas para prevenir hipoventilação, sem indicação de transfusão neste momento.
- B. O quadro representa pneumonia infecciosa isolada, sem elementos suficientes para síndrome torácica aguda; devem ser instituídos antibioticoterapia, oxigenoterapia e medidas para prevenir hipoventilação, associando-se transfusão simples de concentrado de hemácias pela queda da hemoglobina.
- C. O quadro é compatível com síndrome torácica aguda, possivelmente precipitada por infecção pulmonar; devem ser instituídos antibioticoterapia, oxigenoterapia e medidas para prevenir hipoventilação, sem indicação de transfusão diante da ausência de insuficiência respiratória grave.
- D. O quadro é compatível com síndrome torácica aguda, possivelmente precipitada por infecção pulmonar; devem ser instituídos antibioticoterapia, oxigenoterapia e medidas para prevenir hipoventilação, associando-se transfusão simples de concentrado de hemácias.

Questão 30: L.F.R., 29 anos, procura o pronto-socorro 2 semanas após gastroenterite autolimitada por diplopia e dificuldade progressiva para caminhar, com sensação de fraqueza nas pernas e parestesias discretas nos pés; nas últimas 24 h, passou a precisar de apoio. Nega disfagia, dispneia ou alterações esfinterianas. Ao exame: limitação bilateral dos movimentos oculares extrínsecos, força 5/5 nos quatro membros sem fadigabilidade, arreflexia global e acentuada instabilidade em ortostatismo e marcha, sem Babinski, nível sensitivo ou alteração da consciência. Líquido cefalorraquidiano no 3º dia dos sintomas: 3 células/mm³ (VR 0–5) e proteínas 42 mg/dL (VR 15–45).

Considerando os achados clínicos apresentados, qual combinação entre resultado de investigação complementar e manejo inicial é a mais adequada?

- A. Positividade sérica para anticorpos IgG anti-GQ1b; medidas de suporte e monitorização da progressão neurológica, sem indicação automática de imunoglobulina intravenosa diante do quadro atual.
- B. Positividade sérica para anticorpos IgG anti-GQ1b; início de imunoglobulina intravenosa, considerando a incapacidade de deambular sem auxílio como indicação de imunoterapia.
- C. Eletroencefalografia com padrão de desmielinização motora difusa; medidas de suporte e monitorização da progressão neurológica, sem indicação automática de imunoglobulina intravenosa diante do quadro atual.
- D. Eletroencefalografia com padrão de desmielinização motora difusa; início de imunoglobulina intravenosa, considerando a incapacidade de deambular sem auxílio como indicação de imunoterapia.

Questão 31: Quatro pacientes são avaliados por síndromes neurológicas compatíveis com comprometimento medular. Relacione cada apresentação clínica ao diagnóstico topográfico mais provável.

1- Homem de 67 anos apresenta, poucas horas após correção cirúrgica de aneurisma de aorta toracoabdominal, instalação abrupta de paraparesia, retenção urinária e redução bilateral da sensibilidade dolorosa e térmica abaixo de T9. A percepção vibratória nos maléolos e o senso de posição dos pododáctilos permanecem preservados.

2- Mulher de 44 anos relata há meses queimaduras indolores nas mãos e dificuldade progressiva para manipular objetos pequenos. Ao exame, apresenta redução bilateral da sensibilidade dolorosa e térmica



nos membros superiores e região escapular, com preservação do tato discriminativo e da propriocepção. Observa-se ainda discreta atrofia dos músculos intrínsecos das mãos.

3- Homem de 29 anos é atendido após ferimento penetrante na região torácica direita. Após estabilização, apresenta fraqueza do membro inferior direito associada à perda de vibração e propriocepção à direita abaixo da lesão. No lado esquerdo, a força e a propriocepção estão preservadas, mas há redução da sensibilidade dolorosa e térmica abaixo do nível acometido.

4- Mulher de 56 anos procura atendimento por desequilíbrio progressivo, especialmente ao caminhar no escuro. A força muscular está preservada e os reflexos plantares são flexores. Apresenta importante redução da percepção vibratória e da posição articular nos membros inferiores, com sensibilidade dolorosa e térmica preservadas. A marcha piora acentuadamente quando fecha os olhos.

Diagnósticos:

I. Síndrome cordonal posterior

II. Infarto no território da artéria espinal anterior

III. Siringomielia

IV. Hemissecção medular (síndrome de Brown-Séquard)

Assinale a alternativa que apresenta a associação correta entre os casos e os diagnósticos:

- A. 1–III; 2–II; 3–IV; 4–I
- B. 1–I; 2–III; 3–IV; 4–II
- C. 1–II; 2–III; 3–IV; 4–I
- D. 1–II; 2–IV; 3–III; 4–I

Questão 32: T.M.S., 29 anos, primigesta, encontra-se com 35 semanas e 5 dias de gestação, datada por ultrassonografia de primeiro trimestre. O pré-natal vinha transcorrendo sem intercorrências, com morfologia fetal normal. A gestante é saudável, não apresenta hipertensão arterial, diabetes ou história de tabagismo. Em consulta de rotina, observa-se menor progressão da altura uterina em relação às avaliações anteriores. É solicitada ultrassonografia obstétrica, que demonstra feto único em apresentação cefálica, líquido amniótico preservado e peso fetal estimado no percentil 7 para a idade gestacional (referência: $\geq$ percentil 10). A avaliação Doppler demonstra fluxo diastólico presente na artéria umbilical, com índice de pulsatilidade abaixo do percentil 95 (referência: $<$ percentil 95). A relação cérebro-placentária encontra-se no percentil 3 (referência: $\geq$ percentil 5). A cardiotocografia é tranquilizadora, e a gestante refere movimentação fetal habitual.

Considerando a distinção entre feto pequeno para a idade gestacional e restrição do crescimento fetal, bem como o seguimento obstétrico apropriado, assinale a alternativa correta.

- A. Trata-se de restrição de crescimento fetal com alteração hemodinâmica, porém o Doppler umbilical preservado permite acompanhamento semelhante ao de um feto constitucionalmente pequeno, com manutenção da gestação até próximo de 40 semanas se a cardiotocografia permanecer normal.
- B. Trata-se de restrição de crescimento fetal com alteração hemodinâmica; a redução da relação cérebro-placentária indica redistribuição do fluxo fetal, devendo-se intensificar a vigilância e programar o parto até 37 semanas, sendo possível a via vaginal sob monitorização fetal rigorosa.



- C. Trata-se de feto pequeno para a idade gestacional, provavelmente constitucional, pois o peso encontra-se entre os percentis 3 e 10 e o fluxo da artéria umbilical permanece normal; o seguimento pode ser realizado com Doppler seriado e parto até 40 semanas.
- D. Trata-se de feto pequeno para a idade gestacional, porém a redução da relação cérebro-placentária justifica antecipação do parto até 37 semanas, sem que o achado seja suficiente para reclassificá-lo como restrição de crescimento fetal.

Questão 33: Na sala de parto, uma puérpera de 31 anos, G2P2, apresenta sangramento vaginal persistente após parto vaginal assistido a vácuo por período expulsivo prolongado. A placenta foi dequitada espontaneamente e, à inspeção, parece completa. Nos primeiros minutos após a dequitação, o útero encontrava-se amolecido. Foram realizados massagem uterina e ocitocina, após os quais o fundo uterino tornou-se firme e bem contraído. Apesar disso, permanece sangramento contínuo, vermelho-vivo. A perda sanguínea é estimada visualmente em aproximadamente 800 mL. Nesse momento, a paciente refere tontura e apresenta palidez cutânea, frequência cardíaca de 124 bpm, pressão arterial de 86/54 mmHg e frequência respiratória de 24 irpm.

Considerando a evolução do caso, qual combinação entre a etiologia que deve assumir prioridade na investigação e a interpretação da repercussão hemodinâmica é a mais adequada?

- A. Trauma do canal de parto; quadro ainda compatível com choque compensado, permitindo completar a quantificação da perda sanguínea antes da escalada do protocolo de hemorragia.
- B. Atonia uterina; quadro ainda compatível com choque compensado, permitindo completar a quantificação da perda sanguínea antes da escalada do protocolo de hemorragia.
- C. Trauma do canal de parto; repercussão hemodinâmica relevante pelo índice de choque, indicando abordagem imediata da hemorragia enquanto se identifica e controla a fonte do sangramento.
- D. Atonia uterina; repercussão hemodinâmica relevante pelo índice de choque, indicando abordagem imediata da hemorragia enquanto se identifica e controla a fonte do sangramento.

Questão 34: M.P.A., 43 anos, procura atendimento por dor progressiva em região inguinal direita há cerca de quatro meses. Inicialmente, percebia desconforto apenas após caminhadas prolongadas; atualmente apresenta dor também ao subir escadas e refere episódios de dor irradiada para a face anterior da coxa e para o joelho direito. Nega trauma recente. Há cerca de um ano, necessitou de períodos prolongados de corticoterapia sistêmica em altas doses para tratamento de doenças autoimunes. Ao exame do joelho direito, não há derrame, dor à palpação das interlinhas articulares ou sinais de instabilidade ligamentar. A mobilização do quadril reproduz a dor inguinal, principalmente durante rotação interna e abdução, com discreta limitação da amplitude desses movimentos. É realizada radiografia da pelve e do quadril direito, apresentada abaixo.



Imagem 8 - Fonte: rthgurs.imib.es

Diante da persistência dos sintomas e da hipótese de doença da articulação coxofemoral, qual combinação entre diagnóstico mais provável e próximo exame é a mais adequada?

- A. Coxartrose em fase inicial; solicitar tomografia computadorizada do quadril, por apresentar maior sensibilidade para alterações iniciais da cartilagem e do osso subcondral.
- B. Coxartrose em fase inicial; solicitar ressonância magnética do quadril, uma vez que a ausência de redução do espaço articular na radiografia não interfere na probabilidade desse diagnóstico.
- C. Osteonecrose da cabeça femoral em fase pré-colapso; solicitar tomografia computadorizada, pois a caracterização do osso subcondral pela TC torna esse método preferível para a detecção inicial da doença.
- D. Osteonecrose da cabeça femoral em fase pré-colapso; solicitar ressonância magnética do quadril, que permite detectar a doença antes que alterações estruturais evidentes apareçam nas radiografias.

Questão 35: V.M.C., 4 anos, com febre diária há 8 dias; na semana anterior, duas crianças da creche tiveram doença mão-pé-boca. No 2º dia, surgiu exantema eritematoso no tronco, depois disseminado aos membros, seguido de lábios ressecados/fissurados e linfonodomegalia cervical. Mantém irritabilidade e hiporexia. Sem vesículas orais dolorosas, lesões vesiculares em mãos/pés, tosse, coriza, vômitos ou diarreia. Ao exame: T 39,1 °C (VR 36–37,5), exantema polimorfo difuso, lábios intensamente eritematosos e fissurados e linfonodo cervical unilateral de 1,8 cm (VR geralmente <1,0), sem hiperemia conjuntival bilateral ou alterações em mãos/pés. Proteína C-reativa 11,2 mg/dL (VR <0,5), plaquetas 528.000/mm³ (VR 150.000–450.000), albumina 2,8 g/dL (VR 3,5–5,0) e alanina aminotransferase 91 U/L (VR 5–35). Urinálise: 18 leucócitos/campo (VR 0–5), com urocultura negativa. Ecocardiograma inicial sem dilatação ou aneurisma coronariano.

Considerando a apresentação clínica, os dados laboratoriais e o momento evolutivo da doença, qual alternativa apresenta conjuntamente a classificação mais adequada do quadro e a conduta inicial?

- A. Doença de Kawasaki completa; iniciar imunoglobulina intravenosa associada a ácido acetilsalicílico e realizar acompanhamento ecocardiográfico seriado.
- B. Doença de Kawasaki completa; manter observação clínica e repetir exames laboratoriais e ecocardiograma, reservando imunoglobulina para o aparecimento de nova manifestação clínica ou alteração coronariana.



- C. Doença de Kawasaki incompleta; iniciar imunoglobulina intravenosa associada a ácido acetilsalicílico e realizar acompanhamento ecocardiográfico seriado.
- D. Doença de Kawasaki incompleta; manter observação clínica e repetir exames laboratoriais e ecocardiograma, reservando imunoglobulina para o desenvolvimento de alteração coronariana.

Questão 36: Um lactente de 7 meses, previamente em aleitamento materno exclusivo, inicia fórmula infantil à base de leite de vaca por ocasião do retorno materno ao trabalho. Na primeira oferta, apresentou três episódios de vômitos cerca de duas horas após a ingestão, com resolução espontânea. Uma semana depois, após nova ingestão da mesma fórmula, evoluiu aproximadamente 2 horas e 30 minutos mais tarde com vômitos repetidos, palidez intensa, prostração e hipotonia. Na chegada ao pronto-socorro, apresentava frequência cardíaca de 168 bpm, pressão arterial de 68/38 mmHg, extremidades frias e enchimento capilar de 4 segundos. Cerca de duas horas depois, apresentou uma evacuação diarreica volumosa. Em nenhum dos episódios ocorreram urticária, angioedema, sibilância, estridor ou outras manifestações cutâneas ou respiratórias.

Considerando a apresentação clínica e o mecanismo mais provável da reação, qual combinação entre diagnóstico e estratégia de manejo é a mais adequada?

- A. Anafilaxia IgE-mediada por leite de vaca; realizar reposição volêmica e controle dos vômitos com ondansetrona durante o episódio e, após estabilização, manter exclusão do desencadeante até reavaliação para eventual provocação oral supervisionada.
- B. FPIES (síndrome de enterocolite induzida por proteína alimentar) aguda desencadeada pela proteína do leite de vaca; realizar reposição volêmica e controle dos vômitos com ondansetrona durante o episódio e, após estabilização, manter exclusão do desencadeante até reavaliação para eventual provocação oral supervisionada.
- C. Anafilaxia IgE-mediada por leite de vaca; após estabilização, manter exclusão do leite e realizar prioritariamente pesquisa de IgE específica para confirmar o mecanismo responsável pela reação.
- D. FPIES (síndrome de enterocolite induzida por proteína alimentar) aguda desencadeada pela proteína do leite de vaca; após estabilização, manter exclusão do leite e realizar prioritariamente pesquisa de IgE específica para confirmar o mecanismo responsável pela reação.

Questão 37: M.R.F., 18 meses, previamente hígido, com desenvolvimento neuropsicomotor adequado e vacinação atualizada, é levado ao pronto-socorro após episódio de abalos tônico-clônicos generalizados com duração aproximada de 3 minutos, durante quadro de febre iniciado no mesmo dia. Após o episódio, permaneceu sonolento por alguns minutos e retornou completamente ao estado habitual. Na avaliação, apresentava temperatura de 39,2 °C, estava alerta e interagindo normalmente. O exame neurológico era normal, sem rigidez de nuca ou outros sinais meníngeos. Não havia sinais de desidratação ou toxemia. Durante o período de observação, cerca de sete horas após o primeiro evento, apresentou nova crise tônico-clônica generalizada, com duração de aproximadamente 2 minutos e resolução espontânea. Dez minutos depois, encontrava-se novamente em seu estado neurológico basal, sem déficit focal.

Considerando a classificação do quadro e a necessidade de investigação complementar, qual alternativa apresenta a interpretação mais adequada?

- A. Convulsão febril complexa; a recorrência em menos de 24 horas define a complexidade, mas, na ausência de sinais de infecção do sistema nervoso central, déficit neurológico persistente ou



alteração prolongada do nível de consciência, não há indicação automática de punção lombar, EEG ou neuroimagem de urgência apenas por essa classificação.

- B. Convulsão febril complexa; a recorrência em menos de 24 horas define a complexidade e, por aumentar a possibilidade de doença estrutural ou infecciosa do sistema nervoso central, indica investigação imediata de rotina com punção lombar, EEG e neuroimagem.
- C. Convulsão febril simples; a curta duração, o caráter generalizado e o rápido retorno ao estado basal prevalecem sobre a recorrência, não havendo indicação automática de investigação neurodiagnóstica adicional.
- D. Convulsão febril simples; a curta duração e o caráter generalizado mantêm essa classificação, mas a ocorrência de um segundo episódio durante a mesma doença febril indica investigação imediata de rotina com punção lombar, EEG e neuroimagem.

Questão 38: A.L.R., 59 anos, com tosse produtiva diária há 4 anos, expectoração mucopurulenta matinal e exacerbações recorrentes com aumento do volume e purulência do escarro. TCAR (TC de alta resolução) mostrou bronquiectasias cilíndricas bilaterais; investigação etiológica negativa para imunodeficiência, fibrose cística, aspergilose broncopulmonar alérgica e doença sistêmica associada. Teve 3 exacerbações ambulatoriais no último ano. Há 3 anos, cultura de escarro durante exacerbação isolou *Pseudomonas aeruginosa*; desde então, sem antibiótico supressivo, com culturas seriadas negativas. Em seguimento, clinicamente estável, nova amostra de escarro de boa qualidade volta a crescer *P. aeruginosa*, sensível a antimicrobiano antipseudomonas oral.

Considerando a interpretação microbiológica desse achado e a estratégia terapêutica mais apropriada, assinale a alternativa correta.

- A. Nova identificação de *P. aeruginosa* após período prolongado sem detecção; realizar tentativa de erradicação com antimicrobiano sistêmico antipseudomonas, associado ou seguido de antibiótico inalatório conforme o protocolo adotado, com posterior reavaliação microbiológica.
- B. Nova identificação de *P. aeruginosa* após período prolongado sem detecção; iniciar tratamento inalatório antipseudomonas de manutenção por prazo prolongado, manejando o paciente desde esse momento como portador de infecção brônquica crônica.
- C. Infecção brônquica crônica por *P. aeruginosa*; realizar tentativa de erradicação com antimicrobiano sistêmico antipseudomonas, associado ou seguido de antibiótico inalatório, com posterior reavaliação microbiológica.
- D. Infecção brônquica crônica por *P. aeruginosa*; iniciar tratamento inalatório antipseudomonas de manutenção por prazo prolongado, considerando o histórico de exacerbações recorrentes.

Questão 39: L.F.A., 54 anos, procura atendimento por sonolência diurna progressiva, dificuldade de concentração e cefaléia matinal. A esposa relata roncos intensos e pausas respiratórias frequentes durante o sono. O paciente refere ganho ponderal progressivo nos últimos anos. Nega tabagismo, uso crônico de opióides ou sedativos e antecedentes de doença neuromuscular ou pulmonar conhecida. Ao exame, apresenta IMC de 41 kg/m² (obesidade grau III: ≥40 kg/m²). Encontra-se clinicamente estável, sem sinais de exacerbação respiratória aguda. A polissonografia demonstra índice de apneia-hipopneia de 38 eventos/hora. Durante avaliação realizada em vigília, a gasometria arterial mostra PaCO₂ de 50 mmHg (VR: 35–45 mmHg) e bicarbonato de 30 mEq/L (VR: 22–29 mEq/L).

Considerando a interpretação conjunta dos achados e a modalidade de pressão positiva preferencial para início do tratamento nesse contexto, assinale a alternativa correta.

- A. Apneia obstrutiva do sono grave isolada; iniciar CPAP como modalidade preferencial.



- B. Apneia obstrutiva do sono grave isolada; iniciar ventilação não invasiva em dois níveis de pressão pela presença de hipercapnia diurna.
- C. Síndrome de obesidade-hipoventilação associada a AOS grave; iniciar CPAP como modalidade preferencial.
- D. Síndrome de obesidade-hipoventilação associada a AOS grave; iniciar ventilação não invasiva em dois níveis de pressão como modalidade preferencial.

Questão 40: Durante uma ação de rastreamento em uma Unidade Básica de Saúde, duas mulheres assintomáticas, sem imunossupressão e sem antecedente de lesão cervical de alto grau, realizam teste molecular para DNA-HPV oncogênico. M.A.R., 38 anos, foi vacinada contra HPV na adolescência. O teste detecta HPV 16, e a citologia reflexa não demonstra alterações intraepiteliais ou malignidade. P.C.S., 41 anos, não foi vacinada contra HPV. O teste detecta HPV oncogênico diferente dos tipos 16 e 18, e a citologia reflexa também é negativa para alterações intraepiteliais ou malignidade. Ambas perguntam à equipe se a citologia normal significa que podem simplesmente retornar ao rastreamento de rotina.

Considerando as atuais Diretrizes Brasileiras para o Rastreamento do Câncer do Colo do Útero, qual é a conduta mais adequada para M.A.R. e P.C.S., respectivamente?

- A. Encaminhar ambas imediatamente para colposcopia, pois qualquer teste molecular positivo para HPV oncogênico exige avaliação colposcópica independentemente da genotipagem ou da citologia.
- B. Repetir o teste de DNA-HPV em 12 meses em ambas, pois uma citologia reflexa negativa reduz suficientemente o risco imediato de lesão de alto grau, inclusive na presença de HPV 16.
- C. Encaminhar M.A.R. para colposcopia e repetir o teste de DNA-HPV de P.C.S. em 12 meses, pois a detecção dos tipos 16 ou 18 implica maior risco e determina avaliação colposcópica mesmo quando a citologia reflexa é negativa.
- D. Repetir o teste de DNA-HPV de M.A.R. em 12 meses e encaminhar P.C.S. para colposcopia, pois a persistência dos tipos 16 ou 18 é necessária antes da investigação invasiva, enquanto outros tipos oncogênicos requerem confirmação imediata.

Questão 41: M.L.P., 31 anos, com dificuldade súbita para movimentar a perna esquerda há 3 semanas, de intensidade flutuante: por vezes necessita auxílio para caminhar, em outras apoia parcialmente o membro. Preocupa-se com doença neurológica pelo impacto no trabalho. Nega perda de consciência, convulsões, alterações esfinterianas, febre, trauma recente ou doença neurológica prévia. Ao exame, reflexos osteotendíneos simétricos e Babinski ausente. Apresenta pouca força na extensão voluntária do quadril esquerdo, mas recuperação involuntária ao flexionar vigorosamente o quadril direito contra resistência; a movimentação também melhora com distração. Ressonância magnética de encéfalo e coluna sem alterações que expliquem o déficit motor.

Considerando o conjunto clínico e os critérios diagnósticos contemporâneos, qual alternativa associa corretamente o diagnóstico mais provável ao fundamento que melhor o sustenta?

- A. Transtorno de sintomas somáticos; a inconsistência demonstrável entre movimentos voluntários e automáticos constitui evidência positiva de que os sintomas pertencem a esse transtorno.
- B. Transtorno de sintomas neurológicos funcionais (transtorno de conversão); a preocupação persistente com a possibilidade de doença neurológica constitui o elemento central para estabelecer o diagnóstico.



- C. Transtorno de sintomas somáticos; o diagnóstico depende principalmente da presença de pensamentos, sentimentos ou comportamentos excessivos relacionados aos sintomas físicos, independentemente de estes possuírem ou não explicação médica.
- D. Transtorno de sintomas neurológicos funcionais (transtorno de conversão); a incompatibilidade demonstrável entre a função motora voluntária e a função automática constitui evidência clínica positiva para o diagnóstico.

Questão 42: V.C.A., 23 anos, trazida pela irmã por mudança comportamental progressiva. Há 8 meses, iniciou isolamento social, abandono do lazer, queda importante do rendimento universitário, redução da iniciativa e da expressão emocional, sem delírios ou alucinações claros. Há 3 meses, passou a apresentar delírios persecutórios e de referência, alucinações auditivas com duas vozes comentando suas ações e episódios de discurso desorganizado, interrompendo completamente as atividades acadêmicas. Sem episódios maníacos ou depressivos maiores, uso de estimulantes, alucinógenos ou outras substâncias, nem evidências clínicas de causa neurológica ou metabólica. Iniciou risperidona em baixa dose e acompanhamento psicossocial, com redução das alucinações e da convicção delirante. Prolactina pré-tratamento: 14 ng/mL (VR 5–25); após 8 semanas: amenorreia e galactorreia, prolactina 72 ng/mL (VR 5–25), com gestação excluída.

Considerando a evolução temporal do transtorno e a farmacologia do antipsicótico utilizado, qual alternativa apresenta a combinação mais adequada?

- A. Transtorno esquizofreniforme; a hiperprolactinemia decorre predominantemente do bloqueio dos receptores dopaminérgicos D2 na via tuberoinfundibular.
- B. Esquizofrenia; a hiperprolactinemia decorre predominantemente do bloqueio dos receptores dopaminérgicos D2 na via tuberoinfundibular.
- C. Transtorno esquizofreniforme; a hiperprolactinemia decorre predominantemente do antagonismo serotoninérgico 5-HT_{2A} produzido pela risperidona.
- D. Esquizofrenia; a hiperprolactinemia decorre predominantemente do antagonismo serotoninérgico 5-HT_{2A} produzido pela risperidona.

Questão 43: Uma paciente de 41 anos com esclerose sistêmica cutânea difusa diagnosticada há 10 meses apresenta progressão rápida do espessamento cutâneo para braços e tronco. Na investigação inicial, havia FAN positivo e anticorpo anti-RNA polimerase III positivo. Creatinina sérica basal era 0,8 mg/dL (VR: 0,6–1,1 mg/dL) e a pressão arterial habitual, em torno de 110/70 mmHg. Há três semanas, iniciou prednisona 20 mg/dia em outro serviço por queixas musculoesqueléticas. Procura o pronto-socorro por cefaleia, náuseas e astenia de início recente. Apresenta PA de 188/112 mmHg. Os exames mostram:

creatinina: 1,8 mg/dL (VR: 0,6–1,1 mg/dL)	hemoglobina: 9,6 g/dL (VR: 12–16 g/dL)	plaquetas: 118.000/mm ³ (VR: 150.000–450.000/mm ³)
LDH: 680 U/L (VR: 120–250 U/L)	haptoglobina reduzida	esquizócitos no esfregaço periférico
urina tipo I: proteinúria discreta, 3 hemácias/campo e ausência de cilindros celulares		

Foi iniciado captopril. Após 24 horas, a pressão arterial reduziu para 154/96 mmHg, mas a creatinina aumentou para 2,0 mg/dL.

Considerando a complicação responsável pelo quadro e a resposta inicial ao tratamento, qual combinação de condutas é a mais adequada neste momento?



- A. Manter e titular progressivamente o inibidor da ECA visando normalização da pressão arterial; reavaliar a corticoterapia sistêmica e retirar a exposição a doses elevadas de glicocorticoide, devido à associação com essa complicação.
- B. Manter e titular progressivamente o inibidor da ECA visando normalização da pressão arterial; manter a corticoterapia sistêmica na dose atual, pois o controle da atividade inflamatória reduz o risco de progressão renal.
- C. Suspender o inibidor da ECA diante da elevação adicional da creatinina e substituir por anti-hipertensivo de outra classe; reavaliar a corticoterapia sistêmica e retirar a exposição a doses elevadas de glicocorticoide, devido à associação com essa complicação.
- D. Suspender o inibidor da ECA diante da elevação adicional da creatinina e substituir por anti-hipertensivo de outra classe; manter a corticoterapia sistêmica na dose atual, pois o controle da atividade inflamatória reduz o risco de progressão renal.

Questão 44: Durante discussão ambulatorial, é avaliada uma paciente de 47 anos com dor e rigidez matinal nas mãos há oito semanas, com duração aproximada de 90 minutos e melhora progressiva ao longo do dia. Ao exame, há sinovite objetiva no punho direito, na segunda articulação metacarpofalângica esquerda e na terceira interfalângica proximal direita. Não há acometimento das interfalângicas distais, lesões cutâneas sugestivas de psoríase ou outra explicação clínica mais provável para a sinovite.

Os exames mostram:

Fator reumatoide: negativo.	Anti-CCP: 78 U/mL (valor de referência <20 U/mL).
VHS: 18 mm/h (valor de referência <20 mm/h).	PCR: 0,3 mg/dL (valor de referência <0,5 mg/dL).

Radiografias de mãos e pés: sem erosões.

Considerando os critérios classificatórios ACR/EULAR de 2010 e as implicações dos achados apresentados para a abordagem inicial, assinale a alternativa mais adequada.

- A. A paciente não atinge o limiar classificatório ACR/EULAR para artrite reumatoide; apesar disso, a persistência da sinovite e o anti-CCP em alto título justificam encaminhamento especializado e início precoce de medicamento antirreumático modificador da doença, sem aguardar dano estrutural.
- B. A paciente não atinge o limiar classificatório ACR/EULAR para artrite reumatoide; diante da normalidade dos reagentes de fase aguda e da ausência de erosões, é adequado manter tratamento sintomático e reavaliar a evolução antes de iniciar medicamento antirreumático modificador da doença.
- C. A paciente atinge o limiar classificatório ACR/EULAR para artrite reumatoide; diante da normalidade dos reagentes de fase aguda e da ausência de erosões, é adequado manter tratamento sintomático e reavaliar a evolução antes de iniciar medicamento antirreumático modificador da doença.
- D. A paciente atinge o limiar classificatório ACR/EULAR para artrite reumatoide; a persistência da sinovite e o anti-CCP em alto título justificam encaminhamento especializado e início precoce de medicamento antirreumático modificador da doença, sem aguardar dano estrutural.

Questão 45: J.P.M., adulto jovem, é resgatado de um incêndio ocorrido em um apartamento. Foi encontrado consciente em um cômodo fechado, com grande quantidade de fumaça no ambiente. Na



chegada ao pronto-socorro, está orientado, fala frases completas e não apresenta uso de musculatura acessória. Ao exame, observam-se queimaduras de espessura parcial profunda na face e na região cervical anterior, chamuscamento de cílios e vibrissas, fuligem nas narinas e pequenos depósitos de material carbonáceo na orofaringe. A voz, segundo o próprio paciente, tornou-se progressivamente mais rouca desde o resgate. Não há estridor. A ausculta pulmonar não apresenta alterações significativas e a SpO_2 é de 99% em ar ambiente (VR: 95–100%). Enquanto a dosagem de carboxi-hemoglobina é processada, percebe-se discreta progressão do edema facial.

Considerando a abordagem inicial, qual combinação entre manejo da via aérea e oxigenoterapia é a mais adequada?

- A. Manter respiração espontânea sob vigilância intensiva da via aérea; administrar oxigênio a 100% por máscara com reservatório enquanto se aguarda a dosagem de carboxi-hemoglobina.
- B. Realizar intubação orotraqueal precoce para proteção da via aérea; administrar oxigênio a 100% enquanto se aguarda a dosagem de carboxi-hemoglobina.
- C. Realizar intubação orotraqueal precoce para proteção da via aérea; titular a fração inspirada de oxigênio de acordo com a oximetria de pulso, reduzindo-a se a saturação permanecer normal.
- D. Manter respiração espontânea sob vigilância intensiva da via aérea; titular a oferta de oxigênio de acordo com a oximetria de pulso, reservando altas concentrações para eventual queda da saturação.

Questão 46: R.C.F., 27 anos, vítima de colisão automobilística em alta velocidade com impacto direto no hemitórax direito. Na avaliação primária, apresenta dispneia, hemoptise, enfisema subcutâneo cervical/torácico à direita e murmúrio vesicular muito reduzido nesse lado. eFAST mostra pneumotórax direito, sendo realizada drenagem torácica, com saída inicial de grande volume de ar e discreta melhora da dispneia. Em seguida, persiste escape aéreo volumoso e quase contínuo pelo selo d'água, apesar de sistema de drenagem íntegro, sem desconexão, acotovelamento ou obstrução. Mantém murmúrio vesicular muito reduzido e progressão do enfisema subcutâneo à direita. Hemodinamicamente estável, aguarda radiografia de controle pós-drenagem.

Considerando a evolução após a drenagem torácica, qual alternativa apresenta a interpretação e a próxima abordagem mais adequadas?

- A. Lesão traqueobrônquica; manter drenagem pleural e observação seriada inicialmente, pois escapes aéreos traumáticos importantes podem persistir nas primeiras horas mesmo quando há lesão de via aérea central.
- B. Laceração pulmonar parenquimatosa com escape aéreo persistente; realizar broncoscopia precocemente e solicitar avaliação da cirurgia torácica diante da possibilidade de necessidade de reparo operatório.
- C. Laceração pulmonar parenquimatosa com escape aéreo persistente; manter drenagem pleural adequada e reavaliação clínica e radiológica, considerando intervenção adicional caso o escape não apresente resolução ou surjam outras complicações.
- D. Lesão traqueobrônquica; realizar broncoscopia precocemente para confirmação e delimitação da lesão e solicitar avaliação imediata da cirurgia torácica.

Questão 47: J.A.S., 64 anos, acompanhado há 2 anos por sintomas urinários com jato fraco, hesitação, noctúria e esvaziamento incompleto. Inicialmente, apresentava próstata aumentada, fibroelástica e sem nódulos ao toque retal, volume de 68 mL (referência ~20–30), Escore Internacional de Sintomas Prostáticos (IPSS) de 19 pontos (0–7 leve; 8–19 moderado; 20–35 grave) e antígeno prostático



específico (PSA) de 3,8 ng/mL. Iniciou tansulosina + finasterida; após 6 meses, houve melhora clínica e PSA caiu para 1,9 ng/mL, mantendo boa adesão. Aos 18 meses, retorna por discreta piora do jato, sem retenção, hematúria, disúria, febre ou perda ponderal. Toque retal segue sem nódulos ou endurecimento; PSA atual 3,2 ng/mL. Nega ejaculação recente, instrumentação urológica ou sintomas de infecção urinária.

Considerando o comportamento do PSA durante o uso de finasterida e a estratégia de investigação mais apropriada, assinale a alternativa correta.

- A. A elevação em relação ao nadir é relevante apesar do valor absoluto do PSA; repetir o PSA em condições padronizadas e, se a elevação persistir, prosseguir com estratificação de risco, podendo incluir RM multiparamétrica e decisão sobre biópsia.
- B. A elevação em relação ao nadir é relevante apesar do valor absoluto do PSA; interromper temporariamente a finasterida e reavaliar o PSA após recuperação do estímulo androgênico prostático antes de indicar exames adicionais.
- C. O valor absoluto permanece compatível com a faixa esperada para a idade, tornando mais provável progressão benigna da HPB; repetir o PSA e manter seguimento clínico, reservando investigação oncológica para aparecimento de toque retal suspeito ou elevação adicional.
- D. O valor absoluto permanece compatível com a faixa esperada para a idade, mas a influência da finasterida impede interpretação adequada enquanto o medicamento estiver em uso; suspê-la e repetir o PSA antes de decidir por RM ou biópsia.

Questão 48: Durante investigação do segundo episódio de infecção urinária febril, um lactente de 7 meses é encaminhado à urologia pediátrica. Os responsáveis relatam que, desde os primeiros meses de vida, seu jato urinário é fino e intermitente, frequentemente acompanhado de esforço para urinar. Também percebem que, algumas vezes, pouco tempo após a micção, a região suprapúbica permanece abaulada. Ao exame, apresenta bexiga palpável em hipogástrio. Não há alterações da genitália externa, estigmas cutâneos de disrafismo espinal ou alterações de força, tônus e reflexos nos membros inferiores. A ultrassonografia de rins e vias urinárias demonstra hidroureteronefrose bilateral, espessamento e trabeculação da parede vesical, além de conteúdo urinário residual após a micção.

A partir da integração entre história, exame físico e achados ultrassonográficos, qual combinação entre a investigação complementar mais apropriada e a sequência de manejo é a mais adequada?

- A. Realizar uretrocistografia miccional para caracterizar a uretra durante a micção; estabelecer derivação urinária por vesicostomia como abordagem inicial, com tratamento definitivo da obstrução em segundo tempo.
- B. Realizar uretrografia retrógrada para definir o ponto de obstrução uretral; promover inicialmente drenagem vesical por cateter e, após estabilização clínica, proceder ao tratamento endoscópico da lesão obstrutiva.
- C. Realizar uretrocistografia miccional para caracterizar a uretra durante a micção; promover inicialmente drenagem vesical por cateter e, após estabilização clínica, proceder à ablação endoscópica da lesão obstrutiva.
- D. Realizar uretrografia retrógrada para definir o ponto de obstrução uretral; estabelecer derivação urinária por vesicostomia como abordagem inicial, com tratamento definitivo da obstrução em segundo tempo.

Questão 49: Durante um journal club, um residente apresenta os resultados de uma análise secundária de um ensaio clínico randomizado que comparou uma estratégia invasiva de rotina com uma estratégia

conservadora em idosos frágeis com infarto agudo do miocárdio sem supradesnívelamento do segmento ST. O desfecho analisado é mortalidade por todas as causas. O residente projeta a curva de Kaplan–Meier original reproduzida abaixo.

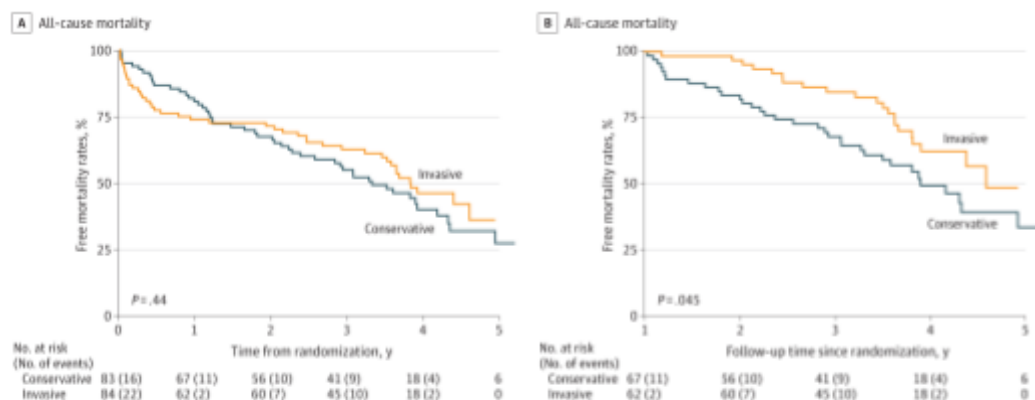


Imagem 9 - Fonte: jamanetwork.com

A análise pelo modelo de Cox produziu hazard ratio de 0,85 (valor nulo para HR: 1,00; IC95%: 0,56–1,28) e $p=0,44$ (nível de significância convencional: 0,05).

Ao finalizar a apresentação, o residente afirma: “O HR (hazard ratio) resume adequadamente a relação entre as estratégias durante todo o acompanhamento; portanto, a estratégia invasiva apresentou aproximadamente 15% menor risco de morte, embora a diferença não tenha alcançado significância estatística.”

O preceptor questiona se um único HR realmente representa de maneira adequada o comportamento observado na figura.

Considerando a curva apresentada e os pressupostos da análise de sobrevivência, qual parecer metodológico é o mais adequado?

- As curvas são compatíveis com o pressuposto de riscos proporcionais; portanto, o HR global pode ser interpretado como uma medida aproximadamente constante do efeito relativo da estratégia invasiva durante o seguimento.
- As curvas são compatíveis com o pressuposto de riscos proporcionais; entretanto, o HR global deve ser substituído por medidas dependentes do tempo, pois estimativas de Cox não são apropriadas quando existem observações censuradas durante o acompanhamento.
- As curvas sugerem violação do pressuposto de riscos proporcionais; nesse cenário, um HR global pode ocultar mudanças do efeito ao longo do tempo, sendo apropriado complementar a análise com medidas como tempo médio de sobrevida restrito ou modelos que permitam efeito dependente do tempo.
- As curvas sugerem violação do pressuposto de riscos proporcionais; ainda assim, o HR global pode ser interpretado como redução proporcional aproximadamente uniforme do hazard durante todo o seguimento, pois o modelo de Cox fornece uma estimativa média do efeito.

Questão 50: T.F.A., 43 anos, motorista, apresenta lombalgia com irradiação para a face posterior da coxa e da perna direitas há três semanas, iniciada após carregar uma caixa pesada. Nas últimas 48 horas, a dor passou a irradiar também para o membro inferior esquerdo e tornou-se pouco responsiva aos analgésicos habituais. Na reavaliação, relata que desde o dia anterior percebe “uma sensação



diferente” na região perineal, principalmente ao realizar higiene após evacuar. Nega incontinência urinária ou fecal e consegue urinar espontaneamente. Ao exame, apresenta Lasègue positivo bilateralmente, força de flexão plantar 4/5 à direita e 5/5 à esquerda, reflexo aquileu reduzido à direita e discreta redução da sensibilidade perineal. O tônus anal está preservado. Após micção espontânea, o resíduo pós-miccional é de 90 mL.

Qual combinação entre a interpretação clínica e a próxima conduta é a mais adequada?

- A. Suspeita de síndrome da cauda equina; a preservação do tônus anal e o baixo resíduo pós-miccional permitem investigação ambulatorial, desde que sejam fornecidas orientações para retorno em caso de retenção urinária.
- B. Suspeita de síndrome da cauda equina; solicitar ressonância magnética lombossacra em caráter de urgência, apesar da micção espontânea, do tônus anal preservado e do baixo resíduo pós-miccional.
- C. Radiculopatia lombossacra bilateral sem elementos suficientes para síndrome da cauda equina; solicitar ressonância magnética lombossacra em caráter de urgência devido à progressão dos déficits neurológicos.
- D. Radiculopatia lombossacra bilateral sem elementos suficientes para síndrome da cauda equina; manter tratamento conservador e reservar ressonância magnética para persistência ou progressão dos déficits motores.