HOSPITAL DE CLÍNICAS
PORTO ALEGRE RS

FundMed
Pesquisa Ensino Inovação

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE

PROCESSO SELETIVO PÚBLICO PARA PROGRAMAS DE RESIDÊNCIA MÉDICA/2027

ÁREA DE ATUAÇÃO

ADMINISTRAÇÃO EM SAÚDE

Nome: _____

Nº de Inscrição: | | | | | | |

Instruções

- Confira o material recebido (CARTÃO DE RESPOSTAS e CADERNO DE QUESTÕES); se houver falha, solicite a substituição ao fiscal da sala.
- Após conferir seus dados no CARTÃO DE RESPOSTAS (NOME, Nº de INSCRIÇÃO e PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MÉDICA), assine no local indicado.
- Este caderno contém **20 questões de múltipla escolha**, com quatro alternativas (**A**, **B**, **C** e **D**).
- Preencha o CARTÃO DE RESPOSTAS, único documento válido para correção da prova objetiva, com bastante atenção, à caneta esferográfica (ponta grossa, tinta azul ou preta), marcando uma única alternativa em cada questão.
- Verifique, no CARTÃO DE RESPOSTAS, as instruções para preenchimento. Sob nenhuma circunstância, o CARTÃO DE RESPOSTAS será substituído devido a erro, desatenção ou falha no preenchimento por parte do candidato.
- Durante a realização da prova, estão vedados o empréstimo de materiais, a comunicação entre candidatos ou terceiros, a utilização de quaisquer dispositivos, como máquina calculadora e/ou similares, livros, anotações, réguas de cálculo, impressos ou qualquer outro material de consulta.
- A prova objetiva terá duração de **até 3 horas**, incluído o tempo para preenchimento do CARTÃO DE RESPOSTAS.
- Após o início da prova, o candidato deverá permanecer na sala pelo **tempo mínimo de 60 minutos**.
- Ao terminar a prova, o candidato devolverá ao fiscal da sala o CARTÃO DE RESPOSTAS.
- O candidato só poderá levar o CADERNO DE QUESTÕES **quando estiver faltando 60 minutos para o término do tempo total de duração da prova**. Por razões de segurança, o candidato que sair antes desse horário não poderá copiar suas respostas.
- Os dois últimos candidatos de cada sala de prova deverão permanecer no recinto, a fim de acompanhar o lacre do material, quando então poderão retirar-se do local após concluído o procedimento.

DIREITOS AUTORAIS RESERVADOS. PROIBIDA A REPRODUÇÃO, AINDA QUE PARCIAL, SEM AUTORIZAÇÃO PRÉVIA.

01. Um estudo de coorte acompanhou trabalhadores que realizavam curtimento de peles expostos a produtos à base de crômio por, pelo menos, 15 anos. Ao final desse período, observou-se maior incidência de anormalidades em linhagens de eritrócitos de trabalhadores expostos quando comparada com a incidência em linhagens de eritrócitos de trabalhadores não expostos. Qual critério de causalidade de Hill é mais bem ilustrado nessa descrição?

(A) Força da associação
(B) Consistência
(C) Temporalidade
(D) Coerência

---

02. Uma revisão sistemática com metanálise de 29 ensaios clínicos randomizados avaliou os efeitos do controle intensivo da pressão arterial, em comparação com o controle padrão, sobre eventos cardiovasculares maiores. A figura abaixo apresenta o gráfico de funil (*funnel plot*) e os testes estatísticos utilizados pelos autores para avaliar um possível viés de publicação. Com base na interpretação do gráfico, assinale a assertiva correta.

Figure S1. Intensive versus standard blood pressure control on the risk of major cardiovascular events

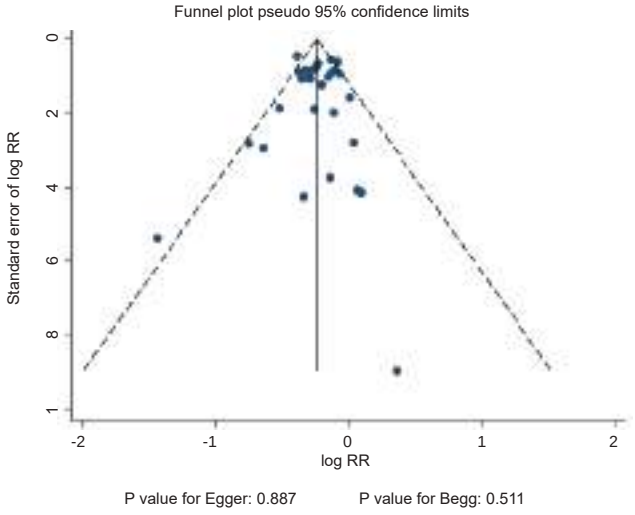


Figure S2. Funnel plot for major cardiovascular events

(A) Os estudos em diferentes posições do funil indicam heterogeneidade clínica relevante entre as populações estudadas.
(B) A maior dispersão dos estudos com menor precisão indica que seus resultados apresentam maior risco de viés metodológico.
(C) A concentração dos estudos com maior precisão próxima ao topo do funil demonstra maior efeito do tratamento nos estudos.
(D) A distribuição dos estudos no gráfico, associada aos resultados dos testes de Egger e Begg, é compatível com ausência de evidência de viés de publicação.

03. Um estudo de casos e controles investigou a associação entre consumo de café e câncer de pâncreas. Como casos, foram selecionados 369 pacientes com câncer de pâncreas e, como controles, 644 pacientes hospitalizados por outros tipos de câncer e outras doenças. Entre os controles sem câncer, eram frequentes diagnósticos gastroenterológicos, como hérnia, colite, enterite, diverticulite, obstrução intestinal e gastrite. Tanto os casos como os controles eram atendidos pelos mesmos médicos. Considerando a seleção dos controles, assinale a assertiva correta.

(A) O atendimento de casos e controles pelos mesmos médicos assegurou a representatividade dos controles.
(B) O maior número de controles em relação aos casos reduziu a possibilidade de viés de informação.
(C) A inclusão de pacientes com doenças gastrointestinais pode ter introduzido viés de seleção.
(D) A presença de uma relação dose-resposta aumentaria a precisão da aferição do consumo de café.

---

04. Um novo teste rápido para uma determinada infecção apresenta sensibilidade de 90% e especificidade de 95%. Um infectologista aplicou o teste em 2 cenários distintos: (I) para triagem populacional em área de baixa prevalência (1%) e (II) para investigação de pacientes sintomáticos internados em que a prevalência (probabilidade pré-teste) é de 40%. Assinale a assertiva correta sobre o desempenho do teste e a interpretação de seus resultados.

(A) O valor preditivo positivo será substancialmente maior no cenário II do que no cenário I, ainda que a sensibilidade e a especificidade do teste permaneçam inalteradas nos 2 cenários.
(B) Como a sensibilidade e a especificidade são propriedades intrínsecas do teste, os valores preditivos positivo e negativo também são constantes e independem da prevalência da doença na população testada.
(C) A razão de verossimilhança positiva (*likelihood ratio* positiva) do teste é de 0,10, indicando forte capacidade de confirmar a doença.
(D) Em área de baixa prevalência, um resultado positivo tem alta probabilidade de ser verdadeiro-positivo, razão pela qual testes de triagem são mais úteis para confirmar do que para descartar doença.

05. Durante campanha de vacinação promovida por uma Secretaria Municipal de Saúde, viralizou, nos grupos de WhatsApp do Município, um áudio afirmando que um lote das vacinas estaria “vencido e reembalado”. Em resposta, a equipe da Secretaria de Saúde publicou, no perfil institucional do Instagram, um vídeo que reproduzia o áudio e o refutava integralmente com dados técnicos sobre a estabilidade do imunobiológico e da cadeia de frio. Nos dias seguintes, o alcance da publicação oficial permaneceu baixo, enquanto trechos recortados do próprio vídeo passaram a circular como “confirmação” do boato. Considerando os princípios da comunicação eficiente em saúde na internet, a estratégia mais adequada para a equipe no momento é

(A) impulsionar com tráfego pago a nota técnica já publicada, para que seu alcance supere a circulação da desinformação.
(B) publicar conteúdo curto, em linguagem acessível, reafirmando a segurança da vacina e sinalizando o boato como falso.
(C) remover a publicação e não retomar o assunto nas redes, evitando alimentar novos ciclos de compartilhamento.
(D) responder individualmente aos comentários, anexando os estudos científicos que comprovam a estabilidade do imunobiológico.

---

06. Paciente feminina, de 42 anos, sofreu queimaduras de 2º e 3º graus em 25% da superfície corporal após o companheiro molhar suas vestes com gasolina e atear fogo. Foi atendida em um hospital de alta complexidade. Assinale a alternativa que contempla direitos garantidos na legislação do SUS que norteiam o atendimento especializado oferecido à paciente.

(A) A Lei nº 8.080/1990 dispõe sobre a organização de atendimento público específico e especializado para mulheres vítimas de violência doméstica.
(B) A Lei nº 8.142/1990 regulamenta o atendimento psicossocial às vítimas de violência, por meio da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).
(C) A Lei Complementar nº 141/2012 regulamenta o aporte de 8% do Produto Interno Bruto – PIB para o orçamento da Saúde e garante as cirurgias plásticas reparadoras em casos de violência.
(D) A Emenda Constitucional nº 29/2000 garante o atendimento às emergências clínicas e cirúrgicas no âmbito do SUS.

07. A Lei nº 9.637/1998 dispõe sobre a qualificação de pessoas jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos, cujas atividades sejam dirigidas ao ensino, à pesquisa científica, ao desenvolvimento tecnológico, à proteção e preservação do meio ambiente, à cultura e à saúde, como Organizações Sociais (OS); e regulamenta a possibilidade de absorção de algumas atividades de estado por essas organizações. Atualmente, a maioria dos Estados da Federação passou a propor a adoção da gestão dos serviços de saúde por meio de OS ou de estratégias que se vinculam a parcerias público-privadas. Assinale a assertiva correta sobre o modelo de gestão dos serviços de saúde por meio de OS em comparação com o modelo de gestão pública.

(A) O modelo de gestão por OS mantém a hierarquização e regionalização conforme os princípios que norteiam o funcionamento do SUS.
(B) O modelo de gestão por OS estabelece restrição ao controle social dos Conselhos Municipais de Saúde e das Conferências Municipais de Saúde nas políticas de saúde.
(C) No modelo de gestão por OS, o Município tem a capacidade de ampliar os serviços prestados à população com economia e qualidade nas áreas em que não havia serviços públicos.
(D) No modelo por OS, os salários das pessoas contratadas são considerados gastos com pessoal de acordo com a lei de responsabilidade fiscal.

---

08. Paciente masculino, de 48 anos, procurou a UBS por dor abdominal contínua no quadrante superior direito, náuseas e hiporexia, com cerca de 10 dias de evolução. Retornou, acompanhado pela esposa, 1 semana após com os resultados dos exames, relatando a persistência da dor. Trabalhava como motorista de aplicativo; consumia destilados regularmente desde a juventude. A esposa referiu que ele estava com os olhos amarelados e que, há 3 dias, dormia durante o dia e ficava acordado e confuso durante a noite. Ao exame, apresentava-se em regular estado geral, ictérico (++/4+), com temperatura axilar de 37,2º C, pressão arterial de 122/78 mmHg e frequência cardíaca de 96 bpm. O abdômen apresentava hepatomegalia dolorosa a 4,0 cm do rebordo costal, sem sinais de irritação peritoneal; havia discreto eritema palmar. Os exames indicaram hemoglobina de 12,9 g/dL, VCM de 104 fL, leucócitos de 11.900/mm^3, plaquetas de 138.000/mm^3, AST de 224 U/L, ALT de 96 U/L, GGT de 810 U/L, fosfatase alcalina de 196 U/L, bilirrubina total de 8,6 mg/dL (direta de 6,8 mg/dL) e albumina de 3,1 g/dL. Diante desse quadro, qual a conduta mais adequada no momento?

(A) Orientar abstinência alcoólica, prescrever tiamina e reavaliar em 7 dias.
(B) Solicitar ultrassonografia abdominal e reavaliar em 48 horas.
(C) Solicitar sorologias para hepatites virais e manter seguimento ambulatorial.
(D) Encaminhar o paciente imediatamente à Emergência hospitalar.

09. Paciente masculino, de 49 anos, dono de restaurante e churrasqueiro profissional, veio à consulta para exames de rotina. Assintomático, não tabagista, informou praticar exercícios físicos por 60 minutos, 3 vezes/semana. Normotenso, apresentava IMC de 24 kg/m^2. Seus exames laboratoriais excluíram dislipidemia e diabetes melito. Não possuía história familiar de doença cardiovascular precoce. O escore de risco cardiovascular global (Framingham) era 6%. Qual a conduta com maior impacto para a redução do risco cardiovascular a longo prazo?

(A) Iniciar estatina de baixa potência visando a redução adicional do risco absoluto.
(B) Instalar sistema de exaustão e ventilação adequado no posto de trabalho.
(C) Aumentar o tempo semanal de atividade física.
(D) Orientar a transição para uma dieta baseada em plantas.

---

10. Com as mudanças climáticas antropogênicas, as médias de temperatura global estão subindo e, com isso, as ondas de calor tendem a aumentar em intensidade e frequência. Assinale a assertiva correta sobre as ondas de calor.

(A) Reduzem a formação de ozônio no asfalto.
(B) Aumentam a violência.
(C) Aumentam a produtividade laboral.
(D) Reduzem a pressão arterial e reduzem eventos cardiovasculares isquêmicos.

---

11. Gestante de 23 anos veio à UBS para a segunda consulta de pré-natal de risco habitual, de sua terceira gestação. Encontrava-se com 20 semanas de gestação, de acordo com a data da última menstruação. A gestação anterior, há 2 anos, transcorrera sem anormalidades. Dentre os resultados de exames trazidos, de material coletado há 10 dias, constava a pesquisa para anticorpos anti-*Toxoplasma gondii* IgM = REAGENTE e IgG = NÃO REAGENTE. Com base nessa informação, assinale a assertiva **incorreta**.

(A) Encaminhar a paciente para o pré-natal de alto risco.
(B) Realizar notificação à Vigilância Epidemiológica.
(C) Iniciar esquema com sulfadiazina e pirimetamina por via oral.
(D) Solicitar teste de avidez.

12. Paciente de 38 anos, com 12 semanas de gestação, veio à consulta na UBS para apresentar os resultados de exames coletados há 1 semana. Fazia uso de levotiroxina 75 mcg/dia para tratamento de hipotireoidismo, devido a tireoidite de Hashimoto. Relatou cansaço e queda de cabelos, condições que atribuiu à gestação. Seu peso pré-gestacional era 61 kg e, na data da consulta, 63 kg. Os demais aspectos do exame físico estavam normais. A dosagem de TSH indicou 3,0 mUI/L; outros exames laboratoriais estavam normais para a gestação. Com base nesse resultado, qual a conduta mais adequada?

(A) Solicitar T4 livre e anticorpo antitireoperoxidase para ajustar a dose de levotiroxina.
(B) Manter a dose de levotiroxina e coletar T4 livre e TSH em 1 mês.
(C) Aumentar a dose de levotiroxina para 100 mcg/dia e coletar TSH em 1 mês.
(D) Prescrever 1 mg/kg de peso de levotiroxina.

---

13. Homem trans, de 30 anos, veio à consulta por desejar realizar exame preventivo de câncer de colo de útero. Informou nunca ter realizado esse exame, fazer uso de testosterona desde os 18 anos e não manter atividades sexuais com penetração. Ouviu falar que no SUS havia um novo exame preventivo para câncer de colo de útero, sobre o qual gostaria de receber informações. Considerando o caso, assinale a assertiva correta sobre a estratégia de prevenção de câncer de colo de útero do SUS.

(A) O teste molecular DNA-HPV identifica precocemente o câncer de colo de útero, tornando desnecessária a coleta de citopatológico de colo de útero.
(B) No caso do rastreamento negativo por teste molecular DNA-HPV, o novo exame será em 10 anos, entre 25 e 64 anos.
(C) Mulheres cisgênero e homens transgênero com DNA-HPV oncogênico positivo diferente de 16 ou 18 e citologia reflexa negativa coletam novo exame em 1 ano.
(D) É recomendada no SUS a realização da citologia simultaneamente ao teste de DNA-HPV oncogênico para aumentar a sensibilidade do rastreamento.

14. Trabalhador frentista, de 38 anos, procurou a UBS queixando-se de cansaço e dificuldade de concentração, quadro iniciado há 2 meses. Relatou um episódio de síncope. Colegas referiram que ele vinha apresentando palidez intensa e lentidão nas tarefas cotidianas. Considerando que o trabalhador lida com agentes químicos, assinale a assertiva correta de acordo com a legislação vigente relativa aos riscos ambientais do trabalho.

(A) Para a execução de suas tarefas, o trabalhador deve receber equipamentos de proteção individual (EPI) do empregador; em caso de dano ao equipamento, o trabalhador procederá à aquisição de um novo EPI.
(B) Considerando os efeitos à saúde relacionados aos hidrocarbonetos aromáticos, apenas o médico do trabalho pode afastar o empregado e realizar a investigação clinicolaboratorial correlata.
(C) Quando a incapacidade laboral for superior a 10 dias, o médico assistente deve encaminhar o empregado à Previdência Social para afastamento.
(D) Constatada ocorrência ou agravamento de doença relacionada ao trabalho ou de alteração que revele disfunção orgânica por meio dos exames complementares, o médico deve emitir a Comunicação de Acidente de Trabalho.

---

15. Paciente masculino, de 27 anos, casado, com escolaridade fundamental completa, informou, na consulta, que trabalhava em uma mina de carvão há 3 anos e que, até o momento, não havia sido avaliado em relação à sua saúde. Que outro exame, além do raio X de tórax em PA, é preconizado para monitoramento e avaliação periódica da exposição ocupacional mencionada?

(A) Espirometria
(B) Hemograma
(C) Lavado brônquico
(D) Tomografia computadorizada pulmonar

---

16. Paciente feminina, de 84 anos, foi encaminhada para avaliação por perda funcional progressiva nos últimos 6 meses. Referiu morar sozinha e apresentar hipertensão arterial, osteoartrite e incontinência urinária, pelo que fazia uso de 8 medicamentos/dia. O filho relatou que a paciente vinha deixando contas sem pagar e esquecendo de desligar o fogão. Ao exame, apresentava IMC de 20 kg/m^2, velocidade de marcha de 0,7 m/s e dependência parcial para atividades instrumentais de vida diária. A principal utilidade da Avaliação Multidimensional do Idoso nesse caso é

(A) confirmar o diagnóstico de demência.
(B) determinar a elegibilidade para institucionalização.
(C) identificar déficits em múltiplos domínios e orientar um plano integrado de cuidados.
(D) estimar o prognóstico para orientar decisões sobre a adequação e a invasividade de futuras intervenções.

17. Paciente masculino, de 55 anos, tabagista de 20 cigarros/dia desde os 15 anos, com diagnóstico de doença pulmonar obstrutiva crônica grave, encontrava-se no quinto dia de internação hospitalar para tratamento de exacerbação infecciosa. No início da internação, apresentou sintomas de abstinência da nicotina (irritabilidade, ansiedade e dificuldade de concentração), que foram controlados após o início de reposição com adesivo de nicotina de 21 mg/dia, aplicado sempre pela manhã. O paciente queixou-se, contudo, de insônia importante e pesadelos nas últimas 2 noites. Qual a conduta mais adequada para o manejo do tabagismo no momento?

(A) Suspender a terapia de reposição da nicotina, uma vez que os sintomas confessionais de abstinência foram controlados.
(B) Reduzir a dose do adesivo de nicotina para 14 mg/dia, visando diminuir os efeitos adversos centrais.
(C) Substituir o adesivo de nicotina por bupropiona por via oral, associando um benzodiazepínico de curta ação à noite.
(D) Orientar a retirada do adesivo de nicotina ao deitar e a aplicação de uma nova unidade de 21 mg ao acordar.

---

18. Mãe buscou atendimento para seu filho de 8 anos com o pediatra por piora importante do padrão do sono. Referiu que há 1 mês, desde o falecimento do avô, o filho estava levantando-se à noite e indo para a cama dos pais; que tinha procurado o Ambulatório da escola por dores de barriga; que pedia para ficar em casa com frequência, embora fosse para a escola após alguma insistência; que frequentava as atividades esportivas como de costume; e que não teve prejuízo nas notas escolares. A mãe percebeu que ele evitava falar do avô, o que causava estranheza, pois eles eram muito próximos. Diante dessa apresentação clínica, qual o diagnóstico mais provável?

(A) Transtorno de ajustamento
(B) Episódio depressivo
(C) Transtorno de ansiedade generalizada
(D) Transtorno de ansiedade de separação

19. No ano de 2026, foi publicada a Lei nº 15.738/2026, que institui o *Estatuto dos Direitos do Paciente*. Assinale a assertiva correta sobre os direitos do paciente com base nessa lei.

(A) O paciente tem o direito de exigir retificação de seu prontuário sempre que achar pertinente.
(B) O paciente tem o direito de não consentir com a presença de estudantes durante seus cuidados de saúde.
(C) O paciente tem o direito de obter cópia de seu prontuário sem ônus, desde que a demanda seja devidamente justificada.
(D) Não cabe ao paciente fazer perguntas à equipe assistencial sobre a higienização de mãos e de instrumentos.

20. Paciente masculino, de 40 anos, foi trazido à Emergência pelo Samu em ressuscitação (frequência cardíaca de 70 bpm) após acidente de submersão em reservatório de água limpa, há menos de 2 horas. Foi prontamente intubado e mantido em ventilação mecânica. Avaliação neurológica revelou midríase bilateral e escore 3 na Escala de Coma de Glasgow, sugerindo encefalopatia hipóxico-isquêmica grave. Qual a conduta mais apropriada a seguir?

(A) Transferir o paciente para UTI para tratamento de lesão neurológica.
(B) Iniciar imediatamente protocolo de morte encefálica.
(C) Aguardar a evolução natural para parada cardiocirculatória.
(D) Manter medidas de suporte de vida por 24 horas para aplicação de protocolo de morte encefálica.

HOSPITAL DE CLÍNICAS
PORTO ALEGRE RS

FundMed
Pesquisa Ensino Inovação

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE

PROCESSO SELETIVO PÚBLICO PARA PROGRAMAS DE RESIDÊNCIA MÉDICA/2027

ÁREA DE ATUAÇÃO

ANGIORRADIOLOGIA E CIRURGIA ENDOVASCULAR

Nome: _____

Nº de Inscrição: | | | | | | |

Instruções

- Confira o material recebido (CARTÃO DE RESPOSTAS e CADERNO DE QUESTÕES); se houver falha, solicite a substituição ao fiscal da sala.
- Após conferir seus dados no CARTÃO DE RESPOSTAS (NOME, Nº de INSCRIÇÃO e PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MÉDICA), assine no local indicado.
- Este caderno contém **20 questões de múltipla escolha**, com quatro alternativas (**A**, **B**, **C** e **D**).
- Preencha o CARTÃO DE RESPOSTAS, único documento válido para correção da prova objetiva, com bastante atenção, à caneta esferográfica (ponta grossa, tinta azul ou preta), marcando uma única alternativa em cada questão.
- Verifique, no CARTÃO DE RESPOSTAS, as instruções para preenchimento. Sob nenhuma circunstância, o CARTÃO DE RESPOSTAS será substituído devido a erro, desatenção ou falha no preenchimento por parte do candidato.
- Durante a realização da prova, estão vedados o empréstimo de materiais, a comunicação entre candidatos ou terceiros, a utilização de quaisquer dispositivos, como máquina calculadora e/ou similares, livros, anotações, réguas de cálculo, impressos ou qualquer outro material de consulta.
- A prova objetiva terá duração de **até 3 horas**, incluído o tempo para preenchimento do CARTÃO DE RESPOSTAS.
- Após o início da prova, o candidato deverá permanecer na sala pelo **tempo mínimo de 60 minutos**.
- Ao terminar a prova, o candidato devolverá ao fiscal da sala o CARTÃO DE RESPOSTAS.
- O candidato só poderá levar o CADERNO DE QUESTÕES **quando estiver faltando 60 minutos para o término do tempo total de duração da prova**. Por razões de segurança, o candidato que sair antes desse horário não poderá copiar suas respostas.
- Os dois últimos candidatos de cada sala de prova deverão permanecer no recinto, a fim de acompanhar o lacre do material, quando então poderão retirar-se do local após concluído o procedimento.

DIREITOS AUTORAIS RESERVADOS. PROIBIDA A REPRODUÇÃO, AINDA QUE PARCIAL, SEM AUTORIZAÇÃO PRÉVIA.

01. O estudo Best-CLI (*NEJM*, 2022) randomizou, em 2 coortes distintas, pacientes com isquemia crônica ameaçadora do membro para revascularização cirúrgica *versus* tratamento endovascular. Na coorte 1, foram alocados os pacientes que possuíam safena magna adequada para a realização de derivação cirúrgica; na coorte 2, foram incluídos os pacientes em que a veia não era adequada. Ao interpretar os resultados do estudo, qual conclusão é mais apropriada com relação à aplicabilidade das evidências?

(A) A superioridade da cirurgia na coorte 1 justifica a preferência rotineira por *bypass* mesmo em pacientes sem veia adequada.
(B) A ausência de diferença significativa na coorte 2 sugere que a escolha entre as estratégias depende da disponibilidade de conduto venoso autólogo.
(C) Os resultados indicam que tratamento endovascular deve ser evitado em todos os pacientes, independentemente da anatomia.
(D) A randomização em coortes separadas invalida a comparação direta entre cirurgia e tratamento endovascular.

---

02. Paciente masculino, de 68 anos, tabagista, passou a apresentar claudicação intermitente em ambos os membros inferiores. Eco-Doppler arterial dos membros inferiores revelou os seguintes achados:

Membro inferior direito
- Artéria femoral comum com onda multifásica e VPS de 95 cm/s
- Artéria femoral superficial com redução gradual das velocidades ao longo de seus terços proximais
- Artérias poplítea, tibial anterior, tibial posterior e fibular com fluxo monofásico, com padrão *tardus et parvus*

Membro inferior esquerdo
- Artéria femoral comum com fluxo monofásico, com padrão *tardus et parvus* e VPS de 38 cm/s
- Artéria femoral superficial com fluxo monofásico, com padrão *tardus et parvus* e VPS de 42 cm/s
- Artérias poplítea, tibial anterior, tibial posterior e fibular com fluxo monofásico, com padrão *tardus et parvus*

Com base nos achados do exame, qual o diagnóstico mais provável?

(A) Estenose significativa na origem da artéria femoral superficial direita e estenose significativa na artéria femoral comum esquerda
(B) Estenose significativa na origem da artéria femoral superficial direita e estenose significativa ou oclusão no eixo ilíaco esquerdo
(C) Estenose significativa ou oclusão na transição femoropoplítea direita e estenose significativa na origem da artéria femoral superficial esquerda
(D) Estenose significativa ou oclusão na transição femoropoplítea direita e estenose significativa ou oclusão no eixo ilíaco esquerdo

03. Considerando-se a Diretriz da *European Society for Vascular Surgery* (2023), qual a justificativa mais adequada para indicar ou não o rastreamento da estenose carotídea extracraniana assintomática?

(A) A maioria dos acidentes vasculares cerebrais é causada por doença carotídea extracraniana, sendo, portanto, indicada a triagem de rotina em pessoas com fatores de risco.
(B) O eco-Doppler de carótidas gera muito poucos falsos positivos, razão pela qual pode ser indicada a triagem populacional indiscriminada.
(C) Quando a triagem está indicada, seu principal objetivo é a redução da morbimortalidade cardiovascular, e não necessariamente a identificação de candidatos à cirurgia.
(D) Há evidência consistente de que a triagem populacional reduz o risco de acidente vascular cerebral e, por isso, ela deve ser considerada.

---

04. Paciente masculino, de 58 anos, com história de tabagismo, hipertensão arterial e dislipidemia sem controle adequado, apresentou amaurose fugaz à direita há 12 horas. Eco-Doppler de carótidas mostrou estenose crítica em ambas as artérias carótidas internas. Angiotomografia confirmou o grau de estenose nas artérias carótidas internas e demonstrou arco aórtico do tipo III, com ateromatose difusa. Qual a conduta mais adequada, além de otimizar o tratamento clínico?

(A) Realizar endarterectomia carotídea direita com brevidade, idealmente em até 14 dias.
(B) Realizar angioplastia carotídea direita com brevidade, idealmente em até 14 dias.
(C) Realizar endarterectomia carotídea esquerda com brevidade, idealmente em até 14 dias.
(D) Não indicar intervenção cirúrgica, pois o evento foi transitório, tendo se resolvido espontaneamente.

---

05. Paciente masculino, de 72 anos, teve diagnosticada, por angiotomografia, estenose aterosclerótica de 75% na artéria renal esquerda. Apresentava hipertensão arterial controlada com anti-hipertensivos (enalapril 20 mg/dia e hidroclorotiazida 25 mg/dia), creatinina estável em 1,2 mg/dL nos últimos 12 meses e rim esquerdo com 9,0 cm de comprimento à ultrassonografia. Qual a conduta mais apropriada?

(A) Otimizar terapia medicamentosa e acompanhamento clínico, reservando intervenção para situações específicas.
(B) Indicar angioplastia com *stent* da artéria renal esquerda devido à estenose > 70%.
(C) Realizar medida de gradiente translesional e, se > 20 mmHg, realizar angioplastia.
(D) Indicar revascularização cirúrgica aberta devido à idade avançada.

06. Assinale a assertiva correta sobre o manejo da doença arterial periférica, considerando as diretrizes mais recentes.

(A) Para pacientes com claudicação intermitente com limitação significativa das atividades diárias, deve ser considerada intervenção cirúrgica ou endovascular precoce como primeira linha de tratamento.
(B) Medicamentos, como o cilostazol, que têm por objetivo aumentar a distância da caminhada, devem ser considerados mesmo para pacientes que não aderiram ao melhor tratamento clínico.
(C) Para pacientes com claudicação intermitente, está indicada realização de exame de imagem para confirmação diagnóstica.
(D) O tratamento com estatina está recomendado para todos os pacientes com doença arterial periférica sintomática para redução de risco de eventos cardiovasculares maiores, eventos de membros e progressão da doença.

---

07. Paciente masculino, de 30 anos, foi vítima de ferimento por arma branca na região cervical esquerda (Zona II). Angiotomografia demonstrou pseudoaneurisma de 4,8 mm de diâmetro da bifurcação carotídea esquerda, sem lesões associadas de outros órgãos. Encontrava-se estável, sem sangramento ativo e sem déficit neurológico. Qual a conduta recomendada?

(A) Acompanhamento não operatório, com controles clínico e radiológico seriados
(B) Tratamento endovascular com *stent* revestido
(C) Cirurgia de urgência para ligadura do pseudoaneurisma
(D) Embolização do pseudoaneurisma com molas

---

08. Criança de 7 anos apresentou fratura supracondiliana de úmero após queda. Ao exame, a mão estava bem perfundida, quente e corada, porém sem pulso radial palpável. Angiotomografia mostrou trombose de artéria braquial. Qual a conduta mais adequada?

(A) Tratamento conservador, pois a extensa circulação colateral e a menor massa muscular do membro superior permitem perfusão compensada com baixo risco de complicações tardias.
(B) Revascularização cirúrgica de urgência, pelo risco de iminente evolução para isquemia de membro.
(C) Revascularização cirúrgica obrigatória, dado o alto risco de não desenvolvimento do membro.
(D) Revascularização na adolescência, quando a massa muscular precisa de maior perfusão para seu desenvolvimento.

09. Paciente masculino, de 74 anos, hipertenso e ex-tabagista, foi submetido a tratamento endovascular eletivo de aneurisma de aorta abdominal infrarrenal de 58 mm de diâmetro com endoprótese bifurcada convencional. O procedimento foi realizado sem intercorrências. Angiotomografia de controle realizada no 30º dia pós-operatório revelou os seguintes achados:

Endoleak tipo II, com origem em artéria lombar
Diâmetro do saco aneurismático estável em relação ao pré-operatório
Sobreposição dos componentes e zonas de selamento adequadas
Diâmetro do colo proximal: 26 mm
Angulação do colo proximal: 45º
Diâmetro da zona de fixação distal em artérias ilíacas comuns: 16 mm

Com base na Diretriz da *European Society for Vascular Surgery* (2024), qual a estratégia de vigilância por imagem indicada?

(A) Seguimento com angiotomografia a cada 6 meses no primeiro ano e anualmente até o 5º ano, pois as zonas de selamento, diâmetro e angulação do colo proximal são adequados e o paciente é considerado de baixo risco para complicações.
(B) Seguimento com angiotomografia anual, pois a presença de *endoleak* tipo II em 30 dias classifica o paciente como de maior risco, independentemente dos parâmetros anatômicos.
(C) Seguimento com eco-Doppler a intervalos de 6 meses no primeiro ano, dispensando angiotomografia adicional, uma vez que o exame de 30 dias já excluiu complicações relevantes.
(D) Embolização preventiva do *endoleak* tipo II e, após confirmação da exclusão do *endoleak*, restringir a angiotomografia aos primeiros 5 anos caso haja redução progressiva do diâmetro.

---

10. Paciente masculino, de 66 anos, com doença renal crônica (TFG de 52 mL/min/1,73 m^2), foi submetido a tratamento endovascular de aneurisma de aorta há 5 anos com endoprótese convencional. Angiotomografia computadorizada demonstrou *endoleak* tipo Ia por migração proximal, com colo infrarrenal medindo 31 mm de diâmetro e comprimento de 4,0 mm, com angulação de 30º. Houve crescimento do saco aneurismático (de 38 para 52 mm). A aorta paravisceral apresentou 24 mm de diâmetro. Considerando a Diretriz da *European Society for Vascular Surgery* (2024) e a evidência atual, qual a conduta mais adequada?

(A) Implante de endoâncoras no colo proximal existente, reforçando a fixação da endoprótese original.
(B) Implante de endoprótese fenestrada customizada com fenestrações renais e *scallop* ou fenestração para a artéria mesentérica superior.
(C) Realização da técnica da chaminé com 2 *stents* paralelos renais, associada à extensão proximal.
(D) Conversão para cirurgia aberta com *bypass* aorto-bi-ilíaco e reimplante das artérias renais.

11. Paciente masculino, de 68 anos, tabagista, hipertenso e dislipidêmico, com histórico de infarto agudo do miocárdio há 6 anos (tratado com angioplastia primária + *stent* farmacológico em DA), foi encaminhado pelo cardiologista após detecção incidental de massa pulsátil na fossa poplítea direita e claudicação intermitente para 300 metros. A avaliação complementar com eco-Doppler evidenciou aneurisma de poplítea contendo trombos murais, medindo 2,4 cm no maior diâmetro, com fluxo monofásico distal em artéria tibial anterior e bifásico em artérias tibial posterior e fibular. Angiotomografia confirmou oclusão médio-proximal da artéria tibial anterior e continuidade de fluxo nas artérias tibial posterior e fibular à direita. Assinale a assertiva correta sobre o manejo do paciente.

(A) O reparo endovascular ou cirúrgico está indicado para aneurismas > 2,5 cm de diâmetro, independentemente da situação do leito distal.
(B) O manejo preferencial é conservador com eco-Doppler anual, pois o aneurisma não compromete significativamente o fluxo distal e o paciente é oligossintomático.
(C) O reparo aberto com veia safena magna autóloga é a conduta indicada para o paciente com expectativa de vida ≥ 5 anos e veia safena adequada.
(D) A anticoagulação sistêmica reduz a probabilidade de embolização distal e deve ser associada a uso de AAS e estatina no tratamento clínico.

12. Paciente masculino, de 58 anos, obeso e sedentário, apresentava úlcera venosa ativa no maléolo medial esquerdo há 4 meses (CEAP C6), associada a varizes sintomáticas. Eco-Doppler venoso mostrou refluxo axial da veia safena magna, com diâmetro de 9,0 mm. Havia um antecedente de trombose venosa profunda femoropoplítea há 6 anos, tratada com anticoagulação por 6 meses. Eco-Doppler atual do sistema venoso profundo revelou veias femoral e poplítea recanalizadas e pérvias, com fluxo fásico preservado à manobra de Valsalva, sem colaterais compensatórias sugestivas de obstrução residual, porém com refluxo segmentar pós-trombótico isolado na veia poplítea. Considerando as indicações e limitações do tratamento endovenoso para insuficiência venosa crônica, qual a conduta mais apropriada?

(A) Contraindicar a ablação endovenosa da veia safena magna, pois qualquer antecedente de trombose venosa profunda no membro representa contraindicação absoluta ao tratamento do refluxo superficial.
(B) Postergar qualquer intervenção sobre o refluxo superficial até a cicatrização completa da úlcera, reservando a ablação venosa apenas para prevenção de recidiva após a alta cicatricial.
(C) Indicar apenas anticoagulação em dose profilática associada a repouso com elevação do membro, sem terapia compressiva ou ablação, pelo risco de recidiva trombótica no segmento pós-trombótico.
(D) Indicar a ablação endovenosa da veia safena magna associada a terapia compressiva, já que o sistema venoso profundo está recanalizado e pérvio, sem obstrução residual, mas com refluxo segmentar em poplítea.

13. Paciente feminina, de 63 anos, com diabetes melito tipo 2, hipertensão arterial, obesidade (IMC de 31 kg/m^2) e doença renal crônica estágio 5 (TFGe de 9,0 mL/min/1,73 m^2), foi encaminhada para planejamento de acesso definitivo para hemodiálise, com início da terapia renal substitutiva previsto em cerca de 3 meses. É destra, sem cateteres venosos centrais prévios. Ao exame do membro superior esquerdo (não dominante), os pulsos estavam presentes, e o teste de Allen, normal. O mapeamento vascular com eco-Doppler avaliou a artéria radial e a veia cefálica em 3 níveis do antebraço e fossa cubital (exame realizado com garrote):

- no terço distal (punho), artéria radial com 1,6 mm de diâmetro e calcificação parietal leve e veia cefálica de paredes irregulares e trajeto descontínuo com 1,8 mm
- no terço médio do antebraço, artéria radial com 1,9 mm e veia cefálica com 2,2 mm
- no terço proximal do antebraço próximo à prega do cotovelo, artéria radial com 2,6 mm, sem calcificação relevante, e veia cefálica com 3,4 mm de diâmetro, paredes regulares e trajeto retilíneo e contínuo até o braço
- na fossa cubital, artéria braquial com 5,0 mm e veia cefálica mediana com 4,8 mm e está em continuidade até o sulco deltopeitoral com calibre médio de 5,0 mm e sem áreas de espessamento

Com base nas diretrizes atuais sobre a escolha do acesso vascular para hemodiálise, qual a conduta mais adequada?

(A) Confeccionar fístula arteriovenosa radiocefálica no terço distal do antebraço (punho), respeitando o princípio de sempre iniciar pelo sítio mais distal possível, independentemente do calibre encontrado no mapeamento.
(B) Confeccionar fístula arteriovenosa radiocefálica no terço proximal do antebraço, aproveitando o segmento de artéria radial e veia cefálica com calibre e paredes adequados identificados neste nível.
(C) Indicar enxerto arteriovenoso de politetrafluoretileno (PTFE) em alça no antebraço, considerando que o calibre reduzido da artéria radial e da veia cefálica no punho contraindica qualquer tentativa de fístula autóloga no membro.
(D) Indicar fístula arteriovenosa braqueocefálica no braço (fossa cubital), desconsiderando os segmentos do antebraço, por apresentar maior fluxo sanguíneo após maturação e menor taxa de trombose em comparação a qualquer opção mais distal.

14. Paciente feminina, de 28 anos, previamente hígida, em uso de anticoncepcional hormonal, vinha apresentando, há 6 dias, edema progressivo e dor em todo o membro inferior esquerdo, sem trauma, cirurgia ou imobilização recentes. Ao exame, o membro encontrava-se edemaciado da raiz da coxa ao tornozelo, com empastamento doloroso na região inguinal, sem sinais de comprometimento arterial. Eco-Doppler venoso confirmou trombose venosa profunda extensa, envolvendo as veias ilíaca comum, ilíaca externa, femoral comum e femoral superficial esquerdas. Investigação de trombofilias estava em andamento. A paciente mantinha boa capacidade funcional, sem sangramento ativo. Hemograma mostrou plaquetas de 85.000/mm^3, com tempo de protrombina (TP) e tempo de tromboplastina parcial ativada (KTTP) normais, achado compatível com plaquetopenia leve de consumo relacionada à extensa carga trombótica, sem outros sinais clínicos ou laboratoriais de coagulopatia. Com base nas diretrizes atuais sobre indicações de intervenção endovascular na trombose venosa profunda, qual a conduta terapêutica mais adequada?

(A) Anticoagulação plena isolada, sem remoção do trombo, pois plaquetopenia de 85.000/mm^3 representa contraindicação absoluta a trombólise, independentemente da causa da plaquetopenia e dos demais parâmetros da coagulação.
(B) Trombólise farmacomecânica guiada por cateter do segmento iliofemoral e femoropoplíteo, associada a anticoagulação e a venografia e ultrassom intravascular intraprocedimento, para identificar e tratar eventual lesão estenótica subjacente do eixo ilíaco com angioplastia e *stent*.
(C) Trombectomia cirúrgica aberta de urgência do segmento iliofemoral, reservando abordagem endovascular apenas para casos de recidiva trombótica após falha do tratamento cirúrgico inicial.
(D) Trombólise sistêmica plena por via intravenosa periférica, evitando o acesso venoso guiado por cateter pelo maior risco de complicações relacionadas à punção femoral.

15. Paciente masculino, de 72 anos, tabagista, com fibrilação atrial em anticoagulação irregular, foi trazido à Emergência por dor súbita no membro inferior esquerdo, iniciada há 6 horas. Ao exame físico, o pé esquerdo estava pálido e frio; e o pulso femoral, cheio; mas não se palpavam pulsos poplíteo ou distais. Detectou-se sinal venoso ao eco-Doppler, mas não sinal arterial. Havia hipoestesia além dos podos, associada a fraqueza moderada da dorsiflexão do tornozelo. Qual o diagnóstico e qual a conduta mais adequada de acordo com a *Diretriz de Manejo de Doença Arterial Periférica* (*ACC/AHA*, 2025)?

(A) Isquemia aguda de membro inferior categoria I – Revascularização urgente e anticoagulação sistêmica com heparina não fracionada se não houver contraindicação.
(B) Isquemia aguda de membro categoria IIa – Revascularização urgente e anticoagulação sistêmica com heparina não fracionada se não houver contraindicação.
(C) Isquemia aguda de membro categoria IIb – Revascularização de emergência e anticoagulação sistêmica com heparina não fracionada se não houver contraindicação.
(D) Isquemia aguda de membro inferior categoria III – Amputação primária.

16. Paciente masculino, de 63 anos, com hipertensão arterial, foi trazido à Emergência por dor torácica e dor abdominal súbitas, quadro iniciado há 8 horas. Angiotomografia demonstrou dissecção aguda da aorta tipo B, com porta de entrada primária 2,0 cm distal à artéria subclávia esquerda. O tronco celíaco e a artéria mesentérica superior originavam-se da luz verdadeira, que se encontrava intensamente comprimida. Não havia trombose das artérias viscerais. O paciente permanecia com dor abdominal e apresentava lactato de 5,2 mmol/L e redução do realce de alças intestinais. Qual a estratégia terapêutica inicial mais apropriada?

(A) Implantação primária de *stents* nas artérias celíaca e mesentérica superior
(B) Implante de endoprótese aórtica torácica para cobertura da porta de entrada proximal e expansão da luz verdadeira
(C) Laparotomia e revascularização retrógrada de artéria mesentérica superior
(D) Tratamento anti-impulso e repetição da angiotomografia em 24 horas

17. Assinale a assertiva correta sobre a isquemia mesentérica crônica, de acordo com a Diretriz da *European Society for Vascular Surgery* (2025).

(A) A cirurgia aberta com angioplastia retrógrada da artéria mesentérica superior pode ser considerada para pacientes com isquemia mesentérica crônica e doença oclusiva da artéria mesentérica superior em que uma abordagem percutânea anterógrada falhou ou é inviável.
(B) O diagnóstico de isquemia mesentérica crônica só deve ser considerado para pacientes que, além dos sintomas, tenham doença oclusiva mesentérica multivascular.
(C) Recomenda-se que pacientes com isquemia mesentérica crônica grave tenham suas condições nutricionais melhoradas antes de ser realizada a revascularização.
(D) A angioplastia com balão (uso seletivo de *stent*) é recomendada como tratamento de primeira linha na isquemia mesentérica crônica.

18. Paciente de 78 anos, com fibrilação atrial, deu entrada no Pronto-socorro com dor abdominal intensa de início súbito há 4 horas, desproporcional aos achados do exame físico. Apresentava leucocitose (18.000/mm^3) e lactato sérico de 3,2 mmol/L. Angiotomografia trifásica de abdômen demonstrou falha de enchimento na artéria mesentérica superior proximal, com redução da perfusão de alças intestinais, sem sinais de pneumatose ou pneumoperitônio. Qual a conduta mais adequada no momento?

(A) Iniciar antibioticoterapia de amplo espectro e observação clínica por 24 horas antes de estabelecer tratamento definitivo.
(B) Realizar laparotomia exploradora imediata com ressecção intestinal e embolectomia arterial.
(C) Iniciar ressuscitação volêmica, antibioticoterapia e anticoagulação imediatamente e realizar revascularização endovascular urgente.
(D) Realizar colonoscopia para avaliar viabilidade da mucosa intestinal antes de definir o tratamento.

19. Paciente masculino, de 74 anos, assintomático, com aneurisma toracoabdominal degenerativo Crawford tipo II, com 68 mm de diâmetro, será submetido a procedimento eletivo. Foi previamente realizado reparo endovascular de aneurisma infrarrenal. O planejamento atual prevê reparo endovascular ramificado com cobertura aórtica desde a artéria subclávia esquerda até a endoprótese abdominal preexistente. Qual medida de planejamento tem maior potencial para reduzir o risco de isquemia medular?

(A) Realizar o reparo de forma estagiada, preservando a perfusão hipogástrica e subclávia sempre que possível.
(B) Realizar toda a cobertura aórtica em um único procedimento para reduzir o período de exposição ao risco de ruptura.
(C) Ocluir preventivamente as artérias hipogástricas para evitar *endoleak* retrógrado.
(D) Manter hipotensão arterial controlada nas primeiras 24 horas para reduzir o risco de sangramento e drenagem liquórica profilática.

---

20. Paciente masculino, de 58 anos, encontrava-se em acompanhamento após dissecção tipo B, tratada clinicamente há 4 anos. Angiotomografia atual demonstrou dilatação pós-dissecção da aorta torácica descendente de 56 mm, comparada a 48 mm há 12 meses. A falsa luz permanecia pérvia, com porta de entrada proximal e múltiplas reentradas distais. O tronco celíaco originava-se da falsa luz, enquanto a artéria mesentérica superior e as artérias renais originavam-se da luz verdadeira. O paciente estava assintomático, com controle pressórico adequado. Qual a conduta mais apropriada?

(A) Manter acompanhamento por imagem, pois o diâmetro ainda não atingiu 60 mm.
(B) Iniciar anticoagulação para favorecer a trombose da falsa luz.
(C) Realizar implante de endoprótese aórtica torácica curta, apenas sobre a porta de entrada proximal, independentemente das reentradas distais.
(D) Indicar intervenção devido ao crescimento aórtico acelerado, considerando a estratégia capaz de tratar a perfusão persistente da falsa luz.

HOSPITAL DE CLÍNICAS
PORTO ALEGRE RS

FundMed
Pesquisa Ensino Inovação

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE

PROCESSO SELETIVO PÚBLICO PARA PROGRAMAS DE RESIDÊNCIA MÉDICA/2027

ÁREAS DE ATUAÇÃO

ECOCARDIOGRAFIA, ELETROFISIOLOGIA CLÍNICA INVASIVA, ERGOMETRIA E HEMODINÂMICA E CARDIOLOGIA INTERVENCIONISTA

ANO ADICIONAL

TRANSPLANTE DE CORAÇÃO

Nome: _____

Nº de Inscrição: | | | | | | |

Instruções

- Confira o material recebido (CARTÃO DE RESPOSTAS e CADERNO DE QUESTÕES); se houver falha, solicite a substituição ao fiscal da sala.
- Após conferir seus dados no CARTÃO DE RESPOSTAS (NOME, Nº de INSCRIÇÃO e PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MÉDICA), assine no local indicado.
- Este caderno contém **30 questões de múltipla escolha**, com quatro alternativas (**A**, **B**, **C** e **D**).
- Preencha o CARTÃO DE RESPOSTAS, único documento válido para correção da prova objetiva, com bastante atenção, à caneta esferográfica (ponta grossa, tinta azul ou preta), marcando uma única alternativa em cada questão.
- Verifique, no CARTÃO DE RESPOSTAS, as instruções para preenchimento. Sob nenhuma circunstância, o CARTÃO DE RESPOSTAS será substituído devido a erro, desatenção ou falha no preenchimento por parte do candidato.
- Durante a realização da prova, estão vedados o empréstimo de materiais, a comunicação entre candidatos ou terceiros, a utilização de quaisquer dispositivos, como máquina calculadora e/ou similares, livros, anotações, réguas de cálculo, impressos ou qualquer outro material de consulta.
- A prova objetiva terá duração de **até 3 horas**, incluído o tempo para preenchimento do CARTÃO DE RESPOSTAS.
- Após o início da prova, o candidato deverá permanecer na sala pelo **tempo mínimo de 60 minutos**.
- Ao terminar a prova, o candidato devolverá ao fiscal da sala o CARTÃO DE RESPOSTAS.
- O candidato só poderá levar o CADERNO DE QUESTÕES **quando estiver faltando 60 minutos para o término do tempo total de duração da prova**. Por razões de segurança, o candidato que sair antes desse horário não poderá copiar suas respostas.
- Os dois últimos candidatos de cada sala de prova deverão permanecer no recinto, a fim de acompanhar o lacre do material, quando então poderão retirar-se do local após concluído o procedimento.

DIREITOS AUTORAIS RESERVADOS. PROIBIDA A REPRODUÇÃO, AINDA QUE PARCIAL, SEM AUTORIZAÇÃO PRÉVIA.

01. Paciente masculino, de 75 anos, veio à consulta de revisão. Com história de infarto do miocárdio (há 3 anos), permaneceu assintomático, em uso de AAS, rosuvastatina, betabloqueador e inibidor da enzima conversora da angiotensina. Ao exame, a pressão arterial era de 128/76 mmHg, e a frequência cardíaca, de 64 bpm. Ecocardiograma mostrou fração de ejeção de 60%, e exames laboratoriais indicaram LDL-colesterol de 68 mg/dL e hemoglobina glicada de 5,6%. Em relação à redução do risco de novos eventos cardiovasculares nesse paciente, assinale a assertiva correta.

(A) Segundo as últimas diretrizes internacionais, para pacientes com doença arterial coronariana (DAC) crônica, não se recomenda terapia de longo prazo com betabloqueadores para melhorar os desfechos na ausência de infarto do miocárdio no último ano, fração de ejeção do ventrículo esquerdo ≤ 50% ou outra indicação primária para seu uso.
(B) Estão recomendados exames periódicos para avaliação de isquemia, mesmo na ausência de alteração do estado clínico ou funcional, para estratificar o risco e para orientar a tomada de decisões terapêuticas.
(C) Em pacientes com DAC crônica, resultados de exames não invasivos ou invasivos, isoladamente, são suficientes para estratificar com precisão o risco anual futuro de morte cardiovascular ou infarto do miocárdio não fatal.
(D) Em pacientes com alto risco, suplementos dietéticos de ácidos graxos ômega-3 reduzem eventos cardiovasculares, mas não reduzem a mortalidade por todas as causas.

02. Paciente feminina, de 70 anos, hipertensa e tabagista, com doença arterial coronariana (DAC) crônica, realizou angioplastia com implante de *stent* na coronária direita há 2 anos. No momento, encontrava-se em classe funcional I, sem registro de eventos cardiovasculares no último ano. Fazia uso regular de clopidogrel e estatina de alta potência em dose máxima há 1 ano. Ao exame físico, apresentava IMC de 28 kg/m^2, pressão arterial de 130/80 mmHg e frequência cardíaca de 60 bpm. No último exame laboratorial de controle, o LDL-colesterol era de 60 mg/dL, e a hemoglobina glicada, de 5,0%. Assinale a assertiva correta em relação ao tratamento medicamentoso para essa paciente.

(A) Inibidores de SGLT-2 com benefício cardiovascular comprovado são recomendados para todos os pacientes com DAC crônica, com ou sem diabetes melito tipo 2, para reduzir eventos cardiovasculares, independentemente dos níveis basais ou da meta da hemoglobina glicada.
(B) Semaglutida, um agonista do receptor de GLP-1, deve ser considerada para pacientes com DAC crônica sem diabetes melito, mas com sobrepeso ou obesidade (IMC ≥ 27 kg/m^2), para reduzir a mortalidade cardiovascular.
(C) Está recomendada a substituição de clopidogrel em monoterapia por AAS, pois seu uso não é seguro nem eficaz.
(D) O tratamento clínico encontra-se otimizado, visto que a paciente está em classe funcional I, e a pressão arterial, o LDL-colesterol e a hemoglobina glicada encontram-se em alvos terapêuticos.

03. Paciente feminina, de 61 anos, com obesidade (IMC de 34 kg/m^2), diabetes melito e doença renal crônica estágio G2 (TFGe de 68 mL/min/1,73 m^2), vinha utilizando regularmente losartana 100 mg/dia, anlodipino 10 mg/dia, clortalidona 25 mg/dia e espironolactona 50 mg/dia. Apesar da adesão confirmada, da exclusão de efeito do avental branco pela Monitorização Residencial da Pressão Arterial e da investigação de causas secundárias, mantém pressão arterial média de 148/90 mmHg. Decidiu-se otimizar o tratamento, acrescentando carvedilol, sem controle pressórico após algumas semanas. Posteriormente, foi introduzida clonidina, permanecendo a pressão arterial em 150/92 mmHg. Em relação à classificação e ao manejo desse caso, assinale a assertiva correta.

(A) O próximo passo é aumentar a dose da espironolactona para 100 mg/dia, estratégia mais eficaz para hipertensão refratária.
(B) Trata-se de hipertensão refratária, cuja fisiopatologia predominante é a retenção hidrossalina mediada por aldosterona.
(C) Trata-se de hipertensão resistente, pois ainda não foram utilizados 5 anti-hipertensivos.
(D) Trata-se de hipertensão refratária, caracterizada por persistência da hipertensão apesar do uso de 5 ou mais anti-hipertensivos, incluindo um diurético de ação prolongada e um antagonista do receptor mineralocorticoide, sendo a hiperatividade simpática um importante mecanismo fisiopatológico.

04. Paciente feminina, de 34 anos, procurou atendimento médico por dor torácica e dispneia. Tomografia computadorizada de tórax revelou derrame pericárdico. Assinale a assertiva correta com base nesse contexto.

(A) Doenças reumatológicas são a principal causa de derrame pericárdico em mulheres jovens, motivo pelo qual as diretrizes atuais recomendam teste terapêutico com corticosteroides nesses casos.
(B) Início subagudo e derrame pericárdico volumoso (> 20 mm) estão menos provavelmente relacionados à etiologia viral.
(C) Derrame pericárdico volumoso com colabamento do átrio direito e da veia cava inferior ao ecocardiograma é achado com alta sensibilidade para tamponamento cardíaco.
(D) Em derrames pericárdicos recorrentes, agentes esclerosantes intrapericárdicos, como o talco, promovem aderência pericárdica e reduzem a recorrência do derrame pericárdico, apresentando eficácia superior à janela pleuropericárdica.

05. Paciente masculino, de 52 anos, com prótese valvar aórtica biológica implantada há 5 meses, procurou atendimento por febre há 1 semana, inapetência e mal-estar. Ao exame físico, apresentava temperatura axilar de 38,6º C e sopro diastólico. Ecocardiograma revelou vegetação de 12 mm aderida à prótese aórtica e insuficiência aórtica grave. Foram coletadas hemoculturas, tendo sido constatado crescimento de *Staphylococcus epidermidis* sensível a oxacilina. Que conduta, dentre as abaixo, é a mais adequada?

(A) Iniciar antibioticoterapia direcionada ao germe isolado e manter por 2 semanas, com reavaliação ecocardiográfica após.
(B) Iniciar anticoagulação para reduzir o risco de embolização.
(C) Indicar cirurgia cardíaca com nova troca valvar e completo debridamento.
(D) *Staphylococcus epidermidis* é provavelmente o germe contaminante, e o diagnóstico de endocardite não pode ser confirmado.

---

06. Paciente feminina, de 34 anos, procurou o Pronto-atendimento por quadro de dispneia aos esforços moderados, ortopneia, palpitações e tontura. Ao exame físico, apresentava pressão arterial de 120/80 mmHg, frequência cardíaca de 124 bpm, frequência respiratória de 22 mpm e saturação de oxigênio de 95% em ar ambiente. Ausculta cardíaca revelou ritmo irregular, presença de sopro diastólico em foco mitral; ausculta pulmonar, estertores inspiratórios na terça parte inferior dos pulmões. Relatou quadro de infecções de garganta de repetição na infância, além do fato de morar em uma casa com vários familiares. O eletrocardiograma confirmou fibrilação atrial. Com base no quadro, assinale a assertiva correta.

(A) A paciente está com um quadro de febre reumática aguda (FRA) e apresenta insuficiência mitral que corresponde à alteração valvar mais comum na FRA.
(B) A paciente tem indicação de profilaxia secundária com benzilpenicilina G benzatina injetável; caso se opte por um medicamento oral, fenoximetilpenicilina tem a mesma eficácia com relação a risco de recorrência.
(C) Caso a paciente apresente um quadro de doença valvar moderada ou grave, rivaroxabana tem eficácia semelhante a varfarina para a prevenção de fenômenos tromboembólicos na fibrilação atrial.
(D) A profilaxia secundária com antibiótico diminui o risco de recorrências de febre reumática aguda, assim como diminui o risco de evolução para formas mais graves de doença cardíaca reumática.

07. Paciente masculino, de 60 anos, agricultor, vinha sendo acompanhado na UBS devido a hipertensão arterial. Eletrocardiograma revelou bloqueio de ramo direito e bloqueio divisional anterossuperior esquerdo. Sorologia de IgG para Chagas foi positiva. Ecocardiograma transtorácico indicou fração de ejeção de 48%. Negou sintomas cardiovasculares. A respeito da doença de Chagas, assinale a assertiva correta.

(A) A principal forma de transmissão da infecção pelo *Trypanosoma cruzi* no Brasil é vetorial; a maioria dos pacientes infectados na transmissão vetorial apresenta sintomas.
(B) Com relação a cardiomiopatia crônica da doença de Chagas e a classificação da *Diretriz da SBC sobre Diagnóstico e Tratamento de Pacientes com Cardiomiopatia da Doença de Chagas* (2023), o paciente se encontra no estágio B2.
(C) A taquicardia ventricular não sustentada é muito frequente em pacientes com cardiomiopatia chagásica crônica, mas não é considerada preditora de taquicardia ventricular sustentada e morte súbita.
(D) Benznidazol é o antiparasitário de escolha para tratamento do *Trypanosoma cruzi*, devendo ser prescrito para todos os pacientes com cardiomiopatia chagásica crônica, independentemente da presença de sintomas.

---

08. Paciente masculino, de 58 anos, sem cardiopatia estrutural conhecida, procurou a Emergência queixando-se de palpitações de início súbito, há 36 horas. O traçado do eletrocardiograma mostrou fibrilação atrial (FA) e frequência cardíaca de 110 bpm. O paciente encontrava-se hemodinamicamente estável. Com base no quadro, assinale a conduta correta em relação à estratégia de controle do ritmo (cardioversão), de acordo com a *Diretriz Brasileira de Fibrilação Atrial* (2025).

(A) A cardioversão (química ou elétrica) pode ser realizada de imediato sem necessidade de ecocardiografia transesofágica ou anticoagulação prévia, visto que o tempo de evolução da arritmia é inferior a 48 horas.
(B) A *Diretriz* reduziu o limiar de segurança de FA recente de 48 horas para 24 horas; como o paciente tem 36 horas de sintomas, a cardioversão imediata sem anticoagulação prévia está contraindicada, exigindo ecotransesofágica ou 3 semanas de anticoagulação oral efetiva.
(C) O paciente deve ser submetido obrigatoriamente a cardioversão elétrica imediata por choque sincronizado de 200 J, sendo dispensável qualquer terapia antitrombótica subsequente após a reversão para o ritmo sinusal.
(D) Cardioversão química com propafenona por via oral no esquema *pill in the pocket* é a conduta recomendada, seguida de alta hospitalar imediata sem prescrição de anticoagulação pré ou pós-cardioversão.

09. No tratamento farmacológico de fibrilação atrial (FA), a escolha entre o controle do ritmo (manutenção do ritmo sinusal) e o controle da frequência cardíaca deve considerar o perfil clínico do paciente e o tempo de evolução do quadro. Com base nas recomendações atuais sobre o manejo terapêutico, assinale a assertiva correta.

(A) O controle do ritmo (com antiarrítmicos ou ablação) deve ser priorizado em pacientes com diagnóstico recente de FA e fatores de risco cardiovasculares, pois reduz desfechos duros, como AVC e morte cardiovascular, em comparação à estratégia de controle da frequência.
(B) Em pacientes com insuficiência cardíaca com fração de ejeção reduzida, o controle do ritmo está contraindicado.
(C) Amiodarona é o antiarrítmico de primeira linha para a manutenção do ritmo sinusal a longo prazo em pacientes jovens sem cardiopatia estrutural, devido a seu excelente perfil de segurança extracardíaca.
(D) Betabloqueadores são formalmente contraindicados na estratégia de controle de frequência de pacientes que apresentam FA associada a insuficiência cardíaca com fração de ejeção reduzida.

---

10. Assinale a assertiva correta sobre o papel da genética nas miocardiopatias e seu impacto na conduta clínica.

(A) Na miocardiopatia dilatada, a identificação de variante patogênica em LMNA indica maior risco de arritmias ventriculares malignas e morte súbita; o implante CDI em prevenção primária pode ser recomendado mesmo com FEVE > 35% na presença de fatores de risco adicionais.
(B) Na miocardiopatia hipertrófica, a presença de variante patogênica em MYBPC3 confere prognóstico pior do que variantes em MYH7, constituindo isoladamente indicação de CDI em prevenção primária, independentemente de outros fatores de risco.
(C) Na miocardiopatia arritmogênica, a identificação de variante patogênica em PKP2 é indicação suficiente para implante de CDI em prevenção primária, independentemente dos critérios da *Task Force* 2010 e de calculadoras de risco arrítmico específicas.
(D) A amiloidose cardíaca hereditária por transtirretina (ATTRv) possui padrão de herança recessivo, sendo que as variantes mais comuns (V30Met e V122I) podem manifestar tanto fenótipo de neuropatia como de cardiopatia.

11. Paciente feminina, de 42 anos, com diagnóstico prévio de miocardiopatia hipertrófica (MCH) não obstrutiva, veio à consulta de rotina referindo dispneia aos moderados esforços (classe funcional *NYHA* II) e pré-síncope ocasional durante atividades físicas, sintomas que não apresentava há 1 ano. Ao exame físico em repouso, a ausculta cardíaca não revelou sopro significativo. Ecocardiograma transtorácico em repouso mostrou espessura septal de 18 mm, função sistólica preservada, sem gradiente significativo na via de saída do ventrículo esquerdo (VSVE). A manobra de Valsalva também não evidenciou gradiente relevante. Assinale a assertiva correta sobre a conduta e o papel da ecocardiografia de esforço nesse contexto.

(A) Ausência de gradiente em repouso ou à manobra de Valsalva indica a realização de ecocardiografia com estresse farmacológico (dobutamina), por ser considerada técnica de maior acurácia para quantificação de gradientes dinâmicos na VSVE.
(B) Ecocardiografia de esforço está indicada para pacientes sintomáticos com MCH sem gradiente significativo (> 30 mmHg) em repouso ou à manobra de Valsalva; a forma obstrutiva latente da doença permite a prescrição de inibidores da miosina cardíaca para pacientes sintomáticos refratários à terapia de primeira linha.
(C) Obstrução na VSVE, identificada exclusivamente ao esforço, não deve ser considerada para prescrição de inibidores da miosina cardíaca ou para terapias de redução septal (como miectomia ou ablação septal alcoólica).
(D) Presença de gradiente na VSVE ≥ 50 mmHg em repouso, à manobra de Valsalva ou sob esforço em pacientes sintomáticos e refratários à terapia inicial, é indicação para inibidores da miosina cardíaca; após início da medicação, está recomendado o acompanhamento ecocardiográfico a cada 6 meses para titulação de dose e monitoramento de fração de ejeção.

---

12. Paciente masculino, de 71 anos, com insuficiência cardíaca crônica, foi internado por insuficiência cardíaca descompensada. Apresentava insuficiência tricúspide grave e disfunção sistólica biventricular. À avaliação com ecografia *point-of-care*, o protocolo VExUS resultou em grau 3: veia cava inferior dilatada e sem variabilidade, Doppler de veia hepática com fluxo sistólico reverso e Doppler de veia porta com índice de pulsatilidade de 60%. Qual o parâmetro mais confiável para o acompanhamento evolutivo da congestão venosa sistêmica do paciente?

(A) Diâmetro da veia cava inferior
(B) Inversão sistólica do fluxo na veia hepática
(C) Pulsatilidade do fluxo na veia porta
(D) Colapso inspiratório da veia cava inferior

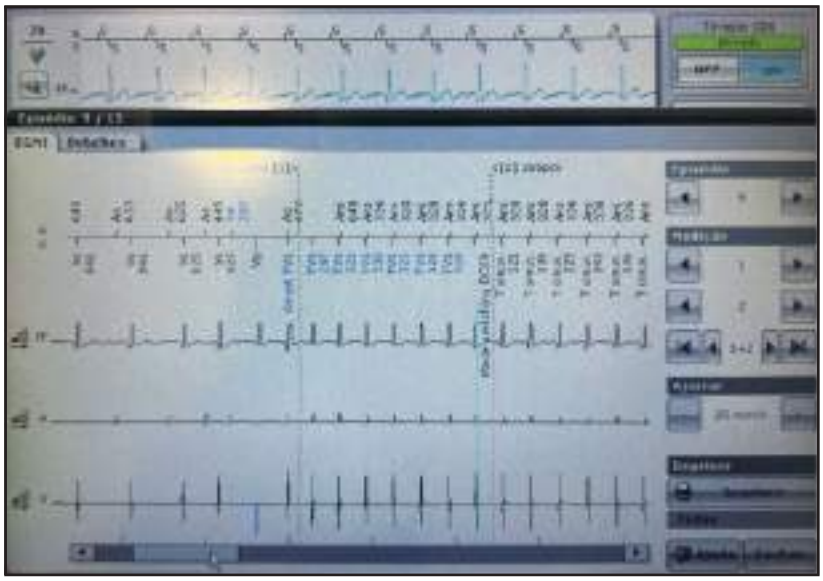
13. Paciente feminina, de 64 anos, teve implantado, em 2022, cardiodesfibrilador dupla câmara para prevenção secundária de morte súbita abortada. Sem terapias do desfibrilador até recentemente, apresentou quadro de palpitação taquicárdica súbita com duração de 10 minutos, sem perda de consciência, pelo que recebeu choque do desfibrilador com reversão da arritmia. Com base nos traçados intracavitários do evento (imagens abaixo) e na forma de início da taquicardia, qual o diagnóstico mais provável e qual a conduta apropriada?

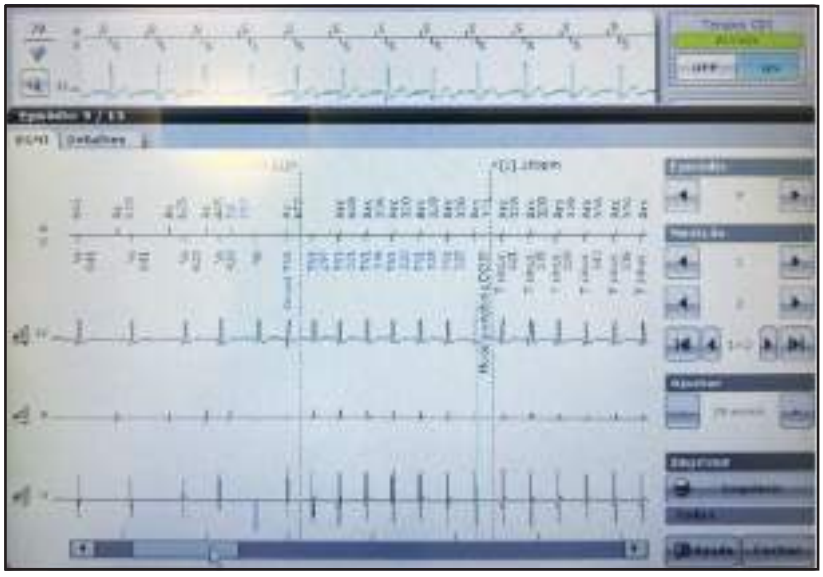
(A) Sendo a paciente sobrevivente de morte súbita, o diagnóstico é taquicardia ventricular, e a terapia indicada é amiodarona.

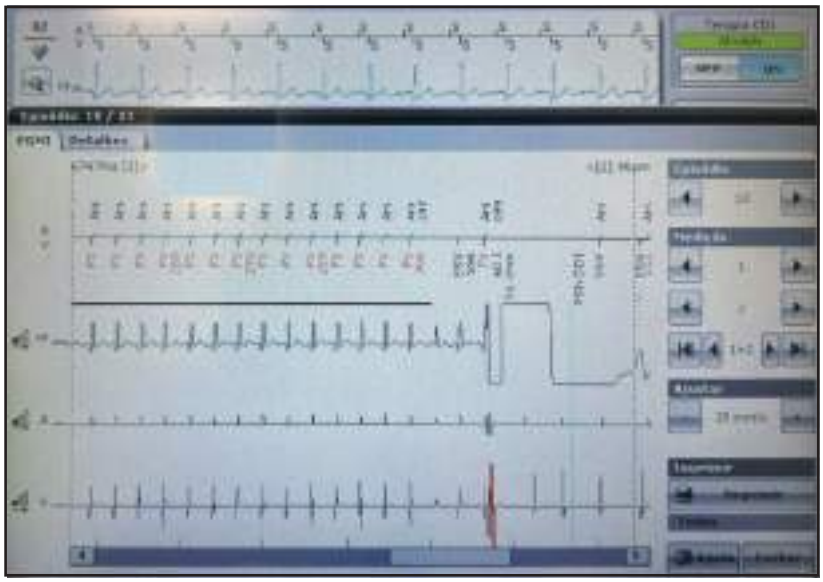
(B) Deve ser realizado estudo eletrofisiológico com ablação da taquicardia ventricular documentada no traçado intracavitário.

(C) Estudo eletrofisiológico e ablação devem ser realizados já que o diagnóstico é taquicardia supraventricular e a paciente apresentou choque inapropriado do desfibrilador.

(D) Paciente portadora de desfibrilador, que teve sua arritmia revertida por choque do desfibrilador, não tem indicação de terapia adicional, seja farmacológica ou invasiva com estudo eletrofisiológico e ablação.







14. Para o diagnóstico de tamponamento cardíaco, os achados ecocardiográficos que apresentam, respectivamente, maior especificidade e maior valor preditivo negativo são

(A) variação > 30% do fluxo transmitral e veia cava inferior pletórica.
(B) derrame pericárdico volumoso e veia cava inferior pletórica.
(C) colapso atrial direito e variação respiratória preservada da veia cava inferior.
(D) colapso diastólico do ventrículo direito e variação respiratória preservada da veia cava inferior.

15. Paciente feminina, de 42 anos, procurou atendimento por dispneia progressiva há 6 meses (atualmente em classe funcional *NYHA* III), além de episódios de palpitações. Ao exame físico, apresentava ritmo cardíaco irregular, frequência cardíaca de 112 bpm, pressão arterial de 110/70mmHg, estalido de abertura mitral seguido de ruflar diastólico apical e sinais de congestão pulmonar. Eletrocardiograma evidenciou fibrilação atrial. Ecocardiograma transtorácico revelou abertura em cúpula do folheto anterior e hipomobilidade do folheto posterior da válvula mitral, gradiente médio transmitral de 11 mmHg, área valvar mitral de 1 cm^2 (planimetria), escore de Wilkins-Block de 7, pressão sistólica da artéria pulmonar de 58 mmHg, fração de ejeção do ventrículo esquerdo de 64%, volume do átrio esquerdo de 53 mL/m^2, regurgitação mitral leve; ausência de trombo em átrio esquerdo ao ecocardiograma transesofágico. De acordo com *Diretrizes da ESC para Tratamento de Doenças Valvares Cardíacas* (2025), qual a conduta mais apropriada?

(A) Iniciar anticoagulação oral com rivaroxabana, controle da frequência ventricular com betabloqueador oral e encaminhar para comissurotomia mitral percutânea por balão.
(B) Iniciar varfarina (INR alvo de 2,0-3,0), controle da frequência ventricular com betabloqueador oral e indicar comissurotomia mitral percutânea por balão.
(C) Realizar apenas tratamento clínico otimizado com controle da frequência ventricular e anticoagulação com apixabana, reservando intervenção valvar para surgimento de insuficiência cardíaca refratária.
(D) Iniciar varfarina (INR alvo de 2,5-3,5), realizar cardioversão elétrica após 4 semanas de anticoagulação e indicar troca valvar mitral cirúrgica.

16. Paciente masculino, de 67 anos, com histórico de doença arterial coronariana e fibrilação atrial permanente, foi encaminhado para reavaliação da função biventricular por meio de ecocardiografia transtorácica. O exame apresentou janela acústica adequada, ventrículo esquerdo com remodelamento excêntrico, alterações segmentares da contratilidade e aneurisma apical. O ventrículo direito mostrou discreta dilatação, função longitudinal aparentemente reduzida e hipocinesia predominante da parede livre. Não havia insuficiência tricúspide significativa. Considerando as diferentes metodologias ecocardiográficas para avaliação da função sistólica ventricular, assinale a assertiva correta.

(A) O método de Teichholz permanece o método de escolha para estimativa da fração de ejeção do ventrículo esquerdo em pacientes com alterações segmentares da contratilidade, desde que a janela acústica seja adequada.
(B) A excursão sistólica do plano do anel tricúspide (TAPSE) representa uma medida global da função sistólica do ventrículo direito, sendo pouco influenciado pelo movimento longitudinal da base cardíaca ou por alterações regionais da contratilidade.
(C) A fração de variação de área (FAC) do ventrículo direito depende exclusivamente do encurtamento longitudinal, apresentando excelente correlação com a fração de ejeção obtida por ressonância magnética em qualquer padrão de remodelamento ventricular direito.
(D) O método de Simpson biplanar constitui o método bidimensional recomendado para quantificação da fração de ejeção do ventrículo esquerdo, enquanto a ecocardiografia tridimensional, quando disponível e com adequada qualidade de imagem, reduz erros relacionados ao encurtamento apical e às premissas geométricas.

17. Conforme as *Diretrizes da ESC para Tratamento de Doenças Valvares Cardíacas* (2025), assinale a alternativa que contempla uma doença valvar assintomática com indicação de intervenção cirúrgica ou percutânea

(A) Estenose aórtica grave com fração de ejeção do ventrículo esquerdo (FEVE) de 58%, gradiente médio de 42 mmHg, área valvar de 0,8 cm^2 – teste ergométrico com capacidade funcional de 7 METs e pressão arterial no início do teste de 140/90 mmHg e ao final de 240/100 mmHg
(B) Regurgitação mitral grave por prolapso do folheto posterior, com orifício regurgitante efetivo de 0,42 cm^3 e volume regurgitante de 62 mL/batimento – fração de ejeção do VE de 60%, pressão sistólica na artéria pulmonar ao repouso de 55 mmHg e surgimento recente de fibrilação atrial
(C) Regurgitação mitral grave secundária a dilatação do ventrículo esquerdo por miocardiopatia dilatada – tratamento clínico otimizado para insuficiência cardíaca e classe funcional *NYHA* I
(D) Estenose mitral reumática grave com área valvar de 1,4 cm^2 – gradiente médio de 5,0 mmHg, em ritmo sinusal, escore de Wilkins-Block de 7

18. Paciente masculino, de 58 anos, previamente hígido, foi encaminhado para avaliação de sopro cardíaco, identificado em exame de rotina. Referiu praticar caminhada diariamente e negou dispneia, fadiga, palpitações ou redução da capacidade funcional. Teste ergométrico foi normal, sem surgimento de sintomas. Ecocardiograma evidenciou:

- Insuficiência mitral primária grave degenerativa por flail do segmento P2
- Fração de ejeção do VE: 65%
- Diâmetro sistólico final do VE (DSVE): 36 mm
- DSVE indexado: 18 mm/m^2
- Volume indexado do átrio esquerdo (LAVI): 68 mL/m^2
- Pressão sistólica da artéria pulmonar em repouso: 52 mmHg
- Insuficiência tricúspide funcional moderada
- Ritmo sinusal, sem história de fibrilação atrial

O caso foi discutido em um *Heart Team*, tendo sido estimada probabilidade superior a 95% de reparo mitral durável, com baixo risco cirúrgico. Qual a conduta mais apropriada?

(A) Indicar cirurgia de reparo valvar mitral precoce, mesmo na ausência de sintomas.
(B) Indicar intervenção apenas quando a fração de ejeção cair para ≤ 60% ou o DSVE atingir ≥ 40 mm.
(C) Manter seguimentos clínico e ecocardiográfico semestrais, pois o paciente permanece assintomático, com função ventricular preservada.
(D) Indicar tratamento percutâneo *edge-to-edge* (TEER), por apresentar menor risco do que a cirurgia.

19. Conforme a *Diretriz da SBC sobre Ecocardiografia de Estresse* (2026), que resultado de ecocardiografia (ECG) de estresse, dentre os abaixo, implica mudança de conduta no manejo do paciente?

(A) Paciente masculino, de 45 anos, com miocardiopatia hipertrófica septal assimétrica, dispneia aos moderados esforços, gradiente máximo em via de saída do ventrículo esquerdo ao repouso de 15 mmHg, após manobra de Valsalva de 30 mmHg e após ECG de exercício de 60 mmHg.
(B) Paciente feminina, de 70 anos, assintomática, em pré-operatório de cirurgia de catarata, com ECG de estresse com dipiridamol sem alterações na contratilidade segmentar e reserva do fluxo na artéria descendente anterior de 2,2.
(C) Paciente feminina, de 75 anos, com dispneia aos moderados esforços, probabilidade pré-teste intermediária de insuficiência cardíaca, fração de ejeção preservada, relação E/e' ao repouso de 8,0 e pressão sistólica na artéria pulmonar de 20 mmHg e, após ECG de exercício, relação E/e' de 9,0 e pressão sistólica na artéria pulmonar de 31 mmHg.
(D) Paciente masculino, de 80 anos, assintomático, em tratamento clínico otimizado para insuficiência cardíaca, com estenose aórtica grave de baixo fluxo e baixo gradiente com área valvar de 0,8 cm^2, gradiente médio de 25 mmHg e volume sistólico de 30 mL/m^2, ECG de estresse farmacológico com 10 mcg/kg de dobutamina demonstrando reserva contrátil superior a 20%, área valvar de 1,1 cm^2 e gradiente médio de 32 mmHg.

20. Paciente feminina, de 67 anos, hipertensa, dislipidêmica e ex-tabagista, procurou a Emergência de um hospital com Serviço de Hemodinâmica por 2 episódios de dor torácica em repouso, com duração de 20-30 minutos cada, o último há 4 horas. À admissão, estava assintomática, com pressão arterial de 138/82 mmHg, frequência cardíaca de 78 bpm, saturação de oxigênio de 97% em ar ambiente, auscultas cardíaca e pulmonar normais e sem sinais de congestão (Killip I). Eletrocardiograma mostrou ritmo sinusal com infradesnivelamento dinâmico do segmento ST de 1,5 mm em V4-V6 e DI e aVL sem supradesnivelamento. A troponina ultrassensível estava elevada e com curva ascendente, a creatinina normal; o escore GRACE foi de 152 pontos. A paciente não fazia uso prévio de antiagregantes plaquetários ou anticoagulantes e não havia história de acidente vascular cerebral. O laboratório de hemodinâmica encontrava-se disponível para realizar coronariografia nas próximas horas. Segundo o *Guideline for the Management of Patients With Acute Coronary Syndromes ACC/AHA* (2025), qual a conduta mais adequada?

(A) Administrar AAS e heparina não fracionada intravenosa, com estratégia invasiva precoce (coronariografia dentro de 24 horas), reservando o inibidor de P2Y12 (ticagrelor ou prasugrel) para após a definição da anatomia coronariana.
(B) Administrar AAS e dose de ataque de ticagrelor; o uso de anticoagulação com heparina não fracionada não deve ser iniciado para não aumentar o risco de complicações hemorrágicas na realização do cateterismo cardíaco.
(C) Administrar AAS, dose de ataque de clopidogrel 600 mg, iniciar anticoagulação com enoxaparina 1 mg/kg subcutânea de 12/12 horas e programar a coronariografia para após 72 horas de estabilização clínica.
(D) Administrar AAS e, pelo alto risco isquêmico, dose de ataque de inibidor de P2Y12 (ticagrelor ou prasugrel) mesmo antes de conhecer a anatomia coronariana, iniciando anticoagulação parenteral somente se houver previsão de cateterismo para após 24 horas da admissão hospitalar.

21. Paciente masculino, de 63 anos, diabético e tabagista, admitido em hospital com Serviço de Hemodinâmica por dor torácica típica iniciada há 2 horas, apresentou, ao eletrocardiograma, supradesnivelamento do segmento ST em parede inferior. Encontrava-se estável hemodinamicamente (pressão arterial de 128/78 mmHg, frequência cardíaca de 72 bpm), sem sinais de congestão pulmonar (Killip I). Recebeu AAS, ticagrelor e heparina não fracionada e foi encaminhado imediatamente à sala de hemodinâmica. Angioplastia primária foi realizada por via radial direita, com implante de *stent* farmacológico em oclusão do terço médio da artéria coronária direita, com resultado angiográfico final ótimo e fluxo TIMI 3. Demonstrou, ainda, lesão de 85% no terço proximal da artéria descendente anterior e lesão de 75% no terço médio da artéria circunflexa, ambas com anatomia favorável à intervenção percutânea e baixa complexidade (SYNTAX baixo). Ecocardiograma pós-procedimento mostrou fração de ejeção de 48%, com hipocinesia inferior. Segundo o *Guideline for the Management of Patients With Acute Coronary Syndromes ACC/AHA (*2025), assinale a assertive correta.

(A) Está indicada a angioplastia das lesões não culpadas no mesmo tempo da angioplastia primária, sobretudo para pacientes que evoluem com choque cardiogênico, situação em que reduz mortalidade.
(B) Deve-se tratar apenas a artéria culpada, abordando as lesões não culpadas somente se houver angina recorrente ou isquemia documentada em teste funcional após a alta hospitalar.
(C) Está recomendada a angioplastia das lesões não culpadas significativas, que pode ser realizada no mesmo procedimento ou de forma estagiada, para reduzir o risco de morte ou infarto.
(D) Pelo acometimento proximal da artéria descendente anterior, a cirurgia de revascularização miocárdica é mandatória (Classe 1) e a angioplastia das lesões não culpadas está contraindicada.

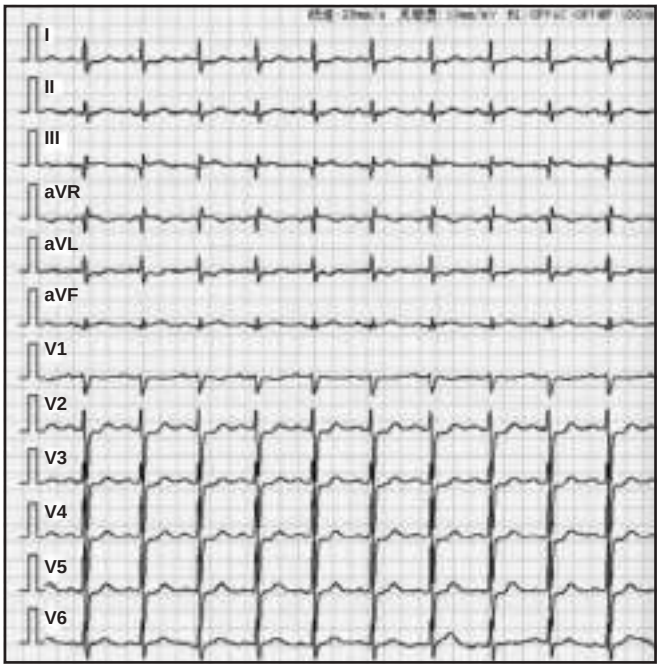
22. Paciente masculino, de 72 anos, com insuficiência cardíaca com fração de ejeção reduzida, foi internado por dispneia, edema de membros inferiores e ganho ponderal. Após 72 horas de diurético intravenoso, apresentou melhora da dispneia e redução do edema. A creatinina aumentou de 1,4 para 1,8 mg/dL. A ultrassonografia pulmonar revelou 5 de 8 campos positivos para linhas B e o VExUS permaneceu grau 3. Com base nesses achados, qual a conduta mais apropriada?

(A) Suspender a terapia diurética, pois a elevação da creatinina comprova hipovolemia.
(B) Administrar expansão volêmica, pois a piora da função renal indica redução da pré-carga.
(C) Manter e individualizar a estratégia de descongestão, pois persistem congestão pulmonar e venosa sistêmica.
(D) Considerar o paciente adequadamente descongestionado, pois houve melhora dos sintomas e do edema periférico.

23. Paciente em choque cardiogênico após infarto agudo do miocárdio apresentou lactato de 3,8 mmol/L, índice cardíaco de 1,9 L/min/m^2 e pressão capilar pulmonar de 20 mmHg. Apesar do uso inicial de norepinefrina, evoluiu com elevação progressiva do lactato e necessidade de aumento das doses de vasopressor, sendo utilizado suporte circulatório mecânico. De acordo com a classificação da *Society for Cardiovascular Angiography and Interventions* (*SCAI*), esse paciente encontra-se no estágio

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

24. Paciente masculino, de 65 anos, procurou a UPA próxima ao seu domicílio com queixa de dor torácica iniciada há 45 minutos. À chegada, ainda apresentava dor no peito (pouca intensidade), sendo triado para realização de eletrocardiografia (ECG) imediatamente (imagem abaixo).

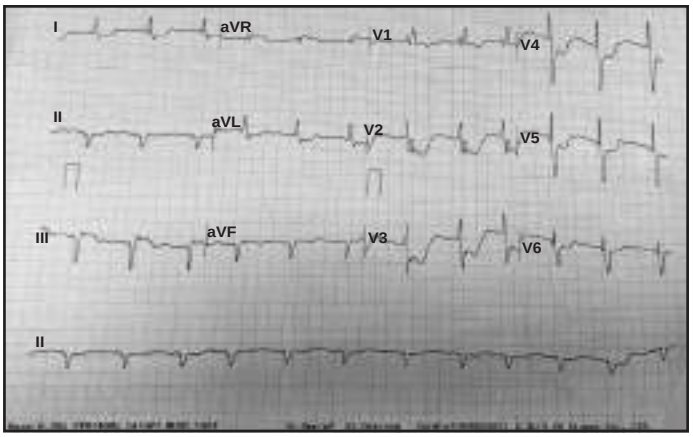


Que padrão eletrocardiográfico, dentre os abaixo, pode indicar infarto com artéria coronária ocluída mesmo na ausência de critérios clássicos de supradesnivelamento do segmento ST em 2 derivações contíguas?

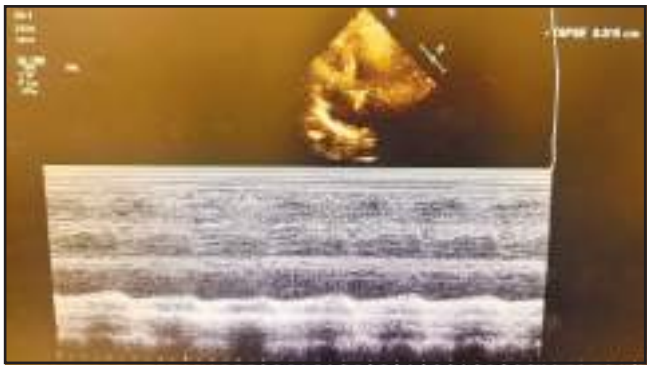
(A) Wellens tipo B
(B) Wellens tipo A
(C) De Winter
(D) Aslanger

25. Paciente feminina, de 65 anos, procurou a Emergência por dor torácica com início há 4 horas. Após realização de eletrocardiograma à admissão (imagem **1**), a paciente foi submetida a cateterismo cardíaco de urgência, que evidenciou oclusão da artéria circunflexa, sendo realizada angioplastia primária com sucesso angiográfico. Nas horas subsequentes, evoluiu com hipotensão (pressão arterial de 82/56 mmHg), lactato de 3,1 mmol/L (valor de referência: normal até 2,2 mmol/L) e necessidade crescente de vasopressor. A imagem **2** é uma das imagens de ecocardiograma realizado à beira do leito (exibindo TAPSE reduzido/disfunção sistólica do ventrículo direito).

1



2



Diante desse cenário de falência aguda do ventrículo direito, qual das condutas abaixo **não** contempla uma estratégia diagnóstica ou terapêutica adequada?

(A) A manobra de elevação passiva das pernas, associada à medição em tempo real do débito cardíaco ou do volume sistólico, constitui um teste dinâmico confiável para predizer a fluidorresponsividade antes de uma eventual infusão de volume.
(B) Na ausência de sinais ultrassonográficos de congestão venosa sistêmica (protocolo VExUS grau 0) e em contexto de pressões de enchimento do lado direito não elevadas, a realização de um teste de fluido (*fluid challenge*) com alíquotas pequenas e cautelosas de cristaloides (por exemplo, 250 mL) pode ser considerada.
(C) Se houver congestão venosa importante pelo protocolo VExUS ou se a pressão venosa central estiver elevada e aproximando-se da pressão de oclusão da artéria pulmonar, a diminuição da pré-carga do ventrículo direito (por diurese ou ultrafiltração) pode aliviar a interdependência ventricular, melhorar o enchimento do ventrículo esquerdo e otimizar o débito cardíaco.
(D) Caso a ventilação mecânica invasiva seja necessária, deve-se priorizar o uso de PEEP elevada e hipercapnia permissiva, pois ambas atuam reduzindo a resistência vascular pulmonar e a pós-carga do ventrículo direito.

26. Paciente masculino, de 59 anos, com diabetes melito tipo 2 e albuminúria persistente, apresentou pressão arterial média em consultório de 152/94 mmHg em 2 consultas. A Monitorização Residencial da Pressão Arterial evidenciou média de 142/90 mmHg. Exames laboratoriais indicaram TFGe de 48 mL/min/1,73 m^2 e potássio de 4,2 mEq/L. Estava assintomático e não fazia uso de anti-hipertensivos. Segundo a *Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial* (2025), qual a conduta inicial mais adequada?

(A) Monoterapia com inibidor da enzima conversora de angiotensina (IECA), com titulação progressiva da dose conforme resposta pressórica e função renal.
(B) Monoterapia com diurético tiazídico, pois o estudo ALLHAT demonstrou superioridade de clortalidona sobre lisinopril e anlodipino.
(C) Associação de 2 medicamentos, preferencialmente em comprimido único, combinando um IECA ou um bloqueador dos receptores da angiotensina (BRA) com um bloqueador do canal de cálcio ou diurético tiazídico.
(D) Associação tripla imediata de IECA ou BRA, bloqueador do canal de cálcio e diurético tiazídico.

27. Paciente masculino, de 61 anos, com hipertensão arterial, chegou à Emergência com dor torácica súbita, intensa, rasgante, com irradiação para o dorso. Ao exame, apresentava pressão arterial de 176/98 mmHg, pulsos simétricos, sem sopro diastólico e sem déficit neurológico focal. Não havia doença aórtica ou outras comorbidades conhecidas. Eletrocardiograma indicou sinais de hipertrofia ventricular esquerda, sem supradesnivelamento de segmento ST. De acordo com *Diretrizes da ESC para o Manejo de Doenças Arteriais Periféricas e Aórticas* (2024), na suspeita de síndrome aórtica aguda, qual a conduta diagnóstica indicada?

(A) Angiorressonância de aorta
(B) Angiotomografia de aorta
(C) Ecocardiografia transesofágica
(D) Radiografia de tórax, dosagem de D-dímero e *POCUS*

---

28. Paciente masculino, de 68 anos, com história de hipertensão arterial e diabetes melito, apresentou, no pós-operatório imediato de revascularização do miocárdio com circulação extracorpórea, 1 hora após a admissão na UTI, hipotensão persistente (pressão arterial de 85/45 mmHg), frequência cardíaca de 107 bpm, extremidades frias, tempo de enchimento capilar prolongado e débito urinário reduzido. Estava sedado, em ventilação mecânica (FiO_2 de 40%, PEEP de 8,0 cmH_2O), recebendo noradrenalina 0,7 mcg/kg/min e vasopressina 0,04 U/min. O dreno mediastinal apresentava débito discreto. Foram realizados exames laboratoriais e de imagem, cujos resultados encontram-se reproduzidos abaixo.

- **Exames iniciais***:* Lactato: 5,2 mmol/L, pH arterial: 7,28, HCO_3^-: 18 mmol/L; $ScvO_2$: 48%; ΔCO_2 venoso-arterial: 13 mmHg, hemoglobina: 10,1 g/dL
- **Ecocardiograma (janela desfavorável)**: Fração de ejeção de 25%, hipocinesia difusa do ventrículo esquerdo e não há sinais de tamponamento cardíaco
- **Monitorização hemodinâmica com cateter de Swan-Ganz**: Índice cardíaco: 1,6 L/min/m^2; pressão venosa central: 12 mmHg; pressão de oclusão da artéria pulmonar: 22 mmHg; resistência vascular sistêmica: 1.650 dyn·s/cm^5

Considerando o quadro clínico e os resultados dos exames, qual a estratégia inicial mais apropriada de suporte vasoativo?

(A) Associar dobutamina para aumentar o débito cardíaco e seguir reavaliando as respostas clínica e hemodinâmica.
(B) Tendo em vista que o principal mecanismo é vasoplegia pós-circulação extracorpórea, pode-se aumentar a dose de noradrenalina até 1,0 mcg/kg/min e a dose de vasopressina até 0,06 U/min.
(C) Administrar cristaloides (30 mL/kg) antes de iniciar qualquer outro fármaco vasoativo.
(D) Iniciar nitroprussiato de sódio para reduzir a pós-carga e melhorar o débito cardíaco.

29. Paciente masculino, de 60 anos, com insuficiência cardíaca, foi encaminhado para avaliação no Laboratório de Exercício para prognóstico da doença e indicação de terapias avançadas. Ergoespirometria em esteira rolante evidenciou o seguinte resultado resumido:

- Teste cardiopulmonar de exercício interrompido por fadiga aos 8,0 minutos com velocidade de 5,0 km/h e inclinação de 8% (protocolo de rampa)
- Limiares ventilatórios identificados adequadamente
- ECG de repouso com ritmo sinusal, sobrecarga ventricular esquerda e alterações secundárias da repolarização. Ritmo com extrassístoles ventriculares isoladas. Condução e segmento ST semelhantes ao repouso
- FC repouso: 60 bpm/FC pico: 140 bpm
- Quociente respiratório (R) pico: 1,12
- VO_2 pico: 16,4 ml/kg/min (70% previsto para idade e sexo)
- Pulso de oxigênio pico: 9,0 ml/bat
- $PETCO_2$ repouso: 30 mmHg
- $PETCO_2$ no 1º limiar ventilatório: 34 mmHg
- Inclinação da relação VE/VCO_2 : 38
- *Oxygen Uptake Efficiency Slope (OUES)*: 1.050
- Recuperação da FC no primeiro minuto: 14 bpm
- T ½ : 100 segundos

Assinale a assertiva correta sobre os resultados do teste apresentado.

(A) O valor do VO_2 pico corresponde à classe C de Weber e, nesse caso, está indicado transplante cardíaco conforme diretrizes vigentes.
(B) O $PETCO_2$ de repouso está aumentado, o que confere um mau prognóstico ao paciente.
(C) O *OUES* e o VE/VCO_2 *slope* são marcadores úteis em testes submáximos; nesse caso, estão alterados, indicando um pior prognóstico.
(D) A recuperação da FC está alterada no primeiro minuto da recuperação, pois deve ser > 15 bpm.

---

30. Segundo a *Diretriz Brasileira de Ergometria em População Adulta* (2024), o teste ergométrico tem indicação classe I, nível de evidência A, para avaliação de pacientes

(A) assintomáticos com 3 ou mais fatores de risco clássicos.
(B) com probabilidade pré-teste intermediária para doença arterial coronariana, incluindo os com bloqueio de ramo direito ou infradesnivelamento do segmento ST < 1,0 mm à eletrocardiografia em repouso.
(C) em situação de pós-infarto agudo do miocárdio, não complicado, antes da alta hospitalar, para estratificação de risco e adequação terapêutica.
(D) com lesões coronarianas intermediárias detectadas à cineangiocoronariografia para decisão terapêutica.

HOSPITAL DE CLÍNICAS
PORTO ALEGRE RS

FundMed
Pesquisa Ensino Inovação

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE

PROCESSO SELETIVO PÚBLICO PARA PROGRAMAS DE RESIDÊNCIA MÉDICA/2027

ESPECIALIDADES MÉDICAS

CIRURGIA DO APARELHO DIGESTIVO, CIRURGIA PEDIÁTRICA, CIRURGIA PLÁSTICA, CIRURGIA TORÁCICA, CIRURGIA VASCULAR, COLOPROCTOLOGIA E UROLOGIA

Nome: _____

Nº de Inscrição: | | | | | | |

Instruções

- Confira o material recebido (CARTÃO DE RESPOSTAS e CADERNO DE QUESTÕES); se houver falha, solicite a substituição ao fiscal da sala.
- Após conferir seus dados no CARTÃO DE RESPOSTAS (NOME, Nº de INSCRIÇÃO e PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MÉDICA), assine no local indicado.
- Este caderno contém **40 questões de múltipla escolha**, com quatro alternativas (**A**, **B**, **C** e **D**).
- Preencha o CARTÃO DE RESPOSTAS, único documento válido para correção da prova objetiva, com bastante atenção, à caneta esferográfica (ponta grossa, tinta azul ou preta), marcando uma única alternativa em cada questão.
- Verifique, no CARTÃO DE RESPOSTAS, as instruções para preenchimento. Sob nenhuma circunstância, o CARTÃO DE RESPOSTAS será substituído devido a erro, desatenção ou falha no preenchimento por parte do candidato.
- Durante a realização da prova, estão vedados o empréstimo de materiais, a comunicação entre candidatos ou terceiros, a utilização de quaisquer dispositivos, como máquina calculadora e/ou similares, livros, anotações, réguas de cálculo, impressos ou qualquer outro material de consulta.
- A prova objetiva terá duração de **até 3 horas**, incluído o tempo para preenchimento do CARTÃO DE RESPOSTAS.
- Após o início da prova, o candidato deverá permanecer na sala pelo **tempo mínimo de 60 minutos**.
- Ao terminar a prova, o candidato devolverá ao fiscal da sala o CARTÃO DE RESPOSTAS.
- O candidato só poderá levar o CADERNO DE QUESTÕES **quando estiver faltando 60 minutos para o término do tempo total de duração da prova**. Por razões de segurança, o candidato que sair antes desse horário não poderá copiar suas respostas.
- Os dois últimos candidatos de cada sala de prova deverão permanecer no recinto, a fim de acompanhar o lacre do material, quando então poderão retirar-se do local após concluído o procedimento.

DIREITOS AUTORAIS RESERVADOS. PROIBIDA A REPRODUÇÃO, AINDA QUE PARCIAL, SEM AUTORIZAÇÃO PRÉVIA.

01. Paciente masculino, de 56 anos, apresentou, cerca de 5 minutos após o início de colectomia eletiva sob anestesia geral, hipotensão arterial súbita (60/40 mmHg), taquicardia (120 bpm), dificuldade ventilatória e queda da saturação periférica de oxigênio. Ao exame, observaram-se exantema difuso e edema facial. Não havia sangramento significativo no campo cirúrgico. Qual a conduta inicial mais apropriada?

(A) Administrar hidrocortisona intravenosa e observar a resposta clínica antes de instituir outras medidas.
(B) Administrar adrenalina, iniciar reposição volêmica com cristaloides e interromper a exposição ao provável agente desencadeante.
(C) Iniciar infusão contínua de noradrenalina para correção da hipotensão arterial e manter o procedimento cirúrgico.
(D) Iniciar anti-histamínico intravenoso e reavaliar a estabilidade hemodinâmica.

---

02. Paciente masculino, de 50 anos, será submetido a herniorrafia inguinal eletiva. Durante a avaliação pré-anestésica, negou possuir doenças ou fazer uso de medicamentos. Ao exame físico, apresentava ritmo irregularmente irregular e frequência cardíaca de 130 bpm. Dentre os exames solicitados pelo cirurgião, o eletrocardiograma evidenciou fibrilação atrial, com frequência cardíaca de 130 bpm. Qual a conduta prioritária de acordo a *Diretriz da SBC de Avaliação Cardiovascular Perioperatória* (2024)?

(A) Avaliar a capacidade funcional do paciente.
(B) Tratar a arritmia cardíaca.
(C) Calcular o risco cardíaco do paciente com escala validada.
(D) Proceder ao procedimento sem investigação adicional.

---

03. A classificação do estado físico da Sociedade Americana de Anestesiologia (ASA-PS) relaciona os indivíduos no pré-operatório quanto à função e às comorbidades presentes. Sua simplicidade, facilidade de uso e correlação com eventos adversos pós-operatórios fizeram com que se tornasse uma das ferramentas mais utilizadas para estratificação de risco dos pacientes. Assinale a assertiva correta sobre essa classificação.

(A) A classificação avalia, além do estado físico do paciente, o risco cirúrgico do procedimento ao qual o paciente será submetido.
(B) A classificação não contempla pacientes com morte encefálica submetidos a cirurgia para captação de órgãos.
(C) A classificação é subjetiva, e os pacientes podem ser designados para classes diferentes por dois profissionais distintos.
(D) Não há como diferenciar pacientes submetidos a procedimentos eletivos e de urgência/emergência com base na classificação.

04. Assinale a assertiva correta sobre a terapia hemodinâmica guiada por metas no intraoperatório de cirurgias de grande porte.

(A) Tem por objetivo manter o volume circulatório, assegurar a entrega de oxigênio aos tecidos e evitar hipoperfusão tecidual.
(B) Não deve ser utilizada juntamente com inotrópicos e vasopressores.
(C) A infusão de fluidos não possui efeitos deletérios quando são utilizadas soluções fisiológicas.
(D) O aumento do débito cardíaco com elevação passiva das pernas contraindica a infusão de fluidos.

---

05. Assinale a assertiva correta sobre a síndrome compartimental após revascularização de isquemia aguda de membro inferior, segundo *a Diretriz da SVS para Doença Arterial Periférica* (2024).

(A) Pressões compartimentais costumam já estar elevadas na apresentação inicial do evento isquêmico.
(B) A ocorrência de síndrome compartimental após revascularização independe do tempo ou da gravidade da isquemia.
(C) A síndrome compartimental é mais frequente após revascularização de pacientes com doença arterial periférica prévia.
(D) Quando, após a fasciotomia, há pouco edema do músculo ou o edema se resolve brevemente, o fechamento primário tardio da ferida pode ser realizado.

---

06. Paciente masculino, de 45 anos, em hemodiálise por fístula arteriovenosa braquiocefálica, apresentou edema progressivo do membro. Ao exame físico, foram observados edema difuso do membro e circulação colateral visível no ombro e na parede torácica anterior. Identificou-se frêmito palpável na fístula arteriovenosa. Qual a hipótese diagnóstica mais provável e qual a conduta inicial mais adequada?

(A) Trombose da fístula arteriovenosa – Indicar trombectomia de urgência para preservar o acesso vascular.
(B) Estenose venosa central – Solicitar eco-Doppler ou venografia para possível angioplastia venosa.
(C) Síndrome do roubo arterial – Realizar ligadura de urgência da fístula arteriovenosa para evitar isquemia irreversível.
(D) Insuficiência cardíaca congestiva descompensada – Otimizar o tratamento clínico e restringir volume.

Instrução: Para responder às questões de números **07** e **08**, considere o caso abaixo.

Paciente masculino, de 66 anos, tabagista ativo e diabético de longa data (doença mal controlada), veio ao Ambulatório de Cirurgia Vascular, queixando-se de dor no pé direito há 3 semanas após trauma. Ao exame físico, apresentava lesão ulcerada pálida no hálux direito com fundo necrótico, sem sinais de flutuação, celulite periférica ou odor fétido (perda de tecido grau 1). Os pulsos femorais eram palpáveis bilateralmente, mas os pulsos poplíteo e distais à direita estavam ausentes. Avaliação não invasiva revelou Índice Tornozelo-Braço (ITB) de 0,38. Angiotomografia de membros inferiores demonstrou oclusão segmentar da artéria femoral superficial distal (6,0 cm de extensão) com calcificação moderada e oclusão de 2 das artérias tibiais (anterior e posterior), com fluxo reconstituído por colaterais na artéria tibial anterior até o pé (Estágio Anatômico GLASS I).

07. Considerando as recomendações das diretrizes internacionais e da Sociedade Brasileira de Angiologia e de Cirurgia Vascular (SBACV) para isquemia crônica ameaçadora de membro, qual a classificação de risco de amputação do membro (sistema WIfI)?

(A) WIfI Estágio 1 (Risco muito baixo de amputação)
(B) WIfI Estágio 2 (Risco baixo de amputação)
(C) WIfI Estágio 3 (Risco moderado de amputação)
(D) WIfI Estágio 4 (Risco alto de amputação)

08. Assinale a alternativa que contempla a opção de tratamento mais adequada para o paciente.

(A) Tratamento clínico otimizado com antiagregação plaquetária, estatina em dose alta e controle glicêmico rigoroso, sem necessidade de revascularização imediata.
(B) Debridamento cirúrgico amplo do calcâneo no centro cirúrgico associado a antibioticoterapia empírica por via oral, postergando exames invasivos.
(C) Angioplastia transluminal percutânea (revascularização endovascular) preferencial da artéria femoral superficial e dos vasos da perna, dado o baixo risco anatômico (GLASS I) e a necessidade de cicatrização da úlcera.
(D) Derivação cirúrgica femoropoplítea ou femorodistal com veia safena magna invertida imediatamente, visto que o tratamento endovascular é contraindicado em oclusões sequenciais da artéria femoral superficial e tibiais.

09. Paciente masculino, de 74 anos, com hipertensão arterial, diabetes melito tipo 2 e cardiopatia isquêmica, foi submetido, há 72 horas, a correção endovascular de aneurisma roto contido de aorta abdominal infrarrenal. Não houve intercorrências durante o procedimento. O paciente evoluiu bem até a manhã do terceiro dia pós-operatório, quando passou a apresentar leve distensão e dor abdominal em cólica, predominante em flanco e quadrante inferior esquerdos, seguidas de diarreia com eliminação de sangue vivo. Negou vômitos. Os sinais vitais foram registrados: pressão arterial de 128/76 mmHg, frequência cardíaca de 98 bpm e temperatura axilar de 38,1º C. Ao exame físico, apresentava dor à palpação profunda no quadrante inferior esquerdo, sem defesa muscular ou sinais de irritação peritoneal, além de ruídos hidroaéreos reduzidos. Exames laboratoriais indicaram leucócitos de 14.200/mm^3 (com 8% de bastões), lactato de 2,3 mmol/L, creatinina de 1,1 mg/dL (estável em relação ao pré-operatório). Gasometria venosa não revelou acidose metabólica significativa. Qual a conduta mais adequada?

(A) Conduta expectante, com jejum, hidratação venosa, antibioticoterapia de amplo espectro e reavaliação clínica em 12-24 horas
(B) Angiotomografia de abdômen para investigação de oclusão da artéria mesentérica inferior e eventual revascularização
(C) Retossigmoidoscopia flexível para diagnóstico e graduação endoscópica da isquemia colônica
(D) Laparotomia exploradora imediata para avaliação de viabilidade intestinal e eventual ressecção de segmento de intestino delgado necrótico

10. Paciente masculino, de 24 anos, praticante de atividade física regularmente (halterofilismo), veio à Emergência por quadro de edema, cianose e sensação de peso no membro superior direito, com evolução de 24 horas. Informou ter participado de um torneio no final de semana e ter acordado, na manhã seguinte, com o braço “inchado e arroxeado”. Negou trauma direto ou doenças prévias. Referiu uso de esteroides anabolizantes no passado. Ao exame clínico, o membro superior direito encontrava-se edemaciado e cianótico, com veias superficiais proeminentes em ombro e braço e pulsos periféricos presentes. Em relação ao quadro clínico e ao tratamento imediato, assinale a assertiva correta.

(A) Na presença de costela cervical, ressecção cirúrgica deve ser associada a implante de *stent* na veia subclávia.
(B) O tratamento de escolha é anticoagulação plena associada a escalenectomia anterior.
(C) A descompressão cirúrgica do desfiladeiro torácico deve ser realizada nas primeiras 48-72 horas após o diagnóstico.
(D) A região costoclavicular é a mais relevante na compressão venosa e deve ser abordada após a trombólise venosa direcionada por cateter.

11. O benefício do tratamento intervencionista da doença aterosclerótica extracraniana envolvendo a bifurcação carotídea tem sido amplamente debatido, apesar de já ter sido demonstrado em múltiplos ensaios clínicos randomizados. Sobre as recomendações atuais das principais sociedades internacionais de Cirurgia Vascular, assinale a assertiva correta.

(A) Revascularização carotídea após um acidente vascular cerebral agudo devido a estenose carotídea > 50% deve idealmente ser realizada < 14 dias.
(B) Terapia endovascular com *stent* é a revascularização de escolha para paciente sintomático com estenose > 70% e anatomia adequada.
(C) *Screening* da estenose carotídea assintomática é recomendado para a população em geral > 50 anos.
(D) Pacientes com Escore de Rankin modificado > 3 apresentam os melhores desfechos com a revascularização endovascular.

12. Paciente feminina, de 30 anos, sem comorbidades conhecidas, apresentou quadro de trombose venosa profunda do membro inferior direito sem tromboembolismo pulmonar associado. Referiu ocorrência de 2 abortos de primeiro trimestre (atualmente mantinha-se com anticoncepção segura). Na suspeita de síndrome do anticorpo antifosfolipídeo (SAF) primária, a conduta mais adequada após a confirmação laboratorial é iniciar

(A) varfarina com INR alvo 2,0-3,0 por tempo indeterminado, com monitoração laboratorial periódica.
(B) varfarina e substituir por dabigatrana, que demonstrou não inferioridade para trombose venosa em SAF primária e menores eventos trombóticos.
(C) heparina convencional e substituir por apixabana, mantendo por, pelo menos, 3-6 meses para evitar retrombose.
(D) heparina de baixo peso molecular e substituir por rivaroxabana após 5 dias, pois os inibidores diretos do fator Xa são considerados primeira linha de tratamento.

13. Paciente masculino, de 55 anos, com dor contínua no hipocôndrio direito há 36 horas, febre de 38,4º C e náuseas, foi trazido à Emergência. Ao exame físico, o sinal de Murphy era positivo. A dosagem de leucócitos revelou 14.500/mm^3; bilirrubina e amilase com resultados normais. A ultrassonografia mostrou múltiplos cálculos, com parede vesicular de 5,0 mm e líquido pericolecístico. Qual a conduta inicial mais adequada?

(A) Analgesia, dieta pobre em gorduras e encaminhamento ao Ambulatório de Cirurgia.
(B) Internação, jejum, hidratação, analgesia, antibiótico e colecistectomia precoce (idealmente nas primeiras 72 horas do início dos sintomas), se as condições clínicas permitirem.
(C) Jejum, hidratação, analgesia, antibioticoterapia para esfriar o processo e colecistectomia em 3 semanas.
(D) Colecistostomia percutânea ou guiada por ecoendoscopia.

14. Paciente masculino, de 62 anos, ECOG 0, veio à consulta por icterícia e emagrecimento de 6,0 kg nos últimos 2 meses. Tomografia computadorizada com contraste revelou massa hipodensa de 2,8 cm na cabeça do pâncreas, sem metástases a distância. Havia contato do tumor com a confluência mesentérico-portal em 120º da circunferência, sem irregularidade de contorno. Veia mesentérica superior e veia porta não tinham contato tumoral. Artéria hepática comum, tronco celíaco e artéria mesentérica superior estavam livres. A dosagem de CA 19-9 indicou < 2 UI/L (normal até 39 UI/L). Assinale a alternativa que contempla a condição de ressecabilidade da doença e a conduta inicial mais adequada.

(A) Doença ressecável – duodenopancreatectomia como terapia inicial
(B) Doença ressecável – laparoscopia com lavado peritoneal e citologia dos 4 quadrantes, seguida de duodenopancreatectomia
(C) Doença ressecável limítrofe – terapia neoadjuvante em centro de referência de alto volume, com abordagem multidisciplinar
(D) Doença localmente avançada/irressecável – início de quimioterapia, com reavaliação anatômica para ressecção após o quarto ciclo

15. Paciente masculino, de 67 anos, encontrava-se estável hemodinamicamente no sexto dia pós-operatório de duodenopancreatectomia (Whipple). O dreno abdominal apresentava débito de 350 mL/dia de líquido amilase-rico (amilase do dreno > 3 vezes o valor sérico). Não havia registro de peritonite nem de sepse. À tomografia computadorizada, constatou-se pequena coleção peripancreática, sem sinais de hemorragia. Qual o diagnóstico e qual o manejo inicial mais adequado?

(A) Deiscência de anastomose biliodigestiva exclusiva – indicação de reexploração cirúrgica de rotina.
(B) Ascite quilosa – indicação de dieta rica em gordura de cadeia longa e reoperação precoce.
(C) Fístula pancreática pós-operatória grau B/C – indicação de relaparotomia imediata em todos os casos.
(D) Fístula pancreática bioquímica/clinicamente relevante conforme critérios *ISGPS* – em paciente estável, manejo conservador (drenagem, suporte nutricional, inibidores de secreção conforme protocolo), com reintervenção se houver deterioração.

16. Paciente feminina, de 59 anos, com adenocarcinoma de pâncreas em contato com veia mesentérica superior > 180º, completou 8 ciclos de folfirinox. A dosagem de CA 19-9 caiu de 1.200 U/mL para 85 U/mL (normal até 37 U/mL). Tomografia computadorizada de reavaliação anatômica indicou não haver regressão mensurável da lesão, sem evidência de metástases peritoneais ou hepáticas. Com base nesse contexto clínico, assinale a assertiva correta.

(A) Ausência de redução dimensional significa falha na neoadjuvância e contraindica a cirurgia.
(B) Lesão pancreática captante à *PET-CT* com FDG demonstra que a neoadjuvância necessita ser complementada com radioterapia.
(C) A exploração cirúrgica em centro com experiência em duodenopancreatectomia com ressecção vascular está indicada.
(D) CA 19-9 é um indicador biológico sem valor preditivo de eficácia da neoadjuvância.

---

17. Paciente masculino, de 56 anos, com cirrose hepática compensada (Child-Pugh A, MELD 6), veio à consulta por apresentar hepatocarcinoma de 7,5 cm, localizado no lobo direito do fígado. Não havia sinais clínicos, laboratoriais e radiológicos de hipertensão portal. Para reduzir o risco de insuficiência hepática pós-operatória, qual a estratégia pré-operatória mais adequada para o paciente?

(A) Realizar estudo de volumetria hepática para estimar o remanescente de parênquima e, conforme o resultado, programar embolização da veia porta direita para induzir a hipertrofia do lobo esquerdo, buscando atingir um volume remanescente seguro (40-50% do volume total).
(B) Realizar hepatectomia imediatamente, pois o volume do lobo esquerdo é suficiente para paciente com cirrose compensada Child-Pugh A.
(C) Realizar embolização da veia esquerda para induzir hipertrofia do lobo acometido pelo tumor, facilitando a margem cirúrgica livre.
(D) Indicar ablação percutânea por radiofrequência para tratamento da lesão, com o objetivo de oferecer uma opção de tratamento curativo sem associar o risco de hepatectomia em pacientes cirróticos.

---

18. Paciente masculino, de 58 anos, com cirrose hepática e ascite refratária, encontrava-se sob avaliação médica para realização de TIPS (*shunt* portossistêmico intra-hepático transjugular). Diante dos achados dos exames pré-operatórios, assinale a alternativa com uma condição clínica em que se estima haver benefício com a realização do procedimento.

(A) Encefalopatia hepática recorrente ou persistente grau II-III
(B) Presença de hidrotórax hepático refratário
(C) Hipertensão portopulmonar com pressão arterial média de artéria pulmonar de 50 mmHg
(D) Trombose completa e crônica do sistema portomesentérico com cavernomatose portal

19. Paciente feminina, de 42 anos (IMC de 42 kg/m^2), veio à consulta queixando-se de dor crônica no abdômen superior. Informou fazer uso de anticoncepcional oral combinado há 10 anos. Ressonância magnética de abdômen revelou lesão cística multilocular de 12 cm, localizada no segmento IV do fígado, com septos finos, que apresentaram realce após a injeção de gadolínio, além de projeções papilares em seu interior. Diante dos cenários clínico e radiológico, qual a hipótese diagnóstica mais provável e a conduta adequada?

(A) Neoplasia mucinosa cística do fígado – ressecção cirúrgica completa (hepatectomia parcial ou segmentectomia anatômica, evitando a enucleação ou aspiração do cisto)
(B) Cisto hepático simples – observação clínica com exames de imagem seriados a cada 12 meses
(C) Adenoma hepático complicado – suspensão imediata do anticoncepcional oral e programação de ablação por radiofrequência após a regressão da lesão
(D) Abscesso hepático piogênico – antibioticoterapia empírica de amplo espectro e reavaliação ambulatorial na atenção primária

---

20. Paciente masculino, de 46 anos, foi submetido a apendicectomia laparoscópica por apendicite perfurada com peritonite localizada. Durante o procedimento, foram realizados aspiração da contaminação, remoção completa do apêndice e adequado controle do foco infeccioso. No pós-operatório, o paciente permanecia estável, com evolução clínica favorável. Qual a estratégia mais adequada para a antibioticoterapia pós-operatória?

(A) Suspensão dos antibióticos ao término da operação
(B) Manutenção dos antibióticos até a normalização da proteína C reativa
(C) Antibioticoterapia intravenosa por, no mínimo, 7 dias
(D) Antibioticoterapia de amplo espectro por período curto, de 2-3 dias

---

21. Dois pacientes com sepse abdominal foram reoperados no terceiro dia após cirurgia bariátrica. No paciente submetido a *sleeve*, identificou-se fístula proximal de 8,0 mm junto ao ângulo de His, com bordas intensamente inflamadas e friáveis. No paciente submetido a *bypass* gástrico, observou-se deiscência de 5,0 mm na gastrojejunostomia, com tecidos viáveis. Que alternativa, dentre as abaixo, apresenta o manejo operatório mais adequado?

(A) Converter obrigatoriamente o *sleeve* em *bypass* e tratar a deiscência do *bypass* apenas com drenagem.
(B) Realizar gastrectomia total no *sleeve* e ressecção do estômago excluso no *bypass*.
(C) Realizar lavagem e ampla drenagem no *sleeve*, evitando sutura em tecido friável; reparar ou revisar a gastrojejunostomia no *bypass*, associado a lavagem e drenagem.
(D) Posicionar prótese endoscópica nos 2 pacientes, encerrando a operação sem drenagem.

22. Assinale a assertiva correta sobre deficiências nutricionais e alterações metabólicas em pacientes após cirurgia bariátrica.

(A) No pós-operatório, os pacientes devem receber suplementação oral de vitaminas e sais minerais pelo período de 5 anos.
(B) A cirurgia de gastrectomia vertical (*sleeve*) necessita de reposição de vitaminas somente nos primeiros 2 anos, ou seja, no período de maior perda de peso.
(C) Magnésio, selênio e zinco são as principais vitaminas que necessitam de suplementação no pós-operatório de cirurgia de *bypass* gástrico.
(D) Ocorrência de desnutrição proteico-calórica é mais comum após cirurgias de desvio biliopancreático do que após *bypass* gástrico em Y de Roux.

---

23. Paciente masculino, de 52 anos, vinha apresentando pirose refratária ao tratamento medicamentoso otimizado. Endoscopia evidenciou hérnia hiatal de 4,0 cm. Estava sendo considerada pelo médico assistente a realização de fundoplicatura videolaparoscópica. Que exame, dentre os abaixo, é indispensável para minimizar a chance de risco de disfagia pós-operatória?

(A) Tomografia computadorizada
(B) Cintilografia de esvaziamento gástrico
(C) Manometria esofágica de alta resolução
(D) Ultrassonografia abdominal

---

24. Paciente masculino, de 60 anos, veio à consulta por apresentar adenocarcinoma localizado no corpo gástrico, estádio clínico cT3N1M0. Após discussão multidisciplinar, foi indicada gastrectomia com intenção curativa (paciente potencialmente curável e de baixo risco cirúrgico). Que tratamento, dentre os abaixo, está indicado?

(A) Gastrectomia subtotal e radioterapia pós-operatória
(B) Gastrectomia subtotal com linfadenectomia D2, antecedida por quimioterapia pré-operatória e complementada por quimioterapia pós-operatória
(C) Quimioterapia e radioterapia adjuvantes
(D) Radioterapia e quimioterapia exclusivos

25. Paciente masculino, de 58 anos, teve confirmado o diagnóstico de adenocarcinoma retal, localizado a 4,0 cm da margem anal. Ressonância magnética evidenciou invasão da camada muscular própria, sem invasão do mesorreto ou linfonodos pélvicos suspeitos, configurando estágio clínico T2N0. Considerando as disposições anatômicas e cirúrgicas que norteiam a realização da cirurgia curativa, assinale a assertiva correta.

(A) A realização de retossigmoidectomia com excisão total do mesorreto exige que a dissecção se estenda até o nível dos músculos elevadores do ânus, sendo aceitável uma margem distal livre do tumor de 1,0-2,0 cm.
(B) A margem de ressecção circunferencial microscopicamente livre e segura exige uma distância mínima de 0,5 mm entre as células neoplásicas viáveis mais profundas e a fáscia mesorretal pélvica.
(C) Além da realização de retossigmoidectomia com excisão total do mesorreto, estão recomendadas a dissecção e a retirada dos linfonodos pélvicos laterais.
(D) A excisão parcial do mesorreto, com secção transversa do tecido gorduroso perirretal 2,0 cm abaixo do limite inferior do tumor, é conduta indicada para esse cenário de adenocarcinoma de reto baixo.

---

26. Paciente feminina, de 48 anos, foi diagnosticada com adenocarcinoma de reto baixo, estágio clínico T3N1M0, cujo limite inferior distava 3,0 cm da margem anal. Análise imuno-histoquímica da biópsia revelou perda da expressão dos genes MLH1 e PMS2, caracterizando um perfil tumoral com deficiência das proteínas de reparo do DNA (dMMR/MSI-H). Após 6 meses de tratamento neoadjuvante, a paciente foi submetida a uma avaliação multimodal sistemática. Com base nas diretrizes clínicas vigentes para o manejo personalizado desse perfil molecular e nas condutas de preservação do reto, assinale a assertiva correta.

(A) Imunoterapia neoadjuvante com inibidores da proteína PD-1 por até 6 meses é a conduta inicial preferencial; caso a paciente apresente resposta clínica completa, cirurgia oncológica e radioterapia podem ser suspensas em favor da estratégia de preservação do reto.
(B) A constatação de uma cicatriz retal plana, esbranquiçada e com discretas telangiectasias à retossigmoidoscopia realizada após o tratamento define resposta clínica completa e autoriza a inclusão na estratégia de preservação do reto, independentemente dos achados à ressonância magnética.
(C) Para confirmação formal de resposta clínica completa e consequente inclusão na estratégia de preservação do reto, torna-se mandatória a realização de biópsias sistemáticas da cicatriz mucosa retal residual, com o objetivo de excluir a presença de adenocarcinomas microscópicos.
(D) Diante de uma resposta clínica incompleta ao final de 6 meses de imunoterapia neoadjuvante, a paciente deve ser submetida, preferencialmente, ao regime de quimioterapia sistêmica com folfirinox antes de qualquer intervenção cirúrgica de resgate.

27. Paciente masculino, de 27 anos, com diagnóstico de doença de Crohn em atividade há 3 anos e em uso de adalimumabe, procurou atendimento por dor perianal intensa, aumento do volume local e febre há 48 horas. Ao exame, apresentava abscesso isquiorretal e, durante o exame sob anestesia, foi identificado um trajeto fistuloso transesfincteriano baixo comunicante com o abscesso. Com base no quadro, a conduta mais adequada inclui realizar a drenagem do abscesso e

(A) evitar abordar o trajeto fistuloso para reduzir o risco de lesão esfincteriana.
(B) suspender o tratamento biológico, uma vez que produz impacto negativo no tratamento da fístula.
(C) a fistulotomia no mesmo procedimento, considerando tratar-se de fístula transesfincteriana baixa.
(D) a colocação de sedenho não cortante, adiando outros procedimentos até o controle da sepse e da atividade da doença.

---

28. Paciente masculino, de 31 anos, tabagista, com diagnóstico de doença de Crohn de padrão penetrante, localização ileocolônica e perianal há 3 anos, veio à consulta por apresentar fístula transesfincteriana alta, de trajeto único, retilíneo, com sedenho frouxo. Fazia uso regular de infliximabe intravenoso, sem drenagem pela fístula. Ressonância magnética da pelve revelou trajeto fistuloso único bem delimitado, sem coleções líquidas ou trajetos secundários; retossigmoidoscopia, proctite ativa, sem estenose do canal anal. O paciente manifestou desejo de retirar o sedenho e realizar tratamento curativo da fístula. Com base nos fatores prognósticos, taxas de sucesso e diretrizes recomendadas para o manejo cirúrgico das fístulas complexas na doença de Crohn, qual a conduta mais adequada?

(A) Contraindicar a realização do retalho de avanço endorretal e da ligadura do trajeto interesfincteriano, priorizando a parada do tabagismo e a otimização do tratamento clínico, visando à remissão da proctite ativa.
(B) Indicar a realização da técnica do retalho de avanço endorretal, uma vez que a dissecção reconstrutiva da mucosa retal inflamada tem taxas de sucesso superiores a 80%.
(C) Realizar a ligadura do trajeto interesfincteriano por se tratar de técnica que poupa os esfíncteres, assegurando ao paciente que o tabagismo ativo não altera o prognóstico cicatricial do procedimento.
(D) Indicar a confecção de ileostomia antes de tentar o tratamento da fístula, uma vez que o desvio fecal proporciona taxa de cicatrização espontânea da fístula superior a 80% com reversão do estoma a longo prazo.

29. Paciente feminina, de 68 anos, foi encaminhada pelo dermatologista para tratamento cirúrgico de uma lesão de bordas pouco definidas, com 2,4 cm no maior diâmetro, na face (região da bochecha). Trouxe laudo anatomopatológico de uma biópsia incisional da lesão com diagnóstico de carcinoma basocelular tipo infiltrativo. O que deve ser evitado no tratamento da paciente após a exérese do tumor com margens de 4,0 mm determinadas macroscopicamente?

(A) Reconstrução com enxerto de pele
(B) Reconstrução com aproximação linear
(C) Reconstrução postergada com retalho de pele
(D) Reconstrução com retalho complexo de pele

---

30. Assinale a assertiva correta sobre a formação de seroma e hematoma em abdominoplastias.

(A) O uso de drenos está bem estabelecido e pode ser a única medida preventiva.
(B) As suturas de progressão (*quilting sutures*) para redução do espaço morto são uma técnica efetiva.
(C) Reduz com a mobilização precoce dos pacientes após a cirurgia.
(D) Pode piorar com o uso de ácido tranexâmico.

---

31. Lactente de 8 meses foi trazido ao Pronto-socorro devido ao surgimento de uma massa palpável e indolor na fossa ilíaca direita, associada a aumento volumoso e tenso da bolsa escrotal ipsilateral. Durante o exame físico, o cirurgião pediátrico notou um sinal clínico característico: a compressão manual da massa abdominal resultava em distensão e maior turgidez da coleção escrotal, e vice-versa (sinal de flutuação cruzada). A transiluminação foi positiva em ambas as topografias. Diante do provável diagnóstico, assinale a alternativa que contempla a fisiopatologia e a conduta corretas.

(A) Decorre da obliteração parcial do conduto peritônio-vaginal apenas no anel inguinal interno; a conduta deve ser expectante até os 2 anos, pois a porção abdominal tende a regredir após a marcha.
(B) Trata-se de uma variante da hidrocele comunicante em que o líquido peritoneal passa livremente; a conduta é aspiração percutânea da massa abdominal para alívio pressórico, seguida de observação clínica.
(C) Resulta da expansão de uma hidrocele encistada do cordão que cresce retrogradamente em direção ao espaço pré-peritoneal através do canal inguinal; a conduta de escolha é intervenção cirúrgica precoce por via inguinal ou laparoscópica.
(D) É causada por uma hérnia inguinal indireta com encarceramento de epíplon que sofreu degeneração cística; exige laparotomia exploradora imediata na linha média devido ao alto risco de necrose de alça intestinal.

32. Assinale a alternativa que preenche, correta e respectivamente, as lacunas do parágrafo abaixo.

A mediastinite pós-esternotomia apresenta, na maioria dos casos, **.....**, com saída de secreção purulenta pela ferida operatória. Geralmente encontra-se **.....** à tomografia computadorizada de tórax. A primeira escolha de tratamento é **.....** .

(A) instabilidade esternal – nível hidroaéreo no saco pericárdico – desbridamento e curativo a vácuo
(B) instabilidade esternal – coleção líquida retroesternal – desbridamento e curativo a vácuo
(C) estabilidade esternal – nível hidroaéreo no saco pericárdico – desbridamento e retalhos musculares
(D) estabilidade esternal – coleção líquida retroesternal – desbridamento e retalhos musculares

33. Paciente masculino, de 70 anos, no sétimo dia pós-operatório de esofagectomia, apresentou febre, hipotensão arterial e hemograma com leucocitose. Tomografia computadorizada de tórax com contraste demonstrou fístula na anastomose do tubo gástrico com o esôfago, além de coleções líquidas mediastinais. Com base no quadro clínico, assinale a assertiva correta sobre os princípios de tratamento para o paciente.

(A) Indica-se reparo primário da deiscência na anastomose ou desvio da saliva e do conteúdo gástrico para longe da fístula.
(B) Uso de antibióticos não está indicado.
(C) Drenagem de coleções mediastinais através de punção guiada por tomografia computadorizada está indicada.
(D) Suspensão da nutrição enteral deve ser realizada até a redução do débito da fístula.

34. Paciente feminina, 62 anos, no décimo dia pós-operatório de uma pneumonectomia direita por carcinoma espinocelular, apresentou quadro súbito de tosse produtiva com expectoração de líquido serohemático abundante, dispneia e queda de saturação de oxigênio (88% em ar ambiente). Ao exame físico, encontrava-se taquipneica e febril (38,2º C). A radiografia de tórax revelou queda acentuada do nível líquido no hemitórax direito (anteriormente preenchido por líquido pleural) e desvio mediastinal contralateral. Considerando a principal hipótese diagnóstica de fístula broncopleural pós-pneumonectomia precoce, qual a conduta imediata prioritária para estabilização da paciente e proteção do pulmão remanescente?

(A) Realizar intubação orotraqueal convencional imediata e iniciar ventilação mecânica com pressão positiva no modo volume-controlado.
(B) Realizar broncoscopia rígida de urgência à beira do leito para aspiração dos coágulos e aplicação de cola de fibrina no coto brônquico.
(C) Posicionar a paciente em decúbito lateral direito (lado operado para baixo) e realizar drenagem pleural de urgência sob selo d'água.
(D) Encaminhar a paciente imediatamente ao bloco cirúrgico para toracotomia de urgência e ressutura do coto brônquico sem drenagem prévia.

35. Paciente masculino, de 64 anos, hipertenso, dislipidêmico e ex-tabagista, procurou o Pronto-atendimento após apresentar quadro de parestesia transitória no membro superior direito com duração de 15 minutos há 3 dias, com recuperação completa. Vinha em uso regular de AAS 100 mg/dia e sinvastatina 20 mg/dia. Doppler de carótidas revelou uma placa ulcerada na bifurcação carotídea esquerda com velocidade de pico sistólico de 240 cm/s e velocidade diastólica final de 85 cm/s. Angiotomografia de artérias cervicais confirmou estenose de 75% na carótida interna esquerda pelo critério NASCET, sem tortuosidades acentuadas ou calcificação concêntrica severa, além de anatomia favorável do arco aórtico (Tipo I). Considerando o quadro clínico e as diretrizes atuais, qual a conduta mais adequada?

(A) Iniciar a terapia com dupla antiagregação plaquetária (DAPT) e associar estatina de alta potência para alvo de LDL < 55 mg/dL, com Doppler semestral, visto que o benefício da revascularização em pacientes sintomáticos com estenose < 80% foi superado pelo tratamento clínico atual.
(B) Indicar a revascularização carotídea, preferencialmente em até 14 dias após o evento-índice; endarterectomia de carótida (EAC) ou o *stent* carotídeo (CAS) podem ser opções adequadas.
(C) Otimizar o controle dos fatores de risco e a terapia com DAPT por 90 dias; indicar revascularização carotídea, preferencialmente em até 60 dias após o evento-índice; tanto EAC quanto CAS podem ser opções adequadas.
(D) Otimizar a terapia médica e indicar angioplastia com CAS em caráter de urgência, pois o atraso na intervenção endovascular além de 48 horas em pacientes sintomáticos com estenose grave (> 70%) aumenta exponencialmente a taxa de AVC ipsilateral recorrente em comparação com a cirurgia aberta.

36. Assinale a assertiva correta sobre a deiscência de anastomose na cirurgia colorretal.

(A) A elevação sérica dos níveis da proteína C reativa pode ser usada como biomarcador de deiscência, esperando-se, no entanto, níveis menos elevados na cirurgia videolaparaoscópica em comparação à cirurgia aberta.
(B) Atualmente, com emprego de novos dispositivos mecânicos, anastomoses ileocólicas e anastomoses ileorretais têm risco semelhante de deiscência.
(C) O tratamento neoadjuvante com a combinação de quimioterapia e radioterapia não aumenta o risco de deiscência em pacientes submetidos a ressecção de um câncer de reto.
(D) Diabetes melito, tabagismo, sexo feminino e hipoalbuminemia são fatores de risco bem definidos.

37. Paciente feminina, de 62 anos, com diabetes melito, veio à Emergência por febre, calafrios, dor lombar à direita e vômitos. À admissão, apresentava pressão arterial de 92/58 mmHg, frequência cardíaca de 118 bpm e creatinina de 1,8 mg/dL. Tomografia computadorizada sem contraste revelou cálculo de 8,0 mm no ureter proximal direito, hidronefrose moderada e borramento da gordura periureteral. Após coleta de material para culturas e início de antibiótico venoso, qual a próxima conduta?

(A) Ureterolitotripsia semirrígida imediata com retirada do cálculo
(B) Administração de tamsulosina e analgesia e reavaliação clínica em 24 horas
(C) Litotripsia extracorpórea após estabilização hemodinâmica inicial
(D) Drenagem urgente do sistema coletor por duplo J ou nefrostomia

38. Paciente masculino, de 28 anos, paraplégico por trauma raquimedular há 2 anos, vinha realizando micção por manobras de Valsalva. Apresentava infecções do trato urinário de repetição e hidronefrose bilateral leve. A urodinâmica revelou capacidade cistométrica reduzida, baixa complacência, hiperatividade detrusora, pressão detrusora elevada durante o enchimento e resíduo pós-miccional significativo. Qual a conduta inicial mais adequada?

(A) Alfabloqueador e micção programada, mantendo o esvaziamento por Valsalva.
(B) Antibiótico profilático contínuo e controle ultrassonográfico semestral.
(C) Cateterismo intermitente limpo associado a terapia para redução da pressão vesical.
(D) Derivação urinária continente como primeira escolha para proteção renal.

39. Paciente masculino, de 71 anos, tabagista, vinha apresentando hematúria macroscópica intermitente. A urotomografia mostrou lesão papilífera de 1,6 cm em pelve renal esquerda, sem hidronefrose, sem linfonodomegalias. Rim contralateral estava normal. A citologia urinária seletiva esquerda foi positiva para carcinoma urotelial de alto grau. A ureteroscopia revelou lesão única, aparentemente não invasiva; e a biópsia, carcinoma urotelial papilífero de baixo grau. Qual a conduta mais adequada?

(A) Tratamento endoscópico conservador com ablação e vigilância estreita
(B) Nefroureterectomia radical com excisão do *cuff* vesical
(C) Instilação intracavitária de BCG por nefrostomia
(D) Ureteroscopia de controle em 3 meses antes de definir tratamento.

40. Ao iniciar o protocolo de avaliação de morte encefálica (ME) de uma paciente feminina, de 35 anos, o médico intensivista entrou em contato com a Central de Transplantes do Estado para esclarecer sobre a possibilidade de ela ser doadora de órgãos, mesmo que exame de sangue confirme soropositividade para vírus HIV (em duas amostras distintas por imunoensaio). Assinale a alternativa que contém a orientação correta da Central de Transplantes, de acordo com a Portaria nº 8.041/2025.

(A) A doadora é considerada de alto risco, e a legislação contraindica a doação nestas situações.
(B) A doadora é considerada de alto risco, mas o órgão pode ser aceito, apenas para transplante renal, desde que o receptor seja HIV positivo.
(C) A doadora é considerada de alto risco, mas o órgão pode ser aceito para qualquer receptor que também seja HIV positivo desde que o mesmo preencha o termo de consentimento livre e esclarecido.
(D) A doadora é considerada de alto risco, mas o órgão pode ser aceito desde que o receptor seja HIV positivo e esteja em lista por situação de urgência; transplante eletivo pode ser permitido apenas nos casos de transplante renal que tenham assinado termo de consentimento.

HOSPITAL DE CLÍNICAS
PORTO ALEGRE RS

FundMed
Pesquisa Ensino Inovação

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE

PROCESSO SELETIVO PÚBLICO PARA PROGRAMAS DE RESIDÊNCIA MÉDICA/2027

ÁREA DE ATUAÇÃO

CIRURGIA CRANIOMAXILOFACIAL

Nome: _____

Nº de Inscrição: | | | | | | |

Instruções

- Confira o material recebido (CARTÃO DE RESPOSTAS e CADERNO DE QUESTÕES); se houver falha, solicite a substituição ao fiscal da sala.
- Após conferir seus dados no CARTÃO DE RESPOSTAS (NOME, Nº de INSCRIÇÃO e PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MÉDICA), assine no local indicado.
- Este caderno contém **20 questões de múltipla escolha**, com quatro alternativas (**A**, **B**, **C** e **D**).
- Preencha o CARTÃO DE RESPOSTAS, único documento válido para correção da prova objetiva, com bastante atenção, à caneta esferográfica (ponta grossa, tinta azul ou preta), marcando uma única alternativa em cada questão.
- Verifique, no CARTÃO DE RESPOSTAS, as instruções para preenchimento. Sob nenhuma circunstância, o CARTÃO DE RESPOSTAS será substituído devido a erro, desatenção ou falha no preenchimento por parte do candidato.
- Durante a realização da prova, estão vedados o empréstimo de materiais, a comunicação entre candidatos ou terceiros, a utilização de quaisquer dispositivos, como máquina calculadora e/ou similares, livros, anotações, réguas de cálculo, impressos ou qualquer outro material de consulta.
- A prova objetiva terá duração de **até 3 horas**, incluído o tempo para preenchimento do CARTÃO DE RESPOSTAS.
- Após o início da prova, o candidato deverá permanecer na sala pelo **tempo mínimo de 60 minutos**.
- Ao terminar a prova, o candidato devolverá ao fiscal da sala o CARTÃO DE RESPOSTAS.
- O candidato só poderá levar o CADERNO DE QUESTÕES **quando estiver faltando 60 minutos para o término do tempo total de duração da prova**. Por razões de segurança, o candidato que sair antes desse horário não poderá copiar suas respostas.
- Os dois últimos candidatos de cada sala de prova deverão permanecer no recinto, a fim de acompanhar o lacre do material, quando então poderão retirar-se do local após concluído o procedimento.

DIREITOS AUTORAIS RESERVADOS. PROIBIDA A REPRODUÇÃO, AINDA QUE PARCIAL, SEM AUTORIZAÇÃO PRÉVIA.

01. Paciente feminina, de 40 anos, apresenta-se à consulta com face longa, rinomegalia e retrognatismo. Que sinal clínico, dentre os abaixo, **não** está comumente associado ao quadro descrito?

(A) Respiração bucal
(B) Hipermentonismo
(C) Atresia transversa da maxila
(D) Desvio de septo nasal

---

02. Paciente de 23 anos veio à consulta queixando-se de *ser dentuç*o e exibir muito a gengiva ao sorrir (exposição de 7,0 mm). O comprimento do lábio superior é de 20 mm, a altura das coroas dos incisivos é normal e há evidente incompetência labial. Nesse caso, o tratamento mais adequado para o denominado *sorriso gengival* é

(A) miotomia dos zigomáticos.
(B) cirurgia periodontal e aumento de coroa clínica.
(C) osteotomia maxilar para reposição superior (impactação).
(D) enxerto de gordura no lábio superior.

---

03. Assinale a assertiva correta sobre a osteotomia vertical do ramo mandibular.

(A) É a que melhor preserva a integridade do nervo dentário inferior.
(B) É a técnica de eleição para os avanços do corpo mandibular.
(C) É a técnica em que melhor se aplica à fixação interna rígida transcutânea do tipo *lag-screw*.
(D) Não está associada a bloqueio maxilomandibular pós-operatório.

---

04. Que tipo de fratura mandibular, dentre os abaixo, tem mais comumente indicação de tratamento conservador?

(A) Parassinfisária bilateral sem cominuição de arco central.
(B) Intra-articulares de cabeça condílica com ou sem desvio.
(C) Fratura do ângulo onde raramente ocorrem pseudoartroses.
(D) Fratura do corpo onde frequentemente são subperiosteais.

---

05. Uma criança sofreu queda de bicicleta que causou ferida cortocontusa na região mentoniana, com dor e trismo. Nesse caso, deve-se considerar prioritária a investigação do(a)

(A) fratura sinfisária.
(B) lesão do nervo mentoniano.
(C) fratura condílica.
(D) trauma dental.

---

06. Assinale a assertiva **incorreta** sobre a fratura *em blow-out* do soalho de órbita.

(A) Oftalmoplegia pode ocorrer sem encarceramento muscular, por neuropraxia ou trauma muscular.
(B) Pode causar diplopia por alteração do eixo visual consequente à distopia ocular.
(C) À tomografia computadorizada em corte coronal, pode-se observar o *sinal da gota* pela herniação de conteúdo orbital para o seio maxilar.
(D) Cursa com proptose e dificuldades visuais.

---

07. Cranialização é o(a)

(A) procedimento de abertura do crânio.
(B) reconstrução da tábua interna da calota craniana.
(C) reconstrução da tábua externa da calota craniana.
(D) remoção da parede posterior do seio frontal.

---

08. Assinale a assertiva **incorreta** sobre a clínica das fraturas maxilares.

(A) A mobilidade da maxila é mais frequente nas fraturas do tipo Le Fort III.
(B) Pan-edema facial confere o aspecto clínico denominado *dish-face*.
(C) É muito importante obter informações quanto à oclusão prévia ao traumatismo para melhor avaliar a mordida.
(D) A má-oclusão do tipo classe III com mordida aberta é frequente neste grupo de pacientes.

---

09. Ao exame físico de uma paciente feminina, de 10 anos, portadora de exoftalmia, foram constatadas manchas café-com-leite. Em seu histórico, havia referência de pesquisa por puberdade precoce. A tomografia computadorizada de crânio e face não revelou anormalidades esqueléticas. Qual a principal suspeita diagnóstica?

(A) Rabdomiossarcoma orbital
(B) Neurofibromatose de Von Recklinghausen
(C) Síndrome de McCune-Albright
(D) Displasia fibrosa monostótica

---

10. Paciente de 40 anos veio à consulta por apresentar volumosa lesão na maxila. O diagnóstico da biópsia incisional foi ameloblastoma. Nesse caso, pode-se afirmar que

(A) o tratamento mais adequado é marsupialização.
(B) a abordagem de Webber-Ferguson não é uma opção viável.
(C) a cirurgia deve ser radical pelos riscos de invasão da base do crânio.
(D) a maxila é muito mais frequentemente acometida do que a mandíbula nesse tipo de tumor odontogênico.

11. Qual dos cistos odontogênicos abaixo listados se caracteriza por comportamento agressivo com altos índices de recorrência local, motivo pelo qual foi recentemente reclassificado como tumor odontogênico?

(A) Ceratocisto ou cisto primordial
(B) Cisto dentígero ou folicular
(C) Cisto residual ou inflamatório
(D) Cisto ósseo aneurismático ou pseudocisto

12. A consistência do mixoma odontogênico, tumor com altos índices de recorrência local, é geralmente

(A) líquida.
(B) sólida e pétrea.
(C) fibrosa.
(D) gelatinosa, mucoide.

13. Qual a complicação mais comum na reparação cirúrgica do palato duro?

(A) Hemorragia
(B) Infecção
(C) Fístula
(D) Necrose

14. Assinale a assertiva correta sobre a técnica de labioplastia de Millard.

(A) É caracterizada por medidas angulares precisas.
(B) Não descarta tecido da pele labial, e a cicatriz acompanha a crista filtral, exceto em sua porção superior junto à columela.
(C) As técnicas de Millard I e II utilizam *cutback*.
(D) A columela é alongada pelo retalho B.

15. Assinale a assertiva correta sobre fissuras labiopalatinas.

(A) As fendas palatais isoladas são mais comuns em mulheres.
(B) A palatoplastia de Von Langenbeck utiliza a técnica de *pushback* para promover alongamento posterior do palato.
(C) Nas fissuras completas uni ou bilaterais, o prolábio não contém musculatura.
(D) A inervação motora do palato mole se faz por ramos do nervo infraorbitário.

16. Em qual período do desenvolvimento embrionário o feto está mais susceptível ao aparecimento de malformações congênitas na face?

(A) Na fecundação do óvulo
(B) Na segunda semana
(C) Entre a quarta e oitava semanas
(D) Após o terceiro mês

17. Otite média secretora é frequentemente encontrada nos pacientes fissurados. O músculo envolvido na abertura da tuba auditiva e que nos fissurados se encontra hipoplásico e com menor contratilidade é o

(A) palatofaríngeo.
(B) palatoglosso.
(C) elevador do véu palatino.
(D) tensor do véu palatino.

18. Todas as características abaixo relacionam-se com a Síndrome de Apert, **exceto** uma. Assinale-a.

(A) Turricefalia devido a cranioestenoses múltiplas
(B) Palato ogival e atrésico
(C) Hipoteleorbitismo
(D) Sindactilia de mãos e pés

19. Craniossinostoses são alterações do crânio e da face decorrentes da fusão prematura das suturas ósseas do crânio. Assinale o tipo em que a sutura envolvida é a coronal unilateral.

(A) Plagiocefalia
(B) Escafocefalia
(C) Trigonocefalia
(D) Braquicefalia

20. Assinale a assertiva **incorreta** sobre fissuras raras de face.

(A) As fendas 1 e 2 são as que mais comprometem a estrutura alveolar.
(B) A fenda 3 cursa com agenesia das vias lacrimais, que é causa de epífora.
(C) A fenda 4 cursa com distopia ocular severa e eventual extrofia de mucosa sinusal.
(D) A fenda 7 é a que cursa com macrostomia.

HOSPITAL DE CLÍNICAS
PORTO ALEGRE RS

FundMed
Pesquisa Ensino Inovação

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE

PROCESSO SELETIVO PÚBLICO PARA PROGRAMAS DE RESIDÊNCIA MÉDICA/2027

ESPECIALIDADE MÉDICA

CIRURGIA DE CABEÇA E PESCOÇO

Nome: _____

Nº de Inscrição: | | | | | | |

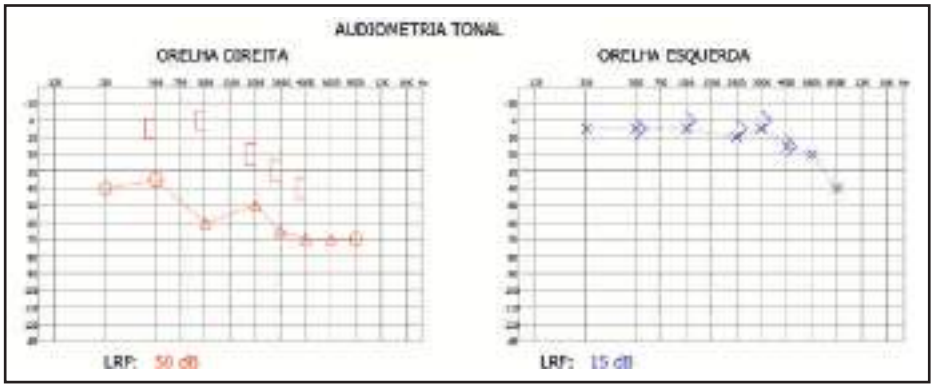
Instruções

- Confira o material recebido (CARTÃO DE RESPOSTAS e CADERNO DE QUESTÕES); se houver falha, solicite a substituição ao fiscal da sala.
- Após conferir seus dados no CARTÃO DE RESPOSTAS (NOME, Nº de INSCRIÇÃO e PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MÉDICA), assine no local indicado.
- Este caderno contém **20 questões de múltipla escolha**, com quatro alternativas (**A**, **B**, **C** e **D**).
- Preencha o CARTÃO DE RESPOSTAS, único documento válido para correção da prova objetiva, com bastante atenção, à caneta esferográfica (ponta grossa, tinta azul ou preta), marcando uma única alternativa em cada questão.
- Verifique, no CARTÃO DE RESPOSTAS, as instruções para preenchimento. Sob nenhuma circunstância, o CARTÃO DE RESPOSTAS será substituído devido a erro, desatenção ou falha no preenchimento por parte do candidato.
- Durante a realização da prova, estão vedados o empréstimo de materiais, a comunicação entre candidatos ou terceiros, a utilização de quaisquer dispositivos, como máquina calculadora e/ou similares, livros, anotações, réguas de cálculo, impressos ou qualquer outro material de consulta.
- A prova objetiva terá duração de **até 3 horas**, incluído o tempo para preenchimento do CARTÃO DE RESPOSTAS.
- Após o início da prova, o candidato deverá permanecer na sala pelo **tempo mínimo de 60 minutos**.
- Ao terminar a prova, o candidato devolverá ao fiscal da sala o CARTÃO DE RESPOSTAS.
- O candidato só poderá levar o CADERNO DE QUESTÕES **quando estiver faltando 60 minutos para o término do tempo total de duração da prova**. Por razões de segurança, o candidato que sair antes desse horário não poderá copiar suas respostas.
- Os dois últimos candidatos de cada sala de prova deverão permanecer no recinto, a fim de acompanhar o lacre do material, quando então poderão retirar-se do local após concluído o procedimento.

DIREITOS AUTORAIS RESERVADOS. PROIBIDA A REPRODUÇÃO, AINDA QUE PARCIAL, SEM AUTORIZAÇÃO PRÉVIA.

Instrução: Para responder às questões de números **01 e 02**, considere o caso abaixo.

Paciente feminina, de 34 anos, apresentava hipoacusia progressiva no ouvido direito há 5 anos. Negou trauma otológico, infecções otológicas prévias ou outras queixas associadas. A otoscopia era normal. A audiometria tonal está reproduzida abaixo.



01. Qual o diagnóstico mais provável?

(A) Surdez súbita idiopática
(B) Otite média com efusão
(C) Otite média crônica
(D) Otosclerose

02. Considerando a audiometria, que resultado, dentre os abaixo, é mais provável à acumetria com diapasão de 512 Hz?

(A) Rinne positivo à direita e Weber lateralizado para a esquerda
(B) Rinne negativo à direita e Weber lateralizado para a direita
(C) Rinne negativo à direita e Weber lateralizado para a esquerda
(D) Rinne positivo à direita e Weber lateralizado para a direita

03. Paciente foi submetido à remoção transoral de cálculo do ducto submandibular. No pós-operatório, apresentou hipoestesia e parestesia nos dois terços anteriores da língua ipsilateral, mantendo mobilidade lingual normal. Qual nervo foi provavelmente lesionado?

(A) Nervo lingual
(B) Nervo hipoglosso
(C) Nervo glossofaríngeo
(D) Nervo facial

04. Paciente com otite média crônica colesteatomatosa apresentou febre, cefaleia e alteração do estado mental. Tomografia computadorizada evidenciou erosão do teto da orelha média associada a abscesso na fossa temporal. Que estrutura óssea, dentre as abaixo, está comprometida?

(A) *Tegmen tympani*
(B) Promontório
(C) Parede do canal semicircular lateral
(D) Placa do bulbo jugular

05. Paciente feminina, de 42 anos, apresentou otalgia intensa à direita, seguida do aparecimento de vesículas no pavilhão auricular e no conduto auditivo externo. Evoluiu com paralisia facial periférica ipsilateral, hipoacusia e vertigem. Qual o diagnóstico mais provável?

(A) Paralisia de Bell
(B) Síndrome de Ramsay Hunt
(C) Otite externa necrotizante
(D) Neuronite vestibular

06. Paciente masculino, de 55 anos, apresenta obstrução nasal unilateral progressiva. Endoscopia demonstrou massa polipoide unilateral; tomografia computadorizada evidenciou lesão ocupando a cavidade nasal e o seio maxilar, associada a uma área de hiperostose focal na parede sinusal. Qual o principal significado desse achado ósseo?

(A) Indica invasão intracraniana.
(B) Indica transformação maligna.
(C) Caracteriza osteomielite associada.
(D) Sugere o local de implantação do tumor.

07. Paciente masculino, de 58 anos, apresenta paralisia unilateral permanente de prega vocal após cirurgia cervical, com disfonia persistente e fenda glótica à fonação. Está indicada tireoplastia tipo I. Qual o principal objetivo desse procedimento?

(A) Lateralizar a prega vocal paralisada.
(B) Medializar a prega vocal paralisada.
(C) Aumentar a abertura glótica posterior.
(D) Imobilizar a prega vocal contralateral.

08. Em adulto, qual a vantagem da realização de uma tireoplastia tipo I sob anestesia local?

(A) Evitar a confecção da janela na cartilagem tireóidea.
(B) Promover a regeneração do nervo laríngeo recorrente.
(C) Permitir a avaliação da voz durante o procedimento.
(D) Eliminar a necessidade de prótese.

09. Paciente masculino, de 76 anos, com diabetes melito, vinha apresentando otalgia intensa há várias semanas (pior à noite) pouco responsiva a analgésicos, associada a otorreia purulenta. A otoscopia mostrou tecido de granulação no conduto auditivo externo. Qual o agente etiológico mais frequentemente associado a esse quadro?

(A) *Aspergillus fumigatus*
(B) *Staphylococcus aureus*
(C) *Candida albicans*
(D) *Pseudomonas aeruginosa*

---

10. Paciente em tratamento de otite externa necrotizante apresentou melhora clínica. Que exame, dentre os abaixo, é mais adequado para o acompanhamento seriado da atividade infecciosa?

(A) Tomografia computadorizada
(B) Cintilografia com tecnécio-99m
(C) Cintilografia com gálio-67
(D) Audiometria tonal

---

11. Um novo teste rápido para uma determinada infecção apresenta sensibilidade de 90% e especificidade de 95%. Um infectologista aplicou o teste em 2 cenários distintos: (I) para triagem populacional em área de baixa prevalência (1%) e (II) para investigação de pacientes sintomáticos internados em que a prevalência (probabilidade pré-teste) é de 40%. Assinale a assertiva correta sobre o desempenho do teste e a interpretação de seus resultados.

(A) O valor preditivo positivo será substancialmente maior no cenário II do que no cenário I, ainda que a sensibilidade e a especificidade do teste permaneçam inalteradas nos 2 cenários.
(B) Como a sensibilidade e a especificidade são propriedades intrínsecas do teste, os valores preditivos positivo e negativo também são constantes e independem da prevalência da doença na população testada.
(C) A razão de verossimilhança positiva (*likelihood ratio* positiva) do teste é de 0,10, indicando forte capacidade de confirmar a doença.
(D) Em área de baixa prevalência, um resultado positivo tem alta probabilidade de ser verdadeiro-positivo, razão pela qual testes de triagem são mais úteis para confirmar do que para descartar doença.

12. Segundo a Norma Regulamentadora nº 32 (NR-32), regras sanitárias e manuais da Anvisa e protocolos do Ministério da Saúde, assinale a assertiva **incorreta**.

(A) O empregador deve vedar o ato de fumar, uso de adornos (incluindo anéis, alianças, crachás com cordão) e manuseio de lentes de contato nos postos de trabalho; óculos de grau não são considerados adornos, mas devem ser higienizados regularmente.
(B) Em procedimentos sucessivos realizados no mesmo paciente, com transição de área contaminada para área limpa, mas sem contato aparente com sangue ou secreções, a troca de luvas e a higienização das mãos podem ser postergadas até o fim da assistência.
(C) Gazes e compressas limpas, secas e sem sangue ou secreção devem ser descartadas como resíduos comuns; quando apresentam vestígio de sangue absorvido, devem ser acondicionadas em saco branco leitoso, identificado como risco biológico.
(D) O contato de sangue ou secreções com pele não íntegra do trabalhador caracteriza exposição cutânea a material biológico, mesmo na ausência de acidente perfurocortante, e justifica avaliação imediata do risco de transmissão ocupacional.

---

13. Paciente masculino, de 56 anos, apresentou, cerca de 5 minutos após o início de colectomia eletiva sob anestesia geral, hipotensão arterial súbita (60/40 mmHg), taquicardia (120 bpm), dificuldade ventilatória e queda da saturação periférica de oxigênio. Ao exame, observaram-se exantema difuso e edema facial. Não havia sangramento significativo no campo cirúrgico. Qual a conduta inicial mais apropriada?

(A) Administrar hidrocortisona intravenosa e observar a resposta clínica antes de instituir outras medidas.
(B) Administrar adrenalina, iniciar reposição volêmica com cristaloides e interromper a exposição ao provável agente desencadeante.
(C) Iniciar infusão contínua de noradrenalina para correção da hipotensão arterial e manter o procedimento cirúrgico.
(D) Iniciar anti-histamínico intravenoso e reavaliar a estabilidade hemodinâmica.

---

14. Paciente masculino, de 38 anos, vinha apresentando pirose e regurgitação há 4 anos, com melhora parcial após uso diário de inibidor da bomba de prótons. A endoscopia digestiva alta evidenciou esofagite erosiva grau C de Los Angeles e hérnia hiatal de 3,0 cm por deslizamento. A manometria esofágica foi normal. Qual a indicação terapêutica mais adequada para o paciente?

(A) Manter o tratamento clínico por tempo indeterminado, pois a cirurgia não apresenta benefício definido.
(B) Suspender o inibidor da bomba de prótons e repetir a endoscopia em 6 meses.
(C) Realizar esofagectomia devido ao risco elevado de adenocarcinoma.
(D) Indicar fundoplicatura laparoscópica, considerando sintomas persistentes associados à doença do refluxo gastresofágico.

15. Paciente masculino, de 74 anos, com hipertensão arterial, diabetes melito tipo 2 e cardiopatia isquêmica, foi submetido, há 72 horas, a correção endovascular de aneurisma roto contido de aorta abdominal infrarrenal. Não houve intercorrências durante o procedimento. O paciente evoluiu bem até a manhã do terceiro dia pós-operatório, quando passou a apresentar leve distensão e dor abdominal em cólica, predominante em flanco e quadrante inferior esquerdos, seguido de diarreia com eliminação de sangue vivo. Negou vômitos. Os sinais vitais foram registrados: pressão arterial de 128/76 mmHg, frequência cardíaca de 98 bpm e temperatura axilar de 38,1º C. Ao exame físico, apresentava dor à palpação profunda no quadrante inferior esquerdo, sem defesa muscular ou sinais de irritação peritoneal, além de ruídos hidroaéreos reduzidos. Exames laboratoriais indicaram leucócitos de 14.200/mm^3 (com 8% de bastões), lactato de 2,3 mmol/L, creatinina de 1,1 mg/dL (estável em relação ao pré-operatório). Gasometria venosa não revelou acidose metabólica significativa. Qual a conduta mais adequada?

(A) Conduta expectante, com jejum, hidratação venosa, antibioticoterapia de amplo espectro e reavaliação clínica em 12-24 horas
(B) Angiotomografia de abdômen para investigação de oclusão da artéria mesentérica inferior e eventual revascularização
(C) Retossigmoidoscopia flexível para diagnóstico e graduação endoscópica da isquemia colônica
(D) Laparotomia exploradora imediata para avaliação de viabilidade intestinal e eventual ressecção de segmento de intestino delgado necrótico

16. Paciente feminina, de 42 anos, com obesidade, veio à Emergência por dor em cólica no hipocôndrio direito com início há 6 horas, irradiada para o ombro direito e associada a náuseas após refeição gordurosa. Negou febre. Ao exame, havia dor à palpação do hipocôndrio direito, sem defesa, e sinal de Murphy negativo. A dosagem de leucócitos revelou 8.200/mm^3. A ultrassonografia identificou cálculos na vesícula biliar, que apresentava paredes finas, ausência de líquido pericolecístico e via biliar de calibre normal. Considerando a hipótese diagnóstica mais provável, qual a conduta mais adequada?

(A) Analgesia, antiemético e programação de colecistectomia eletiva
(B) Colecistectomia de urgência em até 72 horas
(C) Colecistostomia percutânea
(D) Papilotomia endoscópica com varredura de via biliar

17. Paciente feminina, de 82 anos, com insuficiência cardíaca congestiva descompensada e doença pulmonar obstrutiva crônica grave, apresentou colecistite aguda litiásica. Após 48 horas de antibiótico e analgesia, mantinha febre e dor. A equipe considerou a paciente de alto risco cirúrgico. Com base no quadro, qual a conduta terapêutica mais adequada?

(A) Colecistectomia videolaparoscópica de emergência
(B) Colecistectomia robótica
(C) Drenagem percutânea da vesícula (colecistostomia)
(D) Internação em UTI para compensação clínica e antibioticoterapia

18. Paciente masculino, de 24 anos, veio à Emergência por dor abdominal com 18 horas de evolução, inicialmente periumbilical e posteriormente localizada na fossa ilíaca direita, associada a náuseas e inapetência. Encontrava-se hemodinamicamente estável, com temperatura de 37,8º C e leucócitos de 14.200/mm^3. A tomografia computadorizada identificou o apêndice com 11 mm de diâmetro e densificação da gordura adjacente, sem abscesso, perfuração ou apendicolito. Qual a conduta mais adequada?

(A) Apendicectomia laparoscópica dentro de 24 horas, com antibioticoprofilaxia pré-operatória.
(B) Observação hospitalar por 48 horas, com analgesia isolada.
(C) Apendicectomia aberta imediata, seguida de antibioticoterapia por 5 dias.
(D) Drenagem percutânea, seguida de apendicectomia após 6 semanas.

19. Paciente masculino, de 67 anos, consultou por apresentar perda ponderal, anemia ferropriva e desconforto epigástrico. A endoscopia demonstrou adenocarcinoma localizado no antro gástrico, tipo difuso de Lauren e Bormann II. Após a confirmação histológica, quais os exames mais importantes para estadiamento locorregional e para avaliação de doença metastática antes da definição terapêutica?

(A) Radiografia contrastada do estômago e tomografia computadorizada (TC) de abdômen
(B) TC de tórax, abdômen e pelve com contraste e ecoendoscopia
(C) *PET-CT* e colonoscopia
(D) TC de abdômen e radiografia de tórax

20. Paciente masculino, de 40 anos, foi trazido à Emergência pelo Samu em ressuscitação (frequência cardíaca de 70 bpm) após acidente de submersão em reservatório de água limpa, há menos de 2 horas. Foi prontamente intubado e mantido em ventilação mecânica. Avaliação neurológica revelou midríase bilateral e escore 3 na Escala de Coma de Glasgow, sugerindo encefalopatia hipóxico-isquêmica grave. Qual a conduta mais apropriada a seguir?

(A) Transferir o paciente para UTI para tratamento de lesão neurológica.
(B) Iniciar imediatamente protocolo de morte encefálica.
(C) Aguardar a evolução natural para parada cardiocirculatória.
(D) Manter medidas de suporte de vida por 24 horas para aplicação de protocolo de morte encefálica.

HOSPITAL DE CLÍNICAS
PORTO ALEGRE RS

FundMed
Pesquisa Ensino Inovação

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE

PROCESSO SELETIVO PÚBLICO PARA PROGRAMAS DE RESIDÊNCIA MÉDICA/2027

ESPECIALIDADES MÉDICAS

CARDIOLOGIA, ENDOCRINOLOGIA E METABOLOGIA, GASTROENTEROLOGIA, GERIATRIA, HEMATOLOGIA E HEMOTERAPIA, NEFROLOGIA, ONCOLOGIA CLÍNICA, PNEUMOLOGIA E REUMATOLOGIA

ANO ADICIONAL

CLÍNICA MÉDICA

Nome: _____

Nº de Inscrição: | | | | | | |

Instruções

- Confira o material recebido (CARTÃO DE RESPOSTAS e CADERNO DE QUESTÕES); se houver falha, solicite a substituição ao fiscal da sala.
- Após conferir seus dados no CARTÃO DE RESPOSTAS (NOME, Nº de INSCRIÇÃO e PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MÉDICA), assine no local indicado.
- Este caderno contém **40 questões de múltipla escolha**, com quatro alternativas (**A**, **B**, **C** e **D**).
- Preencha o CARTÃO DE RESPOSTAS, único documento válido para correção da prova objetiva, com bastante atenção, à caneta esferográfica (ponta grossa, tinta azul ou preta), marcando uma única alternativa em cada questão.
- Verifique, no CARTÃO DE RESPOSTAS, as instruções para preenchimento. Sob nenhuma circunstância, o CARTÃO DE RESPOSTAS será substituído devido a erro, desatenção ou falha no preenchimento por parte do candidato.
- Durante a realização da prova, estão vedados o empréstimo de materiais, a comunicação entre candidatos ou terceiros, a utilização de quaisquer dispositivos, como máquina calculadora e/ou similares, livros, anotações, réguas de cálculo, impressos ou qualquer outro material de consulta.
- A prova objetiva terá duração de **até 3 horas**, incluído o tempo para preenchimento do CARTÃO DE RESPOSTAS.
- Após o início da prova, o candidato deverá permanecer na sala pelo **tempo mínimo de 60 minutos**.
- Ao terminar a prova, o candidato devolverá ao fiscal da sala o CARTÃO DE RESPOSTAS.
- O candidato só poderá levar o CADERNO DE QUESTÕES **quando estiver faltando 60 minutos para o término do tempo total de duração da prova**. Por razões de segurança, o candidato que sair antes desse horário não poderá copiar suas respostas.
- Os dois últimos candidatos de cada sala de prova deverão permanecer no recinto, a fim de acompanhar o lacre do material, quando então poderão retirar-se do local após concluído o procedimento.

DIREITOS AUTORAIS RESERVADOS. PROIBIDA A REPRODUÇÃO, AINDA QUE PARCIAL, SEM AUTORIZAÇÃO PRÉVIA.

01. Um novo teste rápido para uma determinada infecção apresenta sensibilidade de 90% e especificidade de 95%. Um infectologista aplicou o teste em 2 cenários distintos: (I) para triagem populacional em área de baixa prevalência (1%) e (II) para investigação de pacientes sintomáticos internados em que a prevalência (probabilidade pré-teste) é de 40%. Assinale a assertiva correta sobre o desempenho do teste e a interpretação de seus resultados.

(A) O valor preditivo positivo será substancialmente maior no cenário II do que no cenário I, ainda que a sensibilidade e a especificidade do teste permaneçam inalteradas nos 2 cenários.
(B) Como a sensibilidade e a especificidade são propriedades intrínsecas do teste, os valores preditivos positivo e negativo também são constantes e independem da prevalência da doença na população testada.
(C) A razão de verossimilhança positiva (*likelihood ratio* positiva) do teste é de 0,10, indicando forte capacidade de confirmar a doença.
(D) Em área de baixa prevalência, um resultado positivo tem alta probabilidade de ser verdadeiro-positivo, razão pela qual testes de triagem são mais úteis para confirmar do que para descartar doença.

---

02. Paciente feminina, de 63 anos, com diabetes melito tipo 2 em uso de insulina (bom controle), veio à consulta por quadro de icterícia obstrutiva. Em seu histórico, constavam síndrome coronariana aguda com supradesnivelamento do segmento ST há 3 anos e implante de *stent* farmacológico; não houve à época comprometimento da fração de ejeção, verificado por ecocardiograma. Identificou-se câncer de pâncreas passível de cura cirúrgica, tendo sido indicada derivação pancreatoduodenal. O cirurgião digestivo realizará o procedimento em 10 dias. A paciente submeteu-se a exames pré-cirúrgicos: radiografia de tórax, sem alterações; eletrocardiograma, com zona inativa anterior; e BNP, abaixo do limite superior. Não havia registro de angina ou dispneia para grandes esforços; o exame físico não indicou alterações. Qual a conduta mais adequada nesse cenário?

(A) Solicitar ecocardiografia.
(B) Solicitar ergometria.
(C) Solicitar cateterismo cardíaco.
(D) Liberar a paciente para o procedimento cirúrgico.

03. Paciente feminina, de 39 anos, com 50 kg e 165 cm de altura, veio à Emergência por dor abdominal iniciada há 3 dias (com dificuldade para se alimentar), associada a náuseas e vômitos. Ao exame, apresentava regular estado geral, taquicardia e ventre em tábua. Foi submetida a laparotomia exploradora por apendicite perfurada e peritonite. No terceiro dia pós-operatório, persistia inapetente, com ruídos hidroaéreos ausentes. Exames recentes revelaram hemoglobina de 9,2 g/dL, leucócitos de 12.530/mm^3, PCR de 75 mg/L, sódio de 137 mEq/L, potássio de 3,2 mEq/L e fósforo de 1,2 mg/dL. Com base no quadro, qual a prescrição mais adequada?

(A) *NPO* e soro glicofisiológico a 50 mL/hora
(B) *NPO* e nutrição parenteral com correção dos eletrólitos na bolsa
(C) Fosfato de potássio e nutrição enteral de 500 kcal/dia
(D) Cloreto de potássio e nutrição enteral de 1.500 kcal/dia

---

04. No tratamento farmacológico de fibrilação atrial (FA), a escolha entre o controle do ritmo (manutenção do ritmo sinusal) e o controle da frequência cardíaca deve considerar o perfil clínico do paciente e o tempo de evolução do quadro. Com base nas recomendações atuais sobre o manejo terapêutico, assinale a assertiva correta.

(A) O controle do ritmo (com antiarrítmicos ou ablação) deve ser priorizado em pacientes com diagnóstico recente de FA e fatores de risco cardiovasculares, pois reduz desfechos duros, como AVC e morte cardiovascular, em comparação à estratégia de controle da frequência.
(B) Em pacientes com insuficiência cardíaca com fração de ejeção reduzida, o controle do ritmo está contraindicado.
(C) Amiodarona é o antiarrítmico de primeira linha para a manutenção do ritmo sinusal a longo prazo em pacientes jovens sem cardiopatia estrutural, devido a seu excelente perfil de segurança extracardíaca.
(D) Betabloqueadores são formalmente contraindicados na estratégia de controle de frequência de pacientes que apresentam FA associada a insuficiência cardíaca com fração de ejeção reduzida.

---

05. Paciente masculino, de 34 anos, usuário de drogas injetáveis, vinha apresentando febre (há 10 dias), dispneia e emagrecimento. Ao exame, identificou-se sopro sistólico em foco tricúspide, que aumentava à inspiração. Hemoculturas foram positivas para *Staphylococcus aureus.* Ecocardiograma revelou vegetação em valva tricúspide. Em relação ao diagnóstico, assinale a assertiva correta.

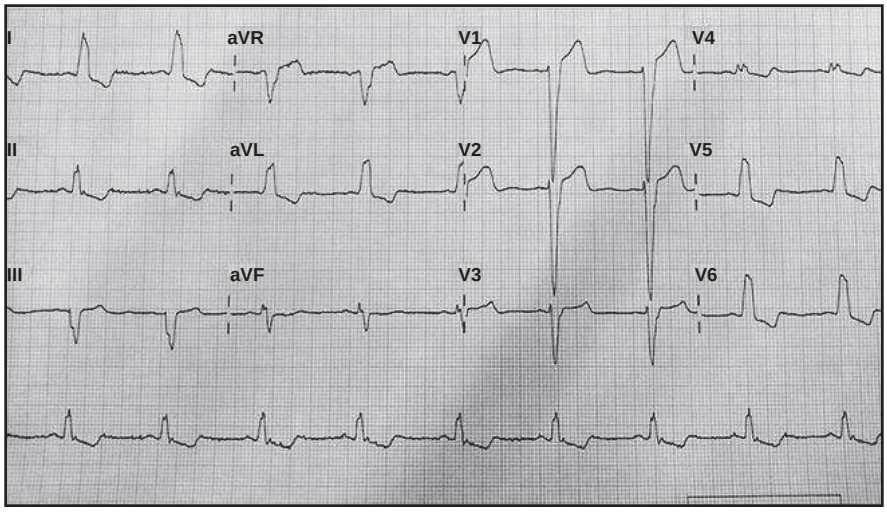
(A) Acometimento de câmaras esquerdas é a condição mais frequente nesse perfil de paciente.
(B) Embolização séptica pulmonar é uma complicação característica dessa apresentação.
(C) *Streptococcus viridans* é o agente etiológico mais provável nesse cenário.
(D) Presença de vegetação tricúspide contraindica formalmente qualquer tratamento clínico isolado.

06. Assinale a alternativa que preenche, correta e respectivamente, as lacunas do caso abaixo.

Paciente feminina, de 64 anos, com insuficiência cardíaca e fração de ejeção reduzida (FEVE de 30%) de etiologia isquêmica, mantinha dispneia aos pequenos esforços (*NYHA* III) e fadiga importante, apesar de uso regular e em doses otimizadas de sacubitril-valsartana, carvedilol, dapagliflozina e espironolactona há 6 meses. Negou dor torácica, sangramentos ou perda ponderal. Ao exame, apresentava pressão arterial de 112/70 mmHg e frequência cardíaca de 64 bpm, sem congestão. Exames laboratoriais revelaram hemoglobina de 12,8 g/dL, VCM de 88 fL, ferritina sérica de 160 ng/mL, índice de saturação da transferrina de 11%, creatinina de 1,0 mg/dL e TSH normal. Nesse contexto, o perfil laboratorial caracteriza **.....**, e a conduta recomendada para melhora dos sintomas e da capacidade funcional é **.....** .

(A) deficiência de ferro – reposição de ferro por via intravenosa
(B) deficiência de ferro – reposição de ferro por via oral
(C) ferro sérico normal – manutenção do tratamento vigente
(D) anemia ferropriva – reposição de eritropoetina recombinante

07. Paciente masculino, de 59 anos, procurou atendimento ambulatorial por dor torácica aos esforços, quadro iniciado há aproximadamente 4 meses. Referiu desconforto retroesternal em aperto ao subir 2 lances de escada ou caminhar rapidamente por cerca de 300 metros, com resolução em menos de 5 minutos após repouso (negou episódios em repouso). Por hipertensão arterial e níveis elevados de glicemia, vinha fazendo uso de losartana 50 mg/dia, rosuvastatina 20 mg/dia e metformina 500 mg/dia. Ao exame físico, apresentava pressão arterial de 132/78 mmHg, frequência cardíaca de 64 bpm e IMC de 29 kg/m^2; auscultas cardíaca e pulmonar sem anormalidades. Exames laboratoriais indicaram creatinina de 0,9 mg/dL, LDL-c de 87 mg/dL, hemoglobina glicada de 6,2%; outros exames com resultados normais. O eletrocardiograma (ECG) realizado em repouso encontra-se reproduzido abaixo.



Considerando a apresentação clínica e os achados iniciais, qual o exame complementar mais apropriado para confirmar o diagnóstico de doença arterial coronariana?

(A) Teste ergométrico convencional
(B) Cintilografia miocárdica com estresse farmacológico
(C) Coronariografia invasiva
(D) Dosagem seriada de troponina ultrassensível e ECG seriado

08. Paciente masculino, de 44 anos, com diagnóstico de hanseníase *borderline* (dimorfa) em tratamento regular há 4 meses, procurou o Serviço de Saúde por mal-estar, febre e súbita piora das lesões cutâneas existentes (edema, calor, coloração violácea), além de dor intensa na fossa epitroclear esquerda. Qual a principal hipótese clínica para o contexto descrito?

(A) Falha secundária do esquema poliquimioterápico
(B) Reação imunológica do tipo 1 (reação reversa)
(C) Reação imunológica do tipo 2
(D) Sepse por hanseníase visceral

09. Paciente feminina, de 47 anos, veio à Emergência por febre (39º C), mal-estar intenso e odinofagia há 3 dias. Referiu que, há 12 dias, havia iniciado tratamento com carbamazepina para epilepsia. Nas últimas 48 horas, desenvolveu exantema eritematoso difuso, rapidamente progressivo, acompanhado de dor cutânea intensa e formação de bolhas flácidas. Ao exame físico, observaram-se descolamento e necrose epidérmicos envolvendo aproximadamente 35% da superfície corporal, erosões extensas em tronco e membros, sinal de Nikolsky positivo e acometimento das mucosas oral, ocular e genital. Qual o diagnóstico mais provável?

(A) Síndrome da pele escaldada estafilocócica
(B) Pênfigo vulgar
(C) Eritema multiforme maior
(D) Necrólise epidérmica tóxica

---

10. Paciente masculino, de 28 anos, com diagnóstico de doença de Graves há 18 meses, veio à consulta. Em uso de metimazol 5,0 mg/dia, estava eutireoideo (com TSH e T4 livre normais) há 12 meses. Ao exame físico, apresentava bócio discreto, sem sinais de orbitopatia. O paciente desejava suspender o medicamento e questionou sobre o risco de recidiva do hipertireoidismo. Com base nesse cenário clínico, assinale a assertiva correta.

(A) Nos pacientes que entram em remissão, as recidivas ocorrem tardiamente (depois de 5 anos).
(B) Resultado positivo em dosagem do TRAb (anticorpo antirreceptor de TSH) ao final do tratamento constitui um dos principais preditores de recidiva.
(C) A chance de o paciente entrar em remissão (eutireoidismo sem uso de medicamentos) é de 80%.
(D) O fato de o paciente ser do sexo masculino provavelmente representa um fator protetor associado a menor risco de recidiva quando comparado com paciente do sexo feminino.

---

11. Assinale a alternativa que preenche, correta e respectivamente, as lacunas do caso abaixo.

Em paciente feminina, de 40 anos, com hipertensão arterial sistêmica, suspeitou-se de hiperaldosteronismo primário uma vez que ela apresenta **.....**, estando indicado o rastreamento com dosagens de **.....** .

(A) fibrilação atrial – aldosterona plasmática e renina plasmática
(B) hipocalcemia – aldosterona urinária e 17-hidroxiprogesterona plasmática
(C) hipopotassemia pós-diurético – renina plasmática e ACTH plasmático
(D) hipertensão de difícil controle – aldosterona plasmática e ACTH plasmático

12. Assinale a assertiva correta sobre a prescrição de insulina para pacientes com diabetes melito.

(A) Glargina, uma insulina humana de ação prolongada, é prescrita preferencialmente em 2 doses/dia, podendo ser associada a antidiabéticos orais no diabetes melito tipo 2 ou a insulinas de ação rápida (análogos ou humana).
(B) Degludeca, um análogo de insulina de ação prolongada, é prescrita preferencialmente a cada 36 horas, podendo ser associada a metformina no diabetes melito tipo 2 ou a insulinas de ação rápida antes de cada refeição principal.
(C) Glulisina, lispro e aspart são análogos de insulina de ação rápida que têm farmacocinética semelhante; são prescritas para uso 30 minutos antes das refeições principais, no máximo 3 vezes/dia.
(D) NPH, insulina humana de ação intermediária, pode ser prescrita 1-3 vezes/dia e ser associada a antidiabéticos orais no diabetes melito tipo 2 ou a insulinas de ação rápida (análogos ou humana).

---

13. Paciente feminina, de 29 anos, procurou atendimento médico por aumento de peso pós-gestação, que ocorreu há 2 anos. Referiu que antes da gravidez pesava em torno de 65 kg. Tinha histórico de diabetes gestacional, pré-eclâmpsia e ganho de 18 kg na gestação (perdeu 6 kg durante os 6 meses em que amamentou). Na consulta, pesava 70 kg e media 158 cm; a pressão arterial era de 128/78 mmHg. Que manejo, dentre os abaixo, é o mais adequado para a paciente?

(A) Prescrever dieta sem glúten e sem lactose e hidroclorotiazida 25 mg/dia.
(B) Prescrever atividade física e metformina 850 mg, 2 vezes/dia.
(C) Prescrever mudanças de estilo de vida e sibutramina 10 mg.
(D) Prescrever dieta com baixo conteúdo de carboidratos e fluoxetina 20 mg.

---

14. Paciente feminina, de 55 anos, sem antecedentes familiares de câncer colorretal, realizou colonoscopia de rastreamento com excelente preparo intestinal (Escala de Boston de 9) e intubação cecal confirmada. Foram identificados e completamente ressecados, por polipectomia com alça fria, 5 pólipos sésseis, medindo entre 4,0 mm e 7,0 mm, distribuídos pelo cólon ascendente e sigmoide. O laudo histopatológico confirmou que todas as lesões correspondiam a adenomas tubulares com displasia de baixo grau e margens livres. De acordo com as diretrizes atuais de vigilância pós-polipectomia, qual o intervalo recomendado para a realização da próxima colonoscopia de controle?

(A) 1 ano
(B) 3 anos
(C) 5 anos
(D) 10 anos

15. Assinale a alternativa que preenche, correta e respectivamente, as lacunas do caso abaixo.

Paciente feminina, de 46 anos, veio à consulta por anemia. Em seu histórico, constavam registros de hipotireoidismo em tratamento com levotiroxina 100 mcg/dia e menopausa aos 42 anos. Referiu a ocorrência de flatulência e aftas orais (sem outras queixas) e negou restrições alimentares. Exames laboratoriais indicaram hemoglobina de 9,8 g/dL, volume corpuscular médio de 71 fL, RDW de 17,1% e bilirrubina total de 0,3 mg/dL. O quadro clínico é sugestivo de anemia **.....**, sendo incluído no diagnóstico diferencial de **.....**, estando indicadas dosagens de **.....** para avaliação inicial.

(A) por deficiência de vitamina B12 – gastrite atrófica autoimune – vitamina B12 e anticorpo anticélulas parietais IgG
(B) hemolítica – doença celíaca – antigliadina IgA e HLA DQ2/DQ8
(C) ferropriva – retocolite ulcerativa – proteína C reativa e ANCA
(D) ferropriva – doença celíaca – antitransglutaminase tecidual do subtipo IgA e IgA total

16. Assinale a alternativa que preenche, correta e respectivamente, as lacunas do caso abaixo.

Paciente feminina, de 48 anos, com obesidade, vinha apresentando episódios recorrentes (3 nos últimos 6 meses) de dor no hipocôndrio direito, de forte intensidade, com duração de até 3 horas e alívio com analgesia intravenosa realizada em Pronto-atendimento. No episódio atual, foi encaminhada para Emergência hospitalar, pois a dor permaneceu por mais de 24 horas, apesar de ter recebido analgesia no Pronto-atendimento, e estava associada a colúria. À avaliação inicial, a paciente apresentava taquicardia, febre e icterícia. Ao exame abdominal, registrou-se dor à palpação profunda do quadrante superior direito, com sinal de Murphy negativo. O exame radiológico inicial de escolha é **.....**, considerando a hipótese diagnóstica de **.....** . O manejo inicial deve incluir **.....** .

(A) tomografia computadorizada – colecistite aguda – colecistectomia laparoscópica dentro de 48 horas
(B) colangiorressonância magnética – pancreatite aguda – antibióticos intravenosos
(C) ultrassonografia abdominal – coledocolitíase com colangite – antibióticos intravenosos e colangiopancreatografia retrógrada endoscópica (CPRE) urgente
(D) ultrassonografia abdominal – hepatite aguda – *NPO* e reposição volêmica intensa

17. Paciente masculino, de 38 anos, com histórico de constipação desde a adolescência e histórico recente de sangramento retal, submeteu-se a colonoscopia, que identificou 3 pólipos sésseis no cólon transverso e lesão vegetante de 4,0 cm de diâmetro no cólon direito, que foi biopsiada revelando tumor indiferenciado (possível adenocarcinoma de cólon). Análise imuno-histoquímica confirmou o diagnóstico e evidenciou perda de expressão de MSH2 e MSH6**.** Referiu casos de câncer de endométrio, ovário e bexiga pelo lado paterno em mais de 2 gerações. Qual o diagnóstico mais provável e qual a conduta em relação à avaliação genética?

(A) Síndrome de Lynch – Indicar sequenciamento dos genes MMR.
(B) Polipose adenomatosa familiar – Indicar sequenciamento do gene APC.
(C) Polipose recessiva relacionada ao gene MUTYH – Indicar sequenciamento do gene específico.
(D) Polipose colônica atenuada, esporádica – Não há necessidade de realizar teste genético.

18. Paciente feminina, de 84 anos, foi encaminhada para avaliação por perda funcional progressiva nos últimos 6 meses. Referiu morar sozinha e apresentar hipertensão arterial, osteoartrite e incontinência urinária, pelo que fazia uso de 8 medicamentos/dia. O filho relatou que a paciente vinha deixando contas sem pagar e esquecendo de desligar o fogão. Ao exame, apresentava IMC de 20 kg/m^2, velocidade de marcha de 0,7 m/s e dependência parcial para atividades instrumentais de vida diária. A principal utilidade da Avaliação Multidimensional do Idoso nesse caso é

(A) confirmar o diagnóstico de demência.
(B) determinar a elegibilidade para institucionalização.
(C) identificar déficits em múltiplos domínios e orientar um plano integrado de cuidados.
(D) estimar o prognóstico para orientar decisões sobre a adequação e a invasividade de futuras intervenções.

19. Paciente feminina, de 48 anos, tabagista (carga tabágica de 25 maços-ano), previamente hígida, com sintomas climatéricos em tratamento hormonal, trouxe à consulta periódica com sua ginecologista exames laboratoriais revelando linfocitose (8.600 linfócitos/mm^3). Novos exames, solicitados por hematologista, evidenciaram persistência da alteração com contagens semelhantes, sem outras alterações hematológicas dignas de nota ao hemograma. Ao exame físico, constatou-se esplenomegalia de pequena monta, com baço palpável 1-2 cm abaixo de rebordo costal esquerdo, sem evidência de linfonodomegalias ou hepatomegalia. Esfregaço de sangue periférico demonstrou linfócitos pequenos e médios, alguns com núcleo binucleado. Citometria de fluxo evidenciou população de linfócitos B policlonais. Estudo molecular não indicou rearranjo clonal do gene da imunoglobulina. Qual a hipótese diagnóstica mais provável?

(A) Leucemia linfocítica crônica
(B) Timoma
(C) DRESS (*Drug reaction with eosinophilia and systemic symptoms*)
(D) Linfocitose B policlonal persistente

20. Assinale a assertiva correta em relação às indicações de realização do Teste Rápido Molecular para Tuberculose (TRM-TB) e sua interpretação.

(A) No caso de exame de baciloscopia positiva no escarro e TRM-TB negativo, deve-se suspeitar de MNT (micobactéria não tuberculosa).
(B) Devido à sua alta sensibilidade, TRM-TB no líquor exclui o diagnóstico de meningite tuberculosa.
(C) TRM-TB deve ser realizado em pacientes com suspeita de recidiva de tuberculose, não sendo rotineiramente indicado para casos novos de tuberculose em que a resistência a rifampicina é rara.
(D) TRM-TB é um teste de especial importância na suspeita de tuberculose resistente, pois detecta resistência aos principais medicamentos de primeira linha (rifampicina e isoniazida).

---

21. Paciente feminina, de 27 anos, com história de infecções do trato urinário de repetição, veio à Emergência por febre, disúria e polaciúria há 24 horas. Foram solicitados exame qualitativo de urina e urocultura e iniciado ciprofloxacino empírico. Dois dias após, a paciente retornou para avaliação, com piora do estado geral, ainda com febre. À admissão, apresentava frequência cardíaca de 120 bpm e pressão arterial de 80/50 mmHg. O EQU realizado revelou leucocitúria e esterase positiva; a urocultura indicou crescimento de *Escherichia coli* sensível a amoxicilina-clavulanato, piperacilina-tazobactam e meropenem e resistente a ceftriaxona, ciprofloxacino e sulfametoxazol-trimetoprima. Com base nas informações disponíveis, indica-se substituir o antibiótico por

(A) amoxicilina-clavulanato por via oral.
(B) amoxacilina-clavulanato por via intravenosa.
(C) meropenem por via intravenosa.
(D) piperacilina-tazobactam por via intravenosa.

---

22. Em uma instituição, a triagem para sífilis é realizada pelo fluxograma reverso. Um paciente assintomático que está sendo avaliado apresenta ELISA para *Treponema pallidum* reagente e VDRL não reagente. Com base nos resultados, assinale a assertiva correta.

(A) Trata-se de um fenômeno prozona.
(B) Trata-se de uma cicatriz sorológica.
(C) O laboratório deve realizar um segundo teste treponêmico, utilizando uma metodologia diferente.
(D) Deve-se considerar sífilis ativa e iniciar tratamento.

23. Paciente feminina, de 56 anos, em tratamento para neoplasia ginecológica, chegou à Emergência por dispneia súbita e síncope. Ao exame, encontrava-se confusa, com pressão arterial de 78/46 mmHg, frequência cardíaca de 132 bpm e saturação de 86% com oxigênio suplementar. *POCUS* mostrou ausência de derrame pericárdico, ventrículo esquerdo sem disfunção sistólica importante, ventrículo direito maior do que o esquerdo na janela apical de 4 câmaras, septo interventricular retificado na paraesternal curta, com sinal do D, e veia cava inferior túrgida. A compressão venosa demonstrou veia femoral comum direita não compressível. Qual a conduta mais adequada?

(A) Heparina não fracionada e trombólise sistêmica
(B) Heparinização isolada e observação em UTI
(C) Angiotomografia antes do início do tratamento
(D) Pericardiocentese de alívio

---

24. Paciente masculino, de 55 anos, sofreu parada cardiorrespiratória extra-hospitalar presenciada. A equipe de resgate chegou ao local e identificou fibrilação ventricular ao monitor. A despeito da realização de compressões torácicas de alta qualidade, 3 desfibrilações com carga máxima, administração de adrenalina e dose de ataque de amiodarona, o paciente persistia no mesmo ritmo. Qual estratégia deve ser implementada para os manejos clínico e elétrico desse ritmo chocável refratário?

(A) Substituir a adrenalina por vasopressina em *bolus.*
(B) Administrar bicarbonato de sódio e gluconato de cálcio de forma empírica.
(C) Priorizar a intubação orotraqueal imediata com a interrupção das compressões torácicas.
(D) Alterar o vetor da corrente elétrica com o reposicionamento anteroposterior das pás ou aplicar a desfibrilação dupla sequencial.

---

25. Paciente masculino, de 72 anos, procurou atendimento por edema progressivo nos membros inferiores há 2 meses. Os exames laboratoriais demonstraram proteinúria de 7,5 g/24 horas, albumina sérica de 2,1 g/dL e creatinina sérica de 1,0 mg/dL (TFGe de 80 mL/min/1,73 m^2). O sedimento urinário não apresentava hematúria dismórfica nem cilindros celulares; as concentrações séricas de C3 e C4 estavam normais; e o FAN, negativo. Sorologias para hepatites B e C também foram negativas. O paciente não utilizava anti-inflamatórios não esteroidais nem outros medicamentos regularmente. Relatou perda não intencional de 8 kg nos últimos 4 meses e alteração recente do hábito intestinal. O hemograma indicou anemia microcítica e hipocrômica, com ferritina sérica reduzida. Qual a hipótese diagnóstica mais provável?

(A) Doença de lesões mínimas
(B) Nefropatia membranosa associada a neoplasia sólida
(C) Glomerulosclerose segmentar e focal primária
(D) Glomerulonefrite membranoproliferativa

26. Paciente feminina, de 50 anos, foi encaminhada ao Serviço de Nefrologia por piora da função renal nos últimos 12 meses. Com doença renal crônica (DRC) de etiologia desconhecida, apresentou, à ultrassonografia, rins reduzidos de tamanho bilateralmente. Por hipertensão arterial e microalbuminúria, fazia uso de losartana 100 mg/dia, anlodipino 10 mg/dia, metoprolol 50 mg/dia e furosemida 20 mg/dia, há mais de 2 anos. Ao exame, a pressão arterial era de 132/88 mmHg, e a frequência cardíaca, de 62 bpm. Os exames laboratoriais indicaram creatinina sérica de 1,8 mg/dL correspondente a uma TFGe de 34 mL/min/1,73 m^2, potássio sérico de 4,9 mEq/L e relação albumina-creatinina urinária de 420 mg/g. Há 1 ano, a TFGe era de 40 mL/min/1,73 m^2. Qual a medida mais adequada no momento para reduzir albuminúria e lentificar a progressão da DRC?

(A) Suspender a losartana.
(B) Iniciar finerenona 10 mg/dia.
(C) Iniciar hidralazina 25 mg, 2 vezes/dia.
(D) Iniciar dapagliflozina 10 mg/dia.

---

27. Paciente feminina, de 40 anos, foi encaminhada ao Ambulatório para investigação de nefrolitíase recorrente. Nos últimos 5 anos, apresentou mais de 6 episódios de cólica renal, tendo eliminado espontaneamente cálculos, cuja análise revelou composição de oxalato de cálcio. Negou história familiar de nefrolitíase. Fazia uso de colecalciferol 7.000 UI/semana e carbonato de cálcio 500 mg/dia para osteopenia. Exames laboratoriais iniciais indicaram creatinina de 0,8 mg/dL, cálcio total de 11,2 mg/dL, albumina de 4,0 g/dL, fósforo de 2,1 mg/dL, paratormônio intacto (PTHi) de 80 pg/mL (valor de referência: 10-65 pg/mL), 25-OH vitamina D de 31 ng/mL e cálcio em urina de 24 horas de 380 mg/24 h. Com o objetivo de prevenir a formação de cálculos de oxalato de cálcio, qual a opção de tratamento mais indicada?

(A) Paratireoidectomia
(B) Suspensão do colecalciferol e do carbonato de cálcio
(C) Restrição de sal e de oxalato na dieta
(D) Uso de diurético tiazídico

---

28. Paciente feminina, de 22 anos, foi trazida à Emergência por quadro de esquecimentos de fatos recentes, irritabilidade, períodos de agitação com alucinações visuais e insônia, com início há 2 semanas. Há 1 dia apresentava-se mais sonolenta, com alterações súbitas da frequência cardíaca e movimentos involuntários na boca, sem febre, diarreia ou tosse. Ao exame físico, foram constatadas discinesias orofaciais, sem déficits neurológicos focais e sem rigidez de nuca. A ressonância magnética de crânio inicial foi normal e a análise do líquido cefalorraquidiano demonstrou 10 células (padrão linfomonocitário), glicose de 67 mg/dL (glicemia de 90 mg/dL) e proteína de 34 mg/dL (valor de referência: até 40 mg/dL). Qual a principal suspeita diagnóstica?

(A) Encefalite por anticorpos anti-LGI1
(B) Encefalite por anticorpos anti-NMDAR
(C) Encefalite límbica por anticorpos anti-Hu
(D) Síndrome *opsoclonus-mioclonus*-ataxia

29. Paciente feminina, de 25 anos, veio à Emergência por fraqueza muscular progressiva, que evoluiu para tetraparesia flácida, ptose palpebral, diplopia e fraqueza facial, quadro iniciado há 3 dias. Nas últimas horas, passou a apresentar insuficiência respiratória, necessitando de intubação orotraqueal e ventilação mecânica. Negava doenças prévias, porém relatou fatigabilidade progressiva nas últimas semanas. Ao exame neurológico, constataram-se pupilas isocóricas e fotorreagentes, força muscular grau 2 em segmentos proximais e distais dos 4 membros, reflexos de estiramento muscular preservados e ausência de alterações sensitivas. Qual o diagnóstico mais provável?

(A) Botulismo
(B) Polirradiculoneuropatia inflamatória aguda (Síndrome de Guillain-Barré)
(C) Crise miastênica
(D) Acidente vascular encefálico de tronco cerebral

---

30. Paciente masculino, de 68 anos, com hipertensão arterial e diabetes melito, apresentou episódio súbito de afasia e hemiparesia direita com duração de 25 minutos, com recuperação completa antes da chegada ao hospital. À admissão, encontrava-se assintomático, com pressão arterial de 182/104 mmHg e glicemia capilar de 142 mg/dL. Tomografia computadorizada de crânio não revelou alterações agudas. Qual a conduta mais adequada?

(A) Prescrever ácido acetilsalicílico e dar alta com solicitação ambulatorial de eco-Doppler de carótidas e ecocardiografia.
(B) Prescrever dupla antiagregação plaquetária e liberar o paciente para acompanhamento ambulatorial em até 30 dias.
(C) Internar o paciente para investigação etiológica urgente e iniciar dupla antiagregação plaquetária imediatamente após exclusão de hemorragia à tomografia computadorizada de crânio.
(D) Internar o paciente e iniciar anticoagulação plena devido ao alto risco de recorrência.

31. Paciente feminina, de 68 anos, com diagnóstico recente de carcinoma pulmonar de pequenas células, apresentou sódio sérico de 127 mEq/L em exame de rotina. Exame realizado 5 dias antes já havia indicado sódio sérico de 128 mEq/L. A paciente, alerta e orientada, negou cefaleia, náuseas, vômitos, alterações da marcha, confusão mental ou convulsões. Ao exame físico, encontrava-se normotensa, com frequência cardíaca normal, mucosas úmidas, ausência de edema e sem sinais de depleção de volume. Não fazia uso de diuréticos e negou polidipsia. Os resultados dos exames laboratoriais realizados na ocasião revelaram sódio sérico de 127 mEq/L, glicemia capilar de 92 mg/dL, osmolalidade sérica de 260 mOsm/kg, osmolalidade urinária de 250 mOsm/kg, sódio urinário de 48 mEq/L, creatinina sérica de 0,8 mg/dL e TSH e cortisol basal matinal normais. Qual a conduta terapêutica inicial mais adequada?

(A) Instituir restrição hídrica, tratar a doença de base e monitorar a concentração sérica de sódio.
(B) Administrar solução salina hipertônica a 3% em *bolus*, visando elevar rapidamente o sódio sérico.
(C) Iniciar infusão contínua de solução salina isotônica a 0,9% para corrigir a hiponatremia.
(D) Aumentar a ingestão oral de sal, manter a ingestão habitual de líquidos e repetir a dosagem de sódio sérico após 1 semana.

---

32. Paciente feminina, de 58 anos, com câncer de mama metastático com acometimento ósseo, procurou a Emergência por dor torácica intensa e progressiva, iniciada há 2 semanas. Nas últimas 24 horas, evoluiu com dificuldade para caminhar e retenção urinária. Ao exame, apresentava força muscular grau 3 nos membros inferiores, hiperreflexia patelar bilateral e nível sensitivo em T8. Qual a conduta inicial mais adequada?

(A) Iniciar analgesia e solicitar cintilografia óssea para avaliar a extensão das metástases.
(B) Iniciar dexametasona e solicitar ressonância magnética da coluna com urgência.
(C) Iniciar radioterapia imediatamente, sem necessidade de confirmação por imagem.
(D) Solicitar tomografia computadorizada da coluna e aguardar confirmação diagnóstica antes de iniciar corticosteroide.

33. Paciente masculino, de 72 anos, ex-tabagista (35 maços-ano), veio à consulta queixando-se de dispneia progressiva aos esforços e tosse seca persistente há meses. Ao exame físico, foram observados baqueteamento digital e estertores crepitantes finos nas metades inferiores de ambos os hemitórax. A tomografia computadorizada de alta resolução revelou reticulação periférica e subpleural predominante em bases pulmonares, associada a bronquiectasias de tração, sem evidência de outras alterações. Devido à incerteza diagnóstica, o paciente foi submetido a biópsia pulmonar cirúrgica. Qual conjunto de achados indica o padrão anatomopatológico esperado considerando o diagnóstico mais provável nesse contexto?

(A) Granulomas não caseificantes malformados e linfocitose intersticial
(B) Acúmulo de macrófagos pigmentados nos espaços alveolares e fibrose peribronquiolar
(C) Fibrose densa irregular com distorção arquitetural em parênquima pulmonar subpleural e focos de fibroblastos
(D) Fibrose intersticial uniforme com preservação da arquitetura alveolar e inflamação leve

---

34. Paciente masculino, de 55 anos, tabagista de 20 cigarros/dia desde os 15 anos, com diagnóstico de doença pulmonar obstrutiva crônica grave, encontrava-se no quinto dia de internação hospitalar para tratamento de exacerbação infecciosa. No início da internação, apresentou sintomas de abstinência da nicotina (irritabilidade, ansiedade e dificuldade de concentração), que foram controlados após o início de reposição com adesivo de nicotina de 21 mg/dia, aplicado sempre pela manhã. O paciente queixou-se, contudo, de insônia importante e pesadelos nas últimas 2 noites. Qual a conduta mais adequada para o manejo do tabagismo no momento?

(A) Suspender a terapia de reposição da nicotina, uma vez que os sintomas confessionais de abstinência foram controlados.
(B) Reduzir a dose do adesivo de nicotina para 14 mg/dia, visando diminuir os efeitos adversos centrais.
(C) Substituir o adesivo de nicotina por bupropiona por via oral, associando um benzodiazepínico de curta ação à noite.
(D) Orientar a retirada do adesivo de nicotina ao deitar e a aplicação de uma nova unidade de 21 mg ao acordar.

35. Paciente masculino, de 63 anos, com diabetes melito, foi hospitalizado por quadro de pneumonia no lobo inferior direito com evolução de 12 dias. Após início de antibioticoterapia adequada, mantinha febre diária e leucocitose de 19.000/mm^3. À tomografia computadorizada de tórax, identificou-se derrame pleural ocupando cerca da metade inferior do hemitórax direito. Foi realizada toracocentese diagnóstica e de alívio com saída de 300 mL de conteúdo turvo com análise compatível com os seguintes resultados: pH de 7,08, glicose de 32 mg/dL, LDH de 2.800 U/L e proteínas 4,6 g/dL. Após toracocentese, novo exame de imagem foi realizado para reavaliação, o qual demonstrou persistência de derrame pleural com loculações e pulmão parcialmente encarcerado. Qual a conduta mais apropriada?

(A) Manter uso isolado de antibiótico.
(B) Realizar pleurostomia aberta.
(C) Realizar drenagem pleural isolada.
(D) Indicar videotoracoscopia com lise de aderências e deloculação.

---

36. Paciente feminina, de 47 anos, consultou por vir apresentando fotossensibilidade, fadiga e emagrecimento, quadro iniciado há 6 meses. Ao exame físico, observaram-se hiperemia nas pálpebras superiores, sinal do "V" do decote e dificuldade para levantar-se e sentar-se sem apoio. Considerando a principal hipótese diagnóstica, qual o padrão esperado do fator antinuclear?

(A) Nuclear homogêneo (AC-1)
(B) Nuclear pontilhado fino (AC-4)
(C) Nucleolar pontilhado (AC-10)
(D) Citoplasmático pontilhado fino (AC-20)

---

37. Paciente feminina, de 31 anos, procurou atendimento por febre diária (38-38,5° C) há 4 semanas, associada a fadiga, poliartralgia inflamatória, edema em punhos e articulações metacarpofalângicas e lesões eritematosas na face e no couro cabeludo. Referiu perda de 3 kg no período. Ao exame físico, apresentava artrite em 2 articulações e temperatura de 38,2º C. Avaliações cardíaca, pulmonar e abdominal não revelaram alterações relevantes. Os exames laboratoriais mostraram hemoglobina de 11,2 g/dL, leucócitos de 3.100/mm^3, plaquetas de 165.000/mm^3, VHS de 58 mm/h, proteína C reativa de 1,4 mg/dL, FAN de 1:64 padrão AC-1 (nuclear homogêneo), creatinina normal e exame do sedimento urinário sem alterações. Qual a conduta terapêutica inicial mais adequada, além de instituir corticoterapia em baixas doses?

(A) Hidroxicloroquina
(B) Ibuprofeno
(C) Eritromicina
(D) Metotrexato

38. Paciente feminina, de 33 anos, com fenômeno de Raynaud há 10 anos, consultou por apresentar edema e prurido nas mãos, quadro iniciado há 3 meses. Ao exame, constataram-se *puffy hands* com algumas cicatrizes puntiformes em polpas digitais e crepitantes finos nas bases pulmonares. Que anticorpo, dentre os abaixo, se espera reagente?

(A) Fator reumatoide
(B) Anti-Sm
(C) Anticentrômero
(D) Anti-RNP

---

39. Paciente feminina, de 25 anos, que estava em tratamento para um episódio depressivo (sertralina 200 mg/dia e nortriptilina 50 mg/dia, tendo apresentado boa resposta), referiu, em sua consulta de reavaliação com o psiquiatra assistente, que, nos últimos dias, passou a apresentar insônia, palpitações e ansiedade. Durante a consulta, o psiquiatra observou tremores. Ao realizar um breve exame neurológico para confirmar a suspeita diagnóstica, constatou que a paciente apresentava hiperreflexia. Considerando o quadro clínico, assinale a alternativa que contempla a conduta mais adequada.

(A) Acrescentar clonazepam 0,5 mg à prescrição.
(B) Suspender a sertralina e a nortriptilina.
(C) Suspender a nortriptilina.
(D) Aumentar a dose de nortriptilina para 75 mg/dia.

---

40. Paciente masculino, de 40 anos, foi trazido à Emergência pelo Samu em ressuscitação (frequência cardíaca de 70 bpm) após acidente de submersão em reservatório de água limpa, há menos de 2 horas. Foi prontamente intubado e mantido em ventilação mecânica. Avaliação neurológica revelou midríase bilateral e escore 3 na Escala de Coma de Glasgow, sugerindo encefalopatia hipóxico-isquêmica grave. Qual a conduta mais apropriada a seguir?

(A) Transferir o paciente para UTI para tratamento de lesão neurológica.
(B) Iniciar imediatamente protocolo de morte encefálica.
(C) Aguardar a evolução natural para parada cardiocirculatória.
(D) Manter medidas de suporte de vida por 24 horas para aplicação de protocolo de morte encefálica.

HOSPITAL DE CLÍNICAS
PORTO ALEGRE RS

FundMed
Pesquisa Ensino Inovação

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE

PROCESSO SELETIVO PÚBLICO PARA PROGRAMAS DE RESIDÊNCIA MÉDICA/2027

ÁREA DE ATUAÇÃO

DOR

Nome: _____

Nº de Inscrição: | | | | | | |

Instruções

- Confira o material recebido (CARTÃO DE RESPOSTAS e CADERNO DE QUESTÕES); se houver falha, solicite a substituição ao fiscal da sala.
- Após conferir seus dados no CARTÃO DE RESPOSTAS (NOME, Nº de INSCRIÇÃO e PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MÉDICA), assine no local indicado.
- Este caderno contém **20 questões de múltipla escolha**, com quatro alternativas (**A**, **B**, **C** e **D**).
- Preencha o CARTÃO DE RESPOSTAS, único documento válido para correção da prova objetiva, com bastante atenção, à caneta esferográfica (ponta grossa, tinta azul ou preta), marcando uma única alternativa em cada questão.
- Verifique, no CARTÃO DE RESPOSTAS, as instruções para preenchimento. Sob nenhuma circunstância, o CARTÃO DE RESPOSTAS será substituído devido a erro, desatenção ou falha no preenchimento por parte do candidato.
- Durante a realização da prova, estão vedados o empréstimo de materiais, a comunicação entre candidatos ou terceiros, a utilização de quaisquer dispositivos, como máquina calculadora e/ou similares, livros, anotações, réguas de cálculo, impressos ou qualquer outro material de consulta.
- A prova objetiva terá duração de **até 3 horas**, incluído o tempo para preenchimento do CARTÃO DE RESPOSTAS.
- Após o início da prova, o candidato deverá permanecer na sala pelo **tempo mínimo de 60 minutos**.
- Ao terminar a prova, o candidato devolverá ao fiscal da sala o CARTÃO DE RESPOSTAS.
- O candidato só poderá levar o CADERNO DE QUESTÕES **quando estiver faltando 60 minutos para o término do tempo total de duração da prova**. Por razões de segurança, o candidato que sair antes desse horário não poderá copiar suas respostas.
- Os dois últimos candidatos de cada sala de prova deverão permanecer no recinto, a fim de acompanhar o lacre do material, quando então poderão retirar-se do local após concluído o procedimento.

DIREITOS AUTORAIS RESERVADOS. PROIBIDA A REPRODUÇÃO, AINDA QUE PARCIAL, SEM AUTORIZAÇÃO PRÉVIA.

01. Paciente feminina, de 41 anos, vinha apresentando dor intensa e desproporcional, edema, alodinia e alterações vasomotoras 3 meses após a consolidação de fratura do rádio distal. O quadro limitava significativamente a função do membro. Que diagnóstico, dentre os abaixo, é o mais provável?

(A) Neuropatia compressiva do nervo mediano
(B) Síndrome dolorosa regional complexa tipo I
(C) Dor nociceptiva por consolidação óssea tardia
(D) Síndrome dolorosa miofascial do membro superior

---

02. O efeito analgésico da morfina resulta principalmente da ativação de receptores μ-opioides, promovendo

(A) abertura dos canais de potássio e redução da entrada de cálcio nos neurônios nociceptivos.
(B) inibição da ciclo-oxigenase e diminuição da produção de prostaglandinas.
(C) bloqueio dos canais de sódio e interrupção da condução do impulso nervoso.
(D) antagonismo dos receptores NMDA e redução da excitotoxicidade.

---

03. Paciente masculino, de 63 anos, vinha apresentando dor em queimação, alodinia e hiperalgesia persistentes, 8 meses após episódio de herpes-zóster torácico. O quadro era compatível com neuralgia pós-herpética. Quais classes farmacológicas são recomendadas como tratamento de primeira linha?

(A) Benzodiazepínicos e opioides fortes
(B) Gabapentinoides e opioides fortes
(C) Gabapentinoides e antidepressivos tricíclicos
(D) Antidepressivos tricíclicos e opioides fortes

---

04. Paciente feminina, de 46 anos, consultou por apresentar dor difusa há 3 anos, fadiga, sono não reparador e déficit de memória. Exames laboratoriais revelaram resultados dentro da normalidade. Que diagnóstico, dentre os abaixo, é o mais provável?

(A) Polimialgia reumática
(B) Hipotireoidismo
(C) Artrite reumatoide
(D) Fibromialgia

---

05. Paciente masculino, de 58 anos, com diabetes melito há 20 anos, referiu, na consulta, dor em queimação nos pés há 8 meses (pior à noite), associada a alodinia. Exame neurológico demonstrou redução da sensibilidade vibratória distal. Qual a conduta inicial mais apropriada?

(A) Prednisona
(B) Pregabalina
(C) Morfina
(D) Tramadol

---

06. Paciente masculino, de 62 anos, com câncer de próstata metastático, vinha utilizando morfina oral em dose fixa. Nas últimas 24 horas, necessitou de 4 doses de resgate por dor irruptiva. Não apresentava sinais de toxicidade por opioides. Qual a conduta mais apropriada?

(A) Recalcular a dose regular de morfina conforme o consumo total das últimas 24 horas.
(B) Manter a dose regular de morfina e utilizar apenas doses de resgate.
(C) Substituir a morfina por oxicodona em dose equianalgésica.
(D) Reduzir a dose regular de morfina para prevenir efeitos adversos.

---

07. Assinale a assertiva correta sobre o manejo da dor aguda no pós-operatório de cirurgia do abdômen superior.

(A) No bloqueio peridural, o cateter deve estar localizado ao nível da coluna lombar baixa.
(B) A associação de anestésico local e opioide no bloqueio peridural não melhora a eficácia da analgesia no pós-operatório.
(C) A morfina no espaço subaracnóideo aumenta a incidência de retenção urinária e prurido.
(D) O fentanil no bloqueio subaracnóideo apresenta distribuição rostral por ser hidrofílico.

---

08. Paciente veio à Emergência com história de depressão, alcoolismo e lombalgia crônica. Informou fazer uso contínuo de analgésico anti-inflamatório e morfina há mais de 6 meses. Referiu piora progressiva da dor, de caráter difuso, além de piora do sono e da ansiedade. Com base no quadro, qual a conduta mais adequada?

(A) Iniciar morfina contínua intravenosa e gabapentinoides e solicitar consultoria ao Serviço de Psiquiatria.
(B) Realizar retirada de todo opioide e manter analgésicos simples e antidepressivos.
(C) Solicitar consultoria ao Serviço de Psiquiatria, prescrever metadona por via oral e indicar manejo da ansiedade.
(D) Indicar aumento da dose de morfina, prescrever benzodiazepínico para ansiedade e encaminhar o paciente para manejo na UBS.

---

09. Paciente masculino, com diagnóstico de obesidade e diabetes melito, referiu, em consulta no Ambulatório, início de parestesia na região lateral da perna direita, principalmente quando passava muito tempo na posição sentada. Ao exame, apresentava sensibilidade térmica na região. Que condição, dentre as abaixo, mais se relaciona ao diagnóstico clínico?

(A) Polineuropatia diabética por comprometimento de raízes lombares
(B) Meralgia parestésica
(C) Neuralgia do nervo pudendo
(D) Lesão do nervo obturador

10. Assinale a alternativa que preenche, correta e respectivamente, as lacunas do parágrafo abaixo.

Paciente apresenta cefaleia crônica, com períodos de crise, caracterizada por pródomos visuais, dor latejante unilateral e náusea. Exame neurológico foi normal; havia discreta contratura na cintura escapular bilateral. O diagnóstico da síndrome é **.....**, e os fármacos de primeira escolha para profilaxia das crises são **.....** .

(A) migrânea – propranolol e amitriptilina
(B) cefaleia tensional – gabapentina e amitriptilina
(C) cefaleia em salvas – propranolol e topiramato
(D) *cluster* – topiramato e gabapentina

11. Um novo teste rápido para uma determinada infecção apresenta sensibilidade de 90% e especificidade de 95%. Um infectologista aplicou o teste em 2 cenários distintos: (I) para triagem populacional em área de baixa prevalência (1%) e (II) para investigação de pacientes sintomáticos internados em que a prevalência (probabilidade pré-teste) é de 40%. Assinale a assertiva correta sobre o desempenho do teste e a interpretação de seus resultados.

(A) O valor preditivo positivo será substancialmente maior no cenário II do que no cenário I, ainda que a sensibilidade e a especificidade do teste permaneçam inalteradas nos 2 cenários.
(B) Como a sensibilidade e a especificidade são propriedades intrínsecas do teste, os valores preditivos positivo e negativo também são constantes e independem da prevalência da doença na população testada.
(C) A razão de verossimilhança positiva (*likelihood ratio* positiva) do teste é de 0,10, indicando forte capacidade de confirmar a doença.
(D) Em área de baixa prevalência, um resultado positivo tem alta probabilidade de ser verdadeiro-positivo, razão pela qual testes de triagem são mais úteis para confirmar do que para descartar doença.

12. Paciente feminina, de 63 anos, com diabetes melito tipo 2 em uso de insulina (bom controle), veio à consulta por quadro de icterícia obstrutiva. Em seu histórico, constavam síndrome coronariana aguda com supradesnivelamento do segmento ST há 3 anos e implante de *stent* farmacológico; não houve à época comprometimento da fração de ejeção, verificado por ecocardiograma. Identificou- se câncer de pâncreas passível de cura cirúrgica, tendo sido indicada derivação pancreatoduodenal. O cirurgião digestivo realizará o procedimento em 10 dias. A paciente submeteu-se a exames pré-cirúrgicos: radiografia de tórax, sem alterações; eletrocardiograma, com zona inativa anterior; e BNP, abaixo do limite superior. Não havia registro de angina ou dispneia para grandes esforços; o exame físico não indicou alterações. Qual a conduta mais adequada nesse cenário?

(A) Solicitar ecocardiografia.
(B) Solicitar ergometria.
(C) Solicitar cateterismo cardíaco.
(D) Liberar a paciente para o procedimento cirúrgico.

13. Paciente masculino, de 34 anos, usuário de drogas injetáveis, vinha apresentando febre (há 10 dias), dispneia e emagrecimento. Ao exame, identificou-se sopro sistólico em foco tricúspide, que aumentava à inspiração. Hemoculturas foram positivas para *Staphylococcus aureus.* Ecocardiograma revelou vegetação em valva tricúspide. Em relação ao diagnóstico, assinale a assertiva correta.

(A) Acometimento de câmaras esquerdas é a condição mais frequente nesse perfil de paciente.
(B) Embolização séptica pulmonar é uma complicação característica dessa apresentação.
(C) *Streptococcus viridans* é o agente etiológico mais provável nesse cenário.
(D) Presença de vegetação tricúspide contraindica formalmente qualquer tratamento clínico isolado.

14. Assinale a assertiva correta sobre a prescrição de insulina para pacientes com diabetes melito.

(A) Glargina, uma insulina humana de ação prolongada, é prescrita preferencialmente em 2 doses/dia, podendo ser associada a antidiabéticos orais no diabetes melito tipo 2 ou a insulinas de ação rápida (análogos ou humana).
(B) Degludeca, um análogo de insulina de ação prolongada, é prescrita preferencialmente a cada 36 horas, podendo ser associada a metformina no diabetes melito tipo 2 ou a insulinas de ação rápida antes de cada refeição principal.
(C) Glulisina, lispro e aspart são análogos de insulina de ação rápida que têm farmacocinética semelhante; são prescritas para uso 30 minutos antes das refeições principais, no máximo 3 vezes/dia.
(D) NPH, insulina humana de ação intermediária, pode ser prescrita 1-3 vezes/dia e ser associada a antidiabéticos orais no diabetes melito tipo 2 ou a insulinas de ação rápida (análogos ou humana).

15. Paciente feminina, de 56 anos, em tratamento para neoplasia ginecológica, chegou à Emergência por dispneia súbita e síncope. Ao exame, encontrava-se confusa, com pressão arterial de 78/46 mmHg, frequência cardíaca de 132 bpm e saturação de 86% com oxigênio suplementar. *POCUS* mostrou ausência de derrame pericárdico, ventrículo esquerdo sem disfunção sistólica importante, ventrículo direito maior do que o esquerdo na janela apical de 4 câmaras, septo interventricular retificado na paraesternal curta, com sinal do D, e veia cava inferior túrgida. A compressão venosa demonstrou veia femoral comum direita não compressível. Qual a conduta mais adequada?

(A) Heparina não fracionada e trombólise sistêmica
(B) Heparinização isolada e observação em UTI
(C) Angiotomografia antes do início do tratamento
(D) Pericardiocentese de alívio

16. Paciente masculino, de 55 anos, sofreu parada cardiorrespiratória extra-hospitalar presenciada. A equipe de resgate chegou ao local e identificou fibrilação ventricular ao monitor. A despeito da realização de compressões torácicas de alta qualidade, 3 desfibrilações com carga máxima, administração de adrenalina e dose de ataque de amiodarona, o paciente persistia no mesmo ritmo. Qual estratégia deve ser implementada para os manejos clínico e elétrico desse ritmo chocável refratário?

(A) Substituir a adrenalina por vasopressina em *bolus.*
(B) Administrar bicarbonato de sódio e gluconato de cálcio de forma empírica.
(C) Priorizar a intubação orotraqueal imediata com a interrupção das compressões torácicas.
(D) Alterar o vetor da corrente elétrica com o reposicionamento anteroposterior das pás ou aplicar a desfibrilação dupla sequencial.

---

17. Paciente feminina, de 50 anos, foi encaminhada ao Serviço de Nefrologia por piora da função renal nos últimos 12 meses. Com doença renal crônica (DRC) de etiologia desconhecida, apresentou, à ultrassonografia, rins reduzidos de tamanho bilateralmente. Tinha antecedentes de hipertensão arterial e microalbuminúria, pelo que fazia uso de losartana 100 mg/dia, anlodipino 10 mg/dia, metoprolol 50 mg/dia e furosemida 20 mg/dia, há mais de 2 anos. Ao exame, a pressão arterial era de 132/88 mmHg, e a frequência cardíaca, de 62 bpm. Os exames laboratoriais indicaram creatinina sérica de 1,8 mg/dL correspondente a uma TFGe de 34 mL/min/1,73 m^2, potássio sérico de 4,9 mEq/L e relação albumina-creatinina urinária de 420 mg/g. Há 1 ano, a TFGe era de 40 mL/min/1,73 m^2. Qual a medida mais adequada no momento para reduzir albuminúria e lentificar a progressão da DRC?

(A) Suspender a losartana.
(B) Iniciar finerenona 10 mg/dia.
(C) Iniciar hidralazina 25 mg, 2 vezes/dia.
(D) Iniciar dapagliflozina 10 mg/dia.

---

18. Paciente feminina, de 27 anos, com história de infecções do trato urinário de repetição, veio à Emergência por febre, disúria e polaciúria há 24 horas. Foram solicitados exame qualitativo de urina e urocultura e iniciado ciprofloxacino empírico. Dois dias após, a paciente retornou para avaliação, com piora do estado geral, ainda com febre. À admissão, apresentava frequência cardíaca de 120 bpm e pressão arterial de 80/50 mmHg. O EQU realizado revelou leucocitúria e esterase positiva; a urocultura indicou crescimento de *Escherichia coli* sensível a amoxicilina-clavulanato, piperacilina-tazobactam e meropenem e resistente a ceftriaxona, ciprofloxacino e sulfametoxazol-trimetoprima. Com base nas informações disponíveis, indica-se substituir o antibiótico por

(A) amoxicilina-clavulanato por via oral.
(B) amoxacilina-clavulanato por via intravenosa.
(C) meropenem por via intravenosa.
(D) piperacilina-tazobactam por via intravenosa.

19. Paciente feminina, de 68 anos, com diagnóstico recente de carcinoma pulmonar de pequenas células, apresentou sódio sérico de 127 mEq/L em exame de rotina. Exame realizado 5 dias antes já havia indicado sódio sérico de 128 mEq/L. A paciente, alerta e orientada, negou cefaleia, náuseas, vômitos, alterações da marcha, confusão mental ou convulsões. Ao exame físico, encontrava-se normotensa, com frequência cardíaca normal, mucosas úmidas, ausência de edema e sem sinais de depleção de volume. Não fazia uso de diuréticos e negou polidipsia. Os resultados dos exames laboratoriais realizados na ocasião revelaram sódio sérico de 127 mEq/L, glicemia capilar de 92 mg/dL, osmolalidade sérica de 260 mOsm/kg, osmolalidade urinária de 250 mOsm/kg, sódio urinário de 48 mEq/L, creatinina sérica de 0,8 mg/dL e TSH e cortisol basal matinal normais. Qual a conduta terapêutica inicial mais adequada?

(A) Instituir restrição hídrica, tratar a doença de base e monitorar a concentração sérica de sódio.
(B) Administrar solução salina hipertônica a 3% em *bolus*, visando elevar rapidamente o sódio sérico.
(C) Iniciar infusão contínua de solução salina isotônica a 0,9% para corrigir a hiponatremia.
(D) Aumentar a ingestão oral de sal, manter a ingestão habitual de líquidos e repetir a dosagem do sódio sérico após 1 semana.

---

20. Paciente masculino, de 40 anos, foi trazido à Emergência pelo Samu em ressuscitação (frequência cardíaca de 70 bpm) após acidente de submersão em reservatório de água limpa, há menos de 2 horas. Foi prontamente intubado e mantido em ventilação mecânica. Avaliação neurológica revelou midríase bilateral e escore 3 na Escala de Coma de Glasgow, sugerindo encefalopatia hipóxico-isquêmica grave. Qual a conduta mais apropriada a seguir?

(A) Transferir o paciente para UTI para tratamento de lesão neurológica.
(B) Iniciar imediatamente protocolo de morte encefálica.
(C) Aguardar a evolução natural para parada cardiocirculatória
(D) Manter medidas de suporte de vida por 24 horas para aplicação de protocolo de morte encefálica.

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE

PROCESSO SELETIVO PÚBLICO PARA PROGRAMAS DE RESIDÊNCIA MÉDICA/2027

ÁREA DE ATUAÇÃO

ENDOSCOPIA DIGESTIVA

Nome: _____

Nº de Inscrição: | | | | | | |

Instruções

- Confira o material recebido (CARTÃO DE RESPOSTAS e CADERNO DE QUESTÕES); se houver falha, solicite a substituição ao fiscal da sala.
- Após conferir seus dados no CARTÃO DE RESPOSTAS (NOME, Nº de INSCRIÇÃO e PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MÉDICA), assine no local indicado.
- Este caderno contém **20 questões de múltipla escolha**, com quatro alternativas (**A**, **B**, **C** e **D**).
- Preencha o CARTÃO DE RESPOSTAS, único documento válido para correção da prova objetiva, com bastante atenção, à caneta esferográfica (ponta grossa, tinta azul ou preta), marcando uma única alternativa em cada questão.
- Verifique, no CARTÃO DE RESPOSTAS, as instruções para preenchimento. Sob nenhuma circunstância, o CARTÃO DE RESPOSTAS será substituído devido a erro, desatenção ou falha no preenchimento por parte do candidato.
- Durante a realização da prova, estão vedados o empréstimo de materiais, a comunicação entre candidatos ou terceiros, a utilização de quaisquer dispositivos, como máquina calculadora e/ou similares, livros, anotações, réguas de cálculo, impressos ou qualquer outro material de consulta.
- A prova objetiva terá duração de **até 3 horas**, incluído o tempo para preenchimento do CARTÃO DE RESPOSTAS.
- Após o início da prova, o candidato deverá permanecer na sala pelo **tempo mínimo de 60 minutos**.
- Ao terminar a prova, o candidato devolverá ao fiscal da sala o CARTÃO DE RESPOSTAS.
- O candidato só poderá levar o CADERNO DE QUESTÕES **quando estiver faltando 60 minutos para o término do tempo total de duração da prova**. Por razões de segurança, o candidato que sair antes desse horário não poderá copiar suas respostas.
- Os dois últimos candidatos de cada sala de prova deverão permanecer no recinto, a fim de acompanhar o lacre do material, quando então poderão retirar-se do local após concluído o procedimento.

DIREITOS AUTORAIS RESERVADOS. PROIBIDA A REPRODUÇÃO, AINDA QUE PARCIAL, SEM AUTORIZAÇÃO PRÉVIA.

01. Paciente feminina, de 52 anos, com histórico de neoplasia de mama em 2019 (tratada com setorectomia, quimioterapia e radioterapia, sem necessidade de terapia atual), veio à consulta por apresentar diarreia crônica, dor abdominal e perda ponderal há 10 meses. Referiu episódio de abscesso perianal há 5 meses, drenado em contexto de emergência, mas persistiu com queixas de drenagem local de secreção purulenta. A colonoscopia mostrou úlceras aftoides no íleo terminal e semiestenose da válvula ileocecal, além de úlceras longitudinais profundas no reto. A biópsia do íleo terminal mostrou granulomas não caseosos. Qual a conduta inicial mais adequada?

(A) Início de azatioprina, com posterior associação de anti-TNF caso não haja melhora do quadro.
(B) Início imediato de terapia anti-TNF e avaliação proctológica caso surja novo abscesso perianal.
(C) Avaliação proctológica com posterior início de terapia com azatioprina e anti-TNF concomitantes.
(D) Avaliação proctológica e início de terapia com ustequinumabe, pois histórico de neoplasia de mama é contraindicação para anti-TNF

---

02. Assinale a assertiva correta sobre a vigilância de lesões displásicas nas doenças inflamatórias intestinais (DII).

(A) Paciente de 25 anos, com retocolite ulcerativa, colite esquerda desde os 17 anos, em remissão endoscópica da DII, com história de transplante hepático por colangite esclerosante primária aos 18 anos, deve realizar colonoscopia a cada 2-3 anos.
(B) Paciente de 32 anos, com retocolite ulcerativa, colite esquerda desde os 23 anos, em remissão endoscópica da DII, apresenta estenose no cólon sigmoide; a colonoscopia de vigilância de lesões displásicas deve ser realizada anualmente.
(C) Paciente de 55 anos, com retocolite ulcerativa, colite extensa desde os 42 anos, em remissão endoscópica da DII, com história familiar de neoplasia de cólon (pai, aos 52 anos), é considerado paciente de alto risco de desenvolver lesões displásicas, devendo realizar colonoscopia anualmente.
(D) Paciente de 62 anos, com doença de Crohn de cólon extensa (mais de 50% do cólon acometido) desde os 33 anos, em remissão endoscópica da DII, submeteu-se, em 2026, a remoção completa de pólipo de 8,0 mm localizado no cólon sigmoide (anatomopatológico com adenoma tubular com displasia de baixo grau), em local de inflamação prévia; a próxima colonoscopia deverá ser realizada em 5 anos.

03. Paciente masculino, de 62 anos, compareceu à Unidade de Endoscopia para realizar sua primeira colonoscopia para rastreamento de lesões displásicas. Negou qualquer sintoma digestivo e não apresentava história familiar de neoplasia do trato digestivo. No relatório do exame, constava: *Exame realizado sob ótimas condições de preparo (Escala de Boston 9/9). Presença de dois pólipos no cólon ascendente, um deles séssil (Paris 0-Is) medindo 5,0 mm de diâmetro (frasco 1) e o outro pediculado (Paris 0-Ip) com sua porção cefálica medindo 8,0 mm de diâmetro (frasco 2), ambos completamente removidos com alça de polipectomia a frio. No cólon transverso, presença de lesão plana medindo 13 mm de diâmetro (Paris 0-IIa), removida por técnica de mucosectomia em peça única (frasco 3), sem intercorrências. No cólon sigmoide, completamente removidos 3 diminutos pólipos sésseis, com alça de polipectomia a frio (frasco 4) (Paris 0-Is), medindo 4,0, 5,0 e 6,0 mm de diâmetro cada.* A avaliação anatomopatológica das lesões removidas demonstrou:

Frasco 1: Lesão séssil serrilhada
Frasco 2: Adenoma tubular com displasia de baixo grau
Frasco 3: Adenoma serrilhado tradicional
Frasco 4: Adenomas tubulares com displasia de baixo grau

A próxima colonoscopia de revisão deverá ser realizada em

(A) 1 ano.
(B) 3 anos.
(C) 3-5 anos.
(D) 7 anos.

---

04. Paciente masculino, de 74 anos, em uso de rivaroxabana 20 mg/dia para fibrilação atrial, foi submetido a enteroscopia por balão simples por via anterógrada após cápsula endoscópica ter identificado lesão vascular no jejuno proximal. À enteroscopia, a lesão foi caracterizada como erosão plana avermelhada, medindo alguns milímetros, sem pulsatilidade, sendo classificada como Yano-Yamamoto tipo 1b e tratada com coagulação por plasma de argônio (APC). Assinale a assertiva correta sobre a classificação endoscópica de Yano-Yamamoto para lesões vasculares do intestino delgado.

(A) Lesões tipo 2a e 2b correspondem a angiectasias de origem venular, sendo eletrocoagulação com APC o tratamento preferencial, enquanto lesões tipo 1a e 1b de origem arterial exigem hemostasia mecânica com hemoclipes pelo maior risco de sangramento pulsátil.
(B) Estudos de seguimento demonstram que lesões tipo 1a apresentam taxa de ressangramento numericamente superior às lesões tipo 1b após tratamento endoscópico inicial, fenômeno atribuído ao maior calibre vascular das lesões puntiformes.
(C) O tipo 3 da classificação corresponde à malformação arteriovenosa, caracterizada por conexão aberrante entre artéria e veia sem leito capilar interposto; essas lesões costumam ter maior calibre, podendo demandar embolização transcateter ou abordagem cirúrgica quando não controláveis por via endoscópica.
(D) Lesões tipo 4 correspondem a angiodisplasias puntiformes múltiplas e disseminadas, tipicamente associadas à doença renal crônica terminal, sendo tratadas preferencialmente com sessões seriadas de APC em regime ambulatorial.

05. Paciente masculino, de 29 anos, com doença de Crohn ileocolônica (Montreal A2L3B2), em uso de infliximabe 5,0 mg/kg por via intravenosa a cada 8 semanas, apresenta quadro suboclusivo, recorrente há 4 meses. Enterorressonância magnética identificou estenose jejunal proximal, de aproximadamente 3,0 cm de extensão, sem evidência de abscesso, flegmão ou trajeto fistuloso adjacente. Foi indicada enteroscopia por balão único por via anterógrada, que confirmou a estenose, com discreta ulceração na borda proximal da lesão. Com base no caso, assinale a assertiva correta**.**

(A) Estenoses > 5,0 cm de extensão associam-se a menor sucesso técnico e maior recorrência, sendo geralmente excluídas dos protocolos de dilatação endoscópica.
(B) Presença de atividade inflamatória endoscópica (úlceras) na estenose constitui contraindicação absoluta à dilatação, devendo o tratamento clínico otimizado anteceder obrigatoriamente qualquer tentativa de dilatação endoscópica.
(C) Em ensaios clínicos randomizados, injeção intralesional de corticosteroide associada à dilatação endoscópica demonstrou redução significativa da taxa de recorrência em comparação à dilatação endoscópica isolada, sendo atualmente recomendada como conduta padrão adjuvante.
(D) Diante de estenose sintomática já confirmada por imagem, cápsula endoscópica convencional prévia a enteroscopia terapêutica é mandatória para mapear a extensão da doença, sendo dispensável a cápsula de patência nesse cenário.

06. Paciente feminina, de 81 anos, ASA III, com doença renal crônica (TFG estimada de 24 mL/min/1,73m^2) será submetida a colonoscopia por anemia ferropriva. Está programada sedação consciente com midazolam e fentanil. Qual a conduta mais adequada?

(A) Administrar as doses habituais de sedativos, pois a eliminação dos fármacos não sofre influência significativa da idade ou da função renal.
(B) Utilizar doses reduzidas e tituladas de benzodiazepínicos e opioides, considerando idade avançada e insuficiência renal.
(C) Evitar completamente benzodiazepínicos, utilizando exclusivamente opioides.
(D) Indicar obrigatoriamente anestesia geral.

07. Paciente masculino, de 52 anos, ASA I, que será submetido a colonoscopia para rastreamento de câncer colorretal, questionou se era obrigatório realizar o exame sob sedação. Assinale a assertiva correta sobre a realização de colonoscopia segundo a *Guidelines on Sedation in Gastrointestinal Endoscopy* (2024).

(A) A colonoscopia deve ser realizada obrigatoriamente sob sedação intravenosa.
(B) A ausência de sedação reduz significativamente a taxa de intubação cecal.
(C) A realização de colonoscopia sem sedação ou com alternativas, como analgesia inalatória, pode ser considerada para pacientes selecionados.
(D) Propofol é recomendado como primeira opção para todos os pacientes submetidos a colonoscopia.

08. Assinale a assertiva correta sobre o papel da sorologia no diagnóstico e acompanhamento da doença celíaca.

(A) Dosagem de anticorpo antigliadina deaminada IgG (Anti-DGP) é o teste de escolha inicial para pacientes com deficiência de IgA e para crianças com menos de 2 anos.
(B) Dosagem de anticorpo antiendomísio IgA é o teste de maiores sensibilidade e especificidade.
(C) A normalização completa da sorologia ocorre invariavelmente nos primeiros 6 meses de dieta isenta de glúten.
(D) O anticorpo antitransglutaminase IgA negativo durante o acompanhamento confirma a aderência estrita à dieta isenta de glúten e recuperação completa da mucosa.

09. Paciente masculino, de 62 anos, com esôfago de Barrett C3M5 (Classificação de Praga), foi submetido a endoscopia digestiva alta, que evidenciou lesão nodular de 12 mm (Paris IIa), localizada a 38 cm da arcada dentária superior. Foi realizada mucosectomia com banda com ressecção em fragmento único. O exame anatomopatológico revelou adenocarcinoma moderadamente diferenciado, invasão limitada a submucosa superficial (menos de 500 μm) com margens laterais livres (distância de 0,8 mm) e margem profunda livre (1,5 mm), sem invasão vascular ou linfática. Qual a conduta mais adequada?

(A) Considerar a ressecção como curativa e manter vigilância do epitélio remanescente do Barrett com endoscopia inicialmente em 6 meses e, posteriormente, anual.
(B) Considerar a ressecção como curativa e indicar ablação por radiofrequência para erradicação do epitélio remanescente do Barrett.
(C) Não considerar a ressecção como curativa devido à margem lateral de somente 1,0 mm e indicar complementação com ressecção endoscópica submucosa.
(D) Não considerar a ressecção como curativa devido à margem lateral de somente 1,0 mm e indicar esofagectomia.

10. Assinale a assertiva correta sobre o manejo pré-endoscopia em paciente cirrótico com hemorragia digestiva alta.

(A) Transfusão sanguínea restritiva, somente se a hemoglobina < 7,0 g/dL, aumenta a mortalidade.
(B) Fármaco vasoativo (terlipressina ou octretida) deve ser administrado imediatamente pré-endoscopia.
(C) Antibiótico profilático reduz o ressangramento, porém não altera a mortalidade.
(D) INR não deve ser parâmetro para guiar transfusão de plasma fresco, e transfusão não corrige corretamente a coagulopatia, podendo paradoxalmente aumentar a pressão portal.

11. Assinale a alternativa que contém somente objetos com indicação de retirada endoscópica de corpo estranho do trato digestivo alto em menos de 2 horas em crianças.

(A) Múltiplos ímãs no estômago e duodeno – moeda no esôfago
(B) Bateria tipo botão no esôfago – imã único no esôfago
(C) Bateria tipo botão no esôfago – qualquer objeto causando obstrução esofágica
(D) Qualquer corpo estranho causando obstrução esofágica – objeto pontiagudo no estômago

---

12. Paciente masculino, de 55 anos, realizou colonoscopia de rastreio. Durante o exame, foi observado lesão séssil de 15 mm no cólon ascendente, com discreto muco na superfície, abertura glandular II-O. A lesão foi completamente removida com alça de polipectomia a frio em fragmento único. Conforme a classificação de Kudo, pode-se afirmar que se trata muito provavelmente de

(A) pólipo hiperplásico.
(B) adenoma serrilhado tradicional.
(C) adenoma tubular.
(D) lesão serrilhada séssil.

---

13. Paciente masculino, de 68 anos, com história de uso crônico de anti-inflamatórios não esteroidais, veio à Emergência com quadro de melena. Realizada estabilização clínica e em momento adequado, foi submetido a endoscopia digestiva alta, que revelou uma úlcera gástrica de 1,2 cm na parede posterior do corpo, apresentando um coágulo aderido (Forrest IIb). De acordo com as recomendações atuais da *ESGE* (*Update,* 2026), qual a conduta mais adequada para o caso?

(A) Recomenda-se realização de hemostasia endoscópica através da remoção do coágulo, visto que metanálises de ensaios clínicos randomizados demonstraram uma redução estatisticamente significativa na mortalidade global quando comparada ao tratamento conservador.
(B) Sugere-se a remoção do coágulo para exposição da base da úlcera, preferencialmente precedida por injeção de epinefrina diluída, desde que o endoscopista tenha competência técnica para manejar uma eventual conversão para estigma de maior risco (Forrest Ia, Forrest Ib ou Forrest IIa).
(C) Deve-se realizar injeção de epinefrina diluída como monoterapia ao redor do coágulo para estabilização da lesão, sendo remoção mecânica formalmente contraindicada pelo risco de induzir sangramento arterial de difícil controle.
(D) Por ser classificada como um estigma de baixo risco de resultados adversos, a conduta deve ser clínica com uso de inibidores da bomba de prótons em altas doses, sem indicação de qualquer intervenção mecânica ou térmica no coágulo.

14. Que fator, dentre os abaixo, **não** aumenta o risco de pancreatite pós-colangiopancreatografia endoscópica retrógrada (CPER)?

(A) Esfincterotomia biliar com corrente puro corte
(B) Fio guia no ducto pancreático
(C) Canulação difícil seguida por pré-corte
(D) Dilatação papilar com esfíncter biliar intacto

---

15. Paciente masculino, de 75 anos, foi admitido na Emergência com quadro de enterorragia volumosa. À avaliação inicial, apresentava-se taquicárdico (118 bpm) e hipotenso (85/50 mmHg). Após manobras de ressuscitação hemodinâmica, o paciente, com necessidade de suporte de oxigênio, frequência cardíaca de 105 bpm e pressão arterial de 88/50 mmHg, apresentou novo episódio de sangramento vivo pelo reto. De acordo com as recomendações do *Guidelines ESGE of Gastroenterology Endoscopy* (2021) para hemorragia digestiva baixa aguda, qual a conduta diagnóstica prioritária para o paciente?

(A) Realizar colonoscopia imediatamente (nas primeiras 12 horas) após preparo intestinal rápido com manitol.
(B) Indicar endoscopia digestiva alta e colonoscopia concomitantes nas primeiras 24 horas, após transfusão de hemoderivados e preparo intestinal com manitol.
(C) Encaminhar o paciente diretamente para laparotomia exploradora de urgência, uma vez que instabilidade hemodinâmica contraindica exames de imagem ou endoscopia.
(D) Realizar angiotomografia computadorizada para localização do sítio de sangramento antes de qualquer tratamento endoscópico ou radiológico

---

16. Associe os diagnósticos de doenças do esôfago (coluna da esquerda) aos achados de pHmetria de 24 horas e endoscopia digestiva alta após interrupção de terapia antirrefluxo por mais de 2 semanas (coluna da direita).

1 - Pirose funcional	( ) Esofagite grau B
2 - Doença do refluxo gastroesofágico	( ) Tempo de exposição ácida > 6,0%
3 - Hipersensibilidade ao refluxo	( ) Tempo de exposição ácida < 4,0%, índice de sintomas ≥ 50%
4 - Esofagite eosinofílica	( ) Tempo de exposição ácida < 4,0%, índice de sintomas < 50%
	( ) Estrias longitudinais no esôfago

A sequência numérica correta, de cima para baixo, da coluna da direita, é

(A) 2 – 2 – 3 – 1 – 4
(B) 2 – 3 – 1 – 2 – 2
(C) 3 – 2 – 3 – 1 – 4
(D) 3 – 3 – 1 – 3 – 2

Instrução: Para responder às questões de números **17** e **18**, considere o caso clínico abaixo.

Paciente masculino, de 52 anos, diabético não insulinodependente, veio à consulta por apresentar pirose e regurgitação diurnas e noturnas há mais de 20 anos. Ao exame físico, não se observaram alterações relevantes, exceto obesidade centrípeta (IMC de 36 kg/m^2). Foi submetido a endoscopia digestiva alta com luz branca, sem cromoendoscopia ou magnificação, tendo sido constatadas, na mucosa esofágica, hérnia hiatal (42-45 cm da arcada dentária superior), esofagite erosiva grau C (Classificação de Los Angeles) e esôfago de Barrett (Praga C4M5). Com base nos achados, o início das pregas gástricas se encontrava **.....** cm acima do pinçamento diafragmático. A área de projeção de epitélio na cor salmão, acometendo toda a circunferência do órgão, se encontrava **.....** cm acima do início das pregas gástricas e **.....** projeção digitiforme (lingueta) acima da área circunferencial. Havia erosões confluentes acima da área metaplásica que acometiam **.....** . As biópsias aleatórias do esôfago distal demonstraram metaplasia intestinal com presença de células caliciformes (indefinido para displasia, confirmado por patologista especialista em esôfago de Barrett).

17. Com base nesses dados, assinale a alternativa que preenche, correta e respectivamente, as lacunas do parágrafo.

(A) 0 – 4,0 – não havia – área linear < 5,0 mm
(B) 0 – 5,0 – havia – menos de 75% da circunferência do esôfago
(C) 3,0 – 4,0 – havia – menos de 75% da circunferência do esôfago
(D) 3,0 – 4,0 – havia – mais de 75% do órgão

18. Considerando que o paciente apresenta esôfago de Barrett com biópsias indefinidas para displasia e esofagite erosiva, foi repetida a endoscopia, que demonstrou regressão da esofagite erosiva. Cromoendoscopia não revelou áreas suspeitas de displasia ou neoplasia, sendo conduzidas biópsias pelo Protocolo de Seattle, que não revelaram displasia. Qual o corante sugerido para cromoendoscopia nesse caso e qual o tempo sugerido para nova endoscopia de seguimento?

(A) Azul de metileno – 5 anos
(B) Solução de Lugol – 3 anos
(C) Ácido acético – 5 anos
(D) Ácido acético – 3 anos

19. Assinale a assertiva correta sobre o diagnóstico de doença do refluxo gastroesofágico (DRGE), segundo o *Consenso de Lyon*, atualizado em 2024.

(A) Pacientes com disfagia, pirose e regurgitação podem ser submetidos a teste terapêutico com inibidores de bombas de prótons em dose usual por 4 semanas, sem necessidade de avaliação adicional.
(B) São considerados sintomas típicos de refluxo pirose, regurgitação e dor torácica.
(C) Somente esofagite erosiva nos graus C e D de Los Angeles são suficientes para o diagnóstico de DRGE.
(D) Esofagite erosiva em graus A, B, C e D de Los Angeles e esôfago de Barrett comprovado por biópsia ou estenose péptica do esôfago são suficientes para o diagnóstico de DRGE.

20. Paciente feminina, de 45 anos, veio à Emergência por dor em faixa no abdômen superior com irradiação para o dorso, associada a náuseas, iniciada há 12 horas, sem melhora com analgesia por via oral. Negou colúria, acolia ou febre, bem como doenças prévias, tratamentos medicamentosos crônicos. Fazia acompanhamento nutricional para emagrecer (IMC de 32 kg/m^2). Negou também alcoolismo ou tabagismo. Ao exame físico, apresentava mucosas coradas, anictéricas e algo desidratadas; ao exame abdominal, abdômen discretamente globoso, timpânico nos 4 quadrantes, com dor à palpação do epigástrio. Não havia sinal de Murphy ou organomegalias. Os sinais vitais demonstraram pressão arterial de 110/72 mmHg, frequência cardíaca de 108 bpm, temperatura axilar de 36,8º C, saturação de oxigênio em ar ambiente de 95% e frequência ventilatória de 21 mpm. Coleta de amilase e lipase indicaram valores > 3 vezes acima do limite da normalidade. Considerando o diagnóstico de pancreatite aguda, que exame, dentre os abaixo, **não** deve ser realizado no momento da admissão para investigação etiológica, conforme a *International Association of Pancreatology Revised Guidelines on Acute Pancreatitis* (2025)?

(A) Colangiorressonância magnética
(B) Ultrassonografia do abdômen superior
(C) Dosagem de triglicerídios
(D) Dosagem de AST e de ALT

HOSPITAL DE CLÍNICAS
PORTO ALEGRE RS

FundMed
Pesquisa Ensino Inovação

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE

PROCESSO SELETIVO PÚBLICO PARA PROGRAMAS DE RESIDÊNCIA MÉDICA/2027

ÁREA DE ATUAÇÃO

ENDOSCOPIA RESPIRATÓRIA

Nome: _____

Nº de Inscrição: | | | | | | |

Instruções

- Confira o material recebido (CARTÃO DE RESPOSTAS e CADERNO DE QUESTÕES); se houver falha, solicite a substituição ao fiscal da sala.
- Após conferir seus dados no CARTÃO DE RESPOSTAS (NOME, Nº de INSCRIÇÃO e PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MÉDICA), assine no local indicado.
- Este caderno contém **20 questões de múltipla escolha**, com quatro alternativas (**A**, **B**, **C** e **D**).
- Preencha o CARTÃO DE RESPOSTAS, único documento válido para correção da prova objetiva, com bastante atenção, à caneta esferográfica (ponta grossa, tinta azul ou preta), marcando uma única alternativa em cada questão.
- Verifique, no CARTÃO DE RESPOSTAS, as instruções para preenchimento. Sob nenhuma circunstância, o CARTÃO DE RESPOSTAS será substituído devido a erro, desatenção ou falha no preenchimento por parte do candidato.
- Durante a realização da prova, estão vedados o empréstimo de materiais, a comunicação entre candidatos ou terceiros, a utilização de quaisquer dispositivos, como máquina calculadora e/ou similares, livros, anotações, réguas de cálculo, impressos ou qualquer outro material de consulta.
- A prova objetiva terá duração de **até 3 horas**, incluído o tempo para preenchimento do CARTÃO DE RESPOSTAS.
- Após o início da prova, o candidato deverá permanecer na sala pelo **tempo mínimo de 60 minutos**.
- Ao terminar a prova, o candidato devolverá ao fiscal da sala o CARTÃO DE RESPOSTAS.
- O candidato só poderá levar o CADERNO DE QUESTÕES **quando estiver faltando 60 minutos para o término do tempo total de duração da prova**. Por razões de segurança, o candidato que sair antes desse horário não poderá copiar suas respostas.
- Os dois últimos candidatos de cada sala de prova deverão permanecer no recinto, a fim de acompanhar o lacre do material, quando então poderão retirar-se do local após concluído o procedimento.

DIREITOS AUTORAIS RESERVADOS. PROIBIDA A REPRODUÇÃO, AINDA QUE PARCIAL, SEM AUTORIZAÇÃO PRÉVIA.

01. Assinale a alternativa que preenche, correta e respectivamente, as lacunas do parágrafo abaixo.

Em relação ao estadiamento TNM de câncer de pulmão, o tumor que invade o diafragma é classificado como **.....**; o que apresenta invasão da veia ázigos é considerado **.....** . Em relação aos linfonodos, o comprometimento metastático de linfonodos supraclaviculares ipsilateral ao tumor é considerado **.....** .

(A) T3 – T4 – N2
(B) T3 – T4 – N3
(C) T4 – T3 – N2
(D) T4 – T3 – N3

---

02. Paciente masculino, de 75 anos, tabagista, trouxe à consulta tomografia computadorizada de tórax, mostrando massa de 4,0 cm na periferia do lobo inferior esquerdo. A punção transtorácica fez o diagnóstico de adenocarcinoma de pulmão. O *PET/CT* demonstrou SUV de 10 na massa tumoral e SUV de 8,0 em linfonodos da cadeia 11 à esquerda. Qual dos métodos abaixo é capaz de realizar o estadiamento dos linfonodos intratorácicos, incluindo os da cadeia 11?

(A) Ultrassonografia endoscópica (EUS)
(B) Ultrassonografia endobrônquica (EBUS)
(C) Mediastinotomia de Chamberlain
(D) Mediastinoscopia cervical

---

03. Paciente feminina, de 28 anos, assintomática, realizou tomografia computadorizada de tórax, que evidenciou uma massa homogênea, arredondada, com densidade de fluido (30 UH), localizada no mediastino médio, logo abaixo da carina principal. A hipótese diagnóstica é cisto broncogênico mediastinal. Ultrassonografia endobrônquica (EBUS) foi solicitada para melhor avaliação do quadro. Considerando o papel da broncoscopia e do EBUS no manejo dessa malformação congênita, assinale a assertiva correta.

(A) Aspiração por agulha fina guiada por EBUS (EBUS-TBNA) diagnóstica está indicada rotineiramente, mesmo para pacientes assintomáticos.
(B) O exame endoscópico convencional revela uma fístula mucosa crônica ativa típica com drenagem espontânea de muco espesso na parede posterior do brônquio principal direito.
(C) A EBUS evidencia uma lesão tipicamente anecoica ou hipoecoica bem delimitada, sem fluxo interno ao Doppler colorido, podendo comprimir extrinsecamente a carina.
(D) A ressecção completa da lesão por via exclusivamente endoscópica com *laser* ou plasma de argônio está validada como padrão-ouro terapêutico.

04. Paciente masculino, de 22 anos, assintomático, realizou radiografia de tórax de rotina para ingresso em um novo emprego, que evidenciou múltiplas imagens cavitárias de paredes finas agrupadas no lobo inferior esquerdo. A tomografia computadorizada de alta resolução confirmou uma lesão multicística bem delimitada, contendo cistos que variavam de 3,0-5,0 cm de diâmetro, sem evidência de suprimento arterial sistêmico anômalo. O diagnóstico firmado é malformação congênita das vias aéreas pulmonares (MCVAP). Considerando a classificação clinicopatológica dessa doença e o manejo recomendado para o paciente adulto jovem assintomático, assinale a assertiva correta.

(A) A lesão corresponde a MCVAP Tipo 1 (classificação de Stocker), sendo essa a variante de menor associação histórica com risco futuro de transformação neoplásica.
(B) O achado de cistos macroscópicos grandes caracteriza MCVAP Tipo 2 (classificação de Stocker), cujo tratamento de escolha na idade adulta é estritamente conservador com vigilância tomográfica anual.
(C) Trata-se de uma apresentação típica da variante MCVAP Tipo 1 (classificação de Stocker), na qual a ressecção cirúrgica lobar (lobectomia) está indicada devido ao risco de infecções recorrentes e associação latente com o adenocarcinoma mucinoso.
(D) A presença de múltiplos cistos macroscópicos indica que a lesão se origina do parênquima alveolar distal (Tipo 4 da classificação de Stocker), apresentando excelente resposta clínica a corticoterapia sistêmica prolongada.

---

05. Paciente masculino, de 29 anos, veio à Emergência com dispneia após episódio de engasgo durante um churrasco. Referiu que, ao engolir um pedaço maior de carne, apresentou desconforto importante com tosse e sensação de asfixia, retomando a respiração após alguns minutos, mas com dificuldade. Qual a hipótese diagnóstica mais provável em eventual broncoscopia?

(A) Corpo estranho impactado no brônquio inferior direito, por ser um trajeto mais amplo e retilíneo.
(B) Corpo estranho impactado no brônquio lobar inferior esquerdo, devido ao grande esforço para inspirar.
(C) Corpo estranho impactado no brônquio superior direito, por ser o brônquio lobar mais proximal.
(D) Corpo estranho impactado na carena principal, por ser a primeira divisão das vias aéreas inferiores.

06. Paciente feminina, de 67 anos, submeteu-se a lobectomia superior esquerda com linfadenectomia mediastinal por neoplasia. No pós-operatório imediato, evoluiu com disfonia, que não melhorou após 15 dias. Qual a principal hipótese diagnóstica?

(A) Pneumonia aspirativa
(B) Paralisia de prega vocal esquerda
(C) Estenose traqueal pós-intubação
(D) Exacerbação de asma

---

07. Paciente masculino, de 63 anos, com diabetes melito, foi hospitalizado por quadro de pneumonia no lobo inferior direito com evolução de 12 dias. Após início de antibioticoterapia adequada, mantinha febre diária e leucocitose de 19.000/mm^3. À tomografia computadorizada de tórax, identificou-se derrame pleural ocupando cerca da metade inferior do hemitórax direito. Foi realizada toracocentese diagnóstica e de alívio com saída de 300 mL de conteúdo turvo com análise compatível com os seguintes resultados: pH de 7,08, glicose de 32 mg/dL, LDH de 2.800 U/L e proteínas 4,6 g/dL. Após, novo exame de imagem foi realizado para reavaliação, o qual demonstrou persistência de derrame pleural com loculações e pulmão parcialmente encarcerado. Qual a conduta mais apropriada?

(A) Manter uso isolado de antibiótico.
(B) Realizar pleurostomia aberta.
(C) Realizar drenagem pleural isolada.
(D) Indicar videotoracoscopia com lise de aderências e deloculação.

---

08. Paciente masculino, de 72 anos, com adenocarcinoma pulmonar metastático e derrame pleural sintomático e recorrente, apresentou citologia de líquido pleural positiva para células malignas. Após drenagem, verificou-se expansão pulmonar completa. Qual a estratégia mais adequada para o manejo de derrame pleural neoplásico?

(A) Toracocenteses seriadas
(B) Pleurectomia
(C) Pleurodese química com talco
(D) Cateter pleural de longa permanência

---

09. Paciente de 55 anos foi submetido a ressecção de um sarcoma primário da parede torácica. Foram ressecados 3 arcos costais consecutivos na região anterolateral. O pulmão apresentava boa expansão ao término do procedimento. Qual a estratégia reconstrutiva mais adequada?

(A) Fechamento apenas com sutura dos músculos remanescentes.
(B) Reconstrução com material protético, associado ou não a retalho muscular, conforme a necessidade de cobertura.
(C) Drenagem pleural isolada, aguardando cicatrização espontânea.
(D) Reconstrução exclusivamente com enxerto ósseo autólogo.

10. Paciente feminina, de 32 anos, sem comorbidades, submetida a cesariana há 8 meses, procurou atendimento por massa firme e indolor na parede torácica anterior, com crescimento lento e progressivo. Tomografia computadorizada de tórax mostrou lesão de partes moles de 5,0 cm, bem definida quanto ao contorno mas infiltrando o músculo adjacente, sem erosão óssea, sem calcificações e sem linfonodomegalias. *Core biopsy* revelou proliferação de células fusiformes bem diferenciadas, sem atipias, com positividade para beta-catenina nuclear à imuno-histoquímica. Estadiamento sistêmico não evidenciou lesões a distância. Considerando o diagnóstico provável, qual a conduta inicial mais adequada?

(A) Ressecção cirúrgica ampla imediata, visando margens livres de, pelo menos, 4,0 cm.
(B) Radioterapia isolada em altas doses, sem necessidade de confirmação histológica adicional.
(C) Terapia sistêmica (por exemplo, moduladores hormonais, sorafenibe) ou vigilância ativa, reservando cirurgia para progressão sintomática.
(D) Amputação do compartimento acometido, dada a alta taxa de recidiva local.

---

11. Paciente de 35 anos, vítima de trauma automobilístico, necessitou de intubação orotraqueal e ventilação mecânica por 14 dias. Teve evolução favorável e alta hospitalar 30 dias após o trauma. Três semanas após a alta, retornou à Emergência com dispneia, estridor e esforço ventilatório acentuado. Diante da hipótese diagnóstica mais provável, qual a conduta adequada?

(A) Nebulização com broncodilatadores
(B) Intubação orotraqueal imediata
(C) Cricotireoidostomia de urgência
(D) Broncoscopia rígida

---

12. Para um paciente com estenose madura de traqueia, situada a cerca de 2,0 cm da carina principal, qual a via de acesso cirúrgico mais adequada?

(A) Cervicotomia transversa
(B) Esternotomia mediana parcial ou total
(C) Cervicoesternotomia
(D) Toracotomia posterolateral direita

13. A infecção pleural *por Micobacterium tuberculosis* ocorre em aproximadamente um terço dos pacientes com tuberculose pulmonar coexistente, apesar da incidência variar conforme a região. Assinale a assertiva correta sobre a tuberculose pleural.

(A) O predomínio de derrames pleurais transudativos está justificado em razão de os derrames serem uma reação de hipersensibilidade.
(B) A cultura positiva para *Micobacterium tuberculosis* é essencial para o diagnóstico, sendo encontrada em mais de 80% dos casos.
(C) A etiologia da granulomatose pleural é de origem tuberculosa em mais de 95% dos casos, motivo pelo qual a presença de granulomas ao exame histológico da pleura virtualmente estabelece o diagnóstico de tuberculose pleural em pacientes suspeitos.
(D) A biópsia pleural por agulha de Cope não é mais realizada atualmente para o diagnóstico porque a via toracoscópica possui sensibilidade e especificidade muito superiores.

---

14. Assinale a assertiva correta sobre a abordagem cirúrgica da tuberculose pulmonar.

(A) Tuberculose pulmonar cavitária com falência do tratamento médico documentado após 4-6 meses (terapia anti-TB supervisionada) é uma das indicações de ressecção cirúrgica.
(B) Pacientes com tuberculose multidroga-resistente ou extensivamente droga-resistente têm contraindicação para tratamento cirúrgico, por ser a ressecção tecnicamente mais difícil e ter o prognóstico bastante desfavorável.
(C) Na presença de hemoptise, mesmo que em pequena quantidade, a ressecção cirúrgica deve fazer parte do tratamento.
(D) No caso de lesões pulmonares cavitárias em pacientes bacilíferos com alto risco de hepatotoxicidade, a ressecção cirúrgica da lesão localizada pode ser proposta isoladamente, sem a necessidade de tratamento clínico concomitante.

---

15. Paciente masculino, de 50 anos, tabagista, sem outras comorbidades, vinha apresentando dispneia progressiva e estridor. Tomografia computadorizada mostrou lesão vegetante na traqueia intratorácica, sem invasão de planos peritraqueais. Qual a conduta cirúrgica de escolha?

(A) Traqueostomia definitiva
(B) Ressecção segmentar com anastomose primária
(C) Colocação de órtese traqueal
(D) Radioterapia exclusiva

16. Paciente de 35 anos veio à consulta por ter apresentado dor torácica e dispneia súbita. Radiografia evidenciou pneumotórax espontâneo. Que condição, dentre as abaixo, representa uma indicação formal de tratamento cirúrgico?

(A) Primeiro episódio de pneumotórax espontâneo
(B) Pneumotórax bilateral
(C) Pneumotórax pequeno e assintomático
(D) Pneumotórax traumático

---

17. Paciente masculino, de 20 anos, vítima de atropelamento, foi trazido para a Sala de Politraumatizado hemodinamicamente instável e inconsciente, tendo sido intubado e colocado em ventilação mecânica. Ao exame físico, apresentava grande hematoma na parede torácica anterior e posterior à direita, associado a múltiplas fraturas costais, instabilidade da parede torácica à direita e hipoxemia. À ausculta pulmonar, não havia murmúrio à direita. A equipe de Cirurgia avaliou o quadro e decidiu instalar o dreno torácico número 32 Fr à direita. Após a colocação, houve drenagem de 500 mL de sangue na primeira hora e fuga aérea contínua de grande volume. Raio X de tórax, após a drenagem, mostrou pulmão direito colabado junto ao mediastino, pneumotórax à direita, dreno torácico em posição correta na cavidade pleural e enfisema mediastinal e na parede torácica. Nas 4 horas seguintes, a fuga aérea continuava com grande volume, tendo ocorrido uma drenagem adicional pelo dreno torácico de 200 mL de sangue. Com base no quadro, assinale a assertiva correta.

(A) Fibrobroncoscopia deve ser realizada.
(B) Toracotomia de emergência é essencial para o controle do hemotórax.
(C) Laceração esofágica é a causa mais provável do pneumotórax residual.
(D) Fixação cirúrgica das múltiplas fraturas de costela deve ser priorizada.

---

18. Apesar de serem relativamente incomuns, os tumores tímicos podem apresentar-se em um cenário clínico desafiador. O sistema de classificação Massaoka-Koga é baseado na invasão local das estruturas peritímicas e no comprometimento linfonodal. Levando em consideração essa classificação, um tumor que apresente invasão macroscópica óbvia em estruturas como pleura, pericárdio ou pulmão é classificado como Massaoka-Koga

(A) I.
(B) IIA.
(C) III.
(D) IV.

19. Paciente masculino, de 53 anos, com história de hipertensão arterial sistêmica, diabetes melito tipo 2 e tabagismo ativo, foi internado na UTI por febre moderada, taquicardia e hipotensão. Familiar relatou infecção odontogênica há cerca de 10 dias. Tomografia computadorizada do tórax e da região cervical mostrou abscesso odontogênico com edema de partes moles e coleção hidroaérea, que se estendia da região cervical para o mediastino. Assinale a assertiva correta sobre mediastinite descendente necrosante.

(A) Apesar de o caso possuir relação com o abscesso odontogênico, essa associação é bastante incomum, representando cerca de 5-10% dos casos apenas.
(B) Pacientes com diabetes melito têm maior probabilidade de apresentar *Klebsiella pneumoniae* como agente etiológico da infecção.
(C) O diagnóstico precoce, importante para definição do prognóstico, é, geralmente, fácil de ser realizado em razão de as manifestações clínicas que indicam acometimento mediastinal ocorrerem rapidamente e de forma inequívoca.
(D) Drenagem cirúrgica ampla é um dos pilares do tratamento, motivo pelo qual a abordagem via toracoscópica (VATS) é contraindicada.

20. Assinale a assertiva correta sobre complicações da traqueostomia.

(A) O sangramento venoso é relatado em 1-2% dos pacientes submetidos a traqueostomia convencional e em até 5% dos pacientes submetidos a traqueostomia percutânea; já o sangramento arterial ocorre mais comumente por lesão da artéria tireóidea ima e a incidência é menor que 0,5%.
(B) A laceração da parede membranácea da traqueia é complicação relativamente comum, ocorrendo mais frequentemente nas traqueostomias convencionais.
(C) Por ser um procedimento eletivo, celulites e infecção do sítio cirúrgico não são complicações relatadas.
(D) A incidência de fístulas traqueoinominadas está aumentando atualmente em função do uso cada vez maior de cânulas de traqueostomia com balões de baixo volume e alta pressão.

HOSPITAL DE CLÍNICAS
PORTO ALEGRE RS

FundMed
Pesquisa Ensino Inovação

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE

PROCESSO SELETIVO PÚBLICO PARA PROGRAMAS DE RESIDÊNCIA MÉDICA/2027

ÁREAS DE ATUAÇÃO

MEDICINA FETAL E REPRODUÇÃO ASSISTIDA

ANO ADICIONAL

GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA

Nome: _____

Nº de Inscrição: | | | | | | |

Instruções

- Confira o material recebido (CARTÃO DE RESPOSTAS e CADERNO DE QUESTÕES); se houver falha, solicite a substituição ao fiscal da sala.
- Após conferir seus dados no CARTÃO DE RESPOSTAS (NOME, Nº de INSCRIÇÃO e PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MÉDICA), assine no local indicado.
- Este caderno contém **30 questões de múltipla escolha**, com quatro alternativas (**A**, **B**, **C** e **D**).
- Preencha o CARTÃO DE RESPOSTAS, único documento válido para correção da prova objetiva, com bastante atenção, à caneta esferográfica (ponta grossa, tinta azul ou preta), marcando uma única alternativa em cada questão.
- Verifique, no CARTÃO DE RESPOSTAS, as instruções para preenchimento. Sob nenhuma circunstância, o CARTÃO DE RESPOSTAS será substituído devido a erro, desatenção ou falha no preenchimento por parte do candidato.
- Durante a realização da prova, estão vedados o empréstimo de materiais, a comunicação entre candidatos ou terceiros, a utilização de quaisquer dispositivos, como máquina calculadora e/ou similares, livros, anotações, réguas de cálculo, impressos ou qualquer outro material de consulta.
- A prova objetiva terá duração de **até 3 horas**, incluído o tempo para preenchimento do CARTÃO DE RESPOSTAS.
- Após o início da prova, o candidato deverá permanecer na sala pelo **tempo mínimo de 60 minutos**.
- Ao terminar a prova, o candidato devolverá ao fiscal da sala o CARTÃO DE RESPOSTAS.
- O candidato só poderá levar o CADERNO DE QUESTÕES **quando estiver faltando 60 minutos para o término do tempo total de duração da prova**. Por razões de segurança, o candidato que sair antes desse horário não poderá copiar suas respostas.
- Os dois últimos candidatos de cada sala de prova deverão permanecer no recinto, a fim de acompanhar o lacre do material, quando então poderão retirar-se do local após concluído o procedimento.

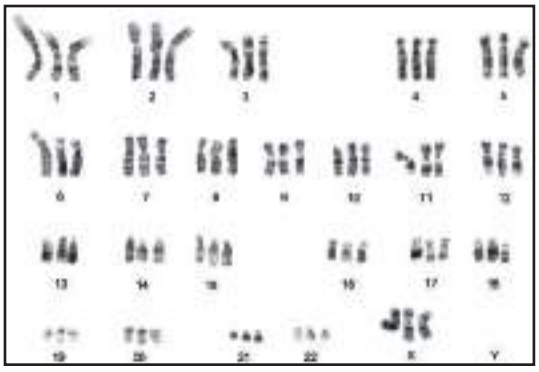
DIREITOS AUTORAIS RESERVADOS. PROIBIDA A REPRODUÇÃO, AINDA QUE PARCIAL, SEM AUTORIZAÇÃO PRÉVIA.

01. Assinale a assertiva correta sobre o desenvolvimento da pré-eclâmpsia (PE) e seu rastreio.

(A) A PE é precedida por aumento da concentração sérica materna de fator de crescimento placentário (PlGF) e redução da tirosina quinase-1 solúvel semelhante a Fms (sFlt-1); a razão sFlt-1/PlGF, com pontos de corte específicos, auxilia na predição de curto prazo da doença em gestantes com suspeita clínica de PE.
(B) O modelo de rastreio da *Fetal Medicine Foundation*, aplicado no primeiro trimestre e baseado em fatores maternos e marcadores biofísicos e bioquímicos, encontra-se entre os modelos mais validados para predição de PE pré-termo; seu desempenho, contudo, mostrou-se variado entre diferentes populações e contextos assistenciais.
(C) Segundo a Febrasgo, nuliparidade, antecedente de PE precoce, idade materna ≥ 35 anos e intervalo > 10 anos desde a última gestação são considerados fatores de risco moderado para o desenvolvimento de PE.
(D) Em gestantes que evoluem com PE, a razão PSV2/PSV1 (*peak ratio* ou relação S2/S1) das artérias oftálmicas está diminuída e, entre 19 e 23 semanas + 6 dias, pode agregar valor à predição de PE pré-termo quando associada a fatores maternos, pressão arterial média, IP das artérias uterinas e biomarcadores angiogênicos.

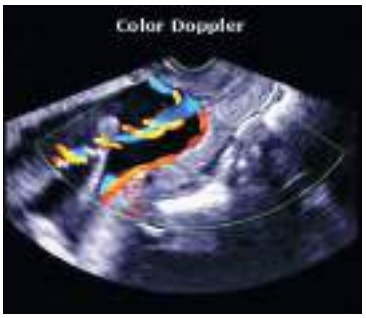
---

02. Assinale a alternativa que contempla o conjunto de achados ultrassonográficos compatível com feto que apresenta o resultado de cariótipo abaixo reproduzido.



(A) Restrição do crescimento fetal grave, precoce (1º-2º trimestres) e assimétrica, placenta alterada (aumentada ou pequena) e sindactilia (3º-4º dedos)
(B) Translucência nucal aumentada, osso nasal hipoplásico, peso adequado para a idade gestacional, fêmur curto e defeito de septo atrioventricular
(C) Crescimento normal, com deformidade do crânio (trigonocefalia, escafocefalia), órbitas rasas e hipoplasia de terço médio da face
(D) Macrossomia fetal com aumento de circunferência abdominal e miocardiopatia hipertrófica (hipertrofia septal)

03. Paciente de 36 anos, G2C1, com 39 semanas de gestação, veio à Maternidade por sangramento uterino em pequena quantidade. Realizou pré-natal, sem registro de anormalidades. Apresentava 3 contrações médias muito dolorosas a cada 10 minutos e dilatação de uma polpa no orifício cervical externo. À admissão, submeteu-se a exame ultrassonográfico (para verificar a posição da placenta), cuja imagem encontra-se reproduzida abaixo.



A principal hipótese diagnóstica é

(A) ruptura uterina.
(B) placenta acreta.
(C) placenta prévia.
(D) vasa prévia.

---

04. Para uma gestante com história de 2 episódios de tromboembolismo (um há 2 anos e outro há 4 anos), sem trombofilias investigadas e sem história familiar de tromboembolismo, a indicação mais adequada em relação a tromboprofilaxia, segundo o Ministério da Saúde, é realizar

(A) anticoagulação profilática no puerpério.
(B) anticoagulação profilática na gestação e plena (terapêutica) no puerpério.
(C) anticoagulação plena (terapêutica) na gestação e no puerpério.
(D) anticoagulação profilática na gestação e no puerpério.

---

05. Paciente de 28 anos será submetida a cirurgia laparoscópica por gestação tubária em trompa uterina direita. Apresentou sangramento abdominal em moderada quantidade. Na sala cirúrgica, com a paciente anestesiada, o cirurgião visualizou hérnia infraumbilical contígua à cicatriz umbilical, com conteúdo intestinal, e decidiu iniciar a insuflação do CO_2 no ponto de Palmer. Onde se localiza esse ponto?

(A) Na linha mediana, 3,0 cm acima da cicatriz umbilical
(B) Na linha mediana, 3,0 cm abaixo da margem costal esquerda
(C) No hipogástrio direito, a 3,0 cm da cicatriz umbilical
(D) No hipogástrio esquerdo, a 3,0 cm da cicatriz umbilical

06. Gestante de 26 semanas, com diabetes gestacional, trouxe à consulta medidas de glicemia capilar da última semana, 3 semanas após o início do tratamento nutricional:

Jejum – 104/ */ 99/ 100/ 112/ */ 108
2h após desjejum – 124/ */ 122/ */ 122/ 110/ 128
2h após almoço – 123/ */ 130/ 128/ */ *
2h após jantar – 128/ */ 130/ 124/ */ 122
*não aferiu

Qual a orientação de controle metabólico mais adequada no momento?

(A) Alterar orientação nutricional: redução dos carboidratos da dieta.
(B) Iniciar insulina regular antes de cada refeição.
(C) Iniciar insulina NPH antes do desjejum e antes de deitar.
(D) Iniciar insulina NPH antes do desjejum e insulina regular antes de cada refeição.

07. Paciente feminina, de 39 anos, chegou ao Centro Obstétrico em trabalho de parto (gestação de 38 semanas). A gestante havia feito apenas 1 consulta pré-natal no mês anterior. Após o parto vaginal, evoluiu com hemorragia uterina maciça resistente ao tratamento clínico e alteração da coagulação sanguínea, tendo sida submetida a histerectomia de urgência. Após a cirurgia, iniciou com hipoglicemias sintomáticas de 40-50 mg/dL, hipotensão e taquicardia sustentada. Não houve produção de leite materno no pós-parto. Qual das hipóteses abaixo foi levantada e que exame(s) foi(foram) solicitado(s) para confirmação?

(A) Tumor hipofisário produtor de prolactina – prolactina sérica e TSH
(B) Hipofisite com hipercortisolismo – cortisol e aldosterona séricos
(C) Insuficiência adrenal primária pós-sangramento – *overnight* com dexametasona
(D) Síndrome de Sheehan – prolactina, cortisol, ACTH, T4, TSH, IGF-1

08. Puérpera de 31 anos, no sexto dia pós-operatório de cesariana de urgência (indicada por trabalho de parto prolongado e ruptura de membranas de 20 horas), evoluiu no terceiro dia pós-operatório com picos febris (38,8º C), dor no hipogástrio e lóquios fétidos. Foi iniciado tratamento para endometrite com clindamicina e gentamicina intravenosas. Após 72 horas de antibioticoterapia, a paciente mantinha picos febris diários (38,8º C), acompanhados de calafrios, apesar de apresentar melhora importante da dor abdominal à palpação e redução do odor dos lóquios. O exame físico não demonstrou massas palpáveis, a ferida operatória estava sem sinais inflamatórios e foram afastadas infecções urinária e respiratória. Diante do quadro clínico, qual a principal hipótese diagnóstica e qual a conduta imediata mais adequada?

(A) Abscesso pélvico – Realizar laparotomia exploradora imediata.
(B) Tromboflebite pélvica séptica – Iniciar heparina, embora não haja consenso.
(C) Resistência bacteriana – Escalonar esquema antibiótico para meropenem.
(D) Restos ovulares retidos – Indicar curetagem uterina sob anestesia.

09. Assinale a assertiva correta sobre gestações gemelares.

(A) Em monocoriônicos, a amnionicidade pode ser determinada a partir da sexta semana quando o saco amniótico se torna visível ao exame de ultrassom.
(B) Em gestações espontâneas, deve-se datar pela maior medida de comprimento cabeça-nádega antes de 14 semanas e pelo maior comprimento do fêmur a partir de 14 semanas.
(C) Segundo o Consenso Delphi, em monocoriônicos, a presença de circunferência abdominal abaixo do percentil 10 em um dos gemelares e de discordância de peso estimado ≥ 25% entre eles estabelece o diagnóstico de restrição seletiva do crescimento fetal.
(D) Ablação fetoscópica a *laser* é o tratamento de escolha para a síndrome de transfusão feto-fetal nos estágios II, III e IV de Quintero, diagnosticada entre 26 e 29 semanas de gestação.

10. Assinale a assertiva correta sobre indicações e aplicações da ultrassonografia (US) na Obstetrícia.

(A) A US à beira do leito (*Pocus*) é fortemente recomendada para confirmar a localização e a viabilidade da gestação em pacientes sintomáticas no primeiro trimestre.
(B) O índice de líquido amniótico é preferível ao maior bolsão vertical para diagnosticar oligodrâmnio isolado, por apresentar maior sensibilidade para redução do volume de líquido e por permitir indicar oportunamente a interrupção da gestação.
(C) Na triagem cardíaca fetal de baixo risco, avaliam-se os cortes de 4 câmaras e dos tratos de saída dos ventrículos; as vistas de 3 vasos são reservadas para suspeita de cardiopatia ou presença de fatores de risco materno-fetais.
(D) Em gestações de risco habitual e de alto risco de restrição do crescimento fetal, recomenda-se US entre 34 e 36 semanas, devido à maior precisão para detectar fetos pequenos para a idade gestacional sem comprometer a vigilância fetal apropriada.

11. Gestante de 30 anos, G1P0, com 32 semanas de gestação, consultou na Emergência obstétrica por prurido há 2 dias, sobretudo nas palmas das mãos e plantas dos pés, mais intenso à noite. Ao exame, não apresentava lesões cutâneas primárias. Exames laboratoriais indicaram AST de 92 U/L, ALT de 110 U/L, plaquetas de 238.000/mm^3, bilirrubina total de 1,0 mg/dL, bilirrubina direta de 0,2 mg/dL e ácidos biliares de 35 μmol/L. Com base na hipótese diagnóstica mais provável, assinale a assertiva correta.

(A) A gestação associa-se a maior risco de natimortalidade e parto prematuro espontâneo em comparação com a população geral.
(B) O uso do ácido ursodesoxicólico alivia o prurido materno e reduz os níveis de ácidos biliares e a natimortalidade.
(C) A vigilância do bem-estar fetal deve ser realizada com dopplervelocimetria semanal.
(D) A gestação associa-se a risco aumentado de doença hepatobiliar subsequente à gestação, incluindo colelitíase, colangite e doença hepática crônica.

12. Relacione os medicamentos (coluna da esquerda) ao padrão teratogênico mais característico associado a seu uso na gestação (coluna da direita).

1 - Ácido valproico	( ) Fetotoxicidade, principalmente no 2º e 3º trimestres, com insuficiência renal, hipocalvária e restrição de crescimento
2 - Tetraciclina	
3 - Bloqueador dos receptores da angiotensina II (BRA)	( ) Malformações craniofaciais, cardíacas, do sistema nervoso central e do timo
4 - Retinoide oral	
5 - Aminoglicosídio	( ) Defeitos de fechamento do tubo neural, fendas orofaciais, hipospadia e anomalias esqueléticas e de crânio

A sequência numérica correta, de cima para baixo, da coluna da direita, é

(A) 4 – 2 – 1
(B) 3 – 5 – 2
(C) 3 – 4 – 1
(D) 2 – 4 – 5

---

13. Primigesta de 20 anos, com 31 semanas + 4 dias, entrou em trabalho de parto espontâneo, com bolsa rota e dilatação completa. O feto estava em posição occipitopúbica, no plano +3 de DeLee, sem desproporção, mas apresentando bradicardia sustentada. A equipe decidiu abreviar o período expulsivo por via vaginal. Assinale a assertiva correta em relação à escolha do instrumento para o parto operatório.

(A) O vácuo-extrator é preferível ao fórcipe, pois causa menos lacerações perineais graves e tem menor taxa de falha.
(B) O fórcipe é preferível ao vácuo-extrator, pois tem menos chance de falha; o vácuo-extrator deve ser evitado nessa idade gestacional.
(C) O vácuo-extrator é preferível ao fórcipe, pois causa menos céfalo-hematoma e hemorragia retiniana no feto e tem menor taxa de falha.
(D) O fórcipe é preferível ao vácuo-extrator, pois causa menos lacerações perineais graves; os dois instrumentos são equivalentes na taxa de falha.

---

14. Gestante de 24 anos, com 30 semanas + 4 dias de gestação, G2P1, foi internada por trabalho de parto pré-termo. Recebeu tocólise, um ciclo completo de corticoterapia antenatal e sulfato de magnésio para neuroproteção fetal. Após 48 horas, evoluiu com cessação das contrações e teve alta hospitalar. Quatro dias depois, retornou com novo episódio de trabalho de parto pré-termo, apresentando contrações uterinas regulares, dilatação cervical de 3,0 cm, boa vitalidade fetal e ausência de sinais clínicos de infecção intra-amniótica. Assinale a alternativa que contempla a conduta mais adequada, segundo o *Protocolo de Trabalho de Parto Pré-termo*, da Febrasgo (2025).

(A) Administrar a tocólise, sem repetir a corticoterapia nem o sulfato de magnésio.
(B) Administrar a tocólise, uma dose de corticoterapia e o sulfato de magnésio.
(C) Administrar a tocólise e uma dose de corticoterapia, sem repetir o sulfato de magnésio.
(D) Não repetir a tocólise, mas administrar uma nova dose de corticoterapia e o sulfato de magnésio.

15. Gestante de 30 anos, com 30 semanas de gestação, foi diagnosticada com câncer de mama ductal do tipo não especial, grau 3, triplo-negativo em estádio clínico III (T2N2). Segundo as diretrizes recentes, qual a opção de tratamento mais adequada?

(A) Quimioterapia neoadjuvante
(B) Mastectomia com esvaziamento axilar
(C) Cirurgia conservadora com esvaziamento axilar e radioterapia
(D) Cirurgia conservadora com biópsia de linfonodo sentinela e radioterapia

---

16. Paciente de 33 anos consultou por vir apresentando, há 9 meses, irritabilidade intensa, labilidade emocional e ansiedade nos 5-7 dias que antecediam a menstruação, com resolução completa dos sintomas nos primeiros 2 dias do ciclo. Negou transtornos psiquiátricos prévios. O registro prospectivo de 2 ciclos confirmou o padrão cíclico dos sintomas, comprometendo significativamente a produtividade no trabalho e suas relações interpessoais. Após 3 meses de medidas não farmacológicas, incluindo atividade física regular e ajustes alimentares, mantinha importante prejuízo funcional e desejava iniciar tratamento farmacológico. Qual a opção farmacológica de primeira linha para a paciente?

(A) Sertralina 50-150 mg/dia, em uso contínuo ou apenas durante a fase lútea
(B) Progesterona micronizada 200 mg/dia durante a fase lútea
(C) Alprazolam 0,25 mg, 2 vezes/dia, durante a fase lútea
(D) Sistema intrauterino de levonorgestrel 52 mg

---

17. Paciente de 70 anos, na pós-menopausa há 20 anos, vinha em uso regular de alendronato há 5 anos para osteoporose. Apresentava boa adesão ao tratamento e não havia registro de fraturas durante o seguimento. A densitometria óssea atual evidenciou *T-score* de -2,7 no colo femoral. Qual a conduta mais apropriada em relação ao tratamento com bisfosfonato?

(A) Instituir *drug holiday*, uma vez que a paciente completou 5 anos de tratamento com bisfosfonato oral.
(B) Suspender definitivamente o alendronato, pois não há benefício comprovado após 5 anos de uso.
(C) Substituir o alendronato por terapia hormonal sistêmica.
(D) Manter o alendronato, pois a paciente permanece classificada como alto risco de fratura.

18. Paciente de 47 anos, G2P2, com IMC de 26 kg/m^2, procurou atendimento por perda urinária aos esforços, quadro iniciado há 2 anos. Referiu perdas ao tossir, correr e levantar peso, sem urgência miccional ou infecções urinárias recorrentes. Exame físico demonstrou teste de esforço positivo com bexiga repleta e ausência de prolapso genital significativo. Já havia recebido orientações comportamentais, mas nunca realizara tratamento específico. Qual a conduta inicial mais indicada?

(A) Iniciar treinamento da musculatura do assoalho pélvico.
(B) Prescrever antimuscarínico por 12 semanas.
(C) Indicar cirurgia de colocação de *sling* médio-uretral.
(D) Solicitar estudo urodinâmico antes de definir o tratamento.

---

19. Paciente de 63 anos, na pós-menopausa, G3P3, procurou atendimento por sensação de abaulamento vaginal com evolução de 3 anos e piora progressiva dos sintomas. Ao exame ginecológico, a classificação POP-Q demonstrou Aa -2, Ba +2, C +3, D -3, Ap -2, Bp -2; hiato genital de 5,0 cm e corpo perineal de 2,0 cm. Após redução do prolapso, não foi evidenciada incontinência urinária de esforço oculta. Era sexualmente ativa e gostaria de preservar o útero. Não apresentava comorbidades que contraindicassem o tratamento cirúrgico. Qual a conduta cirúrgica mais apropriada?

(A) Histeropexia sacroespinhosa associada a colporrafia anterior, com implante profilático de *sling* suburetral.
(B) Histeropexia com fixação aos ligamentos uterossacros associada a colporrafia anterior e posterior, sem implante profilático de *sling* suburetral.
(C) Histerectomia vaginal associada a colporrafia anterior e suspensão da cúpula vaginal aos ligamentos uterossacros, sem implante de *sling* suburetral.
(D) Sacro-histeropexia laparoscópica com tela sintética, com implante profilático de *sling* retropúbico.

---

20. Menina de 16 anos, com 170 cm de altura, IMC de 20 kg/m^2 e escala de Ferriman-Gallwey de 12, consultou por amenorreia primária e acne. Ao exame, o desenvolvimento puberal estava normal e completo. Negou sexarca e uso de medicamentos. Participava da equipe de vôlei da escola. Trouxe ultrassonografia pélvica, que indicou ovários aumentados com volume de 12 e 13 cm^3, útero de 8,0x6,0x4,0 cm, linha endometrial fina e hímen pérvio. As dosagens de FSH e LH encontravam-se normais para a menacme. A conduta mais adequada no momento é solicitar dosagens de

(A) prolactina, TSH e 17-OH progesterona.
(B) estradiol, progesterona e prolactina.
(C) SHBG, TSH e testosterona.
(D) hormônio antimulleriano e testosterona.

21. Paciente de 27 anos veio à consulta por apresentar ciclos a cada 60 dias, acne e hirsutismo. A testosterona estava no limite superior do normal. Quais os benefícios do ACO combinado para a paciente?

(A) Estimular a aromatase.
(B) Aumentar a pulsatilidade do LH.
(C) Aumentar a SHBG.
(D) Aumentar os androgênios livres.

---

22. Paciente de 29 anos, com síndrome ovariana metabólica poliendócrina (SOMP) e ciclos anovulatórios crônicos, consultou porque pretende gestar. Ultrassonografia transvaginal e histerossalpingografia realizadas estavam normais, e espermograma do parceiro foi normal. Qual a primeira linha de tratamento?

(A) Inseminação intrauterina
(B) Indução da ovulação para coito programado
(C) Fertilização *in vitro*
(D) Fertilização com óvulos doados

---

23. Em relação às técnicas de inseminação intrauterina (IIU), qual a condição para indicação da inseminação heteróloga?

(A) Parceiro com azoospermia irreversível
(B) Presença de oligospermia leve ou moderada
(C) Casais infectados com HIV
(D) Fator tubário

---

24. Paciente de 39 anos, G2P2, hígida, foi submetida a conização. No resultado do anatomopatológico, constava: *Carcinoma epidermoide moderadamente diferenciado, com maior diâmetro de 1,8 cm, invasão estromal de 7,0 mm, ausência de invasão do espaço linfovascular (IELV). Lesão intraepitelial de alto grau (NIC III). Limites livre da neoplasia e da lesão de alto grau*. Qual a conduta mais adequada, conforme os atuais *Guidelines* nacionais e internacionais?

(A) Seguimento por 2-5 anos com citopatológico de colo uterino semestrais e, se disponível, PCR-HPV
(B) Histerectomia extrafascial
(C) Histerectomia extrafascial e exploração linfonodal
(D) Histerectomia radical e exploração linfonodal

---

25. Paciente de 40 anos, G2P2, com hipertensão (em uso de losartana e enalapril há 10 anos), veio à consulta para receber orientações para anticoncepção. Informou ter ciclos menstruais regulares, 28/8 dias, de volume intenso (12 absorventes noturnos/dia, pois frequentemente vazava na roupa). Tinha parceiro fixo há 2 anos. Negou tabagismo ou uso de álcool. Fazia exercícios físicos regularmente. Que alternativa de contracepção, dentre as abaixo, seria a mais indicada para a paciente?

(A) DIU de cobre com prata
(B) Anel vaginal
(C) Anticoncepcional oral combinado
(D) Sistema intrauterino de levonorgestrel 52 mg

26. Paciente de 67 anos veio à consulta por apresentar sangramento vaginal intermitente há cerca de 6 meses. Com menopausa aos 53 anos, nunca havia utilizado terapia hormonal. Encontrava-se em tratamento de síndrome metabólica (obesidade abdominal, hipertensão arterial sistêmica e hiperglicemia). A avaliação endometrial demonstrou tratar-se de um carcinoma endometrioide de endométrio. Considerando a classificação molecular do câncer de endométrio, assinale a assertiva correta.

(A) A presença de mutação no gene POLE define o grupo de pior prognóstico e alta frequência de metástases linfonodais.
(B) Os tumores classificados como MMRd apresentam deficiência no sistema de reparo do DNA, instabilidade de microssatélites e, em geral, prognóstico intermediário quando comparados aos demais grupos moleculares.
(C) Os carcinomas endometriais classificados como p53 anormal apresentam, predominantemente, comportamento indolente, baixo grau histológico e excelente prognóstico, sendo característicos dos carcinomas endometrioides associados a síndrome metabólica.
(D) O grupo NSMP (Sem Perfil Molecular Específico) caracteriza-se obrigatoriamente pela presença de mutação em POLE ou deficiência de reparo do DNA, sendo considerado o subtipo molecular de melhor prognóstico.

27. Assinale a assertiva correta sobre infecções sexualmente transmissíveis.

(A) Na fase primária, a manifestação clínica da sífilis é representada pela formação do protossifiloma.
(B) Na sífilis congênita, o *Treponema pallidum* é transmitido por disseminação hematogênica transplacentária; quanto mais tardia for a infecção na gestante, maior o acometimento fetal.
(C) Em crianças com tíbia em lâmina de sabre, dentes de Hutchinson ou surdez do oitavo par, deve-se pensar em gonorreia materna.
(D) Linfogranuloma venéreo é doença sexualmente transmissível causada pelos sorotipos L1, L2 e L3 da *Neisseria gonorrhoeae.*

28. Paciente de 21 anos veio à consulta com queixa de ausência de ciclos menstruais desde os 15 anos. Referiu 2 episódios de sangramentos menstruais, aos 14 e 15 anos. Negou comorbidades prévias. Ao exame físico, foram constatados fenótipo feminino, estágio de Tanner M3P4, genitália externa normal, IMC de 19 kg/m^2, índice de Ferriman–Gallwey de 2 e pressão arterial de 110/60 mmHg. Trouxe resultados de exames laboratoriais: FSH de 106 IU/L, estradiol < 24 pg/mL, TSH de 2,1 mUI/L e prolactina de 12 ng/mL. Com base no quadro, assinale a assertiva correta.

(A) A solicitação de cariótipo não é necessária, visto que houve desenvolvimento de caracteres sexuais secundários e a genitália externa é normal.
(B) A dosagem de anticorpos anti-21-hidroxilase auxilia no diagnóstico, visto que o desenvolvimento puberal está dentro da normalidade.
(C) A paciente apresenta diagnóstico de insuficiência ovariana prematura; dentre as causas prováveis estão a síndrome de Turner ou mosaicismos relacionados à síndrome.
(D) A paciente apresenta diagnóstico de hipogonadismo, devendo ser solicitado exame de ressonância magnética de crânio e sela túrcica.

29. Mamografia trazida à consulta por uma paciente mostrava microcalcificações pleomórficas, agrupadas, ocupando um segmento de 4,0 cm no quadrante superolateral da mama esquerda, classificadas como BI-RADS 4C. O exame físico não revelou anormalidades. A biópsia realizada demonstrou um carcinoma ductal *in situ* de alto grau. Com base no quadro, assinale a assertiva correta sobre o diagnóstico.

(A) Carcinomas ductais *in situ* (CDIS) de baixo grau apresentam uma distribuição descontínua com maior frequência do que os de alto grau.
(B) CDIS de alto grau em geral são menos frequentemente associados a microcalcificações do que os de baixo grau.
(C) Segundo o estudo *National Surgical Adjuvant Breast and Bowel Project* (NSABP) B-24, a associação de radioterapia a cirurgia conservadora reduz a recorrência local em 30%.
(D) Margens livres em cirurgia conservadora são mais frequentes em CDIS de baixo grau do que em de alto grau.

30. Assinale a assertiva correta em relação aos princípios e às práticas de qualidade e segurança do paciente na assistência à saúde

(A) Segundo a Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD), dados pessoais sensíveis são informações relacionadas à pessoa natural identificada ou identificável, tais como número do prontuário, CPF, estado de saúde, condição genética ou biométrica.
(B) O plano preventivo de quedas, que inclui a identificação do risco por pulseira ou sinalização no leito e a adoção de medidas de segurança ambiental, deve ser instituído na admissão e mantido sem alterações durante a internação, salvo na ocorrência de queda.
(C) Durante a conferência final e antes do início da transfusão, identificou-se que um hemocomponente seria administrado ao paciente errado; essa situação caracteriza um evento sentinela e sua notificação permite analisar as falhas do processo e fortalecer as barreiras de segurança.
(D) Em pesquisa clínica com gestante adulta e capaz, o consentimento livre e esclarecido deve ser obtido da própria participante, após informações claras e oportunidade para tirar dúvidas; a autorização do parceiro não substitui a da gestante nem é necessária para sua decisão de participar.

HOSPITAL DE CLÍNICAS
PORTO ALEGRE RS

FundMed
Pesquisa Ensino Inovação

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE

PROCESSO SELETIVO PÚBLICO PARA PROGRAMAS DE RESIDÊNCIA MÉDICA/2027

ÁREA DE ATUAÇÃO

HEPATOLOGIA

Nome: _____

Nº de Inscrição: | | | | | | |

Instruções

- Confira o material recebido (CARTÃO DE RESPOSTAS e CADERNO DE QUESTÕES); se houver falha, solicite a substituição ao fiscal da sala.
- Após conferir seus dados no CARTÃO DE RESPOSTAS (NOME, Nº de INSCRIÇÃO e PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MÉDICA), assine no local indicado.
- Este caderno contém **20 questões de múltipla escolha**, com quatro alternativas (**A**, **B**, **C** e **D**).
- Preencha o CARTÃO DE RESPOSTAS, único documento válido para correção da prova objetiva, com bastante atenção, à caneta esferográfica (ponta grossa, tinta azul ou preta), marcando uma única alternativa em cada questão.
- Verifique, no CARTÃO DE RESPOSTAS, as instruções para preenchimento. Sob nenhuma circunstância, o CARTÃO DE RESPOSTAS será substituído devido a erro, desatenção ou falha no preenchimento por parte do candidato.
- Durante a realização da prova, estão vedados o empréstimo de materiais, a comunicação entre candidatos ou terceiros, a utilização de quaisquer dispositivos, como máquina calculadora e/ou similares, livros, anotações, réguas de cálculo, impressos ou qualquer outro material de consulta.
- A prova objetiva terá duração de **até 3 horas**, incluído o tempo para preenchimento do CARTÃO DE RESPOSTAS.
- Após o início da prova, o candidato deverá permanecer na sala pelo **tempo mínimo de 60 minutos**.
- Ao terminar a prova, o candidato devolverá ao fiscal da sala o CARTÃO DE RESPOSTAS.
- O candidato só poderá levar o CADERNO DE QUESTÕES **quando estiver faltando 60 minutos para o término do tempo total de duração da prova**. Por razões de segurança, o candidato que sair antes desse horário não poderá copiar suas respostas.
- Os dois últimos candidatos de cada sala de prova deverão permanecer no recinto, a fim de acompanhar o lacre do material, quando então poderão retirar-se do local após concluído o procedimento.

DIREITOS AUTORAIS RESERVADOS. PROIBIDA A REPRODUÇÃO, AINDA QUE PARCIAL, SEM AUTORIZAÇÃO PRÉVIA.

01. Assinale a assertiva correta sobre a encefalopatia hepática em pacientes com cirrose.

(A) Em pacientes sintomáticos, identificar o fator precipitante da encefalopatia é essencial no manejo clínico.
(B) Em pacientes sintomáticos, a determinação da amônia sérica deve ser feita para confirmação diagnóstica.
(C) O rastreio da encefalopatia hepática mínima é recomendado para todos os casos, para evitar a evolução para encefalopatia clínica.
(D) Após a resolução de um primeiro episódio de encefalopatia, a restrição proteica deve ser mantida a longo prazo.

---

02. Paciente masculino de 58 anos, com história de hepatite C crônica tratada há mais de 5 anos, foi internado com ascite volumosa, encefalopatia hepática e dor abdominal. Com base na investigação, estabeleceu-se o diagnóstico de cirrose e carcinoma hepatocelular (nódulo único de 4,0 cm), com presença de trombose tumoral da veia porta até a confluência com a mesentérica superior. Qual a conduta mais adequada?

(A) Ressecção hepática
(B) Transplante hepático
(C) Imunoterapia
(D) Controle dos sintomas

---

03. Associe as complicações da cirrose (coluna da esquerda) aos mecanismos fisiopatológicos (coluna da direita).

1 -	Ascite	( )	Hipertensão portal
2 -	Encefalopatia hepática	( )	Insuficiência hepática
3 -	Icterícia	( )	Hipertensão portal + insuficiência hepática
4 -	Varizes esofágicas com sangramento		
5 -	Síndrome hepatorrenal		

A sequência numérica correta, de cima para baixo, da coluna da direita, é

(A) 2 – 4 – 5
(B) 3 – 1 – 5
(C) 4 – 3 – 2
(D) 5 – 1 – 3

---

04. Paciente com cirrose por hepatite C procurou a Emergência por confusão mental e aumento de volume abdominal. Estava em uso de espironolactona 100 mg/dia. Ao exame físico, apresentava *flapping*, icterícia leve e abdômen globoso com macicez móvel. Exames laboratoriais iniciais revelaram hemoglobina de 9,2 g/dL, plaquetas de 54.000/mm^3, creatinina sérica de 1,8 g/dL (prévia de 0,7), sódio sérico de 132 mEq/L e bilirrubina total de 3,1 g/dL. Qual a conduta inicial mais adequada?

(A) Aumentar a dose de espironolactona e associar furosemida para controle da ascite.
(B) Iniciar lactulose, indicar restrição hídrica e realizar paracentese de alívio.
(C) Suspender espironolactona, indicar restrição hídrica e iniciar lactulose.
(D) Suspender espironolactona, realizar paracentese diagnóstica e iniciar reposição de albumina intravenosa e de lactulose.

05. Assinale a alternativa que preenche, correta e respectivamente, as lacunas do parágrafo abaixo.

Paciente de 54 anos, com cirrose por álcool, foi atendido na Emergência hospitalar com ascite volumosa, tendo sido realizada paracentese diagnóstica e de alívio. Na análise do líquido de ascite, espera-se encontrar gradiente de albumina soro-ascite (GASA) **.....** e proteínas totais **.....** . A contagem total de células identificou 295 polimorfonucleares/mm^3 e 52 hemácias/mm^3. Com esse resultado, está indicado tratamento com **.....** .

(A) < 1,1 – > 2,5 – cefalosporina de 3ª ou 4ª geração e albumina intravenosa
(B) > 1,1 – < 2,5 – cefalosporina de 3ª ou 4ª geração e albumina intravenosa
(C) > 1,1 – < 2,5 – espironolactona e furosemida
(D) > 1,1 – > 2,5 – espironolactona e norfloxacino

---

06. Paciente feminina, de 54 anos, recebeu atendimento na Emergência devido a hematêmese e melena. Tinha história de diabetes melito, obesidade e esteatose hepática. Endoscopia digestiva alta identificou varizes esofágicas com sangramento ativo. Assinale a assertiva correta em relação às varizes esofágicas e ao sangramento varicoso.

(A) A medida inicial para manejo do sangramento por varizes esofágicas inclui vasoconstritor (terlipressina), transfusão sanguínea vigorosa (para atingir hemoglobina > 10 g/dL) e tratamento endoscópico com ligadura elástica.
(B) *TIPS (transjugular intrahepatic portosystemic shunt)* está indicado somente para sangramento refratário ao tratamento endoscópico.
(C) Carvedilol é mais efetivo do que outros betabloqueadores para reduzir a pressão portal e também para reduzir a descompensação e mortalidade em pacientes com cirrose compensada e hipertensão portal clinicamente significativa.
(D) No manejo do sangramento por varizes esofágicas, devem ser utilizados vasoconstritor (noradrenalina), antibiótico para reduzir ressangramento e mortalidade e escleroterapia endoscópica utilizando álcool absoluto.

---

07. Assinale a assertiva correta sobre a insuficiência hepática aguda.

(A) Ocorre por injúria hepática aguda com coagulopatia (INR > 1,5) e alteração do estado mental (encefalopatia hepática).
(B) O diagnóstico é definido quando não há doença hepática crônica, exceto doença de Wilson, hepatite autoimune ou hepatite C.
(C) Transplante hepático é o tratamento definitivo, independentemente da etiologia.
(D) Caracteriza-se por injúria hepática com duração < 26 semanas, icterícia e tempo de protrombina > 4 segundos em relação ao controle.

08. Paciente de 28 anos foi trazida à Emergência devido à alteração de consciência e equimoses. Apresentava transtorno de humor, em tratamento irregular. Familiar detectou 3 caixas (20 comprimidos) de paracetamol 750 mg vazias no quarto da paciente. Ao exame físico, apresentava-se letárgica, bradipsíquica, desorientada e com *flapping*. Havia equimoses nos membros superiores e inferiores. Exames laboratoriais iniciais revelaram AST de 3.940 UI/mL, ALT 4.100 UI/mL, INR de 3,8, creatinina sérica de 3,5 mg/dL (prévia era 0,6 mg/dL) e bilirrubina total de 3,2 mg/dL (bilirrubina direta de 2,8 g/dL). Assinale a assertiva correta em relação ao manejo.

(A) Para seleção de pacientes para transplante hepático na insuficiência hepática aguda, podem ser adotados os critérios do *King's College* e *MELD*.
(B) Encefalopatia progressiva na insuficiência hepática aguda está associada a edema cerebral e hipertensão intracraniana, a qual ocorre em > 65% dos pacientes com encefalopatia hepática grau IV.
(C) Os critérios do *King's College* utilizam variáveis conforme a etiologia da insuficiência hepática aguda; na intoxicação por paracetamol, recomenda-se transplante de fígado se ocorrer acidose (pH < 7) ou INR > 6,5 e creatinina sérica > 2 mg/dL.
(D) Pacientes com hepatotoxicidade por paracetamol devem receber tratamento com n-acetilcisteína e corticosteroides.

09. Assinale a assertiva correta sobre a hepatite viral E.

(A) Infecção pelo vírus da hepatite E é sempre autolimitada.
(B) Infecção crônica pelo vírus da hepatite E ocorre predominantemente em indivíduos imunocomprometidos.
(C) O tratamento da hepatite E é realizado com antivirais específicos para esse vírus.
(D) No diagnóstico da hepatite E, pode-se detectar o RNA viral em amostra de fezes, mas não pode ser detectado em amostra de sangue.

10. Paciente feminina, de 24 anos, foi encaminhada ao Ambulatório de Hepatologia por quadro de fadiga e alteração de aminotransferases há 1 ano. Por hipotireoidismo, vinha em tratamento com tiroxina. Não fazia uso de outros medicamentos. Não realizou cirurgias nem transfusões sanguíneas. Trouxe resultados dos seguintes exames: AST de 148 UI/mL, ALT de 184 UI/mL, bilirrubina total de 1,8 mg/dL (bilirrubina direta de 1,2 mg/dL), FA de 90 UI/mL, GGT de 42 UI/mL, tempo de protrombina de 12,5 s, INR 1,1 e albumina de 3,6 g/dL; anti-HCV, HBsAg, anti-HBc total e anti-HBs, negativos. Ultrassonografia abdominal revelou fígado de tamanho e ecogenicidade normais, com bordos levemente rombos. Assinale a assertiva correta em relação ao manejo.

(A) Deve-se coletar amostra para análise de carga viral da hepatite C e deve-se realizar elastografia hepática ultrassônica.
(B) Ressonância magnética abdominal multiparamétrica deve ser realizada para avaliar esteatose, concentração de ferro e fibrose hepática.
(C) O manejo inclui coleta de autoanticorpos (FAN, antimúsculo liso), dosagem de imunoglobulina G e realização de biópsia hepática.
(D) As alterações histológicas previstas podem indicar hepatite lobular com infiltrado eosinofílico.

11. Associe as lesões hepáticas focais (coluna da esquerda) às características radiológicas (coluna da direita).

1 -	Hiperplasia nodular focal	( )	Fígado com bordos rombos, lesão com impregnação arterial e *washout* venoso
2 -	Adenoma		
3 -	Cisto simples	( )	Anecoicoecografia, alto sinal em T2 à ressonância magnética
4 -	Hemangioma		
5 -	Carcinoma hepatocelular	( )	Cicatriz central, impregnação arterial rápida

A sequência numérica correta, de cima para baixo, da coluna da direita, é

(A) 2 – 4 – 5
(B) 3 – 1 – 5
(C) 4 – 3 – 2
(D) 5 – 3 – 1

12. Assinale a assertiva correta sobre infecções parasitárias no fígado.

(A) Esquistossomose ocorre pela penetração na pele de cercárias do parasita presentes na água; ocorre migração pela circulação para ramificações da veia porta causando progressiva obstrução ao fluxo pré-sinusoidal e hipertensão portal.
(B) O diagnóstico da infecção por *Echinococcus granulosus* é confirmado por ultrassonografia ou tomografia computadorizada com múltiplos cistos bem delimitados sem calcificações; o tratamento é realizado com praziquantel.
(C) As manifestações crônicas da infecção por *Fasciola* são relacionadas com hipertensão portal; nódulos hiperdensos à tomografia computadorizada confirmam o diagnóstico.
(D) Na infecção por *Ascaris lumbricoides,* é frequente ocorrer migração dos parasitas por ramos da veia porta provocando obstrução e trombose; o tratamento é realizado com triclabendazol.

---

13. Paciente masculino, de 60 anos, assintomático, fez testes sorológicos para o vírus da hepatite B, cujos resultados encontram-se reproduzidos a seguir:

HBsAg: Negativo
Anti-HBs: Positivo
Anti-HBc IgG (total): Positivo
Anti-HBc IgM: Negativo

Esse perfil sorológico é compatível com

(A) hepatite B aguda em fase de convalescença.
(B) hepatite crônica B.
(C) hepatite B resolvida.
(D) resposta positiva à vacina contra hepatite B.

---

14. Paciente feminina, de 57 anos, com cirrose alcoólica, veio à Emergência descompensada, com ascite, sem qualquer outro sintoma. Paracentese revelou neutrófilos polimorfonucleares de 350/mm^3, proteína total de 0,9 g/dL, gradiente de albumina sangue-ascite de 1,7 e ausência de crescimento bacteriano. Qual a conduta mais apropriada?

(A) Norfloxacino para profilaxia secundária
(B) Cefotaxima e albumina
(C) Furosemida e espironolactona
(D) Paracentese de alívio

---

15. A ressonância magnética de um paciente masculino, de 65 anos, com cirrose causada pelo vírus C, Child-Pugh A, revelou um nódulo hepático de 4,5 cm com padrão típico de carcinoma hepatocelular, com trombo tumoral do tronco da veia porta. Qual a conduta mais apropriada?

(A) Transplante hepático (critérios de Milão estendidos)
(B) Ressecção cirúrgica com trombectomia
(C) Quimioembolização arterial (TACE)
(D) Terapia sistêmica

---

16. Que mecanismo, dentre os abaixo, pode ser associado à hipertensão porta que ocorre em pacientes com cirrose?

(A) Diminuição no fluxo sanguíneo portal
(B) Deficiência de óxido nítrico intra-hepático
(C) Diminuição da resistência vascular sinusoidal
(D) Hiperesplenismo

---

17. Paciente apresenta dano hepático induzido pelo álcool. Qual dos mecanismos abaixo explica o fator que desencadeia a origem da formação de fibroblastos e a consequente produção de colágeno que leva ao início da fibrose hepática?

(A) Ativação das células de Kupffer por endotoxemia portal
(B) Dano mitocondrial com aumento do potencial redutor
(C) Dano ao retículo endoplasmático liso
(D) Formação de espécies reativas de oxigênio

---

18. Assinale a alternativa que preenche, correta e respectivamente, as lacunas do parágrafo abaixo.

Paciente feminina, de 48 anos, com obesidade, vinha apresentando episódios recorrentes (3 nos últimos 6 meses) de dor no hipocôndrio direito, de forte intensidade, com duração de até 3 horas e alívio com analgesia intravenosa realizada em Pronto-atendimento. No episódio atual, foi encaminhada para Emergência hospitalar, pois a dor permaneceu por mais de 24 horas, apesar de ter recebido analgesia no Pronto-atendimento, e estava associada a colúria. À avaliação inicial, a paciente apresentava taquicardia, febre e icterícia. Ao exame abdominal, registrou-se dor à palpação profunda do quadrante superior direito, com sinal de Murphy negativo. O exame radiológico inicial de escolha é **.....**, considerando a hipótese diagnóstica de **.....** . O manejo inicial deve incluir **.....** .

(A) tomografia computadorizada – colecistite aguda – colecistectomia laparoscópica dentro de 48 horas
(B) colangiorressonância magnética – pancreatite aguda – antibióticos intravenosos
(C) ultrassonografia abdominal – coledocolitíase com colangite – antibióticos intravenosos e colangiopancreatografia retrógrada endoscópica (CPRE) urgente
(D) ultrassonografia abdominal – hepatite aguda – *NPO* e reposição volêmica intensa

19. Um novo teste rápido para uma determinada infecção apresenta sensibilidade de 90% e especificidade de 95%. Um infectologista aplicou o teste em 2 cenários distintos: (I) para triagem populacional em área de baixa prevalência (1%) e (II) para investigação de pacientes sintomáticos internados em que a prevalência (probabilidade pré-teste) é de 40%. Assinale a assertiva correta sobre o desempenho do teste e a interpretação de seus resultados.

(A) O valor preditivo positivo será substancialmente maior no cenário II do que no cenário I, ainda que a sensibilidade e a especificidade do teste permaneçam inalteradas nos 2 cenários.
(B) Como a sensibilidade e a especificidade são propriedades intrínsecas do teste, os valores preditivos positivo e negativo também são constantes e independem da prevalência da doença na população testada.
(C) A razão de verossimilhança positiva (*likelihood ratio* positiva) do teste é de 0,10, indicando forte capacidade de confirmar a doença.
(D) Em área de baixa prevalência, um resultado positivo tem alta probabilidade de ser verdadeiro-positivo, razão pela qual testes de triagem são mais úteis para confirmar do que para descartar doença.

20. Paciente masculino, de 40 anos, foi trazido à Emergência pelo Samu em ressuscitação (frequência cardíaca de 70 bpm) após acidente de submersão em reservatório de água limpa, há menos de 2 horas. Foi prontamente intubado e mantido em ventilação mecânica. Avaliação neurológica revelou midríase bilateral e escore 3 na Escala de Coma de Glasgow, sugerindo encefalopatia hipóxico-isquêmica grave. Qual a conduta mais apropriada a seguir?

(A) Transferir o paciente para UTI para tratamento de lesão neurológica.
(B) Iniciar imediatamente protocolo de morte encefálica.
(C) Aguardar a evolução natural para parada cardiocirculatória
(D) Manter medidas de suporte de vida por 24 horas para aplicação de protocolo de morte encefálica.

HOSPITAL DE CLÍNICAS
PORTO ALEGRE RS

FundMed
Pesquisa Ensino Inovação

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE

PROCESSO SELETIVO PÚBLICO PARA PROGRAMAS DE RESIDÊNCIA MÉDICA/2027

ESPECIALIDADE MÉDICA

MASTOLOGIA

Nome: _____

Nº de Inscrição: | | | | | | |

Instruções

- Confira o material recebido (CARTÃO DE RESPOSTAS e CADERNO DE QUESTÕES); se houver falha, solicite a substituição ao fiscal da sala.
- Após conferir seus dados no CARTÃO DE RESPOSTAS (NOME, Nº de INSCRIÇÃO e PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MÉDICA), assine no local indicado.
- Este caderno contém **20 questões de múltipla escolha**, com quatro alternativas (**A**, **B**, **C** e **D**).
- Preencha o CARTÃO DE RESPOSTAS, único documento válido para correção da prova objetiva, com bastante atenção, à caneta esferográfica (ponta grossa, tinta azul ou preta), marcando uma única alternativa em cada questão.
- Verifique, no CARTÃO DE RESPOSTAS, as instruções para preenchimento. Sob nenhuma circunstância, o CARTÃO DE RESPOSTAS será substituído devido a erro, desatenção ou falha no preenchimento por parte do candidato.
- Durante a realização da prova, estão vedados o empréstimo de materiais, a comunicação entre candidatos ou terceiros, a utilização de quaisquer dispositivos, como máquina calculadora e/ou similares, livros, anotações, réguas de cálculo, impressos ou qualquer outro material de consulta.
- A prova objetiva terá duração de **até 3 horas**, incluído o tempo para preenchimento do CARTÃO DE RESPOSTAS.
- Após o início da prova, o candidato deverá permanecer na sala pelo **tempo mínimo de 60 minutos**.
- Ao terminar a prova, o candidato devolverá ao fiscal da sala o CARTÃO DE RESPOSTAS.
- O candidato só poderá levar o CADERNO DE QUESTÕES **quando estiver faltando 60 minutos para o término do tempo total de duração da prova**. Por razões de segurança, o candidato que sair antes desse horário não poderá copiar suas respostas.
- Os dois últimos candidatos de cada sala de prova deverão permanecer no recinto, a fim de acompanhar o lacre do material, quando então poderão retirar-se do local após concluído o procedimento.

DIREITOS AUTORAIS RESERVADOS. PROIBIDA A REPRODUÇÃO, AINDA QUE PARCIAL, SEM AUTORIZAÇÃO PRÉVIA.

01. Assinale a assertiva **incorreta** sobre prevenção de câncer de mama.

(A) Mastectomia redutora de risco deve ser considerada para pacientes com teste genético germinativo, resultando em variante patogênica e/ou variante de significado incerto nos genes BRCA 1 e BRCA 2.
(B) Quimioprevenção com tamoxifeno deve ser considerada para pacientes com diagnóstico cirúrgico da lesão precursora carcinoma lobular *in situ*.
(C) O consumo de bebida alcóolica deve ser evitado; se houver consumo, deve-se limitar a não mais que 1 *drink/*dia.
(D) História de trombose venosa profunda e história de acidente vascular cerebral são contraindicações ao uso de tamoxifeno para quimioprevenção.

---

02. Assinale a alternativa que apresenta a correta relação entre a técnica de mamoplastia e a irrigação do complexo aréolo-mamilar (CAM).

(A) Técnica do pedículo superior – perfurantes profundas do tórax
(B) Técnica do pedículo inferior – ramos da artéria torácica lateral
(C) Técnica do pedículo superomedial – ramos das artérias torácica interna (2 e 3 espaços intercostais)
(D) Técnica do pedículo superolateral – ramos da artéria torácica interna (4, 5 e 6 espaços intercostais)

---

03. Assinale a assertiva correta sobre o seguimento de pacientes após tratamento de câncer de mama.

(A) Para pacientes usuárias de tamoxifeno, ultrassonografia transvaginal deve ser solicitada anualmente.
(B) Para pacientes com dores ósseas ou aumento dos níveis de fosfatase alcalina, deve-se considerar a realização cintilografia óssea ou *PET/CT*.
(C) Para pacientes tratadas de tumores HER2 enriquecido ou triplo negativo, ressonância magnética cerebral deve ser solicitada anualmente.
(D) Estadiamento sistêmico anual está indicado a partir de EC II.

---

04. Assinale a assertiva **incorreta** sobre a dor pós-operatória persistente.

(A) Pacientes femininas com menos de 50 anos apresentam maior risco de dor pós-operatória persistente quando comparada a pacientes de faixas etárias mais avançadas.
(B) Pacientes submetidos a radioterapia apresentam maior propensão à dor crônica.
(C) O adequado controle da dor aguda no pós-operatório imediato não apresenta relação com o surgimento da dor persistente.
(D) A obesidade é fator de risco para o desenvolvimento do quadro.

05. Assinale a assertiva correta sobre o tratamento de câncer de mama em idosas (pacientes com mais de 70 anos).

(A) Em pacientes com tumores operáveis, no seguimento de 10 anos, não houve diferença na sobrevida livre de doença no grupo que recebeu tamoxifeno isolado quando comparado ao grupo tratado com cirurgia seguida de tamoxifeno.
(B) A taxa de recorrência local foi semelhante após 5 anos no grupo tratado com cirurgia e no grupo tratado com cirurgia seguida de radioterapia.
(C) A omissão da radioterapia no grupo de pacientes com mais de 70 anos, com tumores iniciais, diminui a sobrevida global.
(D) Em pacientes com mais de 70 anos, com tumores luminais iniciais cT1N0 de mama, pode-se omitir a realização da biópsia de linfonodo sentinela.

---

06. Assinale a assertiva correta sobre o câncer de mama em mulheres jovens.

(A) Supressão ovariana com agonista de GnRH, durante quimioterapia adjuvante na pré-menopausa, pode contribuir para preservar a função ovariana e diminuir a probabilidade de amenorreia.
(B) Amamentação está contraindicada durante tratamento com quimioterapia e hormonoterapia e, também, após tratamento cirúrgico da mama.
(C) Pacientes com câncer de mama podem usar DIU medicado com levonorgestrel, uma vez que sua ação hormonal é apenas local.
(D) Hormonoterapia com estrogênio tópico vaginal está contraindicado para pacientes de seguimento com câncer de mama receptor hormonal positivo em uso de tamoxifeno.

---

07. Assinale a assertiva correta sobre o exame de ressonância magnética mamária.

(A) É preferencialmente realizado na segunda metade do ciclo menstrual.
(B) É eficaz na diferenciação entre recidiva e cicatriz cirúrgica.
(C) Apresenta baixa sensibilidade e alta especificidade em comparação com a mamografia.
(D) É necessário o uso de contraste para avaliação de ruptura de implante mamário.

08. Paciente de 45 anos veio à consulta por ter palpado nódulo na mama direita. Com história familiar de câncer (mãe falecida por câncer de mama metastático aos 50 anos), referiu nunca ter realizado exames de imagem da mama. Ao exame físico, foi palpado linfonodo endurecido e com aumento de volume, fixo, na região de axila direita, com 2,5 cm; na mama direita, em quadrante superomedial, nódulo com limites mal definidos, endurecido, não fixo, sem comprometimento cutâneo, com 3,5 cm. Diante da alta suspeita de câncer de mama invasor, quais exames iniciais devem ser solicitados para elucidação diagnóstica?

(A) Ressonância magnética mamária, ultrassonografia mamária e biópsia por agulha grossa
(B) Mamografia, ultrassonografia mamária e punção por agulha fina
(C) Mamografia, tomossíntese e ressonância magnética mamária
(D) Mamografia, ultrassonografia mamária e biópsia por agulha grossa

---

09. Mamografia trazida à consulta por uma paciente mostrava microcalcificações pleomórficas, agrupadas, ocupando um segmento de 4,0 cm no quadrante superolateral da mama esquerda, classificadas como BI-RADS 4C. O exame físico não revelou anormalidades. A biópsia realizada demonstrou um carcinoma ductal *in situ* de alto grau. Com base no quadro, assinale a assertiva correta sobre o diagnóstico.

(A) Carcinomas ductais *in situ* (CDIS) de baixo grau apresentam uma distribuição descontínua com maior frequência do que os de alto grau.
(B) CDIS de alto grau em geral são menos frequentemente associados a microcalcificações do que os de baixo grau.
(C) Segundo o estudo *National Surgical Adjuvant Breast and Bowel Project* (NSABP) B-24, a associação de radioterapia a cirurgia conservadora reduz a recorrência local em 30%.
(D) Margens livres em cirurgia conservadora são mais frequentes em CDIS de baixo grau do que em de alto grau.

---

10. Quais os parâmetros da classificação histológica de Nottingham no câncer de mama invasor?

(A) Formação de túbulos, formação mitocondrial e atividade mitótica
(B) Formação mitocondrial, pleomorfismo nuclear e atividade mitótica
(C) Pleomorfismo nuclear, formação mitocondrial e formação de túbulos
(D) Pleomorfismo nuclear, atividade mitótica e formação de túbulos

---

11. Gestante, de 30 anos, com 30 semanas de gestação, foi diagnosticada com câncer de mama ductal do tipo não especial, grau 3, triplo-negativo em estádio clínico III (T2N2). Segundo as diretrizes recentes, qual a opção de tratamento mais adequada?

(A) Quimioterapia neoadjuvante
(B) Mastectomia com esvaziamento axilar
(C) Cirurgia conservadora com esvaziamento axilar e radioterapia
(D) Cirurgia conservadora com biópsia de linfonodo sentinela e radioterapia

---

12. Paciente de 22 anos, assintomática, com teste urinário de gravidez positivo (não lembrava a data da última menstruação), procurou o serviço assistencial, pois está preocupada com o resultado (laudo) da ultrassonografia transvaginal realizada na data de hoje (imagem).



Com base nos dados e na imagem, que diagnóstico, dentre os abaixo, deve ser estabelecido no momento?

(A) Gestação ectópica não rota
(B) Gestação anembrionada
(C) Gestação intrauterina de viabilidade incerta
(D) Gestação de localização incerta

---

13. Assinale a assertiva correta sobre o desenvolvimento da pré-eclâmpsia (PE) e seu rastreio.

(A) A PE é precedida por aumento da concentração sérica materna de fator de crescimento placentário (PlGF) e redução da tirosina quinase-1 solúvel semelhante a Fms (sFlt-1); a razão sFlt-1/PlGF, com pontos de corte específicos, auxilia na predição de curto prazo da doença em gestantes com suspeita clínica de PE.
(B) O modelo de rastreio da *Fetal Medicine Foundation*, aplicado no primeiro trimestre e baseado em fatores maternos e marcadores biofísicos e bioquímicos, encontra-se entre os modelos mais validados para predição de PE pré-termo; seu desempenho, contudo, mostrou-se variado entre diferentes populações e contextos assistenciais.
(C) Segundo a Febrasgo, nuliparidade, antecedente de PE precoce, idade materna ≥ 35 anos e intervalo > 10 anos desde a última gestação são considerados fatores de risco moderado para o desenvolvimento de PE.
(D) Em gestantes que evoluem com PE, a razão PSV2/PSV1 (*peak ratio* ou relação S2/S1) das artérias oftálmicas está diminuída e, entre 19 e 23 semanas + 6 dias, pode agregar valor à predição de PE pré-termo quando associada a fatores maternos, pressão arterial média, IP das artérias uterinas e biomarcadores angiogênicos.

14. Primigesta de 24 anos compareceu à primeira consulta pré-natal com 10 semanas de gestação. O teste rápido para sífilis realizado no consultório apresentou resultado reagente. Negou história prévia de lesão genital, exantema, diagnóstico ou tratamento para sífilis e nunca realizou testagem para sífilis. Negou também alergia a medicamentos. Estava assintomática, e o exame físico não apresentava alterações. Qual a conduta mais adequada?

(A) Iniciar imediatamente benzilpenicilina benzatina 2.400.000 UI, por via intramuscular, como tratamento completo em dose única, e solicitar VDRL quantitativo.
(B) Solicitar VDRL quantitativo e iniciar benzilpenicilina benzatina 2.400.000 UI, por via intramuscular, semanal, por 3 semanas, apenas se o resultado for reagente.
(C) Iniciar imediatamente benzilpenicilina benzatina 2.400.000 UI, por via intramuscular, semanal, por 3 semanas, e solicitar VDRL quantitativo.
(D) Solicitar VDRL quantitativo e teste treponêmico confirmatório antes de iniciar benzilpenicilina benzatina 2.400.000 UI, por via intramuscular, como tratamento completo em dose única.

---

15. Paciente de 28 anos será submetida a cirurgia laparoscópica por gestação tubária em trompa uterina direita. Apresentou sangramento abdominal em moderada quantidade. Na sala cirúrgica, com a paciente anestesiada, o cirurgião visualizou hérnia infraumbilical contígua à cicatriz umbilical, com conteúdo intestinal, e decidiu iniciar a insuflação do CO_2 no ponto de Palmer. Onde se localiza esse ponto?

(A) Na linha mediana, 3,0 cm acima da cicatriz umbilical
(B) Na linha mediana, 3,0 cm abaixo da margem costal esquerda
(C) No hipogástrio direito, a 3,0 cm da cicatriz umbilical
(D) No hipogástrio esquerdo, a 3,0 cm da cicatriz umbilical

---

16. Menina de 16 anos, com 170 cm de altura, IMC de 20 kg/m^2 e escala de Ferriman-Gallwey de 12, consultou por amenorreia primária e acne. Ao exame, o desenvolvimento puberal estava normal e completo. Negou sexarca e uso de medicamentos. Participava da equipe de vôlei da escola. Trouxe ultrassonografia pélvica, que indicou ovários aumentados com volume de 12 e 13 cm^3, útero de 8,0x6,0x4,0 cm, linha endometrial fina e hímen pérvio. As dosagens de FSH e LH encontravam-se normais para a menacme. A conduta mais adequada no momento é solicitar dosagens de

(A) prolactina, TSH e 17-OH progesterona.
(B) estradiol, progesterona e prolactina.
(C) SHBG, TSH e testosterona.
(D) hormônio antimulleriano e testosterona.

17. Paciente de 70 anos, na pós-menopausa há 20 anos, vinha em uso regular de alendronato há 5 anos para osteoporose. Apresentava boa adesão ao tratamento e não havia registro de fraturas durante o seguimento. A densitometria óssea atual evidenciou *T-score* de -2,7 no colo femoral. Qual a conduta mais apropriada em relação ao tratamento com bisfosfonato?

(A) Instituir *drug holiday*, uma vez que a paciente completou 5 anos de tratamento com bisfosfonato oral.
(B) Suspender definitivamente o alendronato, pois não há benefício comprovado após 5 anos de uso.
(C) Substituir o alendronato por terapia hormonal sistêmica.
(D) Manter o alendronato, pois a paciente permanece em alto risco de fratura. Daniela?

---

18. Assinale a assertiva correta em relação aos princípios e às práticas de qualidade e segurança do paciente na assistência à saúde

(A) Segundo a Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD), dados pessoais sensíveis são informações relacionadas à pessoa natural identificada ou identificável, tais como número do prontuário, CPF, estado de saúde, condição genética ou biométrica.
(B) O plano preventivo de quedas, que inclui a identificação do risco por pulseira ou sinalização no leito e a adoção de medidas de segurança ambiental, deve ser instituído na admissão e mantido sem alterações durante a internação, salvo na ocorrência de queda.
(C) Durante a conferência final e antes do início da transfusão, identificou-se que um hemocomponente seria administrado ao paciente errado; essa situação caracteriza um evento sentinela e sua notificação permite analisar as falhas do processo e fortalecer as barreiras de segurança.
(D) Em pesquisa clínica com gestante adulta e capaz, o consentimento livre e esclarecido deve ser obtido da própria participante, após informações claras e oportunidade para tirar dúvidas; a autorização do parceiro não substitui a da gestante nem é necessária para sua decisão de participar.

19. Paciente feminina, de 56 anos, apresentou, cerca de 5 minutos após o início de colectomia eletiva sob anestesia geral, hipotensão arterial súbita (60/40 mmHg), taquicardia (120 bpm), dificuldade ventilatória e queda da saturação periférica de oxigênio. Ao exame, observaram-se exantema difuso e edema facial. Não havia sangramento significativo no campo cirúrgico. Qual a conduta inicial mais apropriada?

(A) Administrar hidrocortisona intravenosa e observar a resposta clínica antes de instituir outras medidas.
(B) Administrar adrenalina, iniciar reposição volêmica com cristaloides e interromper a exposição ao provável agente desencadeante.
(C) Iniciar infusão contínua de noradrenalina para correção da hipotensão arterial e manter o procedimento cirúrgico.
(D) Iniciar anti-histamínico intravenoso e reavaliar a estabilidade hemodinâmica.

---

20. Paciente feminina, de 39 anos, com 50 kg e 165 cm de altura, veio à Emergência por dor abdominal iniciada há 3 dias (com dificuldade para se alimentar), associada a náuseas e vômitos. Ao exame, apresentava regular estado geral, taquicardia e ventre em tábua. Foi submetida a laparotomia exploradora por apendicite perfurada e peritonite. No terceiro dia pós-operatório, persistia inapetente, com ruídos hidroaéreos ausentes. Exames recentes revelaram hemoglobina de 9,2 g/dL, leucócitos de 12.530/mm^3, PCR de 75 mg/L, sódio de 137 mEq/L, potássio de 3,2 mEq/L e fósforo de 1,2 mg/dL. Com base no quadro, qual a prescrição mais adequada?

(A) *NPO* e soro glicofisiológico a 50 mL/hora
(B) *NPO* e nutrição parenteral com correção dos eletrólitos na bolsa
(C) Fosfato de potássio e nutrição enteral de 500 kcal/dia
(D) Cloreto de potássio e nutrição enteral de 1.500 kcal/dia

HOSPITAL DE CLÍNICAS
PORTO ALEGRE RS

FundMed
Pesquisa Ensino Inovação

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE

PROCESSO SELETIVO PÚBLICO PARA PROGRAMAS DE RESIDÊNCIA MÉDICA/2027

ÁREA DE ATUAÇÃO

MEDICINA PALIATIVA

Nome: _____

Nº de Inscrição: | | | | | | |

Instruções

- Confira o material recebido (CARTÃO DE RESPOSTAS e CADERNO DE QUESTÕES); se houver falha, solicite a substituição ao fiscal da sala.
- Após conferir seus dados no CARTÃO DE RESPOSTAS (NOME, Nº de INSCRIÇÃO e PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MÉDICA), assine no local indicado.
- Este caderno contém **20 questões de múltipla escolha**, com quatro alternativas (**A**, **B**, **C** e **D**).
- Preencha o CARTÃO DE RESPOSTAS, único documento válido para correção da prova objetiva, com bastante atenção, à caneta esferográfica (ponta grossa, tinta azul ou preta), marcando uma única alternativa em cada questão.
- Verifique, no CARTÃO DE RESPOSTAS, as instruções para preenchimento. Sob nenhuma circunstância, o CARTÃO DE RESPOSTAS será substituído devido a erro, desatenção ou falha no preenchimento por parte do candidato.
- Durante a realização da prova, estão vedados o empréstimo de materiais, a comunicação entre candidatos ou terceiros, a utilização de quaisquer dispositivos, como máquina calculadora e/ou similares, livros, anotações, réguas de cálculo, impressos ou qualquer outro material de consulta.
- A prova objetiva terá duração de **até 3 horas**, incluído o tempo para preenchimento do CARTÃO DE RESPOSTAS.
- Após o início da prova, o candidato deverá permanecer na sala pelo **tempo mínimo de 60 minutos**.
- Ao terminar a prova, o candidato devolverá ao fiscal da sala o CARTÃO DE RESPOSTAS.
- O candidato só poderá levar o CADERNO DE QUESTÕES **quando estiver faltando 60 minutos para o término do tempo total de duração da prova**. Por razões de segurança, o candidato que sair antes desse horário não poderá copiar suas respostas.
- Os dois últimos candidatos de cada sala de prova deverão permanecer no recinto, a fim de acompanhar o lacre do material, quando então poderão retirar-se do local após concluído o procedimento.

DIREITOS AUTORAIS RESERVADOS. PROIBIDA A REPRODUÇÃO, AINDA QUE PARCIAL, SEM AUTORIZAÇÃO PRÉVIA.

01. No manejo da dispneia em pacientes com doença pulmonar obstrutiva crônica terminal, qual a recomendação para casos classificados como dispneia moderada?

(A) Uso exclusivo de oxigenoterapia por menos de 5 horas diárias
(B) Administração de codeína 30 mg a cada 4 horas
(C) Reabilitação passiva, uso de opioides (como morfina) e consideração de ansiolíticos
(D) Indicação imediata de ventilação não invasiva como primeira escolha

---

02. De acordo com o *Manual de Cuidados Paliativos*, da Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP, 2021), assinale a alternativa com os três elementos que caracterizam o *burnout* em cuidadores.

(A) Fadiga crônica, insônia e dores musculares generalizadas
(B) Experiência dissociativa peritraumática, luto e falta de apoio social
(C) Ansiedade, tristeza profunda e isolamento social voluntário
(D) Exaustão emocional, despersonalização e baixa realização pessoal

---

03. De acordo com o *Manual de Cuidados Paliativos*, da Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP, 2021), sedação paliativa é um recurso terapêutico indicado para o alívio do sofrimento em pacientes na fase final de vida. Assinale a assertiva correta sobre diretrizes, conceitos e manejo farmacológico da sedação paliativa recomendado pela ANCP.

(A) A sedação paliativa tem como principal objetivo antecipar o processo de morte de forma confortável nos pacientes que apresentam sofrimento existencial isolado refratário.
(B) O midazolam é fármaco de primeira escolha para a indução e manutenção da sedação paliativa, sendo um benzodiazepínico de ação curta que permite fácil titulação por via subcutânea ou intravenosa.
(C) A presença de um sintoma de difícil controle, por si só, é indicação suficiente para iniciar a sedação paliativa contínua, independentemente da tentativa prévia de outras terapias adjuvantes.
(D) A hidratação artificial por via intravenosa ou subcutânea (hipodermóclise) deve ser obrigatoriamente mantida em volumes calóricos normais durante todo o período de sedação paliativa contínua para evitar a desidratação ativa.

04. No *Manual de Cuidados Paliativos*, da Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP, 2021), destaca-se a importância de compreender o processo de enlutamento não apenas como um conjunto de reações emocionais, mas sob a ótica de modelos teóricos contemporâneos que guiam a prática clínica e a identificação do luto complicado. Considerando a fundamentação teórica sobre o luto trazida pelo *Manual*, assinale a assertiva correta.

(A) O Modelo do Processo Duplo de Enfrentamento do Luto, proposto por Stroebe e Schut, descreve o enlutamento como um processo oscilatório e dinâmico entre os estressores orientados para a perda (como a expressão do sofrimento e a dor da perda) e os estressores orientados para a restauração (como a reorganização prática da vida e o desenvolvimento de novos papéis), apontando que a rigidez ou a ausência dessa oscilação constitui um indicador clínico importante para o luto complicado.
(B) Segundo a teoria das 5 fases ou estágios de Kübler-Ross (negação, raiva, barganha, depressão e aceitação), o *Manual* orienta que o processamento do luto normal segue uma progressão necessariamente linear e cronológica, sendo qualquer retrocesso ou desvio dessa sequência um marcador de luto patológico estabelecido.
(C) Conforme a abordagem de Worden sobre as tarefas do luto, o processo de elaboração do luto é puramente passivo e involuntário, devendo o indivíduo enlutado submeter-se ao tempo de forma contemplativa, de modo que intervenções ativas de redefinição de papéis e adaptação prática ao ambiente sem o falecido sejam postergadas para após o primeiro ano do óbito.
(D) A identificação de fatores de risco para o luto complicado deve se iniciar a partir do primeiro mês pós-óbito, sendo desaconselhada qualquer intervenção de triagem psicossocial ou suporte familiar preventivo durante o período de luto antecipatório na fase de fim de vida do paciente.

05. Paciente masculino, de 62 anos, com diagnóstico de adenocarcinoma de pâncreas metastático, em acompanhamento pela equipe de Cuidados Paliativos, vinha apresentando dor nociceptiva visceral no abdômen superior, de forte intensidade, atualmente controlada com o uso de morfina por via oral (VO) de liberação controlada na dose de 90 mg a cada 12 horas (totalizando 180 mg/dia). Devido à progressão tumoral, o paciente desenvolveu obstrução mecânica de saída gástrica e disfagia grave para sólidos e líquidos, impossibilitando a manutenção da VO. A equipe optou pela conversão para a via subcutânea (SC) por hipodermóclise de fluxo contínuo. Considerando as diretrizes de controle de dor e rotação de opioide, preconizadas pelo *Manual de Cuidados Paliativos*, da Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP, 2021), qual deve ser a conduta adequada para realizar a transição da VO para a via SC, mantendo o mesmo opioide (morfina)?

(A) Reduzir a dose diária total de morfina por VO em 50% devido à perda do efeito de primeira passagem hepática ao utilizar a via SC, resultando em uma dose total de infusão contínua de morfina por via SC de 90 mg/24 horas.
(B) Converter a dose total diária de morfina por VO para a via SC, utilizando a razão de conversão de equianalgesia recomendada de 2:1 a 3:1 (VO:SC), estabelecendo a infusão contínua de morfina por via SC em uma faixa entre 60 mg e 90 mg em 24 horas, sem necessidade inicial de redução adicional por tolerância cruzada incompleta, uma vez que se mantém o mesmo fármaco.
(C) Realizar a conversão para morfina por via SC na proporção exata de 1:1, para evitar a subdose e o rebote da dor oncológica de difícil controle, programando a infusão de morfina por via SC para 180 mg nas 24 horas.
(D) Suspender imediatamente a morfina devido ao risco de obstrução intestinal mecânica por retenção fecal induzida por opioides e iniciar rotação imediata para metadona por via SC na proporção fixa de 10% da dose de morfina por VO equivalente (por via SC de 180 mg/24 horas).

06. Paciente masculino, de 68 anos, com câncer de próstata metastático, apresenta metástase óssea em fêmur proximal. A dor em repouso está controlada com morfina, porém o paciente queixa-se de dor intensa à deambulação, limitando a mobilidade. Não há fratura patológica e a expectativa de vida é superior a 6 meses. Qual intervenção apresenta maior potencial para controlar a dor e melhorar a funcionalidade desse paciente?

(A) Indicar radioterapia paliativa sobre a metástase óssea dolorosa.
(B) Substituir a morfina por metadona em dose equianalgésica.
(C) Iniciar sedação paliativa para controle da dor incidental.
(D) Manter analgesia de resgate antes da deambulação.

07. Paciente feminina, de 68 anos, com câncer de mama metastático em cuidados paliativos, vinha apresentando tristeza persistente há mais de 2 semanas, anedonia, sentimentos de inutilidade e desejo de que “a vida termine logo”. A dor estava controlada e não havia *delirium* nem causas reversíveis identificadas. Qual achado clínico reforça o diagnóstico de episódio depressivo, em vez de uma reação emocional esperada à doença avançada?

(A) Redução do apetite e perda de peso
(B) Fadiga e diminuição da disposição física
(C) Sentimentos persistentes de culpa, inutilidade e desesperança
(D) Necessidade de maior tempo de repouso ao longo do dia

08. Paciente masculino, de 62 anos, com câncer de próstata metastático, vinha utilizando morfina oral em dose fixa. Nas últimas 24 horas, necessitou de 4 doses de resgate por dor irruptiva. Não apresentava sinais de toxicidade por opioides. Qual a conduta mais apropriada?

(A) Recalcular a dose regular de morfina conforme o consumo total das últimas 24 horas.
(B) Manter a dose regular de morfina e utilizar apenas doses de resgate.
(C) Substituir a morfina por oxicodona em dose equianalgésica.
(D) Reduzir a dose regular de morfina para prevenir efeitos adversos.

09. Paciente masculino, de 76 anos, com câncer de pulmão metastático, foi avaliado pela equipe de Cuidados Paliativos utilizando a *Palliative Performance Scale* (PPS). Quais domínios compõem essa escala?

(A) Atividades diárias, cognição, continência, comunicação e mobilidade
(B) Dor, fadiga, dispneia, estado nutricional e desempenho funcional
(C) Deambulação, atividade, autocuidado, ingestão oral e grau de consciência
(D) Mobilidade, cognição, humor, sintomas físicos e suporte familiar

10. Paciente masculino, de 68 anos, com esclerose lateral amiotrófica em fase avançada, registrou em prontuário que não desejava ventilação mecânica invasiva nem reanimação cardiopulmonar caso evoluísse com insuficiência respiratória. Durante internação por pneumonia, perdeu a capacidade de decidir. Os familiares solicitaram a realização de todas as medidas para prolongar a vida. A conduta mais adequada é

(A) atender ao pedido da família, independentemente das diretivas registradas.
(B) respeitar as Diretivas Antecipadas de Vontade, conforme os princípios éticos.
(C) solicitar autorização judicial antes de limitar o suporte de vida.
(D) considerar válidas as diretivas apenas com registro em cartório.

11. Um novo teste rápido para uma determinada infecção apresenta sensibilidade de 90% e especificidade de 95%. Um infectologista aplicou o teste em 2 cenários distintos: (I) para triagem populacional em área de baixa prevalência (1%) e (II) para investigação de pacientes sintomáticos internados em que a prevalência (probabilidade pré-teste) é de 40%. Assinale a assertiva correta sobre o desempenho do teste e a interpretação de seus resultados.

(A) O valor preditivo positivo será substancialmente maior no cenário II do que no cenário I, ainda que a sensibilidade e a especificidade do teste permaneçam inalteradas nos 2 cenários.
(B) Como a sensibilidade e a especificidade são propriedades intrínsecas do teste, os valores preditivos positivo e negativo também são constantes e independem da prevalência da doença na população testada.
(C) A razão de verossimilhança positiva (*likelihood ratio* positiva) do teste é de 0,10, indicando forte capacidade de confirmar a doença.
(D) Em área de baixa prevalência, um resultado positivo tem alta probabilidade de ser verdadeiro-positivo, razão pela qual testes de triagem são mais úteis para confirmar do que para descartar doença.

12. Paciente feminina, de 63 anos, com diabetes melito tipo 2 em uso de insulina (bom controle), veio à consulta por quadro de icterícia obstrutiva. Em seu histórico, constava síndrome coronariana aguda com supradesnivelamento do segmento ST há 3 anos e implante de *stent* farmacológico; não houve à época comprometimento da fração de ejeção, verificado por ecocardiograma. Identificou-se câncer de pâncreas passível de cura cirúrgica, tendo sido indicada derivação pancreatoduodenal. O cirurgião digestivo realizará o procedimento em 10 dias. A paciente submeteu-se a exames pré-cirúrgicos: radiografia de tórax, sem alterações; eletrocardiograma, com zona inativa anterior; e BNP, abaixo do limite superior. Não havia registro de angina ou dispneia para grandes esforços; o exame físico não indicou alterações. Qual a conduta mais adequada nesse cenário?

(A) Solicitar ecocardiografia.
(B) Solicitar ergometria.
(C) Solicitar cateterismo cardíaco.
(D) Liberar a paciente para o procedimento cirúrgico.

13. Paciente masculino, de 34 anos, usuário de drogas injetáveis, vinha apresentando febre (há 10 dias), dispneia e emagrecimento. Ao exame, identificou-se sopro sistólico em foco tricúspide, que aumentava à inspiração. Hemoculturas foram positivas para *Staphylococcus aureus.* Ecocardiograma revelou vegetação em valva tricúspide. Em relação ao diagnóstico, assinale a assertiva correta.

(A) Acometimento de câmaras esquerdas é a condição mais frequente nesse perfil de paciente.
(B) Embolização séptica pulmonar é uma complicação característica dessa apresentação.
(C) *Streptococcus viridans* é o agente etiológico mais provável nesse cenário.
(D) Presença de vegetação tricúspide contraindica formalmente qualquer tratamento clínico isolado.

14. Assinale a assertiva correta sobre a prescrição de insulina para pacientes com diabetes melito.

(A) Glargina, uma insulina humana de ação prolongada, é prescrita preferencialmente em 2 doses/dia, podendo ser associada a antidiabéticos orais no diabetes melito tipo 2 ou a insulinas de ação rápida (análogos ou humana).
(B) Degludeca, um análogo de insulina de ação prolongada, é prescrita preferencialmente a cada 36 horas, podendo ser associada a metformina no diabetes melito tipo 2 ou a insulinas de ação rápida antes de cada refeição principal.
(C) Glulisina, lispro e aspart são análogos de insulina de ação rápida que têm farmacocinética semelhante; são prescritas para uso 30 minutos antes das refeições principais, no máximo 3 vezes/dia.
(D) NPH, insulina humana de ação intermediária, pode ser prescrita 1-3 vezes/dia e ser associada a antidiabéticos orais no diabetes melito tipo 2 ou a insulinas de ação rápida (análogos ou humana).

15. Paciente feminina, de 56 anos, em tratamento para neoplasia ginecológica, chegou à Emergência por dispneia súbita e síncope. Ao exame, encontrava-se confusa, com pressão arterial de 78/46 mmHg, frequência cardíaca de 132 bpm e saturação de 86% com oxigênio suplementar. Não havia contraindicação conhecida a trombólise. *POCUS* mostrou ausência de derrame pericárdico, ventrículo esquerdo sem disfunção sistólica importante, ventrículo direito maior do que o esquerdo na janela apical de 4 câmaras, septo interventricular retificado na paraesternal curta, com sinal do D, e veia cava inferior túrgida. A compressão venosa demonstrou veia femoral comum direita não compressível. Qual a conduta mais adequada?

(A) Heparina não fracionada e trombólise sistêmica
(B) Heparinização isolada e observação em UTI
(C) Angiotomografia antes do início do tratamento
(D) Pericardiocentese de alívio

16. Paciente masculino, de 55 anos, sofreu parada cardiorrespiratória extra-hospitalar presenciada. A equipe de resgate chegou ao local e identificou fibrilação ventricular ao monitor. A despeito da realização de compressões torácicas de alta qualidade, 3 desfibrilações com carga máxima, administração de adrenalina e dose de ataque de amiodarona, o paciente persistia no mesmo ritmo. Qual estratégia deve ser implementada para os manejos clínico e elétrico desse ritmo chocável refratário?

(A) Substituir a adrenalina por vasopressina em *bolus.*
(B) Administrar bicarbonato de sódio e gluconato de cálcio de forma empírica.
(C) Priorizar a intubação orotraqueal imediata com a interrupção das compressões torácicas.
(D) Alterar o vetor da corrente elétrica com o reposicionamento anteroposterior das pás ou aplicar a desfibrilação dupla sequencial.

17. Paciente feminina, de 50 anos, foi encaminhada ao Serviço de Nefrologia por piora da função renal nos últimos 12 meses. Com doença renal crônica (DRC) de etiologia desconhecida, apresentou, à ultrassonografia, rins reduzidos de tamanho bilateralmente. Tinha antecedentes de hipertensão arterial e microalbuminúria, pelo que fazia uso de losartana 100 mg/dia, anlodipino 10 mg/dia, metoprolol 50 mg/dia e furosemida 20 mg/dia, há mais de 2 anos. Ao exame, a pressão arterial era de 132/88 mmHg, e a frequência cardíaca, de 62 bpm. Os exames laboratoriais indicaram creatinina sérica de 1,8 mg/dL correspondente a uma TFGe de 34 mL/min/1,73 m^2, potássio sérico de 4,9 mEq/L e relação albumina-creatinina urinária de 420 mg/g. Há 1 ano, a TFGe era de 40 mL/min/1,73 m^2. Qual a medida mais adequada no momento para reduzir albuminúria e lentificar a progressão da DRC?

(A) Suspender a losartana.
(B) Iniciar finerenona 10 mg/dia.
(C) Iniciar hidralazina 25 mg, 2 vezes/dia.
(D) Iniciar dapagliflozina 10 mg/dia.

18. Paciente feminina, de 27 anos, com história de infecções do trato urinário de repetição, veio à Emergência por febre, disúria e polaciúria há 24 horas. Foram solicitados exame qualitativo de urina e urocultura e iniciado ciprofloxacino empírico. Dois dias após, a paciente retornou para avaliação, com piora do estado geral, ainda com febre. À admissão, apresentava frequência cardíaca de 120 bpm e pressão arterial de 80/50 mmHg. O EQU realizado revelou leucocitúria e esterase positiva; a urocultura indicou crescimento de *Escherichia coli* sensível a amoxicilina-clavulanato, piperacilina-tazobactam e meropenem e resistente a ceftriaxona, ciprofloxacino e sulfametoxazol-trimetoprima. Com base nas informações disponíveis, indica-se substituir o antibiótico por

(A) amoxicilina-clavulanato por via oral.
(B) amoxacilina-clavulanato por via intravenosa.
(C) meropenem por via intravenosa.
(D) piperacilina-tazobactam por via intravenosa.

19. Paciente feminina, de 68 anos, com diagnóstico recente de carcinoma pulmonar de pequenas células, apresentou sódio sérico de 127 mEq/L em exame de rotina. Exame realizado 5 dias antes já havia indicado sódio sérico de 128 mEq/L. A paciente, alerta e orientada, negou cefaleia, náuseas, vômitos, alterações da marcha, confusão mental ou convulsões. Ao exame físico, encontrava-se normotensa, com frequência cardíaca normal, mucosas úmidas, ausência de edema e sem sinais de depleção de volume. Não fazia uso de diuréticos e negou polidipsia. Os resultados dos exames laboratoriais realizados na ocasião revelaram sódio sérico de 127 mEq/L, glicemia capilar de 92 mg/dL, osmolalidade sérica de 260 mOsm/kg, osmolalidade urinária de 250 mOsm/kg, sódio urinário de 48 mEq/L, creatinina sérica de 0,8 mg/dL e TSH e cortisol basal matinal normais. Qual a conduta terapêutica inicial mais adequada?

(A) Instituir restrição hídrica, tratar a doença de base e monitorar a concentração sérica de sódio.
(B) Administrar solução salina hipertônica a 3% em *bolus*, visando elevar rapidamente o sódio sérico.
(C) Iniciar infusão contínua de solução salina isotônica a 0,9% para corrigir a hiponatremia.
(D) Aumentar a ingestão oral de sal, manter a ingestão habitual de líquidos e repetir a dosagem do sódio sérico após 1 semana.

20. Paciente masculino, de 40 anos, foi trazido à Emergência pelo Samu em ressuscitação (frequência cardíaca de 70 bpm) após acidente de submersão em reservatório de água limpa, há menos de 2 horas. Foi prontamente intubado e mantido em ventilação mecânica. Avaliação neurológica revelou midríase bilateral e escore 3 na Escala de Coma de Glasgow, sugerindo encefalopatia hipóxico-isquêmica grave. Qual a conduta mais apropriada a seguir?

(A) Transferir o paciente para UTI para tratamento de lesão neurológica.
(B) Iniciar imediatamente protocolo de morte encefálica.
(C) Aguardar a evolução natural para parada cardiocirculatória
(D) Manter medidas de suporte de vida por 24 horas para aplicação de protocolo de morte encefálica.

HOSPITAL DE CLÍNICAS
PORTO ALEGRE RS

FundMed
Pesquisa Ensino Inovação

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE

PROCESSO SELETIVO PÚBLICO PARA PROGRAMAS DE RESIDÊNCIA MÉDICA/2027

ÁREA DE ATUAÇÃO

NEUROFISIOLOGIA CLÍNICA

Nome: _____

Nº de Inscrição: | | | | | | |

Instruções

- Confira o material recebido (CARTÃO DE RESPOSTAS e CADERNO DE QUESTÕES); se houver falha, solicite a substituição ao fiscal da sala.
- Após conferir seus dados no CARTÃO DE RESPOSTAS (NOME, Nº de INSCRIÇÃO e PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MÉDICA), assine no local indicado.
- Este caderno contém **20 questões de múltipla escolha**, com quatro alternativas (**A**, **B**, **C** e **D**).
- Preencha o CARTÃO DE RESPOSTAS, único documento válido para correção da prova objetiva, com bastante atenção, à caneta esferográfica (ponta grossa, tinta azul ou preta), marcando uma única alternativa em cada questão.
- Verifique, no CARTÃO DE RESPOSTAS, as instruções para preenchimento. Sob nenhuma circunstância, o CARTÃO DE RESPOSTAS será substituído devido a erro, desatenção ou falha no preenchimento por parte do candidato.
- Durante a realização da prova, estão vedados o empréstimo de materiais, a comunicação entre candidatos ou terceiros, a utilização de quaisquer dispositivos, como máquina calculadora e/ou similares, livros, anotações, réguas de cálculo, impressos ou qualquer outro material de consulta.
- A prova objetiva terá duração de **até 3 horas**, incluído o tempo para preenchimento do CARTÃO DE RESPOSTAS.
- Após o início da prova, o candidato deverá permanecer na sala pelo **tempo mínimo de 60 minutos**.
- Ao terminar a prova, o candidato devolverá ao fiscal da sala o CARTÃO DE RESPOSTAS.
- O candidato só poderá levar o CADERNO DE QUESTÕES **quando estiver faltando 60 minutos para o término do tempo total de duração da prova**. Por razões de segurança, o candidato que sair antes desse horário não poderá copiar suas respostas.
- Os dois últimos candidatos de cada sala de prova deverão permanecer no recinto, a fim de acompanhar o lacre do material, quando então poderão retirar-se do local após concluído o procedimento.

DIREITOS AUTORAIS RESERVADOS. PROIBIDA A REPRODUÇÃO, AINDA QUE PARCIAL, SEM AUTORIZAÇÃO PRÉVIA.

Instrução: Para responder às questões de números **01** e **02**, considere o caso abaixo.

Paciente masculino, de 6 anos, previamente hígido, foi trazido à consulta por quadro de abalos mioclônicos eventuais na face, afetando a região perioral esquerda e a mão esquerda. Esses abalos progrediram até acometer todo o membro superior esquerdo e tornaram-se contínuos nesses locais, eventualmente evoluindo para o hemicorpo esquerdo e associando-se a crises tônico-clônicas generalizadas frequentes. O quadro clínico apresentava refratariedade aos fármacos anticrises. O eletroencefalograma (EEG) em vigília mostrou alentecimento difuso predominante no hemisfério direito, com descargas epileptiformes frontotemporais direitas. Ressonância magnética (RM) cerebral realizada no início da doença foi normal. Contudo, RM realizada 1 ano após o início dos sintomas demonstrou atrofia cortical progressiva no hemisfério direito, associada a áreas de hipersinal em FLAIR e T2 na substância branca e córtex ipsilaterais.

01. Qual a hipótese diagnóstica mais provável?

(A) Doença de Creutzfeldt-Jakob, variante juvenil
(B) Encefalite de Rasmussen
(C) Pan-encefalite esclerosante subaguda
(D) Pan-encefalite progressiva por rubéola

---

02. Exames de líquor do paciente mostrariam mais provavelmente

(A) anticorpos anti-NMDA.
(B) bandas oligoclonais.
(C) proteína 14-3-3.
(D) nenhum biomarcador específico.

Instrução: Para responder às questões de números **03, 04, 05** e **06**, considere o caso abaixo.

Paciente feminina, de 25 anos, com história de hipoxemia neonatal e crises convulsivas no período perinatal, iniciou com crises epilépticas aos 15 anos, caracterizadas por início súbito com desconforto na região epigástrica, que se irradiava para a região perioral, seguido por olhar fixo/arregalado. Frequentemente, o quadro evoluía com alteração da percepção, automatismos na mão direita e postura distônica na mão esquerda, raramente progredindo para crises tônico-clônicas bilaterais. A paciente já utilizou esquemas terapêuticos com os principais fármacos anticrise nas doses máximas toleradas, com resposta variável. Atualmente, vinha mantendo o tratamento otimizado, porém persistia sem controle total das crises (frequência mensal). No período interictal (em uma semana sem registro de crises), a paciente realizou 4 exames complementares que evidenciaram alterações: um eletroencefalograma em sono e vigília, uma ressonância magnética de encéfalo, um SPECT cerebral e um PET cerebral.

03. Considerando que o eletroencefalograma em sono e vigília foi realizado no período interictal (sem crises na última semana), qual padrão eletroencefalográfico é mais esperado para a paciente?

(A) Pontas ou ondas agudas espiculadas com máxima negatividade na região temporal anterior direita.
(B) Ondas agudas rítmicas e alentecimento teta regional restritos à região frontotemporal esquerda.
(C) Complexos ponta-onda lenta generalizados a 3 Hz induzidos por hiperpneia e fotoestimulação.
(D) Alentecimento polimórfico contínuo delta na região temporal esquerda com surtos de espículas bilaterais síncronas.

---

04. Qual achado à ressonância magnética estrutural de encéfalo é mais provável?

(A) Hipotrofia do hipocampo esquerdo com hipersinal em FLAIR e preservação das digitações internas
(B) Atrofia do hipocampo direito, borramento da transição corticossubcortical temporal e hipossinal em T2
(C) Atrofia do hipocampo direito com perda das digitações internas e hipersinal em T2 e FLAIR
(D) Espessamento cortical focal na região frontotemporal direita compatível com displasia cortical tipo II

---

05. Quais as alterações esperadas nos exames funcionais metabólico (PET) e perfusional (SPECT) na região cerebral onde as crises se iniciam?

(A) Hipermetabolismo no PET e hiperperfusão no SPECT
(B) Hipometabolismo no PET e hiperperfusão no SPECT
(C) Hipermetabolismo no PET e hipoperfusão no SPECT
(D) Hipometabolismo no PET e hipoperfusão no SPECT

---

06. Diante do quadro, qual o próximo passo para essa paciente?

(A) Realizar a transição farmacológica para politerapia com associação de cenobamato e vigabatrina em doses máximas.
(B) Indicar vídeo-EEG com provável tratamento cirúrgico.
(C) Indicar dieta cetogênica.
(D) Realizar o implante de estimulador do nervo vago.

07. Paciente feminina, de 32 anos, vinha apresentando episódios recorrentes de neurite óptica e mielite transversa. Teste para o anticorpo contra a aquaporina-4 (AQP4-IgG) foi negativo. Qual dos achados abaixo é o mais fortemente sugestivo de doença associada aos anticorpos contra a glicoproteína da mielina de oligodendrócitos (MOGAD) em vez de espectro de neuromielite óptica (NMOSD) soronegativa?

(A) Neurite óptica bilateral, edematosa, frequentemente com disco óptico proeminente e hipercaptação extensa no nervo óptico.
(B) Lesões medulares longitudinais extensas (LETM) que se estendem por 3 ou mais segmentos vertebrais com necrose central.
(C) Associação frequente com a síndrome da área postrema, caracterizada por soluços e vômitos intratáveis.
(D) Risco significativamente maior de sequelas visuais graves e atrofia óptica primária sem possibilidade de melhora.

---

08. Paciente feminina, de 26 anos, apresentou um episódio súbito de hemiparesia direita. A ressonância magnética de crânio e medula revelou 3 lesões desmielinizantes periventriculares e 1 lesão medular cervical pequena. Nenhuma delas captou contraste. A análise do líquor indicou presença de bandas oligoclonais. Assinale a assertiva correta de acordo com as diretrizes diagnósticas atuais para esclerose múltipla.

(A) É necessário aguardar um segundo surto clínico para demonstrar a disseminação no tempo, pois o líquor isolado não pontua para esse critério.
(B) O diagnóstico de esclerose múltipla pode ser estabelecido, pois a presença de bandas oligoclonais no líquor supre o critério de disseminação no tempo.
(C) O diagnóstico não pode ser fechado porque a ausência de captação de contraste impede a comprovação da disseminação no espaço.
(D) O diagnóstico não pode ser fechado porque as lesões medulares da esclerose múltipla devem ser obrigatoriamente extensas (mais de 3 segmentos).

09. Paciente feminina, de 54 anos, com hipertensão arterial, foi trazida ao Pronto-socorro por ter iniciado há 2 horas com disartria leve e discreta assimetria facial periférica à direita, sem outros déficits. Referiu trabalhar como palestrante e estar muito angustiada com a dificuldade para falar. A tomografia computadorizada de crânio inicial não revelou alterações. Qual a conduta mais apropriada?

(A) Iniciar dupla antiagregação plaquetária com AAS e clopidogrel, pois trombólise em AVC com *NIHSS* (*National Institutes of Health Stroke Scale*) baixo aumenta o risco de sangramento sem benefício clínico.
(B) Contraindicar trombólise intravenosa, pois o procedimento é proibido para pacientes com pontuação < 4 na escala *NIHSS.*
(C) Realizar trombólise intravenosa, pois o déficit é classificado como leve, porém incapacitante para as atividades da paciente.
(D) Solicitar ressonância magnética de urgência e aguardar o resultado para decidir sobre a realização de trombólise, já que o *NIHSS* é muito baixo para justificar o risco imediato.

---

10. Paciente masculino, de 45 anos, consultou por quadro progressivo de rigidez muscular persistente, cãibras dolorosas e espasmos, que acometiam predominantemente as extremidades distais. Ao exame físico, constataram-se fasciculações nos membros inferiores. Eletroneuromiografia revelou descargas neuromiotônicas espontâneas de alta frequência. Qual anticorpo é frequentemente associado ao quadro e qual o tratamento farmacológico inicial de escolha?

(A) Anticorpo anti-KLHL11 (Kelch-*like protein* 11) – baclofeno ou tizanidina
(B) Anticorpo antirreceptor de acetilcolina (AChR) – piridostigmina
(C) Anticorpo anti-MuSK – prednisona em altas doses
(D) Anticorpo anti-Caspr2 – carbamazepina ou fenitoína

---

11. Paciente masculino, de 24 anos, com diagnóstico prévio de epilepsia e indicação de uso de fármaco anticrise contínuo, foi trazido à Emergência por crise epiléptica tônico-clônica bilateral, com duração de mais de 5 minutos. Familiares relataram que o paciente não havia tomado a medicação anticrise por 3 dias consecutivos. Com base no caso clínico, assinale a assertiva correta.

(A) O diagnóstico de *status epilepticus* convulsivo só pode ser estabelecido após a realização de eletroencefalograma de urgência.
(B) Está indicado uso de benzodiazepínico intravenoso a partir de 10 minutos (t1) de duração da crise epiléptica tônico-clônica bilateral.
(C) Na falta de resposta à primeira linha de tratamento, deve-se administrar levetiracetam 4.500 mg IV, pois esse fármaco mostrou eficácia superior à da fenitoína como tratamento de segunda linha para situações como a relatada.
(D) A administração de benzodiazepínicos precocemente em doses adequadas é estratégia terapêutica mais eficaz como tratamento de primeira linha para o paciente.

12. Paciente masculino, de 16 anos, veio à consulta em razão de sua primeira crise epiléptica tônico-clônica bilateral após o despertar, pela manhã, no contexto de privação de sono. Referiu que a crise fora precedida por "choques" em ambos os membros superiores. Negou história familiar de epilepsia. Informou que não havia consumido substâncias psicoativas, tampouco havia usado álcool. Exames laboratoriais excluíram alterações hematobioquímicas. O eletroencefalograma (EEG) em vigília com fotoestimulação foi normal, assim como o exame de ressonância magnética de crânio. Após 2 meses, apresentou a segunda crise epiléptica tônico-clônica bilateral, após o despertar, pela manhã. O exame neurológico foi normal. Com base no caso clínico, assinale a assertiva correta.

(A) O diagnóstico de epilepsia é improvável, visto que o EEG é normal.
(B) Está indicado uso de carbamazepina como primeira linha de tratamento.
(C) Este tipo de epilepsia nem sempre é herdado ou transmitido à prole, podendo ter padrão de herança complexa/poligênica, com ou sem contribuição de fatores ambientais.
(D) A presença de fotossensibilidade é imprescindível para o diagnóstico de epilepsia mioclônica juvenil.

---

13. Qual dos seguintes íons tem concentração intracelular maior do que extracelular?

(A) Potássio
(B) Sódio
(C) Cálcio
(D) Cloreto

---

14. Menina de 6 anos passou a apresentar vários episódios diários de desconexão com o meio ambiente, durando poucos segundos. Eletroencefalograma em sono e vigília mostrou atividade de base organizada e atividade epileptiforme generalizada do tipo espícula-onda de 3 Hz. Na história familiar, havia registro de casos semelhantes na infância. Qual a conduta mais apropriada?

(A) Somente observar, sem iniciar qualquer tipo de tratamento farmacológico.
(B) Solicitar triagem para erros inatos do metabolismo.
(C) Iniciar tratamento com valproato de sódio.
(D) Iniciar tratamento com difenil-hidantoína.

---

15. Paciente feminina, de 72 anos, compareceu à primeira consulta em um Centro de Referência para atendimento de distúrbios do movimento. Ao exame neurológico, constatou-se uma síndrome parkinsoniana completa, sugerindo o diagnóstico de doença de Parkinson primária. Dentre os achados do exame neurológico, mais provavelmente estará incluído(a)

(A) reflexo cutaneoplantar em extensão.
(B) tremor grosseiro e irregular de ação.
(C) ataxia de marcha.
(D) rigidez plástica.

16. Assinale a assertiva correta sobre a enxaqueca (migrânea) sem aura.

(A) Frequentemente tem localização unilateral e caráter pulsátil.
(B) Costuma acometer homens e mulheres na razão aproximada de 10:1.
(C) Geralmente principia a partir da sexta década de vida.
(D) A presença de fotofobia deve motivar uma investigação do sistema nervoso central com imagem.

---

17. Paciente masculino, de 70 anos, com hipertensão arterial e diabetes melito, consultou na UBS devido a sintomas de vertigem, desequilíbrio na marcha e vômitos, de instalação na última madrugada. Durante a manobra de Dix-Hallpike, constatou-se a presença de um nistagmo não fatigável, não geotrópico, com componente torsional ausente. Além disso, constatou-se também uma marcha instável, com quedas em várias direções. Qual a hipótese diagnóstica mais provável?

(A) Vertigem posicional paroxística benigna
(B) Acidente vascular cerebral
(C) Esclerose múltipla
(D) Síndrome de Ménière

---

18. Qual a principal utilidade do eletroencefalograma (EEG) no diagnóstico diferencial da síndrome de *Locked-in* (enclausuramento) decorrente de oclusão da artéria basilar?

(A) Identificar a presença de descargas epileptiformes lateralizadas periódicas (PLEDs) que confirmam a lesão na ponte ventral.
(B) Demonstrar um padrão de "coma alfa" não reativo, típico de lesões no tronco encefálico inferior.
(C) Identificar pacientes que, apesar de totalmente paralisados e incapazes de falar, permanecem conscientes e com um EEG normal, pois o sistema ativador reticular é poupado.
(D) Detectar a presença de atividade delta frontal rítmica intermitente (FIRDA), causada pelo edema cerebral secundário à oclusão.

19. No contexto da encefalite por herpes simplex (HSV) Tipo 1, qual achado eletroencefalográfico é considerado altamente sugestivo da doença e auxilia, inclusive, na determinação do melhor local para uma biópsia cerebral?

(A) Complexos periódicos de grande amplitude, com duração de até 2 segundos, ocorrendo várias vezes por minuto, característicos da panencefalite esclerosante subaguda (SSPE).
(B) Ondas agudas periódicas generalizadas, bissíncronas, ocorrendo em intervalos de 0.5 a 1 segundo.
(C) Achados focais ou lateralizados, como PLEDs e lentificação, maximizados nos lobos temporais (partes inferior e medial) e regiões orbitais frontais.
(D) Padrão de surto-supressão multifocal, restrito exclusivamente ao período neonatal entre o 5º e o 12º dia de sintomas.

20. Assinale a assertiva correta sobre achados eletroencefalográficos (EEG) na intoxicação por lítio.

(A) Esses achados são altamente específicos, permitindo o diagnóstico da substância mesmo sem a confirmação dos níveis séricos.
(B) Em pacientes idosos, a encefalopatia por lítio pode apresentar ondas trifásicas (TWs) multifocais e assíncronas, mimetizando por vezes o padrão da doença de Creutzfeldt-Jakob.
(C) O EEG costuma ser normal em pacientes com sintomas neurotóxicos por lítio, desde que o nível sérico esteja dentro da faixa terapêutica (abaixo de 2 mEq/L).
(D) O uso crônico de lítio causa um aumento proeminente da potência relativa da banda alfa, especialmente nos canais occipitais.

HOSPITAL DE CLÍNICAS
PORTO ALEGRE RS

FundMed
Pesquisa Ensino Inovação

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE

PROCESSO SELETIVO PÚBLICO PARA PROGRAMAS DE RESIDÊNCIA MÉDICA/2027

ESPECIALIDADE MÉDICA

ONCOLOGIA PEDIÁTRICA

ÁREAS DE ATUAÇÃO

EMERGÊNCIA PEDIÁTRICA, GASTROENTEROLOGIA PEDIÁTRICA, HEMATOLOGIA E HEMOTERAPIA PEDIÁTRICA, MEDICINA INTENSIVA PEDIÁTRICA, NEONATOLOGIA, NEUROLOGIA PEDIÁTRICA, NUTROLOGIA PEDIÁTRICA, PNEUMOLOGIA PEDIÁTRICA E REUMATOLOGIA PEDIÁTRICA

Nome: _____

Nº de Inscrição: | | | | | | |

Instruções

- Confira o material recebido (CARTÃO DE RESPOSTAS e CADERNO DE QUESTÕES); se houver falha, solicite a substituição ao fiscal da sala.
- Após conferir seus dados no CARTÃO DE RESPOSTAS (NOME, Nº de INSCRIÇÃO e PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MÉDICA), assine no local indicado.
- Este caderno contém **30 questões de múltipla escolha**, com quatro alternativas (**A**, **B**, **C** e **D**).
- Preencha o CARTÃO DE RESPOSTAS, único documento válido para correção da prova objetiva, com bastante atenção, à caneta esferográfica (ponta grossa, tinta azul ou preta), marcando uma única alternativa em cada questão.
- Verifique, no CARTÃO DE RESPOSTAS, as instruções para preenchimento. Sob nenhuma circunstância, o CARTÃO DE RESPOSTAS será substituído devido a erro, desatenção ou falha no preenchimento por parte do candidato.
- Durante a realização da prova, estão vedados o empréstimo de materiais, a comunicação entre candidatos ou terceiros, a utilização de quaisquer dispositivos, como máquina calculadora e/ou similares, livros, anotações, réguas de cálculo, impressos ou qualquer outro material de consulta.
- A prova objetiva terá duração de **até 3 horas**, incluído o tempo para preenchimento do CARTÃO DE RESPOSTAS.
- Após o início da prova, o candidato deverá permanecer na sala pelo **tempo mínimo de 60 minutos**.
- Ao terminar a prova, o candidato devolverá ao fiscal da sala o CARTÃO DE RESPOSTAS.
- O candidato só poderá levar o CADERNO DE QUESTÕES **quando estiver faltando 60 minutos para o término do tempo total de duração da prova**. Por razões de segurança, o candidato que sair antes desse horário não poderá copiar suas respostas.
- Os dois últimos candidatos de cada sala de prova deverão permanecer no recinto, a fim de acompanhar o lacre do material, quando então poderão retirar-se do local após concluído o procedimento.

DIREITOS AUTORAIS RESERVADOS. PROIBIDA A REPRODUÇÃO, AINDA QUE PARCIAL, SEM AUTORIZAÇÃO PRÉVIA.

01. Recém-nascido pré-termo de muito baixo peso, com menos de 28 semanas de idade gestacional, foi colocado imediatamente após o nascimento em um saco plástico (sem secá-lo), com a cabeça coberta por um gorro. Qual o principal mecanismo de perda de calor que essa conduta em sala de parto buscou reduzir?

(A) Perda por radiação
(B) Perda por convecção
(C) Perda por condução
(D) Perda por evaporação

---

02. Recém-nascido a termo, durante a fase aguda de um choque séptico, apresentou saturação de oxigênio em ar ambiente de 95% no membro superior direito e de 82% no membro inferior direito. Esse achado relaciona-se mais provavelmente com a presença de

(A) *shunt* direita-esquerda através do canal arterial, secundário a hipertensão pulmonar persistente.
(B) retorno venoso pulmonar anômalo total, com necessidade de ecocardiografia confirmatória.
(C) hipertensão pulmonar com *shunt* direita-esquerda predominante pelo forâmen oval.
(D) hipertensão pulmonar devido a cardiopatia congênita cianótica ductodependente.

---

03. Recém-nascido, de 36 horas de vida, nascido a termo com peso adequado para a idade gestacional e Apgar 9/10, encontrava-se em alojamento conjunto, com cianose central discreta, que se intensificava durante o choro e as mamadas. Ao exame físico, a criança apresentava bom estado geral, com frequência respiratória de 55 mpm, sem retrações ou gemência, e bulhas cardíacas normofonéticas. Oximetria de pulso revelou saturação de oxigênio de 76% no membro superior direito e de 74% no membro inferior direito. Foi realizado teste de hiperóxia com oferta de oxigênio a 100% por 10 minutos, resultando em uma PaO_2 de 52 mmHg. Considerando os achados clínicos e o resultado do teste de hiperóxia à beira do leito, qual o diagnóstico mais provável e qual a conduta imediata após transferência do paciente para a UTI neonatal?

(A) Iniciar infusão contínua de prostaglandina E1 (PGE1) por suspeita de cardiopatia com fluxo pulmonar dependente do canal arterial.
(B) Iniciar oxigenoterapia com fração inspirada de 100% e solicitar radiografia de tórax para investigar pneumonia neonatal.
(C) Realizar ecocardiografia de urgência e aguardar a confirmação anatômica antes de iniciar qualquer terapêutica medicamentosa.
(D) Prescrever antibioticoterapia de amplo espectro e surfactante pulmonar, considerando hipertensão pulmonar persistente do recém-nascido.

04. Em uma criança de 1 mês, a estenose duodenal proximal à ampola de Vater pode progredir com manifestações clínicas da estenose hipertrófica de piloro, mas o diagnóstico diferencial pode ser estabelecido por

(A) cintilografia com tecnécio ou DMSA.
(B) radiografia com contraste.
(C) radiografia simples.
(D) ultrassonografia.

---

05. Lactente masculino, de 38 dias de vida, nascido de parto vaginal a termo (pré-natal completo, sem intercorrências), em aleitamento materno exclusivo, foi trazido à consulta por icterícia persistente. Era o primeiro filho de pais não consanguíneos. Peso e comprimento ao nascimento estavam adequados para a idade gestacional, com Apgar de 9/9. A triagem neonatal foi normal. A mãe relatou ter observado que, desde a segunda semana de vida, a criança apresentava urina manchando as fraldas e que as fezes, antes amarelas, tornaram-se progressivamente mais claras no mesmo período. Negou febre ou outras queixas. Ao exame, a criança encontrava-se em bom estado geral, em bom estado nutricional, contactando bem com o ambiente, ictérico, com fígado palpável a 2,5 cm do rebordo costal direito. Não havia sinais periféricos sugestivos de doença hepática crônica. Qual a conduta clínica mais adequada?

(A) Reavaliar a criança em 7 dias, pois lactentes em aleitamento materno exclusivo com bom ganho ponderal frequentemente apresentam icterícia benigna prolongada.
(B) Solicitar bilirrubina total e frações e, se houver hiperbilirrubinemia conjugada, iniciar investigação ambulatorial com retorno programado, pois o bom estado geral afasta urgência.
(C) Solicitar bilirrubina total e frações e encaminhar a criança com urgência para investigação de colestase neonatal por alta suspeita de atresia biliar.
(D) Solicitar ultrassonografia abdominal como primeiro exame e aguardar o resultado antes de encaminhar a criança para avaliação especializada.

---

06. Paciente masculino, de 4 meses, nascido a termo, foi trazido à consulta por vir apresentando irritabilidade, náusea, vômitos, distensão abdominal e dor inguinal e no baixo ventre. Não havia registro de febre. Entre a região inguinal e o saco escrotal palpou-se uma massa tenra, circunscrita e não flutuante. Após 6 horas de observação, a dor local se intensificou e os vômitos ficaram biliosos. Qual o diagnóstico mais provável?

(A) Invaginação intestinal
(B) Hérnia inguinal encarcerada
(C) Torção de testículo
(D) Abscesso de psoas

07. Lactente de 4 meses foi trazido à consulta por crescimento de lesão na face desde o nascimento (imagem abaixo). Pais referiram que não havia tratamento em curso para a condição. Assinale a assertiva correta sobre a lesão.



(A) Possui menor risco de comprometimento de vias respiratórias.
(B) Possui crescimento lento e involução rápida.
(C) Requer atenção adicional quanto a outras anomalias estruturais.
(D) Não requer investigação adicional, mas, sim, início imediato de propranolol.

08. Lactente de 5 meses foi trazido à Emergência por vômitos, distensão abdominal e respiração ofegante, quadro iniciado nas últimas 24 horas. A mãe relatou que a criança estava bem há 1 mês, quando passou a apresentar episódios de diarreia, assaduras persistentes, irritabilidade, sudorese intensa entre as mamadas e dificuldade para ganhar peso. Nas últimas horas, evoluiu com piora da prostração e dificuldade respiratória. Referiu, ainda, que um irmão falecera aos 9 meses após repetidas internações por hipoglicemia e aumento do fígado, sem diagnóstico definido. Ao exame físico, a criança encontrava-se em regular estado geral, irritadiça, com frequência cardíaca de 122 bpm, frequência respiratória de 60 mpm, afebril e sem sinais de choque. À ausculta pulmonar, constatou-se murmúrio vesicular bilateralmente, sem ruídos adventícios. O abdômen estava distendido, timpânico, com fígado palpável a 4,0 cm do rebordo costal direito. A radiografia de tórax estava normal. A glicemia capilar indicou 35 mg/dL; a gasometria venosa mostrou pH de 7,21, HCO_3^- de 10 mEq/L, pCO_2 de 24 mmHg e lactato de 8,5 mmol/L. Durante a investigação inicial, o laboratório informou não ter sido possível realizar os exames bioquímicos, pois a amostra apresentava aspecto intensamente leitoso, impossibilitando a análise. Qual a conduta inicial mais adequada?

(A) Administrar solução fisiológica para expansão volêmica e repetir os exames laboratoriais após a hidratação.
(B) Iniciar imediatamente infusão intravenosa de glicose, suspender o leite materno e prosseguir com a investigação para glicogenose hepática tipo Ia.
(C) Iniciar imediatamente infusão intravenosa de glicose, restringir proteínas e prosseguir com a investigação para acidemia propiônica.
(D) Iniciar infusão intravenosa de glicose, suspender o leite materno e iniciar tratamento para galactosemia clássica.

09. Paciente masculino, de 9 meses, com fibrose cística, foi trazido à Emergência por vômitos há 24 horas. Vinha em uso de enzimas pancreáticas. Não havia registro de alterações nas fezes ou manifestações respiratórias. Encontrava-se em regular estado geral, afebril, descorado +/4+, desidratado grave, acianótico e anictérico. Ao exame físico, apresentava pressão arterial de 75/40 mmHg, frequência cardíaca de 120 bpm, bulhas normofonéticas em 2 tempos, sem sopros, pulsos cheios e tempo de enchimento capilar de 4 segundos. Mostrava-se eupneico, com murmúrios vesiculares bem distribuídos, frequência respiratória de 34 mpm, sem desconforto e saturação de oxigênio de 98% em ar ambiente. O abdômen estava normal. Recebeu oxigenoterapia e soro fisiológico para expansão volêmica. Assinale a alternativa que contempla os distúrbios ácido-básicos e hidroeletrolíticos esperados para o paciente.

(A) Alcalose metabólica, acidose respiratória, hiponatremia, hipocloremia, hiperpotassemia e hipercalcemia
(B) Alcalose metabólica, hiponatremia, hipocloremia, hipopotassemia e hipocalcemia
(C) Acidose metabólica, isonatremia, hipocloremia, hipopotassemia e hipercalcemia
(D) Acidose metabólica, hipernatremia, hipocloremia, hiperpotassemia e cálcio iônico normal

10. Lactente de 10 meses foi trazido à consulta por prurido intenso e lesões cutâneas. A mãe informou que o quadro iniciara por volta dos 4 meses e que, desde então, observou pouca melhora, mesmo com o uso de anti-histamínicos tópicos por longos períodos e acaricidas tópicos repetidos em diferentes ciclos de tratamento. Segundo filho da família, tinha irmã hígida e pai e avó materna com história de asma (não havia registro de lesões de pele atuais entre os integrantes da família). A criança não frequentava creche. Ao exame físico, foram constatadas nítida xerose disseminada e uma discreta descamação no couro cabeludo, face com lesões eczematosas nas regiões malares, mas não no centro do rosto. As placas eczematosas ocorriam também nos cotovelos e estavam disseminadas pelo dorso e abdômen. Com sinas de escoriações por toda a pele, não havia pápulas íntegras. Qual o diagnóstico mais provável?

(A) Dermatite seborreica
(B) Dermatite atópica com escabiose
(C) Dermatite atópica agravada por eczema de contato aos medicamentos tópicos
(D) Psoríase agravada por eczema de contato aos medicamentos tópicos

11. Lactente de 1 ano e 6 meses foi internada por isquemia cerebral, tendo perdido a capacidade de se comunicar, de deglutir e de andar. A criança chegou ao hospital em crise epiléptica. Os pais (ambos com mais de 18 anos) negaram trauma e convulsões prévias. Disseram não saber o que poderia ter precipitado o quadro atual da filha, que fora encontrada convulsionando e cianótica no berço, pela mãe. Após ampla investigação, nenhuma doença foi diagnosticada para justificar a isquemia. Diante desse cenário, qual a conduta mais apropriada considerando que a criança encontrava-se em condições clínicas de alta?

(A) O médico assistente deve determinar acolhimento institucional provisório da menor, uma vez que os pais demonstram não ter condições de cuidar da filha.
(B) O médico assistente deve determinar que a família extensa assuma responsabilidade conjunta pelo cuidado da menor, uma vez que os pais demonstram não ter autonomia sobre os cuidados da filha.
(C) A suspeita de maus-tratos não pode ser confirmada no momento, devendo-se dar alta e realizar acompanhamento ambulatorial do caso; se maus-tratos forem confirmados no seguimento, deve-se notificar o Conselho Tutelar.
(D) O médico assistente deve comunicar o caso ao Conselho Tutelar antes de proceder com a alta; a família deve ser acompanhada ambulatorialmente e, se necessário, domiciliarmente.

12. Lactente de 2 anos e 1 mês foi trazida pela mãe à Emergência para atendimento no final da tarde. Referiu que a filha passou a apresentar respiração ofegante e tosse há aproximadamente 6 horas. Negou ocorrência de coriza, febre, contato com pessoas com doenças infecciosas e episódios prévios semelhantes. A Caderneta da Criança estava atualizada quanto às vacinas. Ao exame físico, a paciente encontrava-se em bom estado geral, com tiragens subcostal e furcular moderadas e sibilos à ausculta; demais aspectos do exame físico não revelaram anormalidades. Oximetria de pulso indicou 93%. Foi realizada radiografia de tórax (imagem ao lado). Com base no quadro e na imagem, qual o diagnóstico mais provável?



(A) Aspiração de corpo estranho
(B) Crise de asma
(C) Bronquiolite viral aguda
(D) Pneumonia atípica

13. Pré-escolar de 3 anos foi trazida ao Pronto-socorro por coriza, tosse produtiva, sibilância e febre baixa. A mãe referiu que, por história de crises de sibilância desde os 2 anos, a criança vinha fazendo uso de montelucaste há 6 meses. Negou hospitalizações, alterações do hábito intestinal ou outros problemas de saúde. A criança apresentava bom crescimento e estava com as vacinas atualizadas. Frequentava creche e possuía um gato de estimação. Com base na radiografia de tórax (Imagem **1**), foi liberada com prescrição de amoxicilina por via oral e salbutamol inalatório, tendo havido resolução completa dos sintomas. Seis semanas após, a criança retornou para atendimento com o mesmo quadro clínico. Foi realizada nova radiografia de tórax (Imagem **2**).

Imagem 1



Imagem 2



Qual a hipótese diagnóstica mais provável?

(A) Imunodeficiência comum variável
(B) Abscesso pulmonar
(C) Neuroblastoma
(D) Equinococose

14. Pré-escolar de 4 anos e 3 meses foi trazido pela mãe à consulta. Tinha histórico de uso de beclometasona *spray* oral até os 3 anos por crises recorrentes de sibilância. A mãe, que vira anúncios nas redes sociais sobre a vacina pneumo 20, incorporada ao Programa Nacional de Imunizações e aplicada nas UBSs, perguntou se o filho deveria fazê-la. Revisando a Caderneta da Criança, verificou-se que o paciente realizara a vacina pneumo 10 aos 2, 4 e 12 meses de vida. Qual deve ser a recomendação da médica quanto à indicação da pneumo 20 para a criança, de acordo com a *Instrução Normativa do Calendário Nacional de Vacinação 2026*, do Ministério da Saúde?

(A) Encaminhar o paciente à UBS para realização de 1 dose de pneumo 20, mesmo com o esquema vacinal completo, pois a criança está no grupo de risco devido ao histórico de doença respiratória.
(B) Encaminhar o paciente à UBS para realização de 1 dose de pneumo 20, pois o esquema vacinal está incompleto.
(C) Explicar à mãe que não há indicação de realizar a pneumo 20, pois o esquema vacinal está completo e a criança não tem condição clínica especial que justifique uma dose extra da vacina.
(D) Explicar à mãe que não há indicação de realizar a pneumo 20, pois, mesmo estando em situação de atraso vacinal, a atualização do esquema só deve ser feita para crianças com menos de 4 anos.

15. Menina de 5 anos foi trazida à consulta por apresentar evacuações com fezes endurecidas (frequência de 2 vezes/semana), há cerca de 1 ano. Com encefalopatia crônica secundária a anóxia neonatal e importante déficit neuromotor, vinha sendo mantida acamada; era totalmente dependente para as atividades de vida diária. Recebia alimentação por sonda nasogástrica. A mãe referiu episódios ocasionais de convulsões acompanhados de vômitos. Ao exame físico, o abdômen encontrava-se distendido e havia massa fecal palpável na fossa ilíaca esquerda. Em relação ao manejo da constipação da paciente, assinale a assertiva **incorreta**.

(A) Enemas de limpeza podem ser necessários nos episódios de impactação fecal ou quando a criança permanece longos períodos sem evacuar.
(B) Óleo mineral deve ser indicado devido à facilidade de uso e ao baixo custo.
(C) Leite de magnésia e lactulose podem ser utilizados como alternativas terapêuticas.
(D) Teste terapêutico com dieta isenta de proteína do leite de vaca deve ser realizado em crianças com constipação refratária ao tratamento adequado com laxativos.

16. Menina de 6 anos apresentou pubarca precoce seguida de telarca precoce. Seu crescimento também se acelerou nos últimos 6 meses, sendo atualmente a mais alta de sua turma. Para investigação inicial dessa situação clínica, recomenda-se realizar

(A) raio X de idade óssea e dosagens de LH basal e SDHEA.
(B) tomografia computadorizada de adrenais.
(C) ressonância magnética de sela túrcica.
(D) teste de estímulo do cortisol e 17-OH progesterona com cortrosina.

17. Menino de 6 anos, previamente hígido, foi trazido à consulta por quadro de dor inguinal direita de início súbito, associada a aumento do volume local, há cerca de 6 horas. A mãe referiu que a criança apresentara náuseas e 2 episódios de vômitos, além de recusa alimentar. Ao exame físico, identificou-se massa inguinal dolorosa à palpação e irredutível, sem sinais flogísticos cutâneos evidentes. O abdômen estava levemente distendido; os ruídos hidroaéreos, diminuídos. A criança apresentava dor difusa à palpação, sem sinais claros de peritonite. Qual a conduta mais adequada no momento?

(A) Observação clínica e eco-Doppler da região inguinal
(B) Exploração cirúrgica imediata e correção definitiva da hérnia
(C) Antibioticoterapia empírica e tratamento cirúrgico eletivo
(D) Redução manual da hérnia sob analgesia e sedação

18. Criança de 6 anos foi trazida à consulta por palidez, cansaço aos esforços e episódios recorrentes de icterícia desde os primeiros anos de vida. A mãe referiu que o pai fora submetido a uma cirurgia na juventude em virtude de quadro de anemia crônica, mas não soube dar mais detalhes. Ao exame físico, a criança apresentava palidez mucocutânea discreta, icterícia nas escleróticas oculares e baço palpável 3,0 cm abaixo do rebordo costal esquerdo. A avaliação laboratorial mostrou eritrócitos de 3,1 x 10^6/mcL, hemoglobina de 9,2 g/dL, hematócrito de 27,6%, VCM de 86 fL, HCM de 32,7 pg, CHCM de 38 g/dL, RDW de 19%, reticulócitos de 8%, bilirrubinas totais de 3,5 mg/dL com bilirrubina indireta de 3,1 mg/dL, LDH elevada e haptoglobina reduzida. O teste de Coombs direto foi negativo. O esfregaço de sangue periférico evidenciou hemácias pequenas, arredondadas, densamente coradas, sem palidez central, além de numerosos reticulócitos. Qual o diagnóstico mais provável?

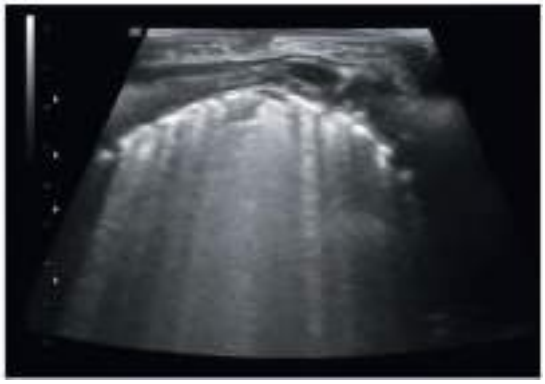
(A) β-talassemia maior
(B) Deficiência de glicose-6-fosfato desidrogenase
(C) Anemia hemolítica autoimune
(D) Esferocitose hereditária

19. Escolar de 6 anos, sem comorbidades, foi internado em hospital terciário com diagnóstico de pneumonia bacteriana típica adquirida na comunidade. Vinha recebendo ampicilina intravenosa na dose de 300 mg/kg/dia há 84 horas. Contudo, mantinha febre e proteína C reativa de 237 mg/L (valor de referência: até 5,0 mg/L). Foi realizado *POCUS*. Qual das imagens abaixo corresponde ao processo patológico que justifica a evolução clínica do paciente?

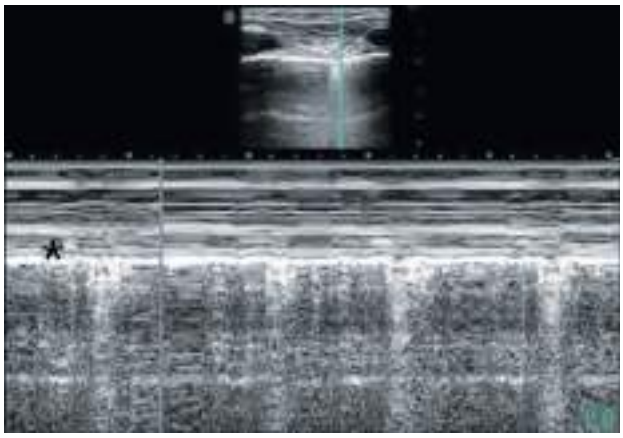
(A)



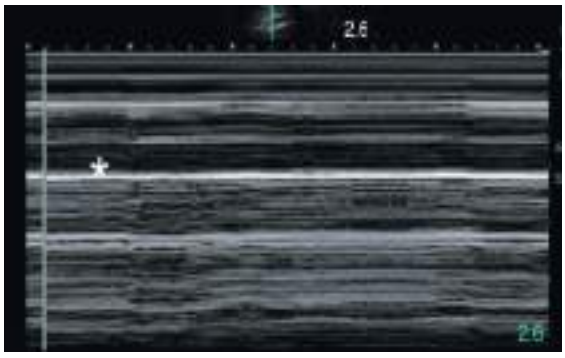
(B)



(C)



(D)



20. Paciente feminina, de 7 anos, foi hospitalizada por história de diarreia sanguinolenta há 72 horas**,** acompanhada de diminuição da diurese, irritabilidade e palidez progressiva. Ao exame físico, apresentava palidez cutânea acentuada, edema periorbitário bilateral discreto e pressão arterial de 138/92 mmHg**.** Os exames complementares indicaram hemoglobina de 6,9 g/dL, plaquetas de 65.000/mm^3, creatinina de 2,3 mg/dL e esfregaço periférico com esquizócitos. A conduta inicial mais apropriada é indicar

(A) tratamento de suporte, com monitorização rigorosa e controle hidroeletrolítico com avaliação da função renal.
(B) plasmaférese imediatamente para reversão da microangiopatia.
(C) transfusão de plaquetas para prevenção de sangramentos.
(D) antibioticoterapia empírica na primeira hora para erradicação do agente infeccioso intestinal.

21. Paciente masculino, de 7 anos, foi trazido ao Pronto-socorro por febre persistente, mesmo tendo recebido antitérmicos por 4 dias, além de tosse e prostração. Apresentava calafrios e dor torácica progressiva à esquerda. Ao exame físico, constataram-se retrações intercostais bilaterais, crepitantes em ambas as bases e diminuição de entrada de ar à direita. A saturação de oxigênio era de 90% em ar ambiente. A radiografia pulmonar mostrou hiperinsuflação à esquerda, condensação no lobo inferior direito, com áreas irregulares de cavitação em seu interior, e pequeno derrame pleural. O hemograma evidenciou leucocitose e anemia. Que agente etiológico, dentre os abaixo, é o mais provável?

(A) *Pseudomonas aeruginosa*
(B) SARS-CoV-2
(C) *Moraxella catarrhalis*
(D) *Staphylococcus aureus*

22. Menino de 8 anos, com diagnóstico de doença falciforme tipo HbSS, em uso regular de hidroxiureia, foi trazido ao Pronto-socorro pediátrico com queixa de dor intensa nos membros inferiores e região lombar, iniciada há cerca de 6 horas, sem febre, sem sinais respiratórios ou queda do estado geral. Ao exame físico, encontrava-se choroso, com dor à palpação óssea, sem sinais de infecção localizada; a ausculta pulmonar estava normal; e a saturação de oxigênio era de 98% em ar ambiente. Qual a conduta mais adequada para o manejo inicial da dor?

(A) Prescrever anti-inflamatório não esteroidal por via oral e reavaliar em 24 horas em nível ambulatorial, evitando-se o uso de opioides pelo risco de dependência.
(B) Iniciar analgesia com opioide em dose fixa e em horários regulares, associada a hidratação para manutenção da volemia normal, com reavaliação da dor.
(C) Iniciar hidratação venosa vigorosa (acima da necessidade basal), associada a opioide em dose fixa e em intervalos regulares, com reavaliação periódica da dor.
D) Suspender temporariamente a hidroxiureia e substituí-la por transfusão de troca profilática para manter a HbS < 30%.

---

23. Escolar de 9 anos, acompanhado ambulatorialmente por asma, em uso de beclometasona inalatória com espaçador, na dose de 400 mcg/dia (1 jato de 200 mcg, 2 vezes/dia), foi trazido à consulta de revisão. A mãe relatou tosse matinal (4 vezes/semana) e dispneia aos exercícios físicos, que aliviavam com salbutamol inalatório. Apresentava boa técnica inalatória e boa adesão ao tratamento. Não possuía comorbidades. Desde a última consulta há 3 meses, teve uma exarcebação com necessidade de atendimento em Emergência, onde permaneceu em observação por 12 horas, tendo feito uso de salbutamol, corticosteroide oral e suplementação de oxigênio. Qual a conduta mais adequada, de acordo com o *Global Initiative for Asthma* (2026)?

(A) Aumentar a dose da beclometasona para 600 mcg/dia (1 jato de 200 mcg, 3 vezes/dia); usar salbutamol inalatório se houver crise.
(B) Substituir beclometasona por fluticasona 500 mcg/dia (1 jato de 250 mcg, 2 vezes/dia); usar salbutamol inalatório associado a fluticasona se houver crise.
(C) Substituir beclometasona por formoterol 6 mcg + budesonida 100 mcg (2 cápsulas de manhã e 1 cápsula à noite); usar cápsulas extras de formoterol + budesonida se houver crise.
(D) Associar montelucaste a beclometasona; usar salbutamol inalatório se houver crise.

24. Escolar de 9 anos, acompanhado em hospital terciário por asma desde os 2 anos, foi trazido pela mãe (grávida, de 39 anos, com 33 semanas) à consulta de revisão. Vinha em uso de beclometasona inalatória com bom controle da doença. Nascido com idade gestacional de 33 semanas, não apresentava outros dados relevantes de anamnese. A mãe aproveitou a consulta para se aconselhar com a médica sobre a vacinação contra o vírus sincicial respiratório durante a gestação. Com história de abortamento prévio espontâneo, estava com medo de receber o imunizante porque viu, na internet, que a vacina fora associada a aumento do risco de parto prematuro. Informou fazer pré-natal regularmente na UBS e ter sido orientada a realizar a vacina com 28 semanas de gestação. Diante do contexto, que orientação deve ser dada à mãe, considerando as informações contidas no documento *Estratégia de Vacinação contra o Vírus Sincicial Respiratório em Gestantes*, do Ministério da Saúde (2026)?

(A) Aconselhar que ela não faça a vacina, uma vez que não há mais benefício em receber o imunizante na idade gestacional atual.
(B) Aconselhar que ela não faça a vacina, uma vez que há possibilidade de realizar palivizumabe na criança ao nascimento.
(C) Aconselhar que ela faça a vacina na UBS, uma vez que não há evidências suficientes para afirmar que o nascimento prematuro represente um risco de segurança relacionado à vacina.
(D) Aconselhar que ela faça a vacina na rede particular, uma vez que o imunizante disponível na rede privada tem um melhor perfil de segurança em comparação ao disponível no SUS.

---

25. Adolescente masculino, de 11 anos, foi trazido à consulta por ter iniciado, de forma súbita, com sede excessiva e perda de peso, apesar do aumento de apetite. Recentemente, fez uso de antibióticos para dor de garganta, sem melhora do quadro. Realizados exames para avaliação de perda de peso, foram constatadas glicemia de 287 mg/dL e hemoglobina glicada de 8,6%. Não apresentava história familiar de diabetes melito. Com relação à situação do paciente, assinale a assertiva **incorreta**.

(A) A história clínica e os achados laboratoriais são típicos de diabetes melito tipo 1.
(B) O paciente poderá apresentar outra endocrinopatia autoimune associada.
(C) Está indicada insulinoterapia no sentido de evitar a evolução para cetoacidose diabética.
(D) Está recomendada a realização de teste oral de tolerância à glicose para confirmação do diagnóstico de diabetes melito.

26. Escolar de 9 anos foi trazido pelos pais à consulta de puericultura para revisão de rotina. Durante o atendimento, o menino compartilhou com a médica a informação de que começara a fazer postagens semanais monetizadas no YouTube®, em que aparecia divulgando dicas de jogos de tabuleiro, livros e passeios culturais. O pai informou que vinculou o canal da criança à sua conta, como responsável legal. O menino, empolgado com o projeto, pediu à pediatra que ela se inscrevesse no canal. Disse que, com o impulsionamento pago pelo pai, a quantidade de inscritos no canal vinha aumentando cada vez mais. Como a médica deve proceder nessa situação, considerando o disposto na Lei nº 15.211/2026 (*ECA Digital*)?

(A) Parabenizar o paciente pela produção de conteúdo de qualidade e informar que a legislação não permite que médicos sigam pacientes no YouTube® ou em outras redes sociais.
(B) Parabenizar o paciente pela produção de conteúdo de qualidade, mas orientar que o canal da criança deve ser encerrado, pois é proibido que crianças com menos de 16 anos tenham conta no YouTube®.
(C) Estimular a reflexão da família quanto às possíveis consequências da exposição da criança na plataforma e orientar que o canal seja temporariamente suspenso, pois é proibido que crianças com menos de 10 anos tenham conta no YouTube®, mesmo com vinculação a uma conta de um responsável.
(D) Estimular a reflexão da família quanto às possíveis consequências da exposição da criança na plataforma e questionar se o alvará judicial foi providenciado para regularização do canal junto ao YouTube®.

27. Adolescente masculino, de 14 anos, foi encaminhado para avaliação por dificuldade de atenção e queda importante do rendimento escolar, quadro iniciado há aproximadamente 4 meses. Os pais relataram que, até então, apresentava bom desempenho acadêmico e não havia história de desatenção, hiperatividade ou impulsividade. O pai possuía diagnóstico de transtorno do déficit de atenção/hiperatividade (TDAH). Ao exame, não foram constatadas alterações neurológicas. Considerando os critérios diagnósticos para TDAH do *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais* (5ª edição, texto revisado), assinale a assertiva correta.

(A) É possível estabelecer o diagnóstico de TDAH, pois o aumento das demandas escolares na adolescência pode justificar o aparecimento dos primeiros sintomas aos 14 anos.
(B) Não é possível estabelecer o diagnóstico de TDAH apenas com esses dados, pois os sintomas surgiram recentemente (aos 14 anos), sendo necessária a investigação de outras causas para o quadro.
(C) História familiar de TDAH constitui um dos principais critérios diagnósticos e permite confirmar o diagnóstico, mesmo sem sintomas prévios na infância.
(D) Presença de sintomas de desatenção por mais de 3 meses e queda do rendimento escolar são suficientes para o diagnóstico de TDAH, independentemente da idade de início.

28. Adolescente feminina, de 15 anos, foi trazida à UBS pela mãe por estar preocupada com o isolamento social da filha no último mês, queda no rendimento escolar e crises frequentes de choro. Durante a consulta a sós com o médico, a paciente relatou sentimento de desesperança e perda de interesse por atividades de que gostava. Admitiu que, na última semana, pesquisou na internet sobre formas de overdose medicamentosa e escreveu uma carta de despedida, embora ainda não tenha tentado nada. Negou uso de substâncias psicoativas. Ao exame do estado mental, apresentou afeto deprimido e lentificação motora, mas foi cooperativa e encontrava-se orientada no tempo e no espaço. Considerando o manejo do risco de suicídio na atenção primária, assinale a conduta mais adequada para a paciente.

(A) Classificar o risco de suicídio como alto, envolver a família/responsáveis e encaminhar a paciente imediatamente para a Emergência psiquiátrica.
(B) Realizar contenção química da paciente devido ao alto risco de suicídio, elaborar um plano de segurança, garantindo acompanhamento intensivo (sem deixá-la sozinha); orientar que a família procure o Centro de Atenção Psicossocial assim que possível.
(C) Prescrever um inibidor seletivo da recaptação de serotonina, orientar retorno em 30 dias para reavaliação e solicitar à mãe que monitore o uso do medicamento em casa.
(D) Garantir o sigilo médico absoluto sobre risco de suicídio, sem informar aos pais, mantendo atendimento individual semanal na UBS até que a ideação suicida desapareça por completo.

29. Um novo teste rápido para uma determinada infecção apresenta sensibilidade de 90% e especificidade de 95%. Um infectologista aplicou o teste em 2 cenários distintos: (I) para triagem populacional em área de baixa prevalência (1%) e (II) para investigação de pacientes sintomáticos internados em que a prevalência (probabilidade pré-teste) é de 40%. Assinale a assertiva correta sobre o desempenho do teste e a interpretação de seus resultados.

(A) O valor preditivo positivo será substancialmente maior no cenário II do que no cenário I, ainda que a sensibilidade e a especificidade do teste permaneçam inalteradas nos 2 cenários.
(B) Como a sensibilidade e a especificidade são propriedades intrínsecas do teste, os valores preditivos positivo e negativo também são constantes e independem da prevalência da doença na população testada.
(C) A razão de verossimilhança positiva (*likelihood ratio* positiva) do teste é de 0,10, indicando forte capacidade de confirmar a doença.
(D) Em área de baixa prevalência, um resultado positivo tem alta probabilidade de ser verdadeiro-positivo, razão pela qual testes de triagem são mais úteis para confirmar do que para descartar doença.

30. Criança de 5 anos sofreu injúria por submersão na piscina do clube, tendo sido atendida pelos monitores com compressões torácicas e ventilação boca-a-boca. Mantinha respiração em *gasping* até a chegada do SAMU. Foi trazida à Emergência com ventilação por bolsa-válvula-máscara e frequência cardíaca (FC) de 70 bpm. À avaliação inicial, estava hipotônica, moteada, com midríase paralítica, escore 3 na Escala de Coma de Glasgow, FC de 60 bpm e pressão sistólica de 50 mmHg. Foi prontamente intubada e transferida para a UTI pediátrica. Qual a conduta mais adequada no momento?

(A) Informar aos pais sobre a gravidade da situação e propor limitação terapêutica.
(B) Informar aos pais sobre a gravidade da situação e abertura de protocolo de morte encefálica em 6 horas.
(C) Estabilizar e tratar o paciente por 24 horas para abertura de protocolo de morte encefálica.
(D) Estabilizar sinais vitais e realizar tomografia cerebral para avaliar gravidade da lesão hipóxico-isquêmica.

HOSPITAL DE CLÍNICAS
PORTO ALEGRE RS

FundMed
Pesquisa Ensino Inovação

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE

PROCESSO SELETIVO PÚBLICO PARA PROGRAMAS DE RESIDÊNCIA MÉDICA/2027

ÁREAS DE ATUAÇÃO

PSICOGERIATRIA, PSICOTERAPIA,

PSIQUIATRIA DA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA E PSIQUIATRIA FORENSE

ANO ADICIONAL

PSIQUIATRIA (ADIÇÃO)

Nome: _____

Nº de Inscrição: | | | | | | |

Instruções

- Confira o material recebido (CARTÃO DE RESPOSTAS e CADERNO DE QUESTÕES); se houver falha, solicite a substituição ao fiscal da sala.
- Após conferir seus dados no CARTÃO DE RESPOSTAS (NOME, Nº de INSCRIÇÃO e PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MÉDICA), assine no local indicado.
- Este caderno contém **30 questões de múltipla escolha**, com quatro alternativas (**A**, **B**, **C** e **D**).
- Preencha o CARTÃO DE RESPOSTAS, único documento válido para correção da prova objetiva, com bastante atenção, à caneta esferográfica (ponta grossa, tinta azul ou preta), marcando uma única alternativa em cada questão.
- Verifique, no CARTÃO DE RESPOSTAS, as instruções para preenchimento. Sob nenhuma circunstância, o CARTÃO DE RESPOSTAS será substituído devido a erro, desatenção ou falha no preenchimento por parte do candidato.
- Durante a realização da prova, estão vedados o empréstimo de materiais, a comunicação entre candidatos ou terceiros, a utilização de quaisquer dispositivos, como máquina calculadora e/ou similares, livros, anotações, réguas de cálculo, impressos ou qualquer outro material de consulta.
- A prova objetiva terá duração de **até 3 horas**, incluído o tempo para preenchimento do CARTÃO DE RESPOSTAS.
- Após o início da prova, o candidato deverá permanecer na sala pelo **tempo mínimo de 60 minutos**.
- Ao terminar a prova, o candidato devolverá ao fiscal da sala o CARTÃO DE RESPOSTAS.
- O candidato só poderá levar o CADERNO DE QUESTÕES **quando estiver faltando 60 minutos para o término do tempo total de duração da prova**. Por razões de segurança, o candidato que sair antes desse horário não poderá copiar suas respostas.
- Os dois últimos candidatos de cada sala de prova deverão permanecer no recinto, a fim de acompanhar o lacre do material, quando então poderão retirar-se do local após concluído o procedimento.

DIREITOS AUTORAIS RESERVADOS. PROIBIDA A REPRODUÇÃO, AINDA QUE PARCIAL, SEM AUTORIZAÇÃO PRÉVIA.

01. Paciente feminina, de 26 anos, compareceu à consulta ambulatorial de Psiquiatria. Relatou que, há 2 meses, vinha apresentando tristeza frequente, avolia, anedonia, dificuldade de concentração no trabalho, redução do apetite e insônia intermediária. Referiu pensamentos de morte, porém negou ideação suicida. Em sua história psiquiátrica, havia registro de 1 episódio semelhante há 2 anos, com boa resposta ao uso de sertralina, mas o medicamento foi mantido por poucos meses. Referiu também que, no último ano, teve 2 episódios, com duração de 4-5 dias, em que se sentia mais alegre e motivada do que o normal, fazendo planos e se sentindo confiante. Informou que dormia pouco nesses períodos, mas tinha muita energia e era mais produtiva no trabalho (seus colegas diziam que ela ficava mais falante e agitada), mas que, de modo geral, se sentia bem. Negou uso de substâncias psicoativas ou comorbidades clínicas. Que tratamento farmacológico, dentre os abaixo, é considerado opção de primeira linha para o episódio descrito, segundo o *Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments* (CANMAT)?

(A) Quetiapina
(B) Sertralina
(C) Lítio
(D) Lamotrigina

---

02. Paciente feminina, de 55 anos, procurou a Emergência de um hospital geral por hemiparesia à direita, de início há cerca de meia hora. Relatou já terem ocorrido 2 episódios semelhantes. Com hipertensão arterial, negou outras comorbidades clínicas ou diagnósticos psiquiátricos prévios. Informou que vinha passando por conflitos familiares que geraram estresse significativo. O exame neurológico apresentava incongruências em relação aos sintomas relatados. Os exames de neuroimagem realizados também não evidenciaram alterações que explicassem os sintomas. Considerando as informações fornecidas, qual o diagnóstico mais provável?

(A) Transtorno de sintomas neurológicos funcionais
(B) Transtorno de sintomas somáticos
(C) Transtorno do pânico
(D) Transtorno factício

03. Paciente masculino, de 31 anos, em acompanhamento para tratamento de depressão, compareceu ao retorno ambulatorial 2 semanas após o último atendimento. Apesar de adesão regular já há 6 semanas à dose de 225 mg de venlafaxina, persistia com resposta sintomática insatisfatória, razão pela qual foi proposto início gradual de aripiprazol 5 mg/dia na primeira semana e 10 mg/dia após. Referiu melhora da energia e do ânimo e sono preservado, porém se queixou de inquietação durante o dia. Na consulta, levantou-se repetidamente da cadeira, caminhou pelo consultório e movimentou continuamente as pernas quando solicitado a permanecer sentado. Referiu, também, uma intensa sensação de desconforto interno, dizendo que "não conseguia parar quieto". Negou sintomas cardiovasculares, respiratórios ou gástricos; não se lembrava de já ter sentido essa inquietação em outras vezes. Ao exame neurológico, não apresentava rigidez, bradicinesia, tremor ou distonia. Qual a hipótese diagnóstica e qual a conduta mais apropriada?

(A) Ansiedade associada a depressão – Aumentar a dose do aripiprazol para melhor controle dos sintomas.
(B) Virada maníaca – Manter aripiprazol e iniciar lítio, além de combinar redução da dose de venlafaxina até a suspensão.
(C) Acatisia induzida por antipsicótico – Suspender aripiprazol ou reduzir a dose.
(D) Parkinsonismo induzido por antipsicótico – Associar biperideno ao esquema medicamentoso.

---

04. Paciente masculino, de 75 anos, com diagnóstico de doença de Parkinson há 10 anos, compareceu à consulta ambulatorial de Psiquiatria para reavaliação do tratamento após ser diagnosticado com um episódio depressivo. Encontrava-se em uso de sertralina 50 mg/dia, com boa resposta. Referiu persistir com alterações relacionadas ao sono: frequentemente acordava durante a noite, após já ter dormido por algumas horas; apresentava movimentos e vocalizações durante o sono; sentia-se bastante alerta após despertar e muitas vezes não conseguia voltar a dormir. Qual o diagnóstico mais provável?

(A) Síndrome das pernas inquietas
(B) Transtorno do pesadelo
(C) Transtorno de despertar do sono não REM
(D) Transtorno comportamental do sono REM

05. Paciente masculino, de 52 anos, foi trazido à Emergência clínica após apresentar uma crise convulsiva, que cessou após poucos minutos. Em seu histórico, não constavam episódios de convulsão, e os exames realizados à admissão não evidenciaram outras anormalidades. O paciente também não fazia uso de substâncias psicoativas. Seu único fármaco de uso contínuo era clozapina para tratamento de transtorno esquizoafetivo. Com boa resposta ao fármaco, no último mês precisou aumentar a dose de 500 mg/dia para 600 mg/dia. Assinale a alternativa que descreve a conduta mais adequada em relação à prescrição de psicofármacos para o paciente no momento.

(A) Suspender a clozapina por 1 dia e, após, reiniciar com metade da dose anterior e prescrever ácido valproico.
(B) Suspender a clozapina por 1 semana e, após, reiniciar com metade da dose anterior e prescrever ácido valproico.
(C) Suspender a clozapina por tempo indeterminado e iniciar outro antipsicótico.
(D) Manter a clozapina na dose atual.

---

06. Paciente masculino, de 20 anos, procurou atendimento devido a medo intenso e persistente de situações sociais nas quais poderia ser observado ou avaliado pelos outros. Referiu ansiedade marcada em apresentações acadêmicas, entrevistas de estágio e conversas com pessoas desconhecidas, acompanhada de rubor facial, tremores e palpitações. Em consequência, passou a evitar essas situações, faltou a aulas e perdeu uma oportunidade de estágio. Nos últimos meses, relatou aumento do consumo de álcool antes de eventos sociais, pois percebeu melhora temporária da ansiedade. Negou sintomas depressivos, psicóticos ou episódios de pânico inesperados. Considerando as evidências atuais para o manejo do transtorno de ansiedade social, qual a conduta inicial mais adequada?

(A) Iniciar sertralina em baixa dose e recomendar suspensão do consumo de álcool, postergando a psicoterapia para depois da estabilização clínica.
(B) Iniciar terapia cognitivo-comportamental associada a um inibidor seletivo de recaptação de serotonina (ISRS), explicando que comportamentos como o uso de álcool podem reduzir a aprendizagem do enfrentamento da ameaça e, portanto, a eficácia das intervenções de exposição.
(C) Iniciar venlafaxina como primeira escolha, uma vez que metanálises demonstram eficácia superior a ISRS para ansiedade social.
(D) Prescrever clonazepam para antes das situações sociais temidas, mantendo seu uso durante a terapia de exposição para reduzir a ansiedade antecipatória.

07. Paciente feminina, de 25 anos, que estava em tratamento para um episódio depressivo (sertralina 200 mg/dia e nortriptilina 50 mg/dia, tendo apresentado boa resposta), referiu, em sua consulta de reavaliação com o psiquiatra assistente, que, nos últimos dias, passou a apresentar insônia, palpitações e ansiedade. Durante a consulta, o psiquiatra observou tremores. Ao realizar um breve exame neurológico para confirmar a suspeita diagnóstica, constatou que a paciente apresentava hiperreflexia. Considerando o quadro clínico, assinale a alternativa que contempla a conduta mais adequada.

(A) Acrescentar clonazepam 0,5 mg à prescrição.
(B) Suspender a sertralina e a nortriptilina.
(C) Suspender a nortriptilina.
(D) Aumentar a dose de nortriptilina para 75 mg/dia.

---

08. Paciente feminina, de 30 anos, procurou atendimento após perder o emprego devido a repetidas faltas. Referiu história de ansiedade desde a infância. Relatou que, há cerca de 1 ano, durante uma viagem de carro, apresentou um episódio súbito de intensa taquicardia, sudorese, dispneia, tremores e sensação iminente de morte. Foi levada ao Pronto-socorro, onde, após investigação clínica, nenhum achado foi associado à etiologia dos sintomas. Desde então, passou a apresentar medo persistente de novas crises e a evitar sair sozinha de casa, utilizar transporte público e permanecer em locais de difícil escape, por receio de não conseguir ajuda caso voltasse a passar mal. Negou uso de substâncias ou doenças clínicas relevantes. Após confirmar o diagnóstico de transtorno do pânico com agorafobia, foi prescrita sertralina 25 mg/dia. Três dias depois, retornou referindo piora importante da ansiedade, aumento das crises de pânico e desejo de interromper o tratamento por acreditar que o medicamento “lhe fez mal”. Qual a conduta mais adequada?

(A) Suspender imediatamente a sertralina e iniciar clonazepam em monoterapia, pois a piora inicial pode indicar intolerância a inibidor seletivo de recaptação de serotonina (ISRS).
(B) Substituir a sertralina por venlafaxina, pois ISRSs apresentam menor risco de ativação de sintomas de ansiedade nas primeiras semanas.
(C) Explicar à paciente que pode ocorrer exacerbação transitória dos sintomas no início do tratamento, manter a sertralina, reavaliar a velocidade da titulação e considerar benzodiazepínico por curto período, se necessário.
(D) Suspender o antidepressivo e iniciar exclusivamente terapia cognitivo-comportamental, já que a combinação com farmacoterapia não apresenta vantagem clínica.

09. Professora de 42 anos procurou atendimento por episódio depressivo maior ocorrido há 3 meses. Referiu humor deprimido, anedonia, perda de peso, fadiga intensa e dificuldade para exercer suas atividades profissionais. Era seu terceiro episódio depressivo: há 8 anos, respondeu bem ao uso de sertralina; há 3 anos, respondeu à terapia cognitivo-comportamental. Atualmente não apresentava sintomas psicóticos nem risco suicida, mas seu funcionamento ocupacional encontrava-se significativamente comprometido. Ela aceitou tanto psicoterapia quanto medicação. Segundo o *Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments* (CANMAT), qual a conduta inicial mais apropriada?

(A) Psicoterapia isolada
(B) Antidepressivo isolado
(C) Tratamento combinado de antidepressivo com psicoterapia
(D) Estimulação magnética transcraniana como tratamento inicial

---

10. Paciente masculino, de 36 anos, apresentou episódio depressivo maior moderado. Com obesidade (IMC de 34 kg/m^2), referiu fadiga importante e manifestou grande preocupação com ganho de peso e disfunção sexual. Não possuía transtornos de ansiedade nem epilepsia. Que antidepressivo, dentre os abaixo, representa a escolha inicial mais apropriada?

(A) Mirtazapina
(B) Paroxetina
(C) Escitalopram
(D) Bupropiona XL

---

11. Paciente feminina, de 63 anos, apresentou episódio depressivo maior grave. Estava há 3 semanas recusando alimentação (tendo perdido 12 kg), referia delírios de culpa e permanecia acamada durante grande parte do dia. Negou tentativa recente de suicídio, mas necessitava de internação. Qual o tratamento com maior nível de recomendação no momento?

(A) Escitalopram
(B) Venlafaxina XR
(C) Associação de antidepressivo com antipsicótico
(D) Eletroconvulsoterapia (ECT)

---

12. Paciente feminina iniciou o uso de escitalopram há 2 semanas para episódio depressivo maior moderado. Referiu discreta melhora do humor, mas persistia bastante sintomática. Segundo o *Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments* (CANMAT), qual a conduta adequada?

(A) Trocar imediatamente o antidepressivo.
(B) Manter a dose atual e reavaliar posteriormente.
(C) Associar imediatamente um segundo antidepressivo.
(D) Suspender o tratamento por ausência de resposta.

13. Paciente masculino, de 48 anos, apresentou episódio depressivo maior. Após 8 semanas utilizando escitalopram em dose terapêutica máxima, aderiu corretamente ao tratamento, apresentando boa tolerabilidade, porém houve apenas melhora parcial (aproximadamente 35% dos sintomas). Segundo o *Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments* (CANMAT), qual a estratégia mais apropriada?

(A) Considerar estratégia de potencialização.
(B) Acrescentar benzodiazepínico.
(C) Suspender o antidepressivo e iniciar outro.
(D) Suspender o tratamento farmacológico e iniciar psicoterapia.

---

14. Paciente masculino, de 23 anos, buscou atendimento psiquiátrico para dar seguimento a tratamento após ter sido vítima de agressão. Contou que havia viajado com a torcida organizada de seu time e que o ônibus fora atacado pela torcida organizada da equipe adversária. Relatou ter sido agredido e ter visto outras pessoas serem agredidas, inclusive uma delas precisou ser internada. Passou a apresentar muito sofrimento emocional desde então, com pouca melhora nas últimas 8 semanas. Iniciou tratamento com sertralina, prescrita pelo médico da Atenção Básica há 5 semanas, mas referiu que os pesadelos estavam muito intensos. Acordava frequentemente revivendo o ataque ao ônibus, ficando muito instável por horas e com dificuldade para adormecer. Que alternativa, dentre as abaixo, contempla a evidência mais robusta de eficácia no tratamento dos pesadelos desse quadro?

(A) Prescrever altas doses de sertralina.
(B) Trocar para venlafaxina.
(C) Associar prazosina.
(D) Associar mirtazapina.

---

15. Paciente feminina, de 15 anos, proveniente dos Estados Unidos da América, buscou atendimento psiquiátrico com sintomas de taquicardia, retraimento social e insônia nas últimas 3 semanas, quadro iniciado por ocasião da chegada ao Brasil. Ao avaliar paciente com sintomas ansiosos proveniente de outra cultura, alguns parâmetros devem ser identificados. Considerando a avaliação psiquiátrica no contexto social, assinale a assertiva correta.

(A) Os *ataques de nervos*, com a presença de choro nos ataques de pânico, costumam ocorrer nas populações de origem latina e anglo-saxã, mas não em outras populações.
(B) Nas populações de origem asiática, pode ocorrer um quadro semelhante ao transtorno obsessivo compulsivo (conhecido como *Taijin Kyofusho),* no qual os pensamentos são intrusivos e acompanhados de compulsões.
(C) O mutismo seletivo só deve ser considerado quando o paciente tem proficiência da língua em que está inserido.
(D) Geralmente os sintomas ansiosos que surgem em contexto de mudanças acabam evoluindo para um quadro mais grave com transtorno do pânico.

16. Paciente feminina, de 41 anos, procurou atendimento psiquiátrico por crises de ansiedade. Relatou episódios em que sentia uma intensa palpitação. Em 2 ocasiões, teve perda transitória da consciência durante os episódios. Os sintomas começaram há poucos meses, e a paciente disse que ocorriam menos de 1 vez/semana. Ela relacionou os sintomas à ida recente da filha adolescente para o exterior para realizar intercâmbio. Disse que sempre fora muito ligada à filha e preocupava-se com seu bem-estar longe de casa. Negou sintomas específicos anteriores, embora se descrevesse como uma pessoa "nervosa". Apresentava obesidade grau 1, sem outras comorbidades. Assinale a alternativa que contém a conduta clínica mais adequada para a paciente.

(A) Prescrever propranolol para uso pontual.
(B) Prescrever clonazepam sublingual para uso pontual.
(C) Recomendar respiração diafragmática, exercício físico regular e, se possível, início de terapia cognitivo-comportamental.
(D) Iniciar avaliação para possíveis causas cardíacas dos sintomas relatados.

17. Paciente masculino, de 31 anos, com diagnóstico de esquizofrenia desde os 19 anos (6 internações psiquiátricas), iniciou acompanhamento em Serviço Especializado após a última internação. A mãe contou que todas elas ocorreram porque o paciente deixara de tomar os antipsicóticos e passara a ter delírios paranoides e desorganização do comportamento. A psiquiatra entendeu que a alternativa farmacológica mais adequada para o momento era a administração de antipsicótico de depósito como tratamento de manutenção. Assinale a assertiva correta sobre esse tipo de fármaco.

(A) Risco de discinesia tardia quase nulo constitui a principal vantagem do palmitato de paliperidona se comparado ao haloperidol e ao zuclopentixol decanoato.
(B) O haloperidol decanoato é significativamente mais associado à sedação se comparado ao palmitato de paliperidona.
(C) O risco de efeitos extrapiramidais do zuclopentixol decanoato é significativamente maior se comparado ao palmitato de paliperidona.
(D) Tanto o haloperidol decanoato como o zuclopentixol decanoato e o palmitato de paliperidona são consistentemente eficazes em reduzir o risco de recaída dos sintomas psicóticos.

18. Em muitos contextos epidemiológicos, homens apresentam taxas mais altas de morte por suicídio do que mulheres. A literatura contemporânea tem discutido o papel das masculinidades na compreensão desse fenômeno. Assinale a alternativa que apresenta a interpretação mais adequada da relação entre masculinidades e suicídio.

(A) As masculinidades são relevantes, sobretudo por explicarem diferenças na escolha de métodos letais, o que torna o risco suicida masculino mais dependente de impulsividade e acesso a meios.
(B) Normas de masculinidade podem influenciar o risco suicida ao dificultar o reconhecimento do sofrimento, a comunicação de vulnerabilidade e a busca de ajuda.
(C) A relação entre masculinidades e suicídio é explicada principalmente pela maior frequência de sintomas externalizantes, como uso de álcool, irritabilidade e agressividade.
(D) A relação entre masculinidades e suicídio é mais bem compreendida como expressão de papéis sociais rígidos, sendo menos relevante em homens que não aderem explicitamente a ideais tradicionais de gênero.

19. Paciente feminina, de 28 anos, com transtorno bipolar tipo I, foi internada em Unidade Psiquiátrica por episódio depressivo grave com ideação suicida. Após 12 dias de internação, apresentava melhora parcial do humor, negava ideação suicida atual e solicitava alta. Ela informou morar sozinha e estar afastada do trabalho. Tinha histórico de 2 internações e referiu que costumava interromper a medicação após a alta. A mãe participava dos cuidados e estava preocupada com o retorno da paciente para casa. A equipe considerou possível a alta nos próximos dias. De acordo com recomendações atuais sobre transição entre internação psiquiátrica e cuidado comunitário, qual a conduta mais adequada?

(A) Conceder a alta com prescrição, orientações verbais e retorno ambulatorial conforme disponibilidade da agenda.
(B) Adiar a alta até a remissão completa dos sintomas e a adesão medicamentosa sustentada durante a internação.
(C) Elaborar o plano de alta compartilhado, com avaliação de segurança, rede de apoio e seguimento precoce após a alta.
(D) Encaminhar a paciente ao médico de família em até 2 semanas, mantendo retorno psiquiátrico apenas se houver recaída.

20. Paciente feminina, de 58 anos, com transtorno de ansiedade generalizada em acompanhamento estável, vinha utilizando clonazepam 1,0 mg à noite havia cerca de 12 anos. Por queixas de lentificação cognitiva e quedas, foi iniciada a retirada gradual. Após reduções sucessivas, o benzodiazepínico foi completamente suspenso há 8 semanas. Desde então, passou a relatar insônia flutuante, períodos de ansiedade intensa intercalados com dias de melhora e sintomas somáticos inespecíficos, como tremores e parestesias. Avaliação clínica geral, função tireoidiana e exame neurológico sumário realizados no seguimento não mostraram alterações. Negou uso de benzodiazepínicos não prescritos, aumento autônomo de doses, múltiplos prescritores ou busca por medicação. Não havia *delirium*, convulsões, instabilidade autonômica ou ideação suicida. A paciente perguntou se "isso significava que a ansiedade havia voltado" e solicitou retomar a dose anterior. No momento, qual a conduta inicial mais adequada?

(A) Retomar a dose prévia de clonazepam e suspender novas tentativas de retirada.
(B) Validar os sintomas, explicar a paciente o possível curso flutuante, monitorar a evolução e intensificar o suporte não farmacológico.
(C) Encaminhar a paciente para internação para manejo medicamentoso supervisionado da abstinência.
(D) Interromper prescrições futuras e encaminhar a paciente para tratamento especializado em dependência química.

---

21. Paciente masculino, de 50 anos, foi trazido pela esposa à Emergência psiquiátrica. Ela informou que o marido fazia uso de álcool diariamente, em grande quantidade (principalmente destilados), há cerca de 30 anos. Em razão dos últimos episódios, solicitou que ele fosse encaminhado a uma internação psiquiátrica para desintoxicação. Informou que, há alguns meses, o marido havia recebido o diagnóstico de cirrose, mas persistira com o mesmo padrão de consumo de álcool. Ao exame físico, apresentava hálito etílico, desorientação no tempo e espaço, nistagmo e marcha atáxica, sem outras alterações significativas. Assinale a alternativa que corresponde ao tratamento mais adequado a ser iniciado após essa avaliação.

(A) Lorazepam 2,0 mg, 3 vezes/dia, por via oral
(B) Diazepam 10 mg, 3 vezes/dia, por via oral
(C) Tiamina 300 mg, 3 vezes/dia, por via oral
(D) Tiamina 500 mg, 3 vezes/dia, por via intravenosa

22. Paciente masculino, de 34 anos, foi trazido ao Pronto-socorro após fazer uso de grande quantidade de cocaína em uma festa. Encontrava-se extremamente agitado, hipertenso, taquicárdico e diaforético. Referiu dor torácica. O eletrocardiograma não evidenciou arritmias, mas apresentou alterações inespecíficas da repolarização. Durante o atendimento, a equipe discutiu sobre a conduta inicial mais adequada. Assinale-a.

(A) O tratamento inicial deve priorizar betabloqueadores para controle da hipertensão arterial e da taquicardia.
(B) Benzodiazepínicos constituem uma das principais medidas iniciais para reduzir a hiperatividade simpática.
(C) A contenção mecânica isolada costuma ser suficiente na maioria dos casos.
(D) Naloxona reduz a toxicidade cardiovascular da cocaína.

---

23. Paciente masculino, de 30 anos, procurou atendimento 4 dias após interromper o uso diário de *crack*. Referiu humor deprimido, ansiedade, dificuldade de concentração, intensa fissura e sono prolongado. Negou uso desde a interrupção. Com base no quadro, assinale a assertiva correta.

(A) Trata-se de intoxicação persistente por *crack*.
(B) A presença de fissura praticamente exclui síndrome de abstinência.
(C) O quadro é compatível com a fase aguda de abstinência de psicoestimulantes.
(D) O surgimento de hipersonia sugere intoxicação concomitante por opioides.

---

24. Adolescente de 15 anos foi trazido à consulta por apresentar queda significativa no rendimento escolar, irritabilidade acentuada, isolamento social, alterações no padrão do sono e humor persistentemente deprimido, quadro iniciado há 4 semanas. Qual a principal hipótese diagnóstica?

(A) Transtorno depressivo maior
(B) Transtorno bipolar
(C) Transtorno de conduta
(D) Reação de ajustamento

---

25. Menino de 9 anos foi trazido à consulta por terem sido constatados os seguintes padrões: com frequência não tolera frustrações, discute com os adultos, recusa-se ativamente a obedecer a regras e culpa os outros por seus próprios erros ou por mau comportamento. Esses padrões ocorrem predominantemente em casa. Qual o diagnóstico mais provável?

(A) Transtorno opositor desafiante
(B) Transtorno do déficit de atenção com hiperatividade
(C) Transtorno de conduta
(D) Transtorno explosivo intermitente

26. Paciente masculino, de 50 anos, solteiro, com transtorno afetivo bipolar de longa evolução, foi submetido a perícia de avaliação da capacidade civil. O juiz declarou sua incapacidade para a realização de atos de natureza patrimonial e negocial. A partir desse momento, a representação do interditado para tais atos será feita por um

(A) tutor.
(B) pretor.
(C) assistente técnico.
(D) curador.

---

27. Periciado de 27 anos cometeu um assalto a banco no ano de 2025, tendo sido preso após o ato. Havia registro de cumprimento de medida socioeducativa na adolescência. Não possuía histórico de transtornos psiquiátricos ou tratamento psiquiátrico. Sua ação delitiva foi organizada e premeditada. Seis meses após ingressar na prisão, passou a apresentar insônia, mudança de comportamento, referindo alucinações auditivas e ideias delirantes de cunho persecutório. Foi submetido a Perícia de Avaliação da Imputabilidade Penal. Que conclusão pericial, dentre as abaixo, mais se aplica ao caso?

(A) O periciado é imputável, porém houve superveniência de doença mental.
(B) O periciado é semi-imputável, devido ao transtorno mental que apresenta.
(C) O periciado é inimputável, uma vez que apresenta transtorno psicótico.
(D) Não é possível avaliar a imputabilidade penal do caso, visto que o delito foi cometido há 1 ano.

---

28. Paciente feminina, de 24 anos, buscou atendimento psicoterápico por conta de medo intenso de sair de casa. Contou que o quadro iniciara há 3 anos, após um período em que ela apresentou muita ansiedade, tremores, tontura, falta de ar e taquicardia. Informou que os sintomas surgiram em casa, mas depois ficaram restritos ao período em que ela saía, razão pela qual foi reduzindo gradualmente suas saídas e atualmente só estava saindo com seu namorado. Houve redução das crises em casa com o uso de sertralina 200 mg/dia, mas a paciente não conseguiu voltar para a faculdade ou mesmo interagir com amigos sem seu namorado. Que técnica, dentre as abaixo, deveria estar presente no planejamento terapêutico da paciente, considerando a evidência de eficácia para esse transtorno?

(A) Associação livre
(B) Ativação comportamental
(C) Exposição interoceptiva
(D) Questionamento socrático

29. A indicação da psicoterapia como tratamento depende de determinadas características do paciente e da psicopatologia presente. Assinale a alternativa que contempla uma indicação adequada da psicoterapia de orientação analítica como tratamento.

(A) Anorexia nervosa
(B) Traços de personalidade disfuncionais
(C) Transtorno de ansiedade social
(D) Transtorno de estresse agudo

---

30. No ano de 2026, foi publicada a Lei nº 15.378/2026, que institui o *Estatuto dos Direitos do Paciente*. Assinale a assertiva correta sobre os direitos do paciente com base nessa lei.

(A) O paciente tem o direito de exigir retificação de seu prontuário sempre que achar pertinente.
(B) O paciente tem o direito de não consentir com a presença de estudantes durante seus cuidados de saúde.
(C) O paciente tem o direito de obter cópia de seu prontuário sem ônus, desde que a demanda seja devidamente justificada.
(D) Não cabe ao paciente fazer perguntas à equipe assistencial sobre a higienização de mãos e de instrumentos.

HOSPITAL DE CLÍNICAS
PORTO ALEGRE RS

FundMed
Pesquisa Ensino Inovação

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE

PROCESSO SELETIVO PÚBLICO PARA PROGRAMAS DE RESIDÊNCIA MÉDICA/2027

ANO ADICIONAL

TRANSPLANTE DE CÓRNEA

Nome: _____

Nº de Inscrição: | | | | | | |

Instruções

- Confira o material recebido (CARTÃO DE RESPOSTAS e CADERNO DE QUESTÕES); se houver falha, solicite a substituição ao fiscal da sala.
- Após conferir seus dados no CARTÃO DE RESPOSTAS (NOME, Nº de INSCRIÇÃO e PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MÉDICA), assine no local indicado.
- Este caderno contém **20 questões de múltipla escolha**, com quatro alternativas (**A**, **B**, **C** e **D**).
- Preencha o CARTÃO DE RESPOSTAS, único documento válido para correção da prova objetiva, com bastante atenção, à caneta esferográfica (ponta grossa, tinta azul ou preta), marcando uma única alternativa em cada questão.
- Verifique, no CARTÃO DE RESPOSTAS, as instruções para preenchimento. Sob nenhuma circunstância, o CARTÃO DE RESPOSTAS será substituído devido a erro, desatenção ou falha no preenchimento por parte do candidato.
- Durante a realização da prova, estão vedados o empréstimo de materiais, a comunicação entre candidatos ou terceiros, a utilização de quaisquer dispositivos, como máquina calculadora e/ou similares, livros, anotações, réguas de cálculo, impressos ou qualquer outro material de consulta.
- A prova objetiva terá duração de **até 3 horas**, incluído o tempo para preenchimento do CARTÃO DE RESPOSTAS.
- Após o início da prova, o candidato deverá permanecer na sala pelo **tempo mínimo de 60 minutos**.
- Ao terminar a prova, o candidato devolverá ao fiscal da sala o CARTÃO DE RESPOSTAS.
- O candidato só poderá levar o CADERNO DE QUESTÕES **quando estiver faltando 60 minutos para o término do tempo total de duração da prova**. Por razões de segurança, o candidato que sair antes desse horário não poderá copiar suas respostas.
- Os dois últimos candidatos de cada sala de prova deverão permanecer no recinto, a fim de acompanhar o lacre do material, quando então poderão retirar-se do local após concluído o procedimento.

DIREITOS AUTORAIS RESERVADOS. PROIBIDA A REPRODUÇÃO, AINDA QUE PARCIAL, SEM AUTORIZAÇÃO PRÉVIA.

01. Menino de 9 anos foi trazido à consulta por prurido ocular intenso, fotofobia e secreção mucoide. Ao exame, apresentava papilas gigantes na conjuntiva tarsal superior, além de nódulos gelatinosos esbranquiçados no limbo. Qual o diagnóstico mais provável e qual o achado limbar descrito?

(A) Conjuntivite alérgica sazonal – folículos linfoides
(B) Ceratoconjuntivite atópica – edema limbar
(C) Ceratoconjuntivite vernal – nódulos de Horner-Trantas
(D) Conjuntivite papilar gigante – *pannus* limbar

02. Paciente de 34 anos veio à consulta por piora progressiva da visão, mesmo com uso de óculos. Apresentava refração: astigmatismo irregular importante bilateral. À topografia corneana, observou-se um padrão de "garra de caranguejo", com a área de máxima protrusão localizada acima da zona afinada. Paquimetria central estava preservada, com afinamento significativo apenas na periferia inferior. Qual o diagnóstico mais provável?

(A) Ceratocone
(B) Ceratoglobo
(C) Ectasia pós-LASIK
(D) Degeneração marginal pelúcida

03. Paciente feminina, de 68 anos, sem comorbidades sistêmicas conhecidas, queixou-se de ardência ocular e sensação de corpo estranho, com piora ao longo do dia. Ao exame, apresentava Schirmer I de 3,0 mm bilateralmente; TBUT de 8 segundos; meibografia sem sinais de atrofia glandular, com expressão de meibo de aspecto normal. Qual o mecanismo predominante de olho seco na paciente e qual achado justifica essa classificação?

(A) Deficiência aquosa – Schirmer muito baixo com meibografia e expressão glandular preservadas
(B) Evaporativo, por disfunção de glândulas de Meibômio – TBUT reduzido
(C) Evaporativo, por deficiência de mucina – ausência de blefarite associada
(D) Não é possível classificar sem teste de osmolaridade lacrimal.

04. Paciente masculino, de 24 anos, consultou porque deseja realizar cirurgia refrativa para independência de óculos. Apresentava refração estável há 2 anos: -8,00 -2,00 cil x 180º em ambos os olhos; paquimetria central de 510 μm bilateralmente; e ceratometria média de 41.00D. Topografia corneana mostrava padrão regular, sem assimetria inferior-superior, sem sinais de afinamento localizado. O mapa de elevação posterior encontrava-se dentro da normalidade. Não havia histórico familiar de ceratocone. Assinale a alternativa que representa a opção mais segura de cirurgia refrativa para o paciente.

(A) LASIK com *laser* de femtossegundo
(B) LASIK com microcerátomo
(C) PRK com mitomicina C
(D) Lente fácica

05. Recém-nascido a termo, sem comorbidades sistêmicas, foi diagnosticado, por meio do teste do reflexo vermelho (teste do olhinho), com catarata bilateral, densa, central, medindo aproximadamente 4,0 mm de diâmetro, visualizada já na primeira consulta neonatal com 2 semanas de vida. Exame oftalmológico não revelou outras anormalidades associadas (sem microftalmia, sem nistagmo no momento do exame). Qual a conduta mais apropriada?

(A) Cirurgia entre 6-8 meses, para permitir maior maturidade anestésica; o risco de atraso é apenas estético.
(B) Cirurgia idealmente entre 6-8 semanas; o principal risco de atraso é ambliopia de privação irreversível, pela interrupção do período crítico de desenvolvimento visual.
(C) Aguardar até 1 ano, pois cirurgia bilateral precoce aumenta desproporcionalmente o risco de glaucoma afácico se comparado com o risco de cirurgia tardia.
(D) Não há necessidade de definir uma janela específica, desde que a cirurgia ocorra antes dos 2 anos.

06. Paciente de 58 anos, com diagnóstico de distrofia endotelial de Fuchs, consultou por edema estromal e epitelial. A acuidade visual era 20/200, sem cicatrizes estromais ou irregularidade de superfície associadas. Endotélio da córnea doadora estava disponível com contagem celular de 2.800 células/mm^2. Qual a primeira escolha terapêutica para o caso?

(A) Ceratoplastia endotelial da membrana de Descemet (DMEK)
(B) Ceratectomia superficial e lente de contato terapêutica
(C) Ceratoplastia lamelar anterior profunda (DALK)
(D) Ceratoplastia penetrante

07. Paciente de 45 anos, 8 meses após ceratoplastia penetrante por ceratocone avançado, procurou atendimento com queixa de olho vermelho, fotofobia e baixa acuidade visual há 2 dias. Ao exame, apresentava hiperemia perilímbica, precipitados ceráticos finos, edema estromal e epitelial no terço inferior até o eixo visual e reação de câmara anterior +2. Acuidade visual caiu de 20/25 para 20/80. Qual o diagnóstico mais provável e qual a conduta inicial mais apropriada?

(A) Rejeição epitelial isolada – Observação clínica, pois a condição costuma ser autolimitada sem necessidade de tratamento intensivo.
(B) Rejeição endotelial – Uso de corticosteroide tópico de alta potência, de hora em hora.
(C) Falência primária do enxerto – Encaminhamento direto para novo transplante, pois corticosteroide não reverte esse quadro.
(D) Ceratite infecciosa – Suspensão do corticosteroide tópico e início de antibiótico de amplo espectro.

08. Recém-nascido, filho de pais consanguíneos (primos de primeiro grau), apresenta opacificação corneana bilateral e simétrica desde o nascimento, com aspecto de “vidro fosco” difuso à biomicroscopia. Diâmetro corneano encontrava-se dentro da normalidade para a idade. Pressão intraocular era normal em ambos os olhos sob sedação. Paquimetria estava muito aumentada bilateralmente (> 1.000 μm). Não havia fotofobia importante nem blefaroespasmo. Nistagmo pendular discreto foi notado no seguimento. Qual o diagnóstico mais provável?

(A) Glaucoma congênito primário
(B) Distrofia endotelial congênita hereditária
(C) Distrofia polimorfa posterior
(D) Esclerocórnea

---

09. O tempo máximo que uma córnea doadora preservada para transplante pode ficar no meio de preservação Optisol ou Eusol é

(A) 28 dias.
(B) 21 dias.
(C) 14 dias.
(D) 7 dias.

---

10. Paciente de 29 anos, que faz uso diário de lentes de contato gelatinosas, procurou atendimento por dor ocular desproporcional aos achados clínicos. Referiu piora progressiva, apesar de já ter recebido tratamento empírico com colírio de moxifloxacino por 5 dias. Ao exame, foram constatados infiltrado estromal anelar paracentral, ceratoneurite radial e epitélio irregular sobrejacente, sem hipópio. Qual o diagnóstico mais provável?

(A) Ceratite por *Acanthamoeba*
(B) Ceratite bacteriana por organismo atípico
(C) Ceratite herpética estromal
(D) Ceratite fúngica

---

11. Paciente de 68 anos apresentou baixa visual súbita, indolor, em OD, há 4 horas. Ao exame, constataram-se defeito pupilar aferente relativo e retina esbranquiçada com mancha vermelho-cereja na mácula. Com base no quadro, assinale a assertiva correta.

(A) Fotocoagulação panretiniana deve ser realizada imediatamente.
(B) Descolamento de retina é a principal etiologia.
(C) Tratamento com anti-VEGF é a medida inicial.
(D) O quadro é compatível com oclusão da artéria central da retina.

---

12. Na cirurgia de catarata de paciente com síndrome de pseudoexfoliação, que fator, dentre os abaixo, mais aumenta o risco de complicações intraoperatórias?

(A) Fragilidade zonular
(B) Miopia elevada
(C) Edema macular prévio
(D) Glaucoma

---

13. Paciente com glaucoma primário de ângulo aberto apresentou progressão documentada do campo visual, apesar de pressão intraocular de 15 mmHg em uso de 3 colírios. A conduta mais apropriada é

(A) manter acompanhamento sem alterações.
(B) indicar cirurgia antiglaucomatosa.
(C) iniciar uso de acetazolamida por via oral.
(D) solicitar novo campo visual em 1 ano.

---

14. À tomografia de coerência óptica de um paciente, foi identificada degeneração macular relacionada à idade exsudativa. Qual o principal biomarcador de atividade da doença?

(A) Afinamento da camada de fibras nervosas
(B) Atrofia peripapilar
(C) Escavação papilar aumentada
(D) Líquido intra ou sub-retiniano

---

15. Paciente jovem apresenta uveíte anterior unilateral recorrente, hipertensão ocular e atrofia setorial de íris. O diagnóstico mais provável é

(A) sarcoidose.
(B) síndrome de Posner-Schlossman.
(C) uveíte herpética.
(D) esclerite necrosante.

---

16. Para um paciente com suspeita de neuropatia óptica isquêmica anterior arterítica, qual a conduta imediata?

(A) Solicitar apenas ressonância magnética.
(B) Iniciar corticoterapia sistêmica.
(C) Observar por 48 horas.
(D) Iniciar acetazolamida por via oral.

---

17. Paciente com diabetes melito apresenta edema macular envolvendo o centro da fóvea e acuidade visual reduzida. O tratamento de primeira linha consiste em

(A) crioterapia.
(B) corticosteroide tópico.
(C) anti-VEGF intravítreo.
(D) panfotocoagulação isolada.

---

18. Que característica, dentre as abaixo, aumenta a suspeita clínica de melanoma de coroide em relação a um nevo de coroide?

(A) Drusas sobre a lesão
(B) Halo despigmentado
(C) Fluido sub-retiniano associado
(D) Estabilidade documentada por vários anos

19. Paciente pseudofácico apresentou queda visual importante 2 semanas após cirurgia de catarata. Houve reação inflamatória intensa na câmara anterior, hipópio e vitreíte. Qual o diagnóstico mais provável?

(A) Síndrome tóxica do segmento anterior
(B) Descolamento seroso da coroide
(C) Endoftalmite por anaeróbio
(D) Endoftalmite infecciosa aguda

---

20. Na retinopatia diabética proliferativa, qual a principal indicação para panfotocoagulação retiniana?

(A) Neovascularização retiniana ou de disco
(B) Presença de edema macular isolado
(C) Hemorragia intrarretiniana leve
(D) Exsudatos duros na mácula

HOSPITAL DE CLÍNICAS
PORTO ALEGRE RS

FundMed
Pesquisa Ensino Inovação

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE

PROCESSO SELETIVO PÚBLICO PARA PROGRAMAS DE RESIDÊNCIA MÉDICA/2027

ÁREA DE ATUAÇÃO

TRANSPLANTE DE MEDULA ÓSSEA

Nome: _____

Nº de Inscrição: | | | | | | |

Instruções

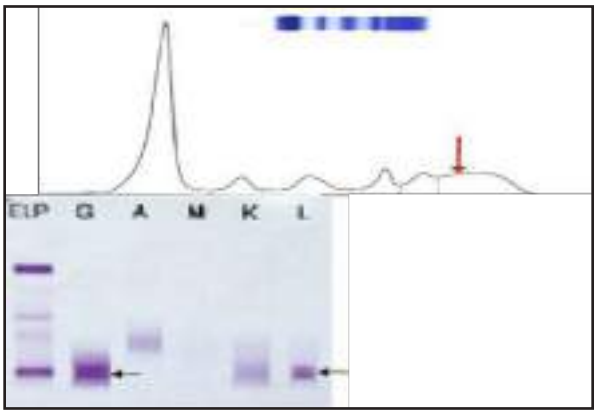
- Confira o material recebido (CARTÃO DE RESPOSTAS e CADERNO DE QUESTÕES); se houver falha, solicite a substituição ao fiscal da sala.
- Após conferir seus dados no CARTÃO DE RESPOSTAS (NOME, Nº de INSCRIÇÃO e PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MÉDICA), assine no local indicado.
- Este caderno contém **20 questões de múltipla escolha**, com quatro alternativas (**A**, **B**, **C** e **D**).
- Preencha o CARTÃO DE RESPOSTAS, único documento válido para correção da prova objetiva, com bastante atenção, à caneta esferográfica (ponta grossa, tinta azul ou preta), marcando uma única alternativa em cada questão.
- Verifique, no CARTÃO DE RESPOSTAS, as instruções para preenchimento. Sob nenhuma circunstância, o CARTÃO DE RESPOSTAS será substituído devido a erro, desatenção ou falha no preenchimento por parte do candidato.
- Durante a realização da prova, estão vedados o empréstimo de materiais, a comunicação entre candidatos ou terceiros, a utilização de quaisquer dispositivos, como máquina calculadora e/ou similares, livros, anotações, réguas de cálculo, impressos ou qualquer outro material de consulta.
- A prova objetiva terá duração de **até 3 horas**, incluído o tempo para preenchimento do CARTÃO DE RESPOSTAS.
- Após o início da prova, o candidato deverá permanecer na sala pelo **tempo mínimo de 60 minutos**.
- Ao terminar a prova, o candidato devolverá ao fiscal da sala o CARTÃO DE RESPOSTAS.
- O candidato só poderá levar o CADERNO DE QUESTÕES **quando estiver faltando 60 minutos para o término do tempo total de duração da prova**. Por razões de segurança, o candidato que sair antes desse horário não poderá copiar suas respostas.
- Os dois últimos candidatos de cada sala de prova deverão permanecer no recinto, a fim de acompanhar o lacre do material, quando então poderão retirar-se do local após concluído o procedimento.

DIREITOS AUTORAIS RESERVADOS. PROIBIDA A REPRODUÇÃO, AINDA QUE PARCIAL, SEM AUTORIZAÇÃO PRÉVIA.

01. Paciente de 61 anos procurou atendimento por quadro sintomático com evolução há 4 meses: fadiga, dormência, formigamento, limitação no punho esquerdo, dor nas mãos e nos pés, edema nos tornozelos e perda ponderal. Referiu ainda episódios de tontura e hipotensão. Os resultados dos exames laboratoriais encontram-se reproduzidos abaixo.

Hemoglobina	9,5 g/dL
Hematócrito	37%
Leucócitos	5.750/mm³
Plaquetas	281.000/mm³
Creatinina	1,9 mg/dL
Cálcio iônico	5,6
Albumina	3,5 g/dL
β2 microglobulina	11 mg/L

Eletroforese sérica e imunofixação ilustradas ao lado.



Após analisar a história clínica, o exame físico e os resultados dos exames laboratoriais, assinale a hipótese diagnóstica mais provável e os testes confirmatórios mais adequados.

(A) Gamopatia monoclonal de significado indeterminado (MGUS) – Solicitar apenas *Freelite*, medulograma e biópsia de medula óssea.
(B) Gamopatia monoclonal de significado renal (MGRS) – Solicitar biópsia renal.
(C) Mieloma múltiplo sintomático – Solicitar eletroforese de urina de 24 horas, *Freelite*, medulograma, imunofenotipagem e FISH, sem investigação tecidual para amiloide.
(D) Amiloidose AL – Solicitar *Freelite*, troponina, BNP, medulograma, imunofenotipagem, imuno-histoquímica e coloração pelo vermelho Congo.

02. Paciente masculino, de 24 anos, com hemofilia A grave (atividade basal de fator VIII < 1%), em profilaxia com concentrado recombinante de fator VIII, 3 vezes/semana desde a infância, evoluiu nos últimos 18 meses com redução progressiva da recuperação do fator VIII após as infusões, com recorrência de hemartroses espontâneas, apesar da adequada adesão ao tratamento profilático. Apresentou artropatia hemofílica crônica em ambos os joelhos. Os resultados da investigação laboratorial encontram-se reproduzidos abaixo.

Hemoglobina	14,2 g/dL
Leucócitos	7.900/μL
Plaquetas	286.000/mm^3
Coagulograma	TP (INR): 1,0
TTPa	94 s (VR: 25–35 s)
Fibrinogênio	338 mg/dL
Estudo da coagulação	Atividade do fator VIII: < 1%
Teste de mistura imediato	Correção parcial
Teste de mistura após incubação por 2 horas	Novo prolongamento do TTPa
Título de inibidor (Bethesda)	18 UB

Apesar do tratamento com fator VIIa recombinante durante os episódios hemorrágicos, o paciente mantinha uma média de 6 hemartroses espontâneas/ano, com progressão da artropatia. Qual das estratégias abaixo representa a conduta mais apropriada para reduzir a frequência de novos sangramentos a longo prazo, de acordo com as recomendações atuais?

(A) Intensificar a profilaxia com concentrado recombinante de fator VIII em doses mais elevadas, pois há boa probabilidade de resposta adequada ainda.
(B) Iniciar profilaxia com emicizumabe, mantendo agentes *bypass* apenas para tratamento dos episódios hemorrágicos, e avaliar indicação de terapia de indução de tolerância imunológica.
(C) Substituir o fator VIIa recombinante por plasma fresco congelado semanal.
(D) Manter tratamento exclusivamente com complexo protrombínico ativado (aPCC) em profilaxia contínua, por ser estratégia superior às terapias mais recentes.

03. Paciente feminina, de 19 anos, vinha sendo acompanhada desde a infância por β-talassemia maior, sendo submetida a programa regular de transfusões de concentrado de hemácias a cada 3-4 semanas, com objetivo de manter hemoglobina pré-transfusional entre 9,5-10,5 g/dL. Encontrava-se clinicamente estável, sem sinais de insuficiência cardíaca ou endocrinopatias. Ao exame físico, apresentava discreta hepatoesplenomegalia residual. Os resultados dos exames laboratoriais encontram-se reproduzidos na tabela abaixo.

Hemoglobina (pré-transfusional)	9,3 g/dL
Hematócrito	28,6%
Leucócitos	6.800/mm^3
Plaquetas	352.000/mm^3
Ferritina sérica	1.180 ng/mL
TGO	32 U/L
TGP	29 U/L
Creatinina	0,8 mg/dL

Desde o início do programa transfusional, a paciente recebeu aproximadamente 22 unidades de concentrado de hemácias leucorreduzidas. A ressonância magnética para quantificação de ferro hepático ainda não foi realizada por dificuldades de acesso. Considerando as recomendações atuais para pacientes com β-talassemia dependente de transfusão, qual a conduta mais apropriada no momento?

(A) Aguardar a realização da ressonância magnética para quantificação do ferro hepático antes de iniciar qualquer tratamento.
(B) Manter apenas acompanhamento seriado da ferritina, iniciando quelação somente quando os valores ultrapassarem 2.500 ng/mL.
(C) Iniciar terapia com quelante de ferro, pois a paciente já apresenta critérios clínicos e laboratoriais para tratamento.
(D) Indicar sangria terapêutica periódica para redução da sobrecarga corporal de ferro.

04. Paciente masculino, de 40 anos, com diagnóstico de linfoma difuso de grandes células B em segunda remissão completa, foi internado para realização de transplante autólogo de células-tronco hematopoiéticas como estratégia de consolidação terapêutica. Submeteu-se a regime de condicionamento com o protocolo BEAM (carmustina, citarabina, etoposídeo e melfalano). Durante a infusão das células-tronco hematopoiéticas criopreservadas, apresentou hipotensão arterial, bradicardia e tosse seca. Considerando o contexto clínico, qual a causa mais provável do quadro?

(A) Sepse de foco pulmonar
(B) Sobrecarga volêmica
(C) Hemólise secundária à incompatibilidade ABO
(D) Toxicidade relacionada ao criopreservante dimetilsulfóxido (DMSO)

05. Em adultos, as anemias hipoproliferativas caracterizam-se por contagem absoluta de reticulócitos < 75.000/mm^3 na presença de anemia, definida por concentração de hemoglobina < 12 g/dL em mulheres e < 13,5 g/dL em homens. Considerando a epidemiologia das anemias hipoproliferativas na população adulta, qual a principal etiologia dessa condição?

(A) Deficiência de vitamina B12
(B) Deficiência de ácido fólico
(C) Deficiência de ferro
(D) Hemólise intravascular

06. Paciente feminina, de 42 anos, veio à consulta por apresentar fadiga progressiva, icterícia e dispneia aos esforços há 2 semanas. Ao exame, observou-se esplenomegalia discreta. Os exames laboratoriais revelaram hemoglobina de 4,5 g/dL, VCM de 109 fL, reticulócitos de 14%, DHL de 920 U/L, bilirrubina indireta de 3,8 mg/dL e haptoglobina indetectável. O teste direto da antiglobulina foi positivo para IgG e negativo para C3d. Após 5 dias de prednisona (1 mg/kg/dia), mantinha queda da hemoglobina (para 3,5 g/dL), com necessidade de transfusão diária. Qual a conduta mais apropriada no momento?

(A) Associar rituximabe ao tratamento.
(B) Indicar esplenectomia de urgência.
(C) Suspender corticosteroide e iniciar eculizumabe.
(D) Encaminhar a paciente para transplante autólogo de células-tronco hematopoéticas.

07. Paciente masculino, de 45 anos, foi encaminhado à consulta com hematologista por pancitopenia grave. Os exames laboratoriais indicaram hemoglobina de 7,2 g/dL, neutrófilos de 180/mm^3 e plaquetas de 9.000/mm^3. A medula óssea apresentava celularidade < 10%, sem displasia significativa. A citometria de fluxo identificou clone de hemoglobinúria paroxística noturna envolvendo 6% dos granulócitos. Não havia doador aparentado HLA-idêntico. Qual a conduta inicial mais adequada?

(A) Realizar imunossupressão com globulina antitimocítica, ciclosporina e eltrombopague.
(B) Indicar transplante alogênico com doador alternativo imediatamente.
(C) Iniciar eculizumabe e reavaliar o paciente após 6 meses.
(D) Iniciar azacitidina.

08. Em fevereiro de 2026, foi aprovado novo *Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas de Trombocitopenia Imune Primária (PTI)*, do Ministério da Saúde. Que alternativa, dentre as abaixo, **não** está de acordo com o novo protocolo?

(A) A esplenectomia deve ser postergada e reservada a pacientes que apresentaram falha após o uso de múltiplas terapias.
(B) O rituximabe foi implementado para pacientes com PTI persistente ou crônica, por ausência de resposta, dependência ou contraindicação aos medicamentos de primeira linha.
(C) O romiplostim foi implementado para pacientes com PTI persistente ou crônica por ausência de resposta, dependência ou contraindicação aos medicamentos de primeira linha, em pacientes com mais de 5 anos.
(D) O danazol foi implementado para pacientes com PTI persistente ou crônica por ausência de resposta, dependência ou contraindicação aos medicamentos de primeira linha.

---

09. Assinale a assertiva correta sobre linfomas indolentes.

(A) Paciente com linfoma de zona marginal gástrico (MALT) com t (11;18) tem boa resposta para erradicação do *Helicobacter pylori* com antibioticoterapia.
(B) Paciente com linfoma folicular em estágio precoce, especialmente estágio I, pode tanto ser observado como tratado com radioterapia local (24 Gy).
(C) No linfoma folicular, manutenção com rituximabe pós-indução não aumentou sobrevida livre de progressão no estudo PRIMA.
(D) A tricoleucemia é mais comum em mulheres; a mutação do BRAF está presente em cerca de 90% dos pacientes.

---

10. Paciente masculino, de 45 anos, D+28 de transplante de células-tronco hematopoéticas (TCTH) alogênico por leucemia mieloide aguda, em uso de ciclosporina, evoluiu com queda progressiva da hemoglobina e plaquetas, além de piora da função renal (creatinina de 0,9 mg/dL para 2,1 mg/dL). O esfregaço de sangue periférico revelou presença de 4% de esquizócitos. A atividade de ADAMTS13 foi de 65%. Qual a conduta inicial mais adequada e recomendada para esse quadro de microangiopatia trombótica associada ao transplante (TA-MAT)?

(A) Iniciar plasmaférese terapêutica (*therapeutic plasma exchange*) imediatamente.
(B) Suspender ou reduzir a ciclosporina e otimizar o controle da pressão arterial.
(C) Iniciar pulsoterapia com metilprednisolona na dose de 1 g/dia por 3 dias.
(D) Realizar transfusão profilática de plaquetas para manter contagem acima de 50.000/mm^3.

11. Paciente masculino, de 80 anos, veio à Emergência por apresentar quadro de sangramento em mucosas e febre persistente. Exames laboratoriais revelaram leucocitose com presença de 50% de blastos no sangue periférico e imunofenotipagem confirmou o diagnóstico de leucemia mieloide aguda (LMA). O hematologista que acompanhava o caso optou por iniciar um tratamento menos intensivo com base nos resultados do estudo VIALE-A. Esse estudo demonstrou que a associação de azacitidina a um novo medicamento levou a um aumento de sobrevida nos pacientes idosos ou sem condições clínicas de realizar tratamento intensivo para LMA. Qual medicamento foi testado no estudo VIALE-A em conjunto com a azacitidina e qual seu mecanismo de ação?

(A) Venetoclax – inibição da proteína antiapoptótica BCL2
(B) Ivosidenibe – inibição seletiva da enzima isocitrato desidrogenase
(C) Imatinibe – inibição da tirosina quinase
(D) Midostaurina – bloqueio do receptor de FLT3 na superfície celular

---

12. Paciente feminina, de 62 anos, procurou atendimento por quadro de fadiga progressiva há 6 meses, falta de ar aos esforços leves, palpitações ocasionais e dificuldade de concentração. Nas últimas semanas, passou a apresentar formigamento nas mãos e nos pés, sensação de desequilíbrio ao caminhar e diminuição da sensibilidade vibratória. Exames de investigação evidenciaram diagnóstico de anemia por deficiência de vitamina B12. Diante do diagnóstico, que alteração, dentre as abaixo, pode ser encontrada ao exame físico causando desconforto à paciente ao ingerir alimentos quentes ou condimentados?

(A) Glossite atrófica (língua com aparência lisa e avermelhada)
(B) Língua pilosa negra
(C) Língua crenada (macroglossia com identações dentais laterais)
(D) Língua geográfica (glossite migratória benigna)

13. Menino de 8 anos, com diagnóstico de doença falciforme tipo HbSS, em uso regular de hidroxiureia, foi trazido ao Pronto-socorro pediátrico por dor intensa em membros inferiores e região lombar, iniciada há cerca de 6 horas, sem febre, sem sinais respiratórios ou queda do estado geral. Ao exame físico, encontrava-se choroso, com dor à manipulação óssea, sem sinais de infecção localizada; a ausculta pulmonar estava limpa e a saturação de oxigênio era 98% em ar ambiente. Qual a conduta mais adequada para o manejo inicial da dor do paciente?

(A) Prescrever anti-inflamatório não esteroidal por via oral e reavaliar em 24 horas em nível ambulatorial, evitando o uso de opioides pelo risco de dependência.
(B) Iniciar hidratação venosa vigorosa (acima da necessidade basal) associada a opioide em dose fixa e intervalos regulares, com reavaliação periódica da dor.
(C) Iniciar analgesia com uso de opioide em dose fixa e horários regulares, associada a hidratação para manutenção da volemia normal (evitando hiper-hidratação), com reavaliação da dor.
(D) Suspender temporariamente a hidroxiureia e substituí-la por transfusão de troca profilática para manter a HbS < 30%.

14. Paciente feminina, de 45 anos, apresentou fadiga e saciedade precoce. O hemograma mostrou leucócitos 62.000/mm^3 com espectro mieloide completo e basofilia. A citogenética confirmou o cromossomo Philadelphia. O tratamento com imatinibe foi iniciado. No retorno de 3 meses, o BCR-ABL1 quantitativo (Escala Internacional) foi 15%. Qual a conduta mais apropriada?

(A) Manter o imatinibe sem alterações – este é o resultado esperado aos 3 meses.
(B) Avaliar a adesão ao tratamento e pesquisar mutações no domínio quinase.
(C) Encaminhar imediatamente para transplante alogênico de células-tronco.
(D) Trocar para um ITK de segunda geração por alta probabilidade de resistência ao imatinibe.

15. Paciente masculino, de 62 anos, apresentou hemoglobina de 18,9 g/dL, hematócito de 57% e prurido aquagênico. A eritropoetina sérica estava baixa. JAK2 V617F foi positivo. Ele não tinha história de trombose. Qual a conduta terapêutica mais apropriada?

(A) Apenas observação, já que o paciente é assintomático, exceto pelo prurido.
(B) Flebotomia e aspirina em baixa dose apenas; não é necessária terapia citorredutora, pois o paciente nunca teve um evento trombótico.
(C) Flebotomia, aspirina em baixa dose e terapia citorredutora com hidroxiureia, pois o paciente é considerado de alto risco apenas pela idade.
(D) Ruxolitinibe em monoterapia como tratamento de primeira linha, considerando que o paciente é portador de prurido aquagênico ao diagnóstico.

16. Paciente feminina, de 46 anos, apresentou hemorragia digestiva alta, controlada por endoscopia. Estava consciente, sem dor torácica e hemodinamicamente estável. Última dosagem de hemoglobina indicou 8,0 g/dL. Segundo recomendações do Ministério da Saúde, qual a conduta mais adequada?

(A) Transfundir 2 unidades de concentrado de hemácias uma vez que a paciente pode vir a sangrar novamente.
(B) Transfundir apenas 1 unidade de concentrado de hemácias adotando uma conduta mais restritiva.
(C) Transfundir concentrado de hemácias e plasma fresco congelado para evitar novo episódio de sangramento.
(D) Não indicar transfusão apenas com base nos valores hematimétricos.

17. Menino de 11 anos foi diagnosticado com leucemia linfoblástica aguda de precursores B. Ao diagnóstico, apresentou leucócitos de 118.000/mm^3, comprometimento do sistema nervoso central classificado como SNC2 e rearranjo de KMT2A. Após indução, alcançou remissão morfológica completa; entretanto, a doença residual mensurável (DRM) por citometria de fluxo permaneceu em 0,12%. Após a consolidação intensificada, a DRM foi reduzida para 0,02%, permanecendo detectável. Existe um irmão HLA totalmente compatível. Qual conduta é mais apropriada?

(A) Prosseguir com o protocolo quimioterápico convencional, pois houve remissão morfológica e redução progressiva da DRM.
(B) Indicar transplante autólogo em primeira remissão completa, reduzindo o risco de doença do enxerto contra hospedeiro.
(C) Indicar transplante alogênico em primeira remissão completa devido à persistência da DRM associada a fatores biológicos de alto risco.
(D) Repetir nova avaliação da DRM ao término da manutenção antes de definir a necessidade de transplante.

18. Lactente de 4 meses foi encaminhado para avaliação por atraso do crescimento, candidíase oral persistente e 2 internações por pneumonia, recebeu vacina BCG ao nascimento, evoluindo posteriormente com adenite axilar ipsilateral e febre prolongada. O hemograma mostou linfócitos totais de 720/mm^3. A imunofenotipagem demonstrou ausência de linfócitos T CD3+, linfócitos B preservados e células NK ausentes. O sequenciamento identificou variante patogênica no gene IL2RG. Após estabilização clínica com imunoglobulina intravenosa, profilaxia para infecções oportunistas e tratamento da micobacteriose, iniciou-se a discussão sobre transplante de células-tronco hematopoiéticas (TCTH). Que fator, dentre os abaixo, possui maior impacto prognóstico favorável na sobrevida global do paciente?

(A) Realização do transplante antes do aparecimento de infecções graves, independentemente da intensidade do condicionamento.
(B) Utilização de condicionamento mieloablativo para aumentar a enxertia de células B.
(C) Escolha exclusiva de doador aparentado HLA-idêntico, adiando o transplante até sua disponibilidade.
(D) Normalização da contagem absoluta de linfócitos antes da indicação do transplante.

19. Paciente feminina, de 48 anos, tabagista (carga tabágica de 25 maços-ano), previamente hígida, com sintomas climatéricos em tratamento hormonal, trouxe à consulta periódica com sua ginecologista resultados de exames laboratoriais revelando linfocitose (8.600 linfócitos/mm^3). Novos exames, solicitados por hematologista, evidenciaram persistência da alteração com contagens semelhantes, sem outras alterações hematológicas dignas de nota ao hemograma. Ao exame físico, constatou-se esplenomegalia de pequena monta, com baço palpável 1-2 cm abaixo de rebordo costal esquerdo, sem evidência de linfonodomegalias ou hepatomegalia. Esfregaço de sangue periférico demonstrou linfócitos pequenos e médios, alguns com núcleo binucleado. Citometria de fluxo evidenciou população de linfócitos B policlonais. Estudo molecular não indicou rearranjo clonal do gene da imunoglobulina. Qual a hipótese diagnóstica mais provável?

(A) Leucemia linfocítica crônica
(B) Timoma
(C) DRESS (*Drug reaction with eosinophilia and systemic symptoms*)
(D) Linfocitose B policlonal persistente

20. Adolescente de 12 anos foi trazido à consulta por apresentar uma massa mandibular, de crescimento rápido. A biópsia revelou proliferação difusa de células B de tamanho intermediário com numerosas figuras de mitose. Entre as células tumorais, observaram-se numerosos macrófagos contendo detritos celulares, conferindo um aspecto de “céu estrelado”. Qual alteração genética é esperada nessa neoplasia?

(A) Translocação do gene MYC para o lócus da cadeia pesada de imunoglobulina
(B) Deleção do braço curto do cromossomo 17 (del(17p))
(C) Translocação t (15;17)
(D) Presença da fusão gênica ETV6-RUNX1

HOSPITAL DE CLÍNICAS
PORTO ALEGRE RS

FundMed
Pesquisa Ensino Inovação

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE

PROCESSO SELETIVO PÚBLICO PARA PROGRAMAS DE RESIDÊNCIA MÉDICA/2027

ANO ADICIONAL

TRANSPLANTE RENAL - UROLOGIA

Nome: _____

Nº de Inscrição: | | | | | | |

Instruções

- Confira o material recebido (CARTÃO DE RESPOSTAS e CADERNO DE QUESTÕES); se houver falha, solicite a substituição ao fiscal da sala.
- Após conferir seus dados no CARTÃO DE RESPOSTAS (NOME, Nº de INSCRIÇÃO e PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MÉDICA), assine no local indicado.
- Este caderno contém **20 questões de múltipla escolha**, com quatro alternativas (**A**, **B**, **C** e **D**).
- Preencha o CARTÃO DE RESPOSTAS, único documento válido para correção da prova objetiva, com bastante atenção, à caneta esferográfica (ponta grossa, tinta azul ou preta), marcando uma única alternativa em cada questão.
- Verifique, no CARTÃO DE RESPOSTAS, as instruções para preenchimento. Sob nenhuma circunstância, o CARTÃO DE RESPOSTAS será substituído devido a erro, desatenção ou falha no preenchimento por parte do candidato.
- Durante a realização da prova, estão vedados o empréstimo de materiais, a comunicação entre candidatos ou terceiros, a utilização de quaisquer dispositivos, como máquina calculadora e/ou similares, livros, anotações, réguas de cálculo, impressos ou qualquer outro material de consulta.
- A prova objetiva terá duração de **até 3 horas**, incluído o tempo para preenchimento do CARTÃO DE RESPOSTAS.
- Após o início da prova, o candidato deverá permanecer na sala pelo **tempo mínimo de 60 minutos**.
- Ao terminar a prova, o candidato devolverá ao fiscal da sala o CARTÃO DE RESPOSTAS.
- O candidato só poderá levar o CADERNO DE QUESTÕES **quando estiver faltando 60 minutos para o término do tempo total de duração da prova**. Por razões de segurança, o candidato que sair antes desse horário não poderá copiar suas respostas.
- Os dois últimos candidatos de cada sala de prova deverão permanecer no recinto, a fim de acompanhar o lacre do material, quando então poderão retirar-se do local após concluído o procedimento.

DIREITOS AUTORAIS RESERVADOS. PROIBIDA A REPRODUÇÃO, AINDA QUE PARCIAL, SEM AUTORIZAÇÃO PRÉVIA.

01. Paciente de 63 anos chegou ao hospital para transplante renal de doador falecido. Qual das condições abaixo constitui **contraindicação absoluta** para realização do transplante?

(A) Doador de 75 anos e hipertensão arterial sistêmica
(B) Receptor com febre e teste positivo para SARS-CoV-2
(C) Receptor com índice de massa corporal > 33 kg/m^2
(D) Receptor HIV+

---

02. Paciente, submetido a transplante renal de doador vivo relacionado há 15 anos, apresentou evolução para rejeição crônica e retorno à diálise. Encontrava-se em avaliação para novo transplante renal. Com base no quadro, assinale a assertiva correta.

(A) Não há necessidade de enxertectomia prévia.
(B) Enxertectomia melhora o painel de imunorreatividade e aumenta chance de novo *crossmatch* negativo.
(C) Enxertectomia é imprescindível antes de novo transplante renal a fim de se suspender a imunossupressão e de se liberar espaço para novo transplante.
(D) Não é possível realizar um terceiro transplante renal após a rejeição crônica de dois transplantes prévios nas duas fossas ilíacas.

Instrução: Para responder às questões de números **03** e **04**, considere o caso abaixo.

Paciente de 28 anos, transplantado de rim há 4 anos, foi internado por perda de função renal. À avaliação ultrassonográfica inicial, foi constatada moderada ectasia ureteropiélica, que não estava presente até o exame anterior realizado 6 meses antes. Como a bexiga estava muito cheia no momento do exame, o paciente referiu necessidade de urinar. Após esvaziar a bexiga, não havia resíduo pós-miccional significativo, e a hidronefrose desapareceu.

03. Qual das condições abaixo provavelmente justifica a ectasia ureteropielocalicial transitória?

(A) Infecção por BK poliomavírus humano
(B) Refluxo vesicureteral
(C) Síndrome de Marion (colo vesical hipertônico)
(D) Estenose de uretra

---

04. Considerando que o paciente apresentava hidronefrose em rim transplantado, que condição, dentre as abaixo, **não** é causa de hidronefrose?

(A) Infecção por BK poliomavírus humano
(B) Refluxo vesicureteral
(C) Rejeição crônica
(D) Linfocele

05. Paciente masculino, de 56 anos, encontrava-se no transoperatório de transplante renal de doador falecido. Após a reperfusão do enxerto, foi submetido a dissecção da bexiga para realização de ureteroneocistostomia extravesical. Entretanto, o paciente apresentava uma tela de Marlex sobre a bexiga, colocada em uma herniorrafia inguinal bilateral laparoscópica. Após a demorada dissecção, não se conseguiu liberar a tela da parede vesical de maneira adequada. Que alternativa cirúrgica, dentre as abaixo, deve ser usada diante da situação encontrada?

(A) Anastomose do ureter transplantado com o ureter nativo ipsilateral
(B) Retirada do enxerto
(C) Ureterostomia cutânea
(D) Laparotomia para anastomose intraperitoneal do ureter com a bexiga

---

06. Paciente feminina, de 43 anos, em avaliação para doação de rim para o filho de 15 anos, apresentou, à angiotomografia computadorizada abdominal, 2 artérias renais à esquerda e 1 cálculo de 6,0 mm em grupo calicial médio do rim direito. Estava muito motivada a doar. Se o processo for levado adiante, que rim deveria ser escolhido para doação?

(A) Rim esquerdo, pois a veia renal é mais longa e com parede mais espessa do que a do rim direito.
(B) Rim esquerdo, pois deve-se evitar usar um rim com nefrolitíase em um receptor, pelo risco de obstrução ureteral assintomática de pielonefrite pela imunossupressão.
(C) Rim direito, por apresentar uma única artéria e 1 cálculo, deixando com a doadora o rim sem nefrolitíase.
(D) Rim direito, pois a veia é mais larga, e a artéria renal, mais longa.

---

07. Assinale a assertiva correta sobre doador falecido de 8 meses, após encefalopatia hipóxica por obstrução de vias aéreas.

(A) Devido à idade do doador, os rins não podem ser usados em receptores adultos.
(B) Os rins devem ser implantados em separado, independentemente se o receptor é criança ou adulto.
(C) No Brasil, receptores pediátricos não têm prioridade em relação aos receptores adultos, mesmo que os rins sejam de doadores crianças em morte encefálica; a lista é única e independe da idade do doador e do receptor.
(D) Os rins pediátricos podem ser implantados em adultos (*en-block)*, usando a artéria aorta e a veia cava inferior retiradas em bloco com os rins no processo de captação; a aorta é anastomosada na artéria ilíaca, e a veia cava inferior, na veia ilíaca; os ureteres são implantados na bexiga.

08. Paciente de 71 anos foi submetido a transplante renal há 10 anos. Vinha mantendo função renal normal, com creatinina de 1,15 mg/dL. Foi hospitalizado por ter passado a apresentar sintomas do trato urinário inferior (LUTS), como hesitação, jato fraco, intermitência, gotejamento pós-miccional, polaciúria, noctúria e urgência miccional. A ultrassonografia revelou próstata de 65 g, espessura parietal vesical de 0,6 cm, bexiga trabeculada, com resíduo pós-miccional de 120 mL e volume pré-miccional de 315 mL. O PSA era de 1,5 ng/mL. O toque retal indicou próstata sem nódulos, com consistência fibroelástica, 5 polpas digitais (cerca de 50 g). Qual dos tratamentos abaixo estaria contraindicado para pacientes transplantados renais com obstrução infravesical por hiperplasia prostática benigna (HPB)?

(A) Ressecção transuretral de próstata (RTUP)
(B) *Greenligth* (fotovaporização da próstata com *laser*)
(C) *HoLep* (*Holmium Laser Enucleation of the Prostate*)
(D) Nenhum dos tratamentos preconizados para HPB está contraindicado para transplantados renais.

---

09. Paciente masculino, de 41 anos, eutrófico, apresentava doença renal crônica decorrente de rabdomiólise após choque elétrico ocorrido há 12 meses. A TFG atual é de 45 mL/min/1.73 m^2 . Qual a conduta mais adequada no momento?

(A) Encaminhar o paciente imediatamente para avaliação em programa de transplante renal para aloenxerto preemptivo.
(B) Iniciar hemodiálise e, então, encaminhar o paciente para programa de transplante renal.
(C) Manter o paciente em tratamento conservador e acompanhamento com nefrologista e só encaminhar para avaliação para transplante quando e se a TFG < 30 mL/min/1,73 m^2.
(D) Solicitar biópsia renal percutânea e só encaminhar o paciente para programa de transplante renal após avaliação do resultado do exame anatomopatológico

---

10. Paciente masculino, de 54 anos, com nefropatia diabética e doença renal crônica terminal, foi submetido a transplante renal de doador falecido (60 anos, morte encefálica devido a acidente vascular encefálico hemorrágico, ocorrido há 5 anos). O enxerto estava mantendo função renal suficiente para que o receptor não precisasse dialisar desde então, com TFG de 38 mL/min/1,73m^2. Não obstante, o receptor acabou falecendo. Que causa, dentre as abaixo, é a mais frequentemente implicada na mortalidade de um paciente como o descrito?

(A) Causa cardiovascular
(B) Infecção
(C) Câncer
(D) Causas desconhecidas

11. Paciente feminina, de 30 anos, submetida a transplante renal de doador falecido em função de doença renal crônica por doença renal policística do adulto, veio à Emergência com leve a moderada ectasia do sistema coletor, com espessamento urotelial difuso e urocultura negativa. Imunossupressão era realizada com tacrolimo, micofenolato e prednisona. O exame de urina foi positivo para *Decoy cells*. Que causa, dentre as abaixo, é a mais provável diante dos achados descritos?

(A) Linfocele obstrutiva
(B) Infecção urotelial pelo complexo BK poliomavírus humano
(C) Neoplasia urotelial
(D) Tuberculose geniturinária

---

12. Paciente feminina, de 64 anos, branca, agricultora (agricultura familiar), foi submetida a transplante renal de doador falecido em função de doença renal crônica por nefrectomia bilateral: lado esquerdo por carcinoma de células renais grau 2 (pT3a) e lado direito por cálculo coraliforme com pielonefrite e perda de função. Imunossupressão era realizada com ciclosporina, micofenolato e prednisona. Qual a neoplasia mais prevalente nesse contexto clínico?

(A) Células renais tipo células claras (enxerto)
(B) Transicional vesical
(C) Neoplasia pulmonar de pequena células
(D) Carcinoma cutâneo basocelular e carcinoma epidermoide (espinocelular)

---

13. Paciente masculino, de 38 anos, hígido, foi aprovado como doador renal vivo. A avaliação vascular demonstrou anatomia favorável para nefrectomia minimamente invasiva. O procedimento será realizado em centro com experiência em transplante renal. Qual a abordagem preferencial para a nefrectomia do doador?

(A) Nefrectomia aberta por incisão subcostal
(B) Nefrectomia laparoscópica, pura ou assistida
(C) Nefrectomia robótica obrigatoriamente
(D) Nefrectomia por portal único, independentemente da experiência do centro

---

14. Durante o primeiro transplante renal de um receptor com trato urinário inferior normal, o ureter do enxerto apresenta comprimento adequado e vascularização preservada. A técnica de implantação ureteral associada à menor taxa global de complicações urinárias é

(A) ureteroneocistostomia extravesical de Lich-Gregoir.
(B) ureteroneocistostomia intravesical de Politano-Leadbetter.
(C) ureteroureterostomia terminoterminal com o ureter nativo.
(D) pielovesicostomia direta.

15. Após transplante renal tecnicamente satisfatório, o enxerto apresentou boa coloração e diurese imediata. Logo após o fechamento da parede abdominal, ocorreu redução abrupta da diurese. O Doppler demonstrou redução difusa da perfusão do enxerto e aumento dos índices de resistência, sem trombose arterial ou venosa. A reabertura da incisão melhorou imediatamente a perfusão. Qual a conduta mais adequada?

(A) Fechar novamente a parede e iniciar anticoagulação plena.
(B) Realizar nefrostomia percutânea de urgência.
(C) Administrar metilprednisolona para possível rejeição aguda.
(D) Efetuar descompressão e fechamento da parede sem tensão.

---

16. No 30º dia após transplante renal, um paciente apresentou edema progressivo do membro inferior ipsilateral ao enxerto e elevação da creatinina. A ultrassonografia mostrou coleção anecoica de 12 cm comprimindo o ureter e a veia ilíaca, sem sinais de infecção. Qual a conduta inicial mais adequada?

(A) Aspiração simples isolada
(B) Exploração do hilo renal
(C) Fenestramento laparoscópico imediato em todos os casos
(D) Drenagem percutânea com cateter

---

17. Quatro meses após transplante renal, um paciente apresentou aumento progressivo da creatinina. A ultrassonografia demonstrou hidronefrose do enxerto; a bexiga encontrava-se com baixo resíduo pós-miccional. Qual a abordagem inicial mais adequada para suspeita de estenose ureteral?

(A) Ureteroscopia retrógrada imediata
(B) Nefrostomia percutânea com pielografia anterógrada
(C) Reimplante ureteral imediato
(D) Implante de cateter vesical (por 30 dias)

---

18. Paciente masculino, de 54 anos, apresentou, 6 meses após transplante renal, hipertensão de difícil controle e elevação da creatinina. Não havia infecção urinária ou hidronefrose. Doppler mostrou velocidade sistólica de pico de 285 cm/s na artéria do enxerto, com turbulência pós-estenótica. Qual a conduta mais indicada no momento?

(A) Biópsia renal antes de qualquer investigação vascular
(B) Nefrectomia do enxerto
(C) Angiografia com angioplastia, associada ou não a *stent*
(D) Aumento da dose do inibidor da calcineurina.

19. No 2º dia após transplante renal, um paciente apresentou oligúria súbita, hematúria e aumento doloroso do volume do enxerto. O Doppler mostrou ausência de fluxo venoso e reversão do fluxo diastólico arterial. A conduta mais adequada é realizar

(A) pulsoterapia com metilprednisolona.
(B) anticoagulação e nova ultrassonografia em 24 horas.
(C) exploração cirúrgica urgente do enxerto.
(D) nefrostomia percutânea.

---

20. Na cirurgia de bancada de um rim de doador falecido, foram identificadas uma artéria renal principal e uma artéria polar inferior de pequeno calibre. A perfusão do restante do parênquima foi adequada. Em relação à artéria polar inferior, a conduta mais adequada é

(A) abandonar obrigatoriamente o enxerto.
(B) preservá-la e revascularizá-la sempre que tecnicamente possível.
(C) ligá-la e ressecar preventivamente o ureter distal.
(D) ligá-la, pois artérias < 3 mm não necessitam de reconstrução.

HOSPITAL DE CLÍNICAS
PORTO ALEGRE RS

FundMed
Pesquisa Ensino Inovação

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE

PROCESSO SELETIVO PÚBLICO PARA PROGRAMAS DE RESIDÊNCIA MÉDICA/2027

ÁREA DE ATUAÇÃO

ENDOCRINOLOGIA PEDIÁTRICA

Nome: _____

Nº de Inscrição: | | | | | | |

Instruções

- Confira o material recebido (CARTÃO DE RESPOSTAS e CADERNO DE QUESTÕES); se houver falha, solicite a substituição ao fiscal da sala.
- Após conferir seus dados no CARTÃO DE RESPOSTAS (NOME, Nº de INSCRIÇÃO e PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MÉDICA), assine no local indicado.
- Este caderno contém **20 questões de múltipla escolha**, com quatro alternativas (**A**, **B**, **C** e **D**).
- Preencha o CARTÃO DE RESPOSTAS, único documento válido para correção da prova objetiva, com bastante atenção, à caneta esferográfica (ponta grossa, tinta azul ou preta), marcando uma única alternativa em cada questão.
- Verifique, no CARTÃO DE RESPOSTAS, as instruções para preenchimento. Sob nenhuma circunstância, o CARTÃO DE RESPOSTAS será substituído devido a erro, desatenção ou falha no preenchimento por parte do candidato.
- Durante a realização da prova, estão vedados o empréstimo de materiais, a comunicação entre candidatos ou terceiros, a utilização de quaisquer dispositivos, como máquina calculadora e/ou similares, livros, anotações, réguas de cálculo, impressos ou qualquer outro material de consulta.
- A prova objetiva terá duração de **até 3 horas**, incluído o tempo para preenchimento do CARTÃO DE RESPOSTAS.
- Após o início da prova, o candidato deverá permanecer na sala pelo **tempo mínimo de 60 minutos**.
- Ao terminar a prova, o candidato devolverá ao fiscal da sala o CARTÃO DE RESPOSTAS.
- O candidato só poderá levar o CADERNO DE QUESTÕES **quando estiver faltando 60 minutos para o término do tempo total de duração da prova**. Por razões de segurança, o candidato que sair antes desse horário não poderá copiar suas respostas.
- Os dois últimos candidatos de cada sala de prova deverão permanecer no recinto, a fim de acompanhar o lacre do material, quando então poderão retirar-se do local após concluído o procedimento.

DIREITOS AUTORAIS RESERVADOS. PROIBIDA A REPRODUÇÃO, AINDA QUE PARCIAL, SEM AUTORIZAÇÃO PRÉVIA.

01. Recém-nascido pré-termo de muito baixo peso, com menos de 28 semanas de idade gestacional, foi colocado imediatamente após o nascimento em um saco plástico (sem secá-lo), com a cabeça coberta por um gorro. Qual o principal mecanismo de perda de calor que essa conduta em sala de parto buscou reduzir?

(A) Perda por radiação
(B) Perda por convecção
(C) Perda por condução
(D) Perda por evaporação

---

02. Menino, nascido de parto normal, com 36 semanas de idade gestacional e peso ao nascimento de 2.800 g, foi submetido a triagem neonatal no terceiro dia de vida. A dosagem de 17-OH progesterona indicou 320 ng/mL (valor de referência: normal < 28 ng/mL). Não se registraram distúrbios neonatais. Estava recebendo alta hospitalar com amamentação materna exclusiva. A respeito dessa situação, é correto afirmar que

(A) a triagem neonatal da hiperplasia adrenal congênita por deficiência de 21-hidroxilase não está indicada para recém-nascidos do sexo masculino.
(B) o paciente deve apresentar hiperplasia adrenal congênita por deficiência de 21-hidroxilase, necessitando realizar exame de confirmação e iniciar tratamento com glico e mineralocorticoide.
(C) o resultado de 17-OH progesterona deve ser considerado normal uma vez que o paciente não apresenta sinais clínicos de deficiência de 21-hidroxilase.
(D) o resultado de 17-OH progesterona deve ser considerado normal para paciente nascido pequeno para idade gestacional.

---

03. Recém-nascido a termo apresenta lábio leporino, palato ogival, hipertelorismo ocular e criptorquidia. Com 3 semanas de vida, desenvolveu convulsões. A dosagem da glicemia capilar indicou 26 mg/dL. Como parte da investigação, também foram dosados LH, FSH e testosterona, que apresentaram resultados indetectáveis. Com base no quadro, assinale a assertiva correta.

(A) Os achados devem estar associados a pan-hipopituitarismo congênito.
(B) Os achados são normais, podendo estar associados a dificuldades de amamentação.
(C) Os achados devem estar associados a diabetes melito gestacional com hiperinsulinemia neonatal.
(D) A hipoglicemia deve estar associada a desnutrição materna durante a gestação.

04. Lactente masculino, de 38 dias de vida, nascido de parto vaginal a termo (pré-natal completo, sem intercorrências), em aleitamento materno exclusivo, foi trazido à consulta por icterícia persistente. Era o primeiro filho de pais não consanguíneos. Peso e comprimento ao nascimento estavam adequados para a idade gestacional, com Apgar de 9/9. A triagem neonatal foi normal. A mãe relatou ter observado que, desde a segunda semana de vida, a criança apresentava urina manchando as fraldas e que as fezes, antes amarelas, tornaram-se progressivamente mais claras no mesmo período. Negou febre ou outras queixas. Ao exame, a criança encontrava-se em bom estado geral, em bom estado nutricional, contactando bem com o ambiente, ictérico, com fígado palpável a 2,5 cm do rebordo costal direito. Não havia sinais periféricos sugestivos de doença hepática crônica. Qual a conduta clínica mais adequada?

(A) Reavaliar a criança em 7 dias, pois lactentes em aleitamento materno exclusivo com bom ganho ponderal frequentemente apresentam icterícia benigna prolongada.
(B) Solicitar bilirrubina total e frações e, se houver hiperbilirrubinemia conjugada, iniciar investigação ambulatorial com retorno programado, pois o bom estado geral afasta urgência.
(C) Solicitar bilirrubina total e frações e encaminhar a criança com urgência para investigação de colestase neonatal por alta suspeita de atresia biliar.
(D) Solicitar ultrassonografia abdominal como primeiro exame e aguardar o resultado antes de encaminhar a criança para avaliação especializada.

05. Lactente de 5 meses foi trazido à Emergência por vômitos, distensão abdominal e respiração ofegante, quadro iniciado nas últimas 24 horas. A mãe relatou que a criança estava bem há 1 mês, quando passou a apresentar episódios de diarreia, assaduras persistentes, irritabilidade, sudorese intensa entre as mamadas e dificuldade para ganhar peso. Nas últimas horas, evoluiu com piora da prostração e dificuldade respiratória. Referiu, ainda, que um irmão falecera aos 9 meses após repetidas internações por hipoglicemia e aumento do fígado, sem diagnóstico definido. Ao exame físico, a criança encontrava-se em regular estado geral, irritadiça, com frequência cardíaca de 122 bpm, frequência respiratória de 60 mpm, afebril e sem sinais de choque. À ausculta pulmonar, constatou-se murmúrio vesicular bilateralmente, sem ruídos adventícios. O abdômen estava distendido, timpânico, com fígado palpável a 4,0 cm do rebordo costal direito. A radiografia de tórax estava normal. A glicemia capilar indicou 35 mg/dL; a gasometria venosa mostrou pH de 7,21, HCO_3^- de 10 mEq/L, pCO_2 de 24 mmHg e lactato de 8,5 mmol/L. Durante a investigação inicial, o laboratório informou não ter sido possível realizar os exames bioquímicos, pois a amostra apresentava aspecto intensamente leitoso, impossibilitando a análise. Qual a conduta inicial mais adequada?

(A) Administrar solução fisiológica para expansão volêmica e repetir os exames laboratoriais após a hidratação.
(B) Iniciar imediatamente infusão intravenosa de glicose, suspender o leite materno e prosseguir com a investigação para glicogenose hepática tipo Ia.
(C) Iniciar imediatamente infusão intravenosa de glicose, restringir proteínas e prosseguir com a investigação para acidemia propiônica.
(D) Iniciar infusão intravenosa de glicose, suspender o leite materno e iniciar tratamento para galactosemia clássica.

06. Paciente masculino, de 9 meses, com fibrose cística, foi trazido à Emergência por vômitos há 24 horas. Vinha em uso de enzimas pancreáticas. Não havia registro de alterações nas fezes ou manifestações respiratórias. Encontrava-se em regular estado geral, afebril, descorado +/4+, desidratado grave, acianótico e anictérico. Ao exame físico, apresentava pressão arterial de 75/40 mmHg, frequência cardíaca de 120 bpm, bulhas normofonéticas em 2 tempos, sem sopros, pulsos cheios e tempo de enchimento capilar de 4 segundos. Mostrava-se eupneico, com murmúrios vesiculares bem distribuídos, frequência respiratória de 34 mpm, sem desconforto e saturação de oxigênio de 98% em ar ambiente. O abdômen estava normal. Recebeu oxigenoterapia e soro fisiológico para expansão volêmica. Assinale a alternativa que contempla os distúrbios ácido-básicos e hidroeletrolíticos esperados para o paciente.

(A) Alcalose metabólica, acidose respiratória, hiponatremia, hipocloremia, hiperpotassemia e hipercalcemia
(B) Alcalose metabólica, hiponatremia, hipocloremia, hipopotassemia e hipocalcemia
(C) Acidose metabólica, isonatremia, hipocloremia, hipopotassemia e hipercalcemia
(D) Acidose metabólica, hipernatremia, hipocloremia, hiperpotassemia e cálcio iônico normal

07. Lactente de 1 ano e 6 meses foi internada por isquemia cerebral, tendo perdido a capacidade de se comunicar, de deglutir e de andar. A criança chegou ao hospital em crise epiléptica. Os pais (ambos com mais de 18 anos) negaram trauma e convulsões prévias. Disseram não saber o que poderia ter precipitado o quadro atual da filha, que fora encontrada convulsionando e cianótica no berço, pela mãe. Após ampla investigação, nenhuma doença foi diagnosticada para justificar a isquemia. Diante desse cenário, qual a conduta mais apropriada considerando que a criança encontrava-se em condições clínicas de alta?

(A) O médico assistente deve determinar acolhimento institucional provisório da menor, uma vez que os pais demonstram não ter condições de cuidar da filha.
(B) O médico assistente deve determinar que a família extensa assuma responsabilidade conjunta pelo cuidado da menor, uma vez que os pais demonstram não ter autonomia sobre os cuidados da filha.
(C) A suspeita de maus-tratos não pode ser confirmada no momento, devendo-se dar alta e realizar acompanhamento ambulatorial do caso; se maus-tratos forem confirmados no seguimento, deve-se notificar o Conselho Tutelar.
(D) O médico assistente deve comunicar o caso ao Conselho Tutelar antes de proceder com a alta; a família deve ser acompanhada ambulatorialmente e, se necessário, domiciliarmente.

08. Paciente de 3 anos foi trazido à UBS por terem seus familiares percebido, no pescoço anterior, uma lesão progressiva há 4 dias. A criança estava em bom estado e alimentando-se normalmente. Ao exame físico, a massa localizava-se na linha cervical média, com 2,0 cm em seu maior eixo, sendo indolor à palpação. A lesão não apresentava sinais inflamatórios e se movimentava com a mastigação. Qual a hipótese diagnóstica mais provável?

(A) Cisto branquial infectado
(B) Malformação linfática macrocística
(C) Cisto tireoglosso
(D) Teratoma

---

09. Pré-escolar de 4 anos e 3 meses foi trazido pela mãe à consulta. Tinha histórico de uso de beclometasona *spray* oral até os 3 anos por crises recorrentes de sibilância. A mãe, que vira anúncios nas redes sociais sobre a vacina pneumo 20, incorporada ao Programa Nacional de Imunizações e aplicada nas UBSs, perguntou se o filho deveria fazê-la. Revisando a Caderneta da Criança, verificou-se que o paciente realizara a vacina pneumo 10 aos 2, 4 e 12 meses de vida. Qual deve ser a recomendação da médica quanto à indicação da pneumo 20 para a criança, de acordo com a *Instrução Normativa do Calendário Nacional de Vacinação 2026*, do Ministério da Saúde?

(A) Encaminhar o paciente à UBS para realização de 1 dose de pneumo 20, mesmo com o esquema vacinal completo, pois a criança está no grupo de risco devido ao histórico de doença respiratória.
(B) Encaminhar o paciente à UBS para realização de 1 dose de pneumo 20, pois o esquema vacinal está incompleto.
(C) Explicar à mãe que não há indicação de realizar a pneumo 20, pois o esquema vacinal está completo e a criança não tem condição clínica especial que justifique uma dose extra da vacina.
(D) Explicar à mãe que não há indicação de realizar a pneumo 20, pois, mesmo estando em situação de atraso vacinal, a atualização do esquema só deve ser feita para crianças com menos de 4 anos.

---

10. Menina de 6 anos apresentou pubarca precoce seguida de telarca precoce. Seu crescimento também se acelerou nos últimos 6 meses, sendo atualmente a mais alta de sua turma. Para investigação inicial dessa situação clínica, recomenda-se realizar

(A) raio X de idade óssea e dosagens de LH basal e SDHEA.
(B) tomografia computadorizada de adrenais.
(C) ressonância magnética de sela túrcica.
(D) teste de estímulo do cortisol e 17-OH progesterona com cortrosina.

11. Escolar de 9 anos, acompanhado em hospital terciário por asma desde os 2 anos, foi trazido pela mãe (grávida, de 39 anos, com 33 semanas) à consulta de revisão. Vinha em uso de beclometasona inalatória com bom controle da doença. Nascido com idade gestacional de 33 semanas, não apresentava outros dados relevantes de anamnese. A mãe aproveitou a consulta para se aconselhar com a médica sobre a vacinação contra o vírus sincicial respiratório durante a gestação. Com história de abortamento prévio espontâneo, estava com medo de receber o imunizante porque viu, na internet, que a vacina fora associada a aumento do risco de parto prematuro. Informou fazer pré-natal regularmente na UBS e ter sido orientada a realizar a vacina com 28 semanas de gestação. Diante do contexto, que orientação deve ser dada à mãe, considerando as informações contidas no documento *Estratégia de Vacinação contra o Vírus Sincicial Respiratório em Gestantes*, do Ministério da Saúde (2026)?

(A) Aconselhar que ela não faça a vacina, uma vez que não há mais benefício em receber o imunizante na idade gestacional atual.
(B) Aconselhar que ela não faça a vacina, uma vez que há possibilidade de realizar palivizumabe na criança ao nascimento.
(C) Aconselhar que ela faça a vacina na UBS, uma vez que não há evidências suficientes para afirmar que o nascimento prematuro represente um risco de segurança relacionado à vacina.
(D) Aconselhar que ela faça a vacina na rede particular, uma vez que o imunizante disponível na rede privada tem um melhor perfil de segurança em comparação ao disponível no SUS.

---

12. Menina de 10 anos apresenta obesidade progressiva com dificuldade para perda de peso. Na consulta, os pais relataram terem observado diminuição do crescimento e diminuição de atividade física relacionada a câimbras. A investigação da diminuição de velocidade de crescimento ao raio X de idade óssea demonstrou atraso > 2 desvios-padrão para a idade. O exame clínico revelou fácies em lua cheia, rubor facial e deposição de gordura na região cervical. Para investigação inicial, recomenda-se a realização de

(A) ressonância magnética de sela túrcica e de tomografia computadorizada de adrenais com contraste.
(B) teste de estímulo do cortisol com glucagon.
(C) dosagens de 17-OH progesterona e de androstenediona.
(D) dosagens de cortisol salivar à meia-noite e de cortisol matinal sérico após 1 mg de dexametasona.

13. Menina de 10 anos foi encaminhada para avaliação de crescimento. Sua estatura e a estatura-alvo estão registradas no gráfico abaixo (Figura 1). Radiografia da mão esquerda para avaliação de idade óssea demonstrou a idade óssea compatível com a idade cronológica. Com base nos dados, assinale a assertiva correta.

(A) A paciente apresenta hipopituitarismo congênito.
(B) A paciente pode apresentar Síndrome de Turner.
(C) O quadro é típico de baixa estatura decorrente de hipotireoidismo primário.
(D) O quadro é sugestivo de baixa estatura constitucional.

Figura 1: Gráfico de crescimento



14. Adolescente de 10 anos, com obesidade (IMC de 36 kg/m^2), foi trazido à consulta por dificuldade para perder peso com dieta. Como os medicamentos para uso nessa faixa etária são escassos, o paciente manifestou vontade de submeter-se a cirurgia bariátrica. Para orientar o paciente sobre o procedimento, recomenda-se

(A) realizar avaliação clínica para determinar risco cirúrgico, avaliação psiquiátrica e encaminhar para cirurgia bariátrica.
(B) iniciar tratamento com tirzepatida e, caso não se obtenha perda de peso, encaminhar para cirurgia bariátrica.
(C) reavaliar o diagnóstico etiológico da obesidade e implementar mudanças alimentares e no estilo de vida, não indicando cirurgia bariátrica.
(D) aguardar a progressão da puberdade uma vez que o grau de obesidade do paciente pode ser normal nessa faixa etária.

15. Criança de 11 anos foi trazida à consulta por ter sido observado um nódulo na região cervical, não doloroso e de crescimento lento. A família constatou também aumento do apetite, perda de peso, insônia e ansiedade. Ao exame clínico, o paciente apresentava taquicardia e pele quente; à palpação, nódulo tireoidiano, não endurecido, sem gânglios. Qual das investigações abaixo é a mais adequada para o manejo do caso?

(A) Dosagens de cálcio, fósforo e PTH.
(B) Pesquisa de mutações do P53 que orientará a avaliação posterior.
(C) Punção aspirativa do nódulo tireoidiano.
(D) Ultrassonografia de tireoide e dosagens de TSH, T4 livre e anticorpo antirreceptor de TSH (TrAB).

16. Adolescente masculino, de 11 anos, foi trazido à consulta por ter iniciado, de forma súbita, com sede excessiva e perda de peso, apesar do aumento de apetite. Recentemente, fez uso de antibióticos para dor de garganta, sem melhora do quadro. Realizados exames para avaliação de perda de peso, foram constatadas glicemia de 287 mg/dL e hemoglobina glicada de 8,6%. Não apresentava história familiar de diabetes melito. Com relação à situação do paciente, assinale a assertiva **incorreta**.

(A) A história clínica e os achados laboratoriais são típicos de diabetes melito tipo 1.
(B) O paciente poderá apresentar outra endocrinopatia autoimune associada.
(C) Está indicada insulinoterapia imediata no sentido de evitar a evolução para cetoacidose diabética.
(D) Está recomendada a realização de teste oral de tolerância à glicose para confirmação do diagnóstico de diabetes melito.

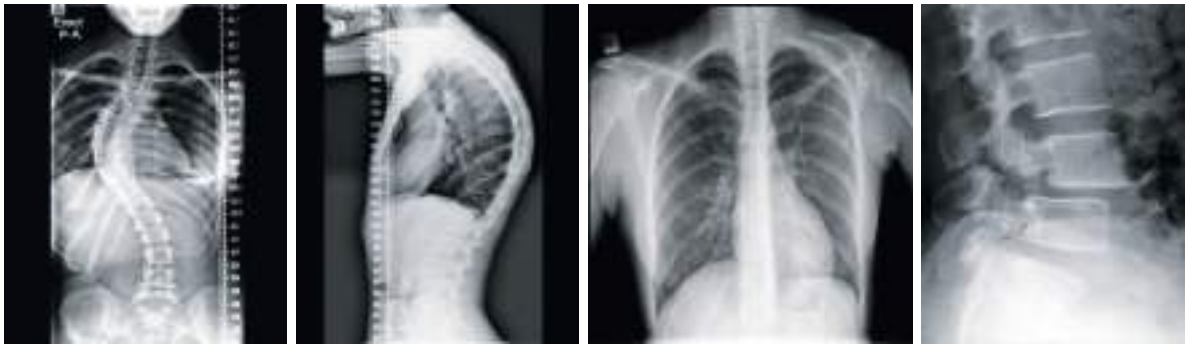
17. Que síndrome, dentre as abaixo, está associada a baixa estatura?

(A) Síndrome de Klinefelter
(B) Síndrome de Turner
(C) Síndrome de Kallmann
(D) Síndrome de McCune-Albright

18. Que radiografia de tórax, dentre as reproduzidas abaixo, se relaciona com o sinal semiológico observado na adolescente (foto)?



(A) (B) (C) (D)



19. Assinale a alternativa que preenche, correta e respectivamente, as lacunas do parágrafo abaixo.

No raquitismo decorrente de deficiência de vitamina D, podem ser identificados os seguintes níveis séricos: PTH **.....**, fósforo **.....** e cálcio **.....** .

(A) aumentado – diminuído – normal ou diminuído
(B) aumentado – aumentado – aumentado
(C) diminuído – aumentado – normal ou diminuído
(D) diminuído – aumentado – aumentado

20. A presença de *Acantosis nigricans* ao exame clínico de paciente feminina, de 14 anos, com IMC > 35 kg/m^2, sugere

(A) insuficiência adrenal primária com hiperpigmentação.
(B) resistência à insulina.
(C) hipotireoidismo decorrente de tireoidite de Hashimoto.
(D) hiperplasia adrenal congênita por deficiência de 21-hidroxilase.