

**GRUPO - CLÍNICA MÉDICA**

(Médico - 40 horas; Alergia e Imunologia; Angiologia; Clínica Médica; Endocrinologia e Metabologia; Gastroenterologia; Geriatria; Hematologia e Hemoterapia; Hepatologia; Medicina Paliativa; Nefrologia; Nutrologia; Nutrição Parenteral e Enteral; Oncologia Clínica; Pneumologia; Reumatologia; Transplante de Medula Óssea)

**PROVA TIPO 3 – AMARELA****SUA PROVA**

Além deste caderno de questões contendo **60 (sessenta)** questões objetivas, você receberá do fiscal de sala o cartão de respostas.

As questões objetivas têm **5 (cinco)** opções de resposta (A, B, C, D e E) e somente uma delas está correta.

**TEMPO**

- **4 (quatro) horas** é o período disponível para a realização da prova, **já incluído o tempo para a marcação do cartão de respostas**.
- **2 (duas) horas** após o início da prova, é possível retirar-se da sala, levando o Caderno de Questões.
- Em hipótese alguma o(a) candidato(a) poderá levar o Caderno de Questões antes do horário permitido.

**NÃO SERÁ PERMITIDO**

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

**INFORMAÇÕES GERAIS**

- Verifique se este caderno de questões está completo e sem falhas de impressão. Caso contrário, **notifique imediatamente o fiscal da sala**, para que sejam tomadas as devidas providências.
- No cartão de respostas, confira seus dados pessoais, especialmente nome, número de inscrição e documento de identidade, e leia atentamente as instruções para preenchê-lo.
- **Use somente caneta esferográfica, fabricada em material transparente, com tinta preta ou azul.**
- Assine seu nome apenas no espaço reservado no cartão de respostas.
- Confira a cor e o tipo do seu Caderno de Questões. Caso tenha recebido Caderno de Questões com cor ou tipo diferente do impresso em seu cartão de respostas, o fiscal deve ser **obrigatoriamente** informado para o devido registro na ata da sala.
- O preenchimento das respostas é de sua responsabilidade e **não será permitida a substituição do cartão de respostas em caso de erro cometido por você.**
- Para fins de avaliação, serão levadas em consideração apenas as marcações realizadas no cartão de respostas.
- Os candidatos serão submetidos ao sistema de detecção de metais quando do ingresso e da saída de sanitários durante a realização das provas.

**Boa prova!**

## CONHECIMENTOS BÁSICOS

### Língua Portuguesa

1

A correção faz parte da boa escrita.

Assinale a frase que exemplifica o correto emprego gramatical da língua.

- (A) Não sou daqueles que gostam de jogo com muitos gols.
- (B) Haviam muitos transeuntes na avenida em função do bloco carnavalesco que acabara de passar.
- (C) Aconteceram uma série de acidentes de trânsito na nova rodovia.
- (D) Parece que o grupo não quiseram contribuir com os gastos da festa.
- (E) Os livros parecem que estão dormindo na estante da biblioteca escolas, pois ninguém os consulta.

2

Observe a conclusão de um texto sobre problemas médicos no Brasil.

*Os problemas médicos no Brasil são complexos e multifacetados, envolvendo questões de acesso, qualidade e estrutura do sistema de saúde. É fundamental que haja melhorias contínuas e investimentos para garantir um atendimento de saúde mais equitativo e eficaz para toda a população.*

A afirmativa correta sobre a estruturação ou a significação do texto acima é que

- (A) os adjetivos “complexos” e “multifacetados” são redundantes, expressando a mesma realidade.
- (B) a forma de gerúndio “envolvendo” poderia ser adequadamente substituída por “embora envolvam”.
- (C) a conclusão desse texto faz um resumo dos aspectos certamente tratados anteriormente.
- (D) o problema da automedicação está indiretamente tratado no corpo do texto de conclusão.
- (E) apesar de ser um texto crítico, o autor não faz referência a providências que devem ser tomadas para resolver os problemas citados.

3

As frases a seguir mostram imprecisão pelo emprego de uma palavra de conteúdo geral (destacada).

Assinale a frase em que a substituição dessa palavra por uma palavra mais específica é feita de forma adequada.

- (A) O gerente falou que a vitamina de frutas feita naquele **negócio** ficou muito boa / instrumento.
- (B) A funcionária reclamou que o ferro de passar tinha um **troço** na parte traseira que ela não conhecia / peça.
- (C) Os funcionários da fábrica reclamaram que não viam serventia em botar aquele **bagulho** no uniforme / objeto.
- (D) A investigação da polícia parecia minuciosa, mas os detentos consideraram aquela **coisa** muito estranha / estratégia.
- (E) No laboratório de Física havia um grande número de **trechos** que raramente eram utilizados / máquinas.

4

Observe o diálogo abaixo, entre um mecânico de automóveis e um cliente já conhecido:

- Opa! Como é que tá?
- Opa! Tudo bem seu Cloves?
- Tudo bem. E o carro?
- Dei uma olhada... o barulho embaixo é do escapamento... tá furado... o barulho na frente é da junta do motor... precisa trocar... também é bom trocar o limpador de para-brisas... tá velho... e aí...
- E a embreagem?
- Já consertei... Essa mancha é de alguma coisa que deixaram cair e não sai... Já esfreguei pra burro!
- Puxa!

Assinale a opção em que há uma característica da língua falada **erradamente** exemplificada.

- (A) Problemas com a norma culta: “também é bom trocar o limpador de para-brisas”.
- (B) Emprego de expressões populares: “Já esfreguei pra burro!”.
- (C) Referências a realidades presentes na situação de comunicação: “Essa mancha é de alguma coisa que deixaram cair”.
- (D) Formas popularmente abreviadas: “Como é que tá?”.
- (E) Imprecisão: “o barulho na frente é da junta do motor... precisa trocar...”.

5

Um aspecto interessante da língua escrita é a preferência pela voz ativa em lugar da passiva, ainda que essa seja útil em várias situações, já que a voz ativa torna a frase mais direta, objetiva e concisa.

Assinale a frase que exemplifica um tipo de voz passiva.

- (A) Os profissionais da saúde ajudam-se uns aos outros, ajudando os pacientes.
- (B) Indicam-se remédios aos doentes, segundo informações científicas dos laboratórios.
- (C) Todos os médicos tinham chegado à reunião na hora marcada pelo cirurgião-chefe.
- (D) Precisa-se de muita dedicação e conhecimento para o trabalho na área da saúde.
- (E) Todas as pessoas sentadas na sala de espera dos hospitais trazem alguma necessidade de ajuda.

6

Um meio de obter-se uma boa expressão escrita é o emprego de frases curtas e diretas, pois isso facilita a leitura e ajuda o leitor a reter a informação prestada. Nas frases a seguir foram feitas modificações, a fim de melhorá-las nesse aspecto.

Assinale a frase em que isso foi feito de forma não conveniente, por prejudicar o sentido original.

- (A) A ideia, que havia surgido no dia anterior, que fora rechaçada pela maioria dos membros do partido, voltou sob nova forma e foi aceita / A ideia da véspera, rechaçada pela maioria do partido, voltou sob nova forma e foi aceita.
- (B) A velhinha, que conduzia uma lambreta, atravessava todos os dias da semana a fronteira entre dois estados, transportando um saco no assento traseiro da lambreta / a velhinha, numa lambreta, atravessava diariamente a fronteira, com um saco no assento traseiro.
- (C) O rio, que corria de uma extremidade a outra do vale entre as montanhas, tinha uma água totalmente límpida que ainda não havia sido contaminada pela poluição / O rio, correndo pelo vale, tinha água límpida.
- (D) Os galhos da goiabeira, que pendiam sobre a corrente de água do regato, se refletiam na superfície da água, embelezando duplamente a paisagem do local / os galhos da goiabeira que pendiam sobre o regato, se refletiam nele, embelezando duplamente a paisagem.
- (E) O livro editado em pequenas páginas e com letras bem miúdas, tinha uma bela aparência, que encantava os leitores, mas trazia alguns problemas de leitura / O livro tinha uma bela aparência, mas trazia problemas de leitura.

7

Todas as frases abaixo mostram um substantivo sublinhado e, na continuidade, um termo semanticamente correspondente a esse substantivo, de forma culta.

A frase em que essa correspondência foi feita de forma correta, é:

- (A) Se tem problemas nos  rins , procure um  reumatologista .
- (B) Se tem problemas no  pulmão , procure um  pneumologista .
- (C) Se tem problemas no  fígado , procure um  dermatologista .
- (D) Se tem problemas nos  ouvidos , procure um  oncologista .
- (E) Se tem problemas nos  pés , procure um  pediatra .

8

Um motivo de imprecisão ocorre quando há uma troca indevida entre parônimos ou homônimos, como a que ocorre, com a palavra sublinhada, no seguinte caso:

- (A) Para surpresa de todos os presentes no julgamento, o juiz  absolveu  o réu. (absolver / absorver).
- (B) O conferencista atuou com muita  discricção , o que motivou muitos elogios. (discricção / descrição).
- (C) Correndo, o menino conseguiu que sua pipa  ascendesse  rapidamente e ficou contente (ascender / acender).
- (D) O trator, desgovernado, ao ir  ao encontro do  barranco, deixou de funcionar (ao encontro de / de encontro ao).
- (E) Os EUA estão combatendo a  imigração  ilegal, já que é uma causa de grandes prejuízos (imigração / emigração).

9

As frases a seguir mostram expressões populares bastante utilizadas na língua falada.

Assinale a opção em que a expressão sublinhada foi corretamente substituída por uma expressão formal equivalente.

- (A) Essa chuva diária está  me enchendo o saco ! / me trazendo preocupações.
- (B) Essa corrupção  já deu ! / deve ser interrompida.
- (C) Acho que aquela empresa está  indo pro brejo ! / na hora de aumentar os investimentos.
- (D) E aí,  maré mansa ? / com boa saúde.
- (E) Não posso ir, não,  estou duro ! / estou desempregado.

10

As frases a seguir mostram uma palavra sublinhada no plural. Assinale a única frase em que essa forma pluralizada está correta.

- (A) As únicas testemunhas  chaves  do crime ainda não haviam feito seus depoimentos.
- (B) Em todas as épocas, os uniformes escolares daquele instituto tinham saias azuis e blusas  rosas .
- (C) Diante daquela loja em liquidação, formaram-se duas filas  monstros .
- (D) Os sapatos de todos os funcionários eram obrigatoriamente marrom  escuros .
- (E) Os automóveis  recéns -chegados eram os mais caros da empresa.

## Legislação EBSERH

11

Um Hospital Universitário administrado pela Ebserh necessita ampliar rapidamente sua equipe de profissionais de Enfermagem devido à abertura de novos leitos.

A superintendência solicitou orientação sobre a forma de contratação de novos empregados.

De acordo com o Regulamento de Pessoal da Ebserh, o ingresso de empregados na empresa ocorre

- (A) por indicação das Universidades Federais conveniadas.
- (B) por contratação temporária sem processo seletivo em situações emergenciais.
- (C) mediante concurso público, com regime jurídico regido pela Consolidação das Leis do Trabalho (CLT).
- (D) por nomeação direta do Ministério da Educação.
- (E) mediante processo seletivo simplificado conduzido pelas universidades.

12

Um empregado da Ebserh foi acusado de descumprir normas institucionais e de adotar conduta incompatível com as regras administrativas do Hospital Universitário.

Para a apuração formal da conduta e garantia do contraditório e da ampla defesa, a administração decidiu instaurar procedimento disciplinar conforme as normas internas da empresa.

Segundo a Norma Operacional de Controle Disciplinar da Ebserh, a apuração de infrações disciplinares pode ocorrer por meio de

- (A) sindicância ou processo administrativo disciplinar.
- (B) auditoria administrativa e decisão direta da diretoria.
- (C) avaliação de desempenho extraordinária.
- (D) procedimento sumário conduzido pela chefia imediata.
- (E) análise exclusiva do Conselho Fiscal.

**13**

Uma Universidade Federal decidiu transferir a gestão de seu hospital universitário para a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (Ebserh). Durante reunião do conselho universitário, alguns membros levantaram dúvidas sobre a natureza jurídica da empresa e o tipo de assistência prestada.

Considerando a legislação vigente, é correto afirmar que a Ebserh é uma

- (A) autarquia federal vinculada ao Ministério da Saúde, responsável pela gestão exclusiva de hospitais universitários federais.
- (B) empresa pública vinculada ao Ministério da Educação, criada para prestar serviços gratuitos de assistência médico-hospitalar no âmbito do SUS e apoiar atividades de ensino e pesquisa.
- (C) fundação pública vinculada ao Ministério da Educação, responsável por administrar hospitais universitários mediante financiamento exclusivamente privado.
- (D) sociedade de economia mista vinculada ao Ministério da Educação, podendo prestar assistência tanto no SUS quanto na rede privada.
- (E) empresa pública vinculada ao Ministério da Saúde, com autonomia para cobrar diretamente pelos serviços prestados em hospitais universitários.

**14**

Durante auditoria institucional, foi analisada a estrutura de governança da Ebserh com o objetivo de verificar a existência de instâncias responsáveis pela supervisão estratégica da empresa.

De acordo com o Estatuto Social da Ebserh, o órgão responsável por deliberar sobre diretrizes estratégicas e por supervisionar a gestão da Diretoria Executiva é o(a)

- (A) Conselho Fiscal.
- (B) Comitê de Ética.
- (C) Conselho Consultivo.
- (D) Conselho de Administração.
- (E) Assembleia Hospitalar Universitária.

**15**

Um servidor da Ebserh recebeu de um fornecedor de equipamentos hospitalares um presente de alto valor após a assinatura de um contrato de fornecimento para o hospital universitário.

À luz do Código de Ética e Conduta da Ebserh, essa situação caracteriza

- (A) prática aceitável desde que o presente seja declarado à chefia imediata.
- (B) conduta permitida quando o contrato já estiver formalmente concluído.
- (C) prática permitida apenas quando se tratar de fornecedor internacional.
- (D) procedimento regular, desde que não haja impacto direto no processo licitatório.
- (E) situação que pode configurar conflito de interesses e violação aos princípios éticos da instituição.

## Políticas Públicas de Saúde e Educação

**16**

O Decreto nº 7.508/2011 define conceitos relativos à organização do Sistema Único de Saúde (SUS), considerando a articulação interfederativa e a regionalização das ações e serviços.

Assinale a opção que descreve corretamente uma Região de Saúde.

- (A) Conjunto de serviços municipais organizado para integrar ações assistenciais e planejamento sanitário local.
- (B) Agrupamento de municípios limítrofes organizado para integrar ações, serviços e planejamento sanitário regional.
- (C) Rede hospitalar estadual organizada para integrar serviços especializados e metas assistenciais definidas.
- (D) Área administrativa regional organizada para integrar contratos, metas assistenciais e execução orçamentária.
- (E) Estrutura integrada de estabelecimentos públicos e privados organizada para executar programas estratégicos nacionais.

**17**

A Política Nacional de Saúde Integral da População Negra estabelece diretrizes voltadas ao combate contra o racismo institucional e à redução das desigualdades étnico-raciais no âmbito do SUS.

Assinale a opção que apresenta uma medida adequada à referida política.

- (A) Implementação de metas específicas para redução de desigualdades étnico-raciais em saúde.
- (B) Exclusão do quesito cor dos sistemas de informação para evitar distinções administrativas.
- (C) Centralização das ações de saúde da população negra em serviços especializados estaduais.
- (D) Restrição das ações da política às comunidades quilombolas reconhecidas pelo Estado.
- (E) Substituição das diretrizes gerais do SUS por protocolos específicos para a população negra.

**18**

A Resolução CNS nº 553/2017 estabelece a Carta dos Direitos e Deveres da Pessoa Usuária da Saúde, dispondo sobre responsabilidades individuais no âmbito do cuidado.

Assinale a opção que apresenta uma violação dos deveres da pessoa usuária.

- (A) Solicitar substituição do profissional responsável durante atendimento hospitalar regular.
- (B) Recusar procedimento terapêutico após esclarecimento adequado da equipe assistencial.
- (C) Omitir informação sobre alergia medicamentosa relevante durante atendimento hospitalar regular.
- (D) Registrar reclamação formal sobre atendimento recebido junto à ouvidoria institucional.
- (E) Solicitar acesso ao próprio prontuário médico durante acompanhamento ambulatorial regular.

**19**

Leia a situação hipotética a seguir.

*Durante atendimento em Unidade Básica de Saúde, um homem transexual solicitou encaminhamento para mastectomia. O profissional informou que o procedimento não poderia ser ofertado pelo SUS, pois se trataria de demanda estética não relacionada à saúde.*

A atitude do profissional de saúde está

- (A) inadequada, pois a decisão sobre cirurgias depende exclusivamente de autorização prévia estadual.
- (B) adequada, pois procedimentos com finalidade estética não integram as ações regulares do SUS.
- (C) inadequada, pois toda solicitação apresentada pelo usuário deve ser imediatamente atendida.
- (D) adequada, pois procedimentos corporais específicos exigem autorização judicial prévia.
- (E) inadequada, pois desconsidera parâmetros técnicos previstos na política pública vigente.

**20**

Leia a situação hipotética a seguir.

*Em um hospital geral de médio porte, foi identificado que um paciente recebeu dose duplicada de um anticoagulante após falha na comunicação durante a troca de plantão. O erro foi percebido horas depois, sem ocorrência de dano grave. A direção da instituição solicita que o Núcleo de Segurança do Paciente proponha medidas imediatas.*

Com base no Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), o encaminhamento prioritário deve ser

- (A) formalizar advertência ao profissional envolvido e reforçar, em reunião de equipe, a necessidade de atenção redobrada na etapa de administração.
- (B) registrar o fato apenas no prontuário do paciente e restringir o relato às chefias imediatas, a fim de evitar repercussões institucionais indevidas.
- (C) notificar o incidente no sistema aplicável, analisar fatores contribuintes e revisar o processo de comunicação nas transições do cuidado assistencial.
- (D) determinar dupla checagem médica para todas as prescrições da Unidade, independentemente do risco do fármaco e do contexto do atendimento prestado.
- (E) abrir apuração administrativa e afastar preventivamente a equipe do plantão, mantendo a medida até a conclusão do procedimento interno formal.

**21**

Avalie se as diretrizes do HumanizaSUS incluem:

- I. implantação de modelo decisório que concentra na chefia a prerrogativa de alterar rotinas, com o objetivo de garantir maior eficiência no atendimento ao público;
- II. instituição de espaços regulares de deliberação coletiva para discutir impasses do cotidiano e redefinir responsabilidades entre trabalhadores, gestores e usuários;
- III. reorganização do acesso com redefinição dos critérios de entrada no serviço, priorizando necessidades avaliadas no momento do atendimento.

É compatível com o escopo do HumanizaSUS o que se indica em

- (A) II e III, apenas.
- (B) I, II e III.
- (C) I e III, apenas.
- (D) II, apenas.
- (E) I e II, apenas.

**22**

A NOB/RH-SUS prevê que a gestão do trabalho no SUS deve obedecer ao princípio da participação bilateral.

Assinale a opção que descreve corretamente esse princípio.

- (A) Pactuação conjunta de diretrizes sobre carreira e condições laborais.
- (B) Definição de critérios remuneratórios pela gestão administrativa.
- (C) Deliberação de vantagens funcionais pelos trabalhadores organizados.
- (D) Homologação de acordos trabalhistas pelo gestor responsável.
- (E) Estabelecimento de normas internas pela secretaria competente.

**23**

Com relação às características do Sistema Único de Saúde (SUS), avalie as afirmativas a seguir.

- I. O sistema público de saúde instituído pela Constituição de 1988 rompeu com o modelo anterior restrito aos trabalhadores formais, passando a garantir acesso a toda a população.
- II. A organização do sistema, desde sua criação, passou a considerar as desigualdades sociais e regionais como critério para definição de prioridades na oferta de ações e serviços.
- III. A organização estabelecida a partir de 1988 definiu que toda decisão sobre políticas de saúde seria centralizada na esfera federal, de modo a garantir uniformidade administrativa.

Está correto o que se afirma em

- (A) I e III, apenas.
- (B) II e III, apenas.
- (C) II, apenas.
- (D) I e II, apenas.
- (E) I, II e III.

**24**

Com base no Código de Ética Médica (Resolução CFM nº 2.217/2018), avalie as afirmativas a seguir e assinale (V) para a verdadeira e (F) para a falsa.

- ( ) O médico pode recusar-se a exercer a profissão em instituição pública ou privada quando as condições de trabalho não forem dignas, devendo comunicar formalmente sua decisão ao Conselho Regional competente.
- ( ) É vedado ao médico divulgar, fora do meio científico, método terapêutico ainda não reconhecido por órgão competente, ainda que a divulgação tenha finalidade apenas educativa.
- ( ) O médico deve empregar todos os recursos diagnósticos e terapêuticos disponíveis nas situações clínicas irreversíveis, ainda que tais medidas não garantam benefício proporcional ao paciente.

As afirmativas são, respectivamente,

- (A) V – F – V.
- (B) V – V – F.
- (C) F – V – V.
- (D) V – F – F.
- (E) F – V – F.

25

O Sistema Único de Saúde (SUS) é estruturado constitucionalmente por um conjunto de princípios e diretrizes que orientam sua organização, seu funcionamento e sua oferta de ações e serviços.

Assinale a opção que apresenta uma ação **incompatível** com as diretrizes do SUS.

- (A) Implantação de central de regulação regional para organizar o acesso a consultas e exames entre municípios de uma mesma região de saúde.
- (B) Realização de conferência municipal de saúde com participação de usuários, trabalhadores e gestores para definição de prioridades locais.
- (C) Organização de fila paralela para determinados procedimentos com base em critérios definidos internamente pela gestão local.
- (D) Estruturação de rede municipal com integração entre Atenção Básica e serviços especializados por meio de fluxos de referência definidos.
- (E) Pactuação entre os gestores do sistema para redistribuição de recursos financeiros conforme indicadores epidemiológicos regionais.

26

A Bioética parte do pressuposto de que nem tudo o que é cientificamente possível é também eticamente aceitável, exigindo que os avanços técnicos sejam avaliados quanto ao respeito à dignidade da pessoa humana.

Assinale a opção que exemplifica uma ação cientificamente possível, porém eticamente inaceitável.

- (A) Oferta de tratamento capaz de restaurar completamente funções orgânicas perdidas, ainda que inexistam recursos técnicos para a intervenção.
- (B) Implementação de protocolo clínico experimental com aprovação institucional e monitoramento contínuo dos riscos envolvidos no procedimento.
- (C) Suspensão de intervenção considerada fútil após deliberação multiprofissional e registro fundamentado da decisão no prontuário do paciente.
- (D) Utilização de técnica avançada de diagnóstico, acompanhada de esclarecimento prévio quanto aos limites e implicações do exame.
- (E) Utilização de recurso tecnológico capaz de prolongar funções vitais de forma indefinida, independentemente do estado concreto de saúde do paciente.

27

Os Determinantes Sociais da Saúde (DSS) referem-se a um conjunto de condições que influenciam diretamente a distribuição das doenças e dos fatores de risco na população.

Assinale a opção que exemplifica corretamente um DSS.

- (A) Elevada prevalência de hipertensão arterial associada ao envelhecimento progressivo da população brasileira.
- (B) Aumento do consumo de bebidas alcoólicas decorrente de adversidades emocionais na vida adulta.
- (C) Diagnóstico tardio de neoplasias relacionado à baixa procura espontânea por serviços assistenciais especializados.
- (D) Elevação das taxas de obesidade associada ao menor custo relativo de alimentos ultraprocessados.
- (E) Maior ocorrência de diabetes vinculada à presença de histórico familiar e predisposição genética.

28

Considerando os fatores determinantes para a Reforma Sanitária Brasileira, analise as afirmativas a seguir e assinale (V) para a verdadeira e (F) para a falsa.

- ( ) A crise do modelo previdenciário centralizado, associada à expansão da assistência privada, articulou-se à formulação de uma crítica baseada na medicina social e na análise histórico-estrutural da saúde.
- ( ) A Reforma Sanitária estruturou-se a partir da adoção da teoria funcionalista do Estado, orientada pela racionalização administrativa e pela busca de equilíbrio institucional no setor saúde.
- ( ) A abertura política da década de 1970, combinada à reorganização dos movimentos sociais, favoreceu a consolidação de um projeto que relacionava saúde, democracia e transformação das estruturas sociais.

As afirmativas são, respectivamente,

- (A) V – F – F.
- (B) F – V – V.
- (C) V – F – V.
- (D) F – F – V.
- (E) V – V – F.

29

A Resolução RDC nº 36/2013, da ANVISA, institui ações para a promoção da segurança do paciente e apresenta conceitos relacionados à gestão de risco nos serviços de saúde.

Considerando as definições estabelecidas na norma, um exemplo de evento adverso é a administração de medicamento

- (A) em dose incorreta, resultando em insuficiência renal aguda no paciente internado.
- (B) com atraso na prescrição, sem gerar complicações para o paciente internado.
- (C) conforme prescrição, com registro incompleto no prontuário do paciente internado.
- (D) com orientação incompleta da equipe assistencial ao paciente internado.
- (E) em dose incorreta, identificada antes da infusão completa no paciente internado.

30

Tendo em vista os mecanismos institucionais de participação no âmbito do Sistema Único de Saúde, leia hipotética a situação a seguir.

*Camila participou, como representante dos profissionais de saúde, de uma instância colegiada municipal convocada para ocorrer naquele quadriênio. Durante o encontro, foi realizada avaliação ampla da situação de saúde do município, com apresentação de diagnósticos gerais e, ao final, foram propostas diretrizes para subsidiar a formulação da política de saúde nos anos subsequentes.*

De acordo com a descrição apresentada, a instância indicada na situação acima é o(a)

- (A) Conselho Municipal de Saúde.
- (B) Fórum Permanente de Planejamento Regional.
- (C) Comissão Intergestores Bipartite.
- (D) Mesa de Negociação Permanente do SUS.
- (E) Conferência Municipal de Saúde.

## CONHECIMENTOS ESPECÍFICOS

31

Mulher, 74 anos, com insuficiência cardíaca com fração de ejeção reduzida (ICFER, FEVE 28%), etiologia isquêmica, classe funcional NYHA III, em uso irregular de furosemida e carvedilol, dá entrada na emergência com dispneia progressiva há três dias, ortopneia, oligúria nas últimas 12 horas. Relata astenia intensa e fraqueza.

Ao exame:

- PA: 86 x 54 mmHg; FC: 118 bpm; FR: 28 irpm; SatO<sub>2</sub>: 88% em ar ambiente; Extremidades frias e pegajosas; TEC: 4 segundos; Turgência jugular: ++/4+; Estertores crepitantes até 1/3 médio de campos pulmonares; Edema MMII: 3+/4+.
- Gasometria arterial (O<sub>2</sub> suplementar 4 L/min): pH: 7,31; HCO<sub>3</sub><sup>-</sup>: 18 mEq/L; Lactato: 4,2 mmol/L.
- Creatinina: 2,1 mg/dL (baseline 1,2); BNP: elevado; ECG: taquicardia sinusal, sem supradesnivelamento do ST; POCUS: VE dilatado, hipocôntrico; VCI > 2,2 cm com colapsabilidade < 20%.
- Classificação clínica: perfil hemodinâmico “frio e úmido”.

A conduta hemodinâmica inicial mais apropriada é

- intensificar diurético intravenoso em bolus e otimizar ventilação não invasiva, evitando drogas vasoativas inicialmente.
- iniciar vasodilatador venoso em alta dose (nitroglicerina EV) para reduzir congestão pulmonar, mesmo com hipotensão.
- iniciar inotrópico (ex.: dobutamina) e associar vasopressor (preferencialmente noradrenalina) se necessário para manter PAM ≥ 65 mmHg, com diurético após estabilização hemodinâmica.
- administrar carga volêmica de 30 mL/kg de cristalóide devido ao lactato elevado e acidose metabólica.
- iniciar betabloqueador intravenoso para controle da taquicardia e redução do consumo miocárdico de oxigênio.

32

Homem, 52 anos, com sarcoidose sistêmica confirmada há cinco anos (biópsia ganglionar com granulomas não caseosos), previamente tratado com prednisona por 12 meses, atualmente sem imunossupressão. Evolui nos últimos três meses com dispneia progressiva aos médios esforços e dois episódios de pré-síncope.

- Exame físico: PA: 100/64 mmHg; FC: 96 bpm; FR: 20 irpm; SatO<sub>2</sub>: 96% em ar ambiente; Turgência jugular: +/4; Estertores bibasais discretos; Edema maleolar: +/4.
- ECG: BAV de 1º grau (PR 280 ms); Bloqueio de ramo direito; Extrassístoles ventriculares frequentes.
- Holter 24h: Taquicardia ventricular não sustentada (TVNS) – seis episódios, até 12 batimentos.
- Ecocardiograma: FEVE: 38%; Disfunção leve de VD; Hipocinesia septal basal.
- Ressonância magnética cardíaca: Realce tardio transmural e mesomiocárdico em septo basal e parede lateral; Extensão de LGE estimada em 18% da massa ventricular.
- PET-FDG: Captação focal intensa nas mesmas regiões resultante de atividade inflamatória ativa.
- Estudo eletrofisiológico (EEF): Indução de TV monomórfica sustentada com instabilidade hemodinâmica.
- Creatinina normal. Troponina discretamente elevada. BNP elevado.

Assinale a conduta mais apropriada.

- Iniciar corticoterapia isolada e reavaliar função ventricular após três meses antes de indicar dispositivo.
- Implante de marcapasso definitivo devido ao distúrbio de condução e manter vigilância arritmica.
- Implante de cardioversor-desfibrilador implantável e reinício imediato de imunossupressão sistêmica; considerar terapia adicional poupadora de esteroide.
- Realizar apenas ablação por radiofrequência da TV induzida e evitar CDI neste momento.
- Iniciar betabloqueador em dose plena e amiodarona, postergando decisão sobre dispositivo.

33

Homem, 64 anos, hipertenso mal controlado, procura UPA com dor torácica súbita, intensa, irradiada para dorso, iniciada há uma hora. Relata náuseas e sudorese.

- PA: 160 x 95 mmHg;
- FC: 92 bpm;
- FR: 20 irpm;
- SatO<sub>2</sub>: 98%;
- ECG: supradesnivelamento de ST em DII, DIII e aVF, com infra em V1–V3;
- Troponina inicial ainda indisponível.

Sem sala de hemodinâmica no local, é iniciado trombolítico por suspeita de IAM com supra inferior.

Após 20 minutos, paciente evolui com PA 70 x 40 mmHg; Confusão mental; Turgência jugular; Bulhas hipofonéticas; Pulso paradoxal.

O diagnóstico mais provável para a deterioração clínica é

- choque cardiogênico por falha de reperfusão.
- dissecção aguda de aorta tipo A complicada com hemopericárdio e tamponamento.
- ruptura de músculo papilar com insuficiência mitral aguda.
- embolia pulmonar maciça associada ao trombolítico.
- reação anafilática ao fibrinolítico.

**34**

Homem, 67 anos, com insuficiência cardíaca com fração de ejeção reduzida (FEVE 28%), classe funcional NYHA III, em uso otimizado de carvedilol, espirolactona e furosemida. Estava previamente em enalapril 20 mg 2x/dia, suspenso há 48 horas para introdução de sacubitril/valsartana.

Após 3 meses de tratamento com dose alvo do Inibidor do Receptor da Angiotensina + Inibidor da Neprilisina, apresenta PA 104 X 68 mmHg; Creatinina estável; Potássio 4,8 mEq/L; Melhora funcional (NYHA II).

Laboratório: BNP: 380 pg/mL (aumentou em relação ao basal); NT-proBNP: reduziu de 2.100 para 820 pg/mL.

Assinale a opção que melhor explica o padrão observado de biomarcadores e os efeitos fisiológicos renais do fármaco.

- (A) A valsartana bloqueia receptores AT2, reduzindo natriurese mediada por peptídeos natriuréticos e diminuindo níveis de NT-proBNP.
- (B) O Inibidor do Receptor da Angiotensina + Inibidor da Neprilisina reduz simultaneamente BNP e NT-proBNP; o aumento de cGMP promove vasoconstrição renal compensatória para manter a filtração.
- (C) A inibição da neprilisina reduz a degradação de BNP e NT-proBNP, elevando ambos; o bloqueio de AT1 reduz TFG por vasoconstrição da arteríola aferente.
- (D) O aumento do BNP ocorre porque o sacubitril aumenta sua produção; o NT-proBNP reduz por efeito direto da valsartana sobre sua clivagem hepática;
- (E) A inibição da neprilisina reduz a degradação do BNP, mas não do NT-proBNP; o aumento de cGMP promove vasodilatação da arteríola aferente e redução da pressão intraglomerular por atenuação do tônus eferente mediado por angiotensina II.

**35**

Homem, 67 anos, fibrilação atrial permanente, CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASc 4 (HAS, idade > 65, IC prévia), HAS-BLED 2. Em uso irregular de apixabana. Internado por hemorragia digestiva alta com Hb 6,9 g/dL; Instabilidade hemodinâmica inicial; Necessidade de três concentrados de hemácias.

Endoscopia digestiva alta: úlcera duodenal Forrest IIa (vaso visível); Hemostasia endoscópica com clipe e adrenalina; Sem sangramento ativo após tratamento.

Após 72 horas, estável hemodinamicamente; Hb estável; sem novo episódio de melena; creatinina 1,4 mg/dL; sem cirrose ou varizes.

A estratégia mais apropriada de anticoagulação nesse momento é

- (A) iniciar heparina não fracionada em dose terapêutica como ponte antes do anticoagulante oral.
- (B) postergar anticoagulação por pelo menos 30 dias e substituir temporariamente por AAS.
- (C) reiniciar apixabana em 24 h após hemostasia endoscópica, na mesma dose plena.
- (D) reiniciar a anticoagulação entre o terceiro e o sétimo dia após o controle do sangramento, preferencialmente com anticoagulante oral direto, sem utilização de terapia de ponte com heparina.
- (E) suspender definitivamente anticoagulação devido ao risco de ressangramento.

**36**

Homem, 67 anos, ex-tabagista (60 maços-ano), diagnóstico de doença pulmonar obstrutiva crônica estágio muito grave, múltiplas internações prévias, uso domiciliar de oxigênio noturno e broncodilatadores de longa ação. Chega ao pronto-socorro com 48 horas de piora progressiva da dispneia, aumento do volume e purulência do escarro, sonolência intermitente e redução da tolerância ao esforço.

- Frequência respiratória 32 irpm;
- Frequência cardíaca 118 bpm;
- Pressão arterial 138/84 mmHg;
- Saturação periférica 82% em ar ambiente;
- Uso intenso de musculatura acessória;
- Tiragem intercostal;
- Sibilos difusos e murmúrio vesicular globalmente diminuído;
- Escala de Glasgow 14;
- Gasometria arterial em ar ambiente: pH 7,27; Pressão parcial de dióxido de carbono 68 mmHg; Pressão parcial de oxigênio 48 mmHg; Bicarbonato 31 mEq/L; Lactato normal;
- Radiografia de tórax sem consolidação lobar evidente.

A conduta ventilatória inicial mais apropriada é

- (A) ventilação não invasiva com pressão positiva, titulando oxigênio para manter saturação entre 88% e 92%, associada a broncodilatadores inalatórios e corticoide sistêmico.
- (B) oxigênio em alto fluxo com fração inspirada elevada, visando saturação maior que 98%.
- (C) intubação orotraqueal imediata devido à presença de hipercapnia e acidose.
- (D) administração de bicarbonato intravenoso para correção da acidose respiratória antes de considerar suporte ventilatório.
- (E) evitar ventilação não invasiva devido ao risco aumentado de pneumotórax em doença pulmonar obstrutiva crônica avançada.

**37**

Homem, 41 anos, sem outras comorbidades, HIV positivo há oito anos, abandono de terapia antirretroviral há 18 meses. Admitido com tosse produtiva há três meses; febre vespertina diária; sudorese noturna intensa; perda ponderal de 12 kg; dispneia progressiva. CD4 = 48 células/mm<sup>3</sup>. Carga viral = 450.000 cópias/mL. Radiografia: múltiplas cavitações bilaterais extensas. GeneXpert: *Mycobacterium tuberculosis* com resistência à rifampicina. Teste de sensibilidade completo confirma resistência à rifampicina; resistência à isoniazida; sensibilidade preservada a fluoroquinolonas; sensibilidade preservada a bedaquilina; sensibilidade preservada a linezolida; sensibilidade preservada a ampicacina. Eletrocardiograma: intervalo QT corrigido de 462 ms. Potássio normal. Magnésio normal. Transaminases duas vezes o limite superior. Creatinina normal. Paciente não está em uso de terapia antirretroviral.

A estratégia terapêutica mais apropriada é

- (A) iniciar esquema padrão com rifabutina substituindo rifampicina, associado à terapia antirretroviral imediata com dolutegravir + lamivudina.
- (B) iniciar esquema contendo ampicacina injetável + etionamida + pirazinamida, adiando terapia antirretroviral por oito semanas para evitar síndrome inflamatória de reconstituição imune.
- (C) iniciar regime totalmente oral contendo bedaquilina + linezolida + fluoroquinolona de segunda geração, com introdução de terapia antirretroviral dentro de duas semanas, monitorando QT e toxicidade hematológica.
- (D) postergar tratamento específico para tuberculose esquema contendo bedaquilina + fluoroquinolona até normalização do intervalo QT, iniciando apenas terapia antirretroviral.
- (E) iniciar apenas fluoroquinolona + pirazinamida + etambutol+ ampicacina, evitando bedaquilina devido ao QT prolongado.

**38**

Homem, 32 anos, asmático grave persistente, múltiplas internações prévias e uma intubação há dois anos, chega ao pronto-socorro com crise iniciada há 12 horas, piora progressiva nas últimas três horas.

- Na admissão: fala em palavras isoladas; agitação psicomotora alternando com sonolência; uso intenso de musculatura acessória; tiragem supraesternal; sudorese fria; “tórax silencioso” à ausculta.
- Sinais vitais: frequência respiratória 36 irpm; frequência cardíaca 138 bpm; pressão arterial 150 X 90 mmHg; saturação 88% em ar ambiente.
- Recebeu três nebulizações sequenciais com salbutamol + ipratrópio, metilprednisolona intravenosa, oxigênio suplementar (fração inspirada 0,28).
- Gasometria arterial após tratamento inicial: pH 7,28; pressão parcial de dióxido de carbono 54 mmHg; pressão parcial de oxigênio 60 mmHg; bicarbonato 25 mEq/L; lactato discretamente elevado.

Em relação à melhor interpretação e à conduta imediata para o caso, assinale a afirmativa correta.

- (A) A pressão parcial de dióxido de carbono está próxima do normal, indicando resposta parcial ao broncodilatador; manter tratamento clínico intensivo e observação.
- (B) Trata-se de exacerbação asmática grave com retenção de dióxido de carbono, indicando falência ventilatória iminente; preparar via aérea definitiva e suporte ventilatório avançado.
- (C) Iniciar ventilação não invasiva como estratégia padrão inicial na asma grave hipercápnica.
- (D) Administrar morfina para reduzir sensação de dispneia e consumo de oxigênio.
- (E) Suspender broncodilatadores beta-agonistas devido à taquicardia e iniciar antibiótico de amplo espectro.

**39**

Homem, 57 anos, cirrose alcoólica descompensada, Child-Pugh C, escore MELD 28, ascite refratária em uso crônico de espironolactona e furosemida. História de peritonite bacteriana espontânea há seis meses. Em lista para avaliação de transplante hepático.

Internado por infecção urinária não complicada, tratada com antibiótico adequado, evolui, após cinco dias, com piora progressiva da função renal.

- Creatinina sérica: basal: 0,9 mg/dL; 48h: 1,8 mg/dL; 72h: 2,6 mg/dL. Pressão arterial média: 63 mmHg. Sem uso de vasopressores. Sem choque atual. Lactato normal. Diurese < 0,5 mL/kg/h.
- Exames complementares: urina tipo I: sem cilindros granulados, sem hematúria significativa; proteinúria < 300 mg/dia; sódio urinário: 12 mEq/L; fração de excreção de ureia: 28%; ultrassonografia renal: rins de dimensões preservadas, sem obstrução.
- Condutas já realizadas: suspensão de diuréticos; expansão com albumina 1 g/kg/dia por 2 dias; exclusão de choque séptico; ausência de exposição a anti-inflamatórios ou contraste.

Sem melhora da creatinina após 48 horas.

A conduta mais adequada nesse momento é

- (A) iniciar dopamina em baixa dose para aumento do fluxo renal.
- (B) intensificar reposição volêmica com cristalóide para otimizar perfusão renal.
- (C) indicar hemodiálise imediata independentemente de outras intervenções.
- (D) reintroduzir diurético em infusão contínua para estimular diurese.
- (E) iniciar terlipressina associada à albumina, com monitorização hemodinâmica rigorosa.

**40**

Paciente 70 anos, internado há 8 dias por pneumonia comunitária grave, em uso de ceftriaxona e azitromicina. Evolui com diarreia aquosa abundante (8 evacuações/dia); dor abdominal difusa; leucocitose 22.000; creatinina aumentou de 1,0 para 1,6 mg/dL; albumina baixa.

Sem sangue visível nas fezes.

Assinale a opção que apresenta a hipótese diagnóstica mais provável e o exame confirmatório mais apropriado segundo diretrizes atuais.

- (A) Diarreia viral hospitalar; coprocultura padrão.
- (B) Infecção por *Clostridioides difficile*; teste molecular para gene toxigênico associado à detecção de toxina.
- (C) Colite isquêmica; colonoscopia imediata como primeiro exame.
- (D) Supercrescimento bacteriano; teste respiratório com lactulose.
- (E) Efeito adverso direto da ceftriaxona; suspensão isolada do antibiótico.

**41**

Homem, 45 anos, previamente hígido, sem história de hepatopatia crônica conhecida, apresenta icterícia progressiva há seis dias, náuseas e mal-estar. Evolui nas últimas 24 horas com confusão mental e sonolência.

Na admissão: encefalopatia hepática grau II; INR 4,2; bilirrubina total 19 mg/dL; AST 3.400 U/L; ALT 3.900 U/L; fator V reduzido; lactato 4,5 mmol/L (após reposição volêmica adequada); creatinina 1,9 mg/dL.

Sorologias virais pendentes.

Sem uso conhecido de paracetamol.

Ultrassonografia: fígado de tamanho normal, sem sinais de cirrose ou hipertensão portal.

Assinale a opção que apresenta o critério prognóstico mais validado para indicar transplante hepático urgente nesse contexto.

- (A) Escore MELD isoladamente maior que 30.
- (B) Escore Child-Pugh classe C.
- (C) Critérios de King's College para insuficiência hepática aguda não relacionada ao paracetamol.
- (D) Bilirrubina total acima de 15 mg/dL associada a encefalopatia;
- (E) Presença isolada de encefalopatia hepática grau II.

**42**

Homem, 29 anos, diagnóstico de colite ulcerativa extensa há cinco anos. Em uso de infliximabe há 18 meses, com resposta inicial adequada. Última infusão há 6 semanas.

Admissão hospitalar por 12 evacuações sanguinolentas/dia; febre 38,6 °C; frequência cardíaca 115 bpm; dor abdominal difusa; hemoglobina 8,7 g/dL; albumina 2,3 g/dL; proteína C reativa 130 mg/L.

Classifica-se como colite ulcerativa aguda grave (critérios de Truelove & Witts).

Colonoscopia limitada: mucosa friável; úlceras profundas; exsudato mucopurulento.

TC e USG de abdome sem sinais de perfuração do tubo gastrointestinal.

Histopatologia: Inclusões citomegálicas compatíveis com citomegalovírus; Imuno-histoquímica positiva.

PCR quantitativo para citomegalovírus no sangue detectável em baixa carga.

Dosagem de infliximabe: nível terapêutico adequado; ausência de anticorpos antidroga.

A conduta mais apropriada nesse momento é

- (A) iniciar ganciclovir intravenoso e suspender temporariamente imunossupressão biológica.
- (B) substituir por vedolizumabe imediatamente.
- (C) iniciar tofacitinibe oral.
- (D) indicar colectomia urgente imediata.
- (E) intensificar infliximabe para dose de resgate.

43

Homem, 66 anos, internado em UTI por choque séptico secundário a perfuração intestinal, submetido a laparotomia de urgência. Evolui em ventilação mecânica controlada (volume corrente 6 mL/kg, frequência respiratória programada 22 irpm) e noradrenalina em baixa dose.

Nas últimas 24 horas: uso repetido de furosemida por congestão pulmonar; aspiração gástrica contínua por íleo paralítico; infusão predominante de solução salina 0,9%; diurese aumentada; agitação e hiperventilação espontânea sobreposta ao ventilador. Gasometria arterial: pH = 7,49; PaCO<sub>2</sub> = 23 mmHg; HCO<sub>3</sub><sup>-</sup> = 17 mEq/L.

Bioquímica: Na<sup>+</sup> = 142 mEq/L; Cl<sup>-</sup> = 110 mEq/L; K<sup>+</sup> = 3,1 mEq/L; Albumina = 2,0 g/dL; Lactato = 6,0 mmol/L.

A interpretação ácido-base mais adequada é

- (A) alcalose respiratória primária isolada.
- (B) acidose metabólica de ânion gap elevado com compensação respiratória adequada.
- (C) acidose metabólica hiperclorêmica isolada.
- (D) distúrbio misto: acidose metabólica de ânion gap elevado + alcalose metabólica + alcalose respiratória.
- (E) distúrbio misto: acidose metabólica de ânion gap elevado + acidose respiratória associada.

44

Mulher, 72 anos, internada em UTI por choque séptico secundário a pneumonia comunitária grave. Encontra-se em ventilação mecânica (PEEP 12 cmH<sub>2</sub>O) e noradrenalina em dose moderada.

Nas últimas 48 horas evolui com:

- Radiografia: congestão pulmonar bilateral.
- Balanço hídrico acumulado: +4.500 mL.

Exames: Creatinina: 1,1 → 4,9 mg/dL; Ureia: 178 mg/dL; Diurese < 200 mL/24h; Potássio: 6,9 mEq/L; pH arterial: 7,15; HCO<sub>3</sub><sup>-</sup>: 13 mEq/L; PaCO<sub>2</sub>: 28 mmHg; Lactato: 5 mmol/L.

A indicação mais formal e imediata para iniciar terapia renal substitutiva é

- (A) creatinina superior a 4 mg/dL.
- (B) oligúria persistente isolada por mais de 24 horas.
- (C) ureia superior a 150 mg/dL e sobrecarga volêmica.
- (D) lesão renal aguda estágio 3 associada à sepse.
- (E) hipercalemia, acidose metabólica e sobrecarga de volume.

45

Paciente do sexo feminino, 70 anos de idade, internada no Serviço de Ortopedia por infecção periprotética crônica complexa do quadril esquerdo, foi indicada a cirurgia de Girdlestone, que consiste na retirada das próteses do quadril, sem mais nenhuma ação.

Foram coletados fragmentos do sítio da lesão, enviados para cultura com resultado mostrando crescimento dos seguintes germes: *Providencia stuartii*, *Enterococcus faecalis*, *Klebsiella pneumoniae* e *Acinetobacter baumannii*.

Teste de sensibilidade a antimicrobianos foi utilizado pela CCIH para a escolha dos antibióticos, no momento em D12: linezolida + polimixina B + amicacina.

Evoluiu com lesão renal aguda persistente (Cr 0,78 → 2,40 → 2,14 → 2,37 mg/dL) e distúrbios eletrolíticos marcantes, com último exame revelando: Mg 0,6 mg/dL, K 2,7 mEq/L, além de hipocloridemia (Cl 84). Sem instabilidade hemodinâmica ou choque no momento.

Considerando o perfil de nefrotoxicidade mais típico de polimixina B e aminoglicosídeos (amicacina), o segmento/compartimento renal que é primariamente acometido por esses antimicrobianos, explicando tanto a IRA quanto as perdas eletrolíticas, é o(a)

- (A) glomérulo (lesão primária da membrana basal glomerular).
- (B) alça ascendente espessa (TAL) – por ativação patológica do cotransportador NKCC2 (Na<sup>+</sup>-K<sup>+</sup>-2Cl<sup>-</sup> Cotransporter 2 / padrão “tipo furosemida”).
- (C) túbulo contorcido distal – lesão predominante com hipermagnesemia por bloqueio de TRPM6 (Transient Receptor Potential Melastatin 6).
- (D) túbulo proximal, especialmente o segmento S3 (porção reta), com necrose/apoptose tubular e disfunção de reabsorção.
- (E) ducto coletor cortical – resistência à aldosterona com acidose tubular tipo 4 e hipercalemia.

46

Mulher, 42 anos, com diagnóstico prévio de doença de Graves há dois anos, interrompeu metimazol há três meses por conta própria. Realizou tomografia computadorizada contrastada há 10 dias.

Procura emergência com febre 39,7 °C; frequência cardíaca 152 bpm; pressão arterial 165 × 60 mmHg; agitação intensa alternando com confusão; náuseas, vômitos e diarreia; tremor fino; bócio difuso indolor.

Laboratório: TSH < 0,01 mUI/L; T4 livre 5,8 ng/dL; T3 total marcadamente elevado; Leucocitose leve; Função hepática normal.

Sem uso atual de antitireoidianos.

Considerando o quadro clínico e a fisiopatologia envolvida, a conduta inicial mais adequada é

- (A) propiltiouracil + propranolol + hidrocortisona + iodeto após uma hora.
- (B) metimazol + propranolol + hidrocortisona.
- (C) iodeto imediatamente, seguido de 1 g de hidrocortisona.
- (D) corticoide isolado.
- (E) plasmaférese imediata.

**47**

Paciente masculino, 55 anos, com diagnóstico de vasculite sistêmica tratado com prednisona 20 mg/dia por oito meses. Suspendeu abruptamente a medicação há 10 dias por conta própria.

Procura emergência com fraqueza intensa, náuseas, hipotensão (PA 88x56 mmHg) e hipoglicemia (48 mg/dL). Nega febre. Não apresenta hiperpigmentação cutânea.

Laboratório (8h): cortisol sérico: 2,8 mcg/dL; ACTH: 4 pg/mL (baixo); sódio: 131 mEq/L; potássio: 4,1 mEq/L; renina: normal; aldosterona: normal.

Teste de estímulo com ACTH (cosintropina 250 mcg EV): cortisol basal: 2,8 mcg/dL; 30 min: 5,2 mcg/dL; 60 min: 6,1 mcg/dL.

O diagnóstico mais preciso para explicar o quadro atual é

- (A) insuficiência adrenal primária autoimune.
- (B) insuficiência adrenal secundária por lesão hipofisária estrutural.
- (C) insuficiência adrenal terciária por retirada abrupta de glicocorticoide.
- (D) síndrome de Cushing endógena com supressão transitória do eixo.
- (E) resistência periférica ao cortisol.

**48**

Homem, 36 anos, refere cefaleia progressiva há oito meses, redução importante da libido e disfunção erétil. Evoluiu nas últimas semanas com dificuldade para dirigir à noite.

- Ao exame: hemianopsia bitemporal; testículos de volume reduzido; sem galactorreia.
- RM de sela túrcica: Lesão expansiva selar e suprasselar de 2,3 cm, heterogênea, com compressão do quiasma óptico e desvio do pedículo hipofisário.
- Laboratório (8 h): Prolactina: 85 ng/mL (VN < 20); TSH: normal; T4 livre: normal; Cortisol basal: 17 mcg/dL; ACTH: normal; LH e FSH: baixos; Testosterona total: reduzida.
- Nova dosagem de prolactina após diluição seriada: 92 ng/mL.

O diagnóstico mais provável é o

- (A) macroprolactinoma.
- (B) macroadenoma não funcionante com hiperprolactinemia por efeito haste.
- (C) craniopharingioma com hiperprolactinemia secundária.
- (D) adenoma corticotrófico silencioso.
- (E) hipofisite linfocítica.

**49**

Homem, 47 anos, previamente hígido, procura emergência por dispneia progressiva, hemoptise e oligúria há cinco dias. Refere artralhas migratórias há seis semanas, rinossinusite recorrente e perda ponderal de 5 kg. Houve suspeita de se tratar da síndrome pulmão-rim e doença anti-membrana basal glomerular.

- Ao exame: PA 158/96 mmHg; FR (frequência respiratória) 28 irpm; SatO<sub>2</sub> (saturação periférica de oxigênio) 88% em ar ambiente; estertores difusos bilaterais; sem púrpura palpável.
- Imagem: tomografia computadorizada de alta resolução: opacidades em vidro fosco difusas, compatíveis com hemorragia alveolar.
- Laboratório: Hb (hemoglobina) 7,9 g/dL (queda rápida); Cr (creatinina sérica) 1,1 → 4,6 mg/dL em 6 dias; EAS (exame de urina tipo I): 3+ sangue, cilindros hemáticos; proteinúria 1,2 g/24h; C3 e C4 (frações do complemento): normais; PCR (proteína C reativa) 138 mg/L; ANCA (anticorpo anticitoplasma de neutrófilo) por ELISA (ensaio imunoenzimático); Anti-MPO (anticorpo contra mieloperoxidase) 98 U/mL (alto); Anti-PR3 (anticorpo contra proteinase 3) negativo; Anti-MBG (anticorpo anti-membrana basal glomerular) positivo (título alto); FAN (fator antinuclear) negativo; Anti-dsDNA (anticorpo anti-DNA dupla hélice) negativo.
- Biópsia renal: GN (glomerulonefrite) necrosante com crescentes em 80% dos glomérulos; IF (imunofluorescência): padrão linear intenso de IgG (imunoglobulina G) ao longo da MBG (membrana basal glomerular); poucos depósitos granulares.

A conduta inicial mais apropriada, para as próximas seis horas, é

- (A) rituximabe (anticorpo monoclonal anti-CD20) + glicocorticoide em alta dose; evitar plasmaférese porque PEXIVAS (estudo Plasma Exchange and Glucocorticoids in Severe ANCA-Associated Vasculitis) não mostrou benefício em vasculite associada a ANCA.
- (B) glicocorticoide em alta dose + ciclofosfamida + plasmaférese diária, com monitorização seriada de anti-MBG até negatificação.
- (C) metilprednisolona em pulsos + micofenolato mofetil; aguardar culturas para excluir infecção antes de imunossuprimir.
- (D) avacopan (inibidor do receptor de C5a do complemento) + rituximabe, poupando glicocorticoide, sem plasmaférese.
- (E) anticoagulação plena por provável síndrome antifosfolípide catastrófica.

50

Mulher, 29 anos, três semanas pós-parto, chega com febre diária alta há 12 dias, odinofagia inicial, mialgias intensas e artralgias em punhos e joelhos. Evoluiu com *rash* evanescente “salmão” no tronco durante picos febris. Recebeu amoxicilina-clavulanato sem resposta.

- Exame físico: temperatura 39,6°C; FC (frequência cardíaca) 128 bpm; linfonodos cervicais dolorosos; hepatoesplenomegalia discreta; sem rigidez de nuca; sem foco infeccioso claro.
- Laboratório inicial: Leucócitos 15.800 (neutrófilos 88%); Hb (hemoglobina) 10,2 g/dL; Plaquetas 210.000/mm<sup>3</sup>; AST (aspartato aminotransferase) 82 U/L; ALT (alanina aminotransferase) 74 U/L; Ferritina 4.800 ng/mL; PCR (proteína C reativa) 180 mg/L; VHS (velocidade de hemossedimentação) 18 mm/h; FAN (fator antinuclear) negativo; FR (fator reumatoide) negativo; Triglicérides 180 mg/dL; Fibrinogênio 410 mg/dL; Complemento normal; Procalcitonina 0,6 ng/mL (limítrofe).
- Evolução em 48 horas (piora): Confusão leve, hipotensão relativa, febre persistente; Plaquetas 210.000 → 62.000; Leucócitos 15.800 → 3.100; AST 82 → 620 U/L; Ferritina 4.800 → > 32.000 ng/mL; Triglicérides 180 → 480 mg/dL; Fibrinogênio 410 → 120 mg/dL; Dímero-D muito elevado; PCR 180 → 220 mg/L; VHS 18 → 4 mm/h.
- Hemoculturas até o momento negativas; eco sem endocardite.

Assinale a opção que apresenta a hipótese mais provável e identifica a intervenção imediata que muda o prognóstico.

- (A) Sepses bacteriana oculta; ampliar antibiótico e evitar imunossupressão.
- (B) Síndrome antifosfolípide catastrófica, corticoides em dose alta.
- (C) Lúpus eritematoso sistêmico com HLH (linfo-histiocitose hemofagocítica) secundária; usar anti-TNF.
- (D) Linfoma agressivo; iniciar quimioterapia empírica.
- (E) Doença de Still do adulto com síndrome de ativação macrófágica (MAS); iniciar pulsoterapia com metilprednisolona + bloqueio de interleucina-1 (anakinra).

51

Homem, 34 anos, pesando atualmente 55 kg, recém-diagnosticado com HIV após internação por perda ponderal e febre, queda do estado geral.

- História: três meses de diarreia intermitente, candidíase oral recorrente, tosse seca. Ainda sem tratamento prévio para HIV.
- Ao exame: emagrecido, placas esbranquiçadas orais, linfonodos cervicais pequenos.
- TC de tórax: infiltrado intersticial difuso bilateral.
- Lavado broncoalveolar: *Pneumocystis jirovecii* positivo por IF.
- Laboratório (admissão): CD4: 38 células/μL; HIV RNA: 1.200.000 cópias/mL; Cr: 2 mg/dL (TFG estimada ~40.49 mL/min); AST/ALT: discretamente elevadas; HBsAg: positivo; anti-HBc total: positivo; HBV DNA: alto; HLA-B\*57:01: negativo; Genótipo HIV (RT/PR/IN): pendente (sai em 7–10 dias).

Já foi iniciado tratamento para pneumocistose: TMP-SMX EV + prednisona (hipoxemia moderada).

**Pergunta:** Qual é a melhor conduta terapêutica *antirretroviral* (escolha e *timing*), minimizando risco de falha/resistência e cobrindo as comorbidades do caso?

A melhor resposta é

- (A) iniciar dolutegravir/lamivudina (DTG/3TC) imediatamente, pois é recomendado como primeira linha de tratamento com esquema de 2 drogas e reduz toxicidade renal.
- (B) iniciar bictegravir/entricitabina/tenofovir difumarato (BIC/FTC/TDF) imediatamente pela grande potência do bictegravir.
- (C) aguardar resultado do genótipo e iniciar doravirina/TDF/3TC após 10 dias, para evitar resistência em carga viral alta.
- (D) iniciar dolutegravir + tenofovir alafenamida + entricitabina (DTG/TAF/FTC) precocemente, em até duas semanas, em especial após imediata melhora clínica.
- (E) postergar ART por 4–6 semanas devido ao risco de IRIS, e então iniciar com os antirretrovirais mais recentes e potentes cabotegravir/rilpivirina injetável como primeira linha.

52

Mulher, 27 anos, previamente hígida, refere que adotou um filhote de gato há 6 semanas. Relatou pápula autolimitada em antebraço direito após arranhão. Evoluiu há 10 dias com febre baixa diária, mal-estar e linfonodo doloroso axilar direito. Há 4 dias relatou piora súbita da visão do olho direito e “mancha central”.

Exame físico: Linfonodomegalia axilar direita 3 cm, dolorosa, sem flutuação evidente; Olho direito: acuidade visual reduzida; fundoscopia com edema de papila e exsudatos maculares em estrela; Sem meningismo.

Exames laboratoriais: Hemograma: discreta leucocitose; PCR: moderadamente elevada; Sorologia *Bartonella henselae*: IgG 1:1024, IgM positivo; VDRL negativo; toxoplasmose IgM negativa; IGRA negativo, RM encéfalo/orbitas: sem lesões expansivas; realce do disco óptico compatível com neurorretinite.

Assinale a opção que apresenta a melhor conduta antimicrobiana para maximizar recuperação visual e reduzir complicações.

- (A) Sem antibiótico; corticoide apenas, doença é autolimitada mesmo em neurorretinite.
- (B) Azitromicina por 5 dias apenas.
- (C) Doxiciclina + rifampicina por 4–6 semanas.
- (D) TMP-SMX 800/160mh 4/4h por 3 dias, eficaz e reduz inflamação.
- (E) Anfotericina B liposomal por duas semanas.

53

Homem, 52 anos, trabalhador rural do interior (área endêmica para *Paracoccidioides*), tabagista pesado, etilista social.

Há 10 meses: tosse crônica, dispneia progressiva, perda de 12 kg, sudorese noturna. Há 2 meses: lesões dolorosas em mucosa oral com sangramento fácil, disfagia e rouquidão. Há três semanas: tontura ao levantar-se, astenia marcada e hiperpigmentação difusa.

Exame físico: PA 90/55 mmHg, FC 112 bpm; Hiperpigmentação cutâneo-mucosa; Lesões ulcerovegetantes em gengiva/palato (“moriformes”); Crepitações difusas; Sem rigidez de nuca.

Exames laboratoriais: Na 126 mEq/L; K 5,9 mEq/L; glicemia 62 mg/dL; TC tórax: padrão fibrosante + micronódulos difusos; Exame direto de raspado de lesão oral: leveduras multibrotantes em “roda de leme” compatíveis com *Paracoccidioides*; HIV negativo.

A melhor estratégia terapêutica inicial é

- (A) TMP-SMX VO por ao menos 2 anos.
- (B) itraconazol VO por 3 meses.
- (C) fluconazol VO por 3 meses.
- (D) anfotericina B deoxicolato por 7 dias.
- (E) voriconazol VO por 10 dias.

54

Homem, 52 anos, previamente hígido, refere dor intensa em coxa direita há 14 horas após pequeno trauma contuso. Evolui com piora progressiva da dor, febre e mal-estar intenso, sudorese fria, procurando atendimento no serviço de emergência.

Na coxa observou-se edema tenso, eritema mal delimitado, áreas violáceas, hipoestesia em placa e crepitação discreta. Dor extrema à palpação, além do esperado para achado cutâneo.

Na admissão: PA 84/48 mmHg (PAM 60); FC 138 bpm; FR 30 irpm; T 39,4°C; Extremidades frias, tempo de enchimento capilar 5s.

Laboratório: Leucócitos 28.400 (15% bastões); Plaquetas 82.000; Creatinina 2,3 mg/dL; Lactato 6,2 mmol/L; CK 3.900 U/L; PCR 420 mg/L.

O paciente é levado imediatamente ao centro cirúrgico. Na exploração, há necrose fascial extensa com pouco pus e ausência de plano de clivagem. Exame (GRAM) de material colhido no sítio cirúrgico identificou cocos sugestivos de *Streptococcus sp.* Foi escolhido empiricamente um esquema antibiótico contendo betalactâmico associado à vancomicina e clindamicina.

Após desbridamento, o residente questiona a necessidade de associar clindamicina à betalactâmico e vancomicina, já que o microrganismo deve ser potencialmente sensível aos dois potentes já escolhidos.

Sabendo que a clindamicina se liga à subunidade 50S ribossomal bacteriana, a justificativa fisiopatológica mais correta para adicionar clindamicina nesse cenário é

- (A) ampliar espectro para gram-negativos resistentes.
- (B) aumentar atividade bactericida por sinergismo direto com betalactâmico.
- (C) reduzir risco de resistência emergente à penicilina.
- (D) melhorar penetração tecidual em áreas necróticas.
- (E) inibir síntese de exotoxinas e superantígenos estreptocócicos, reduzindo tempestade inflamatória.

55

Homem, 38 anos, encontrado confuso após “beber algo da garagem”. Chega ao PS com vômitos, dor abdominal e taquipneia.

Ao exame: PA 132/78 mmHg; FC 118 bpm; FR 32 irpm; SatO<sub>2</sub> 97% AA; T 36,4°C. Confuso, sem focalidade; hálito “não alcoólico”; sem rigidez de nuca. Gasometria: pH 7,08 / PaCO<sub>2</sub> 18 / HCO<sub>3</sub> 5. Ânion gap: 33. Bioquímica: Na 140, Cl 102, K 5,2, ureia 48, creatinina 2,1 (prévia desconhecida), glicose 92. Lactato 2,0. Cetonas negativas. Osmolalidade medida: 340 mOsm/kg; calculada: 292 mOsm/kg e osmolar gap: 48. Urina: numerosos cristais em “envelope”; cálcio baixo-normal. Nível sérico de etilenoglicol: 320 mg/dL. Inicia-se fomepizol + bicarbonato EV e suporte.

A conduta mais adequada quanto a indicar terapia extracorpórea (hemodiálise/ECTR) é

- (A) indicar hemodiálise, pois o nível de etilenoglicol é compatível com critério de ECTR mesmo com fomepizol e há acidose grave; ajustar dose do antídoto durante ECTR.
- (B) indicar hemodiálise apenas se houver convulsões ou coma; caso contrário, observar ânion gap cair.
- (C) não indicar hemodiálise, pois fomepizol bloqueia metabolismo e o nível “não é tão alto”.
- (D) indicar diurese forçada com furosemida e evitar hemodiálise para não “remover fomepizol”.
- (E) trocar fomepizol por etanol e evitar hemodiálise, pois etanol é “equivalente” e mais barato.

56

Homem, 58 anos, DM2 em uso de metformina 2.000 mg/dia, internado por pneumonia grave. Evolui com hipotensão refratária e oligúria.

Após 18 horas: PA 82/48 mmHg (noradrenalina 0,3 mcg/kg/min); FC 118 bpm; FR 28 irpm; SatO<sub>2</sub> 97% (VM, FiO<sub>2</sub> 40%); Temperatura 37,8°C.

Gasometria arterial: pH 7,06; PaCO<sub>2</sub> 22 mmHg; HCO<sub>3</sub><sup>-</sup> 6 mEq/L; Lactato 14 mmol/L.

Laboratório: Creatinina 4,2 mg/dL; Glicose 118 mg/dL; Cetonas negativas; Ânion gap 32; SvO<sub>2</sub> central 82%.

O seguinte mecanismo fisiopatológico explica principalmente a hiperlactatemia nesse caso:

- (A) hipoperfusão tecidual com glicólise anaeróbica pura (acidose tipo A clássica).
- (B) ativação de piruvato desidrogenase pelo aumento do NAD<sup>+</sup> mitocondrial.
- (C) bloqueio do Complexo IV da cadeia respiratória com incapacidade de utilização de oxigênio (mecanismo tipo cianeto).
- (D) inibição do Complexo I da cadeia respiratória, aumento da razão NADH/NAD<sup>+</sup> e desvio do piruvato para lactato.
- (E) desacoplamento oxidativo com aumento de consumo de O<sub>2</sub> e termogênese.

57

Homem, 62 anos, previamente hígido, apresenta 8 semanas de episódios breves (3–10 s), dezenas ao dia, descritos pela família como “contrações súbitas do braço direito com careta”, sem perda sustentada da consciência. Evolui com déficit subagudo de memória recente, irritabilidade e piora do desempenho executivo. Exame: orientado parcialmente, amnésia anterógrada, sem déficit focal. Eletrocardiograma normal. Sem febre.

Exames: Na 123 mEq/L, osm sérica baixa; urina inapropriadamente concentrada (perfil compatível com SIADH). PCR baixa; hemograma normal. Punção lombar: 2 células/mm<sup>3</sup>, proteína 48 mg/dL, glicose normal, bandas oligoclonais negativas. Eletroencefalograma: descargas temporais esparsas, sem *status epilepticus*. RM encéfalo (FLAIR): hipersinal discreto em hipocampo bilateral, sem realce significativo. PET-FDG: hipermetabolismo mesial temporal bilateral.

A melhor conduta imediata (diagnóstica + terapêutica), com maior impacto em prognóstico cognitivo, é

- (A) iniciar imunoterapia de primeira linha imediatamente (metilprednisolona EV + IVIG ou plasmaférese), colher anticorpos séricos/CSF e rastrear neoplasia, pois o fenótipo é altamente sugestivo de encefalite por LGI1 (Leucine-Rich Glioma-Inactivated 1).
- (B) solicitar anticorpos anti-LGI1 (Leucine-Rich Glioma-Inactivated 1) apenas no líquido e aguardar resultado para iniciar metilprednisolona.
- (C) iniciar levetiracetam em alta dose e observar resposta por 2–4 semanas antes de imunoterapia.
- (D) tratar hiponatremia como causa primária do quadro neuropsiquiátrico; corrigir sódio e reavaliar em 72 h.
- (E) indicar biópsia cerebral do lobo temporal antes de imunoterapia para excluir linfoma primário do SNC.

58

Mulher, 29 anos, 12 dias pós-parto, chega com cefaleia progressiva há cinco dias, pior ao deitar-se, associada a turvação visual transitória. Um episódio de crise focal motora curta em membro superior esquerdo na sala de espera. Sem febre.

Exame: PA 130/80, papiledema bilateral, sem déficit motor.

Exames: Hemograma normal, plaquetas 240 mil; D-dímero normal; TC sem contraste: pequena hemorragia cortical parasagital direita com edema adjacente; Angio-TC arterial: sem aneurisma/malformação; RM (T2/FLAIR) + SWI: sinais de infarto venoso hemorrágico parasagital; Venografia (MRV/CTV): falha de enchimento do seio sagital superior.

A conduta correta na fase aguda é

- (A) evitar anticoagulação devido à hemorragia; tratar apenas com antiepiléptico e controle de pressão intracraniana.
- (B) iniciar heparina (preferencialmente HBPM ou HNF) mesmo na presença de hemorragia venosa, com manejo de hipertensão intracraniana e anticonvulsivante se indicado.
- (C) iniciar dupla antiagregação plaquetária por 21 dias, como em AVC menor.
- (D) fazer trombólise venosa sistêmica imediata, pois há déficit neurológico.
- (E) aguardar confirmação por arteriografia cerebral antes de qualquer terapia antitrombótica.

59

Mulher, 41 anos, com história de vômitos incoercíveis e soluços por seis dias há dois meses (resolvidos espontaneamente), agora apresenta dor cervicotorácica, seguida de paraparesia rapidamente progressiva (48 h), nível sensitivo em T6, retenção urinária e alodinia.

Exame: paraparesia espástica, hiperreflexia, Babinski bilateral, nível sensitivo T6.

Exames: RM medula: lesão T2 hiperintensa longitudinalmente extensa (C7–T7), com edema e realce central patchy; RM encéfalo: sem lesões típicas de Esclerose Múltipla; LCR: 12 células/mm<sup>3</sup> (linfomononuclear), proteína 62 mg/dL, glicose normal, bandas oligoclonais negativas; Sorologia: AQP4-IgG positivo (Antiaquaporina-4 /célula-based assay); MOG-IgG negativo (*Myelin Oligodendrocyte Glycoprotein*); VDRL/HTLV negativos; B12 normal; cobre normal

Assinale a opção que apresenta a melhor estratégia terapêutica aguda e o cuidado-chave para não piorar o curso da doença.

- (A) Metilprednisolona EV 1 g/d por 3–5 dias e considerar plasmaférese precoce se resposta incompleta; evitar terapias modificadoras de doença de Esclerose Múltipla (ex.: interferon-beta), pois podem piorar Neuromielite Óptica.
- (B) Iniciar imediatamente interferon-beta, pois a mielite extensa é marcador de alta atividade inflamatória desmielinizante.
- (C) Tratar como isquemia medular: antiagregação e controle pressórico, sem imunoterapia, pois a progressão em 48 h é rápida demais para autoimune.
- (D) Anticoagular empiricamente por possível TVC medular (sic) e aguardar evolução.
- (E) Antibioticoterapia de amplo espectro por mielite infecciosa; corticosteroide apenas após culturas negativas.

60

Mulher, 38 anos, previamente hígida, 10 dias pós-parto, apresenta cefaleia súbita explosiva (*thunderclap*), intensidade 10/10, com pico em segundos. Evolui com mais dois episódios semelhantes em 48 h. Nega febre. Refere uso recente de sumatriptana para enxaqueca.

Exame: PA 150/95 mmHg, sem déficit focal persistente. Rigidez de nuca ausente.

Exames iniciais: TC de crânio nas primeiras 3 h: sem hemorragia subaracnoide (HSA) evidente; Punção lombar (12 h após o evento): sem xantocromia, 2 hemácias/mm<sup>3</sup>; PCR e VHS normais; LCR: 1 célula/mm<sup>3</sup>, proteína 32 mg/dL; Angio-TC cerebral: múltiplos segmentos de estreitamentos e dilatações alternantes (“beading”) nas artérias cerebrais médias e posteriores; RM com DWI: pequenas áreas corticais de restrição puntiforme frontal direita; Repetição da angiografia em 6 semanas: resolução completa das irregularidades.

Assinale a opção que apresenta o diagnóstico mais provável e a conduta inicial adequada.

- (A) Vasculite primária do SNC (PACNS); iniciar ciclofosfamida + metilprednisolona EV.
- (B) HSA aneurismática com falso-negativo na TC; indicar arteriografia urgente.
- (C) Síndrome da vasoconstrição cerebral reversível (RCVS); suspender gatilhos vasoativos, controlar PA e considerar nimodipina.
- (D) Síndrome de encefalopatia posterior reversível (PRES) associada ao puerpério; iniciar controle pressórico rigoroso e sulfato de magnésio.
- (E) Dissecção intracraniana multifocal envolvendo ramos distais com vasoespasmo secundário; iniciar anticoagulação e repetir angiografia em 7 dias.

Realização

