

MEDICINA A

Residência MÉDICA UniCesumar

- ✓ Torne-se especialista
e atualize seu futuro
com sucesso.

Boa prova!



CADERNO DE QUESTÕES DE MÚLTIPLA ESCOLHA

IDENTIFICAÇÃO DO CANDIDATO

NOME

ASSINATURA

INSCRIÇÃO

BLOCO

Nº DA SALA

LUGAR

CIDADE - LOCAL DE PROVA



COREME - Comissão de Residência Médica
EDITAL Nº 001/2024 – COREME

PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MÉDICA COM PRÉ-REQUISITO EM CLÍNICA MÉDICA

ESPECIALIDADE: ONCOLOGIA CLÍNICA

Atenção!

Este caderno de questões é composto por 30 questões objetivas, numeradas sequencialmente. Confira atentamente os seus dados impressos no Cartão-Resposta.

Qualquer divergência, sinalize ao fiscal de sala. **Não serão aceitas reclamações posteriores.**

Instruções

1. Mantenha sobre a carteira apenas o documento de identificação original e oficial, com foto, além de lápis, caneta e borracha. Será proibido o uso de materiais pessoais durante a realização da prova.
2. Mantenha o celular e outros aparelhos eletrônicos desligados, dentro do envelope plástico lacrado e designado para esse fim. Bolsa e demais materiais devem permanecer sem uso durante o exame.

NÃO UTILIZE O CELULAR EM HIPÓTESE ALGUMA.

3. Não serão permitidos: qualquer tipo de consulta ou comunicação entre os candidatos, nem utilizar boné, óculos de sol, relógio-calculadora ou qualquer tipo de calculadora, assim como telefone celular, portar arma ou quaisquer outros materiais que a UNICESUMAR julgar inconvenientes. O descumprimento implicará a eliminação do candidato.
4. A duração da prova é de 3 (três) horas para responder a todas as questões e preencher o Cartão-Resposta. O tempo mínimo de permanência em sala é de 1 (uma) hora a partir de seu início.
5. Durante a realização da prova, não será permitido ao candidato ausentar-se do recinto, a não ser em caso especial e, desde que, acompanhado por um fiscal.
6. Ao término da prova, devolva este Caderno de Questões ao fiscal, juntamente com seu Cartão-Resposta.
7. As respostas às questões objetivas deverão ser transcritas para o cartão-resposta com caneta esferográfica com tinta preta, devendo o candidato assinalar uma única resposta para cada questão.
8. Não serão computadas questões não assinaladas e questões que contenham mais de uma resposta, emenda ou rasura, ainda que legíveis. Os prejuízos advindos de marcações feitas incorretamente serão de inteira responsabilidade do candidato.
9. **Você poderá destacar o canhoto disponível na última folha deste Caderno de Questões para anotação do gabarito.**
10. O gabarito da Prova Objetiva será publicado no site <https://www.unicesumar.edu.br/presencial/residenciamedica>

Boa Prova!

Clínica Médica

Considere o caso clínico a seguir para responder às questões de 1 a 3.

G. S. A., do sexo feminino, 65 anos, portadora de hipertensão arterial sistêmica e diabetes *mellitus* tipo 2, deu entrada no pronto-socorro com queixa de dor torácica precordial ao esforço, que melhora com repouso e de caráter progressivo, com piora nas últimas 4 horas. O eletrocardiograma (ECG), realizado em 10 minutos da admissão, identificou a presença de supradesnivelamento do segmento ST em V1 e V2.

1

Em relação à alteração vista no ECG, a provável coronária comprometida foi a(o)

- (A) artéria descendente posterior direita.
- (B) artéria marginal direita.
- (C) terço médio da artéria descendente anterior esquerda.
- (D) ramo diagonal da artéria descendente anterior esquerda.
- (E) artéria circunflexa esquerda.

2

Foram coletados exames laboratoriais na admissão de G. S. A., que mostraram elevação importante da troponina, sem alterações significativas em provas de coagulação, eletrolíticas, ácido-básicas e hematimétricas; todos os resultados saíram em 30 minutos, tendo sido realizada dose de ataque de Dupla Antiagregação Plaquetária (DAPT) após o ECG. Considerando que o hospital em que a paciente foi admitida não tem sala de hemodinâmica e que a referência para hemodinâmica fica a 45 minutos de distância, podendo ser realizado o transporte em 15 minutos via serviço de atendimento móvel de urgência (SAMU), qual é a próxima conduta mais adequada?

- (A) Realizar trombólise com alteplase imediatamente.
- (B) Iniciar medicamentos vasodilatadores.
- (C) Iniciar estatina de alta potência.
- (D) Iniciar enoxaparina em dose plena.
- (E) Acionar o SAMU para que seja feito o transporte para a referência em hemodinâmica, para realização de Intervenção Coronariana Percutânea (ICP).

3

Após tratamento, a paciente evoluiu com melhora clínica, sem recorrência de dor torácica e sem outros sinais ou sintomas. Dessa forma, para o tratamento de manutenção após o Infarto Agudo do Miocárdio com Supradesnivelamento do Segmento ST (IAMCSST), foram introduzidos Dupla Antiagregação Plaquetária (DAPT), estatina de alta potência, betabloqueador, anticoagulação plena e anti-hipertensivos. Dois dias após o início das medicações, a paciente evolui com edema em língua, que piorou em cerca de duas horas. A paciente referiu, ainda, disfagia importante, dificuldade na fala e leve desconforto respiratório, mantendo, entretanto, oxigenação adequada e saturação periférica de oxigênio dentro da normalidade. Não havia evidência de eritema, prurido ou edema em outras regiões do corpo. Qual foi a provável classe medicamentosa responsável pelo quadro apresentado por G. S. A.?

- (A) Inibidor do receptor P2Y₁₂.
- (B) Inibidor da enzima conversora de angiotensina.
- (C) Bloqueador do receptor de angiotensina.
- (D) Estatina de alta potência.
- (E) Bloqueador do canal de cálcio.

4

O Acidente Vascular Cerebral (AVC) é caracterizado pela perda repentina da função cerebral focal. No entanto, pacientes com condições diferentes de isquemia cerebral podem se apresentar de forma semelhante. A avaliação e o tratamento subagudos e de longo prazo de pacientes que sofreram um AVC incluem fisioterapia e testes para determinar a etiologia precisa do evento, para evitar recorrência. Os objetivos imediatos incluem minimizar a lesão cerebral, tratar complicações médicas e avançar para descobrir a base fisiopatológica dos sintomas do paciente. Sobre o tratamento do AVC, assinale a alternativa INCORRETA.

- (A) O AAS deve ser iniciado prontamente após o diagnóstico do AVC isquêmico, independentemente da realização da trombólise.
- (B) O alvo pressórico para pacientes candidatos à trombólise é: Pressão Arterial Sistólica (PAS) ≤ 185 mmHg; e Pressão Arterial Diastólica (PAD) ≤ 110 mmHg.
- (C) O uso de anticoagulantes orais de forma contínua com INR $> 1,7$ contraindica a trombólise.
- (D) O alvo pressórico para paciente após a trombólise é PAS ≤ 180 e PAD ≤ 105 mmHg, por, pelo menos, 24 horas após o tratamento trombolítico.
- (E) A contagem de plaquetas inferior a $100.000/\text{mm}^3$ contraindica a trombólise.

5

Anemia é definida pela redução da concentração de hemoglobina, hematócrito ou hemácias no sangue. Uma baixa concentração de hemoglobina e/ou baixo hematócrito são os parâmetros mais amplamente usados para diagnosticar anemia; porém a presença de alguns marcadores laboratoriais pode corroborar com o diagnóstico etiológico da anemia. Assinale a alternativa que demonstra a associação INCORRETA entre o tipo de anemia e o marcador laboratorial associado à condição.

- (A) Anemia hemolítica autoimune – teste de Coombs direto positivo.
- (B) Anemia ferropriva – Índice de Saturação da Transferrina (IST) reduzida e Capacidade Total de Ligação do Ferro (CTLF) elevada.
- (C) Anemia macrocítica – deficiência de cobalamina e/ou ácido fólico.
- (D) Anemia de doença crônica – deficiência de hepcidina.
- (E) Anemia falciforme – presença de hemoglobina S homozigótica na eletroforese de hemoglobina.

6

A Retocolite Ulcerativa (RCU) é caracterizada por episódios recorrentes de inflamação limitada à camada mucosa do cólon. Ela comumente envolve o reto e pode se estender de forma proximal e contínua para envolver outras partes do cólon. Sobre a RCU, assinale a alternativa INCORRETA.

- (A) Os pacientes podem apresentar sintomas sistêmicos, incluindo febre, fadiga e perda de peso.
- (B) A manifestação extraintestinal mais comum na RCU é a artropatia periférica não destrutiva.
- (C) A mesalazina é eficaz tanto no tratamento de indução quanto na manutenção da RCU leve à moderada.
- (D) O exame histopatológico na RCU é caracterizado por abscessos e atrofia de criptas. Aumento da celularidade da lâmina própria, plasmocitose basal, agregados linfóides basais e eosinófilos da lâmina própria podem ser vistos.
- (E) Os fatores de risco para a RCU incluem idade avançada, obesidade, extensão da doença e tabagismo ativo.

Considere o caso clínico a seguir para responder às questões 7 e 8.

7

M. J. P., feminino, 30 anos, imunocompetente e sem comorbidades, residente em área urbana em cidade de médio porte, dá entrada no pronto atendimento com quadro de tosse persistente há 3 semanas, febre baixa intermitente, mais frequente ao final da tarde, e sudorese noturna. Reparou que perdeu 8 kg em 4 semanas, apesar de não praticar atividade física ou estar fazendo dieta específica. Ao exame físico, não há linfadenomegalias nem estertores pulmonares; abdome plano sem massas palpáveis. Assinale o diagnóstico mais provável para o quadro clínico apresentado.

- (A) Tuberculose.
- (B) Pneumonia bacteriana.
- (C) Linfoma não Hodgkin.
- (D) Malária.
- (E) Vasculite associada ao ANCA.

8

Assinale a alternativa que apresenta o tratamento mais adequado para a condição de M. J. P.

- (A) Ceftriaxona 2 g/dia IV por 5-7 dias.
- (B) Cloroquina + Primaquina por 7 dias.
- (C) Metilprednisolona 1 g/dia IV por 3 dias.
- (D) Rifampicina + Isoniazida + Pirazinamida + Etambutol por 2 meses, seguido de Rifampicina + Isoniazida por 4 meses.
- (E) Ciclofosfamida 650 mg/m² a cada 3 semanas, por 24 semanas.

9

A hipercalcemia da malignidade é relativamente comum em pacientes com câncer, ocorrendo em, aproximadamente, 20 a 30% dos casos. Configura-se como a causa mais comum de hipercalcemia em ambiente hospitalar, manifestando-se em pacientes com tumores sólidos e malignidades hematológicas. Os cânceres mais comuns associados à hipercalcemia são câncer de mama, renal, pulmonar e de células escamosas e mieloma múltiplo. A presença da hipercalcemia da malignidade geralmente está associada a um prognóstico ruim. Assinale a alternativa que NÃO apresenta um mecanismo fisiopatológico relacionado à hipercalcemia da malignidade.

- (A) Síndrome de lise tumoral.
- (B) Produção tumoral de 1,25-di-hidroxivitamina D (calcitriol).
- (C) Secreção ectópica do hormônio da paratireoide (PTH).
- (D) Metástases osteolíticas com liberação local de citocinas (incluindo fatores de ativação de osteoclastos).
- (E) Secreção tumoral da proteína relacionada ao hormônio da paratireoide (PTHrP).

10

L. F. T., feminino, 18 anos, sem comorbidades ou uso de medicações contínuas, comparece ao consultório com queixas de febre, erupções cutâneas, dor nas articulações, vermelhidão nos olhos e linfadenopatia generalizada. Ao exame físico, nota-se conjuntivite não purulenta, exantema maculopapular e petéquias, principalmente em face, tórax e membros superiores, poupando região palmo-plantar. Qual é a principal hipótese diagnóstica nesse caso?

- (A) Sarampo.
- (B) Síndrome de Stevens-Johnson.
- (C) Mononucleose infecciosa.
- (D) Lúpus Eritematoso Sistêmico.
- (E) Malária.

11

M. G. O., feminino, 70 anos, apresenta quadro de fraqueza progressiva nos membros inferiores, dificuldade para subir escadas e caminhar. Ao exame físico, paciente apresenta reflexos patológicos e atrofia muscular simétrica. Em relação ao caso apresentado, assinale a alternativa que apresenta a principal hipótese diagnóstica e a conduta inicial a ser seguida.

- (A) Doença de Charcot-Marie-Tooth; suporte fisioterápico.
- (B) Miastenia Gravis; uso de inibidores da acetilcolinesterase.
- (C) Esclerose Lateral Amiotrófica; suporte ventilatório.
- (D) Esclerose Múltipla; imunomodulação.
- (E) Polimiosite; corticoterapia.

Considere o caso clínico a seguir para responder às questões de 12 a 14.

12

R. C. S., masculino, 70 anos, com antecedente de hipertensão arterial, diabetes *mellitus* tipo 2, fibrilação atrial paroxística e obesidade grau I, faz uso contínuo de enalapril, metformina, carvedilol e rivaroxabana. O paciente vai ao pronto atendimento para consulta de rotina e queixa-se de dispneia há 2 meses, com piora evolutiva na última semana, associado à ortopneia, dispneia paroxística noturna e edema de membros inferiores com cacifo. Ao exame físico, o paciente encontra-se consciente, com presença de estertores crepitantes bibasais e em terço médio pulmonar bilateral; tempo de enchimento capilar igual a 1,5 segundo, há turgência jugular e refluxo hepatojugular, além do uso de musculatura acessória intercostal e abdominal. A pressão arterial é 158 x 94 mmHg, a frequência cardíaca é 126 bpm, com ritmo de fibrilação atrial, a saturação periférica de oxigênio é 88% e a frequência respiratória é 27 irpm. Foram coletados os seguintes exames laboratoriais: pH 7,29; PaO₂ 56 mmHg; pCO₂ 51 mmHg; HCO₃⁻ 21 mmol/L; Hb 13,0 mg/dL; Ht 45%; plaquetas 196.000/mm³; creatinina 1,10 mg/dL; troponina I 0,07 ng/mL; e dímero-D 390 ng/dL. Com base no caso clínico descrito, qual é o diagnóstico mais provável?

- (A) Infarto do miocárdio.
- (B) Insuficiência cardíaca congestiva com fração de ejeção preservada.
- (C) Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) exacerbada.
- (D) Pericardite constrictiva.
- (E) Tromboembolismo pulmonar.

13

Qual é o tratamento farmacológico inicial mais adequado para R. C. S.?

- (A) Enoxaparina em dose plena.
- (B) Salbutamol.
- (C) Furosemida.
- (D) Colchicina.
- (E) Rosuvastatina + AAS + Clopidogrel.

14

Assinale a alternativa correta em relação à terapia ventilatória mais adequada para R. C. S.

- (A) Ventilação mecânica invasiva.
- (B) Ventilação não invasiva.
- (C) Máscara de alto fluxo não reinalante.
- (D) Máscara de Venturi.
- (E) Cateter nasal de baixo fluxo de oxigênio (tipo óculos).

15

A. R. S., masculino, 30 anos, procura atendimento devido a quadro de dor intensa e contínua em região lombar, acompanhada de rigidez matinal superior a 30 minutos e com piora noturna. A radiografia de coluna revela alterações sugestivas de sacroileíte. Qual é a principal hipótese diagnóstica?

- (A) Doença de Bechterew.
- (B) Espondilite anquilosante.
- (C) Artrose de coluna.
- (D) Fratura por osteoporose.
- (E) Doença de Paget.

16

T. S. B., masculino, 48 anos, com história de hiperlipidemia, tabagismo e hipertensão, queixa-se de dor intensa em membro inferior esquerdo, que piora com a deambulação, associada à palidez e ausência de pulsos distais. Assinale a alternativa que apresenta a principal hipótese diagnóstica e conduta mais adequada a ser seguida.

- (A) Doença arterial periférica; tratamento com anticoagulantes.
- (B) Trombose venosa profunda; tratamento com anticoagulantes.
- (C) Embolia arterial; tratamento cirúrgico imediato.
- (D) Síndrome compartimental; descompressão imediata.
- (E) Arterite de células gigantes; tratamento com corticosteroides.

17

Apesar do desenvolvimento da Ressuscitação Cardiopulmonar (RCP), da desfibrilação e de outras técnicas avançadas de ressuscitação, nos últimos 50 anos, as taxas de sobrevivência para Parada Cardiorrespiratória (PCR) permanecem baixas. A entrega eficaz de intervenções está forte e consistentemente ligada à sobrevivência melhorada e à recuperação favorável após a PCR. Infelizmente, vários estudos que avaliam o desempenho hospitalar e pré-hospitalar da RCP mostraram que até mesmo os profissionais de saúde treinados falham consistentemente em cumprir as diretrizes do BLS/ACLS. Nesse sentido, deve-se enfatizar a importância da disseminação e implementação dessas habilidades, que salvam vidas, na saúde pública. Assinale a alternativa que apresenta a recomendação INCORRETA sobre o atendimento a uma PCR no ambiente extra-hospitalar.

- (A) Em um paciente não responsivo, os profissionais de saúde devem realizar a verificação do pulso carotídeo por não mais que 10 segundos antes de iniciar a RCP.
- (B) Deve-se comprimir o peito, pelo menos, 5 cm, mas não mais do que 6 cm, a cada movimento descendente.
- (C) Um socorrista solitário deve ativar os serviços de emergência primeiro e, depois, fornecer ressuscitação.
- (D) Após o uso do Desfibrilador Externo Automático (DEA), em caso de ritmos chocáveis, deve-se checar o pulso carotídeo imediatamente após a desfibrilação.
- (E) Deve-se manter a taxa de compressão torácica entre 100 e 120 compressões por minuto.

18

O Lúpus Eritematoso Sistêmico (LES) é uma doença autoimune crônica de causa desconhecida que pode afetar virtualmente qualquer órgão do corpo. Anormalidades imunológicas, especialmente a produção de vários anticorpos antinucleares (FAN), são características proeminentes da doença. Sobre os autoanticorpos do LES, assinale a alternativa que apresenta o autoanticorpo mais associado ao LES induzido por drogas (medicamentoso).

- (A) Anti-histona.
- (B) Anti-dsDNA.
- (C) Anti-RNP.
- (D) Anti-Ro.
- (E) Anti-Sm.

Considere o caso clínico a seguir para responder às questões 19 e 20.

19

R. V. A., feminino, 67 anos, portadora de HAS, DM tipo 2 e dislipidemia, compareceu ao departamento de emergência após cair da escada de sua casa, com queixa de dor intensa em quadril à direita. No exame físico, nota-se hematoma em quadril direito, encurtamento e rotação externa do membro inferior direito. Após realização de radiografia da perna direita, foi diagnosticada fratura de colo de fêmur direito, sendo realizada correção cirúrgica da fratura de fêmur no dia seguinte à internação da paciente. Enquanto permanecia internada em enfermaria, no 3º dia de pós-operatório, queixou-se de dispneia intensa e súbita enquanto estava deitada em sua cama. Foi, então, encaminhada ao departamento de emergência dispneica com uso de musculatura acessória intercostal, com cianose de extremidades e perioral. Os sinais vitais na admissão da emergência são: PA 161x83 mmHg; FC 129 bpm; SPO2 77% em ar ambiente. Exames laboratoriais coletados na admissão têm como resultados: pH 7,32; PO2 45 mmHg; pCO2 32 mmHg; HCO3- 17 mmol/L; Hb 12,1 mg/dL; Ht 38%; plaquetas 178.000/mm³; creatinina 1,3 mg/dL; troponina I 0,05 ng/mL; BNP 278 pg/mL; dímero-D 960 ng/dL; lactato 1,1 mmol/L. Qual é a conduta imediata mais adequada para o caso?

- (A) Trombólise com alteplase.
- (B) Angiotomografia computadorizada de tórax.
- (C) Anticoagulação plena com enoxaparina.
- (D) Expansão volêmica com solução cristalóide.
- (E) Oxigenoterapia suplementar.

20

Com base no diagnóstico mais provável para o quadro clínico de R. V. A., assinale a alternativa que apresenta o tratamento de escolha e sua respectiva duração.

- (A) Antibioticoterapia endovenosa, por 5 a 7 dias.
- (B) Glicocorticoide endovenoso em dose elevada, por 3 dias.
- (C) Beta-2 agonista de curta duração (SABA), até o alívio dos sintomas.
- (D) Anticoagulação plena, por, no mínimo, 3 meses.
- (E) Dupla antiagregação plaquetária (DAPT) + Estatina, por 1 ano.

21

A hipertensão intracraniana é uma condição grave decorrente da elevação da Pressão Intracraniana (PIC), que pode ser decorrente de Traumatismo Cranioencefálico (TCE) grave, tumores ou infecções do Sistema Nervoso Central (SNC), hidrocefalia, encefalopatia hepática ou comprometimento do fluxo venoso do SNC. O tratamento bem-sucedido de pacientes com hipertensão intracraniana requer reconhecimento rápido, uso criterioso de monitoramento invasivo e terapia direcionada tanto à redução da PIC quanto à reversão de sua causa subjacente. Sobre a conduta para pacientes com hipertensão intracraniana, assinale a alternativa INCORRETA.

- (A) A cabeceira deve ser elevada a 30°, para aumentar o retorno venoso cerebral.
- (B) A febre deve ser tratada de forma agressiva, devido à elevação do metabolismo e circulação cerebral.
- (C) A solução salina hipertônica é uma terapia de primeira linha para redução da PIC.
- (D) O manitol é uma terapia de primeira linha para redução da PIC.
- (E) Glicocorticoides devem ser administrados rotineiramente no TCE grave.

22

T. P. A., feminina, 40 anos, com histórico de obesidade, procura atendimento por dor abdominal em cólica, associada a alterações no hábito intestinal, com episódios de diarreia seguidos por constipação. Ela refere, também, que a dor melhora ao evacuar e que, em cerca de metade das vezes, sente que a evacuação foi incompleta. Exame físico revela aumento do perímetro abdominal e sensibilidade à palpação na região inferior do abdômen. Assinale a alternativa que apresenta o diagnóstico mais provável para o caso clínico.

- (A) Retocolite ulcerativa.
- (B) Síndrome do intestino irritável.
- (C) Doença de Crohn.
- (D) Apendicite.
- (E) Diverticulite.

23

A morte é um evento biológico irreversível que consiste na cessação permanente das funções críticas do organismo como um todo. Esse conceito permite a sobrevivência isolada de tecidos, mas requer a perda da função integrada de vários sistemas orgânicos. A morte encefálica, portanto, qualifica-se como morte, pois o encéfalo é essencial para integrar funções críticas do corpo. A equivalência da morte encefálica com a morte é ampla, embora não universalmente aceita. Morte encefálica significa a cessação completa e irreversível da função encefálica, incluindo a capacidade do tronco cerebral de regular as atividades respiratórias e vegetativas. Sobre as condições para abertura do protocolo de morte encefálica, assinale a alternativa INCORRETA.

- (A) Deve-se descartar intoxicação ou envenenamento por medicamentos que possam confundir a avaliação clínica. No caso de uso de sedativos, deve-se esperar o tempo de duas meias-vidas após a suspensão do medicamento para abertura do protocolo.
- (B) Evidência clínica ou de neuroimagem de uma lesão aguda do Sistema Nervoso Central (SNC) compatível com o diagnóstico clínico de morte encefálica.
- (C) Deve-se excluir condições médicas complicadoras que possam confundir a avaliação clínica.
- (D) Temperatura central > 36 °C.
- (E) Pressão arterial sistólica > 100 mmHg.

24

As betalactamases de espectro estendido (ESBLs) são enzimas que conferem resistência à maioria dos antibióticos betalactâmicos. Enterobactérias produtoras de ESBL adquiridas na comunidade e em hospitais são prevalentes em todo o mundo. A identificação confiável de organismos produtores de ESBL em laboratórios clínicos pode ser desafiadora, portanto sua prevalência provavelmente é subestimada. Qual é a melhor classe de antibióticos para o tratamento de enterobactérias produtoras de ESBL?

- (A) Quinolonas.
- (B) Polimixinas.
- (C) Tetraciclinas.
- (D) Cefalosporinas.
- (E) Carbapenêmicos.

25

A sepse é uma síndrome clínica que apresenta anormalidades fisiológicas, biológicas e bioquímicas causadas por uma resposta desregulada do hospedeiro à infecção. A sepse e a resposta inflamatória podem levar à síndrome de disfunção de múltiplos órgãos e à morte. Dessa forma, o diagnóstico e o tratamento adequado para a sepse devem ser instituídos em tempo hábil, de forma a reduzir as complicações decorrentes dela. Alguns escores como o SOFA (Sequential Organ Failure Assessment) foram criados com a finalidade de definir a gravidade e o prognóstico da sepse, baseado na falência de múltiplos órgãos. Assinale a alternativa que NÃO contempla um dos critérios avaliados pelo SOFA.

- (A) Bilirrubinas.
- (B) Proteína C Reativa (PCR).
- (C) Escala de Coma de Glasgow.
- (D) Creatinina sérica.
- (E) Relação $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2$.

26

Os principais objetivos do tratamento da asma são otimizar o controle dos sintomas, reduzir o risco de exacerbações dela e preservar a função pulmonar, minimizando os efeitos adversos da medicação. Espera-se que uma pessoa com asma bem controlada seja capaz de participar de atividades diárias normais, incluindo sono, trabalho, escola, lazer e esportes, sem limitação devido à respiração. Na crise asmática, são fundamentais o reconhecimento e a intervenção precoces. Assinale a alternativa que apresenta a medicação com maior efeito broncodilatador para tratamento da exacerbação da asma.

- (A) Glicocorticoide endovenoso.
- (B) Antimuscarínico de curta duração (SAMA).
- (C) Beta-2 agonista de curta duração (SABA).
- (D) Sulfato de magnésio.
- (E) Glicocorticoide inalatório.

27

A Cetoacidose Diabética (CAD) e o Estado Hiperglicêmico Hiperosmolar (EHH) não cetótico são duas das complicações agudas mais sérias do diabetes. Um evento precipitante pode geralmente ser identificado em pacientes com CAD ou EHH. Sobre a CAD e o EHH, assinale a alternativa INCORRETA.

- (A) O uso de inibidores do cotransporte sódio-glicose 2 (iSGLT-2) está associado à descompensação do diabetes.
- (B) Se o potássio sérico estiver em 4,5 mg/dL, há necessidade de repor o potássio durante a insulinização.
- (C) Infecções são causas comuns de descompensação do diabetes, devendo ser rastreadas.
- (D) A insulinização endovenosa pode ser transicionada para subcutânea (insulina de longa duração) assim que a glicemia normalizar.
- (E) A expansão volêmica deve ser feita de forma a corrigir o déficit estimado de fluidos nas primeiras 24/48h.

Oncologia Clínica

28

A Síndrome de Lise Tumoral (SLT) é uma complicação metabólica grave que ocorre como resultado da rápida destruição de células tumorais e da liberação de seus conteúdos intracelulares na corrente sanguínea. Sobre a SLT, assinale a alternativa correta.

- (A) A hiperuricemia na SLT resulta do metabolismo de ácidos nucleicos purínicos, convertidos em ácido úrico pela ação da enzima xantina oxidase.
- (B) Os sintomas presentes na SLT são consequência da liberação de substâncias pró-inflamatórias, como as IL-6 e IL-8, de forma abrupta na corrente sanguínea.
- (C) A concentração de fósforo intracelular em células malignas é menor que nas células normais, sendo a hipofosfatemia um achado comum na SLT.
- (D) O principal mecanismo de prevenção da SLT é o uso de corticoides, que minimizam a lise celular e previnem complicações metabólicas.
- (E) A hipocalcemia e, conseqüentemente, a depressão respiratória são as principais causas de morte em pacientes com SLT.

29

A neutropenia febril é uma emergência médica comum em pacientes oncológicos, especialmente naqueles submetidos à quimioterapia citotóxica. Caracteriza-se por febre associada à redução significativa de neutrófilos, sendo crucial a rápida intervenção para reduzir o risco de complicações graves, como infecções invasivas. Sobre a neutropenia febril, assinale a alternativa correta.

- (A) A neutropenia febril é definida por uma temperatura corporal sustentada acima de 38,3 °C durante, pelo menos, 12 horas, acompanhada de uma contagem absoluta de neutrófilos (ANC) inferior a 1.000 células/microL.
- (B) O escore MASCC (Multinational Association for Supportive Care in Cancer) é uma ferramenta útil para prever a gravidade da neutropenia febril, considerando a duração da neutropenia como principal fator prognóstico.
- (C) Pacientes com baixo risco de complicações infecciosas, definidos por um MASCC < 21, podem ser tratados de forma segura com antibióticos orais em ambiente ambulatorial.
- (D) O tempo ideal para início de antibioticoterapia empírica de amplo espectro é de até 60 minutos após a chegada do paciente a unidade hospitalar.
- (E) Pacientes em tratamento oncológico apresentam a maior queda na contagem de neutrófilos, usualmente, de 2 a 3 dias após a infusão da terapêutica citotóxica.

30

O câncer de colo uterino é uma das principais causas de mortalidade oncológica entre mulheres no Brasil, especialmente em populações com acesso limitado aos serviços de saúde. A implementação de estratégias de rastreamento e diagnóstico precoce é essencial para a redução da morbimortalidade associada à doença. Sobre as diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer de colo uterino, assinale a alternativa correta.

- (A) O rastreamento deve ser iniciado a partir dos 21 anos em mulheres sexualmente ativas, com coleta de citologia oncótica realizada anualmente até os 74 anos.
- (B) A periodicidade do exame preventivo é anual, até dois exames consecutivos normais; posteriormente, a coleta é realizada a cada três anos, sendo recomendada para mulheres de 25 a 64 anos.
- (C) Mulheres acima de 50 anos com história de vacinação contra HPV não necessitam realizar rastreamento, devido à baixa prevalência de infecção oncogênica nessa faixa etária.
- (D) O exame preventivo pode ser interrompido em mulheres acima de 50 anos com resultados normais, caso elas afirmem terem interrompido a vida sexual.
- (E) O teste de DNA para HPV substitui a citologia oncótica em mulheres sexualmente ativas com menos de 30 anos.

-----destaque aqui-----

GABARITO RASCUNHO

01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25
26	27	28	29	30																				