PROCESSO SELETIVO DE RESIDÊNCIA MÉDICA E ESPECIALIZAÇÃO EM RADIOLOGIA E DIAGNÓSTICO POR IMAGEM DO HOSPITAL EVANGÉLICO DE VILA VELHA/ES - EDITAL Nº 02/2025 - AEBES/HEVV

PRÉ-REQUISITO – GRUPO 07

SÁBADO TARDE

ORIENTAÇÕES

1. Este **Caderno de Prova**, contém **40 (quarenta) questões objetivas**, com **4 (quatro) alternativas cada uma**, sempre na sequência **A, B, C, D**, das quais somente uma deve ser assinalada, sem repetição ou falha. Confira-o e, em caso de qualquer problema, informe **IMEDIATAMENTE** ao fiscal.
2. Após a conferência, assine, no espaço próprio da **Folha de Respostas**, com caneta esferográfica de tinta azul ou preta, fabricada em material transparente. Não DOBRE, AMASSE ou MANCHE a **Folha de Respostas.** Ela **SOMENTE** poderá ser substituída se, no ato da entrega estiver danificada.
3. A duração da prova será de **03 (três) horas**, inclusos, nesse tempo, a distribuição da prova, a leitura das instruções e o preenchimento da Folha de Respostas, sendo responsabilidade do candidato observar os horários estabelecidos.
4. Somente será permitido ao candidato retirar-se definitivamente da sala de prova mediante a **entrega obrigatória de sua Folha de Respostas**, devidamente preenchida e assinada, ao Fiscal.
5. Os candidatos **não poderão** se ausentar da sala ou do local de provas para utilização dos banheiros ou beber água, antes de decorrida **01(uma) hora** do início ou **15(quinze) minutos** antes do término.
6. Ao término do prazo estabelecido para a prova, os **03(três) últimos candidatos** deverão permanecer na sala até que o último candidato termine sua prova, devendo todos assinar a Ata de Sala, atestando a idoneidade da fiscalização das provas e somente poderão deixar o local de provas, juntos, não sendo possível nem mesmo a utilização do banheiro e bebedouro.
7. Os candidatos **PODERÃO** levar consigo o Caderno de Questões.
8. O gabarito estará disponível no endereço eletrônico **novo.ibgpconcursos.com.br** no dia **08/11/2025**.

A Comissão Examinadora do IBGP Concursos lhe deseja uma boa prova!

CLÍNICA MÉDICA

QUESTÃO 01

Paciente do sexo masculino, 58 anos, da entrada no pronto atendimento de um hospital terciário queixando-se de dor torácica típica há 90 min, optado por realizar, na urgência, um eletrocardiograma que esta representado abaixo:



Realizado exame físico com: PA 130×80 mmHg, $SatO_2$ 95% aa., a conduta inicial **MAIS** adequada antes da reperfusão:

A) AAS 100 mg VO + clopidogrel 75 mg VO + HNF em dose profilática.
B) AAS 300 mg VO mastigável + ticagrelor 180 mg VO + anticoagulação terapêutica.
C) AAS 500 mg EV + prasugrel 10 mg VO + enoxaparina 40 mg SC.
D) AAS 81 mg VO + nenhum P2Y12 até o cateterismo.

QUESTÃO 02

Você está de plantão na terapia intensiva, quando observa o monitor de uma paciente do sexo feminino, 72 anos, previamente admitida por um pós-operatório de uma hérnia abdominal. Segue o monitor:



Observa-se que a paciente apresenta uma FC:160), está congesta com FR:29irpm, PA 85×55 mmHg.

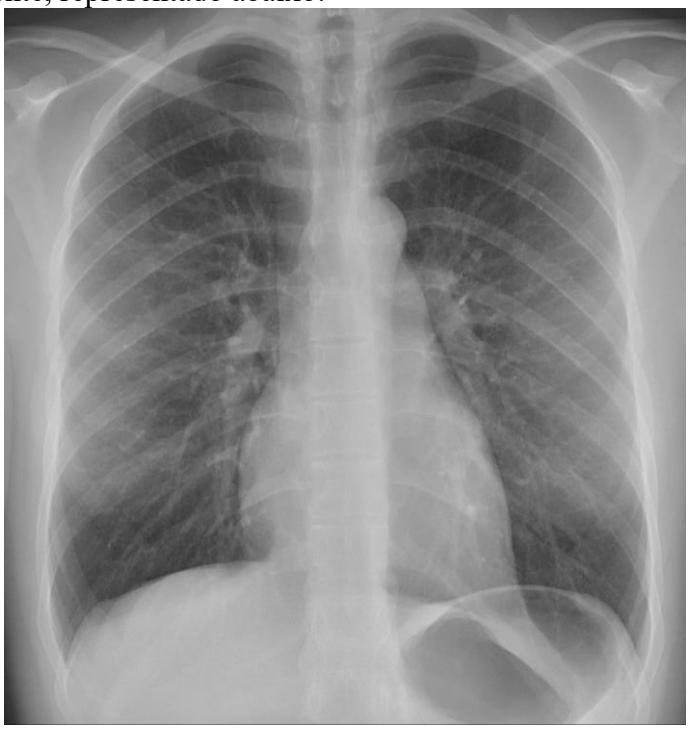
Nesse caso, a conduta **IMEDIATA** é:

A) Diltiazem e choque.
B) Metoprolol e choque.
C) Amiodarona e cardioversão elétrica sincronizada.
D) Digoxina e cardioversão elétrica sincronizada.

QUESTÃO 03

Em um atendimento na sala amarela da UPA, você acolhe um paciente do sexo masculino, 68 anos, tabagista com carga tabágica de 50 maços/ano, portador de DPOC GOLD D, em uso domiciliar de broncodilatadores de longa ação e corticosteroide inalatório. Segundo relato da acompanhante, há três dias apresenta piora progressiva da dispneia, tosse produtiva e aumento do volume e purulência do escarro. Evolui com rebaixamento do nível de consciência e sonolência.

Ao exame físico: uso de musculatura acessória, FR 30 irpm, SpO_2 84% em ar ambiente, ausculta com roncos e sibilos difusos. Gasometria arterial: pH 7,28; pCO_2 68 mmHg; pO_2 54 mmHg; HCO_3^- 30 mEq/L. Voce pede um Rx de urgência do paciente, representado abaixo:



Qual a **MELHOR** conduta ventilatória inicial neste momento?

A) Intubação orotraqueal imediata e ventilação mecânica invasiva.
B) Ventilação não invasiva (BiPAP) associada a oxigênio suplementar, titulando saturação entre 88% e 92%.
C) Oxigenoterapia em alto fluxo com alvo de saturação acima de 98%.
D) Apenas broncodilatadores e corticoide sistêmico, sem suporte ventilatório.

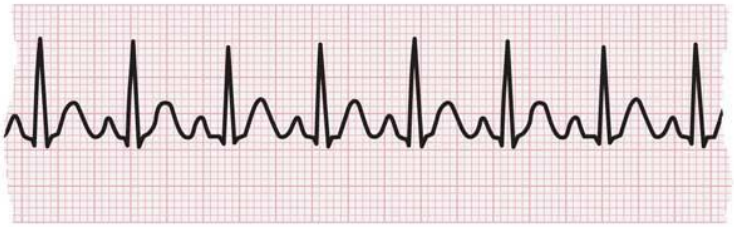
QUESTÃO 04

Paciente em atendimento no ambulatório, sexo masculino, de 64 anos, portador de hipertensão arterial sistêmica e insuficiência cardíaca crônica, com ecocardiograma prévio mostrando disfunção sistólica moderada e hipertrofia concêntrica do ventrículo esquerdo. Paciente estava na sala de espera e evolui com dispneia súbita, ortopneia intensa, crepitações difusas em ambos os pulmões, PA 190×110 mmHg, $SatO_2$ 86% em ar ambiente, FC 118 bpm, sem dor torácica. ECG realizado na urgência sem alterações. Qual a conduta inicial **PRIORITÁRIA?**

A) Furosemida 80 mg EV isolada.
B) Nitrato em altas doses + VNI (CPAP/BiPAP).
C) Morfina em altas doses e hidratação vigorosa.
D) Amiodarona EV.

QUESTÃO 05

Paciente atendida na Unidade de Pronto Atendimento, sexo feminino, 42 anos, previamente saudável, refere dor torácica, há dois dias, dispneia progressiva e sensação de palpitação. Há 10 dias realizou cirurgia de artroplastia em joelho esquerdo. Nega febre ou tosse produtiva. O ECG mostrou o seguinte resultado:



Exame físico: FR 28 irpm, FC 110 bpm, PA 118×74 mmHg, $SatO_2$ 90% em ar ambiente. Membro inferior direito com edema e discreta dor à palpação de panturrilha.

Gasometria: pH 7,45; pCO_2 30 mmHg; pO_2 62 mmHg; HCO_3^- 20 mEq/L.

Qual deve ser a **PRÓXIMA** conduta nesse caso?

A) Iniciar anticoagulação empírica e programar angiotomografia pulmonar.
B) Solicitar angiotomografia pulmonar e aguardar o resultado antes de iniciar tratamento.
C) Administrar alteplase imediato.
D) Solicitar D-dímero e iniciar anticoagulação empírica.

QUESTÃO 06

Na enfermaria da Gastroenterologia, você acompanha um paciente do sexo masculino, sabidamente, etilista crônico, portador de cirrose hepática (Child-Pugh C), 59 anos, não abstêmio. Você é chamado pelo plantão para avaliar relato de vômitos com sangue.

Ao exame: PA 90×60 mmHg, FC 120 bpm, FR 24 irpm, SpO_2 94% em ar ambiente. Encefalopatia grau II, abdome ascítico, circulação colateral visível.

Laboratório: Hb 8,2 g/dL, plaquetas 75.000/mm³, TP 60%, creatinina 1,4 mg/dL.

Qual deve ser a conduta inicial **ESPECÍFICA**, além da reposição volêmica controlada?

A) Transfundir plasma fresco congelado e levar para endoscopia de urgência.
B) Passar sonda nasogástrica e iniciar lavagem gástrica vigorosa.
C) Iniciar octréotideo, IBP e antibiótico profilático e endoscopia em 12h.
D) Iniciar IBP em dose dobrada e endoscopia em 48h.

QUESTÃO 07

Na mesma enfermaria de Gastroenterologia, você observa um paciente, sexo masculino, 45 anos, etilista, apresentando dor epigástrica intensa irradiada para dorso, ele refere que começou na noite anterior, acompanhada de náuseas e vômitos.

Exame físico: PA 110×70 mmHg, FC 104 bpm, FR 22 irpm, abdome distendido, dor epigástrica à palpação profunda, sem sinais de irritação peritoneal.

Laboratório: amilase e lipase elevados, PCR 130 mg/L, creatinina 1,0 mg/dL.

Ultrassonografia abdominal: vesícula biliar com microcálculos, sem dilatação de via biliar.

Qual é a conduta inicial **CORRETA** para esse caso?

A) Jejum até redução das enzimas pancreáticas.
B) Ceftriaxona EV.
C) Hidratação vigorosa com Ringer lactato e dieta enteral precoce quando tolerada.
D) Metilprednisolona 60mg EV.

QUESTÃO 08

Paciente sexo feminino, 22 anos, chega ao pronto-socorro com história de náuseas, vômitos e dor abdominal há 24 horas. Refere que tem se alimentado pouco e perdido peso. Refere que está em uso de Clavulin por uma infecção urinária importante e recorrente. Sem história patológica pregressa.

Exame físico: PA 95×60 mmHg, FC 122 bpm, FR 30 irpm, temperatura 37,6°C. Apresenta respiração profunda e ofegante.

Gasometria: pH 7,18; pCO_2 25 mmHg; HCO_3^- 11 mEq/L.

Glicemia: 410 mg/dL; potássio 3,1 mEq/L; sódio 130 mEq/L.

Voce inicia hidratação venosa, e qual deve ser a **PRÓXIMA** conduta?

A) Iniciar insulina regular na BIC
B) Administrar bicarbonato EV e insulina regular em BIC
C) Iniciar reposição de Potássio
D) Alternar solução de hidratação para Ringer lactato e iniciar insulina na BIC

QUESTÃO 09

Mulher de 40 anos, com diagnóstico de doença de Graves, procura o pronto-socorro com febre, taquicardia e tremores. Relata interrupção do uso de metimazol há um mês. Ao exame esta hipertensa (PA 130×75 mmHg), FC 140 bpm, FR 26 irpm, T 38,9°C. Apresenta agitação psicomotora e sudorese intensa.

Laboratório: TSH < 0,02, T4 livre 4,8 ng/dL (VR: 0,8–1,8).

Após estabilização inicial com beta-bloqueador e Propiltiuracil, qual é o **PRÓXIMO** passo na sequência terapêutica?

A) Iniciar corticoide EV.
B) Administrar Verapamil para controle de taquicardia refratária.
C) Introduzir iodo antes da tionamida para bloquear a liberação hormonal.
D) Administrar iodo uma hora após a Propiutiuracil.

QUESTÃO 10

No pronto atendimento, você atende paciente de 64 anos, portador de leucemia mieloide aguda, encontra-se em uso de quimioterapia paliativa.

Apresenta febre de 38,3°C há 2 horas, discreta hipotensão (PA 105×60 mmHg) e leve desconforto respiratório.

Exame físico: sem foco evidente, cateter venoso central pérvio, sem secreção local.

Coleta de exames da urgência: GL: 500/mm³, n:200/mm³, Plaq: 60.000/mm³ Cr: 0,9

Após coleta de culturas, qual o esquema empírico **MAIS** adequado?

A) Cefepime EV 1g de 08/08 horas.
B) Ceftriaxona EV associada a azitromicina.
C) Piperacilina-tazobactam EV 4,5g de 08/08h.
D) Amoxicilina-clavulanato EV.

QUESTÃO 11

Um paciente do sexo masculino, 68 anos, hipertenso e diabético, é admitido no serviço de emergência com quadro de vertigem rotatória súbita e intensa, há duas horas, associada a náuseas e múltiplos episódios de vômitos. Além disso, iniciou dificuldade para caminhar, com desvio da marcha para a direita. Ao exame físico, apresenta-se com nistagmo espontâneo horizontal que muda de direção com o olhar para os lados (nistagmo bidirecional), dismetria apendicular à direita e leve disartria. O teste de impulso cefálico é normal.

Com base neste quadro clínico, qual a hipótese diagnóstica **MAIS** provável e a conduta inicial **MAIS** apropriada?

A) Neurite vestibular; iniciar tratamento com corticosteroides e sintomáticos, com reavaliação ambulatorial.
B) Vertigem posicional paroxística benigna; realizar manobra de Epley e liberar o paciente com orientações e dimenidrinato.
C) Acidente vascular cerebral em território vertebrobasilar; solicitar tomografia de crânio e avaliação neurológica urgente.
D) Doença de Ménière; prescrever diurético tiazídico e beta-histina, e encaminhar para avaliação otorrinolaringológica.

QUESTÃO 12

Um paciente de 22 anos, estudante universitário, procura a unidade de pronto atendimento com febre alta (39,5°C) há 4 dias, tosse seca e insistente, coriza hialina e hiperemia conjuntival bilateral com fotofobia. Há cerca de 24 horas, iniciou um exantema maculopapular, eritematoso, de progressão craniocaudal, que já atinge face, pescoço e tronco superior. Exame físico da cavidade oral mostra pápulas branco-azuladas elevadas dentro de ambas as bochechas, além estertores crepitantes em base pulmonar direita. Refere ter histórico vacinal incerto, explicando que, após o nascimento do irmão um ano mais novo, a mãe interrompeu o esquema de vacinação dos filhos por ter ouvido notícias sobre efeitos adversos graves das vacinas.

Diante deste cenário, qual das afirmativas abaixo apresenta a conduta **MAIS** adequada?

A) Realizar a coleta de sorologia (IgM), prescrever suplementação com vitamina A, iniciar antibioticoterapia para a pneumonia comunitária e realizar a notificação compulsória imediata da suspeita de sarampo.
B) Iniciar Oseltamivir devido à suspeita de coinfecção por Influenza, prescrever corticosteroides para alívio dos sintomas e recomendar isolamento domiciliar por 7 dias, sem necessidade de notificação.
C) Solicitar radiografia de tórax e, caso confirmada a pneumonia, internar o paciente sem necessidade de isolamento respiratório ou de antibiótico. A notificação ao serviço de vigilância pode ser realizada semanalmente, de forma consolidada.
D) Considerar o diagnóstico principal de dengue com sinais de alarme, devido à febre e ao exantema, solicitar hemograma e provas de função hepática, e orientar hidratação vigorosa, e proceder avaliação de sarampo, se o paciente não evoluir com melhora.

QUESTÃO 13

Um paciente de 78 anos, residente de uma instituição de longa permanência, é trazido ao serviço de emergência por rebaixamento do nível de consciência e hipotensão (PA: 75x45 mmHg). Ao exame, apresenta-se taquicárdico (125 bpm), taquipneico (28 irpm), com tempo de enchimento capilar de 4 segundos e pulsos finos. O protocolo RUSH (*Rapid Ultrasound for Shock and Hypotension*) apresenta os seguintes achados: Hipocinesia e dilatação significativa do ventrículo direito (VD), com retificação do septo interventricular. Ventrículo esquerdo (VE) pequeno e hiperdinâmico; Veia Cava Inferior (VCI) dilatada (>2,5 cm), sem colapso inspiratório; Ultrassom compressivo de membro inferior direito revela material ecogênico não compressível em veia femoral comum.

Com base na integração do quadro clínico e os achados do protocolo RUSH, qual o tipo de choque **MAIS** provável e a conduta de **MAIOR** impacto imediato na sobrevida do paciente?

A) Choque séptico de foco pulmonar; iniciar antibioticoterapia de amplo espectro e administrar prova de volume agressiva (30 mL/kg).
B) Choque cardiogênico por falência de VD; iniciar noradrenalina e dobutamina para suporte hemodinâmico e solicitar avaliação da cardiologia.
C) Choque hipovolêmico; iniciar reposição volêmica rápida com cristaloides e solicitar concentrado de hemácias.
D) Choque obstrutivo (provável TEP maciço); iniciar trombólise sistêmica de emergência ou acionar protocolo de trombectomia mecânica.

QUESTÃO 14

Um homem de 34 anos apresenta fadiga crônica, tontura ao se levantar e escurecimento progressivo da pele. Exames laboratoriais revelam sódio sérico de 128 mEq/L, potássio de 5,8 mEq/L, cortisol basal reduzido e hormônio adrenocorticotrófico (ACTH) marcadamente elevado.

Analise as afirmativas abaixo sobre a fisiopatologia do quadro clínico apresentado:

I. A hiperpigmentação cutânea é explicada pelo aumento compensatório do ACTH, que, por derivar do mesmo precursor do hormônio estimulador de melanócitos (MSH), estimula a atividade dos melanócitos.
II. A hiponatremia e a hipercalemia são consequências diretas da deficiência de aldosterona, hormônio produzido na zona glomerulosa do córtex adrenal e cujo principal regulador é o sistema renina-angiotensina-aldosterona.
III. A deficiência de cortisol contribui para a hipotensão por reduzir o efeito permissivo que este hormônio exerce sobre a ação vasoconstritora das catecolaminas nos vasos sanguíneos.
IV. Se o quadro fosse de insuficiência adrenal secundária (problema na hipófise), o paciente apresentaria um quadro clínico idêntico, incluindo a hiperpigmentação e o distúrbio eletrolítico de sódio e potássio.

Está(ão) **CORRETA(S)** as afirmativas:

A) Apenas I e IV.
B) Apenas II e IV.
C) Apenas I, II e III.
D) Apenas a III.

QUESTÃO 15

Um homem de 52 anos, obeso, sedentário e assintomático, comparece ao ambulatório para avaliação de rotina. Exames laboratoriais recentes mostram glicemia de jejum de 132 mg/dL e hemoglobina glicada (HbA1c) de 5,5%.

Analise as asserções a seguir e a relação proposta entre elas.

I. A conduta imediata para este paciente pode ser a solicitação de um teste oral de tolerância à glicose (TOTG) com 75g de dextrosol para elucidação diagnóstica, associada à orientação de mudanças no estilo de vida (MEV).

PORQUE

II. Os resultados dos exames são discordantes, com uma glicemia de jejum em faixa diagnóstica para diabetes mellitus e uma hemoglobina glicada em nível normal, o que, segundo as diretrizes, impede o diagnóstico definitivo e exige um terceiro teste confirmatório para a correta classificação do estado glicêmico.

A respeito dessas asserções, assinale a opção **CORRETA**.

A) A asserção I é uma proposição verdadeira, e a II é uma proposição falsa.
B) A asserção I é uma proposição falsa, e a II é uma proposição verdadeira.
C) As asserções I e II são proposições verdadeiras, mas a II não é uma justificativa correta da I.
D) As asserções I e II são proposições verdadeiras, e a II é uma justificativa correta da I.

QUESTÃO 16

Uma paciente de 45 anos, sem comorbidades conhecidas, tabagista 30 anos/maço, é trazida ao pronto-socorro com sintomas de "batedeira no peito", falta de ar e tontura iniciados, há 30 minutos, durante uma discussão em seu trabalho. Além disso, refere formigamento nas mãos e ao redor da boca. Ao exame, encontra-se ansiosa, com fala rápida, corada e taquipneica (FR: 28 irpm), PA: 190x100 mmHg, FC: 115 bpm. A ausculta cardiopulmonar é normal, o exame neurológico não revela déficits focais e o fundo de olho é normal.
Qual a conduta **MAIS** apropriada e segura para esta paciente neste momento?

A) Iniciar Captopril 25 mg sublingual e manter a paciente em observação por 6 horas, pois se trata de uma urgência hipertensiva que necessita de controle pressórico em algumas horas.
B) Internar a paciente em leito monitorizado e iniciar Nitroprussiato de Sódio intravenoso para redução imediata da pressão arterial, visando prevenir um evento cerebrovascular agudo.
C) Acomodar a paciente em um ambiente calmo e reavaliar os sinais vitais em 45-60 minutos, pois o quadro é altamente sugestivo de uma pseudocrise hipertensiva.
D) Solicitar imediatamente marcadores de necrose miocárdica e eletrocardiograma, pois a principal hipótese é uma síndrome coronariana aguda manifestada por uma crise hipertensiva.

QUESTÃO 17

Um paciente de 38 anos, previamente hígido e sem dependência química, procura atendimento por um quadro subagudo de tosse seca, febre baixa vespertina e perda de 5 kg nos últimos 2 meses. Uma radiografia de tórax revela um derrame pleural unilateral à esquerda e a toracocentese diagnóstica mostra um líquido amarelo-citrino com as seguintes características: Proteínas de 5,2 g/dL, LDH de 450 U/L, celularidade de 1.800 células/mm³ com 90% de linfócitos, citologia oncótica negativa.
Considerando o contexto clínico descrito, qual é a hipótese diagnóstica **MAIS** provável e qual é o próximo passo **MAIS** adequado para a investigação do caso?

A) Hipótese: neoplasia oculta. Próximo passo: realizar PET-CT para buscar o sítio primário e repetir a toracocentese em 1 semana.
B) Hipótese: tuberculose pleural. Próximo passo: dosar a adenosina deaminase no líquido pleural e considerar biópsia pleural para estudo histopatológico e cultura.
C) Hipótese: derrame parapneumônico em resolução. Próximo passo: iniciar um curso de Amoxicilina-Clavulanato e reavaliar clinicamente em 7 dias.
D) Hipótese: insuficiência cardíaca congestiva descompensada. Próximo passo: solicitar ecocardiograma e dosagem de peptídeo natriurético cerebral.

QUESTÃO 18

G1, 27/12/2023 *– "O laudo da necrópsia de Ana Clara, fã que morreu no show de Taylor Swift no Rio de Janeiro, apontou como causa da morte a exaustão térmica. Segundo o documento, a jovem de 23 anos teve uma evolução desfavorável devido ao calor difuso, que levou a um quadro de choque cardiovascular e hemorragia pulmonar, resultando em morte súbita. O evento ocorreu durante uma onda de calor histórica, com sensação térmica próxima a 60°C."*

Você é o médico responsável por um posto de atendimento de um evento similar ao descrito, operando sob as mesmas condições de calor extremo. Com base no seu conhecimento e no alerta da notícia, decide discutir com a equipe o manejo de exaustão pelo calor / lesão pelo calor / insolação (*heat stroke*). Quatro acadêmicos do internato de Clínica Médica sugerem abordagens para essa emergência médica**.** Qual das propostas abaixo você autorizaria, por ser a **MAIS** eficaz e prioritária para reverter a fisiopatologia da insolação e aumentar a chance de sobrevida de uma paciente como no caso noticiado?

A) Proposta 1: "O choque é a prioridade e, por isso, devemos garantir acesso venoso calibroso, iniciar infusão rápida de 2000 mL de soro fisiológico 0.9% para tratar a desidratação e a hipotensão, e depois iniciar o resfriamento."
B) Proposta 2: "Precisamos baixar a temperatura cerebral e a melhor conduta é administrar dipirona 1g intravenosa e paracetamol 1g via oral, pois são os antitérmicos mais potentes disponíveis na emergência."
C) Proposta 3: "A causa do dano celular é a hipertermia. Portanto, a prioridade absoluta é o resfriamento externo rápido e agressivo e devemos imergir a paciente em uma banheira com água gelada, monitorando a temperatura central até atingir, aproximadamente, 39°C."
D) Proposta 4: "A imersão em gelo é muito agressiva e pode causar arritmias, por isso vamos borrifar o corpo da paciente com água em temperatura ambiente e posicionar ventiladores para promover um resfriamento evaporativo mais gradual e seguro."

QUESTÃO 19

O uso precoce de inibidores do cotransportador sódio-glicose 2 (iSGLT2) foi incorporado à terapia da insuficiência cardíaca com fração de ejeção reduzida (ICFER), independentemente da presença de diabetes.
O conjunto de mecanismos que **MELHOR** explica os benefícios desta classe farmacológica na ICFER é:

A) Ação inotrópica positiva direta e redução da frequência cardíaca, otimizando o tempo de enchimento diastólico.
B) Vasodilatação arterial sistêmica por bloqueio dos canais de cálcio, levando a uma redução significativa da pós-carga do ventrículo esquerdo.
C) Diurese osmótica com redução da congestão intersticial e intravascular, associada a uma melhora da eficiência do miocárdio por favorecer o uso de corpos cetônicos como substrato energético.
D) Bloqueio do sistema renina-angiotensina-aldosterona a nível renal, resultando em natriurese e aumento da retenção de potássio.

QUESTÃO 20

Uma mulher de 48 anos, previamente hígida, procura a Unidade Básica de Saúde com queixa de cansaço progressivo, palidez cutânea e palpitações aos esforços há algumas semanas. O hemograma revela: hemoglobina (Hb) de 9,5 g/dL, volume corpuscular médio (VCM) de 72 fL (VR: 80-100 fL), e RDW de 17% (VR: 11-15%).
Qual a **PRINCIPAL** hipótese diagnóstica e a conduta subsequente **MAIS** completa e segura?

A) Anemia ferropriva; a conduta é solicitar o perfil de ferro para confirmação diagnóstica e iniciar a investigação da causa base, como perdas sanguíneas ginecológicas ou gastrointestinais.
B) Anemia ferropriva; a conduta é iniciar tratamento empírico com sulfato ferroso oral e reavaliar a resposta com novo hemograma e reticulócitos em 1 a 2 meses.
C) Talassemia; a conduta é solicitar a eletroforese de proteínas para confirmação e orientar sobre o aconselhamento genético.
D) Anemia de doença crônica; a conduta é solicitar provas de atividade inflamatória (PCR, VHS) e iniciar empiricamente reposição de ferro, ácido fólico e vitamina B12.

ONCOLOGIA

QUESTÃO 21

Um homem de 58 anos de idade, ex-tabagista, apresenta massa endurecida de crescimento lento na região parotídea direita, com dor discreta e sem paralisia facial. A punção por agulha fina/biópsia evidencia áreas císticas com mistura de células mucosas e células epidermoides, em fundo mucinoso e baixo índice mitótico. Nesse caso, o diagnóstico **MAIS** provável é:

A) Carcinoma mucoepidermoide (baixo grau).
B) Carcinoma adenoide cístico.
C) Carcinoma acinar (acinic cell carcinoma).
D) Carcinoma ex-adenoma pleomórfico.

QUESTÃO 22

Em relação às principais emergências oncológicas, assinale a alternativa **CORRETA**:

A) A síndrome da veia cava superior ocorre predominantemente em tumores germinativos testiculares.
B) A hipercalcemia maligna está frequentemente associada a mieloma múltiplo e neoplasias de pulmão e mama.
C) A síndrome de lise tumoral espontânea é mais comum em tumores sólidos avançados do que em linfomas e leucemias.
D) A compressão medular neoplásica raramente se manifesta com dor lombar, sendo quase sempre um achado assintomático.

QUESTÃO 23

Uma mulher de 49 anos de idade nota nódulo endurecido no quadrante súpero-externo da mama direita, há 3 meses. A ultrassonografia e mamografia classificam a lesão como BI-RADS 5, medindo 2,5cm. A punção por agulha grossa confirma carcinoma ductal invasivo (NST) com RE 90%, RP 10% e HER2 3+ na imuno-histoquímica. Ultrassom axilar sem linfonodos suspeitos. Estadiamento sem metástases. A paciente deseja tratamento com possibilidade de preservação da mama.

Nesse caso, é **INCORRETO** afirmar que:

A) A cirurgia conservadora com margens livres seguida de radioterapia oferece sobrevida equivalente à mastectomia em tumores iniciais selecionados.
B) Com axila clinicamente negativa, a biópsia do linfonodo sentinela é o método inicial de estadiamento axilar.
C) Tumores HER2-positivos ≥2cm podem se beneficiar de quimioterapia neoadjuvante combinada à terapia anti-HER2, visando maior taxa de resposta patológica completa.
D) É obrigatório realizar esvaziamento axilar mesmo com axila clinicamente negativa, independentemente do resultado do linfonodo sentinela.

QUESTÃO 24

A respeito do câncer de pulmão de pequenas células em estágio avançado, correlacione a **COLUNA II** de acordo com a **COLUNA I**, relacionando a característica com suas descrições.

COLUNA I			COLUNA II
1. Crescimento e comportamento clínico		( )	Altamente relacionado ao consumo de cigarro
2. Associação com tabagismo		( )	Quimio e radioterapia combinadas
3. Síndromes paraneoplásicas		( )	Evolução rápida, alta taxa de proliferação e metástases precoces
4. Tratamento inicial em doença limitada		( )	Produção ectópica de ACTH ou SIADH

Assinale a alternativa que apresenta a sequência **CORRETA** de respostas.

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

QUESTÃO 25

Caso 1: Homem de 67 anos de idade, fimose e higiene precária, lesão vegetante/ulcerada em glande; biópsia: **carcinoma espinocelular** de pênis.

Caso 2: Homem de 28 anos de idade, história de **criptorquidia** na infância; massa testicular indolor e dura; orquiectomia radical: **seminoma clássico**.

Com base nesses casos, assinale a alternativa que apresenta as associações **CORRETAS** entre fatores/epidemiologia e as neoplasias descritas:

A) **Caso 1:** HPV de baixo risco (6/11) é o principal fator viral do carcinoma espinocelular;
Caso 2: a orquidopexia elimina totalmente o risco de câncer testicular.
B) **Caso 1:** o tipo histológico mais comum do câncer peniano é o carcinoma **basocelular**;
Caso 2: o seminoma clássico predomina em **idosos** (>60 anos).
C) **Caso 1:** fimose e HPV de **alto risco** (16/18) estão fortemente associados ao carcinoma espinocelular;
Caso 2: a **criptorquidia** aumenta o risco de tumor germinativo **mesmo após** correção cirúrgica, e o seminoma clássico é típico de **adultos jovens** (25–40 anos).
D) **Caso 1:** a circuncisão neonatal **não** tem impacto sobre o risco de câncer de pênis;
Caso 2: o seminoma clássico comumente cursa com **elevação de AFP** (alfa-fetoproteína).

QUESTÃO 26

Um homem de 63 anos de idade, etilista crônico, tabagista pesado, foi submetido à esofagectomia com linfadenectomia, para tratamento de adenocarcinoma de esôfago distal. O exame anatomopatológico mostrou ressecção completa (R0), com 5 linfonodos regionais comprometidos (pT3N2M0). A equipe discute a necessidade de quimioterapia e/ou radioterapia no pós-operatório.

Nesse cenário, em relação ao tratamento adjuvante, assinale a alternativa **CORRETA:**

A) A radioterapia isolada é considerada o padrão-ouro universal após ressecção R0 de adenocarcinoma de esôfago.
B) A quimiorradioterapia adjuvante pode reduzir o risco de recorrência loco-regional, sobretudo em pacientes com linfonodos comprometidos.
C) Pacientes com ressecção R0 e linfonodos negativos não necessitam de discussão sobre tratamento sistêmico complementar.
D) A quimioterapia adjuvante baseada em platina e fluoropirimidinas não traz benefício na sobrevida em adenocarcinomas esofágicos.

QUESTÃO 27

Considere um homem de 60 anos de idade, submetido à gastrectomia subtotal com linfadenectomia D2 por adenocarcinoma gástrico antral, que evolui em acompanhamento ambulatorial.

Nesse caso, os locais **MAIS** comuns de recorrência loco-regional são:

A) Omento maior e fígado.
B) Região da anastomose e linfonodos regionais.
C) Pulmão e ossos.
D) Rim e adrenal.

QUESTÃO 28

Um homem de 59 anos de idade, sem comorbidades relevantes, procura atendimento por alteração do hábito intestinal e perda de peso de 8kg em 4 meses. A colonoscopia evidencia lesão vegetante e estenosante em cólon sigmoide, e a biópsia confirma adenocarcinoma de cólon. O estadiamento por tomografia computadorizada de tórax, abdome e pelve não mostra metástases à distância. O paciente é submetido à colectomia com linfadenectomia, cujo anatomopatológico revela adenocarcinoma moderadamente diferenciado, invadindo a serosa, com 3 linfonodos regionais positivos entre 18 examinados (pT3N1bM0).

Nesse caso, a conduta oncológica **CORRETA** é**:**

A) Acompanhamento clínico isolado, visto que a ressecção R0 foi realizada e não há metástases à distância.
B) Radioterapia adjuvante com quimioterapia concomitante é o tratamento padrão após colectomia em câncer de cólon estádio III.
C) Quimioterapia adjuvante baseada em fluoropirimidinas associadas à oxaliplatina (ex: FOLFOX ou CAPOX) é indicada neste estágio da doença.
D) Indicar terapia-alvo adjuvante com bevacizumabe associado a fluoropirimidinas, independentemente do estadiamento molecular.

QUESTÃO 29

Considere uma mulher de 66 anos de idade, tabagista, com história de perda ponderal de 7kg em 3 meses e dor abdominal persistente. Apresenta icterícia progressiva, prurido e colúria. A tomografia de abdome evidencia massa de 3,5cm na cabeça do pâncreas, com dilatação do colédoco e do ducto pancreático principal (sinal do duplo ducto). Não há metástases à distância, mas há contato tumoral com menos de 180° da veia mesentérica superior, sem sinais de oclusão. A biópsia confirma adenocarcinoma ductal de pâncreas.

Nesse caso, a conduta oncológica **MAIS** adequada é:

A) Ressecção cirúrgica imediata, pois não há metástases e o tumor mede menos de 4cm.
B) Quimioterapia neoadjuvante com esquemas baseados em folfirinox ou gemcitabina/nab-paclitaxel, seguida de reavaliação para possível cirurgia.
C) Radioterapia isolada como tratamento inicial, devido ao contato com a veia mesentérica superior.
D) Apenas tratamento paliativo sistêmico, pois o envolvimento vascular contraindica cirurgia.

QUESTÃO 30

Sobre o escore MELD (*Model for End-Stage Liver Disease*), analise as afirmativas a seguir:

I. A bilirrubina sérica é um dos parâmetros utilizados no cálculo do escore MELD.

II. A creatinina sérica faz parte do escore MELD, refletindo função renal.

III.A albumina sérica é um dos componentes obrigatórios do cálculo do MELD.

IV.O INR (International Normalized Ratio) integra o cálculo do MELD, representando função de síntese hepática.

V.O sódio sérico passou a ser incorporado em versões modificadas do MELD (MELD-Na).

Estão **CORRETAS** as afirmativas:

A) Apenas I, II e IV.
B) Apenas III e V.
C) Apenas I, II, IV e V.
D) I, II, III, IV e V.

QUESTÃO 31

Em relação ao tratamento oncológico do câncer cervical localmente avançado (estádios IIB a IVA), assinale a alternativa **CORRETA**:

A) A quimiorradioterapia concomitante com cisplatina semanal é considerada o tratamento padrão, com impacto comprovado em sobrevida global.
B) A histerectomia radical seguida de radioterapia adjuvante é o padrão-ouro para todos os estágios localmente avançados.
C) A quimioterapia neoadjuvante isolada, seguida de cirurgia, é superior à quimiorradioterapia em termos de controle loco-regional.
D) O uso de terapia-alvo com bevacizumabe em combinação com quimiorradioterapia é padrão no cenário localmente avançado.

QUESTÃO 32

Um homem de 32 anos de idade, previamente hígido, apresenta linfonodomegalia cervical indolor, febre noturna recorrente, sudorese noturna e perda ponderal de 10% do peso corporal em 6 meses. O exame físico revela linfonodos cervicais e supraclaviculares endurecidos e móveis, sem visceromegalias palpáveis. A biópsia excisional demonstra células de Reed-Sternberg em meio a infiltrado inflamatório, confirmando o diagnóstico de linfoma de Hodgkin clássico subtipo esclerose nodular. PET-CT evidencia linfonodos acometidos em cadeias cervicais bilaterais, mediastino e hilo pulmonar, sem doença extranodal.

Nesse caso, a conduta terapêutica **MAIS** adequada, é:

A) Radioterapia isolada em campos envolvidos, dado o acometimento mediastinal.
B) Quimioterapia combinada (ex.: esquema ABVD), com possível radioterapia de consolidação dependendo da resposta metabólica.
C) Monoterapia com brentuximabe vedotina como primeira linha, independentemente do estágio clínico.
D) Apenas acompanhamento clínico com exames de imagem periódicos, devido à baixa agressividade do subtipo histológico.

QUESTÃO 33

Sobre o carcinoma tímico e os timomas, analise as afirmativas abaixo:

I. O timoma está frequentemente associado a doenças autoimunes, como a *Miastenia gravis*.
II. A ressecção cirúrgica completa (R0) é o principal fator prognóstico nos tumores do timo.
III. O carcinoma tímico, diferentemente do timoma, apresenta comportamento mais agressivo e menor taxa de resposta à quimioterapia.
IV. A radioterapia adjuvante é obrigatória em todos os timomas estádio I, mesmo após ressecção completa.

Estão **CORRETAS** as afirmativas:

A) Apenas I e II.
B) Apenas II e IV.
C) Apenas I, II e III.
D) I, II, III e IV.

QUESTÃO 34

Um paciente do sexo masculino, 42 anos de idade, previamente hígido, procura atendimento por fadiga intensa, sangramentos gengivais e equimoses espontâneas. O hemograma mostra: Hb=8,2g/dL, leucócitos=58.000/μL, plaquetas=32.000/μL. O esfregaço periférico evidencia blastos circulantes. A biópsia de medula óssea confirma o diagnóstico de leucemia mieloide aguda (LMA). O estudo imunofenotípico é compatível com LMA sem maturação.

Nesse caso, a conduta inicial **MAIS** adequada, é:

A) Iniciar quimioterapia de indução com esquema padrão baseado em citarabina e antraciclina ("7+3"), após estabilização clínica.
B) Indicar transplante alogênico de medula óssea imediato como primeira linha, independentemente da resposta à indução.
C) Realizar transfusões de suporte, devido ao risco elevado do tratamento quimioterápico nessa fase.
D) Utilizar agentes hipometilantes (ex.: azacitidina), visto que o paciente apresenta leucocitose significativa.

QUESTÃO 35

Uma paciente de 29 anos de idade, G2P1A0, apresentou aborto espontâneo há 8 semanas. Evoluiu com sangramento vaginal irregular e níveis de β-hCG persistentemente elevados após a curetagem uterina. O exame de imagem revelou massa intrauterina sugestiva de neoplasia trofoblástica gestacional.

Nesse caso, a conduta **MAIS** adequada, é realizar:

A) Observação clínica, pois a regressão espontânea ocorre na maioria dos casos.
B) Histerectomia obrigatória como primeira escolha, independentemente do desejo reprodutivo.
C) Quimioterapia sistêmica, escolhendo o esquema conforme o escore prognóstico da FIGO/OMS.
D) Radioterapia pélvica exclusiva como tratamento inicial para controle loco-regional.

QUESTÃO 36

Considere um homem de 78 anos de idade, portador de câncer colorretal metastático, em tratamento oncológico. Durante a avaliação clínica, apresenta perda ponderal significativa, fadiga, diminuição da funcionalidade e múltiplas comorbidades.

Nesse caso, sobre as particularidades da abordagem oncológica em pacientes idosos, é **CORRETO** afirmar:

A) A idade avançada, por si só, é contraindicação absoluta ao tratamento oncológico específico.
B) A avaliação geriátrica ampla auxilia na individualização da conduta, identificando fragilidade e reservando terapias de suporte adequadas.
C) O tratamento paliativo deve ser indicado apenas em pacientes com expectativa de vida inferior a 6 meses.
D) A quimioterapia em idosos nunca deve ser considerada devido ao risco aumentado de toxicidade.

QUESTÃO 37

São características das neoplasias do sistema nervoso central, **EXCETO**:

A) Glioblastoma multiforme é o tumor maligno primário mais comum em adultos.
B) Metástases cerebrais são mais frequentes que tumores primários.
C) Astrocitomas de baixo grau tendem a ocorrer em pacientes mais jovens.
D) Meningiomas são sempre malignos e invariavelmente apresentam alto potencial metastático.

QUESTÃO 38

Em relação ao manejo atual do melanoma cutâneo, assinale a alternativa **CORRETA**:

A) O linfonodo sentinela é indicado em todos os melanomas, inclusive nos de espessura mínima e sem fatores de risco adicionais.
B) A imuno-histoquímica não possui relevância no diagnóstico, sendo dispensável na confirmação de casos duvidosos de melanoma.
C) A radioterapia é utilizada como tratamento inicial de escolha para melanomas metastáticos irressecáveis e disseminados.
D) Pacientes com mutação BRAF V600 podem receber terapia-alvo combinando inibidores de BRAF e MEK no cenário metastático.

QUESTÃO 39

Em relação ao prognóstico dos sarcomas de partes moles, assinale a alternativa **CORRETA**:

A) O grau histológico, o tamanho tumoral e a profundidade da lesão são determinantes no prognóstico.
B) O prognóstico depende exclusivamente do subtipo histológico, independentemente de outros fatores.
C) A localização superficial confere pior prognóstico do que as lesões profundas.
D) A idade do paciente não influencia em nenhuma circunstância a evolução da doença.

QUESTÃO 40

Uma mulher de 54 anos de idade, previamente hígida, apresenta nódulo cervical anterior, indolor, de crescimento progressivo. A ultrassonografia mostra nódulo sólido hipoecoico em lobo direito da tireoide, com microcalcificações e margens irregulares. A punção aspirativa por agulha fina (PAAF) confirma carcinoma papilífero da tireoide. Após tireoidectomia total, o exame anatomopatológico revela tumor de 3,2cm, com invasão mínima da cápsula, metástases em trê linfonodos cervicais e margens livres (pT2N1aM0).

Nesse caso, a conduta adjuvante **MAIS** adequada, é realizar:

A) Acompanhamento clínico com ultrassonografia cervical periódica, sem necessidade de terapia complementar.
B) Radioterapia externa adjuvante de rotina, para todos os casos de carcinoma papilífero da tireoide com linfonodos positivos.
C) Ablação com iodo radioativo (I^{131}), associada à reposição com levotiroxina em dose supressiva de TSH.
D) Quimioterapia citotóxica sistêmica como adjuvante, visando reduzir risco de recidiva loco-regional.

ATENÇÃO:
AGUARDE AUTORIZAÇÃO
PARA VIRAR O CADERNO DE PROVA.