

### DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO CANDIDATO

**Não deixe de preencher as informações a seguir:**

Nome

\_\_\_\_\_

***Nº de Identidade***

Órgão Expedidor

 $UF$ 

***Nº de Inscrição***

\_\_\_\_\_

## GRUPO 10

**ESPECIALIDADE COM PRÉ-REQUISITO EM MEDICINA DA FAMÍLIA E  
COMUNIDADE OU CLÍNICA MÉDICA OU NEUROLOGIA OU  
MEDICINA INTENSIVA  
(MEDICINA PALIATIVA)**

## PREZADO CANDIDATO

- *Você está recebendo o seu Caderno de Prova Escrita, contendo 50 (cinquenta) questões objetivas de múltipla escolha com 05 (cinco) alternativas cada. Verificar se o GRUPO/PROGRAMA impressos se referem àqueles de sua opção no ato da inscrição.*
- *Se encontrar alguma informação em desacordo, incompleta ou com algum defeito gráfico que lhe cause dúvidas, informe, imediatamente, ao Fiscal para ele tomar as providências necessárias. Caso não seja atendido em sua reivindicação, solicite que seja chamado o Chefe de Prédio.*
- *Para registrar as alternativas escolhidas nas questões objetivas de múltipla escolha, você receberá um Cartão-Resposta de Leitura Ótica. Verifique, também, se o **Número de Inscrição e o Grupo/Programa** impressos **estão de acordo com sua opção**.*
- *As marcações das suas respostas no Cartão-Resposta devem ser realizadas mediante o preenchimento total das bolhas correspondentes a cada número da questão e da letra da alternativa. Utilize, para isso, caneta esferográfica na cor azul ou preta.*
- *Se for necessária a utilização do sanitário, você deverá solicitar permissão ao fiscal de sala que designará um fiscal volante para acompanhá-lo no deslocamento, devendo permanecer em silêncio, durante todo o percurso, podendo, antes de entrar no sanitário e depois da utilização deste, ser submetido à revista (com ou sem detector de metais). Caso, nesse momento, seja detectada qualquer irregularidade ou porte de qualquer tipo de equipamento eletrônico, serão tomadas providências de acordo com o estabelecido no Edital do Concurso.*
- *Ao terminar sua Prova e preenchido o Cartão-Resposta, desde que no horário estabelecido para deixar o recinto de Prova, entregue o Cartão-Resposta ao Fiscal e deixe a sala em silêncio.*

***BOA SORTE!***



**01. Uma mulher de 34 anos procura sua Unidade de Saúde da Família para sua primeira consulta na equipe relacionada ao quadro de episódios recorrentes de cefaleia há três meses, sendo que essa Unidade é sua referência desde que se mudou para o território, há 10 meses, tendo sido acompanhada pelo Agente Comunitário de Saúde (ACS) da microárea, que realiza visitas domiciliares periódicas. Durante a anamnese, relata que, desde o início dos sintomas, procurou atendimento em uma Unidade de Pronto Atendimento em duas ocasiões, realizou consulta com um neurologista por iniciativa própria e retornou à UPA após novo episódio de dor intensa. Os diferentes atendimentos ocorreram sem compartilhamento sistemático das informações clínicas, e as condutas foram tomadas de forma independente pelos profissionais envolvidos. Na consulta atual, o médico da equipe revisa todo o percurso assistencial, organiza as informações disponíveis, propõe um plano terapêutico compartilhado e agenda seguimento. Ao analisar o percurso assistencial descrito, qual atributo da Atenção Primária à Saúde foi o mais fragilizado ao longo do cuidado da paciente?**

- A) Integralidade, pois a paciente procurou diferentes serviços antes da avaliação pela equipe de Saúde da Família.
- B) Longitudinalidade, pois o acompanhamento pela mesma equipe foi interrompido devido à utilização de outros pontos de atenção.
- C) Primeiro contato, pois a Atenção Primária não foi utilizada como porta de entrada preferencial para o problema apresentado.
- D) Coordenação do cuidado, pois os diferentes atendimentos ocorreram sem integração de informações e sem articulação entre os profissionais envolvidos.
- E) Orientação comunitária, pois a principal fragilidade observada decorre da ausência de utilização das necessidades coletivas do território para organizar o cuidado da paciente.

**02. Um homem de 62 anos, com hipertensão arterial e diabetes mellitus, é acompanhado pela mesma equipe de Saúde da Família há oito anos. Ao longo desse período, realizou consultas regulares, participou das decisões sobre seu tratamento, ajustou gradualmente o uso das medicações conforme suas preferências e condições de vida e desenvolveu confiança na equipe. Recentemente, passou a ser acompanhado por um novo endocrinologista após a aposentadoria do especialista anterior. Durante a consulta na Unidade de Saúde da Família, afirma sentir-se seguro para discutir dúvidas, relatar dificuldades com a insulino terapia e decidir, juntamente com o médico da equipe, quais informações considera importantes compartilhar com o novo especialista. Ao analisar a situação descrita, qual aspecto da longitudinalidade melhor explica a qualidade do cuidado observada?**

- A) A manutenção do vínculo longitudinal permite que a equipe organize a participação dos diferentes profissionais da Rede de Atenção à Saúde, reduzindo a fragmentação do cuidado.
- B) A manutenção de uma relação contínua entre equipe e paciente favorece o conhecimento acumulado da pessoa, fortalece a confiança mútua e qualifica a tomada de decisão compartilhada ao longo do tempo.
- C) O vínculo estabelecido ao longo do tempo permite que a equipe substitua o seguimento especializado, sempre que o paciente apresentar estabilidade clínica e boa adesão ao tratamento.
- D) O acompanhamento longitudinal possibilita que a equipe priorize intervenções preventivas padronizadas, independentemente das preferências e necessidades individuais do paciente.
- E) A permanência do paciente na mesma equipe garante que decisões clínicas futuras possam ser tomadas com menor necessidade de reavaliações periódicas e atualização do plano terapêutico.

**03. Uma mulher de 48 anos procura a Unidade de Saúde da Família para consulta por piora da hipertensão arterial. Nos últimos oito meses, realizou diversos atendimentos na unidade por queixas variadas, incluindo cefaleia recorrente, insônia, dores musculares difusas e episódios de ansiedade. Durante esse período, apresentou faltas frequentes às consultas agendadas e compareceu algumas vezes acompanhada do companheiro, que respondeu à maior parte das perguntas dirigidas à paciente. Na consulta atual, comparece sozinha. Ao exame físico, observam-se equimoses em diferentes estágios de resolução nos membros superiores a que ela atribui a acidentes domésticos. Quando questionada de forma acolhedora sobre sua rotina, demonstra desconforto, hesita antes de responder e afirma que "as coisas em casa andam difíceis", mas evita fornecer mais detalhes. Ao analisar a situação apresentada, qual conduta melhor expressa o atributo da integralidade na Atenção Primária à Saúde?**

- A) Realizar escuta qualificada e registrar as informações obtidas no prontuário, orientando retorno em curto prazo para reavaliar a situação clínica e emocional, antes de definir outros encaminhamentos.
- B) Investigar a possibilidade de violência, oferecer atendimento às demandas clínicas imediatas e encaminhar a paciente para o serviço especializado de referência, mantendo o seguimento apenas para o controle das condições crônicas.
- C) Investigar a situação de forma acolhedora e sigilosa, atender as necessidades clínicas identificadas, construir um plano terapêutico compartilhado e articular, quando indicado, a rede de atenção e proteção às mulheres em situação de violência, mantendo o acompanhamento longitudinal pela equipe da APS.

- D) Priorizar a avaliação do risco imediato, orientar a paciente sobre os serviços disponíveis e aguardar sua decisão quanto ao acionamento da rede de proteção, antes de programar novas intervenções pela equipe.
- E) Realizar avaliação clínica completa, solicitar apoio do serviço social e da psicologia da unidade e reavaliar o caso após discussão multiprofissional, para definir a necessidade de encaminhamento à rede especializada.

**04. Uma mulher de 45 anos procura a Unidade de Saúde da Família por apresentar dores difusas há cerca de quatro meses. Após anamnese, exame físico e avaliação clínica, a médica não identifica sinais de gravidade nem necessidade de investigação imediata. Durante a consulta, pergunta à paciente o que acredita estar causando os sintomas, quais são suas maiores preocupações e o que espera obter com o atendimento. A paciente relata medo de estar com uma doença grave, preocupação em perder o emprego devido às faltas frequentes e desejo de voltar às suas atividades habituais o mais rapidamente possível. Em seguida, a médica explica sua hipótese diagnóstica, orienta medidas terapêuticas e agenda retorno.**

**Considerando o primeiro componente do Método Clínico Centrado na Pessoa, qual aspecto da condução da consulta poderia ser mais bem explorado antes da definição do plano terapêutico?**

- A) Investigar de que forma os sintomas interferem nas atividades diárias, nas relações pessoais e no significado que o adoecimento passou a ter para a paciente.
- B) Solicitar exames complementares capazes de reduzir a incerteza diagnóstica antes de ampliar a abordagem clínica.
- C) Negociar imediatamente um plano terapêutico compartilhado para favorecer maior adesão ao tratamento proposto.
- D) Discutir estratégias de prevenção e rastreamento relacionadas à faixa etária, independentemente da queixa apresentada.
- E) Definir objetivos terapêuticos realistas, considerando os recursos disponíveis na unidade e o tempo previsto para acompanhamento.

**05. Um homem de 56 anos procura a Unidade de Saúde da Família para retorno após investigação iniciada pela equipe devido à identificação repetida de níveis pressóricos elevados durante consultas de rotina. É motorista de aplicativo, apresenta IMC de 31 kg/m<sup>2</sup>, refere alimentação rica em alimentos ultraprocessados e vida sedentária. A Monitorização Residencial da Pressão Arterial (MRPA) confirmou valores médios de 158×96 mmHg, e a avaliação clínica e a laboratorial não evidenciaram lesão de órgão-alvo, doença cardiovascular estabelecida ou outras condições que indiquem encaminhamento imediato. Durante a consulta, o paciente pergunta se seria possível "tentar apenas dieta e atividade física" antes de iniciar medicamentos, pois, segundo ele, "seu pai começou medicamento e acabou tendo um AVC".**

**Considerando a Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial 2025, qual é a conduta mais adequada da equipe de Atenção Primária à Saúde?**

- A) Instituir exclusivamente medidas não farmacológicas e reavaliar os níveis pressóricos após seis meses, antes de decidir sobre tratamento medicamentoso.
- B) Iniciar tratamento farmacológico associado às mudanças no estilo de vida, estabelecer metas pressóricas e manter acompanhamento longitudinal pela equipe da APS.
- C) Solicitar monitorização ambulatorial da pressão arterial antes de definir qualquer intervenção terapêutica, independentemente da confirmação diagnóstica já realizada.
- D) Encaminhar o paciente para avaliação cardiológica antes do início do tratamento devido à obesidade e ao risco potencial de complicações cardiovasculares.
- E) Orientar mudanças no estilo de vida por um período inicial e iniciar tratamento farmacológico, apenas se persistirem níveis pressóricos elevados nas consultas subsequentes.

**06. Uma mulher de 61 anos é acompanhada pela equipe de Saúde da Família por doença crônica progressiva com impacto importante sobre sua funcionalidade. Nos últimos meses, passou a apresentar dor frequente, fadiga, perda de autonomia para algumas atividades cotidianas e preocupação constante com o futuro. Durante consulta compartilhada com a família, relata medo de se tornar um peso para os familiares e pergunta se ainda existem outras formas de cuidado que possam ajudá-la diante das dificuldades que vem enfrentando. O residente sugere discutir o caso com a equipe antes da definição do plano terapêutico.**

**Considerando os princípios atuais dos Cuidados Paliativos, qual é a conduta mais adequada para essa paciente?**

- A) Introduzir abordagem voltada para o controle de sintomas, apoio psicossocial, comunicação e planejamento do cuidado, integrada às terapias direcionadas à doença e às necessidades da paciente.
- B) Aguardar que a doença evolua para fase avançada ou que sejam suspensos os tratamentos modificadores da doença, antes de iniciar intervenções voltadas ao conforto.
- C) Priorizar o controle farmacológico da dor e da fadiga, deixando as demandas emocionais, familiares e espirituais para avaliação após estabilização dos sintomas físicos.

- D) Encaminhar a paciente para um serviço especializado em Cuidados Paliativos apenas quando apresentar dependência funcional completa ou expectativa de vida limitada.
- E) Orientar a paciente e a família para que essa abordagem está indicada, apenas quando não houver mais possibilidades terapêuticas direcionadas à doença de base.

**07. Um homem de 68 anos é acompanhado pela equipe de Saúde da Família por doença pulmonar obstrutiva crônica avançada. Nos últimos 12 meses, apresentou três internações por exacerbações, perda ponderal de 8 kg, dependência crescente para atividades cotidianas e piora progressiva da dispneia, apesar do tratamento otimizado. Durante consulta, refere que sente dificuldade para realizar atividades simples do dia a dia e manifesta preocupação por acreditar que está se tornando um peso para a esposa, que relata exaustão física e emocional relacionada aos cuidados diários. Durante a discussão do caso, um dos residentes afirma que ainda não seria o momento de iniciar uma abordagem paliativa, pois o paciente permanece em tratamento específico para a doença pulmonar e não está em fase terminal da doença. Ao analisar a situação apresentada, qual posicionamento da equipe está mais alinhado aos princípios atuais dos Cuidados Paliativos?**

- A) Manter o tratamento modificador da doença e reavaliar periodicamente a evolução clínica, reservando a abordagem paliativa para quando houver progressão funcional importante ou interrupção das terapias específicas.
- B) Encaminhar o paciente para serviço especializado em Cuidados Paliativos diante da evolução clínica, mantendo a equipe da Atenção Primária responsável pelo seguimento das demais necessidades de saúde.
- C) Incorporar a abordagem paliativa ao tratamento em curso, identificar necessidades físicas, emocionais, sociais e espirituais, construir objetivos de cuidado compartilhados e reavaliá-los ao longo da evolução clínica.
- D) Manter o tratamento atual e discutir objetivos de cuidado, apenas se ocorrer nova internação ou piora clínica que indique mudança significativa do prognóstico.
- E) Priorizar o controle dos sintomas físicos mais limitantes neste momento e ampliar a abordagem para necessidades emocionais, familiares e sociais conforme a progressão da doença.

**08. Uma mulher de 73 anos é acompanhada pela equipe de Saúde da Família por doença crônica avançada. Nos últimos meses, apresentou perda progressiva da funcionalidade, redução da mobilidade, maior dependência para atividades cotidianas e aumento da intensidade dos sintomas relatados durante as consultas. Durante reunião da equipe, o residente propõe incorporar instrumentos padronizados para acompanhar a evolução clínica da paciente. Um dos profissionais questiona se essas escalas realmente acrescentariam informações relevantes, argumentando que a avaliação clínica seria suficiente para orientar as decisões terapêuticas. Ao analisar a discussão apresentada, qual posicionamento está mais alinhado ao papel desses instrumentos na prática dos Cuidados Paliativos?**

- A) Instrumentos, como a Palliative Performance Scale (PPS) e o Edmonton Symptom Assessment System (ESAS), complementam a avaliação clínica ao monitorar funcionalidade e sintomas ao longo do tempo, subsidiando o planejamento e a reavaliação do cuidado.
- B) A principal finalidade desses instrumentos é estimar o prognóstico e a expectativa de vida, tendo papel secundário na definição das estratégias de acompanhamento clínico.
- C) A Palliative Performance Scale (PPS) apresenta maior utilidade em pacientes hospitalizados, enquanto o Edmonton Symptom Assessment System (ESAS) deve ser reservado aos serviços especializados em Cuidados Paliativos.
- D) Os resultados obtidos por essas escalas permitem definir as principais condutas terapêuticas, reduzindo a necessidade de reavaliações clínicas frequentes pela equipe multiprofissional.
- E) A utilização sistemática desses instrumentos apresenta maior benefício apenas nas fases finais da doença, sendo pouco útil durante o acompanhamento longitudinal realizado pela Atenção Primária.

**09. Uma mulher de 74 anos é acompanhada pela equipe de Saúde da Família por doença crônica progressiva. Mantém plena capacidade de compreensão e comunicação, participa ativamente das consultas e costuma comparecer acompanhada do marido e da filha. Durante uma consulta de seguimento, relata preocupação com a possibilidade de agravamento futuro de sua condição clínica e afirma que gostaria que seus valores e preferências para os cuidados fossem conhecidos e respeitados, caso, futuramente, não pudesse mais expressar suas decisões. A filha demonstra desconforto com o tema e afirma que essas decisões deveriam ser tomadas pela família, apenas quando a situação ocorrer. O marido permanece em silêncio, enquanto a paciente reafirma que considera importante participar dessas decisões, enquanto ainda tem condições de fazê-lo. Qual resposta do médico demonstra alinhamento com os princípios éticos e as recomendações atuais relacionadas às Diretivas Antecipadas de Vontade?**

- A) "Essas conversas podem ser iniciadas agora, mas geralmente o registro formal das preferências é mais útil quando a doença apresenta evolução mais avançada, e os objetivos do tratamento precisam ser redefinidos."
- B) "Como a senhora possui capacidade para decidir, este é um momento adequado para conversarmos sobre seus valores e preferências para o cuidado futuro, registrar essas informações no prontuário e revisá-las, sempre que necessário."

- C) "É importante ouvir suas preferências, mas, quando houver perda da capacidade de decisão, caberá aos familiares definir, juntamente com a equipe, quais condutas melhor representam seus interesses."
- D) "Essas decisões costumam ser construídas progressivamente e podem ser revisitadas ao longo da evolução da doença, sendo mais apropriado formalizá-las, quando houver maior clareza sobre o prognóstico."
- E) "Podemos conversar sobre suas preferências desde já e compartilhá-las com a família, registrando posteriormente apenas as decisões relacionadas a tratamentos específicos, caso a doença evolua."

**10. Uma mulher de 69 anos com doença avançada é acompanhada simultaneamente pela Unidade de Saúde da Família, ambulatório especializado e serviço de atenção domiciliar. Nos últimos meses, os familiares passaram a relatar dificuldade para compreender qual orientação deveria ser seguida, pois diferentes profissionais prescreveram medicamentos distintos, solicitaram exames já realizados e estabeleceram planos de acompanhamento sem comunicação entre si. A paciente refere insegurança diante das informações divergentes e demonstra receio de que essa situação comprometa seu tratamento. Durante reunião da equipe, discute-se como reorganizar o cuidado para reduzir a fragmentação da assistência e garantir maior segurança para a paciente.**

**Qual estratégia está mais alinhada aos princípios da coordenação do cuidado nesse contexto?**

- A) Manter o acompanhamento compartilhado entre os serviços, atribuindo ao ambulatório especializado as decisões relacionadas à doença de base e à Atenção Primária o seguimento das demais condições clínicas da paciente.
- B) Estimular que a paciente e seus familiares mantenham acompanhamento com todos os serviços envolvidos, orientando que eventuais divergências sejam esclarecidas diretamente entre os profissionais responsáveis por cada atendimento.
- C) Priorizar as condutas definidas pelo profissional com maior experiência no manejo da doença de base, atualizando o plano terapêutico, sempre que houver nova avaliação especializada.
- D) Designar o serviço de atenção domiciliar como principal responsável pela organização do cuidado, considerando que acompanha a paciente com maior frequência durante a evolução da doença.
- E) Definir a Atenção Primária como coordenadora do cuidado, integrando as informações produzidas pelos diferentes serviços, promovendo comunicação entre as equipes e assegurando um plano terapêutico compartilhado com a paciente e seus familiares.

**11. Um homem de 64 anos, portador de doença avançada acompanhada em Cuidados Paliativos, relata dor intensa em queimação no membro inferior direito, associada a episódios de choques, sensação de formigamento e hipersensibilidade ao toque (alodinia). Faz uso regular de dipirona e morfina em doses progressivamente maiores, porém sem melhora significativa da intensidade da dor. A esposa refere que o sintoma tem comprometido o sono, a mobilidade e a participação do paciente nas atividades cotidianas. Durante a discussão do caso, um residente sugere aumentar novamente a dose da morfina, enquanto outro considera que as características da dor indicam necessidade de uma estratégia terapêutica diferente. Ao analisar a situação apresentada, qual conduta está mais alinhada aos princípios atuais do manejo da dor em Cuidados Paliativos?**

- A) Realizar novo escalonamento da dose do opioide em uso, mantendo o esquema analgésico atual, pois a persistência da dor indica necessidade exclusiva de maior analgesia opioide.
- B) Associar um medicamento adjuvante direcionado ao componente neuropático da dor, mantendo a analgesia de base e reavaliando periodicamente a resposta terapêutica.
- C) Substituir o esquema analgésico atual por um anti-inflamatório não esteroide de uso contínuo, considerando que a ausência de resposta aos opioides indica baixa eficácia dessa classe de medicamentos.
- D) Interpretar a persistência da dor como manifestação esperada da evolução da doença, priorizando medidas de conforto e evitando novas modificações farmacológicas até a próxima reavaliação.
- E) Reduzir progressivamente a dose do opioide para minimizar efeitos adversos e priorizar intervenções não farmacológicas como a principal estratégia para controle da dor.

**12. Uma mulher de 72 anos, portadora de doença pulmonar crônica avançada, é acompanhada pela equipe de Cuidados Paliativos no domicílio. Apesar do tratamento otimizado da doença de base, passou a apresentar sensação persistente de falta de ar aos mínimos esforços, referindo intensa ansiedade durante as crises e limitação importante para caminhar dentro de casa. Ao exame, encontra-se consciente, sem sinais de infecção respiratória ou descompensação aguda. A saturação periférica de oxigênio permanece semelhante aos registros das avaliações anteriores. Durante a discussão do caso, um residente sugere iniciar oxigenoterapia contínua, enquanto outro questiona se a prioridade deveria ser o manejo sintomático da dispneia. Ao analisar a situação apresentada, qual estratégia está mais alinhada aos princípios atuais do manejo da dispneia em Cuidados Paliativos?**

- A) Instituir oxigenoterapia contínua, considerando que pacientes com dispneia persistente apresentam benefício clínico independentemente da presença de hipoxemia.
- B) Associar medidas não farmacológicas ao manejo da ansiedade e considerar opioide em baixa dose para alívio sintomático da dispneia, mantendo acompanhamento clínico e reavaliação periódica.

- C) Manter o tratamento atual da doença de base e reavaliar a evolução clínica antes de introduzir novas medidas para controle da dispneia.
- D) Introduzir antibioticoterapia empírica e ampliar a investigação diagnóstica, considerando que a piora da dispneia pode representar infecção respiratória inicial.
- E) Orientar redução das atividades físicas e repouso prolongado, para minimizar a sensação de dispneia durante a evolução da doença.

**13. Uma mulher de 79 anos, portadora de doença avançada acompanhada em cuidados paliativos domiciliares, é avaliada pela equipe da Atenção Primária após alteração aguda do estado mental iniciada há cerca de 48 horas. Segundo a filha, até poucos dias antes, a paciente encontrava-se comunicativa, orientada e participava das decisões relacionadas ao próprio cuidado. Desde então, passou a apresentar períodos alternados de sonolência e agitação, dificuldade para manter a atenção durante as conversas, fala desconexa, inversão do ciclo sono-vigília e episódios em que não reconhece familiares. Nas últimas semanas, houve introdução de novos medicamentos para controle de sintomas, e a família pergunta se essa mudança representa, apenas, a evolução natural da doença. Durante a discussão do caso, um residente sugere que o quadro seja consequência inevitável da progressão clínica e propõe apenas sedação para reduzir a agitação. Outro residente questiona se ainda existem medidas que possam modificar a evolução do quadro. Ao analisar a situação apresentada, qual estratégia está mais alinhada aos princípios atuais do manejo do delirium em Cuidados Paliativos?**

- A) Implementar medidas de orientação ambiental, investigar causas potencialmente reversíveis, revisar medicamentos recentemente introduzidos e considerar tratamento farmacológico, apenas quando houver sofrimento importante ou risco para a paciente ou seus cuidadores.
- B) Iniciar antidepressivo e manter o esquema terapêutico atual, orientando a família que a recuperação cognitiva costuma ocorrer espontaneamente após algumas semanas de tratamento.
- C) Suspender todas as medicações sintomáticas, iniciar benzodiazepínico em horário fixo e aguardar estabilização clínica, antes de reavaliar possíveis fatores desencadeantes.
- D) Considerar que as alterações cognitivas representam manifestação irreversível da evolução da doença, priorizando, exclusivamente, medidas de conforto sem investigação adicional.
- E) Introduzir estimulante do sistema nervoso central para restaurar a atenção e a vigília, mantendo inalterado o restante do plano terapêutico.

**14. Uma mulher de 87 anos é acompanhada pela equipe de Saúde da Família há vários anos. Nos últimos dois anos, apresentou redução progressiva da velocidade de marcha, perda ponderal involuntária, fadiga frequente, diminuição da força muscular, dependência parcial para atividades instrumentais da vida diária e duas hospitalizações por infecções respiratórias. Permanece lúcida, reside com a filha e não apresenta diagnóstico de câncer, insuficiência cardíaca avançada ou outra doença reconhecida como terminal. Durante reunião da equipe, discute-se se o plano terapêutico deveria permanecer centrado apenas na prevenção de novos agravos ou se seria oportuno ampliar a abordagem diante da evolução clínica observada. Ao analisar a situação apresentada, qual interpretação está mais alinhada às recomendações atuais sobre síndrome da fragilidade e Cuidados Paliativos?**

- A) A presença de fragilidade indica maior vulnerabilidade clínica e necessidade de acompanhamento mais próximo, sendo a abordagem paliativa considerada apenas se surgir uma doença terminal claramente definida.
- B) A fragilidade está associada à maior vulnerabilidade e pior prognóstico, podendo justificar a incorporação do planejamento antecipado do cuidado e de princípios dos Cuidados Paliativos, mesmo na ausência de uma doença terminal específica.
- C) O declínio funcional observado é compatível com o envelhecimento avançado e deve orientar prioritariamente intervenções de reabilitação, adiando discussões sobre objetivos do cuidado, até que ocorra perda completa da autonomia.
- D) A definição da necessidade de abordagem paliativa depende, principalmente, da confirmação diagnóstica por avaliação especializada, sendo insuficientes as informações obtidas no acompanhamento longitudinal realizado pela Atenção Primária.
- E) A ocorrência de hospitalizações recorrentes e perda funcional justifica encaminhamento para serviço especializado em Cuidados Paliativos, que deverá assumir o planejamento terapêutico da paciente.

**15. Uma mulher de 89 anos, portadora de doença avançada acompanhada em Cuidados Paliativos domiciliares, é avaliada durante visita da equipe da Atenção Primária. Nas últimas 48 horas, apresentou redução importante da ingestão alimentar e hídrica, períodos prolongados de sonolência, diminuição progressiva da interação com familiares e permanência quase contínua no leito. Ao exame, encontra-se confortável, sem sinais de desconforto respiratório, dor ou outras manifestações que indiquem sofrimento importante. A filha demonstra grande preocupação com a redução da alimentação e pergunta se "a mãe está morrendo de fome", solicitando que a equipe faça "alguma coisa para alimentá-la". Durante a discussão do caso, um residente sugere iniciar hidratação venosa e**

**suporte nutricional para evitar piora do quadro, enquanto outro defende que o principal desafio naquele momento é orientar a família sobre as mudanças esperadas na evolução da doença.**

**Ao analisar a situação apresentada, qual conduta está mais alinhada aos princípios atuais dos Cuidados Paliativos?**

- A) Instituir hidratação venosa e suporte nutricional, considerando que a redução da ingesta pode contribuir para piora da consciência e acelerar a evolução clínica.
- B) Explicar à família que a redução progressiva da alimentação pode fazer parte da evolução da doença, priorizando medidas de conforto e reavaliando continuamente as necessidades da paciente.
- C) Introduzir alimentação enteral por sonda, mantendo acompanhamento clínico para avaliar sua repercussão sobre o estado nutricional e funcional.
- D) Encaminhar a paciente para internação hospitalar, visando à investigação das causas da redução da ingesta e definição de novas medidas terapêuticas.
- E) Prescrever estimulante do apetite e intensificar o incentivo à alimentação por via oral, reavaliando posteriormente a necessidade de revisão do plano de cuidados.

**16. Um homem de 58 anos, portador de doença avançada, acompanhado em Cuidados Paliativos, apresenta dispneia intensa e sofrimento importante nas últimas 48 horas. Foram realizadas sucessivas reavaliações pela equipe multiprofissional, com otimização do tratamento farmacológico e não farmacológico, investigação de causas potencialmente reversíveis e discussão do caso com equipe especializada. Apesar das intervenções instituídas, o paciente permanece em intenso sofrimento, manifestando desejo de que os sintomas sejam aliviados. Mantém capacidade de comunicação e participa das decisões juntamente com sua família. Durante a reunião da equipe, um profissional sugere aumentar novamente as medicações em uso, enquanto outro propõe discutir uma intervenção destinada exclusivamente ao controle do sofrimento, mesmo que isso implique redução proporcional do nível de consciência.**

**Ao analisar a situação apresentada, qual conduta está mais alinhada aos princípios éticos e técnicos da sedação paliativa?**

- A) Manter novas tentativas de escalonamento dos medicamentos já utilizados, adiando outras intervenções, enquanto houver possibilidade de aumento das doses.
- B) Instituir sedação paliativa de forma proporcional ao sofrimento apresentado, após confirmação de refratariedade do sintoma, definição dos objetivos do cuidado e discussão compartilhada com o paciente e seus familiares.
- C) Suspende as medicações sintomáticas e priorizar exclusivamente medidas de suporte emocional, aguardando nova evolução clínica antes de modificar o plano terapêutico.
- D) Encaminhar o paciente para unidade de terapia intensiva, considerando que a redução do nível de consciência exige monitorização contínua e suporte avançado.
- E) Aguardar perda da capacidade de comunicação para iniciar intervenções que possam interferir no nível de consciência, evitando conflitos relacionados à autonomia do paciente.

**17. Uma mulher de 84 anos, portadora de demência avançada, apresenta dependência completa para as atividades da vida diária, disfagia grave, perda ponderal progressiva e múltiplas internações por pneumonia aspirativa nos últimos meses. Durante nova hospitalização, a equipe observa dificuldade crescente para alimentação por via oral. A filha manifesta preocupação ao afirmar que a mãe "está morrendo de fome" e solicita a realização de gastrostomia, acreditando que o procedimento poderá evitar novas internações e prolongar sua vida. Não há registro formal de Diretivas Antecipadas de Vontade, mas familiares relatam que, quando ainda tinha capacidade decisória, a paciente costumava afirmar que não gostaria de tratamentos que prolongassem sua vida sem possibilidade de recuperação.**

**Ao analisar a situação apresentada, qual conduta está mais alinhada aos princípios atuais dos Cuidados Paliativos?**

- A) Indicar gastrostomia, considerando que a disfagia persistente aumenta o risco de desnutrição e aspiração, com possibilidade de reavaliar posteriormente sua permanência.
- B) Discutir com a família os benefícios e limitações da gastrostomia, definindo a conduta de acordo com a preferência manifestada pela maioria dos familiares presentes.
- C) Avaliar a indicação da gastrostomia considerando o prognóstico, os objetivos do cuidado e os valores previamente expressos pela paciente, compartilhando essa decisão com a família.
- D) Adiar a decisão, até que ocorra consenso entre todos os familiares, reduzindo o risco de conflitos relacionados ao tratamento proposto.
- E) Contraindicar gastrostomia, pois pacientes com demência avançada não apresentam benefício com terapia nutricional artificial em nenhuma circunstância.

**18. Um homem de 67 anos, portador de câncer metastático, comparece à consulta acompanhado da esposa após avaliação pela equipe de oncologia. Foi informado de que a doença apresentou progressão, apesar das terapias modificadoras disponíveis e que não existem novas opções de tratamento com expectativa de benefício clínico. Encaminhado para seguimento compartilhado com a equipe de Cuidados Paliativos, afirma compreender a gravidade da situação e pergunta ao médico:**

**"Doutor, então ainda existe alguma forma de eu ser cuidado?"**

**O médico confirma que o paciente deseja receber informações sobre sua situação clínica antes de responder.**

**Qual resposta demonstra maior alinhamento com os princípios atuais da comunicação em Cuidados Paliativos?**

- A) "Sim. Embora não existam mais tratamentos para controlar a doença, continuaremos acompanhando sua evolução e ajustando as medidas necessárias para aliviar os sintomas que surgirem."
- B) "Sim. Nosso foco agora passa a ser cuidar do senhor da melhor forma possível, controlando sintomas e discutindo, junto com o senhor e sua família, quais cuidados fazem mais sentido neste momento."
- C) "Sim. Agora será importante que sua família participe mais ativamente das decisões, pois as necessidades de cuidado tendem a aumentar com a evolução da doença."
- D) "Sim. Ainda podemos oferecer tratamento para os sintomas e rever periodicamente as condutas, de acordo com a resposta clínica apresentada."
- E) "Sim. Podemos conversar sobre suas preocupações, esclarecer suas dúvidas e planejar os cuidados de acordo com aquilo que é mais importante para o senhor, mantendo o controle dos sintomas e o apoio à sua família."

**19. Um homem de 72 anos, portador de insuficiência cardíaca avançada, é acompanhado regularmente pela equipe da Atenção Primária. Mantém plena capacidade para tomar decisões e participa ativamente do tratamento. Durante uma consulta de seguimento, relata preocupação com a possibilidade de novas internações e afirma que gostaria de participar das decisões relacionadas aos cuidados futuros, caso sua condição clínica se agrave. A esposa, presente na consulta, pergunta se esse tipo de conversa não deveria ocorrer apenas quando a doença estivesse em fase terminal. Ao analisar a situação apresentada, qual conduta está mais alinhada aos princípios do Planejamento Antecipado de Cuidados?**

- A) Explicar que essas decisões costumam ser mais seguras quando a evolução da doença estiver mais bem definida, iniciando o planejamento apenas diante de agravamento clínico significativo.
- B) Conversar sobre os objetivos do cuidado, explorar as preferências do paciente para situações futuras, registrar as decisões relevantes e revisá-las periodicamente conforme a evolução clínica.
- C) Orientar que essas decisões sejam discutidas prioritariamente com os familiares, que deverão assumir a condução do tratamento caso a doença progrida.
- D) Priorizar a definição das condutas terapêuticas para o momento atual, deixando as decisões relacionadas a cenários futuros para quando houver necessidade clínica.
- E) Esclarecer que o planejamento pode ser iniciado desde já, concentrando, inicialmente, a discussão nas preferências relacionadas às intervenções de suporte avançado de vida.

**20. Um homem de 74 anos, portador de doença crônica avançada, é acompanhado pela equipe de Saúde da Família há vários anos. Nos últimos seis meses, apresentou duas internações por agravamento clínico, passou a necessitar de auxílio para atividades básicas da vida diária e iniciou acompanhamento com equipe especializada em Cuidados Paliativos, vinculada ao hospital de referência. Após a alta hospitalar, a família relata dúvidas frequentes sobre medicações, manejo de sintomas e qual serviço deve procurar diante de novas intercorrências. Durante reunião entre os profissionais da rede, a equipe especializada informa que continuará acompanhando o paciente periodicamente, enquanto a Unidade de Saúde da Família propõe organizar um plano de acompanhamento conjunto. Ao analisar a situação apresentada, qual estratégia está mais alinhada aos princípios da coordenação do cuidado na Rede de Atenção à Saúde?**

- A) Manter o acompanhamento periódico pela equipe especializada, cabendo à Atenção Primária o seguimento das demais condições clínicas e o apoio à família, quando necessário.
- B) Construir um plano terapêutico compartilhado, mantendo a Atenção Primária como coordenadora do cuidado e estabelecendo fluxos de comunicação entre os diferentes serviços para acompanhamento contínuo do paciente e de sua família.
- C) Centralizar os ajustes terapêuticos relacionados aos Cuidados Paliativos na equipe especializada, mantendo a Atenção Primária informada sobre as decisões adotadas.
- D) Orientar paciente e familiares a procurar o serviço mais acessível em cada intercorrência, compartilhando posteriormente as informações entre as equipes envolvidas.
- E) Definir que os sintomas complexos sejam acompanhados pela equipe especializada, enquanto as demais necessidades permaneçam sob responsabilidade exclusiva da Atenção Primária.

**21. No Brasil, a cocirculação de dengue e zika dificulta o diagnóstico clínico inicial. Sobre os aspectos diferenciais entre dengue e zika, é INCORRETO afirmar que**

- A) a zika costuma cursar com exantema precoce e pruriginoso.
- B) conjuntivite não purulenta é mais comum na zika do que na dengue.
- C) dor retro-orbital intensa e mialgia importante são mais típicas da dengue.
- D) a trombocitopenia grave é achado frequente e esperado na zika.
- E) a febre na zika tende a ser ausente ou de menor intensidade.

**22. Mulher de 79 anos é admitida na emergência com pneumonia grave, cursando com hipotensão persistente (PA 85/50 mmHg) e sinais de hipoperfusão, mesmo após reposição volêmica inicial adequada. O quadro configura choque séptico de origem pulmonar.**

**Segundo a Surviving Sepsis Campaign, qual é a droga vasopressora de primeira linha recomendada?**

- A) Dopamina
- B) Adrenalina
- C) Noradrenalina
- D) Vasopressina isoladamente
- E) Dobutamina

**23. Homem de 60 anos, em tratamento quimioterápico para câncer colorretal, foi internado com diagnóstico de neutropenia febril e iniciou antibioticoterapia empírica intravenosa de amplo espectro, em dose e tempo adequados. Após 72 horas de tratamento, permanece com febre persistente, mantém neutrófilos  $< 500/\text{mm}^3$ , não apresenta sinais de instabilidade hemodinâmica e não foi identificado foco infeccioso clínico, radiológico ou microbiológico. Diante desse cenário, qual é a conduta mais adequada?**

- A) Suspende a antibioticoterapia empírica e manter apenas observação clínica
- B) Trocar o esquema antimicrobiano intravenoso por antibiótico oral
- C) Iniciar terapia antifúngica empírica
- D) Introduzir corticosteroide sistêmico para controle da resposta inflamatória
- E) Manter apenas o uso de fator estimulador de colônia de granulócitos.

**24. Mulher de 35 anos, previamente hígida, apresenta TSH suprimido (0,05 mUI/L) e T4 livre elevado em exames laboratoriais. Refere palpitações, perda ponderal não intencional e intolerância ao calor. Ao exame físico, observa-se bócio difuso e taquicardia. A cintilografia da tireoide evidencia captação difusamente aumentada e homogênea. Qual é o diagnóstico mais provável?**

- A) Doença de Graves
- B) Adenoma tóxico
- C) Tireoidite subaguda
- D) Uso exógeno de hormônio tireoidiano
- E) Bócio multinodular não tóxico

**25. Sobre a infecção por Clostridioides difficile em pacientes hospitalizados, é INCORRETO afirmar que**

- A) pode ocorrer após uso de antibióticos de amplo espectro.
- B) a pesquisa de toxinas ou testes moleculares auxiliam no diagnóstico.
- C) a presença de diarreia aquosa é achado clínico comum.
- D) a doença pode variar de formas leves a quadros fulminantes.
- E) resultado negativo de toxina exclui completamente a possibilidade da infecção.

**26. Homem de 36 anos, residente em Recife, apresenta tosse seca há cerca de 4 semanas, febre vespertina diária, sudorese noturna e perda ponderal não intencional. Radiografia de tórax evidencia derrame pleural unilateral à esquerda, de moderado volume, sem consolidações pulmonares associadas. Toracocentese revela líquido pleural exsudativo, com predomínio linfocitário ( $>80\%$ ), proteínas elevadas e adenosina deaminase (ADA) de 68 U/L. Não há história de neoplasia conhecida ou insuficiência cardíaca. Qual é o diagnóstico mais provável?**

- A) Derrame pleural parapneumônico complicado
- B) Derrame pleural tuberculoso
- C) Derrame pleural maligno

- D) Derrame pleural por insuficiência cardíaca
- E) Derrame pleural secundário a tromboembolismo pulmonar

**27. Segundo a Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial 2025, assinale a alternativa INCORRETA.**

- A) A variabilidade elevada da pressão arterial associa-se a maior risco de eventos cardiovasculares.
- B) O controle adequado da pressão arterial reduz o risco de acidente vascular cerebral, infarto do miocárdio e insuficiência cardíaca.
- C) O tratamento não farmacológico permanece como pilar fundamental em todos os estágios da hipertensão arterial.
- D) A hipertensão do avental branco dispensa qualquer tipo de acompanhamento clínico ao longo do tempo.
- E) A monitorização residencial da pressão arterial pode ser utilizada para avaliar a resposta ao tratamento anti-hipertensivo.

**28. Sobre os fatores de risco associados ao tromboembolismo pulmonar, é INCORRETO afirmar que**

- A) imobilização prolongada e cirurgias recentes aumentam o risco de tromboembolismo pulmonar.
- B) neoplasias ativas estão associadas a maior risco trombótico.
- C) o uso de anticoncepcionais hormonais combinados eleva o risco de eventos tromboembólicos.
- D) a presença de varizes em membros inferiores, isoladamente, é fator de risco independente importante.
- E) episódios prévios de tromboembolismo aumentam o risco de recorrência.

**29. Um homem de 62 anos, diabético e em uso crônico de metformina, procura atendimento por parestesias progressivas em pés e mãos, dificuldade para caminhar e instabilidade postural. O hemograma mostra anemia macrocítica. O médico, antes de receber o resultado da dosagem de vitamina B12, inicia ácido fólico por suspeita de deficiência de folato. Dias depois, chega o resultado: Vitamina B12 = 90 pg/mL (valor normal > 200 pg/mL).**

**O paciente mantém a suplementação isolada de ácido fólico.**

**Qual a consequência mais provável dessa conduta?**

- A) Correção da anemia com melhora dos sintomas neurológicos
- B) Estabilização do quadro neurológico
- C) Mascaramento da anemia com progressão irreversível da neuropatia
- D) Crise aplástica por depleção de B12
- E) Hipocalemia secundária ao ácido fólico

**30. Mulher de 29 anos, com diagnóstico de lúpus eritematoso sistêmico há 6 anos, apresenta histórico de artrite, rash cutâneo e nefrite lúpica classe II, atualmente em remissão clínica e laboratorial há 18 meses. Encontra-se em uso regular de hidroxiquina 400 mg/dia, sem uso de corticoides ou imunossupressores. Em consulta, solicita a suspensão da medicação por estar assintomática e preocupada com uso prolongado. Exames mostram complemento normal, anti-DNA negativo, sedimento urinário inativo e proteinúria <150 mg/dia.**

**De acordo com as evidências e diretrizes atuais, qual é a conduta mais adequada?**

- A) Suspender a hidroxiquina, pois sua função é apenas tratar atividade inflamatória.
- B) Manter a hidroxiquina, pois reduz risco de recaídas, dano orgânico acumulado e mortalidade.
- C) Substituir por prednisona em baixa dose para manutenção da remissão.
- D) Trocar por metotrexato como terapia imunomoduladora de manutenção.
- E) Usar hidroxiquina apenas durante períodos de atividade da doença.

**31. Mulher de 72 anos relata dor e rigidez intensa em ombros e quadris há 2 meses, pior pela manhã, com dificuldade para levantar da cama, vestir-se e elevar os braços acima da cabeça. Refere fadiga progressiva, perda de peso não intencional e febre baixa diária. Ao exame, há limitação dolorosa de cinturas escapular e pélvica, sem fraqueza objetiva. Exames mostram VHS de 85 mm/h e PCR elevada, com CPK normal.**

**Qual é o diagnóstico mais provável?**

- |                          |                          |
|--------------------------|--------------------------|
| A) Miopatia inflamatória | D) Polimialgia reumática |
| B) Fibromialgia          | E) Osteoartrite          |
| C) Artrite reumatoide    |                          |

**32. Homem de 62 anos, portador de cirrose alcoólica Child-Pugh C, com ascite volumosa e creatinina basal de 1,4 mg/dL, é internado por febre, dor abdominal difusa e deterioração aguda da função renal. Paracentese diagnóstica mostra líquido ascítico turvo com 680 neutrófilos/mm<sup>3</sup>, compatível com peritonite bacteriana espontânea. O paciente inicia antibioticoterapia empírica com cefalosporina de terceira geração. Segundo as diretrizes da American Association for the Study of Liver Diseases (AASLD), qual intervenção adicional comprovadamente reduz mortalidade e o risco de síndrome hepatorenal nesse cenário?**

- A) Furosemina em altas doses para controle rápido da ascite
- B) Espironolactona para otimização do balanço hidrossalino
- C) Albumina endovenosa nos dias 1 e 3 após o diagnóstico
- D) Rifaximina para redução da translocação bacteriana
- E) Betabloqueador não seletivo para diminuição da hipertensão portal

**33. Homem de 58 anos, com antecedente de infarto agudo do miocárdio há 3 anos, hipertenso e diabético, refere dispneia progressiva aos pequenos esforços, ortopneia e fadiga há 6 meses. Usa diurético de forma irregular. Ao exame, apresenta pressão arterial de 110 por 70 milímetros de mercúrio, frequência cardíaca de 90 batimentos por minuto, estertores bibasais discretos e edema maleolar bilateral. Ecocardiograma revela fração de ejeção de 32 por cento, com dilatação ventricular esquerda e hipocinesia difusa. Qual terapia farmacológica reduz comprovadamente mortalidade na insuficiência cardíaca com fração de ejeção reduzida (ICFER)?**

- A) Diurético isolado para controle da congestão
- B) Nitrato isolado para melhora sintomática
- C) Betabloqueador associado a inibidor da enzima conversora da angiotensina (IECA) ou a inibidor do receptor da angiotensina associado a inibidor da neprilisina (ARNI)
- D) Digoxina isolada
- E) Oxigenoterapia domiciliar contínua.

**34. Homem de 42 anos, diagnóstico recente de tuberculose pulmonar bacilífera, sem comorbidades. Radiografia mostra infiltrado em lobo superior direito. Exame de escarro positivo. Qual é o esquema inicial recomendado pelo Ministério da Saúde?**

- A) Rifampicina e isoniazida por 6 meses
- B) Rifampicina, isoniazida, pirazinamida e etambutol por 2 meses, seguidos de rifampicina e isoniazida por 4 meses
- C) Levofloxacino e estreptomicina por 6 meses
- D) Rifampicina isolada por 6 meses
- E) Esquema individualizado conforme cultura inicial

**35. Homem de 52 anos, com obesidade grau I (IMC 34 kg/m<sup>2</sup>), diabetes tipo 2 há 8 anos e hipertensão controlada, apresenta elevação persistente de ALT e AST há 2 anos. Ultrassonografia mostrou esteatose hepática, e elastografia evidenciou rigidez compatível com esteato-hepatite metabólica sem sinais de cirrose. Mantém hemoglobina glicada de 8,2% apesar de uso otimizado de metformina e adesão parcial a mudanças no estilo de vida. Nega consumo significativo de álcool.**

**Diante desse cenário clínico, qual medicação pode trazer benefício metabólico e hepático concomitante?**

- A) Sulfonilureia, por melhorar o controle glicêmico de forma rápida
- B) Semaglutida, por promover perda de peso e melhorar inflamação hepática
- C) Paracetamol, por reduzir inflamação hepática leve
- D) Estatina isoladamente como tratamento específico da esteato-hepatite
- E) Corticoide sistêmico para controle da inflamação hepática

**36. Homem, 52 anos, sofre acidente automobilístico com trauma craniano grave e está em observação em unidade de terapia intensiva sob suspeita de morte encefálica.**

**O médico plantonista avalia o exame neurológico realizado durante o plantão anterior e encontra algumas inconsistências, que não indicavam ausência de reflexos de tronco cerebral, EXCETO:**

- A) Ausência de constrição pupilar ipsilateral à incidência de luz com resposta consensual positiva.
- B) Ausência de relaxamento do músculo orbicular dos olhos durante estimulação da borda inferior da córnea.
- C) Ausência de adução do olho direito com nistagmo em olho esquerdo na lateralização cefálica para direita.

- D) Ausência de desvios do olhar durante estimulação térmica dos condutos auditivos e membranas timpânicas.
- E) Ausência de reflexo de tosse durante aspiração de parede posterior da orofaringe e epiglote.

---

**37. A característica principal das cefaleias secundárias é a relação causal habitualmente definida, conforme os critérios da Sociedade Internacional das Cefaleias, pelo desenvolvimento da dor em conjunto com a doença de base, além de piora ou melhora da cefaleia de acordo com a evolução da doença.**

**Além dessas características, pode ser considerado critério para a cefaleia atribuída à meningite carcinomatosa:**

- A) Piora de cefaleia migranosa e insônia no diagnóstico de um câncer localizado.
- B) Cefaleia matinal quase diária que melhora em até 4 horas após levantar da cama.
- C) Cefaleia ortostática por até 48 horas que se desenvolve após punção líquórica.
- D) Cefaleia do tipo tensional intensa associada com episódios confusionais.
- E) Escótomas cintilantes, parestesias unilaterais e cefaleia pulsátil intensa com vômitos.

---

**38. Sobre a definição de estado de mal epiléptico, é CORRETO afirmar que**

- A) a persistência de crises convulsivas por mais de cinco minutos é indicativa de estado de mal epiléptico em desenvolvimento.
- B) a ocorrência consecutiva de duas ou mais crises epiléticas tônico-clônicas é indicativa de estado de mal epiléptico estabelecido, independente da recuperação de consciência.
- C) crises epiléticas focais com comprometimento da consciência persistentes por mais de dez minutos indicam estado de mal não-convulsivo.
- D) persistência de crises epiléticas após o uso de um benzodiazepínico e pelo menos dois medicamentos anticrises indica o estado de mal epiléptico refratário.
- E) o estado de mal epiléptico super-refratário é indicado pela persistência de crises epiléticas por mais de 24 horas apesar do uso de um medicamento anticrise intravenoso.

---

**39. Mulher, 73 anos, hipertensa e diabética, tem quadro persistente de rigidez e bradicinesia, além de tremor de repouso há quase dez anos, tendo recebido diagnóstico de “parkinsonismo”, apresenta queixas cognitivas progressivas de início recente.**

**Qual dos achados seria considerado critério de exclusão para doença de Parkinson?**

- A) Limitação do olhar vertical mais evidente na mirada para cima.
- B) Depressão desde o climatério em uso de escitalopram e aripiprazol.
- C) Marcha com discreto alargamento da base e “dança dos tendões”.
- D) Teste de fluência com citação de 12 animais em um minuto.
- E) Piora dos tremores após uso de levodopa com carbidopa.

---

**40. Homem, 63 anos, diagnóstico de doença de Parkinson em fase inicial que começou com tremores em mão esquerda há alguns meses, encontrado sentado no chão ao lado da cama, sonolento e confuso, dificuldade para falar, palidez, sudorese difusa, pele fria, não conseguiu se sustentar de pé, quando se nota menor movimentação dos membros esquerdos.**

**Sobre esse caso clínico, assinale a alternativa INCORRETA.**

- A) Se não confirmado um acidente vascular cerebral, os principais diagnósticos diferenciais, nesse caso, são síncope e *delirium*.
  - B) Se o exame neurológico mostrar apenas os sinais de parkinsonismo, pode-se aventar a possibilidade de acidente isquêmico transitório (AIT).
  - C) É urgente a realização de uma tomografia de crânio, exames laboratoriais e avaliação cardíaca com eletrocardiograma.
  - D) Se houver disartria e hemiparesia à esquerda, a topografia de um possível acidente vascular cerebral é mais difícil de ser determinada apenas por critérios clínicos.
  - E) Se confirmada a hipótese de acidente vascular cerebral, se chegar em até 3 horas depois de encontrado, sempre se indica o uso de trombolítico intravenoso.
-

**41. Homem, 56 anos, passado de acidente vascular cerebral com sequela motora à esquerda, tendo recuperado a funcionalidade e classificado na escala de Rankin modificada em grau dois, apresenta novo evento vascular agudo e na avaliação de urgência recebe 4 pontos na National Institute of Health Stroke Scale. Indique a característica que NÃO seria considerada incapacitante na decisão sobre tratamento trombolítico intravenoso para este paciente.**

- A) Força grau 3 à esquerda com perna sensitiva completa em hemicorpo esquerdo.
- B) Força grau 4 à esquerda com ataxia à esquerda levando a disbasia.
- C) Força grau 5 à esquerda e grau 4 à direita com dificuldade de compreensão e fluência.
- D) Força grau 3 à esquerda com hemianopsia esquerda completa.
- E) Força grau 4 à esquerda com fenômeno de “extinção” à esquerda.

**42. Sintomas neuropsiquiátricos são comuns em pacientes idosos. Indique o paciente abaixo que possivelmente tenha quadro clínico irreversível.**

- A) Mulher com relato de alucinações antigas e episódios de euforia, evoluindo com quadro confusional intermitente e apresentado dosagem aumentada de lítio sérico.
- B) Homem com roncos altos e frequentes, além de episódios apneicos durante o sono, apresentando episódios confusionais matinais e índice de apneia-hipopneia elevado.
- C) Homem com importante apatia, discurso confuso, teste treponêmico sérico positivo em altos títulos, além de aumento de celularidade e níveis de proteína no líquido.
- D) Mulher com sonolência e confusão persistente, espasmos generalizados, lesões hiperintensas corticais bilaterais frontais e nas ínsulas na difusão da ressonância magnética.
- E) Homem com episódios confusionais e clonias em braço direito e hemiface, com paroxismos de ondas agudas assimétricas no eletroencefalograma.

**43. As deficiências vitamínicas podem estar associadas com quadros neurológicos agudos ou crônicos. Um paciente que apresenta quadro confusional agudo com ataxia cerebelar e nistagmo espontâneo, associada com sinais de desnutrição e uma deficiência nutricional específica, pode ter as condições abaixo, EXCETO:**

- A) Doença renal crônica dialítica.
- B) Bulimia.
- C) Hipotireoidismo.
- D) Gravidez.
- E) Pós-cirurgia bariátrica.

**44. Os pacientes com doença hepática crônica sempre devem ser avaliados quanto à presença de encefalopatia hepática, especialmente após um primeiro episódio de *delirium*. A graduação pelos critérios de West Haven é útil para o acompanhamento e definição de tratamento. Sobre os graus de encefalopatia hepática, assinale a alternativa INCORRETA.**

- A) Grau 0 – ausência de encefalopatia, mas predominam transtornos de personalidade, inclusive com dificuldade de aderência ao tratamento.
- B) Grau 1 – predominam os sintomas comportamentais, pode haver características de *delirium* hiperativo, desatenção e sonolência, habitualmente leves.
- C) Grau 2 – predomina a desorientação e comportamentos inadequados, alternados com sonolência e podem surgir os distúrbios de movimento, como o *flapping*.
- D) Grau 3 – predomina a sonolência, acorda aos estímulos, com importante confusão mental, pode haver letargia, pioram os tremores e outros distúrbios do movimento.
- E) Grau 4 – predomina o rebaixamento do nível de consciência, podendo evoluir para coma e apresentar posturas anormais e crises epiléticas.

**45. Os medicamentos sedativos agem por vários tipos de mecanismos. Assinale a alternativa em que o mecanismo de ação está CORRETAMENTE associado ao medicamento.**

- A) Dexmedetomidina – agonista alfa-2 adrenérgico de ação central que inibe a liberação de noradrenalina.
- B) Quetamina – bloqueio exclusivo e competitiva dos receptores N-metil-D-aspartato com inibição da ligação do glutamato.
- C) Propofol – agonista dos receptores tipo B do ácido gama-aminobutírico que ativa a hiperpolarização neuronal por aumento do influxo de sódio.

- D) Prometazina – antagonista dos receptores tipo 1 da histamina bloqueando a liberação da acetilcolina neuromuscular.  
E) Midazolam – agonista dos receptores tipo A do ácido gama-aminobutírico que ativa a hiperpolarização neuronal por aumento do efluxo de cloro.
- 

**46. Sobre os marcadores que podem ser utilizados no diagnóstico da doença de Alzheimer, assinale a alternativa CORRETA.**

- A) Os níveis de amiloide no líquido diminuem em paralelo com a perda cognitiva.  
B) Os níveis de proteína tau fosforilada são os primeiros a diminuir no líquido.  
C) O metabolismo da glicose se altera inicialmente na fase de demência inicial.  
D) A deposição de amiloide pode ser aferida mesmo antes do aparecimento da atrofia cerebral.  
E) No líquido, os níveis mais altos de proteína tau coincidem com a estabilização do amiloide.
- 

**47. Pacientes com angiopatia amiloide cerebral, uma arteriopatia de pequenos e médios vasos que aumenta o risco de sangramentos cerebrais, podendo evoluir com perda cognitiva habitualmente em pacientes idosos sem hipertensão arterial evidente.**

**A suspeita diagnóstica é essencialmente baseada nos aspectos de imagem citados abaixo, EXCETO:**

- A) Hematomas lobares corticais e subcorticais preferencialmente nos lobos frontais.  
B) Hematomas lobares com projeções em forma de “dedos”.  
C) Microsangramentos subcorticais difusos, predominantes nos lobos occipitais.  
D) Hemorragia subaracnoide focal acometendo um ou mais sulcos corticais adjacentes.  
E) Três ou mais pequenos hematomas adjacentes ao hematoma lobar principal.
- 

**48. Indique o medicamento que NÃO é indicado para o tratamento das distonias agudas.**

- A) Levomepromazina.  
B) Clonidina.  
C) Baclofeno.  
D) Levodopa.  
E) Gabapentina.
- 

**49. Mulher, 40 anos, diagnóstico recente de miastenia gravis generalizada, confirmada pela positividade do anticorpo contra o receptor da acetilcolina e por decremento significativa nos testes de estimulação repetitiva, em uso de piridostigmina quatro vezes ao dia, apresenta-se com 9 pontos na escala MG-ADL, pontuando especialmente em deglutição, respiração, diplopia e ptose.**

**Assinale a alternativa terapêutica MAIS adequada para o estado atual da paciente.**

- A) Aumentar a dose da piridostigmina para manter pelo menos seis a oito doses diárias.  
B) Iniciar prednisona em dose de 1—2 mg/kg por dia e manter de forma contínua.  
C) Iniciar azatioprina em dose de 150 mg por dia e manter de forma contínua.  
D) Iniciar imunoglobulina humana na dose de 400mg/kg/dia por cinco dias.  
E) Indicar timectomia de urgência antecedida por metilprednisolona 500-1.000mg.
- 

**50. O diagnóstico da esclerose lateral amiotrófica de acordo com os critérios de Gold Coast pode ser definido, EXCETO:**

- A) Comprometimento motor progressivo, precedido por uma motricidade normal prévia.  
B) Apenas uma região corporal comprometida com sinais de disfunção de neurônio motor superior e inferior.  
C) Sinais de disfunção de neurônio motor superior ou inferior em duas regiões corporais contíguas.  
D) Sinais de disfunção de neurônio motor inferior em pelo menos duas regiões corporais com movimentos lentos e incoordenados, sem rigidez.  
E) Evidências de alterações neurogênicas crônicas em, pelo menos, duas regiões corporais com fibrilações e ondas agudas positivas.
-

**GRUPO 10**  
**- MEDICINA PALIATIVA -**