



PROCESSO SELETIVO DE RESIDÊNCIA MÉDICA DO ANO DE 2026 - PSRM 2026

EDITAL Nº 1 - COREME/UFPA, DE 18 DE SETEMBRO DE 2025

**PROGRAMAS DE RESIDÊNCIA MÉDICA COM EXIGÊNCIA DE
PRÉ-REQUISITO EM ANESTESIOLOGIA, MEDICINA DE FAMÍLIA E
COMUNIDADE, CANCEROLOGIA/CIRÚRGICA, CANCEROLOGIA/CLÍNICA,
CLÍNICA MÉDICA, GERIATRIA, ONCOLOGIA CLÍNICA,
CIRURGIA DE CABEÇA E PESCOÇO, MASTOLOGIA, NEFROLOGIA,
MEDICINA INTENSIVA, MEDICINA INTENSIVA DE 3 ANOS**

MEDICINA PALIATIVA

2 de novembro de 2025

BOLETIM DE QUESTÕES

Nome: _____ N.º de Inscrição: _____

LEIA COM MUITA ATENÇÃO AS INSTRUÇÕES SEGUINTE.

- 1 Confira se o Boletim que você recebeu corresponde a especialidade a qual você está inscrito, conforme consta no seu cartão de inscrição e cartão-resposta. Caso contrário comunique ao fiscal de sala.
- 2 Este Boletim contém a PROVA OBJETIVA.
- 3 O Boletim de Questões consistirá de 20 (vinte) questões de múltipla escolha, de Conhecimentos Específicos em Anestesiologia, Medicina de Família e Comunidade, Cancerologia/Cirúrgica, Cancerologia/Clínica, Clínica Médica, Geriatria, Oncologia Clínica, Cirurgia de Cabeça e Pescoço, Mastologia, Nefrologia, Medicina Intensiva, Medicina Intensiva de 3 Anos. Cada questão objetiva apresenta 5 (cinco) alternativas, identificadas por (A), (B), (C), (D) e (E), das quais apenas uma é correta.
- 4 Confira se, além deste Boletim, você recebeu o Cartão-Resposta, destinado à marcação das respostas das questões objetivas.
- 5 É necessário conferir se a prova está completa e sem falhas, bem como se seu nome e o número de sua inscrição conferem com os dados contidos no Cartão-Resposta. Em caso de divergência, comunique imediatamente o fiscal de sala. O Cartão-Resposta só será substituído se nele for constatado erro de impressão.
- 6 Será de exclusiva responsabilidade do candidato a certificação de que o Cartão-Resposta que lhe for entregue no dia da prova é realmente o seu. Após a conferência, assine seu nome no espaço próprio do Cartão-Resposta.
- 7 A marcação do Cartão-Resposta deve ser feita com caneta esferográfica de tinta preta ou azul.
- 8 No Cartão-Resposta não serão computadas as questões cujas alternativas estiverem sem marcação, com marcação a lápis, ou com marcação com caneta de cor não especificada no edital, com mais de uma alternativa marcada e aquelas que contiverem qualquer espécie de corretivo sobre as alternativas.
- 9 O Cartão-Resposta será o único documento considerado para a correção. O Boletim de Questões deve ser usado apenas como rascunho e não valerá, sob hipótese alguma, para efeito de correção.
- 10 O tempo disponível para esta prova é de quatro horas, com início às 14h30min e término às 18h30min, observado o horário de Belém/PA.
- 11 O candidato deverá permanecer obrigatoriamente no local de realização da prova por, no mínimo, duas horas após o início da prova.
- 12 Ao terminar a prova, o candidato deverá entregar ao fiscal de sala o Boletim de Questões e o Cartão-Resposta, e assinar a Lista de Presença.
- 13 O candidato poderá levar o Boletim de Questões restando 30 minutos para o término da prova.

Boa Prova!



MARQUE A ÚNICA ALTERNATIVA CORRETA NAS QUESTÕES DE 1 A 20.

**ANESTESIOLOGIA, MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE,
CANCEROLOGIA/CIRÚRGICA, CANCEROLOGIA/CLÍNICA, CLÍNICA MÉDICA,
GERIATRIA, ONCOLOGIA CLÍNICA, CIRURGIA DE CABEÇA E PESCOÇO,
MASTOLOGIA, NEFROLOGIA, MEDICINA INTENSIVA,
MEDICINA INTENSIVA DE 3 ANOS**

- 1** Mulher de 68 anos, portadora de fibrose pulmonar, em uso de oxigenioterapia domiciliar prolongado (ODP) (2 L/min) por 18h/dia, é encontrada com sonolência excessiva e confusão mental após a filha ter aumentado o fluxo para 6 L/min durante episódios de fadiga. Exames mostram: $\text{PaO}_2 = 92$ mmHg, $\text{PaCO}_2 = 66$ mmHg, $\text{pH} = 7,28$.

O mecanismo fisiopatológico mais provável para a piora clínica é o seguinte:

- (A) Toxicidade pulmonar pelo uso prolongado de $\text{FiO}_2 > 50\%$.
- (B) Hipoventilação e retenção de CO_2 , por redução do estímulo ventilatório hipóxico.
- (C) Colapso alveolar devido à absorção de O_2 em alta concentração.
- (D) Aumento do trabalho respiratório decorrente do excesso de fluxo de O_2 nasal.
- (E) Redução da perfusão cerebral secundária à hiperóxia.

- 2** Homem de 62 anos, portador de adenocarcinoma de pulmão metastático com dor óssea crônica, iniciou há duas semanas ajuste de analgésico para dor de forte intensidade, em associação a doses de resgate frequentes. Nas últimas 24h, familiares relatam sonolência progressiva, fala arrastada e episódios de movimentos involuntários em membros superiores. Dá entrada na Unidade de Pronto Atendimento com: PA 110x70 mmHg, FC 58 bpm, FR 8 irpm, pupilas puntiformes, mioclonias difusas.

O diagnóstico mais provável ao caso é o seguinte:

- (A) Hipercalemia da malignidade.
- (B) Síndrome serotoninérgica.
- (C) Neurotoxicidade induzida por opioide.
- (D) Crise epiléptica parcial por metástases cerebrais.
- (E) Síndrome neuroléptica maligna.

- 3** Mulher de 52 anos, portadora de neoplasia maligna de mama em tratamento adjuvante com tamoxifeno, apresenta há 2 meses tristeza persistente, perda de interesse em atividades diárias, fadiga e insônia. Refere baixa adesão a atividades sociais e sentimentos de culpa frequentes. Não possui histórico prévio de transtornos psiquiátricos. Exames laboratoriais recentes estão normais.

Assinale a melhor opção de terapia farmacológica para o tratamento do quadro depressivo nesta paciente.

- (A) Fluoxetina.
- (B) Paroxetina.
- (C) Sertralina.
- (D) Pregabalina.
- (E) Amitriptilina.



- 4** Mulher portadora de esclerose lateral amiotrófica expressou há 01 ano em diretiva antecipada de vontade (DAV) que não deseja receber medidas invasivas de suporte de vida, caso apresente deterioração clínica irreversível. Atualmente, apresenta insuficiência respiratória progressiva, incapacidade de deglutição e rebaixamento do nível de consciência, sem possibilidade de intervenção modificadora de doença. A filha mais velha insiste para que seja realizada intubação orotraqueal, enquanto o marido reforça que deseja que a vontade da esposa seja respeitada.

Em relação ao caso apresentado, é correto afirmar:

- (A)** O médico pode desconsiderar a DAV, uma vez que a paciente está inconsciente e possui indicação clínica para intubação orotraqueal.
- (B)** O médico pode desconsiderar a DAV, já que o documento tem validade por três meses, portanto perdeu seu valor legal.
- (C)** O médico deve seguir a DAV, pois assim praticará a distanásia e o respeito à dignidade da pessoa humana.
- (D)** O médico deve considerar a DAV, pois a intubação orotraqueal neste caso é considerada obstinação terapêutica.
- (E)** O médico deve realizar a intubação, priorizando a opinião da filha mais velha, pois ela detém responsabilidade legal sobre as decisões médicas da paciente.

- 5** Paciente masculino, com diabetes mellitus tipo 2 há 12 anos, apresenta parestesias nos pés e mãos, tontura ao se levantar e episódios ocasionais de constipação intestinal. Exames laboratoriais mostram: HbA1c = 8,5%, Cr: 0,9, AST: 12, ALT: 20. Ele realiza eletroneuromiografia que evidencia polineuropatia sensitiva distal de padrão em botas e luvas, e teste de inclinação postural revela queda pressórica significativa em ortostase.

Sobre a neuropatia diabética, é correto afirmar:

- (A)** A polineuropatia sensitiva distal evolui independentemente do controle glicêmico ou medidas preventivas.
- (B)** A neuropatia periférica diabética é uma complicação tardia e polimórfica, em que mais da metade dos indivíduos permanece assintomática por muitos anos.
- (C)** Alterações autonômicas cardiovasculares em diabetes são apresentações clínicas comuns, mas têm impacto clínico discreto.
- (D)** Intervenções clínicas têm efeito limitado na prevenção da progressão da neuropatia em pacientes com longa evolução da doença.
- (E)** Controle glicêmico rigoroso, monitoramento autonômico e cuidados com os pés retardam a progressão da polineuropatia e suas complicações.

- 6** Uma mulher de 86 anos, com diagnóstico de demência de Alzheimer FAST 7D, encontra-se restrita ao leito há 4 anos. Atualmente, não mantém comunicação verbal, apresenta rigidez de membros e dependência total para todas as atividades de vida diária. A família relata episódios frequentes de engasgos e tosse durante as tentativas de alimentação oral, mesmo com dieta pastosa e líquidos espessados. Houve duas internações no último ano por pneumonia aspirativa.

A conduta mais adequada para garantir conforto e segurança na alimentação dessa paciente é a seguinte:

- (A)** Realizar gastrostomia para garantir aporte nutricional completo e reduzir risco de aspiração.
- (B)** Reduzir a ingestão de líquidos ao mínimo possível, a fim de prevenir novos episódios de aspiração.
- (C)** Indicar sonda nasointestinal para evitar engasgos durante a alimentação e garantir aporte nutricional.
- (D)** Ajustar a consistência dos alimentos e manter alimentação assistida por via oral, respeitando os limites e a capacidade funcional da paciente.
- (E)** Suspender definitivamente a alimentação oral e instituir nutrição parenteral exclusiva, assegurando aporte calórico e hídrico.



- 7** A Escala de Risco Familiar, de Coelho e Savassi, é amplamente utilizada na Atenção Primária à Saúde para estratificação de risco das famílias.

Sobre os critérios avaliados neste instrumento, assinale a alternativa correta.

- (A)** Dislipidemia grave.
- (B)** Idade superior a 60 anos.
- (C)** Síndrome demencial.
- (D)** Trabalho autônomo.
- (E)** Diabetes Mellitus.

- 8** Joana, 45 anos, comparece à UBS para consulta de rotina. Durante avaliação, identifica-se que a paciente é tabagista de longa data, com carga tabágica de 70 maços/ano. Percebe que o cigarro tem trazido prejuízos à sua saúde e gostaria de parar de fumar, mas relata que o cigarro lhe traz sensação de calma e bem-estar, sendo utilizado como forma de lidar com o estresse.

O estágio de prontidão para a mudança em que a paciente se encontra é a

- (A)** contemplação.
- (B)** resistência.
- (C)** pré-contemplação.
- (D)** negação.
- (E)** preparação.

- 9** Maria, 38 anos, realizou rastreamento de câncer de colo do útero. O teste de DNA-HPV oncogênico foi positivo para tipos diferentes de HPV 16 e 18. A citologia reflexa, realizada na mesma amostra, apresentou resultado negativo para lesão intraepitelial ou malignidade.

Segundo as Diretrizes Brasileiras de Rastreamento do Câncer de Colo do Útero (2025), a conduta adequada deve ser a de

- (A)** encaminhar a paciente imediatamente para colposcopia.
- (B)** repetir o teste de DNA-HPV oncogênico em 12 meses.
- (C)** repetir a citologia reflexa em 6 meses para verificar possível progressão.
- (D)** repetir o teste de DNA-HPV oncogênico em 03 meses.
- (E)** retornar ao rastreamento de rotina em 5 anos.

- 10** O Sr. Alberto, 72 anos, apresenta dor em queimação intensa na região lombar direita, há quatro meses, após episódio de herpes zoster. Apesar do uso de analgésicos, mantém dor persistente, com prejuízo do sono e das atividades diárias.

Com relação ao manejo e à prevenção nesse caso, é correto afirmar:

- (A)** O tratamento pode incluir gabapentinoides como primeira escolha para abordagem de dor neuropática.
- (B)** O manejo deve priorizar corticoides em doses altas associado à suplementação de vitamina B12, para o controle da dor neuropática.
- (C)** A vacinação deve ser indicada três semanas após o episódio para evitar recidiva de doença.
- (D)** A vacina contra herpes zoster não é indicada neste caso, pois não previne a recidiva de doença.
- (E)** O uso de opioides é a primeira linha de tratamento para pacientes com neuralgia pós-herpética que apresentam dor de forte intensidade.



- 11** Um homem de 23 anos foi trazido às pressas ao pronto-socorro após desmaiar durante uma partida de futebol recreativa. Seu irmão mais velho, que também estava jogando, referiu que ele não tinha nenhuma doença conhecida e só havia ido ao hospital 2 vezes na vida: uma quando foi operado de apendicite aos 14 anos e a outra quando foi levar para emergência seu pai que sofreu infarto fulminante aos 46 anos. Apesar de todos os cuidados em sala de emergência e tentativas de reanimação cardiopulmonar, ele foi a óbito 20 minutos após a chegada.

Assinale a alternativa que aponta a causa mais provável de morte do referido paciente.

- (A) Infarto agudo do miocárdio associado a hipercolesterolemia familiar.
- (B) Dissecção de aorta torácica.
- (C) Ruptura de aneurisma de aorta torácica.
- (D) Cardiomiopatia hipertrófica obstrutiva.
- (E) Miocardite viral.

- 12** Paciente mulher de 62 anos vem ao consultório apresentando dispneia e tosse, com piora intensa no último mês. Nega doenças prévias além de quadro de ansiedade tratado por 6 meses, logo após morte do marido há 4 anos por infarto agudo do miocárdio (obeso e tabagista). Parou de fumar durante esse tratamento (fumava cerca de 1 maço por dia desde os 19 anos). Aponta que foi nesta época que notou início de cansaço, pois começou a ter que fazer atividades de limpeza em casa devido à diminuição de renda familiar, mas não era como o cansaço de agora. Diz ter tentado iniciar caminhadas e exercícios nos equipamentos da pracinha perto de sua casa, pois notou flacidez na pele de seus braços. Orgulha-se de que sempre foi muito magra e tem se esforçado para cuidar ainda mais da alimentação, pois tem escutado muitas reportagens sobre saúde que orientam perda de peso para diminuir risco cardiovascular, mas apresenta dificuldades para praticar exercícios, uma vez que tem falta de ar. Nega alergias e asma na infância. Teve 2 quadros de pneumonia nos últimos 2 anos, tratados ambulatorialmente, além de alguns quadros “gripais fortes”.

Sobre o caso apresentado, é correto afirmar:

- (A) Não se pode estabelecer o diagnóstico de DPOC, pois não se sabe a medida da relação entre VEF1 e CVF.
- (B) Os sinais e sintomas da paciente em questão favorecem o diagnóstico de DPOC tipo etiológico A (DPOC-A).
- (C) Caso na tomografia de tórax apresente infiltrado pulmonar com broncograma aéreo, deve-se iniciar antibioticoterapia apropriada, e a coleta de BAAR no escarro não é necessária.
- (D) No seguimento a longo prazo da paciente, a prática de atividade física deve ser desencorajada.
- (E) Posteriormente, buscar um valor de IMC (Índice de Massa Corporal) mais baixo tem efeito positivo no prognóstico do quadro em questão.



- 13** Mulher de 29 anos procura consultório com queixa de dor de cabeça. Diz estar apresentando dores quase diárias nas últimas semanas, severas mas intermitentes. Classifica a dor como intensidade de 10 numa escala de 1 a 10, mas diz que não está com dor agora. Conta que já foi 2 vezes ao Pronto-socorro, porém em ambas as vezes ao ser atendida a dor já havia passado. Foi orientada a agendar consulta para investigação. Descreve a dor como agulhas perfurando da bochecha ao ouvido direito e irradiando para a lateral da mandíbula. Não consegue atribuir nenhum evento para desencadear a dor, mas percebe que já aconteceu diversas vezes enquanto se alimentava. Nega doenças prévias, fora esse quadro tem boa saúde, nega ter apresentado rash/exantemas no último ano. No exame físico geral, não se identificam alterações. Não apresenta déficits sensoriais ou motores, tampouco sinais de trauma na área onde refere dor.

Sobre o caso em questão, é correto afirmar:

- (A)** A paciente deve ser orientada a diminuir consumo de café, chá preto, queijos amarelos, além de evitar ambientes barulhentos ou com luzes intensas ou piscantes.
- (B)** A oferta de oxigênio em cateter nasal durante as crises de dor é a abordagem com maior probabilidade de encurtar as crises.
- (C)** Caso a paciente tivesse sido vacinada contra herpes zoster anteriormente, não teria desenvolvido tal quadro.
- (D)** Esclerose múltipla é a causa mais provável do quadro da paciente.
- (E)** Mesmo que apresente ressonância nuclear magnética sem alterações, anticonvulsivantes como carbamazepina e oxcarbazepina seriam opções farmacológicas de primeira escolha para seu tratamento.

- 14** Paciente do sexo feminino, 22 anos, procura pronto atendimento por mal-estar, peso no corpo e dores na mão direita e dedos, em piora nos últimos 3 dias. Nega cefaleia, coriza, tosse ou falta de ar. Nega doenças prévias, considera ter boa saúde, faz uso apenas de etinilestradiol/drospirenona como contracepção, pois tem relações sexuais monogâmicas com seu namorado há 10 meses e esquece de usar preservativos consistentemente. Sabe que não está grávida, pois acaba de menstruar há 7 dias (ciclos regulares). Trabalha como professora de ensino fundamental. Nega uso de drogas ilícitas, tabagismo ou alcoolismo. Nega trauma ou esforço na mão afetada. Pressão arterial 110/72 mmHg, frequência cardíaca 114 bpm, frequência respiratória de 14 ipm, temperatura 38.2 graus. Hemograma mostrando hemoglobina de 12,2, hematócrito 38%, leucócitos 13200 (90% de neutrófilos), plaquetas 260000, velocidade de hemossedimentação 48%, glicemia de 94, potássio 4,0, sódio 140, creatinina 0,82 e ureia de 40. Sorologias pendentes.

Diante do quadro atual, é correto afirmar:

- (A)** O melhor teste para confirmar o diagnóstico no quadro atual seria a radiografia da mão ou tomografia da mão e punho, se disponível.
- (B)** O tratamento antibiótico empírico com ceftriaxona e azitromicina está indicado, levando-se em conta o diagnóstico mais provável dessa paciente.
- (C)** Culturas de secreção cervical, retal, da garganta e sangue não são necessárias para confirmação diagnóstica.
- (D)** A corticoterapia configura o tratamento mais efetivo para o quadro em questão.
- (E)** A punção lombar e o exame de líquido são necessários para essa paciente, a fim de se afastar a suspeita de meningite.



- 15** Paciente de 46 anos, sexo masculino, dá entrada na emergência devido a quadro de dispneia e dor torácica à direita, que piora a inspiração forçada. Trabalha como contador, tem histórico de hipertensão arterial e obesidade (IMC 34), sofreu entorse do tornozelo esquerdo há 1 semana ao descer escadas quando o elevador na sua empresa apresentou defeito. Faz uso de losartana 50mg por dia e fazendo uso de celecoxibe 200mg/dia e dipirona 3g/dia pela dor no tornozelo. Aderindo bem ao uso de bota ortopédica imobilizadora, mas teve que removê-la ontem por piora do inchaço. Hemodinamicamente estável, com PA 170/92mmHg, FC 122bpm, FR de 19 ipm, temperatura 37.2oC. Nota-se edema +++/4+ caxifo positivo e eritema na panturrilha esquerda. Iniciada suplementação de oxigênio. RX de tórax sem alterações.

Em relação ao quadro, é correto afirmar:

- (A) A dosagem do dímero D seria útil ao diagnóstico.
- (B) Ultrassonografia com doppler venoso de membros inferiores é o exame mais assertivo a ser realizado.
- (C) Eletrocardiograma e dosagem seriada de enzimas cardíacas são necessários para o tratamento adequado.
- (D) Tomografia helicoidal de tórax seria o próximo passo diagnóstico.
- (E) O paciente apresenta 4 pontos nos critérios de Wells, não deve ser submetido a trombólise, pois encontra-se estável.

- 16** Um homem de 58 anos encontra-se hospitalizado por pancreatite aguda, recebendo hidratação parenteral, antibióticos e enoxaparina. No 2º dia de internação apresentou um quadro de ansiedade intensa e falta de ar. PA 136x90mmHg, FC 120bpm, FR 23ipm, 36,4oC de temperatura. Ao exame, nota-se utilização de musculatura acessória e estertores bilaterais. Submetido a radiografia de tórax, que mostrou infiltrados bilaterais difusos. Exames laboratoriais mostraram leucocitose importante, função renal normal, gasometria com HCO₃ de 28, pH sanguíneo 7,31, PaO₂ 60, PaCO₂ 55.

Sobre o quadro do paciente em questão, é correto afirmar:

- (A) A conduta mais importante no momento é o escalonamento da terapia antimicrobiana devido à principal hipótese de septicemia.
- (B) A restrição de fluidos se configura medida importante devido à alta probabilidade de edema pulmonar cardiogênico.
- (C) O diagnóstico mais provável é síndrome do desconforto respiratório agudo ou síndrome da angústia respiratória aguda e paciente se beneficia de transferência à UTI.
- (D) Devido à alta probabilidade de embolia pulmonar, deve-se aumentar a dose de enoxaparina ou trocar para heparina não fracionada.
- (E) O paciente não apresenta indicação de suplementação de oxigênio ou suporte ventilatório, mas pode se beneficiar de fisioterapia respiratória e exercícios para diminuir ansiedade.



- 17** Homem de 64 anos de idade vem, por insistência da esposa, no acolhimento da unidade básica de saúde logo cedo pela manhã, com quadro de fraqueza, fadiga e letargia. Encontra-se consciente e orientado. Esposa refere que paciente tem cirrose hepática por vírus C em tratamento em serviço de referência, mas faltou nas últimas consultas, pois passou 8 meses no interior. Esposa obrigou paciente a vir, pois presenciou paciente vomitando conteúdo vermelho vivo nesta madrugada. Paciente minimiza atribuindo vômitos ao açaí duvidoso que tinha comido no almoço. Tem endoscopia digestiva alta do ano passado em que se notavam varizes de médio calibre em esôfago, sem sinais de hemorragia. Apresenta palidez cutâneo-mucosa acentuada e ascite leve/moderada no exame físico, com esplenomegalia palpável e circulação colateral visível. Sinais apontavam FC 112bpm, FR 21ipm PA 90x60 mmHg.

Em relação ao quadro do paciente em questão, é correto afirmar:

- (A)** Início urgente de betabloqueadores, preferencialmente carvedilol via oral ou metoprolol endovenoso se disponível, devido a taquicardia e suspeita de hemorragia digestiva alta, além de transferência ao pronto-socorro para complementação diagnóstica.
- (B)** Paciente deve ser encaminhado com urgência a hospital/pronto atendimento de referência, pois pode se beneficiar de tratamento com terlipressina ou octreotida como tratamento de primeira linha devido a hematêmese por varizes esofágicas.
- (C)** Paciente deve receber hidratação venosa vigorosa na UBS e, caso melhore do mal-estar e tenha normalização de sinais vitais, pode esperar a realização ambulatorial de nova endoscopia digestiva alta para otimização terapêutica.
- (D)** O uso de inibidores de bombas de prótons em dose plena é a terapêutica mais importante.
- (E)** Deve receber ainda na UBS dose de diuréticos para controle de taquipneia devido a ascite moderada, além de antibioticoterapia por hipótese de peritonite bacteriana.

- 18** Paciente de 46 anos, masculino, vem à unidade básica de saúde para consulta de retorno. Nega queixas, além de uma dor leve em peso na região lombar que aparece esporadicamente associada aos dias que fica até de madrugada trabalhando, dura até o dia seguinte apenas. Tem histórico familiar de mãe diabética e hipertensa, com infarto do miocárdio prévio e início de doença de Alzheimer. Pai era diabético e faleceu de câncer metastático para pulmão e fígado (primário desconhecido). Tem hipertensão arterial em uso de enalapril 20mg com bom controle. Sedentário, mas diz que é muito ativo, pois trabalha de pé em carrinho de lanches (hambúrgueres e cachorros-quentes). Almoça e janta frequentemente seus próprios lanches. Casado. Nega tabagismo ou uso de drogas. Consome cerca de 3 a 6 latas de cerveja nos finais de semana e um pouco mais nos dias de jogo de seu time de futebol. Pesando 98kg com 1,65m de altura (IMC 36). Exames mostrando glicemia de jejum de 114mg/dL, hemoglobina glicada (HbA1c) de 5.5%, função renal normal, sem alterações e demais exames. Diz estar preocupado com a saúde e com a falta de recursos para realizar exames particulares, caso indicados.

Dentre as alternativas abaixo, assinale a que se configura proposta menos adequada para o paciente em questão.

- (A)** Prescrição de metformina na dose inicial de 500mg por dia associada a orientações de dieta e mudança do estilo de vida.
- (B)** Solicitação de colonoscopia com preparo em casa, associada à orientação de redução de consumo de alimentos ultraprocessados, embutidos e enlatados.
- (C)** Solicitação de radiografia de coluna lombossacra e orientação de fisioterapia motora e reeducação postural.
- (D)** Solicitação de ultrassonografia de abdome superior e dosagem de enzimas hepáticas e canaliculares, associada à orientação da redução do consumo de bebidas alcoólicas.
- (E)** Solicitação de teste ergométrico e orientação de exercícios físicos regulares, como musculação e aeróbica, respeitando condicionamento.



19 Homem de 78 anos trazido pela filha ao consultório com queixa de incontinência fecal nos últimos 3 dias, pequenos escapes de fezes amolecidas. Tem histórico de hiperplasia prostática benigna e demência na doença de Alzheimer diagnosticada há 5 anos. Ainda capaz de desempenhar as atividades básicas da vida diária e algumas poucas instrumentais. Ele se queixa de dor abdominal, nega náuseas e vômitos. Sem sintomas urinários, apenas um despertar noturno para diurese. Faz uso de galantamina, tansulosina e multivitamínico. Não tem outras comorbidades conhecidas, diz gozar de boa saúde, não consome álcool e nunca fumou na vida. Apresenta sinais vitais normais e ao exame físico abdome flácido com desconforto à palpação difusamente. Ruídos hidroaéreos normais. Toque retal revela esfíncter hipotônico e quantidade significativa de fezes endurecidas na ampola retal.

A conduta mais adequada para o paciente em questão é a

- (A) bisacodil.
- (B) suspensão de galantamina.
- (C) prescrição de loperamida e probiótico.
- (D) desimpactação manual seguida de enema.
- (E) recomendação de aumento de ingesta hídrica e consumo de fibras.

20 Mulher de 75 anos vem para consulta por insistência do seu filho, que refere estar muito preocupado, pois tem percebido que a mãe tem deixado de frequentar atividades sociais no último ano. Era voluntária na igreja dando aula de escola bíblica para crianças semanalmente e participava dos ensaios de coral (quinzenais). Pontua que sua mãe não tem lhe telefonado mais e não tem muito assunto quando tenta conversar com ela. Geralmente sorri e concorda apenas. Filho acrescenta que lhe fez uma videochamada para falar que o neto estava dando os primeiros passos, e minutos depois ela perguntou se ele já havia começado a andar. Paciente diz que está bem, sem problemas, apenas sente-se cansada ocasionalmente. Conta que não dá mais aulas, mas continua indo aos cultos e lendo a bíblia e recentemente adquiriu uma coleção de biografias de missionários, que está amando ler. Começou a aprender crochê e fez diversos presentes para o netinho. Diz dormir bem, cerca de 6 a 7 horas por noite. Não fuma, não consome álcool nem usa drogas ilícitas. Tem hipertensão arterial em controle com losartana + hidroclorotiazida e faz uso de omeprazol. Exame físico sem particularidades, apenas nota-se que em consulta no ano passado pesava 68kg e agora pesando 67kg.

A alternativa que apresenta a hipótese diagnóstica mais provável para essa paciente é a seguinte:

- (A) Transtorno depressivo maior.
- (B) Efeito adverso de medicação.
- (C) Presbiacusia.
- (D) Demência na doença de Alzheimer.
- (E) Envelhecimento normal.