



Universidade de São Paulo

FUNDAÇÃO  
UNIVERSITÁRIA  
PARA O VESTIBULAR

## PROCESSO SELETIVO – EDITAL COREME/FM/Nº 01/2024

## Instruções

1. **Só abra este caderno quando o fiscal autorizar.**
2. Verifique se o seu nome está correto na capa deste caderno e se a folha de respostas pertence ao **grupo B**. Informe ao fiscal de sala eventuais divergências.
3. Durante a prova, são **vedadas** a comunicação entre candidatos e a utilização de qualquer material de consulta e de aparelhos de telecomunicação.
4. Duração da prova: **6 horas**. Cabe ao candidato controlar o tempo com base nas informações fornecidas pelo fiscal. O(A) candidato(a) poderá retirar-se da sala definitivamente após decorridas **3 horas** de prova. Não haverá tempo adicional para preenchimento da folha de respostas.
5. Lembre-se de que a FUVEST se reserva ao direito de efetuar procedimentos adicionais de identificação e controle do processo, visando a garantir a plena integridade do exame. Assim, durante a realização da prova, será coletada por um fiscal uma **foto** do(a) candidato(a) para fins de reconhecimento facial, para uso exclusivo da USP e da FUVEST. A imagem não será divulgada nem utilizada para quaisquer outras finalidades, nos termos da lei.
6. Após a autorização do fiscal da sala, verifique se o caderno está completo. Ele deve conter **120** questões objetivas, com 4 alternativas cada. Informe ao fiscal de sala eventuais divergências.
7. Preencha a folha de respostas com cuidado, utilizando caneta esferográfica de **tinta azul ou preta**. Essa folha **não será substituída** em caso de rasura.
8. Ao final da prova, é **obrigatória** a devolução da folha de respostas acompanhada deste caderno de questões.

## Declaração

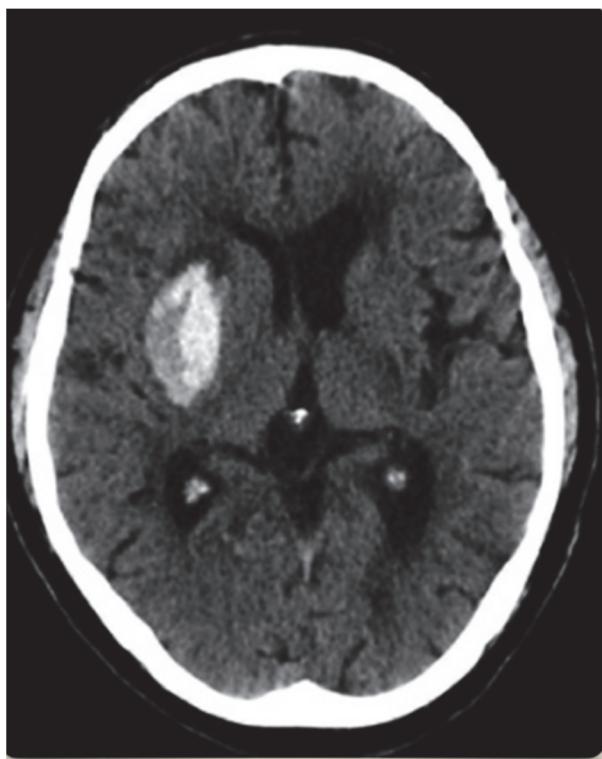
Declaro que li e estou ciente das informações que constam na capa desta prova, na folha de respostas, bem como dos avisos que foram transmitidos pelo fiscal de sala.

ASSINATURA

O(a) candidato(a) que não assinar esta capa será considerado(a) ausente da prova.

**01**

Mulher, 72 anos de idade, é admitida na emergência devido a déficit neurológico focal há duas horas. A acompanhante refere antecedente de hipertensão arterial, diabetes melito tipo 2 e fibrilação atrial. Faz uso de rivaroxabana 20 mg 1 vez ao dia. Refere que a última tomada do medicamento foi há seis horas. Ao exame clínico, apresentou PA de 140x90 mmHg e FC de 84 bpm. A TC de crânio é apresentada na imagem a seguir:



A conduta mais adequada é:

- (A) Administração de carvão ativado.
- (B) Hemodiálise.
- (C) Plasma fresco congelado.
- (D) Concentrado de complexo protrombínico não ativado.

**02**

Mulher, 75 anos de idade, em regime de hemodiálise ambulatorial por fistula arteriovenosa há 4 anos. Há três semanas apresenta episódios de enterorragia intermitente, mesmo sem heparina nas sessões de diálise. Endoscopia digestiva alta: gastrite erosiva leve. Colonoscopia: sem focos de sangramentos. Exame clínico: PA de 178x60 mmHg, descorada ++/4+, sopro sistólico em foco aórtico ++/4+, ejetivo, rude, com irradiação para o pescoço. A hemorragia digestiva é mais provavelmente relacionada à

- (A) embolia séptica.
- (B) isquemia mesentérica.
- (C) angiodisplasia intestinal.
- (D) neoplasia de intestino delgado.

**03**

Mulher de 60 anos de idade é interrogada sobre suas atividades habituais em primeira consulta. Refere que, desde a morte do marido há dois anos, sente pouco interesse em arrumar a casa, o que fazia rapidamente. Tem dias melhores e dias piores, e melhora nos fins de semana quando os netos a visitam. Nos demais dias, sente-se triste. O próximo passo mais adequado no manejo desta paciente é:

- (A) Introduzir mirtazapina 15 mg à noite.
- (B) Introduzir amitriptilina 25 mg à noite.
- (C) Aplicar questionário específico de depressão.
- (D) Encaminhar para avaliação de especialista.

**04**

Mulher, 68 anos de idade, comparece à consulta após internação por acidente vascular encefálico hemorrágico há um mês. Tem antecedente de fibrilação atrial crônica, hipertensão arterial, diabetes melito tipo 2 e doença renal crônica, em hemodiálise. Faz uso contínuo de atenolol 50 mg/dia, losartana 50 mg/dia, insulina NPH e anticoagulação com varfarina. Na ocasião do evento apresentava INR 2,1. Não ficou com sequelas neurológicas importantes e mantém funcionalidade preservada para atividades básicas e instrumentais de vida diária. A conduta mais adequada é:

- (A) Iniciar AAS 100 mg/dia.
- (B) Iniciar apixabana 5 mg/dia.
- (C) Ajustar alvo da varfarina para INR entre 1,5 e 2,0.
- (D) Indicar oclusão percutânea do apêndice atrial esquerdo.

**05**

Mulher, 22 anos de idade, comparece com cansaço, adinamia e sonolência progressivos há três meses. Refere aumento recente do fluxo menstrual. Nega viagens recentes ou uso de medicações. Ao exame clínico, apresentou-se descorada +++/4+, com FC de 120 bpm, sem visceromegalias e com petéquias em membros inferiores.

- Hemograma:

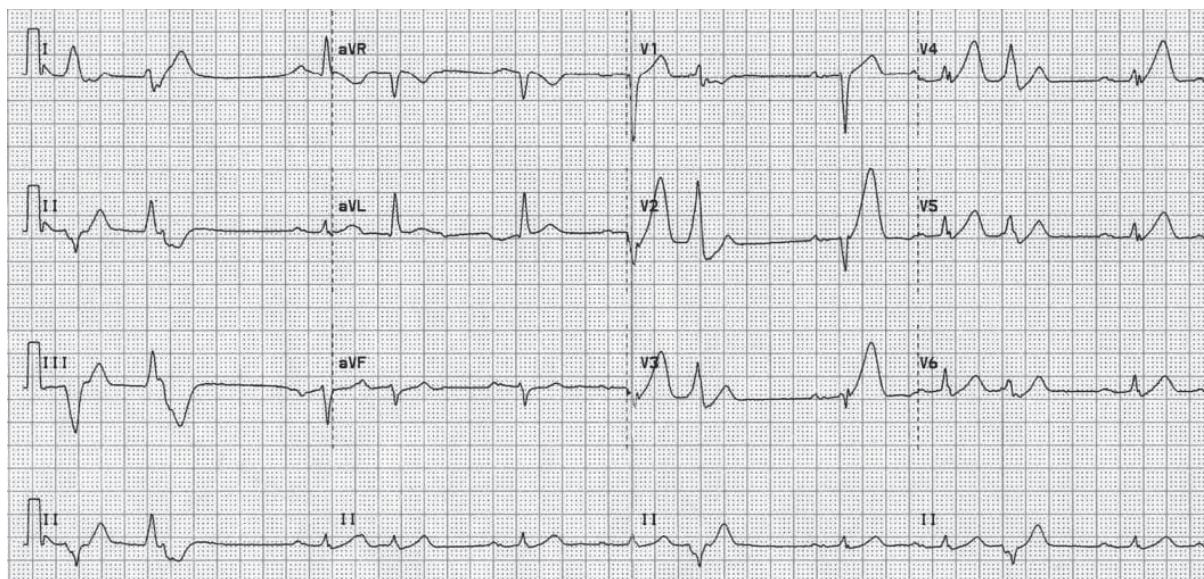
Hb: 6,0 g/dL  
 Leucócitos: 800/mm<sup>3</sup>  
 Neutrófilos: 200/mm<sup>3</sup>  
 Plaquetas: 15.000/mm<sup>3</sup>  
 Reticulócitos: 15.000/mm<sup>3</sup>

Mielograma: não aspirável; biópsia de medula óssea: 20% de celularidade, sem excesso de blastos e sem elementos estranhos à medula, presença de clone HPN (hemoglobínuria paroxística noturna) quantificável em 2% de neutrófilos. A principal hipótese diagnóstica é:

- (A) Síndrome mielodisplásica.
- (B) Anemia aplástica.
- (C) Hemoglobínuria paroxística noturna.
- (D) Mielofibrose primária.

**06**

Homem, 55 anos de idade, hipertenso e diabético, procura o departamento de emergência com dor torácica retroesternal em aperto, com irradiação para mandíbula, iniciada há 15 minutos. Ao exame clínico, apresentou diaforese, PA de 150x110 mmHg, FC de 60 bpm, FR de 20 ipm e SpO<sub>2</sub> de 95%. Ausculta pulmonar normal. Recebeu 300 mg de AAS e iniciou infusão de nitroglicerina. O eletrocardiograma inicial é apresentado a seguir:

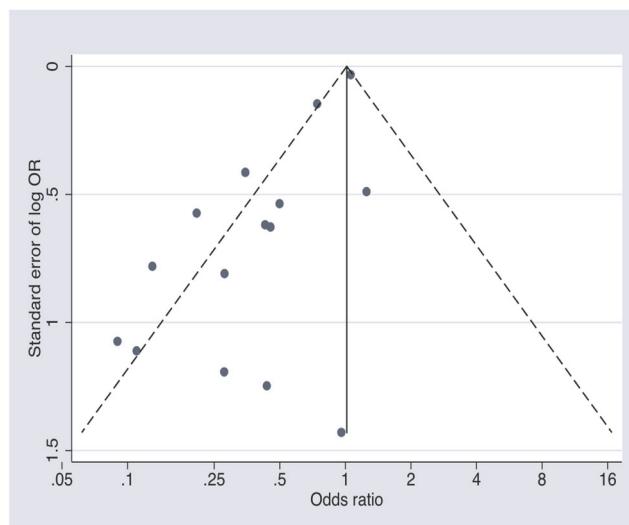


A próxima conduta mais adequada é:

- (A) Atropina intravenosa.
- (B) Cineangiocoronariografia.
- (C) Eletrocardiograma seriado.
- (D) Dosagem seriada de troponina.

**07**

Em uma metanálise de 15 estudos que avaliaram o uso de magnésio após infarto agudo do miocárdio, o gráfico a seguir é apresentado:



O gráfico indica que há

- (A) alta heterogeneidade.
- (B) viés de publicação.
- (C) efeito de subgrupo.
- (D) estudos de baixa qualidade.

**08**

Homem, 28 anos de idade, portador de retocolite ulcerativa (pancolite) há 10 meses, em uso adequado de sulfassalazina 2 g/d e azatioprina 100 mg/dia. Apresenta quadro de diarreia sanguinolenta cerca de 10 vezes ao dia há uma semana. Ao exame clínico, apresentou PA de 100x70 mmHg; FC de 96 bpm; descorado ++/4+. Ausculta respiratória e cardíaca normais. Abdome globoso, doloroso à palpação profunda em fossa ilíaca esquerda, ruídos hidroaéreos presentes.

- Exames laboratoriais:  
Hb: 8,9 g/dL  
Leucócitos: 7000/mm<sup>3</sup>  
Plaquetas: 220.000/mm<sup>3</sup>  
Proteína C reativa: 88 mg/dL

A conduta mais adequada é:

- (A) Infliximabe e antibioticoterapia empírica.
- (B) Infliximabe e aumentar dose de azatioprina.
- (C) Prednisona e aumentar dose de sulfassalazina.
- (D) Metilprednisolona e antibioticoterapia empírica.

**09**

Homem, 55 anos de idade, queixa-se de dor precordial aos esforços. Refere antecedentes de hipertensão arterial sistêmica, diabetes, doença renal crônica, dislipidemia e tabagismo de 40 anos-maço. Em uma passagem em pronto-socorro, realizou angiotomografia de coronárias, com achado de placa aterosclerótica em primeira diagonal, com redução luminal moderada a importante, na ocasião com troponina normal. Reavaliado em consulta ambulatorial, foi introduzido anlodipino, com melhora completa do quadro anginoso. Ecocardiograma transtorácico sem alterações significativas. A próxima conduta mais adequada é:

- (A) Metoprolol.
- (B) Estatina de alta potência.
- (C) Cineangiocoronariografia.
- (D) Cintilografia miocárdica.

**10**

Homem, 60 anos de idade, procura avaliação médica mesmo sem queixas, pois deseja realizar promoção de saúde. É ex-tabagista de 22 anos-maço e parou de fumar há 14 anos. Nega sintomas respiratórios e realiza atividade física regular (caminhada de 45 minutos, cinco vezes por semana). O rastreamento mais adequado é:

- (A) Colonoscopia a cada três anos.
- (B) Densitometria óssea a cada três anos.
- (C) Ultrassonografia de abdome total anual.
- (D) Tomografia de tórax de baixa radiação a cada cinco anos.

**11**

Paciente, 35 anos de idade, procura cirurgião plástico para implante de próteses de silicone. Nega comorbidades. Exames pré-operatórios: tempo de tromboplastina parcial ativada alargado, tempo de protrombina e tempo de trombina normais. Teste da mistura: não corrigiu o tempo alargado. O dado com maior probabilidade de ajudar no diagnóstico dessa condição é a presença de:

- (A) Abortamentos prévios.
- (B) Epistaxes recorrentes na infância.
- (C) Sangramento excessivo em extração dentária.
- (D) História familiar de tromboses.

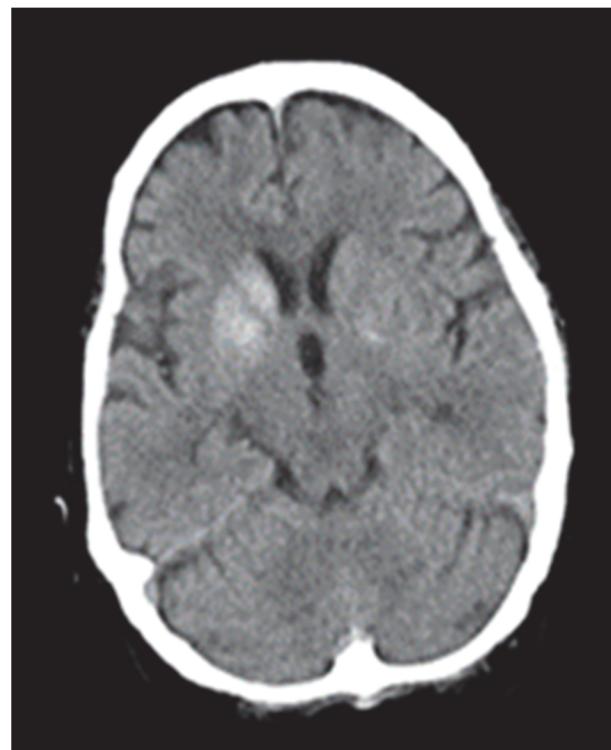
**12**

Mulher, 68 anos de idade, assintomática, realiza colonoscopia para rastreamento de câncer de cólon, que mostra lesão polipoide de 1,2 cm em cólon transverso. Realizada polipectomia, e exame anatomo-patológico demonstra pólipo hiperplásico. A colonoscopia deverá ser repetida em:

- (A) Três anos.
- (B) Cinco anos.
- (C) Dez anos.
- (D) Não será necessário repetir o exame.

**13**

Mulher, 55 anos de idade, sem acompanhamento médico regular ou medicações de uso contínuo, comparece no pronto-socorro por movimentos involuntários em membro superior e inferior esquerdos há oito horas, ao acordar. Exame clínico normal. Exame neurológico: hemibalismo e hemicoreia, sem outros achados ao exame neurológico. Tomografia de crânio sem contraste é apresentada a seguir:



O exame a ser feito e o tratamento mais adequados são, respectivamente,

- (A) glicemia sérica e haloperidol.
- (B) glicemia sérica e midazolam.
- (C) ressonância magnética de crânio com difusão e ácido acetilsalicílico.
- (D) ressonância magnética de crânio com difusão e trombectomia mecânica.

**14**

Mulher, 60 anos de idade, comparece para primeira consulta, não possui doenças conhecidas e é assintomática. Nega história familiar de câncer na família. Ao exame clínico, apresentou PA de 120x80 mmHg, pulso de 80 bpm, rítmico. IMC de 26 kg/m<sup>2</sup>. Além de rastreio para diabetes, dislipidemia, neoplasia de mama e cólon, está recomendado(a):

- (A) Doppler de carótidas.
- (B) Sorologia para sífilis.
- (C) Ultrassonografia de tireoide.
- (D) Dosagem de 25-hidróxi-vitamina D.

**15**

Homem, 58 anos de idade, histórico de febre reumática está internado para tratamento de endocardite infecciosa por *Streptococcus viridans*. Ecocardiograma transtorácico da admissão: vegetações em valva mitral associada à insuficiência mitral moderada. Após duas semanas de tratamento com antibioticoterapia, evoluiu com piora de congestão pulmonar e necessidade de doses crescentes de diuréticos de alça. Ao exame clínico, apresentou PA de 120x70 mmHg, FC de 110 bpm, FR de 28 ipm, Temp. 36,8 °C, SpO<sub>2</sub> 92% (com cateter nasal de O<sub>2</sub> 3 L/min). Ausculta pulmonar com estertores finos até 1/3 médio bilateral. Tempo de enchimento capilar de 3 segundos. A conduta mais adequada no manejo deste paciente é:

- (A) Hidroclorotiazida oral.
- (B) Cirurgia cardíaca.
- (C) Dobutamina venosa.
- (D) Nitroglicerina venosa.

**16**

Mulher, 79 anos de idade, queixa-se de urgência urinária há seis meses, com piora gradual. Em algumas ocasiões, tem perda involuntária antes de chegar ao banheiro. Tem hipertensão arterial sistêmica e dois acidentes vasculares cerebrais isquêmicos prévios. Faz uso de anlodipino 5 mg por dia. Ao exame clínico, apresentou discreta hipertonia e hiperreflexia em braço e perna esquerdos. Mini Exame do Estado Mental (MEEM): 28/30. Urina tipo 1 normal. O diagnóstico mais provável para a queixa urinária é:

- (A) Fraqueza do assoalho pélvico.
- (B) Instabilidade do músculo detrusor.
- (C) Incontinência por transbordamento.
- (D) Bexiga hiperativa.

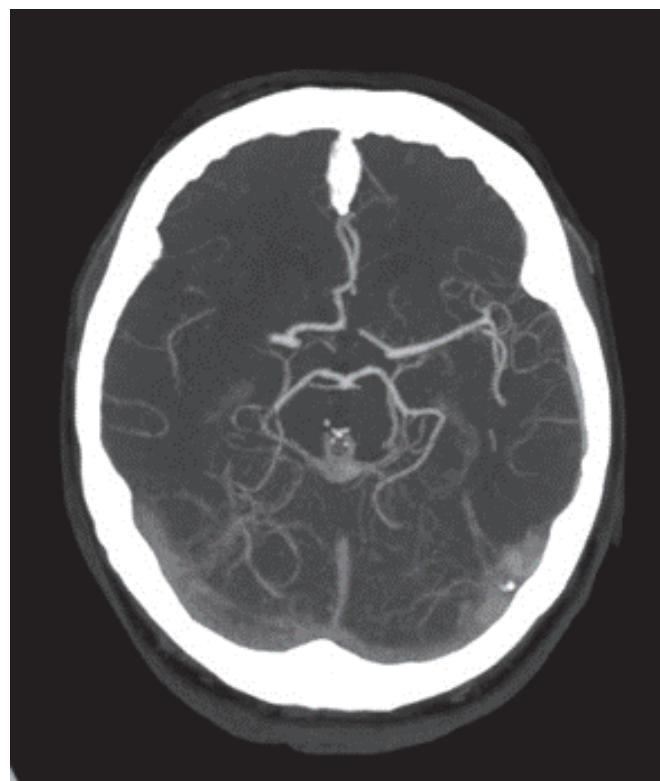
**17**

Homem, 56 anos de idade, comparece à consulta com queixa de cefaleia diária no período da manhã, principalmente ao acordar. Tem essa dor há alguns anos. A cefaleia é em peso bilateral de fraca a moderada intensidade. Nega foto e fonofobia. Faz uso esporádico de medicações analgésicas para dor (no máximo uma vez por semana). Está passando por problemas no trabalho, com muito estresse. Refere estar mais irritado, além de acordar sentindo-se cansado e sem energia. Refere que adormece em algumas reuniões de trabalho. Antecedentes: diabetes melito não insulino-dependente e hipertensão arterial. Ao exame clínico, apresentou PA de 160x90 mmHg; peso de 102 kg; altura de 170 cm. Restante do exame normal. A hipótese diagnóstica mais provável é:

- (A) Cefaleia tensional.
- (B) Hipertensão intracraniana idiopática.
- (C) Apneia obstrutiva do sono.
- (D) Arterite de células gigantes.

**18**

Homem, 62 anos de idade, com antecedente de tromboembolismo pulmonar, em uso de anticoagulação plena com enoxaparina subcutânea é trazido ao pronto-socorro por dificuldade de movimentar o dimídio esquerdo, de instalação súbita: o reconhecimento dos sintomas foi há três horas e foi visto bem pela última vez há cinco horas. A última dose administrada de enoxaparina foi há 14 horas. Ao exame clínico, apresentou PA de 160x80 mmHg, FC de 80 bpm, FR de 20 ipm, Temp. de 36,5°C, glicemia capilar 80 mg/dL. Exame neurológico: desvio do olhar conjugado para direita, hemiplegia esquerda e síndrome de heminegligência. Tomografia de crânio: ASPECTS 8, sem outros achados relevantes. A angiotomografia arterial é apresentada na imagem a seguir:



A conduta mais adequada neste momento é:

- (A) Trombectomia mecânica, sem necessidade de exame de imagem adicional.
- (B) Trombectomia mecânica, se viabilidade estrutural confirmada por ressonância magnética.
- (C) Alteplase e trombectomia mecânica, sem necessidade de exame de imagem adicional.
- (D) Alteplase e trombectomia mecânica, se viabilidade estrutural confirmada por ressonância magnética.

**19**

Homem, 48 anos de idade, está internado na UTI em tratamento de hemorragia subaracnoide Hunt-Hess 4, escala de Fisher modificada 4, sob ventilação mecânica. Evoluiu no 6º dia de internação com suspeita de pneumonia associada à ventilação mecânica e foi iniciado esquema empírico com vancomicina 1g 12/12h e ceftazidima 2g IV 8/8h. No 3º dia de tratamento, manteve-se febril, sem drogas vasoativas.

- Exames laboratoriais:

Cr: 0,8 mg/dL

Hb: 10 g/dL

Leucócitos: 15.700/mm<sup>3</sup> (80% segmentados, 3% bastonetes)

Plaquetas: 190.000/mm<sup>3</sup>

- Cultura do aspirado traqueal:

Material	Aspirado traqueal	
Microorganismo	Pseudomonas aeruginosa, 100.000 UFC	
Antibiótico	Interpretação	MIC (mg/mL)
Ceftazidima	Intermediário	<=1
Ciprofloxacina	Intermediário	0,25
Cefepime	Intermediário	<=1
Piperacilina-tazobactam	Intermediário	<=4
Imipenem	Intermediário	<=1
Meropenem	Sensível	1
Amicacina	Sensível	<=8
Colistina	Sensível	<=2
Ceftazidima-avibactam	Sensível	<=2

A conduta antimicrobiana mais adequada é:

- (A) Manter vancomicina e trocar ceftazidima por meropenem.  
 (B) Manter vancomicina e associar amicacina.  
 (C) Suspender vancomicina e manter ceftazidima.  
 (D) Suspender vancomicina e trocar ceftazidima por meropenem.

**20**

Homem, 42 anos de idade, está internado na UTI com diagnóstico de pneumonia comunitária grave. Apresenta episódio súbito de agitação com a retirada do acesso venoso durante o plantão noturno. A equipe evitou a retirada do tubo orotraqueal. Ao exame clínico, apresentou PA de 180x110 mmHg, FC de 130 bpm, SpO<sub>2</sub> de 90%, FiO<sub>2</sub> de 60% (em modo pressão de suporte, Vc 8 mL/kg), FR de 35 ipm, Temp. de 36,5 °C. Tentativas verbais de contenção foram ineficazes no controle da agitação. A conduta imediata mais adequada é:

- (A) Contenção mecânica e haloperidol e midazolam intramusculares.  
 (B) Contenção mecânica e haloperidol intramuscular.  
 (C) Midazolam intramuscular seguido de dexmedetomidina intravenosa.  
 (D) Haloperidol intramuscular seguido de dexmedetomidina intravenosa.

**21**

Mulher, 35 anos de idade, está internada na UTI há 24 horas, com diagnóstico de choque séptico secundário à mediastinite descendente após desbridamento cirúrgico. Está em uso de ceftriaxona e clindamicina, dipirona, noradrenalina, fentanil, enoxaparina. Está em desmame de noradrenalina, com nadir de 0,05 mg/kg/min, porém nas últimas horas evoluiu com doses crescentes de vasopressor, chegando a 1 mg/kg/min, associada a tempo de enchimento capilar de 6 segundos, livedo grau ++/5+ e lactato sérico = 90 mg/dL. PA de 65x55 mmHg, FC de 150 bpm. A hipótese diagnóstica mais provável é:

- (A) Choque vasoplégico.  
 (B) Choque anafilático.  
 (C) Tromboembolismo pulmonar maciço.  
 (D) Disfunção miocárdica aguda.

## TEXTO PARA AS QUESTÕES 22 E 23

Homem, 43 anos de idade, sem comorbidades, comparece com náuseas, vômitos, edema periférico e dispneia há dois meses. Exames da admissão: Ur 152 mg/dL, Cr 4,7 mg/dL, hipoalbuminemia, urina I com proteinúria ++++/4+ e radiografia de tórax com congestão pulmonar. Durante a investigação, foi confirmada proteinúria de 4,0 g/mg de creatinínuria. Eletroforese de proteínas séricas: componente monoclonal de concentração de 2,0 g/dL, imunofixação de proteínas urinárias negativa e imunofixação sérica com componente monoclonal IgG Kappa, com dosagem de cadeias leves livres normal. Avaliação medular normal, com coloração para vermelho congo negativa, ressonância nuclear magnética sem lesões líticas e sem linfonodomegalias.

**22**

A principal hipótese diagnóstica é:

- (A) Amiloidose AL.
- (B) Mieloma múltiplo assintomático.
- (C) Gamopatia monoclonal de significado renal.
- (D) Gamopatia monoclonal de significado indeterminado.

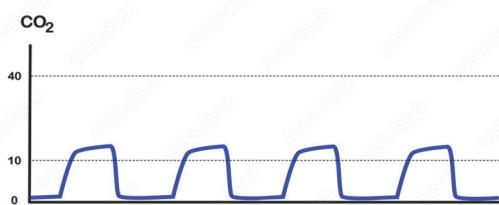
**23**

Em relação ao caso apresentado, o próximo exame mais adequado é:

- (A) Biópsia renal.
- (B) Biópsia de subcutâneo.
- (C) Repetir avaliação medular.
- (D) Não realizar investigação adicional.

**24**

Mulher, 45 anos de idade, é trazida à sala de emergência em parada cardiorrespiratória. Foram iniciadas as manobras de Ressuscitação Cardiopulmonar (RCP) e realizada intubação orotraqueal. Durante o primeiro ciclo de manobras da RCP com 110 compressões por minuto e 10 ventilações por minuto, a capnografia demonstra o seguinte traçado:



A conduta mais adequada é:

- (A) Aumentar a profundidade das compressões.
- (B) Aumentar a frequência das ventilações.
- (C) Aumentar o volume das ventilações.
- (D) Manter manobras de RCP.

**25**

Homem, 58 anos de idade, apresenta quadro de dispneia progressiva, poliartrite, epistaxe, hemoptise e perda de peso há três meses. Refere antecedente de asma controlada desde a infância. Ao exame clínico, apresentou sibilos esparsos e estertores crepitantes bilaterais.

- Exames laboratoriais:

Cr: 2,5 mg/dL

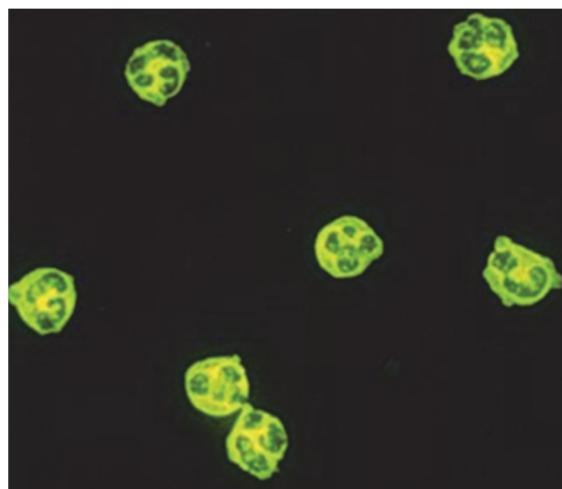
Urina tipo I: com hematúria ++++/4+ e proteinúria ++++/4+

Radiografia de tórax: infiltrados pulmonares difusos.

Tomografia de tórax de alta resolução: múltiplos nódulos cavitários bilaterais.

Biópsia renal: glomerulonefrite pauci-imune.

Foi solicitado o exame apresentado a seguir:



Em relação ao caso apresentado, a principal hipótese diagnóstica é:

- (A) Lúpus eritematoso sistêmico.
- (B) Síndrome de Goodpasture.
- (C) Granulomatose com poliangiite.
- (D) Granulomatose eosinofílica com poliangiite.

**26**

Mulher, 38 anos de idade, refere que não voltou a apresentar ciclos menstruais após seis meses do término da amamentação do seu segundo filho. Queixa-se também de cefaleia leve, esporádica. Faz uso de sertralina, omeprazol e anlodipino. Ao exame clínico, apresentou galactorreia à expressão mamária bilateral. Na consulta, apresenta um exame de sangue com dosagem de prolactina sérica de 48 ng/mL (VR: 4,2 a 24,2 ng/mL). O próximo passo mais adequado é:

- (A) Solicitar ressonância magnética de hipófise.
- (B) Solicitar cortisol basal, TSH, T4 livre, ACTH, FSH e LH.
- (C) Suspender sertralina e reavaliar em três meses.
- (D) Suspender omeprazol e reavaliar em três meses.

**27**

Homem, 54 anos de idade, refere pirose há quatro meses. Realizou endoscopia digestiva alta há oito semanas, que mostrou esofagite Los Angeles B. Está em uso de pantoprazol 40 mg duas vezes por dia desde então, associado a mudanças de estilo de vida, porém permanece com sintomas. A conduta mais adequada é:

- (A) pH-metria esofágica.
- (B) Associar domperidona.
- (C) Cintilografia de esvaziamento gástrico.
- (D) Trocar pantoprazol por esomeprazol.

**28**

Mulher, 40 anos de idade, apresenta febre alta e erupção cutânea há dois dias. Ao exame clínico, apresentou regular estado geral, PA de 90x60 mmHg, FC de 110 bpm, FR de 24 ipm, SpO<sub>2</sub> de 94%, Temp. de 38,8 °C, rash difuso e lesão em mãos conforme imagem a seguir:



- Exames laboratoriais:

Cr: 1,8 mg/dL

Leucócitos: 17.000/mm<sup>3</sup> (10% de bastonetes)

Plaquetas: 95.000/mm<sup>3</sup>

Tempo de protrombina prolongado

Bilirrubina total: 3,2 mg/dL

O dado adicional da história com maior probabilidade de auxiliar no diagnóstico é:

- (A) Aplicação de ácido hialurônico.
- (B) Exposição sexual desprotegida.
- (C) Uso de absorvente interno.
- (D) Ingestão de frutos do mar.

**29**

Paciente em realização de protocolo de morte encefálica será submetido à prova de apneia. Gasometria pré-exame: PaO<sub>2</sub> de 210 mmHg; PaCO<sub>2</sub> de 40 mmHg. Após cinco minutos da desconexão do ventilador mecânico, sem incursões respiratórias, apresenta instabilidade hemodinâmica, que leva à reconexão imediata ao ventilador. Gasometria coletada antes da reconexão: PaO<sub>2</sub> de 200 mmHg e PaCO<sub>2</sub> de 57 mmHg. Pode-se concluir que o teste é:

- (A) Inconclusivo, devendo-se repetir em 6 horas.
- (B) Positivo, devendo-se repetir em 6 horas por outro examinador.
- (C) Inconclusivo, com necessidade de repetir o teste em CPAP.
- (D) Positivo, sem necessidade de repetição.

**30**

Mulher, 65 anos de idade, com dor em joelhos bilateralmente ao andar, levantar da cadeira e agachar. Nega febre e sintomas constitucionais. Antecedentes: hipertensão controlada e dislipidemia. Ao exame clínico, apresentou IMC de 32 kg/m<sup>2</sup>, hipotrofia do quadríceps bilateralmente, aumento de volume dos joelhos, crepitações na flexão passiva bilateralmente. No joelho direito há um discreto aumento de temperatura e pequeno derrame articular. Uso de combinação de diclofenaco + cafeína + carisoprodol + paracetamol quase diariamente nas últimas duas semanas. O tratamento mais adequado neste momento é:

- (A) Infiltração intra-articular com glicocorticoide.
- (B) Infiltração intra-articular com ácido hialurônico.
- (C) Glicocorticoide oral por cinco dias.
- (D) Condroitina e glicosamina oral por trinta dias.

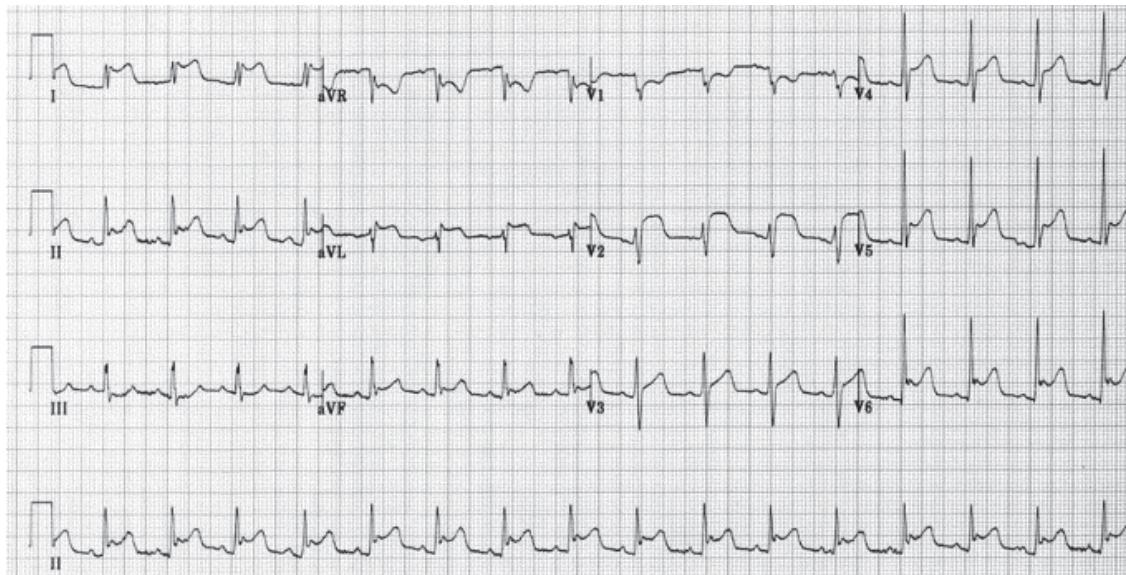
**31**

Homem, 40 anos de idade, ganhou 20 kg nos últimos anos. É assintomático e não usa medicações. Nega uso de álcool. Ao exame clínico, apresentou peso de 104 kg, altura de 1,70 m, IMC de 36 kg/m<sup>2</sup>, circunferência abdominal de 122 cm, PA de 125x84 mmHg, FC de 80 bpm. Abdome globoso, que dificulta a percussão e palpação. Glicemia em jejum, hemoglobina glicada, colesterol total e frações, triglicerídeos, ácido úrico e enzimas hepáticas dentro dos valores de referência. Ultrassom de abdome mostra esteatose moderada. FIB-4 de 1,1. A próxima conduta mais adequada é:

- (A) Repetir FIB-4 em dois anos.
- (B) Elastografia por Fibroscan®.
- (C) Ressonância hepática.
- (D) Ultrassom em seis meses.

**32**

Homem, 42 anos de idade, previamente saudável, comparece com queixa de dor torácica aguda retroesternal há seis horas. Nega dispneia, tosse ou febre. Troponina I ultrassensível: 100 ng/L (VR < 20 ng/L). O ECG é apresentado a seguir:



O próximo passo mais adequado na investigação deste paciente é:

- (A) Ressonância magnética cardíaca.
- (B) Cineangiocoronariografia.
- (C) Angiotomografia torácica.
- (D) Ecocardiograma.

**33**

Homem, 70 anos de idade, com diabetes melito tipo 2 há oito anos, apresenta rebaixamento do nível de consciência. Faz uso de hidroclorotiazida 25 mg/dia, glibenclamida 15 mg/dia e simvastatina 40 mg/dia. Ao exame clínico, apresentou-se hidratado, não contactando com o ambiente, sem resposta a estímulos dolorosos.

- Exames laboratoriais:

Glicemia capilar 33 mg/dL

Na<sup>+</sup>: 135 mEq/L

K<sup>+</sup>: 4,7 mEq/L

Cr: 3,1 mg/dL

Hb: 10 g/dL

Após administração de glicose endovenosa, apresentou completa recuperação do nível de consciência, sem déficits neurológicos residuais. A conduta mais adequada neste momento é:

- (A) Alta hospitalar mantendo a dose dos medicamentos e orientando a não omitir refeições.
- (B) Alta hospitalar com redução da dose de glibenclamida para 5 mg/dia.
- (C) Internação por 24-48 horas e, na alta, substituir glibenclamida por linagliptina.
- (D) Internação por 24-48 horas e, na alta, substituir glibenclamida por gliclazida.

**34**

Mulher, 62 anos de idade, com antecedente de diabetes melito tipo 2, realizou tomografia de abdome sem contraste para avaliação de nefrolitíase, que detectou nódulo homogêneo de 3,5 cm em topografia de adrenal direita, com 8 Unidades Hounsfield. Ao exame clínico, apresentou PA de 125x80 mmHg, FC de 80 bpm, peso de 70 kg, altura de 1,60 m. Ausculta cardiopulmonar normal.

- Exames laboratoriais:

Cr: 1,0 mg/dL

K<sup>+</sup>: 4,2 mEq/L

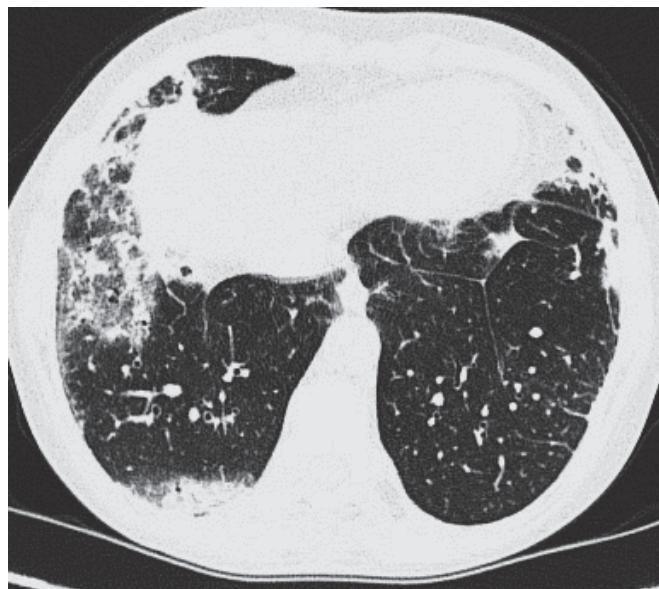
Na<sup>+</sup>: 138 mEq/L

Além do teste de supressão com dexametasona, faz(em) parte do(s) exame(s) a ser(em) solicitado(s):

- (A) Metanefrinas plasmáticas livres e urinárias fracionadas.
- (B) Coletas basais de aldosterona e renina.
- (C) Ressonância magnética de adrenal.
- (D) Nenhum exame adicional.

**35**

Mulher, 46 anos de idade, com artrite reumatoide soropositiva há cinco anos, fazendo uso de imunossupressão com infliximabe, com bom controle do quadro articular. Há cerca de três meses, iniciou tosse seca e dispneia aos pequenos esforços. Tomografia de tórax (corte supradiafragmático) é apresentada na imagem a seguir:



Em relação ao caso, o diagnóstico mais provável é:

- (A) Tuberculose pulmonar.
- (B) Aspergilose invasiva.
- (C) Nodulose reumatoide.
- (D) Pneumonia em organização.

**36**

Homem, 60 anos de idade, é internado para correção de hérnia umbilical eletiva. Refere antecedente de infarto agudo do miocárdio há três anos, tratado com angioplastia de artéria coronária direita. Realiza atividades domiciliares diariamente, como deslocar móveis pesados, sem referir sintomas. Faz uso de AAS 100 mg 1 vez ao dia e atorvastatina 40 mg 1 vez ao dia. A conduta mais adequada no perioperatório é:

- (A) Manter AAS.
- (B) Suspender AAS.
- (C) Manter AAS e associar betabloqueador.
- (D) Suspender AAS e associar betabloqueador.

**37**

Em uma enfermaria, estão três pacientes: um com síndrome de Zollinger-Ellison, outro com pancreatite crônica e outro com doença celíaca. O achado com maior probabilidade de ser encontrado nos três é:

- (A) Hipocalcemia.
- (B) Alcalose metabólica.
- (C) Parestesia de membros inferiores.
- (D) Lesões hipercrômicas na pele.

**38**

Homem, 76 anos de idade, apresenta tonturas, dispneia e edema generalizado. Ao exame clínico, apresenta face conforme demonstrado na imagem a seguir:



Exame neurológico normal, PA de 88x55 mmHg, FC de 64 bpm, sinusal, descorado ++/4+; edema +++/4+ dos membros inferiores e aumento do volume abdominal compatível com ascite.

- Exames laboratoriais:  
Albumina: 1,6 g/dL;  
Ur: 60 mg/dL,  
Cr: 1,3 mg/dL.  
Urina tipo I: proteinúria +++/4+, leucócitos 2/campo, hemácias 3/campo.

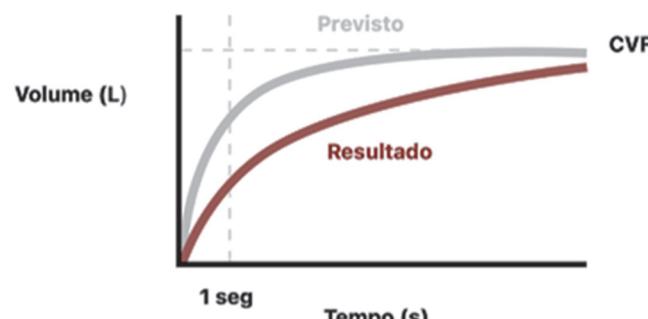
Ecocardiograma com fração de ejeção 0,6, septo 16 mm, radiografia de tórax com derrame pleural bilateral.

Em relação ao caso apresentado, o exame com maior probabilidade de chegar ao diagnóstico é:

- (A) ANCA.
- (B) BNP.
- (C) Crioglobulinas.
- (D) Imunofixação.

**39**

Observe o gráfico a seguir:



A espirometria apresentada tem maior probabilidade de ser encontrada em:

- (A) Fibrose pulmonar.
- (B) Miastenia gravis.
- (C) Asma.
- (D) Obesidade.

**40**

Mulher, 62 anos de idade, diabética tipo 2, em uso de metformina, gliclazida e insulina NPH 0,4 U/kg/dia, foi internada com diagnóstico de choque séptico de foco urinário. No 5º dia de UTI, recebeu dieta enteral a 20 mL/h (1,5 Kcal/mL; 84 g/L de proteína). Recebeu noradrenalina 0,1 µg/kg/min, tempo de enchimento capilar 3 segundos. Está em terapia substitutiva renal contínua há dois dias, com balanço hídrico positivo acumulado de 7L. Abdome com distensão moderada, sem evacuar há quatro dias. Glicemias 150-200 mg/dL nas últimas 24 horas, com insulina NPH SC 10 UI 8/8h.

• Exames laboratoriais:

Cr: 1,5 mg/dL  
Ur: 150 mg/dL  
Na<sup>+</sup>: 140 mEq/L  
K<sup>+</sup>: 4,2 mEq/L  
Lactato: 36 mg/dL

Em relação ao caso descrito, assinale a alternativa que apresenta a conduta mais adequada.

- (A) Manter infusão da dieta enteral.  
(B) Manter infusão da dieta enteral e associar módulo proteico.  
(C) Aumentar infusão da dieta enteral.  
(D) Suspender infusão da dieta enteral.

**41**

Mulher, 40 anos de idade, sem comorbidades prévias ou histórico familiar relevante. Refere febre, dor torácica e dispneia progressiva há cinco dias. Refere infecção respiratória viral leve há duas semanas do início dos sintomas. Exame clínico: Temp. de 37,9 °C, PA de 75x42 mmHg, FC de 123 bpm. Ausculta pulmonar: estertores bibasais, com extremidades frias e enchimento capilar lentificado. Eletrocardiograma: ectopias ventriculares isoladas. Troponina I ultrassensível 12 ng/L (VR < 11 ng/L). O exame com maior probabilidade de confirmar o diagnóstico etiológico é:

- (A) Cineangiocoronariografia.  
(B) Ecocardiograma transtorácico.  
(C) Biópsia endomiocárdica.  
(D) Cintilografia de perfusão miocárdica.

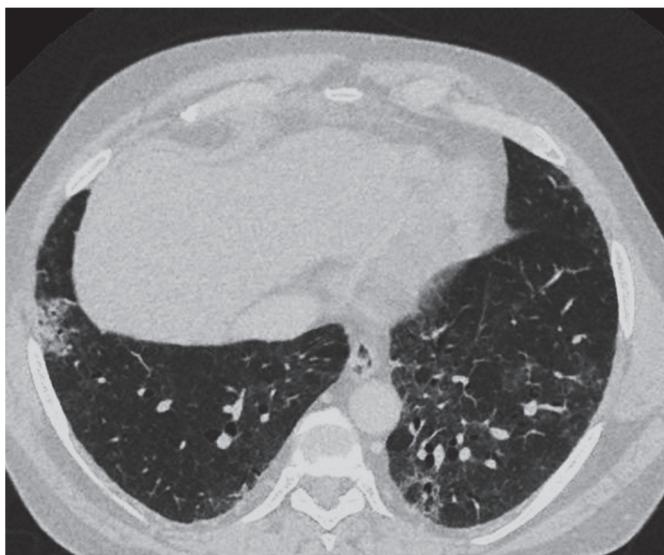
**42**

Homem, 50 anos de idade, comparece para consulta de promoção da saúde. Não sabe se foi vacinado para hepatite B, porém sabe que na infância teve hepatite. A melhor combinação de resultados para indicar vacinação para hepatite B é:

- (A) AntiHBc negativo, AntiHBs negativo.  
(B) AntiHBc negativo, AgHBs negativo.  
(C) AntiHBc positivo, AntiHBs negativo.  
(D) AntiHBc positivo, AgHBs negativo.

**43**

Homem, 65 anos de idade, com antecedentes de hipertensão, diabetes melito tipo 2 e dislipidemia, bem controlados. É ex-tabagista, com carga tabágica de 40 anos-maço, tendo cessado há 20 anos. Iniciou quadro de dispneia aos esforços ao subir ladeiras ou escadas, e tosse seca frequente, quando mudou de sala no trabalho há 2 meses. Refere que o local é úmido e com paredes escuras. Tomografia de tórax (corte supradiafragmático) é apresentada na imagem a seguir:



O diagnóstico mais provável é:

- (A) Fibrose pulmonar idiopática.  
(B) Pneumonite de hipersensibilidade.  
(C) Pneumonia intersticial não-específica idiopática.  
(D) Bronquiolite linfocitária.

**44**

Homem, 81 anos de idade, comparece com a esposa, que relata que o paciente tornou-se muito teimoso e irritadiço nos últimos meses. Ela tem que repetir a toda hora as mesmas coisas e ele esquece recados ou compromissos. Não acompanha mais o noticiário da TV ou filmes. O paciente nega humor deprimido, mas tem perdido o interesse em sair de casa, encontrar os amigos, frequentar a igreja e festas da comunidade. Ele considera sua memória boa e não consegue se relacionar com as pessoas, principalmente as que não tem paciência com ele. Nega comorbidades. Sem alterações no exame físico geral e neurológico. Otoscopia normal. Mini-exame do estado mental: 29 pontos. Escala Geriátrica de Depressão (GDS) de 4. A conduta mais adequada para esclarecimento do caso é:

- (A) Audiometria.  
(B) Teste de Snellen.  
(C) Ressonância magnética de crânio.  
(D) Não são necessários exames adicionais.

**45**

Homem, 60 anos de idade, comparece com queixa de dispneia que começou hoje. Nega febre. Nunca foi a médicos por se sentir saudável. Não toma medicações e anda 5 km diariamente. Ao exame clínico, apresentou PA de 130x80 mmHg, FC de 90 bpm, FR de 30 ipm, SpO<sub>2</sub> em ar ambiente 90%, exame pulmonar normal, ausculta cardíaca com hiperfonesse de P2. Radiografia de tórax normal. Tomografia de pulmões: ausência de lesões parenquimatosas. Esta hipoxemia se deve mais provavelmente à(ao):

- (A) Congestão pulmonar.
- (B) Leitura errada do oxímetro.
- (C) Alteração vascular pulmonar.
- (D) Desvio da curva de dissociação de hemoglobina.

**TEXTO PARA AS QUESTÕES 46 E 47**

Mulher, 30 anos de idade, transplantada hepática há seis meses após quadro de hepatite fulminante, apresenta tosse produtiva e febre há três dias, mal-estar e dispneia. Faz uso de prednisona, tacrolimus, micofenolato, omeprazol e insulina NPH duas vezes ao dia. Ao exame clínico, apresentou PA de 86x35 mmHg, FC de 130 bpm, FR de 35 ipm, Temp. de 38,5 °C. Estertores finos em base direita. SpO<sub>2</sub> de 90% em ar ambiente. Glicemia capilar *high*.

• Exames laboratoriais:

Hb: 10,0 g/dL  
 Leucócitos: 7750/mm<sup>3</sup>  
 Plaquetas: 388.000/mm<sup>3</sup>  
 Cr: 3,67 mg/dL  
 Ur: 103 mg/dL  
 Na<sup>+</sup>: 125 mEq/L  
 K<sup>+</sup>: 4,8 mEq/L  
 Cl<sup>-</sup>: 93 mEq/L  
 pH: 7,20  
 PCO<sub>2</sub>: 33 mmHg  
 HCO<sub>3</sub><sup>-</sup>: 15 mEq/L  
 SBE: -12 mEq/L  
 Glicemia: 750 mg/dL  
 Lactato: 90 mg/dL

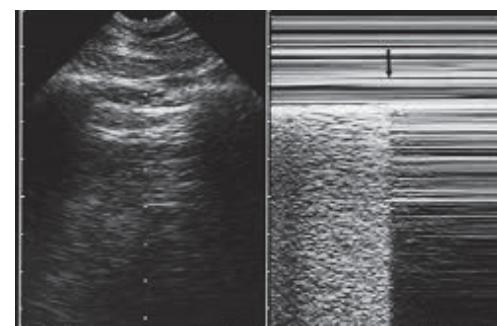
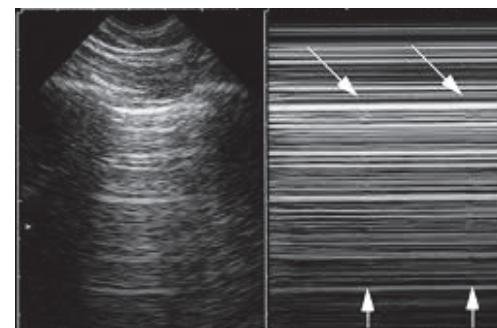
**46**

Além de acidose láctica, o distúrbio acidobásico associado é:

- (A) Acidose respiratória.
- (B) Alcalose metabólica.
- (C) Cetoacidose diabética.
- (D) Não há distúrbio associado.

**47**

Assinale a alternativa que, mais provavelmente, corresponde ao achado ultrassonográfico compatível com a alteração clínica apresentada no sistema respiratório.



**48**

Mulher, 60 anos de idade, está em tratamento de leucemia mieloide aguda com quimioterapia intensiva. Foi internada em UTI por neutropenia febril, em uso de meropenem e vancomicina, além de profilaxias com aciclovir e fluconazol. Hemoculturas parciais negativas. Mantém febre após o terceiro dia de antibioticoterapia e evoluiu com hipoxemia. TC de tórax com infiltrado pulmonar difuso, com nódulos, sem sinal do halo. Galactomanana sérica negativa. Ao exame clínico, a seguinte lesão cutânea foi apresentada:



Em relação ao quadro descrito, assinale a alternativa que apresenta o diagnóstico mais provável.

- (A) Candidíase invasiva.
- (B) Fusariose invasiva.
- (C) Aspergilose invasiva.
- (D) Esporotricose.

**49**

Mulher, 18 anos de idade, apresenta queixa de desequilíbrio e visão dupla há oito dias. Inicialmente, a paciente andava cambaleante, em seguida passou a necessitar de apoio para andar e, há um dia, é incapaz de ficar em ortostase. No mesmo período, notou visão dupla que melhorava ao ocluir qualquer um dos olhos. Três semanas antes do início dos sintomas, refere seis dias de febre e dores pelo corpo, sem sintomas respiratórios ou gastrointestinais associados. Exame neurológico: força muscular grau V global, reflexos miotáticos abolidos, ataxia sensitiva nos quatro membros e paresia do VI nervo craniano à esquerda. Restante do exame sem outras alterações. O exame complementar mais indicado para se confirmar a hipótese diagnóstica é:

- (A) Eletroneuromiografia.
- (B) Tomografia computadorizada de coluna cervical.
- (C) Ressonância magnética de encéfalo.
- (D) Painel molecular viral em líquido cefalorraquidiano.

**50**

Homem, 35 anos de idade, é admitido confuso e sonolento na sala de emergência. Ao exame clínico, apresentou vias aéreas pélvias, FR de 36 ipm, SpO<sub>2</sub> de 95%, PA de 100x60 mmHg, FC de 130 bpm, temperatura axilar 41°C. Midriase bilateral com pouca reatividade pupilar. Não há lesões de pele nem rigidez de nuca. Exames laboratoriais: pH 7,20, HCO<sub>3</sub><sup>-</sup> 15 mmHg, PaCO<sub>2</sub> 30 mmHg, lactato de 25 mg/dL, Na<sup>+</sup> 148 mEq/L. Segundo sua acompanhante, o paciente é hígido e, até três horas atrás, não estava sentindo nada. O dado adicional de história mais provável de ser encontrado na conversa com sua acompanhante é:

- (A) Uso regular recreativo de cocaína.
- (B) Treino para triatlo em um dia muito quente.
- (C) Caminhada em um local com vegetação alta neste dia.
- (D) Almoço em restaurante japonês há duas horas.

**51**

Um novo protocolo de abordagem de dor torácica será implantado no departamento de emergência. O escore a ser aplicado tem as seguintes características: sensibilidade de 99% e especificidade de 90% para prever desfechos negativos nessa população. A incidência de desfechos negativos nos pacientes que chegam a esse departamento com dor torácica é de 0,2%. O principal problema da aplicação desse protocolo em todo paciente com dor torácica é:

- (A) Sobrediagnóstico.
- (B) Calibração inadequada.
- (C) Víés de disponibilidade.
- (D) Valor preditivo negativo baixo.

**52**

Homem, 34 anos de idade, apresenta queixa de disfagia e dores abdominais, além de astenia e cansaço a moderados esforços há três anos. Nega comorbidades, infecções recentes e uso de medicações.

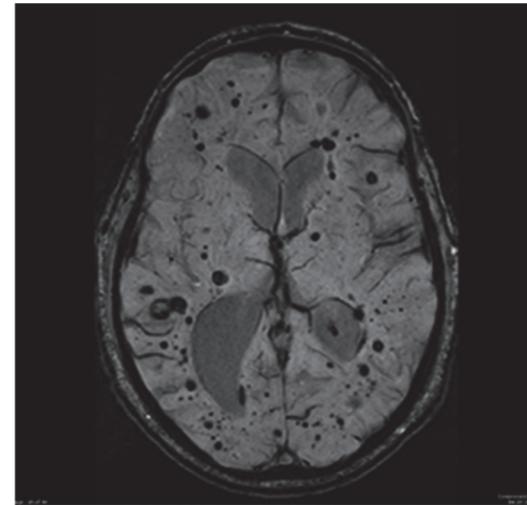
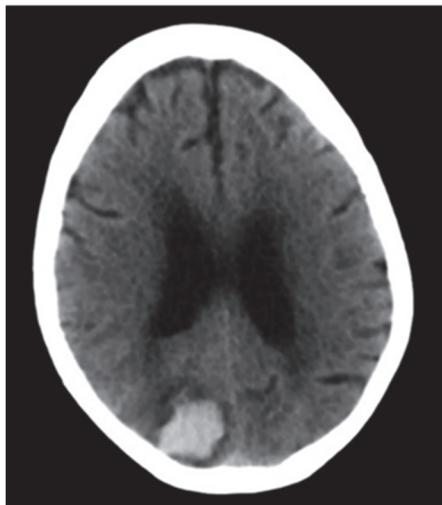
- Hemograma:  
Hb: 8,0 g/dL  
VCM: 103 fL  
Reticulócitos: 250.000/mm<sup>3</sup>  
Leucócitos: 4.500/mm<sup>3</sup>  
Plaquetas: 120.000/mm<sup>3</sup>
- Teste da antiglobulina direta: negativo e pesquisa de anticorpos irregulares: negativa.

O exame que mais provavelmente elucidaria o quadro clínico é:

- (A) Atividade de ADAMTS-13.
- (B) Dosagem de vitamina B12.
- (C) Eletroforese de hemoglobina.
- (D) Imunofenotipagem de sangue periférico.

**53**

Mulher, 71 anos de idade, com antecedente de neoplasia de mama localizada e diagnosticada há um ano, em uso atual de tamoxifeno, comparece no pronto-socorro por cefaleia nova há um dia, holocraniana, em aperto, de moderada intensidade, com pouca resposta a analgésicos simples. Ao exame clínico, apresentou PA de 170x90 mmHg, FC de 100 bpm, FR de 18 ipm, Temp. de 36,8 °C. Exame neurológico normal. Tomografia de crânio sem contraste e ressonância magnética de encéfalo (sequência de susceptibilidade magnética) são apresentadas nas imagens a seguir:



A causa mais provável para o quadro atual é:

- (A) Metástase encefálica.
- (B) Trombose venosa cerebral.
- (C) Angiopatia amiloide.
- (D) Hipertensão arterial sistêmica.

**54**

Mulher, 28 anos de idade, está recebendo dipirona endovenosa devido à enxaqueca. Subitamente, apresentou dispneia e prurido, inicialmente em orofaringe e, em seguida, apresentou placas urticariformes gigantes e hipotensão arterial. Foi suspensa a dipirona e administrada adrenalina. A dose de adrenalina 1:1.000 e a via de administração mais adequadas são:

- (A) 0,5 mg subcutânea.
- (B) 0,5 mg intramuscular.
- (C) 1,0 mg subcutânea.
- (D) 1,0 mg intramuscular.

**55**

Mulher, 17 anos de idade, apresenta episódios de estomatite e abscessos perianais de repetição desde os seis meses de vida. Há três meses, foi internada com diagnóstico de abscesso hepático, não sabendo informar a causa. A imunodeficiência mais provável desta paciente é:

- (A) Deficiência de fagócitos.
- (B) Deficiência de anticorpos.
- (C) Sistema complemento.
- (D) Combinada humoral e celular.

**56**

Homem, 35 anos de idade, apresenta disfagia intermitente para sólidos, com episódios de impactação do bolo alimentar e dor torácica há três anos. Refere perda ponderal de 4 kg nos últimos seis meses. Endoscopia digestiva alta sem lesões e pH-metria normal. Não apresentou resposta ao tratamento com pantoprazol 40 mg/2 vezes ao dia por oito semanas. A próxima conduta mais adequada na condução do caso é:

- (A) Orientar exclusão de glúten da dieta.
- (B) Repetir endoscopia digestiva alta com biópsia.
- (C) Introduzir medidas não farmacológicas antirrefluxo.
- (D) Associar domperidona ao pantoprazol por duas semanas.

**57**

Homem de 35 anos de idade, foi internado para investigação de ascite. Apresentou diagnóstico de aids e tuberculose peritoneal confirmado neste momento. CD4 35/mm<sup>3</sup> e PCR quantitativo de HIV com 1.000.000 de cópias/mL – log 6. Foi iniciado RIPE. A terapia antirretroviral deve ser iniciada na

- (A) primeira semana.
- (B) quarta semana.
- (C) sexta semana.
- (D) oitava semana.

**58**

Homem, 35 anos de idade, HSH (homem que faz sexo com homem), em uso adequado de PREP com tenofovir + emtricitabina há cerca de um ano. Apresenta sorologias recentes negativas para HIV, sífilis e hepatites A, B e C. Em relação ao caso apresentado, a conduta mais adequada no cuidado deste paciente é:

- (A) Imunização com vacinas para hepatite A, hepatite B e herpes zoster.
- (B) Associação de doxiciclina pós-exposição (DoxoPEP).
- (C) Testagem trimestral para sífilis, *C. trachomatis* e *N. gonorrhoeae*.
- (D) Testagem sorológica e PCR quantitativo para HIV trimestral.

**59**

Homem, 68 anos de idade, portador de adenocarcinoma de pulmão (ROS1 translocado) metastático para sistema nervoso central, ossos e pulmão, procura atendimento de emergência. Encontra-se em tratamento com crizotinibe e relata que atualmente trabalha como comerciante. Há cinco dias com quadro de tosse com expectoração esverdeada e, há dois dias, com febre. Ao exame clínico, apresentou PA de 100x60 mmHg, SpO<sub>2</sub> de 88%, FR de 25 ipm, FC de 98 bpm, Temp. de 38,2 °C. Ausculta pulmonar com estertores em base direita. Restante sem alterações. A conduta mais adequada é iniciar

- (A) ceftriaxone.
- (B) filgrastrim.
- (C) dexametasona.
- (D) cefepime e vancomicina.

#### TEXTO PARA AS QUESTÕES 60 E 61

Mulher, 52 anos de idade, cirrótica Child C, decorrente de doença hepática gordurosa não-alcoólica, é internada com peritonite bacteriana espontânea e piora da função renal. Ao exame clínico, apresentou Temp. de 38 °C, PA de 92x54 mmHg, FC de 100 bpm. Abdome com ascite volumosa. Edema de membros inferiores ++/4+. Restante sem alterações. Faz uso de propranolol, espironolactona, furosemida e insulina.

- Exames laboratoriais:

Cr: 1,8 mg/dL (basal 0,9 mg/dL)  
Ur: 78 mg/dL  
K<sup>+</sup>: 3,3 mEq/L  
Albumina: 2,8 g/dL  
Urina tipo I: sem alterações

**60**

Os medicamentos que devem ser suspensos são:

- (A) Furosemida e propranolol.
- (B) Furosemida e espironolactona.
- (C) Furosemida, espironolactona e propranolol.
- (D) Não é necessário suspender nenhum medicamento.

**61**

Além da conduta descrita anteriormente, o tratamento a ser instituído é:

- (A) Albumina 1 g/kg por 48 horas.
- (B) Albumina 1 g/kg por 48 horas e terlipressina.
- (C) Albumina 1,5 g/kg em dose única.
- (D) Albumina 1,5 g/kg em dose única e terlipressina.

**62**

Homem, 72 anos de idade, previamente hipertenso e diabético, está internado na UTI com diagnóstico de pneumonia comunitária, sob ventilação mecânica há três dias. Exame clínico hoje: RASS -2, em uso de fentanil 20 µg/h e propofol 1 mg/kg/h, escala comportamental de dor 3; tempo de enchimento capilar 2 segundos, em uso de noradrenalina 0,05 µg/kg/min, FC de 100 bpm, PAM 75 mmHg; ventilação em modo pressão de suporte, P 10 cmH<sub>2</sub>O, Vc 500 mL (9 mL/kg), FR de 18 ipm, PEEP 8 cmH<sub>2</sub>O, FiO<sub>2</sub> 40%, SpO<sub>2</sub> 95%.

- Exames laboratoriais:

pH: 7,42  
PaCO<sub>2</sub>: 35 mmHg  
PaO<sub>2</sub>: 75 mmHg  
HCO<sub>3</sub><sup>-</sup>: 25 mEq/L  
Lactato: 9 mg/dL  
Cr: 2,2 mg/dL  
Ur: 85 mg/dL  
Na<sup>+</sup>: 145 mEq/L  
K<sup>+</sup>: 4,1 mEq/L  
Hb: 8,5 g/dL  
Leucócitos: 12.000/mm<sup>3</sup>  
Plaquetas: 88.000/mm<sup>3</sup>

Em relação ao caso apresentado, a conduta mais adequada é:

- (A) Suspender sedação e realizar extubação.
- (B) Suspender sedação e realizar teste de respiração espontânea.
- (C) Aumentar sedação para alvo de Vc de 4 – 8 mL/kg.
- (D) Aumentar sedação e iniciar cisatracúrio para alvo de Vc de 4 – 8 mL/kg.

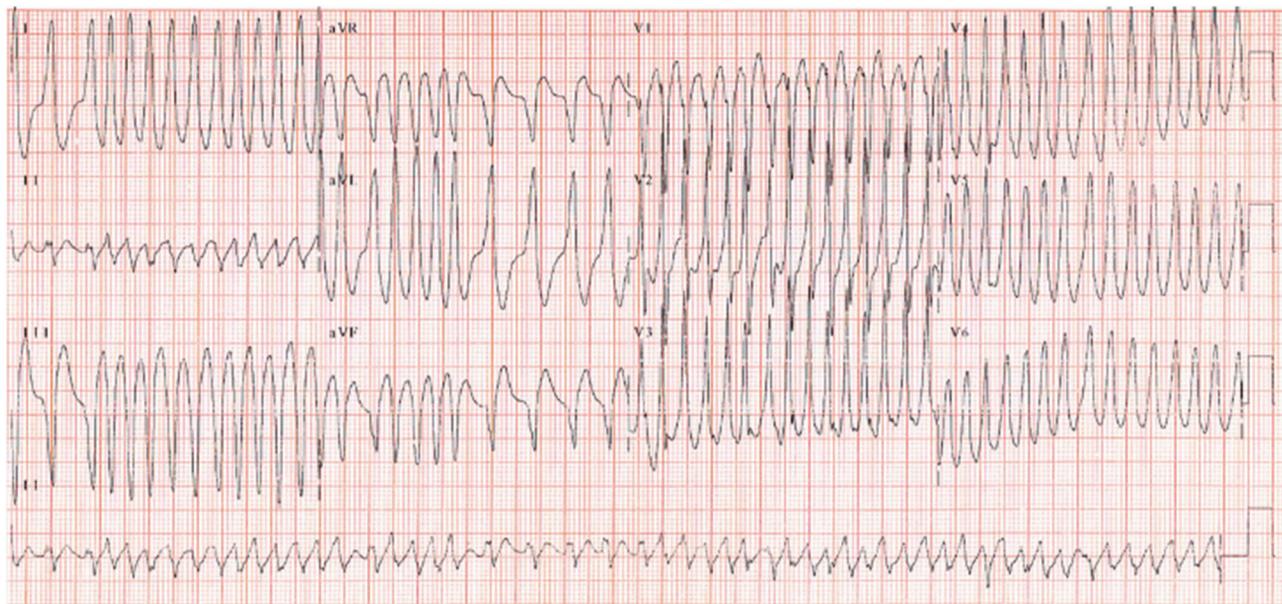
**63**

Mulher de 37 anos de idade, assintomática, comparece à consulta de rotina. Nega antecedentes pessoais. Faz uso de anticoncepcional oral. Antecedente familiar de câncer de tireoide. Ao exame clínico apresentou peso de 55 kg, altura de 1,63 m, FC de 72 bpm, PA de 120x60 mmHg. Tireoide palpável com nódulo de 2 cm em lobo direito, fibroelástico e móvel à deglutição. Ausculta cardíaca e pulmonares normais. Ultrassonografia de tireoide: nódulo de 2 cm, TIRADS 3. TSH 1,5 mUI/L. T4 livre 1,2 ng/dL. A próxima conduta mais adequada é solicitar

- (A) punção aspirativa com agulha fina de nódulo.
- (B) ultrassonografia de tireoide em um ano.
- (C) cintilografia de tireoide.
- (D) tireoglobulina sérica.

**64**

Homem, 32 anos de idade, com queixa de palpitações iniciadas há cerca de 40 minutos. Refere não conhecer doença cardiovascular pregressa. Nega uso de medicações contínuas, nega uso de substâncias psicoativas. Nega dor torácica, dispneia ou síncope. Ao exame clínico, apresentou PA de 100x70 mmHg, FC de 220 bpm, sem sinais de congestão pulmonar. Sem sopros audíveis. O eletrocardiograma é apresentado na imagem a seguir:

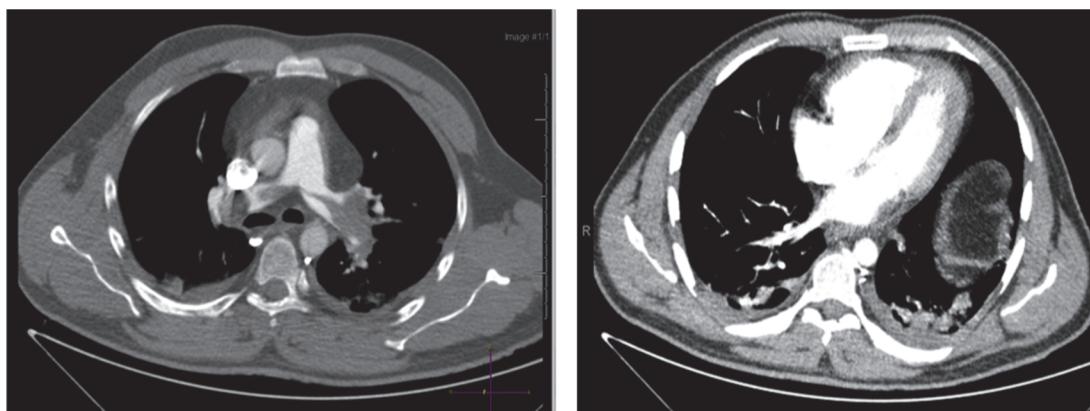


Em relação ao caso descrito, assinale a alternativa que apresenta a conduta mais adequada.

- (A) Adenosina.
- (B) Amiodarona.
- (C) Diltiazem.
- (D) Cardioversão elétrica.

**65**

Homem, 59 anos de idade, em tratamento quimioterápico para adenocarcinoma de cólon, apresenta dor torácica súbita e desconforto respiratório. Ao exame clínico, apresentou regular estado geral, PA de 130x80 mmHg, FC de 110 bpm, SpO<sub>2</sub> de 91%, FR de 22 ipm. Eletrocardiograma: taquicardia sinusal. Troponina I ultrassensível seriada: 41 e 67 ng/L (VR< 20 ng/L). A tomografia de tórax é apresentada nas imagens a seguir:

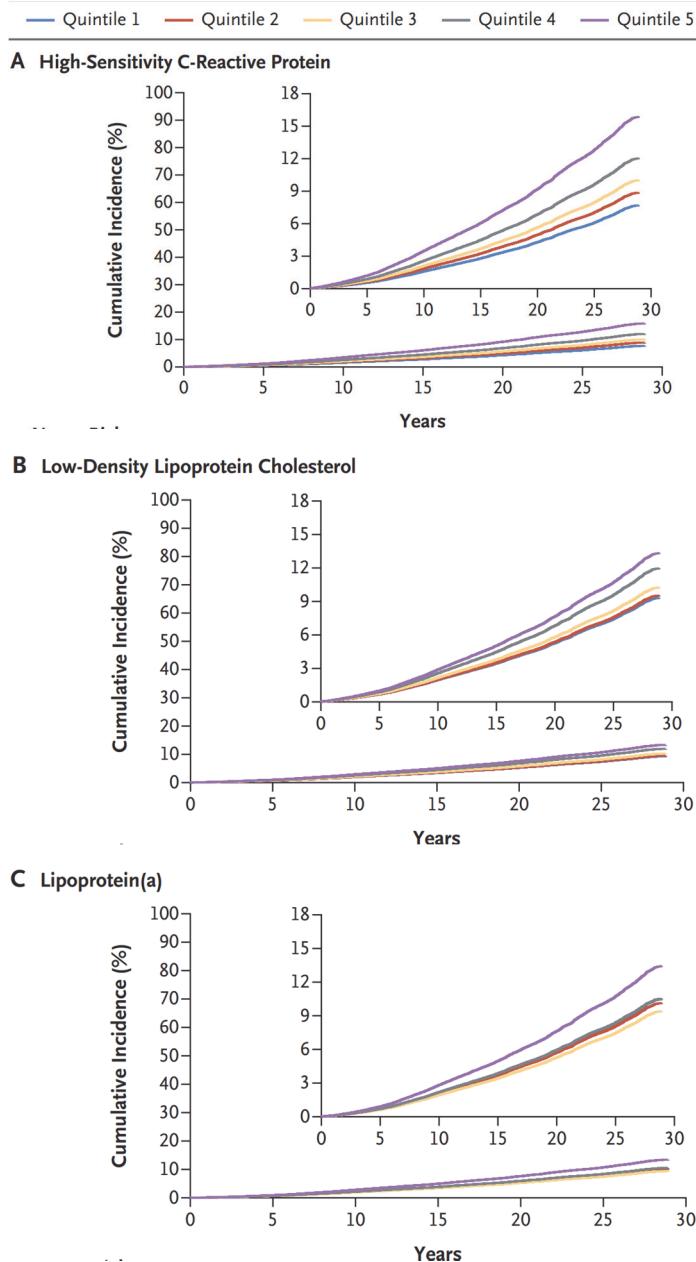


Assinale a alternativa que apresenta a conduta imediata mais adequada.

- (A) Trombólise sistêmica.
- (B) Trombectomia mecânica.
- (C) Anticoagulação parenteral.
- (D) Anticoagulante oral de ação direta.

## TEXTO PARA AS QUESTÕES DE 66 A 69

Um estudo publicado na revista *New England Journal of Medicine* em 2024 (doi: 10.1056/NEJMoa2405182) examinou a incidência cumulativa de eventos cardiovasculares maiores (definidos pela ocorrência de infarto do miocárdio, revascularização coronariana, acidente vascular encefálico e morte por causas cardiovasculares) em mulheres com um seguimento de até 30 anos. Os autores examinaram três exposições principais na linha de base: dosagem de proteína C reativa ultrassensível (PCR-us), colesterol LDL (LDL-c) e lipoproteína (a) (Lp(a)). As análises foram ajustadas para a idade, pressão arterial, status de tabagismo e presença de diabetes, além de para os marcadores entre si. Os autores obtiveram as curvas de sobrevida que são apresentadas a seguir. Um dos resultados apresentados das razões de risco instantâneo (*Hazard Ratios – HR*) foi: LDL-c HR (IC 95%) = 1,08 (1,05 – 1,10); PCR-us HR (IC 95%) = 1,14 (1,11 – 1,17); Lp(a) HR (IC 95%) = 1,06 (1,03 – 1,08).

**66**

O desenho do estudo descrito é:

- (A) Coorte.
- (B) Caso-controle.
- (C) Transversal.
- (D) Ecológico.

**67**

As variáveis de exposição podem ser melhor descritas como

- (A) categóricas.
- (B) ordinais.
- (C) quantitativas contínuas.
- (D) quantitativas discretas.

**68**

O estudo permite concluir que

- (A) o aumento da Lp(a) causa mais eventos cardiovasculares maiores.
- (B) as variáveis estudadas têm informação prognóstica.
- (C) a dosagem de PCR-us e Lp(a) em mulheres está dentro do recomendado.
- (D) é necessário o valor de *p* para interpretar os *hazard ratios*.

**69**

Para as estimativas das curvas de incidência cumulativa, o fenômeno que mais provavelmente precisa ser levado em consideração neste tipo de desenho é o(a):

- (A) Viés de seleção.
- (B) Modificação de efeito.
- (C) Risco competitivo.
- (D) Desfecho composto.

**70**

Homem de 72 anos de idade procura atendimento ambulatorial devido a episódios recorrentes de tontura e síncope. Ele relata também dispneia aos esforços, progressiva nos últimos meses. Refere antecedente de hipertensão arterial sistêmica, em uso de losartana há vários anos. Exame clínico: PA de 150x60 mmHg, FC de 105 bpm. Ausculta cardíaca: sopro sistólico ejetivo em foco aórtico, com pico telessistólico e sopro protodiastólico em foco aórtico. Não há evidência de edema periférico. O achado de exame clínico que se correlaciona com maior gravidade da valvopatia neste paciente é a presença de

- (A) sopro diastólico.
- (B) sopro de Austin Flint.
- (C) pico telessistólico do sopro.
- (D) pressão arterial divergente.

**71**

Mulher, 52 anos de idade, apresenta queixa de cansaço e ganho de peso há seis meses, desde a menopausa. Sedentária. Faz uso de simvastatina 20 mg/dia. Ao exame clínico, apresentou peso de 72 kg, altura de 160 cm, FC de 64 bpm, PA de 130x70 mmHg. Tireoide não palpável.

• Exames laboratoriais:

T4 livre : 1,0 ng/dL

TSH: 11 mUI/L

Em relação ao caso apresentado, a próxima conduta mais adequada é:

- (A) Iniciar levotiroxina
- (B) Repetir TSH e T4 livre em três meses.
- (C) Solicitar anticorpo antitireoperoxidase.
- (D) Solicitar ultrassonografia de tireoide.

**72**

Homem, 52 anos de idade, hipertenso, dislipidêmico e com apneia do sono, apresenta-se com queixas de astenia há dois meses. Não fuma, mas bebe uma taça de vinho por semana. Faz uso de atorvastatina 40 mg ao dia e anlodipino 10 mg ao dia. Ao exame clínico, apresentou IMC de 32 kg/m<sup>2</sup>, PA de 135x85 mmHg. Abdome com hepatomegalia palpável, sem dor.

• Exames Laboratoriais:

Hb: 16,5 g/dL

Ht: 55%

Leucócitos: 4500/mm<sup>3</sup>

Plaquetas: 380.000/mm<sup>3</sup>

TGO/AST: 45 U/L

TGP/ALT: 78 U/L

GGT: 80 U/L

FA: 98 U/L

LDL: 150 mg/dL

HDL: 38 mg/dL

Triglicerídeos: 320 mg/dL

Glicemia de jejum: 110 mg/dL

HbA1c: 6,3%

Ferritina: 350 ng/mL

Saturação de transferrina: 55%

Ácido úrico: 6,8 mg/dL

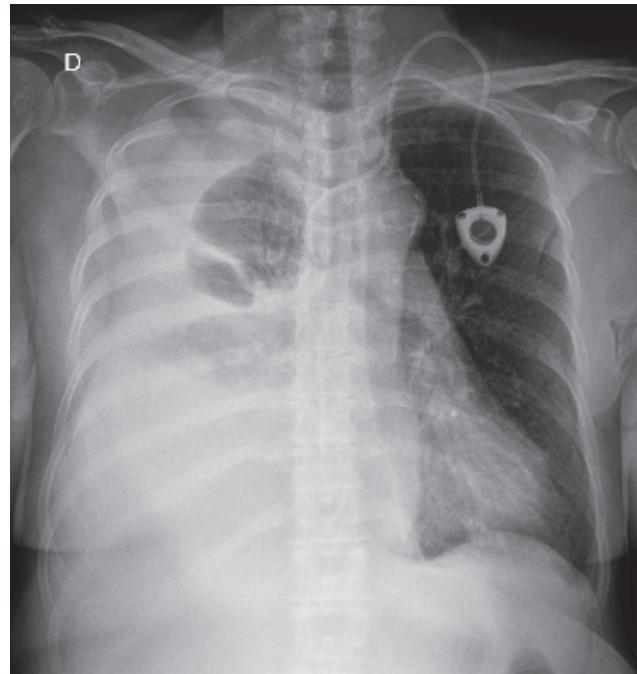
Sorologias de hepatite B e C: negativas

Em relação ao caso descrito, assinale a alternativa que apresenta o tratamento mais adequado para a doença hepática.

- (A) Flebotomia.
- (B) Semaglutida.
- (C) Ciprofibrato.
- (D) Colestiramina.

**73**

Homem, 76 anos de idade, tabagista, há três semanas apresenta dificuldade para realizar atividades diárias, necessitando sentar-se durante o banho. Evoluiu com queixa de dispneia e tosse seca há cinco dias. Nega febre. Está em tratamento para carcinoma espinocelular de pulmão metastático, no terceiro regime diferente de quimioterapia. Ao exame clínico, apresentou FR de 33 ipm, SpO<sub>2</sub> de 78%, FC de 110 bpm, PA de 95x60 mmHg. Ausculta reduzida em 2/3 inferiores de hemitórax direito, com roncos e sibilos difusos à esquerda. A radiografia de tórax é apresentada na imagem a seguir:



Além de oxigenoterapia e *bolus* de morfina, o tratamento mais adequado é:

- (A) Morfina contínua e midazolam.
- (B) Morfina contínua e corticosteroide.
- (C) Corticosteroide e toracocentese de alívio.
- (D) Antibioticoterapia e toracocentese diagnóstica

**74**

Mulher, 40 anos de idade, comparece com queixa de diarreia líquida há seis meses, com vários episódios por dia, acompanhada de dor abdominal. As fezes são líquidas, com presença de sangue vivo. Nega restos alimentares. Nega outros sintomas. Faz uso de levotiroxina 100 µg/dia. Ao exame clínico, apresentou-se descorada ++/4+, hidratada, IMC de 20,4 kg/m<sup>2</sup>. Abdome doloroso à palpação de quadrante inferior direito. Membros inferiores sem edemas. O exame que mais provavelmente confirmará o diagnóstico é:

- (A) Tomografia de abdome.
- (B) Calprotectina fecal.
- (C) Antígeno carcinoembrionário.
- (D) Colonoscopia.

**75**

Mulher, 40 anos de idade, com antecedente de ressecção de intestino delgado extensa após ferimento por arma de fogo há um ano, apresenta quadro de erupções avermelhadas descamativas no rosto, mãos e virilha, além de alopecia progressiva. Trata-se provavelmente de deficiência de:

- (A) Zinco.
- (B) Ferro.
- (C) Cobre.
- (D) Vitamina E.

**78**

Homem, 76 anos de idade, tabagista prévio e hipertenso, há três semanas com sonolência e, segundo os familiares, alguma lentificação do pensamento. Faz uso de hidroclorotiazida 25 mg/dia e enalapril 20 mg 1vez ao dia. Ao exame clínico, apresentou PA de 134x88 mmHg, FC de 70 bpm. Sonolento. Restante do exame clínico normal.

- Exames laboratoriais:

Hb: 10 g/dL  
 Leucócitos: 9.000/mm<sup>3</sup>  
 Plaquetas: 145.000/mm<sup>3</sup>  
 Ur: 40 mg/dL  
 Cr: 1,0 mg/dL  
 TSH: 2,5 µUI/mL  
 Na<sup>+</sup>: 122 mEq/L  
 K<sup>+</sup>: 4,8 mEq/L  
 Ácido úrico: 2 mg/dL  
 Cálcio total: 11,2 mg/dL  
 P: 4,2 mg/dL  
 pH: 7,35  
 HCO<sub>3</sub><sup>-</sup>: 30 mEq/L  
 Albumina: 3,3 g/dL  
 Na<sup>+</sup> urinário: 40 mEq/L  
 Osmolalidade urinária: 480 mOsm/L

Em relação ao caso apresentado, a próxima conduta mais adequada é:

- (A) Hidratação com soro fisiológico e furosemida.
- (B) Hidratação com soro fisiológico e pamidronato.
- (C) Infusão de salina hipertônica (NaCl 3%).
- (D) Restrição hídrica e aumento da ingestão de sal.

**77**

Homem, 35 anos de idade, apresenta queixa de febre, mialgia generalizada e cefaleia há quatro dias. Está sem diurese há 12 horas e iniciou dor abdominal difusa persistente. Ao exame clínico, apresentou-se prostrado, letárgico, PA de 90x75 mmHg, FC de 98 bpm, fígado palpável a 3 cm do rebordo costal direito. Sem outros achados clínicos significativos.

- Exames laboratoriais:

Hb: 16,3 g/dL  
 Ht: 48%  
 Leucócitos: 3.200/mm<sup>3</sup> (segmentados 1.100/mm<sup>3</sup>, linfócitos 1.800/mm<sup>3</sup>, monócitos 200/mm<sup>3</sup>)  
 Plaquetas: 29.000/mm<sup>3</sup>

O critério que NÃO indica internação deste paciente é:

- (A) Hepatomegalia.
- (B) Dor abdominal.
- (C) Pressão arterial.
- (D) Plaquetopenia.

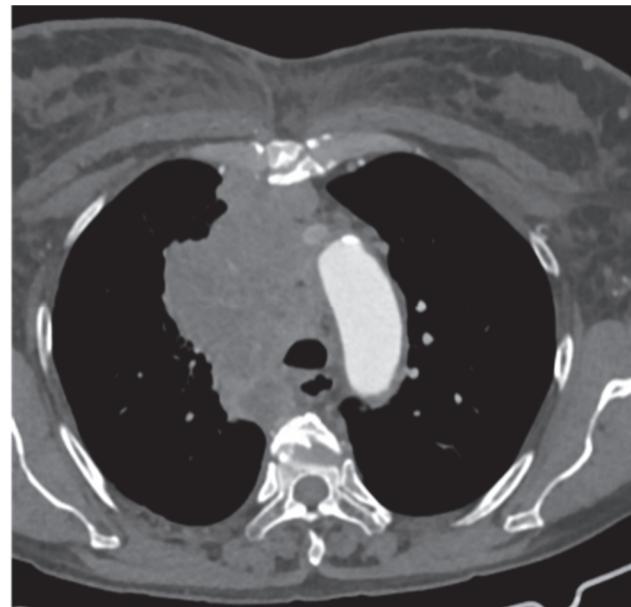
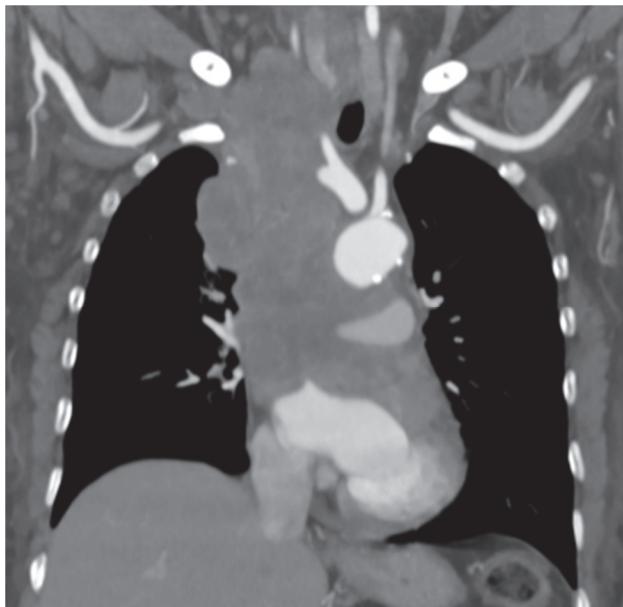
**79**

Mulher, 62 anos de idade, hipertensa crônica, faz uso de hidroclorotiazida 25 mg/dia e losartana 50 mg/dia de maneira irregular. Queixa-se de dispneia aos esforços, ortopneia e edema de membros inferiores há três meses, com piora na última semana. Ao exame clínico, apresentou PA de 180x98 mmHg, FC de 78 bpm, SpO<sub>2</sub> de 92% com cateter nasal de O<sub>2</sub> 2 L/min, tempo de enchimento capilar de 2 seg. Peso de 80 kg, altura de 1,60 m. Apresenta estase jugular, estertores finos em 1/3 inferior de ambos hemitóraces e edema de membros inferiores ++/4+. Recebeu furosemida IV e captopril via oral e foi internada. Após dois dias, mantém o uso de oxigenoterapia, a creatinina subiu de 1,1 mg/dL para 1,5 mg/dL e o potássio foi de 4,8 para 3,7 mEq/L. Perdeu 2 kg nesse período. A conduta mais adequada neste momento é:

- (A) Manter tratamento medicamentoso.
- (B) Suspender furosemida e captopril.
- (C) Suspender furosemida.
- (D) Suspender captopril.

**80**

Mulher, 68 anos de idade, hipertensa, diabética, tabagista com carga tabágica de 60 anos-maço. Iniciou tratamento para a condição apresentada nas imagens a seguir:



Como consequência do tratamento, é mais provável que a paciente apresente

- (A) hipercalemia.
- (B) hipercalcemia.
- (C) hiponatremia
- (D) hipofosfatemia.

**81**

Mulher, 67 anos de idade, com artrite reumatoide há 20 anos, refratária ao tratamento. Faz uso de dois imunossupressores e prednisona (2,5 a 10 mg/dia) há seis meses. No momento, faz uso de cálcio 1000 mg/dia e colecalciferol 1000 UI/dia. Nega fraturas prévias.

- Exames laboratoriais:

Cálcio total sérico: 9,4 mg/dL  
25-hidroxivitamina D sérica: 28 ng/mL  
Cr: 1,4 mg/dL

- Densitometria óssea:

	DMO (g/cm <sup>2</sup> )	T-score	Z-score
L1-L4	0,553	-3,8	-2,7
Colo do fêmur	0,631	-2,0	-1,4
Fêmur total	0,698	-1,7	-1,5

Em relação ao caso, a terapia mais adequada é:

- (A) Ácido zoledrônico.
- (B) Denosumabe.
- (C) Teriparatida.
- (D) Calcitonina.

**82**

Homem, 24 anos de idade, apresenta quadro de odinofagia, febre intermitente, lesões cutâneas e poliartrite há três semanas. Ao exame clínico, apresentou regular estado geral, descorado, faringite supurativa, poliartrite, lesões cutâneas maculares e em padrão evanescente em membros superiores e inferiores e na região peitoral; linfadenopatias; hepatoesplenomegalia.

- Exames laboratoriais:

Hb: 9,2 g/dL  
Leucócitos: 15.400/mm<sup>3</sup> (85% de neutrófilos)  
Plaquetas: 320.000/mm<sup>3</sup>  
Ferritina: 8.000 ng/mL

O conjunto de resultados dos exames laboratoriais com maior probabilidade de ser encontrado é:

- (A) Fator antinuclear positivo em altos títulos, anti-Sm e anti-DNA positivos, consumo de C3 e C4.
- (B) Fator antinuclear negativo, elevação sérica de alanina e aspartato aminotransferases.
- (C) Hemoculturas positivas para *Streptococcus viridans*.
- (D) Elevação dos títulos de anticorpos (ASLO) e fator reumatoide positivo.

**83**

Mulher, 25 anos de idade, sem doenças prévias, está no Brasil há três semanas fazendo turismo em Brotas, interior de São Paulo. Há dois dias, iniciou com dor abdominal, náuseas, febre não aferida, mialgia e prostração. Não recebeu nenhuma vacina desde a adolescência. Ao exame clínico, apresentou regular estado geral, PA de 120x70 mmHg, FC de 90 bpm, corada, icterica +/4+, fígado a 2 cm do rebordo costal direito, doloroso à palpação, sem outras alterações.

• Exames laboratoriais:

Hb: 14 g/dL  
 Leucócitos: 3.200/mm<sup>3</sup>  
 Plaquetas: 87.000/mm<sup>3</sup>  
 TGO/AST: 1.200 U/L  
 TGP/ALT: 1452 U/L  
 Cr: 0,8 mg/dL  
 Tempo de protrombina e de tromboplastina parcial ativada normais.

O diagnóstico mais provável e a conduta mais adequada são:

- (A) Febre amarela e teste molecular.  
 (B) Leptospirose e antibioticoterapia.  
 (C) Hepatite A e listar para transplante.  
 (D) Dengue e pesquisa de antígeno NS-1.

**84**

Homem, 38 anos de idade, realizou testes sorológicos durante planejamento de fertilização *in vitro*. Retorna em consulta com a esposa, referindo ausência de sintomatologia atual ou pregressa compatível com sífilis. Resultados: VDRL 1/32, Imunensaio Quimioluminescente de Micropartículas (CMIA) e imunoenzimático reagentes. Exames da esposa não reagentes. A conduta mais adequada, neste momento, é:

- (A) Colher líquor e, se negativo, penicilina benzatina 2.400.000 UI uma vez por semana por três semanas.  
 (B) Colher líquor e, se negativo, penicilina benzatina 2.400.000 UI em dose única.  
 (C) Não colher líquor e penicilina benzatina 2.400.000 UI uma vez por semana por três semanas.  
 (D) Não colher líquor e penicilina benzatina 2.400.000 UI em dose única.

**85**

Mulher, 75 anos de idade, com hipertensão arterial, refere desconforto na região inferior da coluna que irradia para ambas as nádegas e regiões laterais das coxas há 5 meses. Costumava caminhar 3 km por dia. Atualmente, tem que parar a cada 200 metros, principalmente ao descer ladeiras. Ao exame clínico, apresentou redução da sensibilidade vibratória em ambos os pés. O diagnóstico mais provável é:

- (A) Espondilolistese torácica.  
 (B) Estenose de canal medular.  
 (C) Deficiência de vitamina B12.  
 (D) Aterosclerose periférica.

**TEXTO PARA AS QUESTÕES 86 E 87**

Mulher, 55 anos de idade, é atendida no ambulatório para avaliação pré-operatória de cirurgia bariátrica com derivação em Y de Roux com duração prevista de três horas. É obesa, hipertensa e diabética tipo 2. Relata dispneia aos moderados a grandes esforços. Nega outras queixas. Está em uso de losartana 100 mg/dia, hidroclorotiazida 25 mg/dia, metformina 2.000 mg/dia, dapagliflozina 10 mg/dia e sitagliptina 100 mg/dia. Peso 112 kg, altura 1,58 m, IMC 44,9 kg/m<sup>2</sup>. O exame clínico, os exames laboratoriais e o eletrocardiograma estão normais.

**86**

Em relação à profilaxia de tromboembolismo venoso, a conduta mais adequada é:

- (A) Enoxaparina 40 mg de 12/12 horas por 10 dias.  
 (B) Enoxaparina 40 mg 1vez ao dia por 28 dias.  
 (C) Heparina não fracionada 5.000 UI de 12/12 horas por 10 dias.  
 (D) Heparina não fracionada 7.500 UI de 8/8 horas por 28 dias.

**87**

Além de suspender a metformina no dia do procedimento, a conduta mais adequada em relação aos antidiabéticos é:

- (A) Suspender dapagliflozina e sitagliptina 24 horas antes.  
 (B) Suspender dapagliflozina 24 horas antes e manter sitagliptina.  
 (C) Suspender dapagliflozina pelo menos três dias antes e manter sitagliptina.  
 (D) Suspender dapagliflozina pelo menos três dias antes e sitagliptina 24 horas antes.

**88**

Mulher, 28 anos de idade, comparece no pronto atendimento com queixa de dor de garganta e febre há dois dias. Está em uso de metimazol 30 mg/dia e propranolol 40 mg 3 vezes ao dia para tratamento de doença de Graves há dois meses. Ao exame clínico, apresentou Temp. de 38,5 °C, FC de 120 bpm, PA de 130x60 mmHg, peso de 55 kg, altura de 1,60 m. Presença de discreto tremor de extremidades. Orofaringe com hiperemia tonsilar. Tireoide aumentada e presença de exoftalmia. Restante do exame normal. Exames ambulatoriais (há uma semana): TSH < 0,01 mUI/L e T4 livre 2,0 ng/dL. A próxima conduta mais adequada é:

- (A) Aumentar a dose de metimazol e propranolol.  
 (B) Aumentar a dose de metimazol e administrar hidrocortisona.  
 (C) Solicitar mielograma.  
 (D) Solicitar hemograma, proteína C reativa e hemocultura.

**89**

Mulher, 25 anos de idade, queixa-se de fraqueza muscular simétrica e predominantemente proximal dos membros superiores e inferiores há seis meses. Apresenta, também, quadro crônico de fadiga. Antecedente familiar nada digno de nota. Exame clínico: força muscular grau III nos quatro membros. Restante normal. Eletroneuromiografia com padrão miopático, creatinofosfoquinase 3.000 UI/L. Recebeu prednisona 1 mg/kg/dia por seis meses, sem melhora clínica e laboratorial. A origem da miopatia desta paciente tem maior probabilidade de ser:

- (A) Paraneoplásica.
- (B) Endocrinológica.
- (C) Hereditária.
- (D) Imunomedida.

**90**

Mulher, 40 anos de idade, comparece para segunda opinião sobre achado incidental em ultrassonografia de abdome. Foi encontrada uma lesão suspeita de adenoma hepático de 4 cm em segmento III. A conduta mais adequada é:

- (A) Biópsia da lesão.
- (B) Ultrassonografia em seis meses.
- (C) Ressonância magnética.
- (D) Ressecção cirúrgica.

**91**

Mulher, 28 anos de idade, já foi submetida a várias abordagens cirúrgicas nos últimos cinco anos para correção de lesões cutâneas decorrentes de queimadura extensa. Será internada para nova abordagem e, durante a avaliação pré-operatória, refere que tem apresentado episódios de falta de ar, taquicardia, urticária generalizada e vertigem, imediatamente após ingestão de banana e abacate. A conduta mais adequada é:

- (A) Reservar sala cirúrgica *latex-free*.
- (B) Marcar cirurgia para a última do dia.
- (C) Administrar corticoide EV antes da cirurgia.
- (D) Tomar anti-histamínico três dias antes da cirurgia.

**92**

Homem, 47 anos de idade, apresenta relato de fraqueza intermitente, com piora ao final do dia, há cerca de dois meses. Há uma semana, desenvolveu cefaleia holocraniana, diária, mais intensa pela manhã. Nega antecedentes. Ao exame clínico, apresentou edema ++/4+ de face e de membros superiores. Sem outras alterações. A principal hipótese diagnóstica é:

- (A) Timoma.
- (B) Linfoma.
- (C) Tumor de células germinativas.
- (D) Carcinoma de pequenas células de pulmão.

**93**

Mulher, 42 anos de idade, apresenta dores no corpo, artralgia sudorese e irritabilidade há seis meses. Fez tratamento neoadjuvante com doxorrubicina, ciclofosfamida e paclitaxel devido a um carcinoma invasivo de mama direita receptor hormonal positivo. Submetida à quadrantectomia e biópsia de linfonodo sentinel com estadiamento pT2 pN1 M0. Recebeu radioterapia adjuvante e está em uso de inibidor de aromatase e análogo de GnRH há dois anos. Exame clínico sem alterações. Os sintomas provavelmente são relacionados à(ao):

- (A) Hipertireoidismo.
- (B) Recidiva da doença.
- (C) Fibromialgia.
- (D) Uso do inibidor de aromatase.

**94**

Mulher, 45 anos de idade, previamente diabética tipo 2 em uso de insulinoterapia plena, é internada na UTI devido ao diagnóstico de hematoma intraparenquimatoso em topografia núcleo-capsular direita, com início dos sintomas há 12 horas. Exame clínico: escala de coma de Glasgow 15, hemiplegia esquerda completa proporcionada, sem alterações de pares cranianos, de sensibilidade ou coordenação. Além de controle da pressão arterial, a conduta inicial mais adequada é:

- (A) Inibidor de bomba de prótons.
- (B) Mobilização precoce.
- (C) Insulinoterapia conforme glicemia capilar.
- (D) Compressão pneumática intermitente.

**95**

Homem, 62 anos de idade, hipertenso e diabético há quatro anos, desenvolveu proptose de olho esquerdo. Ressonância magnética do sistema nervoso central demonstra tumoração retrorbitária. Foi internado para ressecção.

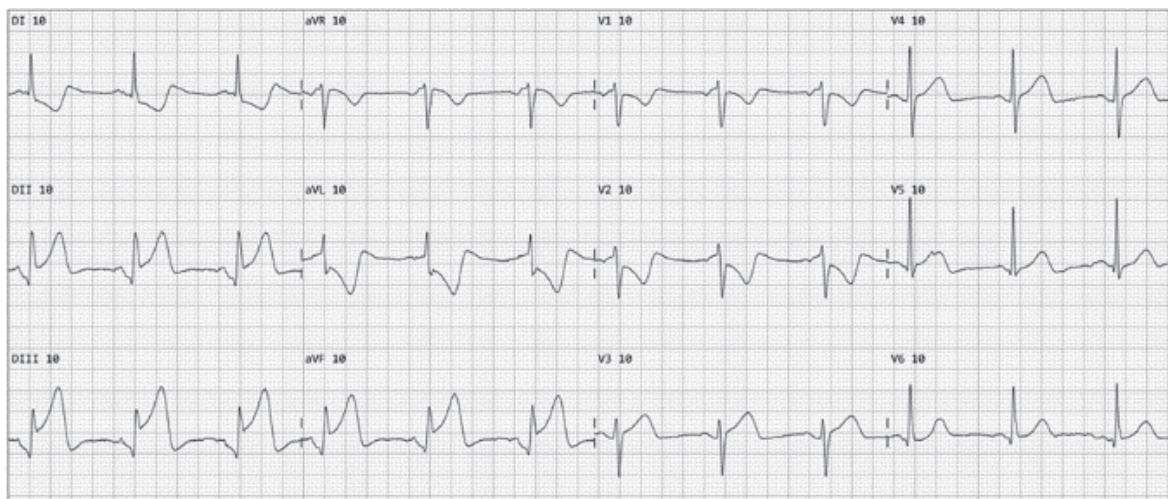
- Exames laboratoriais:  
Ur: 88 mg/dL  
Cr: 1,9 mg/dL  
Na<sup>+</sup>: 132 mEq/L  
K<sup>+</sup>: 3,8 mEq/L  
Proteína total: 7,2 g/dL  
Albumina: 3,9 g/dL  
Cálcio total: 11,9 mg/dL  
HbA1c: 8,5 %  
Urina com relação proteína/creatinina 4,8 g/g.  
Urina tipo I: leucócitos 3/campo e hemácias 4/campo.

A causa mais provável das alterações urinárias identificadas é:

- (A) Doença renal diabética.
- (B) Nefropatia por cilindros.
- (C) Glomerulonefrite membranosa.
- (D) Depósito de imunocomplexos.

**96**

Homem, 64 anos de idade, apresenta quadro de dor precordial em aperto na região anterior do tórax, com irradiação para membro superior direito e mandíbula, iniciada há três horas. Tem antecedente de hipertensão arterial sistêmica, infarto ocorrido há cerca de quatro anos, diabetes e dislipidemia. Faz uso regular de AAS 100 mg 1 vez ao dia, atorvastatina 80 mg ao dia, metformina 850 mg 2 vezes ao dia, enalapril 20 mg 2 vezes ao dia e anlodipino 5 mg 2 vezes ao dia. Ao exame clínico, apresentou PA de 100x60 mmHg, FC de 64 bpm. Bulhas rítmicas e normofonéticas, sem sopros. O eletrocardiograma é apresentado a seguir:



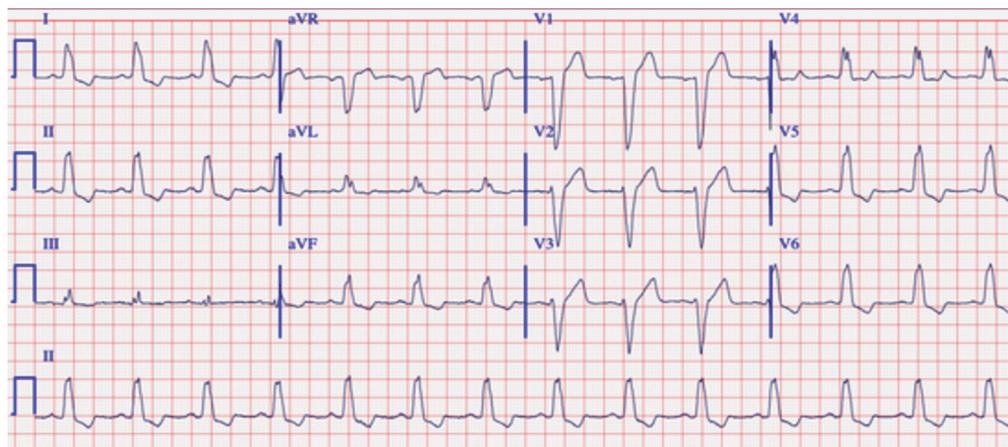
Foram administrados oxigênio suplementar, AAS, morfina, metoprolol e nitrato sublingual. Após alguns minutos, iniciou quadro de hipotensão e confusão mental. Exame clínico: PA de 70x50 mmHg e FC de 109 bpm, sem outras alterações.

Em relação ao caso descrito, assinale a alternativa que apresenta a próxima conduta mais adequada.

- (A) Dobutamina.
- (B) Cirurgia cardíaca.
- (C) Expansão volêmica.
- (D) Balão intra-aórtico.

**97**

Homem, 52 anos de idade, com insuficiência cardíaca retorna após um ano de acompanhamento, em Classe Funcional III pela *New York Heart Association* (NYHA). Exame clínico: PA de 92x60 mmHg. Ausculta pulmonar sem alterações. Membros sem edema. No início do acompanhamento, tinha fração de ejeção de 30%, que atualmente é 35%. Recebe furosemida 60 mg/dia, sacubitril/valsartana 200 mg 2 vezes ao dia, carvedilol 25 mg 2 vezes ao dia, espironolactona 25 mg/dia, e empagliflozina 10 mg/dia. O ECG é apresentado a seguir:



O próximo passo mais adequado é:

- (A) Transplante cardíaco.
- (B) Cineangiografia coronária.
- (C) Aumentar dose dos diuréticos.
- (D) Terapia de ressincronização cardíaca.

**98**

Mulher, 68 anos de idade, é hospitalizada para colocação de prótese total do joelho esquerdo. Tem síndrome demencial leve há um ano. Um dia após a cirurgia, desenvolveu confusão mental, desorientação temporal-espacial, irritabilidade, e afirma que a enfermeira está tentando envenená-la. Ao exame clínico, apresentou sinais vitais normais, desatenção, ferida operatória com aspecto normal. O tratamento inicial mais adequado é:

- (A) Benzodiazepílico.
- (B) Contenção mecânica.
- (C) Neuroléptico.
- (D) Anticolinesterásico.

**99**

Mulher, 86 anos de idade, totalmente funcional, faz acompanhamento por hipertensão arterial sistêmica, ansiedade generalizada, lombalgia crônica, bexiga hiperativa e vertigem. Em consulta recente, suas medicações foram reavaliadas e a prescrição atual consiste de clonazepam 2 mg, amitriptilina 25 mg, oxibutinina 5 mg, codeína 30 mg, ramipril 5 mg e meclizina 25 mg. Há dois dias, está com dificuldade para realizar as atividades habituais, sonolenta durante o dia e apresentou dois episódios de queda. A classe do medicamento com MENOR probabilidade de explicar o quadro dos últimos dois dias é:

- (A) Anticolinérgico.
- (B) Benzodiazepílico.
- (C) Antimuscarínico.
- (D) Anti-histamínico.

**100**

Mulher, 52 anos de idade, com dor em todo o corpo há 12 meses, irritabilidade com choro fácil, fadiga, cefaleia holocraniana, esquecimento e dificuldade para dormir, com sono não reparador. Ao exame clínico, apresentou dor à palpação de partes moles de forma difusa.

- Exames laboratoriais:

TSH: 9 mUI/L  
T4 livre: 0,3 ng/dL  
Creatinofosfoquinase: 252 UI/L

Pode-se afirmar que esta paciente é portadora de:

- (A) Fibromialgia.
- (B) Polimiosite.
- (C) Miopatia metabólica.
- (D) Hipotireoidismo subclínico.

**101**

Homem, 30 anos de idade, conta que apresenta anasarca há dois meses. Há uma semana, dispneia e dor torácica esquerda. Nega febre. Ao exame clínico, apresentou PA de 140x90 mmHg, Pulmões: murmurários vesiculares diminuídos em metade inferior de hemitórax esquerdo, com egofonia; abdome: maciez móvel +, sem visceromegalias. Edema ++/4+ de membros inferiores. Os achados que mais provavelmente indicam que o derrame pleural seja um exsudato são:

- (A) Ser à esquerda e ter anasarca.
- (B) Ter anasarca e ser homem jovem.
- (C) Ter dor torácica e ser à esquerda.
- (D) Ter dor torácica e dispneia.

**102**

Homem, 32 anos de idade, privado de liberdade, admitido com queixa de dispneia, febre, sudorese e tosse produtiva há cerca de sete dias. Radiografia de tórax: consolidação em base direita, associada a derrame pleural moderado, ipsilateral. A despeito de 72 horas de terapia antimicrobiana com ceftriaxona e metronidazol, persistiu febril, com queda do estado geral. Realizada toracocentese diagnóstica com seguintes resultados: celularidade 11.031/mm<sup>3</sup> (neutrófilos: 58%; macrófagos: 29%, linfócitos: 13%), DHL 1456 U/L; proteína total 3,0 g/dL; glicose 23 mg/dL; ADA 81 U/L; pH 7,13. Faz parte do tratamento deste paciente:

- (A) Iniciar esquema RIPE e suspender a antibioticoterapia.
- (B) Manter antibioticoterapia e realizar drenagem pleural fechada.
- (C) Modificar ceftriaxona por piperacilina-tazobactam e drenagem pleural fechada.
- (D) Modificar ceftriaxona por levofloxacina e manter metronidazol.

**103**

Homem, 74 anos de idade, com antecedente de hipertensão arterial sistêmica, tabagismo ativo e doença coronariana tratada com angioplastia + stent há dois anos. Comparece à consulta com PA de 160x80 mmHg (média de três medidas). Refere que medidas realizadas em casa, com aparelho automático de braço, mostram valores semelhantes. Faz uso de: atenolol 100 mg/dia, losartana 100 mg/dia, hidroclorotiazida 25 mg/dia, ácido acetilsalicílico 100 mg/dia e rosuvastatina 20 mg/dia.

Em relação ao caso, o próximo passo mais adequado na investigação é:

- (A) Monitorização ambulatorial da pressão arterial.
- (B) Ultrassonografia Doppler de artérias renais.
- (C) Dosagem de aldosterona e atividade plasmática de renina.
- (D) Não são necessários exames adicionais.

**104**

Mulher, 93 anos de idade, mora sozinha, apresenta queixa de tontura do tipo desequilíbrio com início há dois anos e piora progressiva. Teve uma queda da própria altura nos últimos seis meses, apresenta dificuldade para subir escadas e não consegue carregar as compras do mercado. É sedentária e realiza duas refeições por dia. Tem evitado comer carne e perdeu 5 kg no último ano. Exame clínico geral sem alterações. IMC de 22 kg/m<sup>2</sup>. Força de preensão palmar: 15 kgF (VR 21-23 kgF). O tipo de exercício com maior probabilidade de auxiliar na recuperação funcional é:

- (A) Aeróbio.
- (B) Resistido.
- (C) Equilíbrio.
- (D) Alongamento.

**105**

Homem, 20 anos de idade, hemofílico A grave, em uso de fator VIII sob demanda, é admitido após queda de bicicleta há três horas. Apresenta ferimento corto-contuso na região frontal direita. Nega perda de consciência, náuseas ou vômitos. Apresenta aumento de volume e dor no braço direito, com limitação da mobilidade e alteração da sensibilidade distal. O paciente trouxe algumas doses de emergência de concentrado de Fator VIII que tinha em casa. A conduta inicial mais adequada é:

- (A) Sutura do ferimento corto-contuso.
- (B) Reposição de 100% de fator VIII.
- (C) Dosagem de tempo de tromboplastina parcial ativada.
- (D) Tomografia computadorizada de crânio.

**106**

Mulher, 24 anos de idade, previamente hígida, está internada na UTI há três semanas devido a choque séptico por broncopneumonia. Evoluiu com equimoses em membros superiores, sangramento em cavidade oral e em aspiração de cânula de intubação orotraqueal. Estava em uso de: pantoprazol há três semanas; morfina intermitente há uma semana; heparina não-fracionada há três semanas; vancomicina por uma semana.

- Hemograma:  
Hb: 11 g/dL  
Leucócitos: 10.500/mm<sup>3</sup>  
Plaquetas: 12.000/mm<sup>3</sup>  
Reticulócitos: 50.000/mm<sup>3</sup>

O medicamento mais provavelmente associado ao quadro é:

- (A) Pantoprazol.
- (B) Morfina.
- (C) Vancomicina.
- (D) Heparina não-fracionada.

**107**

Paciente do sexo feminino, 14 anos de idade, comparece à UBS para vacinação. Refere que desde os 8 anos de idade apresenta sinusites e otites de repetição, com necessidade de antibioticoterapia. Há quatro anos, apresentou diversos episódios de diarreia por giardíase. Há três meses, ficou internada em Unidade de Terapia Intensiva para tratamento de pneumonia. O médico que a atende suspeita de imunodeficiência. As vacinas contraindicadas para esta paciente são:

- (A) Dupla de adulto e hepatite B.
- (B) Tríplice viral e dengue.
- (C) HPV e pneumocócica.
- (D) Covid-19 e influenza.

**108**

Mulher, 77 anos de idade, ex-tabagista de 15 anos-maço; parou de fumar há 10 anos. É admitida com queixa de dispneia progressiva ao longo dos últimos três anos. Tem antecedente de hipotireoidismo controlado e osteoporose com fraturas de compressão em coluna torácica e lombar. Realizou espirometria apresentada na tabela a seguir:

	Resultado	Previsto	% do Previsto
CVF	1,9 L	2,9 L	66%
VEF <sub>1</sub>	1,6 L	2,2 L	73%
VEF <sub>1</sub> /CVF	0,84	0,75	112%

A hipótese diagnóstica mais provável é:

- (A) Senescência.
- (B) Cifoescoliose.
- (C) Bronquiectasia.
- (D) Doença pulmonar obstrutiva crônica.

**109**

Mulher, 60 anos de idade, comparece no pronto-socorro por episódios de vertigem rotatória de início há dois dias, com duração de cerca de cinco minutos, precipitados ao deitar, levantar ou trocar de posição na cama. Entre os episódios, permanece completamente assintomática. Associa o início do quadro à queda de própria altura há dois dias. Exame neurológico: na manobra de Dix-Hallpike, apresenta nistagmo de início imediato, vertical puro para baixo, inesgotável; restante do exame normal. Tomografia de crânio sem alterações. A conduta mais adequada é:

- (A) Manobra de reposicionamento labiríntico.
- (B) Corticoesteróide e difenindramina.
- (C) Ressonância magnética de encéfalo.
- (D) Coleta de líquido cefalorraquidiano.

**110**

Homem, 67 anos de idade, em avaliação pré-operatória de cistectomia radical com reconstrução a Bricker para tratamento de carcinoma de bexiga com proposta curativa e duração estimada de seis horas. Antecedentes: hipertensão arterial há 10 anos e infarto agudo do miocárdio há 10 meses, tratado com angioplastia e implante em stent farmacológico. Relata limitação para as atividades diárias, não sendo capaz de subir mais de dois lances de escadas. Nega dor torácica e dispneia ao repouso. Medicamentos: AAS 100 mg/dia, clopidogrel 75 mg/dia, enalapril 20 mg/dia, carvedilol 12,5 mg/dia e atorvastatina 80 mg/dia. Ao exame clínico, apresentou FC de 79 bpm, FR de 18 ipm; SpO<sub>2</sub> de 98% em ar ambiente, PA de 124x66 mmHg e IMC de 28 kg/m<sup>2</sup>. ECG: ritmo sinusal e área inativa na parede anterior. As condutas mais adequadas em relação a exames e medicamentos são:

	Troponina	BNP	AAS	Clopidogrel	Carvedilol	Atorvastatina
(A)	Não solicitar	Não solicitar	Suspender 7 dias antes	Suspender 5 dias antes	Manter	Manter
(B)	Não solicitar	Pré-operatório	Suspender 7 dias antes	Manter	Aumentar dose	Suspender
(C)	Até o 2º dia após	Pré-operatório	Manter	Suspender 5 dias antes	Aumentar dose	Manter
(D)	Até o 2º dia após	Não solicitar	Manter	Manter	Manter	Suspender

**111**

Mulher, 29 anos de idade, com diagnóstico de lúpus eritematoso sistêmico há 9 anos, comparece em consulta médica após perda de seguimento e sem uso de medicações específicas há um ano. Refere febre e perda de 10 kg nos últimos três meses. Ao exame clínico, apresentou PA de 142x86 mmHg, FC de 86 bpm, rash malar, eritema em membros superiores, "V" do decote e pescoço, alopecia, sinovite de punho esquerdo, metacarpofalangeanas e interfalangeanas bilateralmente. Peso de 60 kg, altura de 170 cm.

- Exames da investigação:

	1º dia	2º dia	4º dia
Hb (g/dL)	10,1	8,6	8,3
Leucócitos (/mm <sup>3</sup> )	3410	3270	3170
Neutrófilos (/mm <sup>3</sup> )	47,5%	49,1%	45,8%
Linfócitos (/mm <sup>3</sup> )	45,5%	47,5%	30,5%
Plaquetas (/mm <sup>3</sup> )	230.000	115.000	103.000
Ureia (mg/dL)	16	58	77
Creatinina (mg/dL)	0,62	1,20	2,46
PCR (mg/dL)	5,0		2,5
VHS (mm/h)	23		22
TGO (U/L)	33		28
TGP (U/L)	22		10
Glicose (mg/dL)	160		140
C3 (mg/dL)	60		30
C4 (mg/dL)	5,0		2,5
Urinálise			Hematúria com dismorfismo
Anti-dsDNA			(+)
Relação urinária Proteína/Cr (g/g)			5,2
Hemoculturas	(-)	(-)	(-)

Além da hidroxicloroquina, o tratamento inicial mais adequado deve incluir:

- (A) Prednisona 60 mg/dia + azatioprina.
- (B) Prednisona 20 mg/dia + ciclofosfamida IV.
- (C) Metilprednisolona 1g três dias + metotrexato.
- (D) Metilprednisolona 500 mg três dias + ciclofosfamida IV.

**112**

Mulher, 26 anos de idade, com antecedente de enxaqueca, apresenta queixa de cefaleia de forte intensidade. Paciente relata que apresenta cefaleia de moderada intensidade três vezes por semana, que responde ao uso de triptanos e dipirona. Desta vez, ela apresenta cefaleia contínua há quatro dias, associada a náuseas e fotofobia, sem vômitos. Já fez uso de sumatriptano, dipirona e ibuprofeno, sem alívio da dor. Nega uso contínuo de medicações analgésicas. Exames clínico e neurológico normais. A conduta mais adequada é:

- (A) Dexametasona IV e tramadol IV.
- (B) Clorpromazina IV e dexametasona IV.
- (C) Clorpromazina IV e cetoprofeno IV.
- (D) Cetoprofeno IV e galcanezumabe SC.

**113**

Homem, 59 anos de idade, com carcinoma espinocelular de orofaringe metastático para pulmão e linfonodos, encontra-se em tratamento sistêmico de primeira linha com agente anti-PD-1 há três meses. Refere astenia importante e pré-síncope ocasionais, além de náuseas e vômitos, há uma semana. Nega diarreia. Ao exame clínico, apresentou FC de 109 bpm, SpO<sub>2</sub> de 96%, PA de 90x60 mmHg, FR de 20 ipm, Temp. de 37,2 °C. Sem outras alterações. O conjunto de exames com maior probabilidade de esclarecer o diagnóstico é:

- (A) ACTH, cortisol e ressonância magnética de adrenais.
- (B) ACTH, cortisol, TSH, T4L, LH, FSH, testosterona e ressonância magnética de hipófise.
- (C) Cálcio iônico, PTH, PTHrp e cintilografia óssea.
- (D) Cálcio iônico, hemograma, hemoculturas e tomografia de tórax.

**114**

Homem, 48 anos de idade, com história de etilismo e diarreia crônica, tem apresentado crises de cólica renal por cálculo nos últimos anos. Observada disfunção renal progressiva nos últimos 18 meses.

- Exames laboratoriais:

Cr: 2,5 mg/dL

Urina tipo I: leucócitos 20/campo, hemácias 3/campo, proteína 0,5 g/L

O exame com maior probabilidade de estar alterado é:

- (A) Ácido úrico sérico.
- (B) Cálcio total sérico.
- (C) Citrato em urina de 24 horas.
- (D) Oxalato em urina de 24 horas.

**115**

Homem, 35 anos de idade, comparece no pronto atendimento com dor muito intensa no dorso do pé direito, com eritema sobre a região do tarso. Está com dificuldade para pisar e refere que até o contato do lençol da cama piora a dor. Dormiu sem dor na noite anterior. Nega trauma local, picada de insetos ou febre. Refere episódio parecido há 3 anos. Nega outras doenças. Faz uso de allopurinol 300 mg ao dia. O tratamento mais adequado neste momento é:

- (A) Betametasona intra-articular + manter allopurinol.
- (B) Betametasona intra-articular + suspender allopurinol.
- (C) Cetoprofeno intravenoso + suspender allopurinol.
- (D) Cetoprofeno intravenoso + manter allopurinol.

**116**

Mulher, 62 anos de idade, hipertensa, em uso regular de medicações, atualmente em quimioterapia para neoplasia de mama, comparece com queixa de dispneia aos esforços, progressiva, associada à tosse seca. Ao exame clínico, apresentou ausculta cardíaca sem alterações e murmúrio vesicular abolido em base direita, associado à maciez à percussão. Ultrassonografia de tórax: derrame pleural livre, com presença de múltiplos focos hiperecoicos. Em relação ao caso apresentado, a conduta inicial mais adequada é:

- (A) Pleurodese por videotoracoscopia.
- (B) Drenagem pleural de longa permanência.
- (C) Toracocentese diagnóstica e de alívio.
- (D) Toracocentese diagnóstica e antibioticoterapia.

**117**

Homem, 72 anos de idade, ex-tabagista, com diagnóstico de Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) associada à cardiopatia isquêmica. Faz uso de AAS, metoprolol, rosuvastatina e formoterol. Refere dispneia aos esforços moderados, além de uma exacerbação necessitando administração de antibiótico e corticoide sistêmico no último ano. Espiometria: VEF<sub>1</sub>/CVF 0,4; VEF<sub>1</sub> pré-broncodilatador 0,92 L (32% do previsto); VEF<sub>1</sub> pós broncodilatador 0,99 L (37% do previsto); CVF pré e pós broncodilatador 2,49 L (76% do previsto). Eosinófilos 340/mm<sup>3</sup>. Além de associar tiotrópico, a conduta mais adequada é:

- (A) Introduzir fluticasona.
- (B) Introduzir fluticasona e suspender metoprolol.
- (C) Suspender metoprolol.
- (D) Não realizar mudanças adicionais.

**118**

Homem, 69 anos de idade, diabético e hipertenso há mais de 15 anos, e com antecedente de revascularização miocárdica há cinco anos. Após internação na UTI por pneumonia comunitária grave com síndrome do desconforto respiratório, evoluiu com injúria renal aguda e necessidade de diálise por método lento contínuo. No 20º dia de internação, está extubado, sem vasopressores, com melhora do delirium, mas ainda anúrico e necessitando suporte renal artificial. A conduta mais adequada neste momento é:

- (A) Realizar biópsia renal.
- (B) Transicionar para hemodiálise intermitente.
- (C) Passar cateter de diálise de longa permanência.
- (D) Administrar furosemida em dose alta.

**119**

Logo após a intubação de uma paciente com crise asmática grave, você ajustou o ventilador com os seguintes parâmetros: modo controlado a volume;  $V_c$  480 mL (8 mL/kg); FR 14 ipm; PEEP 3 cmH<sub>2</sub>O; FiO<sub>2</sub> 40%; fluxo 40 L/min (onda quadrada). A intubação foi realizada com cetamina e rocurônio. O ventilador mecânico apresenta alarmes de alta criticidade: pressão de pico 45 cmH<sub>2</sub>O; volume-minuto 2 L/min. Assinale a alternativa que apresenta a conduta mais adequada.

- (A) Trocar tubo orotraqueal.
- (B) Ventilar com bolsa-valva-máscara.
- (C) Liberar alarme de pressão de pico.
- (D) Realizar aspiração da cânula orotraqueal.

**120**

Homem, 52 anos de idade, com diagnóstico de adenocarcinoma de cólon metastático para fígado e peritônio, em tratamento com 5-fluorouracil e irinotecano. Tomografia recente apresentou progressão da doença. Procurou pronto atendimento com sialorreia, vômitos e diarreia. Ao exame clínico, apresentou PA de 100x60 mmHg, SpO<sub>2</sub> de 95%, FC de 51 bpm, ictérico 2+/4+, miose bilateral, ausculta pulmonar com roncos difusos. Assinale a alternativa que apresenta o tratamento mais adequado.

- (A) Atropina.
- (B) Propantelina.
- (C) Piridostigmina.
- (D) Ondasentrona.



