



UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO



FUNDAÇÃO UNIVERSITÁRIA PARA O VESTIBULAR



HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

## CONCURSO PÚBLICO – EDITAL HU Nº 38/2022

### Instruções

1. Só abra este caderno quando o fiscal autorizar.
2. Verifique se o seu nome está correto na capa deste caderno e se corresponde à área profissional em que você se inscreveu. Informe ao fiscal de sala eventuais divergências.
3. Verifique se o caderno está completo. Ele deve conter 40 questões de múltipla escolha, compostas da raiz da questão e quatro alternativas, e 01 questão dissertativa. Informe ao fiscal de sala eventuais divergências.
4. Durante a prova, são **vedadas** a comunicação entre candidatos e a utilização de qualquer material de consulta, eletrônico ou impresso, e de aparelhos de telecomunicação.
5. A prova deverá ser feita utilizando caneta esferográfica com **tinta azul**. Escreva com letra legível e não assine as suas respostas, para não as identificar.
6. As respostas das questões dissertativas deverão ser escritas exclusivamente nos espaços destinados a elas. O verso das folhas poderá ser utilizado para rascunho e não será considerado na correção.
7. Duração da prova: **2h30**. Tempo mínimo de permanência obrigatória: **1h00**. Não haverá tempo adicional para transcrição de respostas.
8. Uma foto sua poderá ser coletada para fins de reconhecimento facial, para uso exclusivo da FUVEST, nos termos da lei.
9. 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 a capa da prova será considerado(a) ausente da prova.

**LISTA DE ABREVIACÕES**

AA – ar ambiente  
 AAS – ácido acetilsalicílico  
 bpm – batimentos por minuto  
 BRFN – bulhas rítmicas normofonéticas s/ sopros  
 Cr – creatinina  
 DUM – data da última menstruação  
 FC – frequência cardíaca  
 FR – frequência respiratória  
 Hb – hemoglobina  
 HCM – Hemoglobina Corpuscular Média  
 Ht – hematócrito  
 IMC – índice de massa corpórea  
 ipm – incursões por minuto  
 MV – murmúrios vesiculares  
 IRT – tripsina imunoreativa neonatal  
 mmHg – milímetros de mercúrio  
 MMII - membros inferiores  
 P – pulso  
 PA – pressão arterial  
 PO – Pós-operatório  
  
 Sat O<sub>2</sub> – saturação de oxigênio  
 TEC – tempo de enchimento capilar  
 Temp. – temperatura axilar  
 TSH – Hormônio tireo-estimulante  
 U – ureia  
 TTGO – teste de tolerância a glicose oral  
 UBS – Unidade Básica de Saúde  
 USG – Ultrassonografia  
 VCM – Volume Corpuscular Médio  
 VHS – velocidade de Hemossedimentação

**ALGUNS VALORES DE REFERÊNCIA (ADULTOS)**

**Sangue:**  
 Albumina = 3,5 – 5,5 g/dl  
 Bilirrubina Total = 0,3 – 1,0 mg/dl  
 Bilirrubina Direta = 0,1 – 0,3 mg/dl  
 Bilirrubina Indireta = 0,2 – 0,7 mg/dl  
 Ca++ iônico = 4,8 a 5,5 mg/dL  
 Cloretos = 98 - 106 mEq/l  
 Creatinina = 0,7 a 1,3 mg/dL  
 Colesterol total – desejável < 200 mg/dL  
 Eosinófilos = 0,05 a 0,5 mil/ mm<sup>3</sup>  
 Glicemia de jejum = 70 a 100mg/dL  
 Globulinas = 2,0 a 3,5 g/dl  
 HDL = superior a 40mg/dL  
 Hematócrito (Ht) = 40 a 52%  
 Hemoglobina (Hb) = 12 a 14 g/dL  
 Hemoglobina corpuscular média (HCM) = 27 a 32pg  
  
 Hemoglobina glicada (HbA1C) = 4,0 – 6,4%  
 K<sup>+</sup> = 3,5-5,0 mEq/L  
 Lactato = 5 – 15 mg/dl  
 Leucócitos = 5.000 a 10.000/ mm<sup>3</sup>  
 LDL – desejável < 120 mg/dL  
 Linfócitos = 0,9 a 3,4 mil/ mm<sup>3</sup>  
 Magnésio = 1,8 – 3 mg/dl  
 Monócitos = 0,2 a 0,9 mil/mm<sup>3</sup>  
 Na<sup>+</sup> = 135-145 mEq/L  
 Neutrófilos = 1,6 a 7,0 mil/ mm<sup>3</sup>  
 Plaquetas = 150.000 a 450.00/mm<sup>3</sup>  
  
 Proteína Total = 5,5 – 8,0 g/dl  
 Tempo de Protrombina (TP) = INR entre 1,0 e 1,4; Atividade 70 a 100%  
 Tempo de Tromboplastina Parcial Ativada (TTPA) R - até 1,2  
 TSH = 0,4 a 40 mUI/mL  
 Triglicérides desejável < 150 mg/dL  
 Uréia = 10 a 50 mg/dL  
 Volume corpuscular médio (VCM) = 80 a 100 fl

**Gasometria Arterial:**

pH = 7,35 a 7,45  
 pO<sub>2</sub> = 80 a 100mmHg  
 pCO<sub>2</sub> = 35 a 45mmHg  
 Base Excess (BE) = -2 a 2  
 HCO<sub>3</sub> = 22 a 28mEq/L  
 SatO<sub>2</sub> > 95%

**Líquor (punção lombar):**

Células até 4/mm<sup>3</sup>  
 Proteína até 40mg/dL

## QUESTÃO DISSERTATIVA

Leia o resumo do artigo:

RESEARCH ARTICLE

# Sensitivity and Specificity of a Prototype Rapid Diagnostic Test for the Detection of *Trypanosoma brucei gambiense* Infection: A Multi-centric Prospective Study

**Sylvie Bissé<sup>1</sup>\*, Crispin Lumbala<sup>2</sup>, Etienne Nguertoum<sup>3</sup>, Victor Kande<sup>2</sup>, Laurence Flevaud<sup>4</sup>, Gedeao Vatunga<sup>5</sup>, Marleen Boelaert<sup>6</sup>, Philippe Büscher<sup>6</sup>, Theophile Josenando<sup>5</sup>, Paul R. Bessell<sup>7</sup>, Sylvain Biéler<sup>8</sup>, Joseph M. Ndung'u<sup>8</sup>**

**1** INSERM UMR1094, Institute of Neuroepidemiology and Tropical Neurology, Limoges, France,

**2** Programme National de Lutte contre la Trypanosomiase Humaine Africaine (PNLTHA), Kinshasa, Democratic Republic of the Congo, **3** Institut Centrafricain de la Recherche Agronomique (ICRA), Bangui, Central African Republic, **4** Médecins Sans Frontières (MSF) Operational Centre Barcelona-Athens (OCBA), Barcelona, Spain, **5** Instituto de Combate e Controlo das Tripanossomiases, Luanda, Angola, **6** Institute of Tropical Medicine Antwerp, Antwerpen, Belgium, **7** Epi Interventions Ltd., Edinburgh, United Kingdom, **8** Foundation for Innovative New Diagnostics, Campus Biotech, Geneva, Switzerland

\* Current address: Institut Pasteur, Cayenne, French Guiana

\* [sbisser@hotmail.com](mailto:sbisser@hotmail.com)

## Abstract

### Background

A major challenge in the control of human African trypanosomiasis (HAT) is lack of reliable diagnostic tests that are rapid and easy to use in remote areas where the disease occurs. In *Trypanosoma brucei gambiense* HAT, the Card Agglutination Test for Trypanosomiasis (CATT) has been the reference screening test since 1978, usually on whole blood, but also in a 1/8 dilution (CATT 1/8) to enhance specificity. However, the CATT is not available in a single format, requires a cold chain for storage, and uses equipment that requires electricity. A solution to these challenges has been provided by rapid diagnostic tests (RDT), which have recently become available. A prototype immunochromatographic test, the SD BIO-LINE HAT, based on two native trypanosomal antigens (VSG LiTat 1.3 and VSG LiTat 1.5) has been developed. We carried out a non-inferiority study comparing this prototype to the CATT 1/8 in field settings.

A tabela a seguir contém dados de uma amostra representativa da população estudada no trabalho previamente apresentado.

		Teste padrão-ouro (já estabelecido)		
		Doença presente	Doença ausente	Total
Teste rápido (em estudo)	Teste positivo	133	789	922
	Teste negativo	16	13.768	13.784
	Total	149	14.557	14.706

RASCUNHO

NÃO SERÁ

CONSIDERADO NA

CORREÇÃO

Com base no proposto no artigo e na tabela, responda:

(Não é necessário calcular, mas sim demonstrar como realizar os cálculos com os dados desta tabela).

- a) Qual é a **probabilidade pré-teste** da doença na população desse estudo?
  - b) Qual é a **sensibilidade** do teste rápido em estudo?
  - c) Qual é a **especificidade** do teste rápido em estudo?
  - d) Qual é o **valor preditivo positivo** do teste rápido em estudo?
  - e) Qual é o **valor preditivo negativo** do teste rápido em estudo?
  - f) Qual é a **razão de verossimilhança positiva** (*positive likelihood ratio*) para o teste rápido em estudo?
  - g) Quais **alterações** (elevação, manutenção ou queda) seriam esperadas nas seguintes medidas: **probabilidade pré-teste**, **sensibilidade, especificidade e valor preditivo positivo**, se o estudo tivesse sido conduzido numa amostra representativa de uma população na qual a proporção de doentes fosse de 5%?

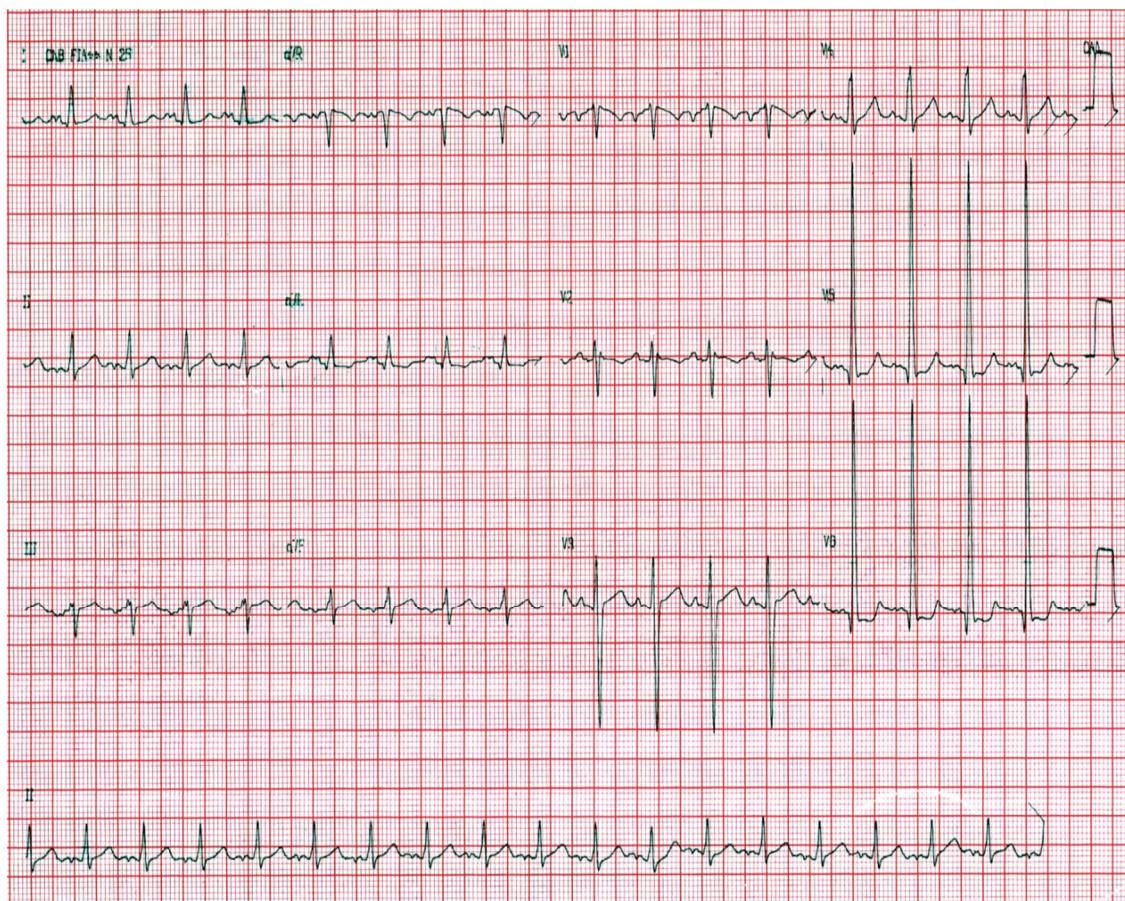
RASCUNHO  
NÃO SERÁ  
CONSIDERADO NA  
CORREÇÃO



RASCUNHO  
NÃO SERÁ  
CONSIDERADO NA  
CORREÇÃO

## 01

Mulher, 63 anos, procura a unidade de urgência por dor torácica de forte intensidade há 2 horas. A dor é lancinante, na região torácica anterior, com irradiação para o dorso e região lombar, associada à sudorese fria e náuseas. Tem como antecedentes HAS há 20 anos e DM2 há 7 anos. Em uso de: losartan 50mg 12/12h, hidroclorotiazida 25mg/dia e metformina 500mg 3xdia. Nega tabagismo ou etilismo. Ao exame clínico apresenta-se em regular estado geral, corada, hidratada, anictérica, acianótica, taquipneica. PA 230x120 mmHg, FC 124 bpm, FR 22 irpm, SatO<sub>2</sub> 97%, T 36,4°C. Respiratório: murmúrios vesiculares presentes bilateralmente, sem ruídos adventícios. Cardíaco: bulhas rítmicas, normofonéticas em 2 tempos, com sopro diastólico em foco aórtico, rude, 3+/6+. Abdome: plano, ruídos hidroáreos presentes, flácido, indolor, sem visceromegalias ou massas palpáveis. MMII: sem edemas. Foi realizado o eletrocardiograma a seguir:

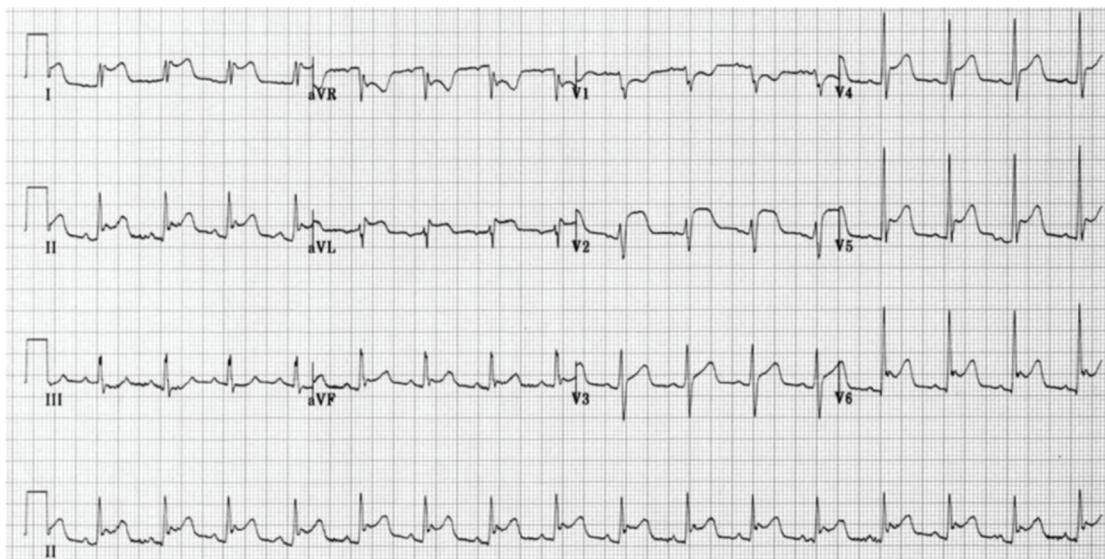


Com base neste caso e na principal hipótese diagnóstica, a conduta medicamentosa na sala de emergência deve ser:

- (A) Ácido acetilsalicílico e clopidogrel via oral.
- (B) Metoprolol e nitroprussiato via intravenosa.
- (C) Atenolol e ácido acetilsalicílico via oral.
- (D) Atenolol via oral e nitroglicerina via intravenosa.

**02**

Homem, 22 anos, teve tosse seca e coriza que duraram três dias há uma semana. Hoje começou a apresentar dor em região precordial súbita, intensa, que piora à inspiração. Acha que teve febre, mas não afeiu. Foi ao pronto-socorro (chegou lá quando estava com dor há 5 horas). O médico de plantão o examinou: bom estado geral, PA 120x80 mmHg, FC 86 bpm, FR 18 irpm. AR: MV presentes bilateralmente sem ruídos adventícios. Cardíaco: bulhas rítmicas, normofonéticas em 2 tempos sem sopros. Solicitado o eletrocardiograma (figura), marcadores de necrose miocárdica, que foram normais, além de ultrassom *point-of-care* do tórax, sem alterações. Recebeu dose de anti-inflamatório não esteroidal, com melhora da dor.



A conduta correta a ser realizada é:

- (A) Internação em unidade de terapia intensiva
- (B) Internação em enfermaria
- (C) Observação na emergência
- (D) Alta hospitalar com anti-inflamatório

**03**

Mulher, 44 anos, separada, natural e procedente de São Paulo com antecedente de câncer de colo de útero estadio IV, sem proposta de tratamento oncológico ativo, comparece na primeira consulta no ambulatório de Cuidados Paliativos queixando-se de dor na região pélvica de forte intensidade (nota 8 em 10). A dor é em queimação, com irradiação para os membros inferiores e também em pressão na região do soalho pélvico. A paciente está em seguimento com a Psicologia e tem bom suporte familiar (marido, filho de 20 anos e irmã). Está em uso de: dipirona 2g 6/6h, tramadol 50mg 6/6h, gabapentina 300mg 8/8h e bisacodil 5mg 1xdia. Está também prescrito morfina 10mg para resgate, porém a paciente não tem tomado, pois diz “ter medo da morfina”. A paciente realizou exames laboratoriais há uma semana: ureia 48 mg/dL (valor de referência: 17 a 49mg/dL) e creatinina 0,8 mg/dL (valor de referência: 0,7 a 1,2mg/dL). Ao exame encontra-se em regular estado geral, descorada+/4+, hidratada, anictérica, eupneica, consciente e orientada. Fácies de dor. FC 82 bpm, PA 130x72 mmHg, FR 16 irpm, SatO<sub>2</sub> 97%. Semiologia pulmonar e cardíaca sem alterações. Abdome: plano, flácido, plastrão palpável no baixo ventre, doloroso, DB negativo. MMII: sem edemas. Qual é a melhor estratégia analgésica para essa paciente?

- (A) Aumentar a dose de tramadol para 100mg 6/6h e manter a dose de gabapentina.
- (B) Aumentar a dose de tramadol para 100mg 6/6h e aumentar a dose de gabapentina para 600mg 8/8h.
- (C) Trocar tramadol por metadona e manter a dose de gabapentina.
- (D) Trocar tramadol por metadona e aumentar a dose de gabapentina para 600mg 8/8h.

**04**

Mulher, 85 anos, acamada há 2 anos após episódio de acidente vascular cerebral isquêmico, evoluindo com demência vascular. É totalmente dependente para as atividades básicas de vida diária; as 2 filhas são cuidadoras que se alternam nos cuidados. Há um ano apresenta disfagia para sólidos e há 3 meses para líquidos. Comparece ao pronto-socorro com história de queda do estado geral, dificuldade respiratória e recusa da alimentação via oral. Na admissão na sala de emergência, apresentava-se em mau estado geral, descorada +/4+, desidratada de algum grau, sem contato com o mundo externo, estertores finos em base direita, com roncos de transmissão, FR 28 irpm, SatO<sub>2</sub> 87% em ar ambiente, taquidispneica, com sororoca, extremidades frias e mal perfundidas, FC 120 bpm, PA 72x40 mmHg. Além disso apresenta gemência à manipulação. A equipe da sala de emergência aborda as filhas sobre a compreensão do quadro atual e elas entendem que a mãe está próxima ao final da vida e não desejam que ela sofra, mas estão muito preocupadas por ela não estar conseguindo comer. Qual é a conduta correta a ser realizada frente à alimentação na fase em que essa paciente se encontra?

- (A) Jejum.
- (B) Dieta pastosa assistida.
- (C) Soro de manutenção basal.
- (D) Passagem de sonda nasoenteral.

**05**

Mulher, 27 anos, vai à consulta em unidade básica de saúde com queixa de “cansaço” nos últimos 2 meses, com piora na última semana. Apresenta ciclos menstruais a cada 24 dias, com fluxo menstrual intenso e duração do sangramento de 8 dias por ciclo. Ao exame clínico apresenta-se em bom estado geral, descorada 2+/4+, hidratada, eupneica. FC 112 bpm, PA 110x70mmHg, FR 16 irpm. Restante do exame sem alterações. Foi solicitado hemograma e perfil de ferro para ser checado no retorno ambulatorial. O perfil de ferro típico da etiologia da anemia apresentada por esta paciente, além de ferro sérico baixo, evidenciará:

- (A) Capacidade total da ligação de ferro aumentada, Saturação de transferrina baixa, Ferritina baixa.
- (B) Capacidade total da ligação de ferro baixa, Saturação de transferrina baixa, Ferritina aumentada.
- (C) Capacidade total da ligação de ferro aumentada, Saturação de transferrina aumentada, Ferritina baixa.
- (D) Capacidade total da ligação de ferro baixa, Saturação de transferrina aumentada, Ferritina baixa.

**06**

Homem, 45 anos, natural do Rio Janeiro, funcionário de limpeza do setor de broncoscopia de Hospital Universitário, comparece ao ambulatório com queixa de nódulo no pescoço. Refere ter notado, há cerca de 3 meses, a presença deste nódulo indolor na cadeia cervical posterior direita, não acompanhada de sinais flogísticos. No mesmo período, iniciou um quadro de febre não aferida, sudorese noturna e emagrecimento de cerca de 12 kg (peso habitual: 68kg), não associado a mudanças alimentares. Tabagista 30 maços-ano. Ao exame apresenta-se em bom estado geral, corado, hidratado, eupneico, emagrecido. PA 120x80 mmHg, FC 102 bpm, FR 16 irpm, T 37,2°C. Há presença de quatro linfonodos palpáveis em cadeia cervical posterior direita, indolores, com mobilidade ligeiramente reduzida e consistência amolecida, cerca de 2 cm cada. O restante do exame físico não apresenta alterações. Em relação à provável causa desta linfonodomegalia e à conduta a ser tomada, pode-se afirmar:

- (A) É benigna e a conduta deve ser expectante.
- (B) É metastática de tumor sólido e a conduta deve ser biopsia excisional.
- (C) É devida à mononucleose infecciosa e a conduta deve ser expectante.
- (D) Tuberculose ganglionar é provável e a conduta deve ser biopsia.

**07**

Homem, 45 anos, é levado ao pronto-socorro por rebaixamento do nível de consciência. Há 3 meses com queda do estado geral, perda de peso, aumento do volume abdominal e edema de MMII. Há um dia com sonolência excessiva. A esposa percebeu que suas fezes estavam escurecidas nos últimos 4 dias, com 2 evacuações por dia, pastosas. Antecedente pessoal de Hepatite C (diagnóstico há um mês em consulta na UBS). Fez USG abdome que demonstrou fígado heterogêneo e de dimensões reduzidas – desde então em uso de furosemida 40mg/dia e espironolactona 100mg/dia. Sem história de etilismo ou tabagismo. Ao exame: regular estado geral, descorado 2+/4+, desidratado de algum grau, ictérico 3+/4+, eupneico. PA: 90x60 mmHg, FC: 98 bpm, T: 36,4°C, SatO<sub>2</sub>: 97%. Glicemia capilar: 120 mg/dL. Neurológico: confuso e sonolento, flapping presente, sem déficit localizatório. AR: MV+ bilateralmente, diminuído nas bases, sem RA. ACV: BRNF em 2T sem sopros. Abdome: sinais de ascite volumosa, presença de circulação colateral, doloroso à palpação difusamente. MMII: edema simétrico 2+/4+, sem sinais de TVP.

Assinale a alternativa que contenha duas condutas indispensáveis na investigação da causa precipitadora do quadro atual desse paciente:

- (A) Dosagem de cálcio total sérico e endoscopia digestiva alta.
- (B) Dosagem de adenosina deaminase sérica e paracentese diagnóstica.
- (C) Paracentese diagnóstica e endoscopia digestiva alta.
- (D) Endoscopia digestiva alta e dosagem de adenosina deaminase sérica.

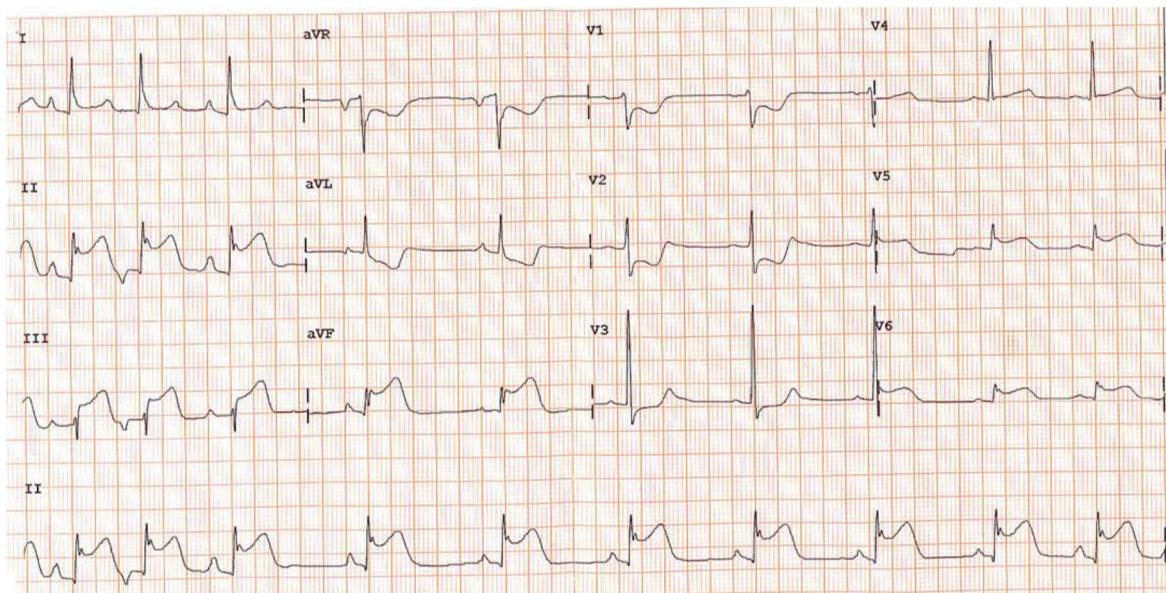
## 08

Mulher, 28 anos, é trazida pela mãe à emergência após ter sido encontrada desacordada em casa. A mãe relata que horas antes a filha havia se desentendido com o namorado. Ao exame: regular estado geral, PA 180x100 mmHg, FC 120 bpm, T 36,7°C, Sat<sub>O<sub>2</sub></sub> 91%. Glicemia capilar: 110 mg/dL. Apresenta sialorreia e sudorese. Neurológico: Glasgow 11 (AO 3 RM 5 RV3), pupilas mióticas. Respiratório: murmúrios vesiculares presentes com roncos difusos. Cardíaco: bulhas rítmicas normofonéticas em 2 tempos sem sopros. Abdome: ruídos hidroáreos aumentados, flácido, sem visceromegalias. O eletrocardiograma realizado evidenciou taquicardia sinusal. O antídoto que deve ser ministrado neste caso é:

- (A) Bicarbonato de sódio.
- (B) Flumazenil.
- (C) Atropina.
- (D) Naloxona.

## 09

Homem de 75 anos, hipertenso, dislipidêmico e tabagista, foi admitido na Sala de Emergência com história de dor torácica opressiva intensa com início há 30 minutos, com náuseas, sudorese e palidez. Pressão arterial de 70/40 mmHg; frequência cardíaca de 84bpm. Ausculta pulmonar sem estertores e ausculta cardíaca regular sem sopros. Tempo de enchimento capilar 5 segundos. Glicemia Capilar de 210 mg/dL. Foi realizado o seguinte eletrocardiograma:



Enquanto estava sendo monitorizado, a enfermeira informou que o paciente estava convulsionando. O monitor apresentava o seguinte ritmo cardíaco neste exato momento:

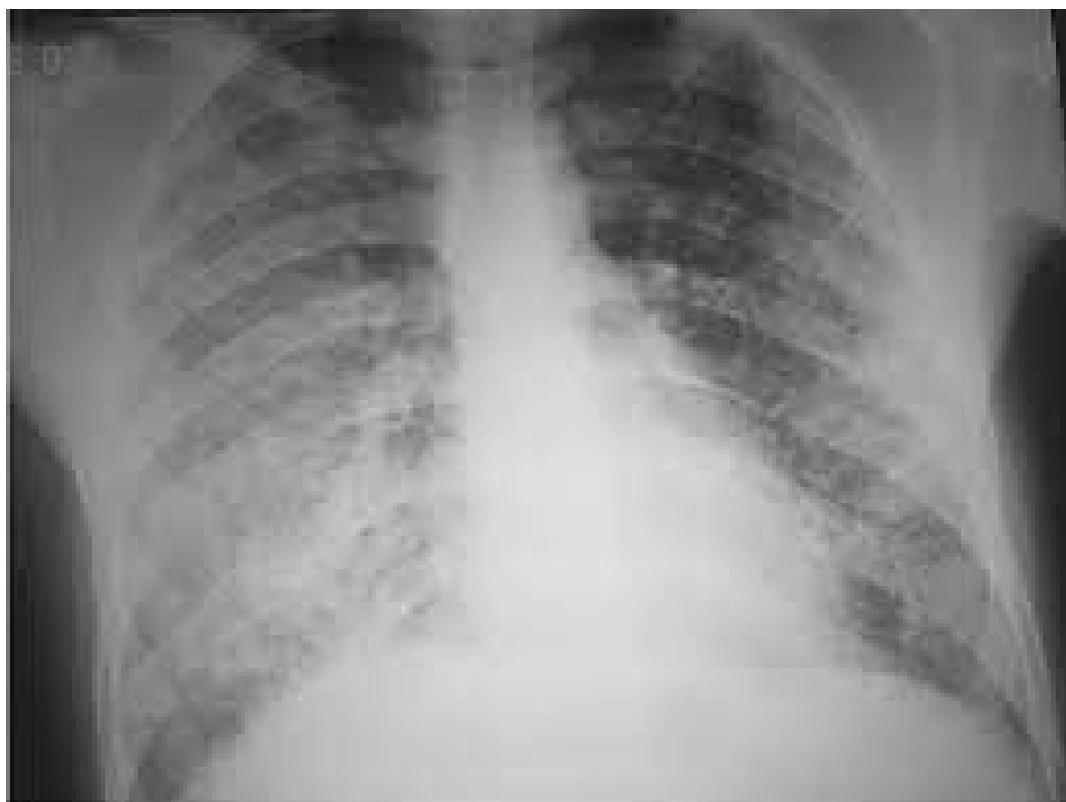


A conduta imediata a ser tomada é:

- (A) Realizar cardioversão elétrica sincronizada.
- (B) Realizar desfibrilação.
- (C) Administrar 10 mg de diazepam intravenoso.
- (D) Iniciar a trombólise imediatamente.

**10**

Mulher de 42 anos de idade, veterinária, sem doenças prévias, procurou o pronto-socorro com queixas de astenia, mal-estar, mialgia, febre de 39,0°C e pele amarelada há 5 dias. Reside na cidade de São Paulo e nega viagens recentes. Refere etilismo social e nega uso de outras drogas. Ao exame de entrada encontrava-se em regular estado geral, consciente e orientada, corada, desidratada +1/+4, icterica 2+/4+, pulso 112 bpm, pressão arterial 105x65 mmHg, Temperatura 38,7°C, frequência respiratória 28rpm, SatO<sub>2</sub> 94% em ar ambiente. Ausculta pulmonar e cardíaca sem alterações. Abdome com hepatometria de 18 cm e espaço de Traube ocupado. Membros inferiores sem edemas. Glicemia capilar 95 mg/dL. Na admissão no pronto-socorro foram realizados os exames complementares a seguir. As medidas de suporte para essa paciente já foram iniciadas.



BIOQUÍMICA	
RESULTADO	VALOR REFERÊNCIA
URÉIA.....: 192mg/dL	17 a 49 mg/dL
CREATININA.....: 4.4 mg/dL	0.70 a 1.20 mg/dL
SÓDIO.....: 148 mEq/L	136 a 145 mEq/L
POTÁSSIO.....: 3.0 mEq/L	3.5 a 5.1 mEq/L
CLORO .....: 104 mEq/L	98 a 106 mEq/L
CPK .....: 1915 UI/L	32 a 294 UI/L
TP.....: 15,2 segundos	9,8 - 12,1 segundos
TTPA.....: 31,9 segundos	25,0 - 31,3 segundos
BILIRRUBINA DIRETA.....: 7,4 mg/dL	Até 0,3 mg/dL
BILIRRUBINA INDIRETA.....: 0,6 mg/dL	Até 0,9 mg/dL
ASPARTATO TRANSAMINASE.: 280 U/L	Até 40 U/L
ALANINA TRANSAMINASE.....: 300 U/L	Até 41 U/L
FOSFATASE ALCALINA .....: 120 U/L	40 a 150 U/L
GAMA GT.....: 180 U/L	5 a 27 U/L
ALBUMINA.....: 3,6 g/dL	3,5 a 5,2 g/dL
HEMOGRAMA	
SÉRIE VERMELHA	
RESULTADO	VALOR REFERÊNCIA
HEMOGLOBINA....: 14,3 g/dL	12,5 - 16,5 g/dL
HEMATÓCRITO....: 39,0 %	41 - 53 %
VCM.....: 88,0 fL	80 - 100 fL
HCM.....: 28,8 pg	26 - 34 pg
CHCM.....: 34,7 g/dL	31 - 37 g/dL
RDW.....: 13,0 %	até 14,9 %
SÉRIE BRANCA	
RESULTADO	VALOR REFERÊNCIA
LEUCÓCITOS....: 16.120 /mm <sup>3</sup>	4.500 - 11.000 /mm <sup>3</sup>
NEUTRÓFILOS....: 81,4 % 13.122 /mm <sup>3</sup>	(40 - 70 %) 1.800 - 7.700 /mm <sup>3</sup>
LINFÓCITOS....: 11,9 % 1.918 /mm <sup>3</sup>	(22 - 44%) 1.000 - 4.800 /mm <sup>3</sup>
MONÓCITOS.....: 5,0 % 806 /mm <sup>3</sup>	(2 - 11%) 80 - 1.200 /mm <sup>3</sup>
EOSINÓFILOS....: 1,0 % 161 /mm <sup>3</sup>	(1 - 5%) 45 - 600 /mm <sup>3</sup>
BASÓFILOS.....: 0,7 % 112 /mm <sup>3</sup>	(0 - 2%) 0 - 200 /mm <sup>3</sup>
SÉRIE PLAQUETÁRIA	
RESULTADO	VALOR REFERÊNCIA
PLAQUETAS.....: 70.000 /mm <sup>3</sup>	150.000 - 400.000 /mm <sup>3</sup>
GASOMETRIA ARTERIAL	
RESULTADO	VALOR REFERÊNCIA
pH.....: 7.30	7.35 a 7.45
PO2.....: 70 mmHg	80 a 100 mmHg
PCO2.....: 30 mmHg	35 a 45 mmHg
HCO3.....: 14 mmol/L	22 a 27 mmol/L
B.E.....: -8 mmol/L	-2 a 3 mmol/L
SAT. O2.....: 93 %	96 a 98 %
LACTATO ARTERIAL.....: 30 mg/dL	< 14 mg/dL

Assinale a alternativa que contenha as condutas terapêuticas necessárias ao tratamento da doença e das complicações apresentadas pela paciente:

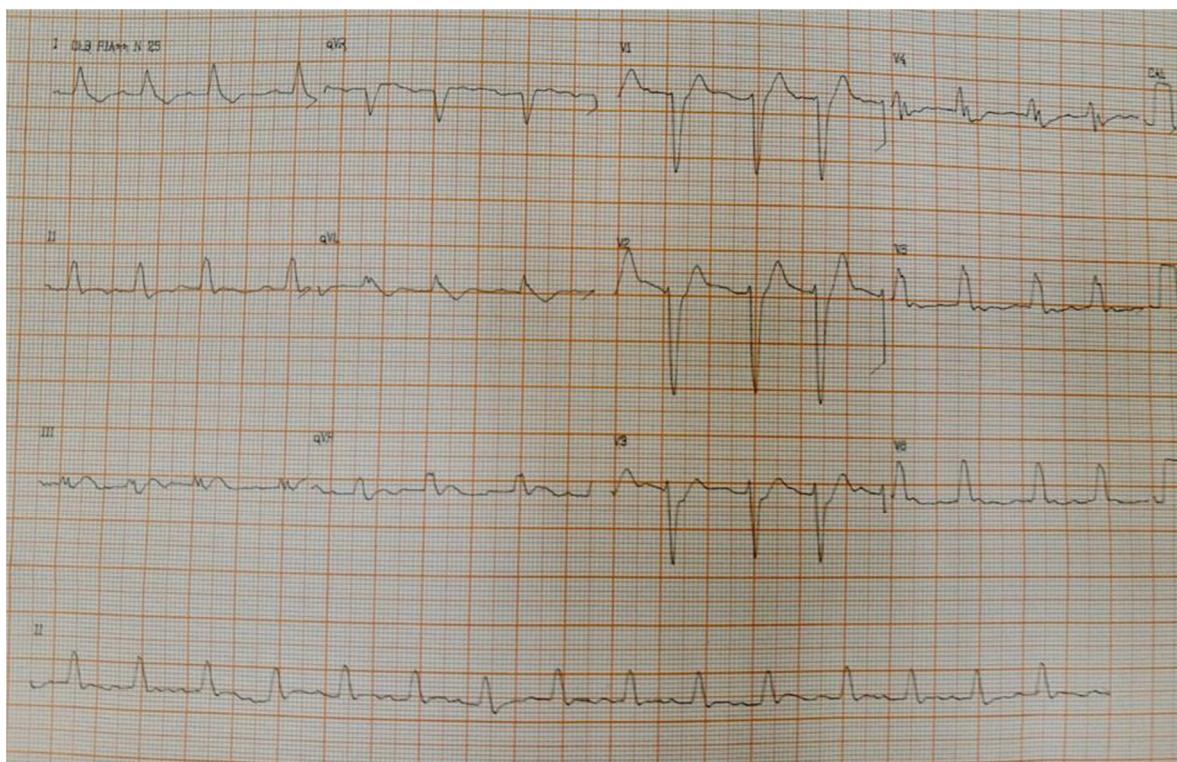
- (A) Ceftriaxone e diálise.
- (B) Oseltamivir e diálise.
- (C) Levofloxacina e hidratação com soro fisiológico.
- (D) Dexametasona e hidratação com soro fisiológico.

**11**

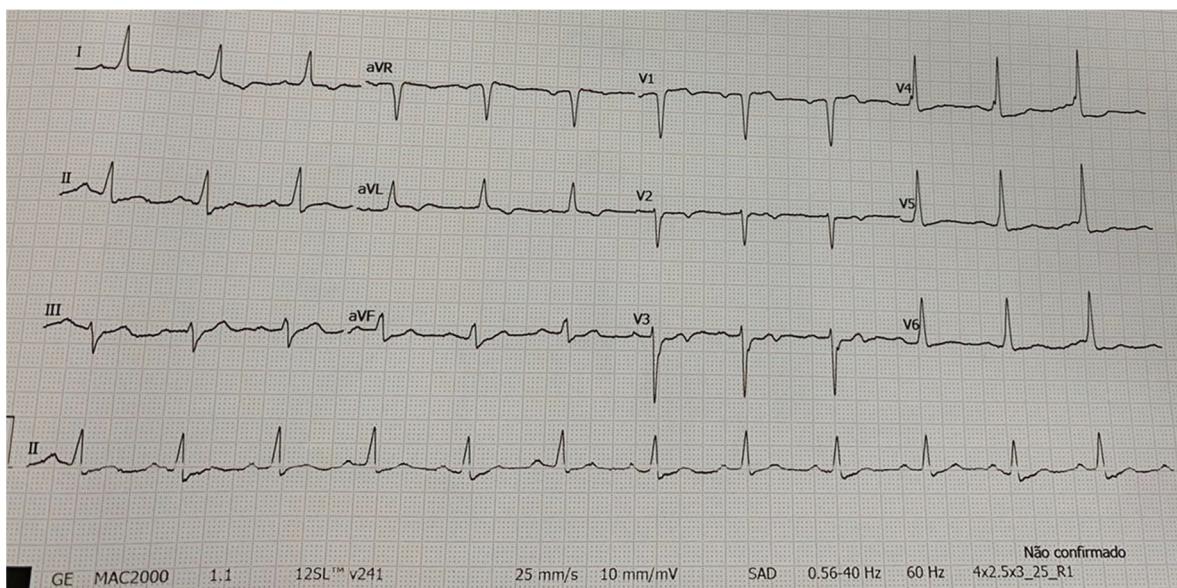
Homem, 62 anos, docente, dá entrada no pronto-socorro do Hospital Universitário com 30 minutos de dor torácica. Tinha feito a sua caminhada habitual no CPUSP (Centro de Práticas Esportivas da USP) e depois retornado para a sua unidade de trabalho,

quando começou a sentir dor precordial opressiva e progressiva, com sudorese. Na entrada dor nota 9 em 10, sem irradiação. Desconhece doenças prévias e costuma passar em avaliações clínicas periódicas, inclusive com exames cardiológicos normais (sic). Nega tabagismo, etilismo, uso de drogas ou uso de medicações. Na entrada: REG, lúcido e sem déficit neurológico, PA 140/90 mmHg em ambos os membros superiores, FC 110 bpm, SatO<sub>2</sub> 96% em ar ambiente, FR 20 irpm, eupneico, corado, hidratado, anictérico, acianótico, afebril, boa perfusão periférica, eutrófico. Sem estase jugular, BRNF sem sopros, MV presentes sem ruídos adventícios. Abdome e membros sem alterações, com pulsos distais palpáveis e simétricos. Foi solicitado eletrocardiograma (ECG 1). Ministrado AAS 200 mg, clopidogrel 300 mg, enoxaparina 80 mg SC, atorvastatina 40 mg e isordil 5mg SL. Dez minutos após a sua chegada, paciente inicia episódios reentrantes de perda de consciência, abalos convulsivos e no monitor registrado ora Taquicardia ventricular, ora Fibrilação ventricular. Foi submetido a várias cardioversões elétricas, iniciado amiodarona endovenosa e fibrinolítico (alteplase). O paciente evolui com estabilização clínica e melhora da dor, repetindo o eletrocardiograma (ECG 2).

ECG1



ECG 2 (PÓS FIBRINOLÍSE)



Analise o caso clínico e os ECGs do paciente e assinale a alternativa correta:

- (A) O paciente apresentou IAM com tempestade elétrica e por isso a opção por amiodarona foi acertada, porém, a decisão por fibrinólise não foi correta, uma vez que o IAM não era com SUPRA DE ST, o que ficou claro com o ECG pós fibrinólise.
- (B) O paciente apresentou IAM com BRE agudo e, ao avaliar os critérios de Sgarbossa, notou-se que o paciente ganha 3 pontos pela presença de infra de ST > ou igual a 1 mm em V3, e, por isso, a fibrinólise estava indicada.
- (C) Em D3, em paciente com BRE, seria esperado que o ST estivesse infrado e com onda T negativa e, por isso, seria possível suspeitar de BRE agudo, embora, a rigor, pelos critérios de Sgarbossa, seria esperado um supra de ST > ou igual a 1mm discordante com o QRS.
- (D) Os critérios de Sgarbossa apresentam alta sensibilidade, mas baixa especificidade para o diagnóstico de BRE agudo, e a artéria mais frequentemente acometida em IAM com BRE agudo é a circunflexa, porção proximal.

## 12

Mulher, 65 anos, foi trazida ao pronto-socorro por queda da própria altura e perda transitória do nível de consciência. Encontra-se em observação clínica e a equipe do plantão anterior suspeitou de síncope por IAM sem supra de ST, porque embora tenha ECG normal, a troponina inicial da paciente estava alterada = 50 ng/mL (valor de referência <14 ng/mL). Segunda troponina em análise. A paciente desconhece doenças prévias. Nega etilismo, tabagismo, uso de drogas ou uso de medicações. Não se lembra do que ocorreu e nega sintomas anteriores à perda de consciência. Primeiro episódio desse tipo. Negou dor torácica, dispneia, palpitações ou episódios prévios de perda de consciência. Exame físico sem alterações. Nesse momento assintomática e monitorizada. Foi chamado o marido, testemunha do evento, para mais informações e ele refere que a paciente estava no *playground* com os netos e ele estava os observando do quinto andar do prédio, pela janela. Notou que algo estava errado quando viu a sua esposa no chão e várias pessoas em volta. Como tem prótese de fêmur e usa muletas, demorou mais ou menos 5 minutos para chegar até o local e encontrou a esposa ainda inconsciente. Chamou o SAMU e a paciente só recuperou o nível de consciência quando estava chegando ao hospital, em aproximadamente 30 minutos. Com base na análise desse quadro clínico, é correto afirmar:

- (A) A paciente com certeza não apresentou síncope, que se caracteriza por perda transitória rápida (menos que 2 a 3 minutos de duração) e completa da consciência. Nesse caso, o principal diagnóstico diferencial deve ser crise convulsiva e o exame a ser solicitado nesse momento é a Tomografia de crânio.
- (B) Trata-se de síncope, porém deve-se considerar que síncope não é apresentação comum do IAM, ocorrendo apenas em 3% dos IAMs e, em geral, com ECG diagnóstico, principalmente no IAM de parede inferior, por hipotensão relacionada à disfunção de ventrículo direito ou ao reflexo de Bezold-Jarisk.
- (C) Na investigação de perda transitória da consciência, é fundamental uma anamnese detalhada e especialmente com a testemunha. Felizmente, a maioria das quedas entre os idosos são presenciadas ou então o paciente se lembra de ter caído accidentalmente e não perdido a consciência, o que facilitará a investigação causal da mesma.
- (D) Pelo quadro clínico típico de síncope por IAM, a melhor conduta é iniciar AAS, clopidogrel e enoxaparina, mesmo antes do resultado da segunda troponina. Além disso, a paciente não tem comorbidades que justifiquem essa elevação inicial da troponina apresentada nesse caso.

## 13

Mulher, 61 anos, é trazida ao “Gripário” (setor para casos respiratórios no pronto-socorro do HU) pelo SAMU após queda da própria altura. Relata perda de consciência sem pródromo, que durou aproximadamente 3 minutos. Não bateu a cabeça porque foi amparada por familiar, que disse que a paciente ficou pálida e sudoreica, mas que não apresentou abalos e, sim, hipotonia. AP: HAS em uso de hidroclortiazida. Negou tosse, coriza ou febre. Negou emagrecimento, tabagismo ou etilismo. A paciente não foi vacinada para a COVID-19 pois “achou que a pandemia e as vacinas eram questões políticas”. Na chegada do SAMU à residência da paciente, ela apresentava-se em regular estado geral, lúcida e sem déficit neurológico, com SatO<sub>2</sub>=85% em ar ambiente, FC=120 bpm, PA=90/60 mmHg, glicemia capilar=110 mg/dL. Chegou ao PS com máscara de O<sub>2</sub> não reinalante 10L/min e SatO<sub>2</sub> 90%, FR=30 irpm, mas paciente confortável, PA=85/60 mmHg, boa perfusão periférica, lúcida e orientada, corada, hidratada, anictérica, acianótica afebril, murmúrios vesiculares presentes sem ruídos adventícios, bulhas rítmicas normofonéticas em 2 tempos, sem sopros, sem estase jugular, íctus não palpável. Abdome e membros sem alterações. Com base nesse caso clínico, assinale a alternativa que contenha a principal hipótese diagnóstica e o exame complementar que deve ser solicitado para a elucidação:

- (A) Infarto agudo do miocárdio – troponina.
- (B) Tromboembolismo pulmonar - angiotomografia de artérias pulmonares.
- (C) COVID-19 - tomografia de tórax.
- (D) Pneumonia - radiografia de tórax.

**14**

Homem, 25 anos, procura o PS por queda do estado geral, febre de até 39 graus há 20 dias, além de mialgia, perda de peso, anorexia. Há 3 dias notou dor, edema e calor no tornozelo direito. Há 1 dia dispneia e tosse. Sem doenças conhecidas. Usuário de drogas injetáveis. Fez uso de amoxacilina+ácido clavulâmico e claritromicina por 7 dias sem melhora clínica. Ao exame: REG, descorado 2+/4+, emagrecido, PA=90x50 mmHg, FC=130 bpm, temp=39°C, FR=35 irpm, lúcido, sem déficits neurológicos, MV presentes com estertores finos na base direita, SatO<sub>2</sub>=87% em ar ambiente, BRNF sopro sistólico++/4 tricúspide. Abdome sem alterações. Artrite em tornozelo direito. Glicemia capilar=110 mg/dL. Petéquias em pálato. Resultados dos exames solicitados: Hemograma com leucocitose e desvio à esquerda, PCR elevada. Hemocultura: cocos gram positivo em crescimento. A radiografia de tórax evidenciou múltiplos infiltrados alveolares no terço inferior do campo pulmonar direito (foto). HIV negativo.



Assinale a alternativa que contenha o exame complementar que ajudará na elucidação diagnóstica e a conduta terapêutica correta para o caso.

- (A) Ecodopplercardiograma e oxacilina.
- (B) Tomografia de tórax e ceftriaxone.
- (C) Angiotomografia de tórax e anticoagulação.
- (D) Gasometria arterial e noradrenalina.

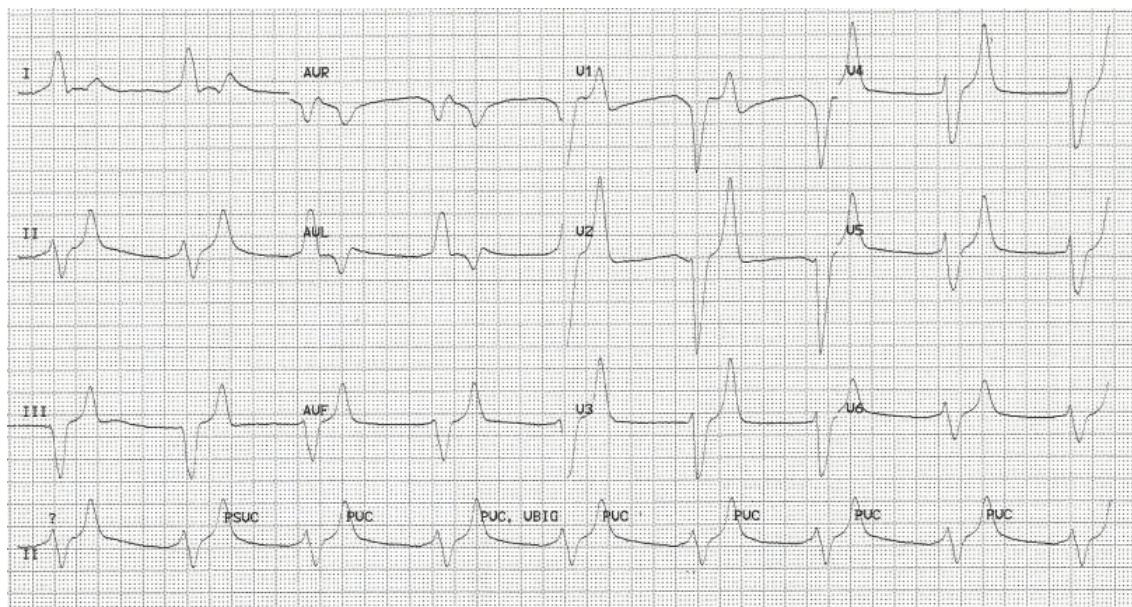
**15**

Homem, 55 anos, negro, é encaminhado ao pronto-socorro pelo médico do trabalho por achado de pressão arterial de 200/110 mmHg em exame periódico. O paciente desconhecia qualquer doença prévia, é tabagista e não faz uso de medicações. Nega dor torácica, dispneia, cefaleia, nem apresenta déficits neurológicos. Nega ainda redução da diurese ou edemas. Também nega alterações visuais. Sua mãe e seu irmão são hipertensos e está preocupado porque esse irmão teve um AVC aos 55 anos. O exame físico desse paciente está normal, a não ser pela PA de 200/120 mmHg em ambos os membros superiores. Qual o diagnóstico e a melhor conduta para esse paciente?

- (A) É possível nesse momento já fazer o diagnóstico de hipertensão arterial, porque a pressão arterial sistólica está maior que 180 mmHg, porém, como o paciente está assintomático, pode-se encaminhar o paciente para o ambulatório de funcionários em data oportuna, sem medicações e orientar que leve na consulta um MRPA.
- (B) O paciente tem HAS grave assintomática, deve iniciar duas medicações via oral desde já e ser avaliado precocemente no ambulatório de retaguarda do PS levando uma função renal e o MRPA, com metas de redução para menos de 160/100 mmHg ou em 25-30% do valor inicial em horas a dias.
- (C) O paciente apresenta-se em Emergência Hipertensiva e deve ser encaminhado para sala de emergência, coletar função renal, eletrólitos, hemograma e ECG e iniciar nitroprussiato endovenoso com metas de redução da PA média em 15% na primeira hora e mais 15% nas próximas 23h.
- (D) O paciente apresenta HAS maligna e necessita de nifedipina sublingual imediata, furosemida oral, fundo de olho para avaliar papiledema e função renal para avaliar nefroesclerose aguda hipertensiva. A meta será redução da pressão arterial para menos que 120/80 mmHg em 24 horas.

**16**

Homem, 55 anos, chega ao pronto-socorro do HU no plantão do sábado à noite. Ele é dialítico por hipertensão arterial crônica há 12 anos e faz hemodiálise nas segundas, quartas e sextas-feiras, porém perdeu a diálise da quarta-feira e da sexta-feira. No momento, o paciente refere apenas astenia intensa. Ele é anúrico. Está lúcido e orientado, descorado+/4, anictérico, acianótico, afebril, PA=150/80 mmHg, FC=75 bpm, SatO<sub>2</sub> 96% em ar ambiente, MV presentes sem ruídos adventícios, eupneico, BRFN sem sopros. Abdome e membros sem alterações. Não se realiza hemodiálise no HU aos finais de semana a partir das 16h do sábado, e a clínica de diálise do paciente já fechou e só funcionará na segunda-feira. Foram coletados eletrólitos e solicitado um ECG:



Quais as condutas imediatas que precisam ser feitas para esse paciente?

- (A) Iniciar sorocal via oral com manitol de 4/4h, furosemida endovenosa 10 ampolas de 6/6h e bicarbonato de sódio 1mEq/kg 1x dia, para que o paciente possa aguardar a diálise no HU na segunda-feira.
- (B) Como está oligossintomático, o paciente poderá ter alta para procurar a clínica de diálise na segunda-feira cedo, com orientações de retornar caso tenha confusão mental, vômitos ou diarreia ou começar a apresentar edemas e dispneia.
- (C) Gluconato de cálcio endovenoso 1 a 2 ampolas imediato, glicoinsulina imediatamente e a cada 2 a 4h, beta-2-agonista de horário e bicarbonato se paciente estiver com acidose, enquanto conseguimos a transferência imediata para um hospital com hemodiálise 24h.
- (D) Coletar troponina, iniciar AAS 300 mg, clopidogrel 300 mg e enoxaparina, além de seriar o ECG porque a astenia referida provavelmente é um equivalente isquêmico, estando o paciente na fase hiperaguda de um IAM com supra de ST.

**17**

No mesmo dia no ambulatório de funcionários do Hospital Universitário, foram atendidos 4 pacientes (A, B, C e D). Para cada um deles foi acessado o risco cardiovascular (tabela de Escore de Risco Global) e tomada a conduta adequada. Dessa forma, associe o paciente (A, B, C e D) com a conduta tomada corretamente (I, II, III e IV) e assinale a alternativa correspondente.

**Tabela VI. Atribuição de pontos de acordo com o risco cardiovascular global: para homens**

Pontos	Idade (anos)	HDL-C	CT	PAS (não tratada)	PAS (tratada)	Fumo	Diabetes	Total
-2	60+			< 120				
-1	50-59							
0	30-34	45-49	< 160	120-129	< 120	Não	Não	
1	35-44	160-199	160-199	130-139				
2	35-39	< 35	200-239	140-159	120-129			
3			240-279	160+	130-139	Sim		
4			280+		140-159	Sim		
5	40-44				160+			
6	45-49							
7								
8	50-54							
9								
10	55-59							
11	60-64							
12	65-69							
13								
14	70-74							
15+	75+							
Pontos								Total

**Tabela VII. Risco cardiovascular global em 10 anos: para homens**

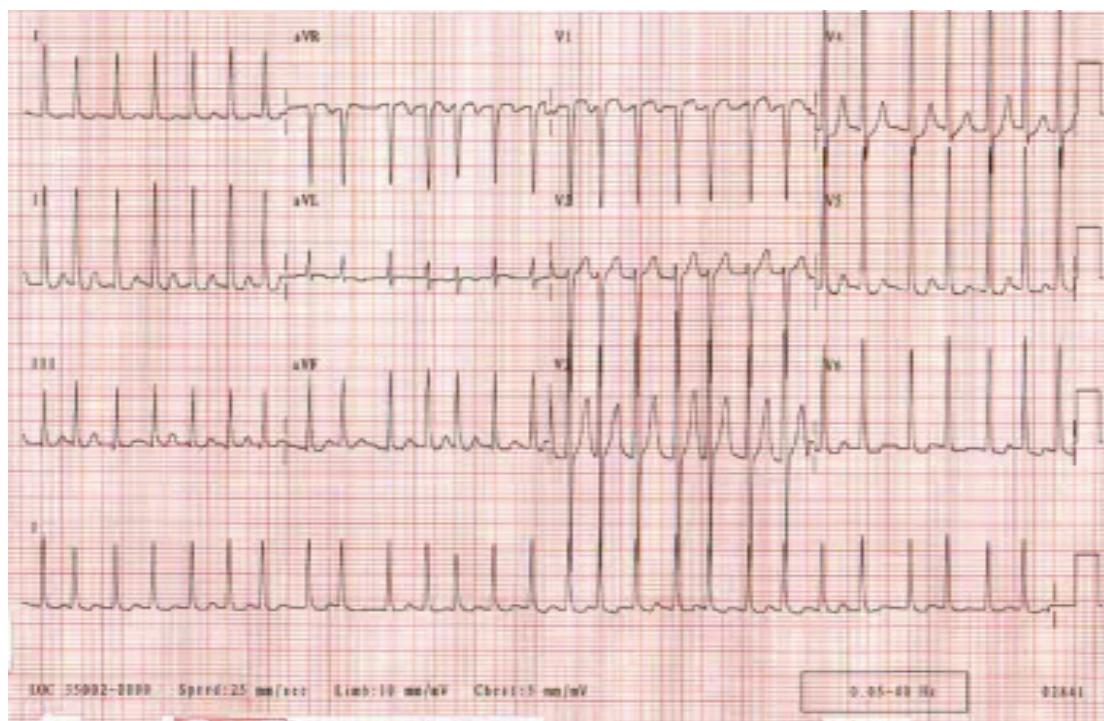
Pontos	Risco (%)	Pontos	Risco (%)
≤ -3 ou menos	< 1	13	15,6
-2	1,1	14	18,4
-1	1,4	15	21,6
0	1,6	16	25,3
1	1,9	17	29,4
2	2,3	18+	> 30
3	2,8		
4	3,3		
5	3,9		
6	4,7		
7	5,6		
8	6,7		
9	7,9		
10	9,4		
11	11,2		
12	13,2		

- I. Homem, 50 anos, vem em consulta para *check-up*. Assintomático. Sedentário, tabagista 20 maços-ano. Alimentação variada, consome verduras e legumes e evita gorduras saturadas. Peso estável. Muito stress no trabalho. AF negativo para doença aterosclerótica prematura. EF BEG IMC=23 kg/m<sup>2</sup>, PA=110/70 mmHg, FC=80 bpm, sem outras alterações. Perfil lipídico: CT 185 mg/dL, LDL 100 mg/dL, HDL 29 mg/dL, TG 145 mg/dL, Glicemia=90, Hb glicada 5,7%.
- II. Homem, 50 anos, vem para consulta ambulatorial. Sem queixas. É diabético há 15 anos e etilista moderado. Nega tabagismo. Faz uso de glibenclamida 5mg 2xdia e metformina 850mg 3xdia. Faz caminhada diária de 20 minutos. AF negativo para doença aterosclerótica prematura. EF BEG IMC=33, PA=110/70 mmHg, FC=80 btm, CA=110 cm, sem outras alterações. Perfil lipídico: CT 219 mg/dL, LDL 100 mg/dL, HDL 29 mg/dL, TG 350 mg/dL, Glicemia=190, Hb glicada 8,7%.
- III. Homem de 20 anos vem para consulta de *check-up*. Sem queixas. Sem doenças conhecidas. Nega tabagismo, etilismo ou uso de drogas. Não usa medicações. Pratica esportes 5x semana há 6 anos. AF pai faleceu por IAM aos 45 anos. EF BEG IMC=23kg/m<sup>2</sup>, PA=110/70 mmHg, FC=80 bpm, CA=85cm, sem outras alterações. Perfil lipídico: CT 329 mg/dL, LDL 250 mg/dL, HDL 59 mg/dL, TG 100 mg/dL, Glicemia=80, Hb glicada 5,2%.
- IV. Homem de 60 anos, com diagnóstico de angina estável. É hipertenso há 20 anos, tabagismo 30 maços-ano, etilismo 2 doses/dia e obesidade. É sedentário, estressado e faz uso de grande quantidade de gordura saturada e carboidratos livres. Não consome verduras e legumes. Não tem sintomas cardiovasculares. Faz uso irregular de captopril 50mg 3xdia, hidroclortiazida 25mg e anlodipina 10mg. EF BEG IMC=35kg/m<sup>2</sup>, PA=160/100 mmHg, FC=80 bpm, CA=135cm, sem outras alterações. Perfil lipídico: CT 274 mg/dL, LDL 175 mg/dL, HDL 29 mg/dL, TG 350 mg/dL, Glicemia=100, Hb glicada 5,7%. ECG: ritmo sinusal, SVE. Creat=1,7 mg/dL.
- A. Alto risco cardiovascular - presença de equivalente de doença arterial aterosclerótica - estatina para prevenção secundária com meta de LDL < 70.
- B. Muito alto risco cardiovascular - presença de doença aterosclerótica manifesta - estatina para prevenção secundária com meta de LDL < 50.
- C. Risco cardiovascular intermediário - indicação de estatina para prevenção primária sem meta de LDL.
- D. Muito alto risco cardiovascular - hipercolesterolemia familiar - meta de LDL < 50.

- (A) I-D, II-C, III-A, IV-B  
 (B) I-B, II-D, III-C, IV-A  
 (C) I- A, II-D, III-B, IV-C  
 (D) I-C, II-A, III-D, IV- B

**18**

Mulher, 73 anos, é trazida ao pronto-socorro por dispneia de início há 1 dia, em repouso. Nega dor torácica. Primeiro episódio desse tipo. Previamente assintomática do ponto de vista cardiovascular e ativa. É diabética e hipertensa e faz uso de enalapril 20 mg 2xdia, hidrocortiazida 25 mg, gliclazida 60 mg 2xdia e metformina XR 1g 2xdia. Ao exame clínico: BEG, lúcida e sem déficit neurológico, PA=160/80 mmHg, FC=160 bpm, SatO<sub>2</sub>=93% em ar ambiente, FR=40 ipm, corada, hidratada, anictérica, acianótica, afebril. MV presentes com estertores em bases bilateralmente. Bulhas arrítmicas hipofonéticas em 2 tempos sem sopros. Abdome e membros sem alterações. Foi realizado o ECG.



Em relação a esse caso, é correto afirmar:

- (A) A melhor conduta será iniciar anticoagulação e controle da frequência cardíaca com bloqueador de cálcio diidropiridínico ou digoxina.
- (B) A paciente tem critérios de instabilidade hemodinâmica e portanto, deve ser realizada a imediata cardioversão elétrica com 100 J.
- (C) A melhor conduta será iniciar amiodarona para cardioversão química e controle da frequência cardíaca, não sendo necessário iniciar anticoagulação, uma vez que a FA tem menos de 48h de duração.
- (D) Após a alta hospitalar e 4 semanas de anticoagulação efetiva, a paciente poderá se beneficiar de controle do ritmo, uma vez que tem FA sintomática de início menor a 12 meses.

**19**

Em relação aos 4 casos clínicos a seguir (I a IV) admitidos no Pronto-Socorro, faça a correlação com a conduta adequada (A a D) e assinale a alternativa que apresenta a correspondência correta:

- I. Homem, 75 anos, com IC com fração de ejeção reduzida, em uso de furosemida 120 mg/dia, enalapril 20 mg 2x dia, carvedilol 25 mg 2x dia e espironolactona 25 mg dia em uso correto de medicação e seguindo a recomendação do médico do ambulatório com relação à restrição hídrica de 800 mL/dia. Há 1 semana vem tendo diarreia líquida de 3 a 6 episódios ao dia. Deu entrada no PS após pré-síncope, em REG, tempo de enchimento capilar de 5 segundos e PA=80/50 mmHg, semiologia pulmonar normal.
- II. Homem, 66 anos, em uso de valsartan 80 mg 2x dia, metoprolol 50 mg e furosemida 40 mg dia para tratamento de IC com FE reduzida, queixava-se de dispneia aos pequenos esforços há uma semana e deu entrada em BEG, com estertores finos em bases, PA=140/90 mmHg e edema ++/4+ em membros inferiores.
- III. Homem, 50 anos, com IC com FE reduzida e uso de bisoprolol 2,5 mg, furosemida 40 mg 2x dia, losartan 50 mg 2x dia, empagliflozina 10 mg e espironolactona 25mg dia, procurou o PS por astenia e dispneia há uma semana. Na entrada em REG, taquidispneico, com estertores finos em 2/3 inferiores de ambos os pulmões, PA=70/40 mmHg, extremidades frias e oligúrico.
- IV. Mulher, 78 anos, com IC com FE reduzida e obesidade, apresentou-se no PS com piora da dispneia há 2 horas. Na entrada

estava taquidispneica, SatO<sub>2</sub>=85% em ar ambiente, MV presente com estertores finos até ápices bilateralmente, BRNF em 2 tempos sem sopros e FC=110 bpm, PA=180/100 mmHg, sem edemas.

- A. Passagem de acesso venoso central, noradrenalina, dobutamina, furosemida, suspensão do vasodilatador e do betabloqueador e transferência para UTI.
- B. Observação hospitalar, expansão volêmica, suspensão dos diuréticos e hipotensores.
- C. Sala de medicação, aumento da dose de furosemida e do vasodilatador, redução da dose do betabloqueador e encaminhamento para ambulatório breve do PS.
- D. Sala de emergência, VNI, furosemida e nitroprussiato.
- (A) I-B; II-C; III-A; IV-D  
(B) I-D; II-A; III-C; IV-B  
(C) I-A; II-B; III-D; IV-C  
(D) I-C; II-D; III-B, IV-A

---

## 20

Homem, 35 anos, vítima de acidente automobilístico (colisão frontal, auto x poste), com trauma crânio-encefálico (TCE) e trauma contuso de tórax. Admitido na Sala de Emergência pronunciando sons incompreensíveis e localizando estímulo doloroso, porém sem abertura ocular. Taquidispneico, diaforético, apresentando turgência jugular a 45°, murmúrio vesicular abolido à esquerda, com hipertimpanismo à percussão ipsilateral. À inspeção, observa-se lesão corto-contusa em couro cabeludo, com sangramento ativo e queda de base de língua, com grande esforço respiratório. Mucosas descoradas 3+/4+, PA = 70 x 40 mmHg, FC = 145 bpm, FR = 40 irpm. Em relação ao choque desse paciente, pode-se afirmar que se trata de

- (A) choque misto: cardiogênico e hipovolêmico Grau III.  
(B) choque misto: obstrutivo e hipovolêmico Grau IV.  
(C) choque misto: neurogênico e hipovolêmico Grau III.  
(D) choque hipovolêmico Grau IV.

---

## 21

Homem de 24 anos está internado há 6 dias na UTI após atropelamento por ônibus, apresentando traumatismo crânioencefálico grave com lesão axonal difusa e fratura tibial esquerda já estabilizada com fixadores externos. Mantém-se em Glasgow 6T sem sedação. Apresenta episódios de hipertermia recorrentes e, até o momento, as culturas são todas negativas. Está sob intubação orotraqueal desde a chegada no hospital e encontrava-se em pressão controlada (Pinsp=8 PEEP=5 FiO<sub>2</sub>=25% FR=14). Há dois dias apresentou deterioração da parte respiratória, necessitando de ajustes no ventilador e maior aporte de O<sub>2</sub>, com aumento da secreção traqueal relatada pela fisioterapeuta. Radiografia de tórax apresentada a seguir. Nos exames laboratoriais, apresentou leucocitose de 16.000, sem desvio à esquerda. Com base no sistema que envolve predisposição, insulto, resposta deletéria e falência orgânica (PIRO) – tabela a seguir, assinale a alternativa que contenha a conduta adequada para o manejo desta complicaçāo:



Escore PIRO de risco para mortalidade em PAV

Critério PIRO	Variável	Pontos	Categorias	Escore	Mortalidade
Predisposição	Comorbidades	1	Baixa	0-1	10%-17%
Insulto	Bacteremia	1			
Resposta	Pressão sistólica < 90 mmHg ou uso de DVA	1	Moderada	2	53%
Órgão disfuncionante	SDRA	1	Alto	3-4	77%-93%

Comorbidades: doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC); imunossupressão; insuficiência cardíaca congestiva (ICC); doença hepática crônica ou insuficiência renal crônica.

- (A) Devem ser coletadas hemoculturas e cultura da secreção traqueal e iniciar antibioticoterapia empírica.  
 (B) Devem ser coletadas hemoculturas e cultura da secreção traqueal e aguardar o resultado delas para início da antibioticoterapia.  
 (C) Deve ser coletada cultura da secreção traqueal e não hemocultura, visto à baixa positividade desta última.  
 (D) Deve ser coletada hemocultura, porém a cultura de secreção traqueal não tem valor para a conduta terapêutica.

## 22

Homem de 75 anos, previamente hígido, iniciou há 48h dor torácica ventilatório-dependente à direita associada à febre de 38,5°C. Ao exame físico, apresenta-se em regular estado geral, lúcido e orientado, corado, hidratado, acianótico, taquipneico, sem esforço respiratório significativo. Ao exame: REG, FC 105bpm; PA: 100/55mmHg; FR 31; irpm, SatO<sub>2</sub> 94%; AR: MV presentes com estertores finos 1/3 inferior do hemitórax direito. Cardio: bulhas rítmicas normofonéticas em 2T sem sopros. Abdome: flácido e indolor. MMII: sem edemas, panturrilhas livres. Realizada radiografia de tórax que corroborou a principal hipótese diagnóstica, além dos exames laboratoriais (tabela a seguir).

BIOQUÍMICA	
RESULTADO	VALOR REFERÊNCIA
URÉIA.....: <b>90mg/dL</b>	17 a 49 mg/dL
CREATININA.....: <b>1.7 mg/dL</b>	0.70 a 1.20 mg/dL
SÓDIO.....: <b>129 mEq/L</b>	136 a 145 mEq/L
POTÁSSIO.....: <b>3.7 mEq/L</b>	3.5 a 5.1 mEq/L
HEMOGRAMA	
SÉRIE VERMELHA	
RESULTADO	VALOR REFERÊNCIA
HEMOGLOBINA.....: <b>13,3 g/dL</b>	12,5 - 16,5 g/dL
HEMATÓCRITO.....: <b>54,0 %</b>	41 - 53 %
VCM.....: <b>88,0 fl</b>	80 - 100 fl
HCM.....: <b>28,8 pg</b>	26 - 34 pg
CHCM.....: <b>34,7 g/dL</b>	31 - 37 g/dL
RDW.....: <b>13,0 %</b>	até 14,9 %
SÉRIE BRANCA	
RESULTADO	VALOR REFERÊNCIA
LEUCÓCITOS.....: <b>16.120 /mm<sup>3</sup></b>	4.500 - 11.000 /mm <sup>3</sup>
NEUTRÓFILOS.....: <b>81,4 % 13.122 /mm<sup>3</sup></b>	(40 - 70 %) 1.800 - 7.700 /mm <sup>3</sup>
LINFÓCITOS.....: <b>11,9 % 1.918 /mm<sup>3</sup></b>	(22 - 44%) 1.000 - 4.800 /mm <sup>3</sup>
MONÓCITOS.....: <b>5,0 % 806 /mm<sup>3</sup></b>	(2 - 11%) 80 - 1.200 /mm <sup>3</sup>
EOSINÓFILOS.....: <b>1,0 % 161 /mm<sup>3</sup></b>	(1 - 5%) 45 - 600 /mm <sup>3</sup>
BASÓFILOS.....: <b>0,7 % 112 /mm<sup>3</sup></b>	(0 - 2%) 0 - 200 /mm <sup>3</sup>
SÉRIE PLAQUETÁRIA	
RESULTADO	VALOR REFERÊNCIA
PLAQUETAS.....: <b>150.000 /mm<sup>3</sup></b>	150.000 - 400.000 /mm <sup>3</sup>

A conduta correta a ser adotada para esse paciente é:

- (A) Iniciar piperacilina/tazobactam e internação em centro de tratamento intensivo.
- (B) Iniciar amoxicilina/clavulanato e internação na enfermaria.
- (C) Iniciar ceftriaxone e azitromicina e internação em centro de tratamento intensivo.
- (D) Iniciar levofloxacino e internação na enfermaria.

## DADOS PARA AS QUESTÕES 23 E 24

Em um estudo de coorte de 3.000 fumantes e 5.000 não fumantes foram detectados os resultados apresentados na tabela a seguir:

Tabagismo	Doença coronariana		Total
	SIM	NÃO	
Fumantes	84	2916	3000
Não fumantes	87	4913	5000
Total	171	7829	8000

**23**

Qual a incidência de doença coronariana entre fumantes e não fumantes?

- (A) Incidência fumantes = 49,2%, incidência não fumantes = 50,9%.  
 (B) Incidência fumantes = 2,18%, incidência não fumantes = 1,09%.  
 (C) Incidência fumantes = 2,8%, incidência não fumantes = 1,74%.  
 (D) Incidência fumantes = 3,9 %, incidência não fumantes = 2,77%.

**24**

Quais são as medidas de associação mais apropriadas para esse tipo de estudo?

- (A) Risco atribuível e Risco relativo.  
 (B) Razão de risco (*hazard ratio*) e Número necessário para tratar (NNT).  
 (C) Razão das chances (*odds ratio*) e Redução do risco relativo.  
 (D) Razão de risco (*hazard ratio*) e Risco atribuível.

**25**

Supondo-se que, para um determinado risco relativo X de desenvolver doença arterial coronariana entre vegetarianos em relação aos que tem uma dieta sem restrição de carne, foi realizado um estudo em que foi encontrado um valor de  $p=0,05$  e um intervalo de confiança 95%: 1,01-20. Assinale a alternativa que contenha a afirmação correta diante da significância desse estudo:

- (A) O vegetarianismo é um fator de risco para doença coronariana.  
 (B) O vegetarianismo é um fator de proteção para doença coronariana.  
 (C) O vegetarianismo não é nem fator de risco, nem de proteção para doença coronariana.  
 (D) O vegetarianismo é um viés desse estudo.

**26**

Um estudo de associação entre câncer de pulmão e tabagismo, com 200 casos e 400 controles, mostrou os seguintes resultados:

Tabagismo	Câncer de pulmão		Total
	Casos	Controles	
Fumantes	112 (a)	176 (b)	288
Não fumantes	88 (c)	224 (d)	312
Total	200	400	600

Com base nos dados da tabela e no conhecimento epidemiológico sobre um estudo de caso-controle, responda se este tipo de estudo é o ideal para testar a associação entre tabagismo e câncer pulmão, assinalando a alternativa com a justificativa correta:

- (A) Não, pois o tabagismo é um fator de risco frequente e o câncer de pulmão é uma doença rara na população geral.
- (B) Sim, pois o tabagismo não é um fator de proteção para doença coronariana.
- (C) Sim, pois se trata de uma doença cujo período de latência entre exposição e desfecho é muito longo.
- (D) Não, pois o tabagismo não pode ser estudado para este desfecho.

## 27

Mulher, 55 anos, procura o pronto-socorro do Hospital Universitário com queixa de tontura rotatória há 2 horas, associada a náuseas e vômitos. Tem antecedente de HAS e DM2, em uso de losartana 50mg 12/12h e metformina 850mg 3xdia. Ao exame: regular estado geral, corada, PA 180x110mHg, FC 96 bpm. Exame neurológico: consciente, orientada, “head impulse” normal, presença de nistagmo horizontal para a direita, ausência de desalinhamento vertical do olhar, força normal nos 4 membros. Em relação a esse caso, é correto afirmar:

- (A) Deve ser realizada a TC de crânio devido à alteração no HINTS.
- (B) Deve ser realizada a TC de crânio devido às comorbidades.
- (C) Deve ser realizada medicação antivertiginosa e reavaliação.
- (D) Deve ser transferida para realizar ressonância de crânio.

## 28

Mulher de 55 anos com antecedente de diabetes mellitus e doença chagásica em uso de marcapasso definitivo foi admitida por atropelamento por moto há quatro dias. Foi submetida a laparotomia exploradora, com identificação de ruptura esplênica com necessidade de esplenectomia. Evoluiu com necessidade de noradrenalina durante o ato operatório e foi transferida para UTI em ventilação mecânica. No quarto dia de internação hospitalar, ainda permanece sob sedação com necessidade de noradrenalina 0,4 mcg/kg/min e ventilação mecânica invasiva. Apresentou temperatura de 38,6°C neste dia, com coleta de hemoculturas e urocultura, troca de cateter venoso central de sítio e da sonda vesical de demora e introdução de vancomicina e cefepime. Radiografia de tórax sem alterações em relação ao de chegada no hospital. Após três dias, houve isolamento de *Candida albicans* 10<sup>5</sup> UFC/mL em urocultura (não realizado antibiograma). Na secreção traqueal houve isolamento de *Candida albicans* 10<sup>4</sup> UFC/mL (também sem antibiograma) e *Staphylococcus aureus* 10<sup>2</sup> UFC/mL com o seguinte antibiograma:

Clindamicina	Resistente
Cefalotina	Resistente
Ciprofloxacina	Resistente
Daptomicina	Sensível
Eritromicina	Resistente
Gentamicina	Sensível
Linezolida	Sensível
Oxacilina	Resistente
Rifampicina	Sensível
Sulfametoxazol-trimetropin	Sensível
Teicoplanina	Sensível
Vancomicina	Sensível

Na ponta do cateter venoso central houve crescimento de *S. aureus* 20 UFC/mL com o seguinte antibiograma:

Clindamicina	Sensível
Cefalotina	Resistente
Ciprofloxacina	Sensível
Daptomicina	Sensível
Eritromicina	Sensível
Gentamicina	Sensível
Linezolida	Sensível
Oxacilina	Sensível
Rifampicina	Sensível
Sulfametoxazol-trimetropin	Sensível
Teicoplanina	Sensível
Vancomicina	Sensível

A hemocultura periférica isolou *S. aureus* com o seguinte antibiograma:

Clindamicina	Sensível
Cefalotina	Resistente
Ciprofloxacina	Sensível
Daptomicina	Sensível
Eritromicina	Sensível
Gentamicina	Sensível
Linezolida	Sensível
Oxacilina	Sensível
Rifampicina	Sensível
Sulfametoazol-trimetropin	Sensível
Teicoplanina	Sensível
Vancomicina	Sensível

Qual o melhor esquema antimicrobiano para essa paciente?

- (A) Oxacilina.
- (B) Vancomicina.
- (C) Oxacilina e fluconazol.
- (D) Vancomicina e fluconazol.

## 29

Mulher de 24 anos relata, nos últimos 3 meses, uma dor de cabeça diária contínua, de intensidade leve, tipo pressão em toda a cabeça. Essa cefaleia às vezes evolui para uma dor intensa e latejante associada à náusea, intolerância à luz e sons. Essas cefaleias intensas sobrepostas ocorrem pelo menos duas vezes por semana. Qual é o diagnóstico mais provável para essa mulher?

- (A) Cefaleia tensional crônica.
- (B) Cefaleia tensional por abuso de analgésicos.
- (C) Migrânea episódica e cefaleia tipo tensional crônica.
- (D) Migrânea crônica.

## 30

Homem, 50 anos, reside na região da zona leste de São Paulo, não possui acompanhamento algum de saúde, procura pronto-socorro do HU-USP com queixa de pressão alta há 2 meses e cefaleia. Relata estar muito preocupado, pois seu pai tinha pressão alta e teve um “derrame” com 55 anos. AP: Etilista crônico meia garrafa de destilado/dia há mais de 30 anos, tabagista 150 maços/ano. Ao exame físico, constata-se uma PA de 200x100mmHg e uma hepatomegalia não dolorosa (fígado a 5 cm do rebordo costal direito). Quais são os diagnósticos prováveis e como o caso deve ser conduzido na estrutura de um hospital secundário como o HU-USP situado na zona oeste de São Paulo?

- (A) Hipertensão arterial primária, cirrose hepática. Encaminhamento para o ambulatório didático do HU.
- (B) Hipertensão arterial primária, esteatose hepática alcoólica. Encaminhamento para a unidade básica de saúde da região de referência (zona leste).
- (C) Hipertensão arterial primária, cirrose hepática. Encaminhamento para a unidade básica de saúde da região de referência (zona leste).
- (D) Hipertensão arterial secundária, esteatose hepática alcoólica. Encaminhamento para o ambulatório didático do HU.

## 31

Mulher de 54 anos relata mialgia, febre, dor na região dorsal, diarreia e astenia intensa há 6 dias. Oligúria há um dia. AP: HAS em uso regular de hidroclorotiazida e captopril. Mora na Comunidade São Remo (vizinha ao HU-USP). Nega viagens recentes. Ao exame físico encontra-se em regular estado geral, desidratada de algum grau, FC 110 bpm em repouso e uma PA 110x60mmHg. Ela trouxe exames laboratoriais realizados em outro serviço, do qual evadiu há uma hora (tabela a seguir). No sistema do HU consta creatinina sérica de 0,99mg/dL (de 2 meses atrás).

SÉRIE VERMELHA	
RESULTADO	VALOR REFERÊNCIA
ERITRÓCITOS..... <b>5.660.000 /mm<sup>3</sup></b>	4.500.000 – 5.900.000 /mm <sup>3</sup>
HEMOGLOBINA..... <b>16,3 g/dL</b>	13,5 – 17,5 g/dL
HEMATÓCRITO..... <b>55,0 %</b>	41 – 53 %
VCM..... <b>83,0 fL</b>	80 – 100 fL
HCM..... <b>28,8 pg</b>	26 – 34 pg
CHCM..... <b>34,7 g/dL</b>	31 – 37 g/dL
RDW..... <b>13,0 %</b>	até 14,9 %
SÉRIE BRANCA	
RESULTADO	VALOR REFERÊNCIA
LEUCÓCITOS..... <b>4.120 /mm<sup>3</sup></b>	4.500 – 11.000 /mm <sup>3</sup>
NEUTRÓFILOS..... <b>81,4% 3.353 /mm<sup>3</sup></b>	(40 – 70 %) 1.800 – 7.700 /mm <sup>3</sup>
LINFÓCITOS..... <b>10 % 412 /mm<sup>3</sup></b>	(22 – 44%) 1.000 – 4.800 /mm <sup>3</sup>
MONÓCITOS..... <b>6,4 % 263 /mm<sup>3</sup></b>	(2 – 11%) 80 – 1.200 /mm <sup>3</sup>
EOSINÓFILOS..... <b>1,2% 45 /mm<sup>3</sup></b>	(1 – 5%) 45 – 600 /mm <sup>3</sup>
BASÓFILOS..... <b>1,0 % 61 /mm<sup>3</sup></b>	(0 – 2%) 0 – 200 /mm <sup>3</sup>
SÉRIE PLAQUETÁRIA	
RESULTADO	VALOR REFERÊNCIA
PLAQUETAS..... <b>112.000 /mm<sup>3</sup></b>	150.000 – 400.000 /mm <sup>3</sup>
BIOQUÍMICA	
RESULTADO	VALOR REFERÊNCIA
URÉIA..... <b>95 mg/dL</b>	17 a 49 mg/dL
CREATININA..... <b>2,6 mg/dL</b>	0.70 a 1.20 mg/dL
SÓDIO..... <b>143 mEq/L</b>	136 a 145 mEq/L
POTÁSSIO..... <b>4.8 mEq/L</b>	3.5 a 5.1 mEq/L

Qual é a classificação da doença apresentada pela paciente e da alteração da função renal segundo o KDIGO (*Kidney Disease Improving Global Outcomes*)?

- (A) Dengue grupo A e doença renal crônica agudizada KDIGO 2.
- (B) Dengue grupo B e doença renal crônica agudizada KDIGO 3.
- (C) Dengue grupo C e lesão renal aguda KDIGO 2.
- (D) Dengue grupo D e lesão renal aguda KDIGO 3.

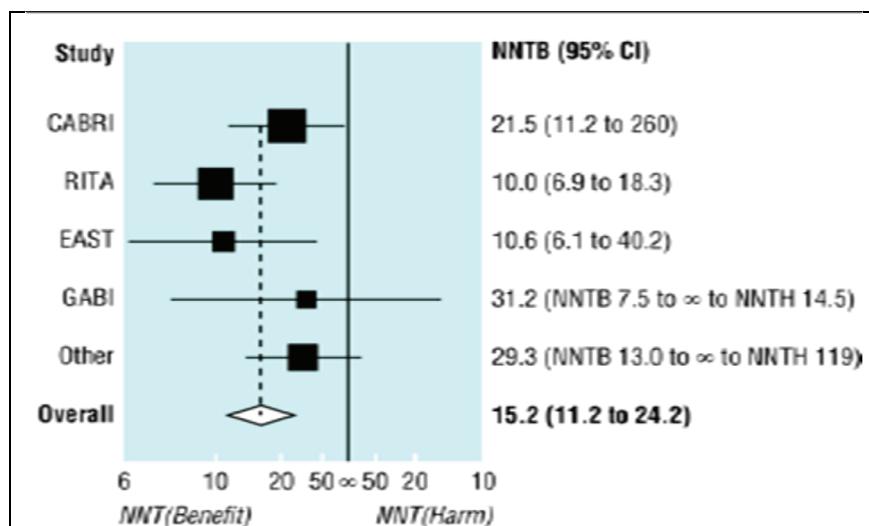
## 32

Homem de 60 anos, tabagista 70 maços-ano, refere dispneia para andar 100 metros no plano, sendo que já esteve hospitalizado uma vez há dois anos, por piora da dispneia. Sua espirometria mostrou VEF1 de 45% pré-broncodilatador e 55% pós-broncodilatador. A primeira linha de tratamento medicamentoso deve ser:

- (A) Beta agonista de longa duração, associado a corticoide inalatório.
- (B) Beta agonista de longa duração associado a corticoide inalatório e anticolinérgico de longa duração.
- (C) Beta agonista de curta duração ou anticolinérgico de curta duração.
- (D) Beta agonista de longa duração ou anticolinérgico de longa duração.

**33**

Analise o gráfico extraído de uma metanálise sobre angioplastia (ATC) como tratamento primário em pacientes com doença arterial coronariana (DAC) em comparação à revascularização miocárdica (RM).



NNT: número necessário para tratar/causar benefício

NNH: número necessário para causar malefício

Baseado no resultado dessa meta-análise, é recomendado ATC como tratamento primário de pacientes com DAC? Assinale a alternativa que contenha a justificativa adequada.

- (A) Não, porque foi constatado que a ATC não é benéfica em relação à RM.
- (B) Sim, porque foi constatado que a ATC é benéfica em relação à RM.
- (C) Não, porque o *odds ratio* é de 29 da ATC em comparação com a RM.
- (D) Sim, porque o risco relativo é de 29 da ATC em comparação com a RM.

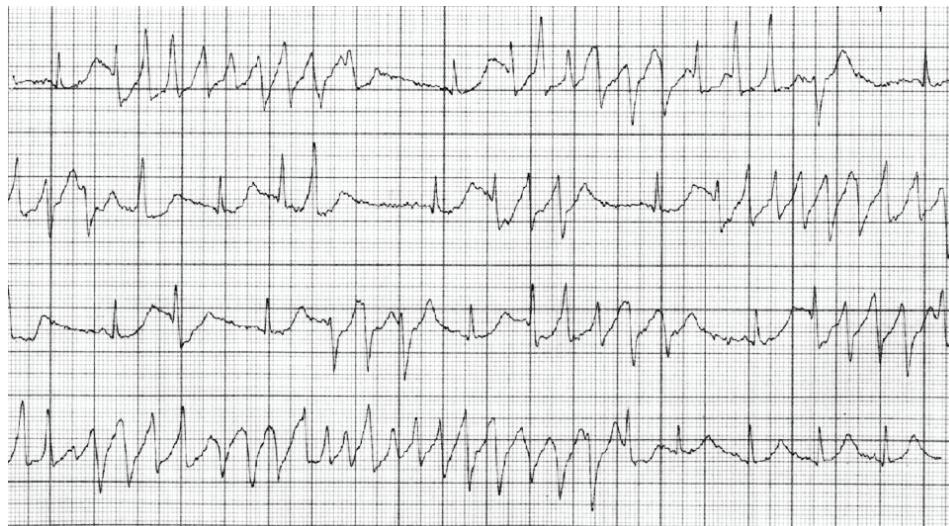
**34**

Homem de 54 anos, assintomático e sem antecedentes relevantes pessoais ou familiares de neoplasias, procura consulta com clínico geral pois preocupa-se com câncer e deseja fazer rastreamento dos tipos mais comuns dessa doença. Durante a consulta, o médico explica que determinado tipo de câncer é uma doença comum e letal, responsável por cerca de 9% das mortes por câncer. Tem mortalidade em torno de 30%. As medidas de rastreamento e prevenção são efetivas e podem diminuir o número de casos assim como a sua mortalidade. Trata-se de câncer de

- (A) cólon.
- (B) tireoide.
- (C) pulmão.
- (D) próstata.

**35**

Mulher de 45 anos, etilista crônica, moradora de área livre, é trazida ao pronto socorro após libação alcóolica apresentando vômitos e períodos curtos de perda da consciência. Acompanhante nega ingestão de outras drogas tanto no presente como de hábito. O exame físico mostra paciente confusa, alternando agitação e sonolência, ECG 12, pulso irregular 112 bpm, PA 90/70 mmHg, SatO<sub>2</sub> AA= 95%, afebril. Na sala de emergência o registro do ritmo cardíaco encontrado está demonstrado na imagem.



Qual é a conduta imediata a ser realizada?

- (A) Cardioversão elétrica
- (B) Reposição endovenosa de magnésio
- (C) Reposição endovenosa de cálcio
- (D) Adenosina endovenosa

**36**

Mulher de 65 anos procura a emergência hospitalar por quadro de cansaço, fadiga, anorexia e febre intermitente não medida. Ao exame físico apresenta palidez cutânea e esplenomegalia. Não apresenta adenomegalia periférica. O hemograma inicial revelou pancitopenia (hemoglobina de 6 g/dL, leucócitos de 3000/mm<sup>3</sup> e plaquetas de 90.000/mm<sup>3</sup>). A hematoscopia revelou a presença de promielócitos, mielócitos, eritrócitos ortocromáticos e policromatófilos, além de dacriócitos. A função renal, eletrólitos, bem como enzimas e função hepática, eram normais. O aspirado medular da crista ilíaca (adequado para análise) mostrou hipocellularidade. Com base nesses dados, qual é a hipótese diagnóstica correta?

- (A) Mielodisplasia.
- (B) Leucemia mieloide aleucêmica.
- (C) Mielofitíase.
- (D) Mielofibrose.

**37**

Homem, 60 anos, com antecedentes de hipertensão arterial, obesidade e diagnóstico recente de câncer gástrico, procura o serviço de emergência por apresentar edema, eritema e lesões bolhosas nos membros inferiores de aparecimento abrupto. Refere febre no primeiro dia dos sintomas há 7 dias e, a seguir, dor local. Ao exame dermatológico apresentava edema, eritema bilateral dos pés, pernas e 1/3 distal das coxas, acompanhado com infiltração da derme, lesões bolhosas bilateralmente (foto). Iniciada antibioticoterapia com a hipótese diagnóstica de celulite, sem melhora. Por este motivo foi realizada biópsia da pele, cujo anatomo-patológico revelou denso infiltrado neutrofílico na derme reticular com esboço de microabscessos, ausência de vasculite leucocitoclástica. A epiderme não mostrou alterações.



Diante do exposto, a hipótese diagnóstica para este caso é:

- (A) Erisipela.
- (B) Pênfigo bolhoso.
- (C) Síndrome de Sweet.
- (D) Síndrome de Stevens Johnson.

**38**

Homem, 20 anos de idade, procura o serviço de emergência com queixa de tumoração de crescimento progressivo na região inguinal esquerda, acompanhado de dor e eritema local. Refere vida sexual ativa e relações sexuais desprotegidas. Refere febre (não aferida) no início do quadro há 2 semanas e que havia uma pequena úlcera no sulco bálico-prepuclial que cicatrizou espontaneamente. O exame físico geral e os dados vitais são normais. O exame da genitália é normal, porém a palpação da região inguinal evidencia conglomerado de nódulos (provavelmente gânglios), sendo alguns mais endurecidos e outros mais amolecidos com intensa reação inflamatória ao redor, dolorosos à palpação, com vários pontos sugerindo fistulização múltipla em processo. A hipótese diagnóstica para este caso é:

- (A) Sífilis secundária.
- (B) Tuberculose ganglionar.
- (C) Linfogranuloma venéreo.
- (D) Cancroide.

**39**

Mulher de 27 anos de idade foi referenciada para a unidade de urgência por apresentar dor em punho direito e febre. A paciente refere ter passado uma semana na praia, onde iniciou com febre 37,8°C e dor em tornozelo direito. A seguir, houve comprometimento do punho direito com dor, edema, calor local e impotência funcional. O exame físico geral era normal, os sinais vitais eram normais. A paciente apresentava discreto edema da articulação do tornozelo direito e intenso edema no membro superior direito com edema e eritema que se estendia do terço distal da região radial acometendo o carpo e metacarpo ipsilateral. A articulação do punho direito estava “congelada”, e a paciente não conseguia fechar a mão direita por edema e dor. Os exames laboratoriais mostraram discreta leucocitose, e a proteína C reativa (PCR) era aumentada. Realizadas radiografias de mãos e tornozelos, que eram normais. Qual é a hipótese diagnóstica mais acurada para este caso?

- (A) Doença reumatoide.
- (B) Lúpus Eritematoso Disseminado.
- (C) Artrite gotosa aguda.
- (D) Artrite gonocócica.

**40**

Mulher de 26 anos tem diagnóstico recente de síndrome de imunodeficiência adquirida, com linfócitos TCD4=42/mm<sup>3</sup> e PCR quantitativo=324.000 cópias/mL. Foi internada na unidade de terapia intensiva com história de um mês de perda ponderal de 15kg, febre intermitente, tosse seca e insuficiência respiratória progressiva. Baciloscopy de escarro negativa. Realizou biópsia transbrônquica que evidenciou esboço granulomatoso com coloração de Ziehl Nielsen positiva. A melhor conduta terapêutica para esse caso é:

- (A) Terapia antirretroviral e, após quinze dias, iniciar esquema para tuberculose (RIPE).
- (B) Esquema para tuberculose (RIPE) e, após quinze dias, iniciar terapia antirretroviral.
- (C) Terapia antirretroviral e esquema para tuberculose (RIPE) no mesmo momento.
- (D) Esquema para MAC (claritromicina+etambutol+rifampicina) e terapia antirretroviral no mesmo momento.

