



## PROCESSO SELETIVO – EDITAL COREME/FM/Nº 03/2025

## 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 AA1**. 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 apenas a partir das 16 h. Não haverá tempo adicional para preenchimento da folha de respostas.
5. O(A) candidato(a) deverá seguir as orientações estabelecidas pela FUVest a respeito dos procedimentos adotados para a aplicação deste processo seletivo.
6. 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.
7. 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.
8. Preencha a folha de respostas com cuidado, utilizando caneta esferográfica de **tinta azul ou preta**. Essa folha **não será substituída** em caso de rasura.
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.

## TABELA DE ABREVIATÖES E VALORES DE REFERÊNCIA

LISTA DE ABREVIATÖES	VALORES DE REFERÊNCIA (ADULTOS)
AA – Ar ambiente AU – Altura Uterina AAS – Ácido Acetilsalicílico BCF – Batimentos Cardíacos Fetais BEG – Bom Estado Geral bpm – Batimentos por Minuto Ca <sup>2+</sup> – Cálcio Cl <sup>-</sup> – Cloro Cr – Creatinina DUM – Data da Última Menstruação ECG – Eletrocardiograma FA – Fosfatase Alcalina FC – Frequência Cardíaca FR – Frequência Respiratória FSH – Hormônio Foliculo Estimulante GGT – Gamaglutamiltransferase HAS – Hipertensão Arterial Sistêmica HCO <sub>3</sub> <sup>-</sup> – Bicarbonato Hb – Hemoglobina Ht – Hematócrito IAM – Infarto Agudo do Miocárdio IC <sub>95%</sub> – Intervalo de Confiança de 95% IMC – Índice de Massa Corpórea irpm – Incursões Respiratórias por Minuto IST – Infecção Sexualmente Transmissível K <sup>+</sup> – Potássio LH – Hormônio Luteinizante mEq – Miliequivalente Mg <sup>2+</sup> – Magnésio mmHg – Milímetros de Mercúrio MMII – Membros Inferiores MMSS – Membros Superiores MV – Murmúrios Vesiculares Na <sup>+</sup> – Sódio PA – Pressão Arterial pCO <sub>2</sub> – Pressão Parcial de Gás Carbônico PEEP – Pressão Expiratória Final Positiva PEP – Profilaxia Pós-Exposição PrEP – Profilaxia Pré-Exposição pO <sub>2</sub> – Pressão Parcial de Oxigênio POCUS – Ultrassom <i>point-of-care</i> PS – Pronto-Socorro PSA – Antígeno Prostático Específico REG – Regular Estado Geral RN – Recém-nascido SpO <sub>2</sub> – Saturação Percutânea de Oxigênio TGO/AST – Transaminase Oxalacética/Aspartato Aminotransferase TGP/ALT – Transaminase Piruvática/Alanina Aminotransferase TSH – Hormônio Tireo-Estimulante UI – Unidades Internacionais Ur – Ureia UBS – Unidade Básica de Saúde USG – Ultrassonografia UTI – Unidade de Terapia Intensiva	Sangue (bioquímica e hormônios): Albumina = 3,5 a 5,2 g/dL Bilirrubina total = 0,2 a 1,1 mg/dL Bilirrubina direta = 0,0 a 0,3 mg/dL Bilirrubina indireta = 0,2 a 1,1 mg/dL Cálcio iônico = 1,1 a 1,4 mmol/L Creatinina = 0,7 a 1,3 mg/dL Relação albuminúria/creatinina urinária = até 30 mg/g de creatinina Desidrogenase láctica = menor que 225 UI/L Ferritina: homens = 26 a 446 µg/mL mulheres = 15 a 149 µg/mL Ferro sérico: homens = 65 a 175 µg/dL mulheres = 50 a 170 µg/dL Fósforo = 2,5 a 4,5 mg/dL Globulina = 1,7 a 3,5 g/dL LDL = desejável de 100 a 129 mg/dL HDL = desejável maior que 40 mg/dL Triglicérides = desejável de 100 a 129 mg/dL Glicemia em jejum = 75 a 99 mg/dL Magnésio = 1,6 a 2,6 mg/dL Potássio = 3,5 a 5,1 mEq/L Proteína total = 6,5 a 8,1 g/dL PSA = menor que 4 ng/mL Sódio = 136 a 145 mEq/L TSH (de 20 a 60 anos) = 0,45 a 4,5 mUI/mL T4 Livre = 0,9 a 1,8 ng/dL PTH = 10 a 65 pg/mL Testosterona livre: homens = 131 a 640 pmol/L mulheres = 2,4 a 37,0 pmol/L Estradiol: fase folicular = 1,2 a 23,3 ng/dL pico ovulatório = 4,1 a 39,8 ng/dL fase lútea = 2,2 a 34,1 ng/dL menopausa = até 5,5 ng/dL LH: fase folicular = até 12 UI/L pico ovulatório = 15 a 100 UI/L fase lútea = até 15 UI/L menopausa = acima de 15 UI/L FSH: fase folicular = até 12 UI/L pico ovulatório = 12 a 25 UI/L fase lútea = até 12 UI/L menopausa = acima de 30 UI/L Prolactina = até 29 µg/L (não gestante) Proteína C Reativa (PCR) = 0,3 a 1,0 mg/dL Amilase = 28 a 100 UI/L Lipase = inferior a 60 UI/L Ureia = 10 a 50 mg/dL GGT: homens: 12 a 73 UI/L mulheres = 8 a 41 UI/L Fosfatase alcalina: homens = 40 a 129 UI/L mulheres = 35 a 104 UI/L Antígeno Carcinoembrionário (CEA) = até 5 ng/mL (não fumantes) até 10 ng/mL (fumantes) Índice Líquido Amniótico (ILA) = 8 a 18 cm Vitamina D = > 20 ng/mL  Sangue (hemograma e coagulograma): Hemoglobina = 11,7 a 14,9 g/dL Hemoglobina glicada = 4,3 a 6,1% Conc. hemoglobina corpuscular média (CHCM) = 32 a 36 g/dL Hemoglobina corpuscular média (HCM) = 27 a 32 pg Volume corpuscular médio (VCM) = 80 a 100 fL Amplitude de distribuição dos glóbulos vermelhos (RDW) = 11 a 14% Leucócitos = 3.400 a 8.300/mm <sup>3</sup> Neutrófilos = 1.500 a 5.000/mm <sup>3</sup> Eosinófilos = 20 a 420/mm <sup>3</sup> Basófilos = 10 a 80/mm <sup>3</sup> Linfócitos = 1.000 a 3.000/mm <sup>3</sup> Monócitos = 220 a 730/mm <sup>3</sup> Segmentados = 1.500 a 5.000/mm <sup>3</sup> Bastonetes = até 829/mm <sup>3</sup> Plaquetas = 150.000 a 340.000/mm <sup>3</sup> 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 Tempo de Trombina (TT) = 14 a 19 segundos
<b>VALORES DE REFERÊNCIA PARA GASOMETRIA ARTERIAL</b>  pH = 7,35 a 7,45 pO <sub>2</sub> = 80 a 100 mmHg pCO <sub>2</sub> = 35 a 45 mmHg Base Excess (BE) = -2 a 2 HCO <sub>3</sub> <sup>-</sup> = 22 a 28 mEq/L SpO <sub>2</sub> > 95%	
<b>VALORES DE REFERÊNCIA DE Hb PARA CRIANÇAS</b>  Recém-Nascido = 15 a 19 g/dL 2 a 6 meses = 9,5 a 13,5 g/dL 6 meses a 2 anos = 11 a 14 g/dL 2 a 6 anos = 12 a 14 g/dL 6 a 12 anos = 12 a 15 g/dL	

**01**

Homem, 58 anos de idade, morador de área rural, com astenia, dor e desconforto em hipocôndrio esquerdo há 6 meses. Exame clínico: fígado palpável a 3 cm do rebordo costal direito e abaixo a 12 cm do rebordo costal esquerdo. Sem adenomegalias.

• Exames laboratoriais:

Hb: 12 g/dL

Leucócitos: 25.000/mm<sup>3</sup>

Mieloblastos: 3%

Promielócitos: 3%

Mielócitos: 2%

Metamielócitos: 3%

Bastões: 3%

Neutrófilos: 60%

Basófilos: 5%

Eosinófilos: 5%

Monócitos: 5%

Plaquetas: 460 mil/mm<sup>3</sup>

Índices e morfologia normais

A hipótese diagnóstica mais provável é:

(A) Leucemia mielomonocítica crônica.

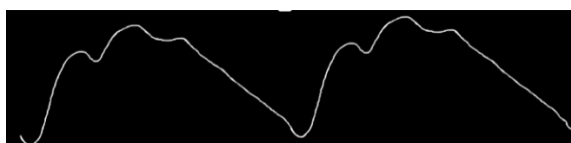
(B) Leucemia mieloide crônica.

(C) Leishmaniose visceral.

(D) Mielofibrose primária.

**02**

Mulher, 29 anos de idade, vítima de acidente de trânsito, com Escala de Coma de Glasgow de 7 na cena. Tomografia de crânio da admissão com contusões frontais bilaterais e edema cerebral difuso. Realizada monitorização com Cateter de Pressão Intracraniana (PIC), implante de derivação ventricular externa e foi transferida para a UTI. Nas primeiras 24 horas, a pressão intracraniana manteve-se controlada com medidas de primeira linha, mas evoluiu nas últimas horas com elevação da PIC e a seguinte curva no monitor:



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

(A) Manitol.

(B) Repetir TC de crânio.

(C) Doppler transcraniano.

(D) Coma com barbitúrico.

**03**

Mulher, 52 anos de idade, com diarreia crônica, aquosa, pior à noite, sem sintomas constitucionais. Antecedentes: colecistectomia. Calprotectina fecal e Proteína C Reativa normais. O tratamento mais adequado é:

(A) Amitríptilina.

(B) Colestiramina.

(C) Dieta sem glúten e sem lactose.

(D) Corticoide de liberação entérica.

**04**

Homem, 67 anos de idade, previamente hígido, apresenta prurido difuso há 4 meses. O sintoma é mais intenso à noite, e não respondeu a anti-histamínicos convencionais. Ao exame dermatológico, não há lesões primárias na pele, apenas escoriações pelo ato de coçar. O restante do exame clínico está normal. Exames laboratoriais: hemograma com leucocitose e eosinofilia discreta; funções hepática, renal e tireoidiana normais. Sorologias para HIV e hepatites negativas. Em relação ao caso descrito, assinale a alternativa que apresenta o diagnóstico mais provável.

(A) Linfoma.

(B) Escabiose nodular.

(C) Dermatite atópica.

(D) Prurido psicogênico.

**05**

Adolescente do sexo feminino, 17 anos de idade, nunca menstruou. Nega uso de medicações hormonais, casos semelhantes na família ou consanguinidade. Ao exame clínico, apresentou peso de 56 kg, altura de 148 cm. PA de 110×60 mmHg; FC de 72 bpm. Presença de lipomastia. Ausência de pelos axilares e pubianos. Genitália externa feminina normal. Ultrassonografia pélvica com imagem compatível com útero infantil (não foi possível visualizar a presença de gônadas durante o exame). Considerando o caso descrito, é mais provável que a paciente apresente

(A) cariótipo 45,X0.

(B) sinéquias uterinas.

(C) insensibilidade a andrógenos.

(D) hiperplasia adrenal congênita.

**06**

Homem, 18 anos de idade, sem comorbidades, comparece no pronto-socorro com queixa de epigastralgia e vômitos que melhoraram com metoclopramida e omeprazol. Evoluiu com dificuldade para fechar a boca e rigidez no pescoço, iniciadas há seis horas. Ao exame neurológico: distonia oromandibular, com abertura involuntária da mandíbula, além de distonia cervical, caracterizada por retrocolo e laterocolo. Considerando o caso apresentado, assinale a alternativa que apresenta o tratamento mais adequado.

(A) Levetiracetam.

(B) Fenitoína.

(C) Biperideno.

(D) Haloperidol.

**07**

Mulher, 40 anos de idade, com diagnóstico recente de câncer de mama luminal com metástases em sistema nervoso central. Assinale a alternativa que apresenta a melhor programação.

(A) Cirurgia.

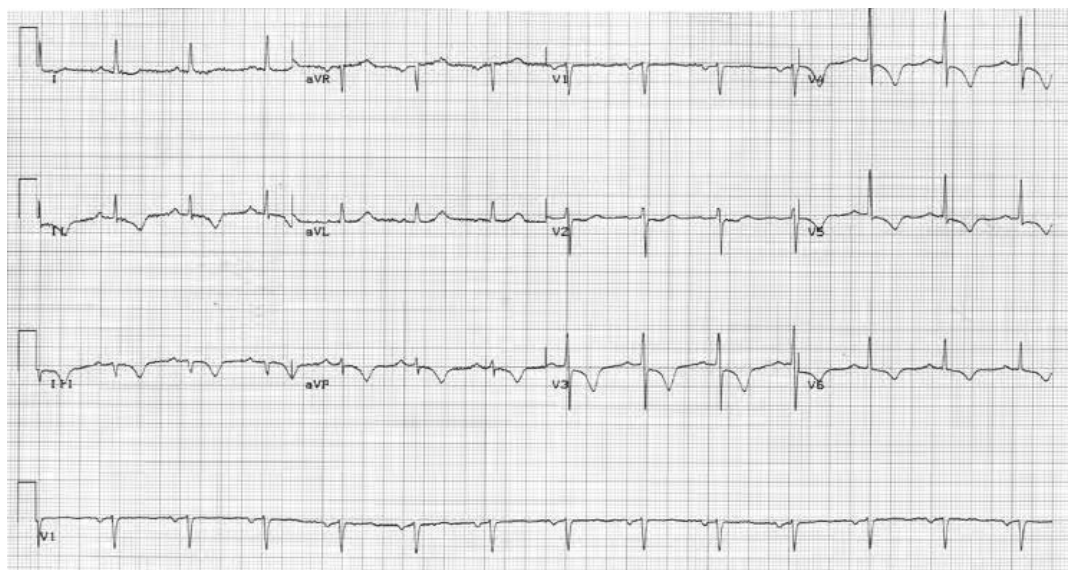
(B) Radioterapia.

(C) Quimioterapia curativa.

(D) Quimioterapia paliativa.

08

Paciente, 72 anos de idade, portador de diabetes melito tipo 2 e doença arterial obstrutiva periférica, comparece ao pronto-socorro com queixa de dor torácica há cerca de 90 minutos com irradiação para ombro esquerdo e sudorese. Foi realizado eletrocardiograma que é apresentado na imagem a seguir. No passado, apresentou quadro de prurido intenso e eritema importante de face e pescoço associado ao uso de aspirina.



Assinale a alternativa que apresenta a conduta mais adequada quanto à antiagregação plaquetária.

- (A) Realizar ataque de dupla antiagregação plaquetária com AAS 300 e clopidogrel 600 mg.
- (B) Realizar dupla antiagregação com AAS 100 mg e clopidogrel 600 mg.
- (C) Omitir a dose de AAS e realizar ataque com clopidogrel 600 mg.
- (D) Realizar ataque com clopidogrel 600 mg e substituir AAS por tirofiban.

09

Homem, 66 anos de idade, tabagista e com DPOC, está internado por pneumonia grave, com necessidade de ventilação mecânica. O resultado da cultura de secreção traqueal é apresentado na tabela a seguir:

<i>Candida albicans</i>	
Fluconazol	Sensível
Anfotericina B	Resistente
Voriconazol	Resistente
Equinocandina	Sensível
<i>Staphylococcus aureus</i>	
Benzilpenicilina	Resistente
Clindamicina	Sensível
Ciprofloxacina	Resistente
Eritromicina	Resistente
Oxacilina	Sensível
Sulfametoxazol/trimetoprim	Sensível
Vancomicina	Sensível

Considerando o caso apresentado, assinale a alternativa que apresenta o tratamento antimicrobiano mais adequado.

- (A) Cefazolina.
- (B) Clindamicina.
- (C) Oxacilina e fluconazol.
- (D) Sulfametoxazol/trimetoprim e micafungina.

10

Mulher, 78 anos de idade, com diagnóstico de diabetes melito tipo 2 há 20 anos. Teve infarto agudo do miocárdio há cinco anos, tem doença renal crônica estágio 3b e retinopatia diabética não proliferativa leve. Além disso, relatou dois episódios de hipoglicemia que necessitaram de auxílio de terceiros no último ano. Seu tratamento atual consiste em metformina 500 mg/dia, sitagliptina 50 mg/dia e insulina NPH 20 unidades à noite, e 10 unidades pela manhã. A meta de HbA1c mais apropriada para esta paciente é:

- (A) 6,0% – 6,5%.
- (B) 6,5% – 7,0%.
- (C) 7,0% – 7,5%.
- (D) 7,5% – 8,5%.

11

Mulher, 45 anos de idade, submetida à ultrassonografia cervical por conta de nódulo tireoideano palpado durante a consulta de rotina. Seu médico a tranquilizou, pois os achados do exame não eram suspeitos para malignidade. O laudo mais provável deste exame é:

- (A) Nódulo isoecoico com microcalcificações.
- (B) Nódulo sólido-cístico com margens mal definidas.
- (C) Nódulo predominantemente cístico com focos hiperrefringentes.
- (D) Nódulo marcadamente hipoeico e mais alto do que largo.

12

Homem, 78 anos de idade, com astenia há quatro meses e dificuldade progressiva de realizar seus exercícios em academia. Refere hipertensão arterial sistêmica e diabetes melito há cinco anos, controlados com losartana e metformina. Nega tabagismo e etilismo. Pai falecido de câncer de intestino e mãe falecida por infarto agudo do miocárdio. Três filhos com boa saúde. Ao exame clínico, apresenta-se descorado++/4+.

• Exames laboratoriais:

Hb: 7,5 g/dL

VCM: 108 fL

Leucócitos: 4.200/mm<sup>3</sup>

Neutrófilos: 2.100/mm<sup>3</sup>

Linfócitos: 1.680/mm<sup>3</sup>

Monócitos: 400/mm<sup>3</sup>

Eosinófilos: 20/mm<sup>3</sup>

Plaquetas: 152.000/mm<sup>3</sup>

Reticulócitos: 40.000/mm<sup>3</sup>

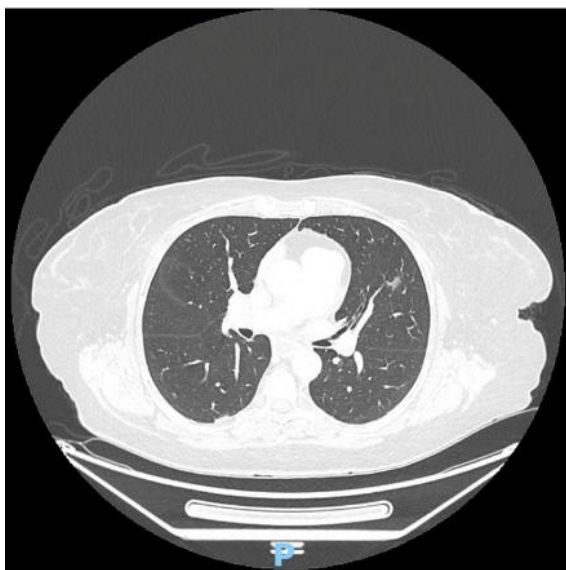
Presença de neutrófilos hipossegmentados e hipogranulares.

Em relação ao caso apresentado, o diagnóstico mais provável para a anemia é:

- (A) Síndrome mielodisplásica.
- (B) Anemia megaloblástica.
- (C) Deficiência de ferro.
- (D) Anemia hemolítica.

13

Paciente, 67 anos de idade, ex-tabagista de aprox. 40 anos-maço, com queixa de tosse seca há cerca de um mês. Apresenta lesão pulmonar em lobo superior esquerdo visto em tomografia de tórax realizada há um ano. Sem alterações ao exame clínico. Há uma semana, procurou o pronto-socorro com piora da tosse. A tomografia realizada nesta ocasião é mostrada na imagem a seguir:



A próxima conduta mais adequada, neste caso, é:

- (A) Ressecção do nódulo.
- (B) Broncoscopia com biópsia.
- (C) Ressonância magnética do tórax.
- (D) Corticoide inalatório e broncodilatador.

Texto para as questões de 14 a 16

Mulher, 58 anos de idade, em avaliação pré-operatória de gastroduodenopancreatectomia por neoplasia de cabeça de pâncreas. A cirurgia tem duração estimada de 8 horas, com perda sanguínea estimada de 500 a 1.000 mL e está programada para ser realizada em duas semanas. Tem antecedente de hipertensão arterial sistêmica, diabetes melito tipo 2, dislipidemia mista e tabagismo de 35 anos-maço. Foi submetida à revascularização miocárdica com colocação de *stent* farmacológico há 8 meses. Relata dispneia aos moderados esforços. Nega angina, dispneia paroxística noturna, ortopneia e edema de membros inferiores. Está em uso de losartana, anlodipino, atenolol, metformina, dapagliflozina, rosuvastatina, Ácido Acetilsalicílico (AAS) e clopidogrel. Exame clínico sem alterações. Eletrocardiograma (ECG) com alteração de repolarização difusa.

14

Os riscos cardiovascular e do procedimento são, respectivamente:

- (A) Moderado e moderado.
- (B) Moderado e alto.
- (C) Alto e moderado.
- (D) Alto e alto.

15

Os exames indicados no período perioperatório são:

- (A) ECG e troponina nos primeiros dois dias após a cirurgia.
- (B) Cintilografia de perfusão miocárdica antes da cirurgia.
- (C) NT-pro-BNP nos três primeiros dias após a cirurgia.
- (D) Ecocardiograma transtorácico em repouso antes da cirurgia.

16

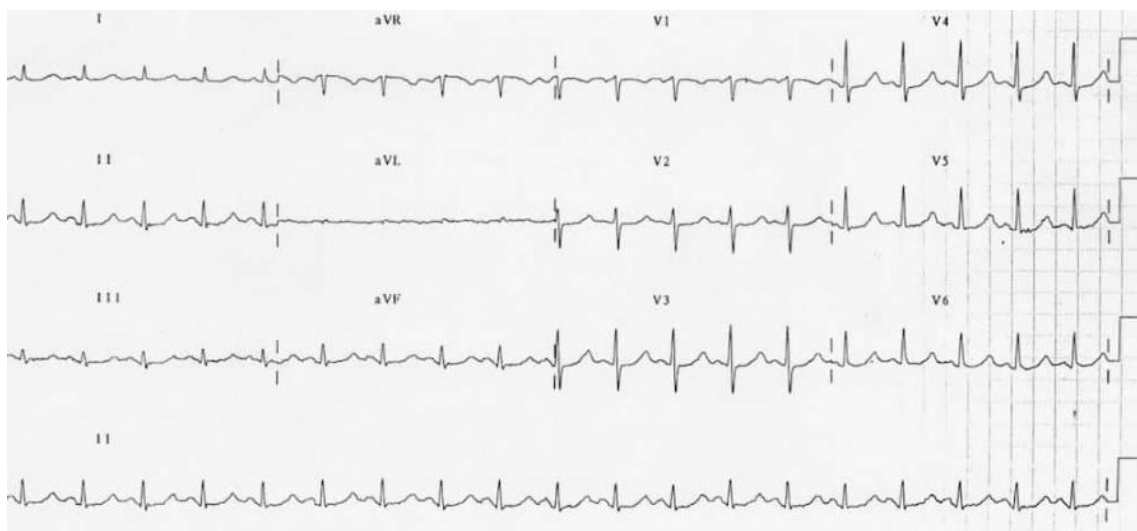
Além da manutenção de rosuvastatina, losartana, anlodipino e atenolol, deve-se

- (A) manter AAS e clopidogrel. Suspender dapagliflozina 3 dias antes do procedimento e metformina no dia do procedimento.
- (B) manter AAS e clopidogrel. Suspender dapagliflozina no dia e metformina 3 dias antes do procedimento.
- (C) suspender clopidogrel 5 dias antes do procedimento e manter o AAS. Suspender dapagliflozina 3 dias antes e metformina no dia do procedimento.
- (D) suspender clopidogrel 5 dias antes do procedimento e manter o AAS. Suspender dapagliflozina no dia e metformina 3 dias antes do procedimento.



17

Homem, 58 anos de idade, com diagnóstico recente de COVID-19, não vacinado. Tem insuficiência venosa e pré-diabetes e faz uso de metformina e furosemida quando nota piora do inchaço nas pernas. Há seis dias, relata episódios de desmaio, precedidos por mal-estar inespecífico. Para COVID-19, faz uso de ondansetrona, tramadol, azitromicina e hidroxiquina. Ao exame clínico, apresenta PA de 100×60 mmHg, FC de 110 bpm, SpO<sub>2</sub> de 95% e temperatura de 37,4 °C. Ausculta cardiopulmonar sem alterações. Dermatite ocre e edema simétrico +/4+ em membros inferiores. O ECG está apresentado a seguir:



Em relação ao caso descrito, assinale a alternativa que apresenta o diagnóstico mais provável da queixa de seis dias.

- (A) Síncope neurogênica.
- (B) Torsades de Pointes.
- (C) Arritmia ventricular por miocardite.
- (D) Disautonomia relacionada à Covid-19.

18

Homem, 48 anos de idade, previamente hígido, há 6 meses recebeu diagnóstico de insuficiência cardíaca com fração de ejeção reduzida (32%), de etiologia alcoólica e iniciou tratamento clínico. Compareceu à consulta médica relatando múltiplos episódios de hipotensão sintomática (90×50 mmHg) que correlacionou ao aumento recente da dose de enalapril para 20 mg 2x ao dia. Está abstêmio, em classe funcional II, em uso, além do enalapril, de espironolactona 12,5 mg 1x ao dia, carvedilol 6,25 mg 2x ao dia e furosemida 80 mg 1x ao dia. Assinale a alternativa que apresenta a conduta mais adequada para este paciente.

- (A) Suspender a espironolactona.
- (B) Transicionar carvedilol para ivabradina.
- (C) Reduzir a dose do enalapril.
- (D) Reduzir a dose de furosemida.

19

Homem, 25 anos de idade, previamente hígido, é admitido no pronto-socorro após ingestão intencional de 35 g de paracetamol, durante uma tentativa de suicídio, há quatro horas. Está consciente, com PA de 120×80 mmHg, FC de 95 bpm, sem alterações neurológicas. A conduta mais adequada é:

- (A) Hemodiálise precoce.
- (B) Acetilcisteína e carvão ativado.
- (C) Dosagem sérica seriada de paracetamol.
- (D) Dosagem seriada de AST/ALT.

20

Mulher, 19 anos de idade, com diagnóstico de diabetes melito tipo 1 há cinco anos. É trazida no pronto-socorro, onde foi realizado diagnóstico de cetoacidose diabética. Exames iniciais apresentaram:

Glicemia capilar: 550 mg/dL  
pH: 7,10  
HCO<sub>3</sub><sup>-</sup>: 8 mEq/L  
Na<sup>+</sup>: 130 mEq/L  
K<sup>+</sup>: 5,8 mEq/L  
Ur: 60 mg/dL  
Cr: 1,5 mg/dL  
Cetonas séricas: +++/4+

Foi iniciada hidratação venosa com NaCl 0,9% e insulino terapia intravenosa contínua (0,1 U/kg/h). Após quatro horas de tratamento, a paciente está mais alerta, a glicemia é de 240 mg/dL, e os novos exames mostram:

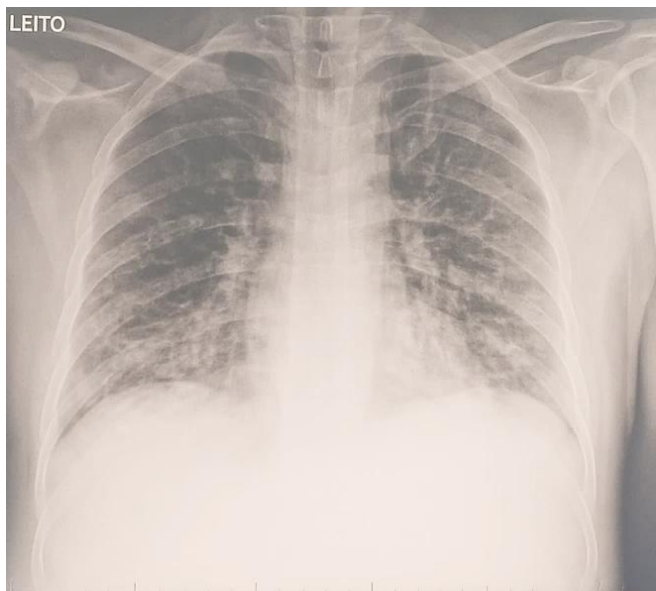
pH: 7,25  
HCO<sub>3</sub><sup>-</sup>: 15 mEq/L  
K<sup>+</sup>: 3,5 mEq/L

A próxima conduta mais adequada é:

- (A) Manter a infusão de insulina e adicionar solução glicosada.
- (B) Administrar cloreto de potássio na solução de hidratação venosa.
- (C) Aumentar a taxa de infusão da solução salina isotônica.
- (D) Trocar a insulina por NPH subcutânea e oferecer dieta.

Texto para as questões de 21 a 23

Homem, 30 anos de idade, relata tosse e febre. Ao exame clínico, encontra-se confuso, com FR de 30 irpm e SpO<sub>2</sub> de 85%, em ar ambiente. Iniciada máscara não reinalante em *flush rate* e paciente manteve esforço respiratório com SpO<sub>2</sub> de 87%, com FR de 35 irpm, FC de 120 bpm e PA de 100×60 mmHg. A radiografia de tórax é apresentada na imagem a seguir:



21

Em relação ao caso descrito, a conduta mais adequada na intubação orotraqueal deste paciente é:

- (A) Intubação com paciente acordado.
- (B) Realizar resgate com máscara laríngea.
- (C) Pré-oxigenação com ventilação não invasiva.
- (D) Pré oxigenação e intubação com ventilação apneica com cateter nasal de alto fluxo.

22

Paciente no segundo dia de ventilação mecânica, em modo volume controlado, com volume corrente de 7 mL/kg, PEEP de 10 cmH<sub>2</sub>O, pressão de platô de 27 cmH<sub>2</sub>O, pressão de pico de 33 cmH<sub>2</sub>O, FR de 30 irpm, FiO<sub>2</sub> de 70%, apresenta a seguinte gasometria:

pH: 7,19  
PaCO<sub>2</sub>: 55 mmHg  
PaO<sub>2</sub>: 112 mmHg  
HCO<sub>3</sub><sup>-</sup>: 19 mEq/L  
BE: -5

Neste momento, a conduta mais adequada é:

- (A) Aumentar a PEEP.
- (B) Bicarbonato de sódio 1 mEq/kg.
- (C) Reduzir volume corrente.
- (D) Reduzir o espaço morto do circuito.

23

No quarto dia de ventilação mecânica, o paciente está sedado com propofol 1,4 mg/kg/h e fentanil 2 µg/kg/h, e em uso de bloqueio neuromuscular com cisatracúrio 0,12 mg/kg/h. Apresenta PaO<sub>2</sub> de 76 mmHg, ventilando em modo volume controlado com volume corrente de 6 mL/kg, PEEP de 10 cmH<sub>2</sub>O, pressão de platô de 22 cmH<sub>2</sub>O e FiO<sub>2</sub> de 45%. No momento da avaliação, paciente apresenta pontuação na *Behavior Pain Scale* – BPS de 3 e a capnografia apresentada na imagem a seguir:



Assinale a alternativa que apresenta a conduta mais adequada.

- (A) Manter sedação titulada para RASS -5.
- (B) Aumentar dose de opioide.
- (C) Suspender bloqueio neuromuscular.
- (D) Realizar teste de respiração espontânea.

24

Homem, 52 anos de idade, com hipertensão arterial mal controlada e histórico de infarto agudo do miocárdio há um ano, em uso de AAS 100 mg e enalapril 10 mg ao dia. Trazido para a emergência com relato de síncope e queda da própria altura. Realizou a tomografia de crânio apresentada a seguir:



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

- (A) Angiotomografia arterial.
- (B) Fenitoína endovenosa.
- (C) Transfusão de plaquetas.
- (D) Drenagem de hematoma intracraniano.

## 25

Mulher, 47 anos de idade, vegana, com sangramento genital há 15 dias e febre há dois dias. Nega doenças prévias. Exame clínico: regular estado geral, descorada++/4+, temperatura axilar de 38 °C, orofaringe hiperemiada e com petéquias em palato, fígado a 2 cm do rebordo costal direito.

• Exames laboratoriais:

Hb: 9,5 g/dL

VCM: 105 fL

Leucócitos: 800/mm<sup>3</sup>

Neutrófilos: 100/mm<sup>3</sup>

Linfócitos: 680/mm<sup>3</sup>

Monócitos: 20/mm<sup>3</sup>

Presença de algumas células anômalas, com nucléolos evidentes

Plaquetas: 12.000/mm<sup>3</sup>

TP: atividade 50%

TTPA: 1,3

TT: 27 s

Fibrinogênio: 150 mg/dL (ref.: 200 a 400 mg/dL)

βHCG: normal

Foi realizado raio-X de tórax, sem alterações. Em relação ao caso apresentado, o diagnóstico mais provável é:

- (A) Leucemia aguda.
- (B) Anemia megaloblástica.
- (C) Aplasia medular.
- (D) Septicemia.

## 26

Mulher, 22 anos de idade, queixa-se de crises de falta de ar associadas à tosse e sibilância, sobretudo quando exposta a ambientes com muita poeira. Raramente acorda à noite com falta de ar. Nega tabagismo. Para confirmação diagnóstica foi solicitada uma prova de função pulmonar. Assinale a alternativa que apresenta o resultado mais compatível com o diagnóstico da paciente.

(A)	CVF = pré-BD: 2,60 (80%) → pós-BD: 2,70 (82%) VEF1 = pré-BD: 1,50 (65%) → pós-BD: 1,92 (85%) VEF1/CVF = pré-BD: 0,57 → pós-BD: 0,71
(B)	CVF = pré-BD: 2,60 (80%) → pós-BD: 2,60 (80%) VEF1 = pré-BD: 1,50 (65%) → pós-BD: 1,60 (68%) VEF1/CVF = pré-BD: 0,57 → pós-BD: 0,61
(C)	CVF = pré-BD: 2,60 (80%) → pós-BD: 2,70 (82%) VEF1 = pré-BD: 1,82 (80%) → pós-BD: 1,82 (80%) VEF1/CVF = pré-BD: 0,70 → pós-BD: 0,67
(D)	CVF = pré-BD: 2,60 (70%) → pós-BD: 2,70 (80%) VEF1 = pré-BD: 1,82 (80%) → pós-BD: 2,02 (90%) VEF1/CVF = pré-BD: 0,70 → pós-BD: 0,75

**Note e adote:**

CVF: Capacidade Vital Forçada;

VEF1: Volume Expiratório Forçado no primeiro segundo;

BD: Broncodilatador

## 27

Homem, 61 anos de idade, com sobrepeso, trabalhador braçal, com queixas de dor em mãos, ombros e joelho esquerdo há 5 anos. Relata piora progressiva, principalmente ao final do dia, e rigidez matinal com duração de 30 minutos. Nega sintomas sistêmicos. Ao exame clínico, apresenta aumento de volume nas interfalangeanas proximais e distais, com nódulos palpáveis, além de crepitação nos ombros e nos joelhos. Há redução da mobilidade do joelho esquerdo. A radiografia do joelho esquerdo é apresentada na imagem a seguir:



A abordagem inicial mais adequada em relação ao joelho esquerdo é:

- (A) Medidas não farmacológicas.
- (B) Indicação de artroplastia.
- (C) Infiltração intra-articular com glicorticoide.
- (D) Glicocorticoide oral sistêmico.

## 28

Homem, 37 anos de idade, HIV confirmado, sem uso de antirretrovirais e CD4 40 células/μL. Queixa de cefaleia há três semanas, diplopia há cinco dias e dois episódios de vômitos. Tinta da China no líquido com leveduras encapsuladas. Não há flucitosina, nem formulações lipídicas de anfotericina B no hospital. Em relação ao caso apresentado, o tratamento mais adequado é:

- (A) Fluconazol 1.200 mg/dia em monoterapia, por 4 semanas.
- (B) Anfotericina B desoxicolato 0,7 mg/kg/dia + fluconazol 1.200 mg/dia, por 2 semanas.
- (C) Anfotericina B desoxicolato 1 mg/kg/dia + fluconazol 800 mg/dia, por 2 semanas.
- (D) Anfotericina B desoxicolato 5 mg/kg/dia + fluconazol 800 mg/dia, por 2 semanas.



29

Homem, 47 anos de idade, com quadro súbito de vertigem enquanto praticava atividade física na academia há seis horas. Também refere diplopia binocular, que melhora ao fechar um dos olhos, e sensação de que é empurrado para direita. Nega antecedentes médicos ou uso de medicações. Apresenta PA de 180×100 mmHg, FC de 110 bpm, glicemia capilar de 93 mg/dL. Ao exame neurológico, apresenta nistagmo horizontal para esquerda, desalinhamento vertical (com olho hipotrópico à direita) e pupila miótica à direita. Realizou tomografia de crânio sem contraste que não mostrou alterações. Assinale a alternativa que apresenta a próxima conduta mais adequada.

- (A) Executar as manobras de Dix-Hallpike e de Epley.
- (B) Administrar dimenidrato e nitroprussiato de sódio IV.
- (C) Trombólise com alteplase 0,9 mg/kg intravenosa.
- (D) Angiotomografia arterial cervical e intracraniana.

30

Mulher, 58 anos de idade, com hipertensão arterial e com histórico de cirurgia bariátrica (gastrectomia vertical tipo *sleeve* e *bypass* em Y de Roux), relata fratura vertebral após levantar o neto recém-nascido do chão. Possui os seguintes exames:

- Densitometria óssea:  
T-score de fêmur total: -2,4  
Colo de fêmur: -2,4  
Coluna L1-L4: -2,7
- Exames laboratoriais:  
Cr: 0,7 mg/dL  
Ca<sup>2+</sup> total: 8,7 mg/dL  
Fósforo: 2,4 mg/dL  
25-OH-vitamina D: 9 ng/mL  
Albumina: 3,7 g/dL  
Paratormônio: 103 pg/mL  
TGO/AST: 30 U/L  
TGP/ALT: 31 U/L  
FA: 123 U/L  
GGT:40 U/L

O tratamento inicial mais adequado para esta paciente deve incluir:

- (A) Citrato de cálcio + vitamina D.
- (B) Carbonato de cálcio + vitamina D + zoledrônico.
- (C) Citrato de cálcio + vitamina D + zoledrônico.
- (D) Carbonato de cálcio + vitamina D.

31

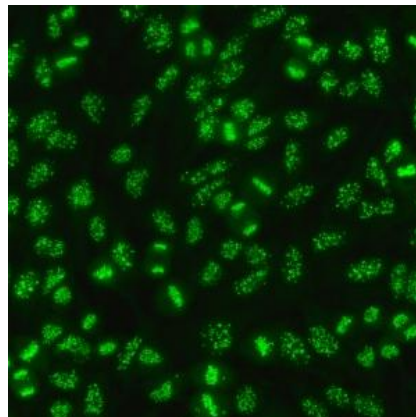
Mulher, 32 anos de idade, com artrite reumatoide em uso de metotrexato 25 mg/semana, em programação ambulatorial para troca por adalimumabe. Os imunizantes mais adequados para esta paciente, incluindo tanto os da rede pública como privada, são:

- (A) Febre amarela e herpes zoster.
- (B) Meningocócica ACWY e dengue.
- (C) Febre amarela e dengue.
- (D) Meningocócica ACWY e herpes zoster.

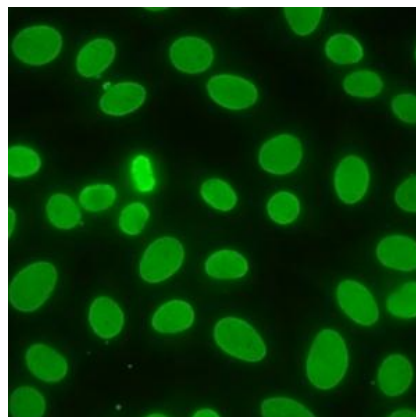
32

Mulher, 45 anos de idade, com sintomas constitucionais e sinusite de repetição há cinco meses. Nas últimas três semanas, passou a apresentar poliartralgias, redução da diurese, dispneia progressiva com tosse e escarros hemoptóicos. Não há evidências de infecção ou neoplasia. O padrão de imunofluorescência esperado para o diagnóstico mais provável é:

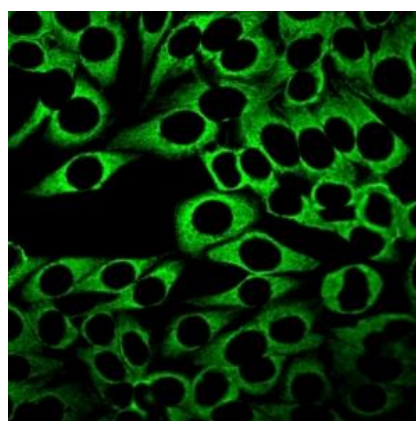
(A)



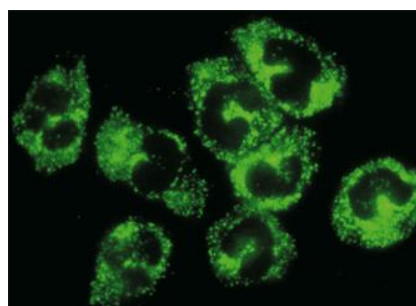
(B)



(C)

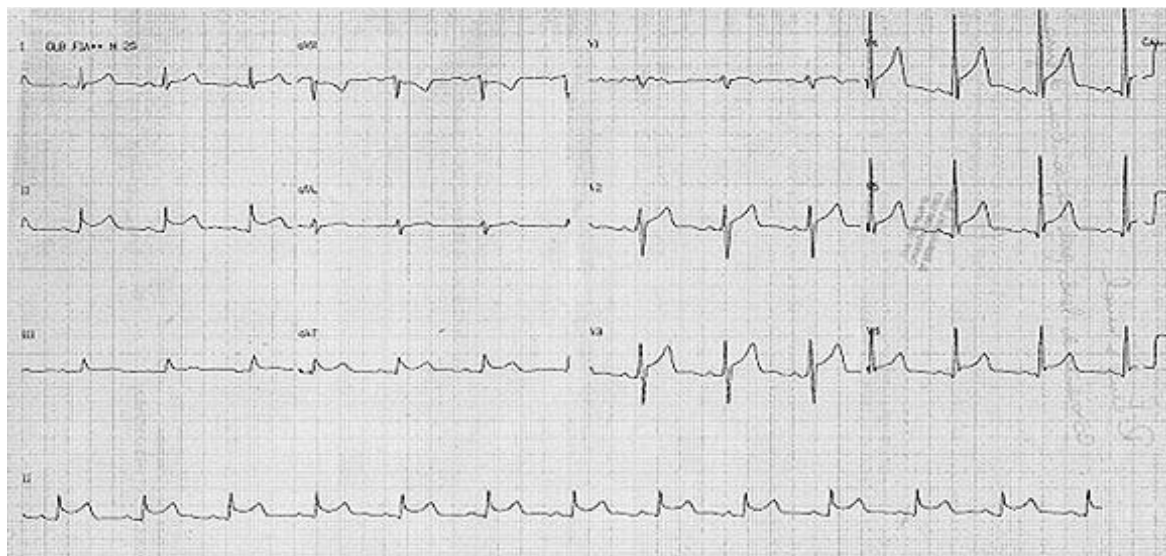


(D)



### 33

Homem, 62 anos de idade, portador de hipertensão arterial sistêmica mal controlada e tabagista de 20 cigarros/dia há 40 anos, procura a Unidade de Pronto Atendimento (UPA) com quadro de dor precordial de forte intensidade com irradiação para nuca e cefaleia associada à visão dupla e vertigem. Refere que o quadro se iniciou há cerca de 1 hora e 30 minutos. Ao exame físico, encontra-se lúcido, porém agitado, com PA de 200×100 mmHg, FC de 108 bpm, FR de 26 irpm, SpO<sub>2</sub> de 95% em ar ambiente. Ausculta cardíaca e pulmonar sem alterações, pulsos periféricos presentes e simétricos. No exame neurológico, apresenta-se com piora da diplopia agravada pela movimentação cefálica, nistagmo horizontal e marcha com instabilidade e tendência a queda para o lado esquerdo, sem outros déficits focais ou sinais meníngeos. Diante do quadro, foi solicitado um ECG na sala de emergência, demonstrado a seguir:



Em relação ao quadro apresentado, assinale a alternativa que apresenta a conduta mais indicada.

- (A) Caso a transferência a um centro de hemodinâmica seja maior que 120 minutos, deve-se prosseguir com administração de AAS 300 mg, clopidogrel 300 mg, enoxaparina 30 mg EV e trombólise para infarto agudo do miocárdio.
- (B) Iniciar nitroprussiato de sódio imediatamente para controle rápido da pressão arterial visando redução de até 25% da PA inicial na primeira hora.
- (C) Encaminhar o paciente a uma tomografia computadorizada de crânio sem contraste e, na ausência de sangramento, prosseguir com trombólise pelo quadro de acidente vascular cerebral isquêmico.
- (D) Encaminhar o paciente para angiotomografia de aorta e, na presença de dissecção de aorta, iniciar controle de duplo produto com esmolol e nitroprussiato de sódio.

### 34

Mulher, 38 anos de idade, procura atendimento por astenia progressiva, perda de peso de 7 kg nos últimos 4 meses, hipotensão e hiperpigmentação da pele. Nega uso de medicamentos. Relata episódios de diarreia e tonturas ao levantar-se. Ao exame clínico, apresenta-se emagrecida, com PA de 90×60 mmHg e FC de 96 bpm.

• Exames laboratoriais:

Na<sup>+</sup>: 130 mEq/L

K<sup>+</sup>: 5,8 mEq/L

Glicose: 68 mg/dL

Cortisol sérico às 8h: 3,2 µg/dL (ref.: 5 a 25 µg/dL)

ACTH plasmático 180 pg/mL (ref.: 7 a 46 pg/mL)

A conduta mais adequada no manejo desta paciente é:

- (A) Repetir cortisol e ACTH e iniciar fludrocortisona.
- (B) Iniciar hidrocortisona e fludrocortisona.
- (C) Confirmar o diagnóstico com teste de estímulo.
- (D) Solicitar ressonância magnética de hipófise.

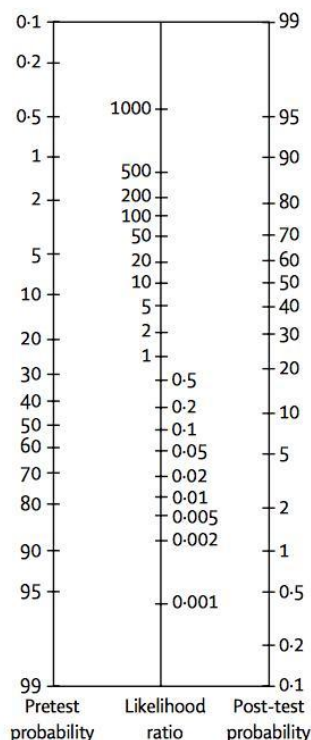
### 35

Um ensaio clínico randomizado de não inferioridade comparou o uso parcial de antibioticoterapia oral à terapia feita toda com antibioticoterapia intravenosa em pacientes com osteomielite crônica. A margem de não inferioridade foi definida em 0,80 para o risco relativo de resposta clínica completa. A análise por intenção de tratar (ITT) mostrou risco relativo de 0,95 (IC<sub>95%</sub>: 0,82–1,07). A análise por protocolo mostrou risco relativo = 0,88 (IC<sub>95%</sub>: 0,76–1,02). A interpretação mais adequada para o resultado é:

- (A) O resultado por ITT demonstra não inferioridade, independentemente da análise por protocolo.
- (B) A análise por protocolo deve ser evitada em ensaios de não inferioridade, pois sempre superestima o efeito da intervenção.
- (C) O estudo confirma a superioridade da estratégia com antibiótico oral sobre o intravenoso.
- (D) Como o IC da análise por protocolo cruza a margem de 0,80, não é possível confirmar não inferioridade.

36

Paciente, 50 anos de idade, sem comorbidades relevantes, apresenta dor torácica pleurítica e dispneia súbita. Pela avaliação clínica (escore de Wells), a probabilidade pré-teste de Tromboembolismo Pulmonar (TEP) é estimada em 20%. Foi solicitado um dímero-D, cujo desempenho em meta-análises é: sensibilidade de 95% e especificidade de 40%. O resultado foi negativo. Observe o gráfico a seguir:



Em relação às informações apresentadas, a probabilidade pós-teste aproximada de TEP nesse paciente é:

- (A) 2%.
- (B) 5%.
- (C) 7%.
- (D) 10%.

37

Homem, 63 anos de idade, com cirrose hepática, internado por infecção de trato urinário e aumento da ascite. Está recebendo ceftriaxone, recebeu dois dias de hidratação com cristaloides e diuréticos foram suspensos. Ao exame clínico, apresenta estado geral regular, PA de 100×50 mmHg, FC de 78 bpm, FR de 20 irpm, temperatura de 36,9 °C, SpO<sub>2</sub> de 97% em ar ambiente, bem perfundido, sem evidências de encefalopatia, ascite volumosa e depressível, com edema de membros inferiores +/4+. Ao longo dos três primeiros dias de internação, apresentou piora da creatinina de 1,1 mg/dL para 2,5 mg/dL. Sódio urinário <10 mEq/L. Em relação ao caso descrito, assinale a alternativa que apresenta a conduta mais adequada.

- (A) Iniciar terlipressina e albumina.
- (B) Iniciar corticoide intravenoso.
- (C) Trocar antibioticoterapia.
- (D) Realizar paracentese de alívio.

38

Homem, 50 anos de idade, internado por pancreatite aguda por litíase biliar. No 12º dia de internação, evoluiu com piora clínica, apresentando PA de 96×52 mmHg, FC de 112 bpm e queda do hematócrito. Foi realizada tomografia computadorizada de abdome contrastada apresentada na imagem a seguir:



Considerando o caso apresentado, a próxima conduta mais adequada é:

- (A) Necrosectomia aberta.
- (B) Antibioticoterapia de amplo espectro.
- (C) Colangiopancreatografia retrógrada endoscópica.
- (D) Drenagem percutânea do cisto pancreático.

39

Mulher, 23 anos de idade, com anemia desde a infância, tratada diversas vezes com ferro oral. Nega consanguinidade familiar; mãe submetida à colecistectomia aos 32 anos de idade, avó materna esplenectomizada durante uma colecistectomia aos 52 anos de idade. Há seis meses, foi internada por pneumonia, necessitando de transfusão de sangue. Exame clínico: descorada 1+/4+, baço palpável a 6 cm do rebordo costal esquerdo.

• Exames laboratoriais:

Hb: 10,8 g/dL  
 VCM: 83,5 fL (aguardando avaliação de sangue periférico)  
 Leucócitos: 7.300/mm<sup>3</sup> (diferencial normal)  
 Plaquetas: 170.000/mm<sup>3</sup>  
 Reticulócitos: 6,4% (192.000/mm<sup>3</sup>)  
 Bilirrubina total: 2,1 mg/dL  
 Bilirrubina indireta: 1,8 mg/dL  
 DHL: 420 U/L (ref.: 240 UI/L)  
 Haptoglobina sérica: 32 mg/dL (ref.: 30 a 100 mg/dL)  
 Coombs direto: negativo

A alteração laboratorial com maior probabilidade de ser encontrada é:

- (A) Prova de falcização positiva.
- (B) CD55 negativo em 70% das hemácias.
- (C) Nível baixo de G6PD em eritrócitos.
- (D) Curva de resistência globular desviada para direita.



40

Homem, 62 anos de idade, tabagista de 60 anos-maço, procura o pronto atendimento com edema de face, de membros superiores, plethora facial, sudorese e circulação colateral no tórax. Ao exame clínico, apresenta-se consciente e orientado, com FC de 94 bpm, PA de 140×90 mmHg, FR de 21 irpm e SpO<sub>2</sub> de 95% em ar ambiente. A tomografia de tórax é mostrada nas imagens a seguir:



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

- (A) PET-CT.
- (B) Radioterapia.
- (C) Biópsia transtorácica.
- (D) Corticoterapia em altas doses.

41

Homem, 59 anos de idade, em tratamento de adenocarcinoma de pâncreas metastático para fígado com esquema FOLFIRINOX (5-Fluorouracil, irinotecano e oxaliplatina) a cada duas semanas. Apresentou melhora do quadro de dor e queda de antígeno CA 19.9, porém desde o último ciclo tem apresentado piora de náuseas e vômitos. Faz uso de ondansetrona, dexametasona e aprepitanto como profilaxia para êmese. Em relação ao caso apresentado, assinale a alternativa que apresenta o medicamento adicional mais adequado para profilaxia do sintoma.

- (A) Metoclopramida.
- (B) Haloperidol.
- (C) Dimenidrinato.
- (D) Olanzapina.

42

Homem, 45 anos de idade, em reabilitação após trauma raquimedular, em uso de paracetamol, codeína e carbamazepina há três semanas. Apresenta-se sem edemas, está alerta e com capacidade normal de se alimentar, sem restrição dietética em prescrição, com PA de 110×70 mmHg e FC de 85 bpm, afebril.

• Exames laboratoriais:

Cr: 0,88 mg/dL  
 Ur: 40 mg/dL  
 K<sup>+</sup>: 4,2 mEq/L  
 Na<sup>+</sup>: 126 mEq/L  
 pH: 7,37  
 HCO<sub>3</sub><sup>-</sup>: 23,7 mmol/L  
 TSH: 1,33 µUI/mL

• Urina tipo 1:

pH: 5,5 (ref.: 5,0 a 6,0)  
 Densidade: 1,020 (ref.: 1,015 a 1,025)  
 Glicose: ausente (ref.: ausente)  
 Proteínas: < 0,05 g/L (ref.: < 0,05 g/L)  
 Leucócitos: 2/campo (ref.: até 10/campo)  
 Eritrócitos: 1/campo (ref.: até 3/campo)

Em relação ao caso descrito, assinale a alternativa que apresenta os resultados mais prováveis e as condutas mais adequadas.

- (A) Osmolalidade urinária 95 mOsm/kg H<sub>2</sub>O, sódio urinário 15 mmol/L; suspender a carbamazepina e prescrever restrição hídrica.
- (B) Osmolalidade urinária 95 mOsm/kg H<sub>2</sub>O, sódio urinário 63 mmol/L; prescrever diurético de alça.
- (C) Osmolalidade urinária 794 mOsm/kg H<sub>2</sub>O, sódio urinário 15 mmol/L; prescrever 100 mL de solução salina intravenosa 3% em 30 minutos.
- (D) Osmolalidade urinária 794 mOsm/Kg H<sub>2</sub>O, sódio urinário 63 mmol/L; suspender a carbamazepina e prescrever restrição hídrica.

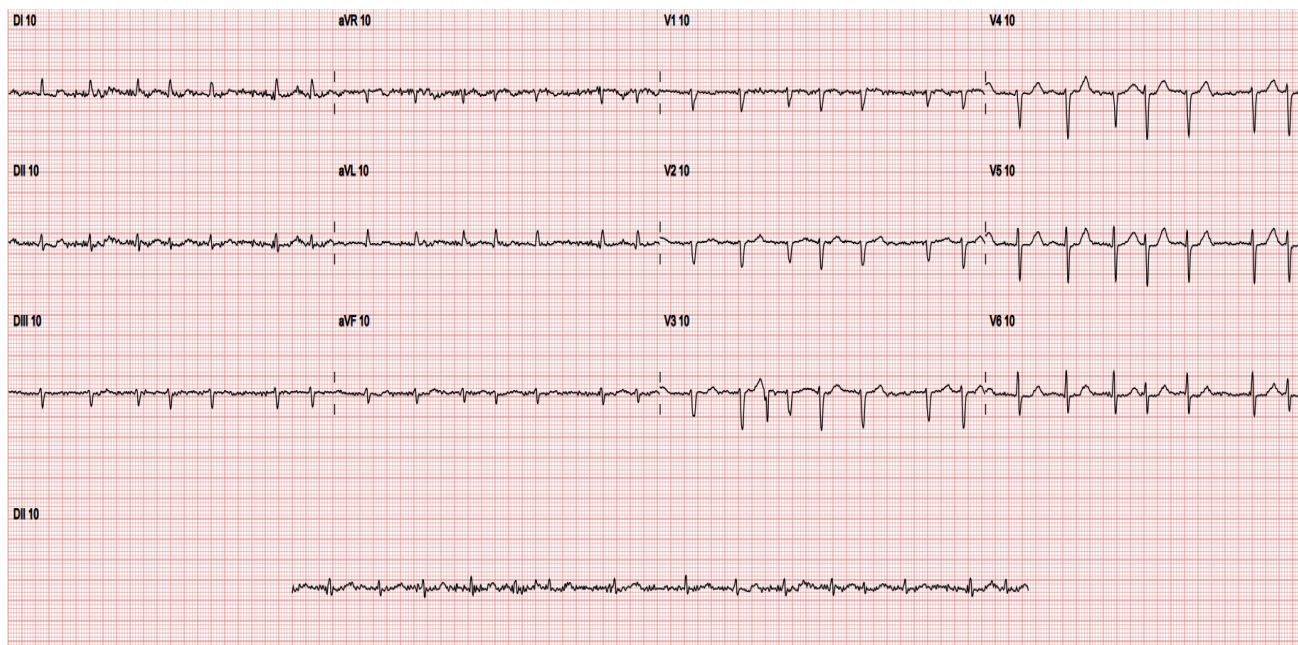
43

Homem, 64 anos de idade e 15 anos de escolaridade, possui diagnóstico de doença de Parkinson há 5 anos e está, atualmente, em uso de biperideno, pramipexol e levodopa com benserazida. Refere dificuldades de memória e de concentração nas tarefas. Ainda trabalha como comerciante, mas sente que, às vezes, se atrapalha com as contas. Outra queixa, é que passou a ver vultos e ter sensação de que há pessoas passando por trás dele. No mini exame do estado mental, o paciente fez 25 pontos, perdendo 03 pontos nas subtrações em série, 01 ponto na evocação das palavras e 01 ponto na cópia do desenho. Ao exame neurológico, apresenta bradicinesia, rigidez com roda denteadada, sem tremor de repouso. Assinale a alternativa que apresenta a próxima conduta mais adequada para o caso apresentado.

- (A) Suspender a levodopa.
- (B) Suspender o biperideno.
- (C) Prescrever a rivastigmina.
- (D) Prescrever a quetiapina.

## 44

Mulher, 67 anos de idade, atualmente tabagista 50 anos-maço com diagnóstico de doença pulmonar obstrutiva crônica em uso de formoterol. Antecedentes cirúrgicos de colecistectomia, cesárea e abordagem de síndrome do túnel do carpo bilateral. Conta, ainda, rotura de tendão de biceps enquanto pendurava roupas no varal há 2 anos, em tratamento conservador e sem limitação funcional em braços. Recentemente, suspendeu por conta própria enalapril que usava para hipertensão, pois notou a pressão mais baixa nos últimos meses. Procura atendimento em ambulatório de clínica médica com queixa de falta de ar aos esforços. Nega dor torácica. Ao exame físico, apresenta PA de 90×74 mmHg, FC de 90 bpm, SpO<sub>2</sub> de 93% em ar ambiente. Ausculta cardíaca com ritmo irregular, sem sopros, bem perfundida. Ausculta pulmonar com murmúrios globalmente reduzidos, sibilância expiratória e estertores bibasais. Membros com edema 1+ simétrico, pulsos pediosos amplos.



Em relação ao caso descrito, assinale a alternativa que apresenta a melhor conduta para o diagnóstico e manejo desta paciente.

- (A) Iniciar apixabana e furosemida, manter sem enalapril, solicitar BNP e ecocardiograma com *strain*.
- (B) Iniciar bisoprolol, sacubitril-valsartana e espironolactona, além de furosemida para alívio sintomático inicial e melhor controle volêmico. Solicitar ecocardiograma e BNP.
- (C) Reiniciar enalapril para controle pressórico e nefroproteção, além de apixabana. Solicitar MAPA 24h para avaliar controle pressórico em domicílio.
- (D) Associar segundo broncodilatador, solicitar prova de função pulmonar e ecocardiograma para avaliar doença pulmonar obstrutiva crônica e evolução para hipertensão pulmonar.

## 45

Homem, 52 anos de idade, com diabetes melito tipo 2, HAS e obesidade grau 1. Foi solicitado ultrassom de abdome após consulta de rotina, que mostrou fígado de dimensões normais, bordas finas, ecotextura discretamente heterogênea e esteatose de grau moderado.

- Exames laboratoriais:
- HbA1c: 6,5%
- LDL colesterol: 110 mg/dL
- Triglicérides: 130 mg/dL
- TGO/AST: 35 U/L
- TGP/ALT: 38 U/L

Considerando o caso apresentado, o próximo passo mais adequado é:

- (A) Calcular FIB-4.
- (B) Realizar biópsia hepática.
- (C) Repetir transaminases em seis meses.
- (D) Repetir imagem em um ano.

## 46

Homem, 77 anos de idade, bancário aposentado, sedentário, hipertenso, diabético e tabagista, apresenta perda de iniciativa e diminuição da interação social. Ele nega tristeza ou falta de prazer nas atividades. A esposa relata lapsos de memória com piora no último ano. Tem dificuldades para controlar as suas finanças, precisando de ajuda ocasionalmente, mas é independente em suas atividades diárias. Testes cognitivos com alterações significativas nos domínios de atenção e de memória. Exames laboratoriais e de neuroimagem sem alterações. A conduta terapêutica mais adequada é:

- (A) Donepezila.
- (B) Memantina.
- (C) Reabilitação cognitiva.
- (D) Estimulação magnética transcraniana.



47

Paciente, 57 anos de idade, hospitalizada por quadro de adinamia e confusão nos últimos três dias. Encontra-se emagrecida, hidratada, com taquipneia e afebril. Familiares relatam inapetência há cerca de três meses, associada a luto recente pelo falecimento do marido.

• Exames laboratoriais:

Na<sup>+</sup>: 122 mEq/L

Cr: 1,1 mg/dL

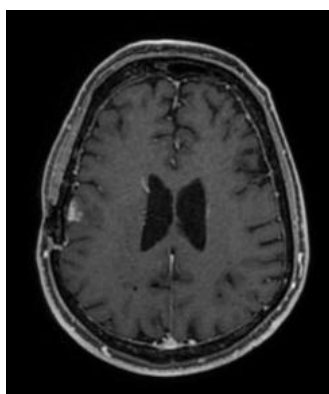
K<sup>+</sup>: 3,5 mEq/L

Cl<sup>-</sup>: 103 mEq/L

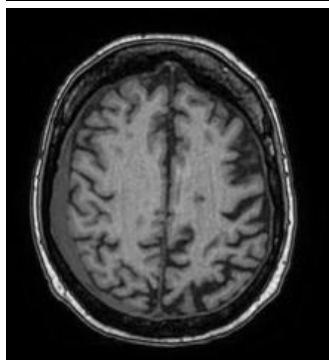
Urina tipo 1 com densidade de 1,030

Assinale a alternativa que apresenta o exame de imagem mais compatível com o caso clínico apresentado.

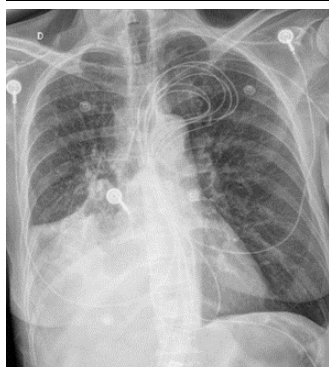
(A)



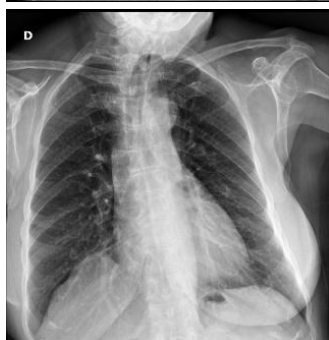
(B)



(C)



(D)



48

Em um estudo clínico, 889 pacientes submetidos a tratamento adjuvante para câncer colorretal foram aleatorizados para realizar atividade física estruturada ou receber materiais educativos sobre saúde. Após um seguimento de 7,9 anos, observou-se uma diferença em cinco anos de sobrevida livre de doença de 80,3% para o grupo que realizou atividade física e 73,9% para o grupo de educação em saúde. Isto correspondeu a um *hazard ratio* de 0,72 com IC<sub>95%</sub> 0,55 a 0,94. É possível afirmar:

- (A) O desenho do estudo apresenta viés de seleção e, portanto, baixa validade externa.
- (B) O tempo de seguimento é inadequado para a proposta do estudo em questão.
- (C) A diferença absoluta de 6,4% é clinicamente e estatisticamente significativa.
- (D) Não é possível inferir a magnitude do ganho pelos dados apresentados.

49

Homem, 42 anos de idade, asmático, está em tratamento com beclometasona 500 µg, inalatória, 12/12 horas e salbutamol 100 µg de resgate. Apresentou melhora inicial dos sintomas, porém necessita de resgate quatro vezes por semana. Nos últimos três meses, teve uma crise em que necessitou de corticoterapia oral. Assinale a alternativa que apresenta a conduta mais apropriada.

- (A) Manter corticoide inalatório e resgate com β<sub>2</sub>-agonista de curta duração e associar antileucotrieno
- (B) Associar broncodilatador anticolinérgico ao corticoide inalatório e manter β<sub>2</sub>-agonista de curta duração.
- (C) Aumentar dose do corticoide inalatório e manter resgate com β<sub>2</sub>-agonista de curta duração.
- (D) Substituir terapia por β<sub>2</sub>-agonista de longa duração associado a corticoide inalatório para manutenção e resgate.

50

Homem, 70 anos de idade, ex-tabagista com carga de 50 anos-maço e abstinência há 5 anos. Há 8 anos, com quadro de dispneia progressiva e tosse crônica. No último ano, apresentou duas idas ao pronto-socorro com necessidade de corticoide associada à antibioticoterapia oral. Espirometria com VEF1 38%, sem mudança após broncodilatador.

• Exames laboratoriais:

Hemoglobina: 16,5 g/dL

Leucócitos: 8.100/mm<sup>3</sup>

Eosinófilos: 380/mm<sup>3</sup>

Ur: 38 mg/dL

Cr: 1,2 mg/dL

Além de β<sub>2</sub> de longa duração, a terapia mais adequada para este paciente deve incluir:

- (A) Metilxantina e corticoide inalatório.
- (B) Metilxantina e corticoide oral.
- (C) Anticolinérgico de longa duração e corticoide oral.
- (D) Anticolinérgico.

Texto para as questões de 51 a 53

Mulher, 61 anos de idade, em avaliação pré-operatória de cirurgia bariátrica com *bypass* gástrico. Tem antecedente de asma e obesidade. Está em uso de formoterol-budesonida 6/200 µg 12/12 horas e salbutamol, se necessário. Relata que consegue subir dois lances de escada. Nega angina e palpitações. Relata que acorda à noite, pelo menos uma vez na semana, com necessidade de salbutamol de resgate. A última exacerbação de asma ocorreu há 1 ano. Queixa-se, também, de roncos noturnos e sonolência diurna. Nega episódios de apneia. Ao exame clínico, apresenta sinais vitais normais e IMC 42,5 kg/m<sup>2</sup>. Os exames laboratoriais e eletrocardiograma estão normais.

**51**

A conduta mais adequada no manejo de asma no perioperatório é:

- (A) Prosseguir com a cirurgia, iniciar prednisona 2-3 dias antes e manter por 3 dias após.
- (B) Fazer *step-up* do tratamento com terapia MART e prosseguir com a cirurgia.
- (C) Fazer *step-up* do tratamento com terapia MART e reavaliar em 30 dias.
- (D) Postergar a cirurgia até realização de prova de função pulmonar e polissonografia.

**52**

Além de mobilização precoce, a conduta mais adequada na prevenção de complicações pulmonares no perioperatório inclui:

- (A) Analgesia e fisioterapia motora.
- (B) Anestesia geral.
- (C) Raquianestesia ou bloqueio.
- (D) Ventilação não invasiva (CPAP).

**53**

A conduta mais adequada para profilaxia de tromboembolismo venoso nesta paciente é:

- (A) Rivaroxabana 10 mg via oral a cada 24 horas por 35 dias.
- (B) Fondaparina 2,5 mg SC a cada 24 horas por 28 dias.
- (C) Enoxaparina 40 mg SC a cada 12 horas por 7 dias.
- (D) Heparina não fracionada 5.000 U SC a cada 8 horas por 10 dias.

**54**

Mulher, 87 anos de idade, com diagnóstico de fibrilação atrial não valvar, identificada durante avaliação de rotina. Sem histórico de sangramentos ou tromboembolismo. Tem hipertensão arterial em uso de losartana e nefroesclerose, com *clearance* de creatinina de 47 mL/min, PA de 126×78 mmHg e FC de 90 bpm. A conduta mais adequada é:

- (A) Rivaroxabana 20 mg, 1 vez ao dia.
- (C) Atenolol 25 mg, 1 vez ao dia.
- (B) AAS 100 mg, 1 vez ao dia.
- (D) Amiodarona 200 mg, 1 vez ao dia.

**55**

Homem, 55 anos de idade, previamente hígido, com queixa de fraqueza progressiva há 1 ano. A fraqueza teve início em membro inferior direito, evoluindo gradualmente para o membro inferior esquerdo e, posteriormente, para os membros superiores. Exame neurológico: tetraparesia com força grau IV em todos os membros, reflexos exaltados nos membros superiores e hipoativos nos membros inferiores. A sensibilidade está preservada. O único achado no exame dos pares cranianos é apresentado na imagem a seguir:



Em relação ao caso apresentado, o exame complementar com maior probabilidade de confirmar o diagnóstico síndrome é:

- (A) Eletroneuromiografia.
- (B) Ressonância magnética de coluna.
- (C) Painel de anticorpos onconeurais em soro e líquido.
- (D) Dosagem de anti-GM1 em soro e líquido.

**56**

Mulher, 87 anos de idade, com diabetes, insuficiência cardíaca com fração de ejeção reduzida, doença arterial coronariana e depressão. Relata tonturas tipo desequilíbrio, especialmente durante a caminhada. Está em uso de metformina 500 mg 2x/dia, furosemida 40 mg 1x/dia, enalapril 20 mg 2x/dia, carvedilol 25 mg 2x/dia, AAS 100 mg 1x/dia e amitriptilina 25 mg à noite. Exame clínico sem alterações significativas, exceto pressão arterial deitada de 158×88 mmHg, em pé de 128×70 mmHg e sentada de 136×88 mmHg. Glicemia capilar de 88 mg/dL. A conduta mais adequada é:

- (A) Diminuir a metformina.
- (B) Diminuir o enalapril.
- (C) Associar a hidralazina.
- (D) Suspender a amitriptilina.

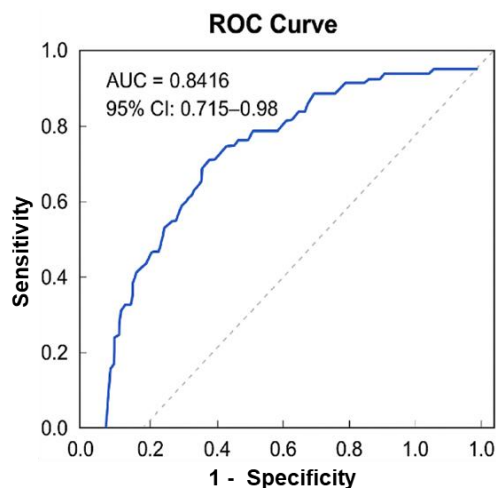
**57**

Um ensaio clínico randomizado comparou um novo anticoagulante com a varfarina para prevenção de AVC em fibrilação atrial. Após dois anos, a incidência de AVC foi de 4,7% no grupo do novo fármaco e 8% no grupo varfarina. O número aproximado de pacientes que precisam ser tratados para que um a mais tenha o benefício deste novo anticoagulante é:

- (A) 7.
- (B) 25.
- (C) 30.
- (D) 58.

58

Um estudo investigou a associação entre os parâmetros laboratoriais hepáticos no início da fisioterapia pós-operatória (bilirrubina total, aspartato aminotransferase e alanina aminotransferase) e a capacidade de deambulação independente de pacientes submetidos a transplante hepático. A curva ROC é apresentada na figura a seguir:



Considerando as informações apresentadas, a interpretação mais adequada é:

- (A) O teste não deve ser utilizado, pois a AUC é inferior a 0,90.  
(B) O teste apresenta boa capacidade de discriminar pacientes com e sem deambulação independente.  
(C) A discriminação não é avaliável, pois o intervalo de confiança chega próximo de 0,5.  
(D) No ponto ótimo, o teste apresenta alta sensibilidade, mas baixa especificidade.

59

Homem, 78 anos de idade, foi encontrado desacordado em casa e levado ao pronto-socorro. No caminho ao hospital, apresentou crise convulsiva tônica-clônica bilateral com duração de menos de dois minutos, sendo medicado com midazolam intramuscular. Tem diagnóstico recente de nevralgia do trigêmeo e iniciou carbamazepina 400 mg/dia há 15 dias. Ao exame clínico, apresenta-se sonolento, sem rigidez de nuca, localiza estímulos dolorosos e emite sons guturais. Sem outras alterações ao exame neurológico. PA de 110×70 mmHg, FC de 98 bpm e glicemia capilar de 89 mg/dL. Tomografia de crânio sem contraste mostrou discreta atrofia cortical, sem outras alterações.

• Exames laboratoriais:

Hb: 11,4g/dL

Leucócitos: 7.600/mm<sup>3</sup>

Plaquetas: 168.000/mm<sup>3</sup>

Ur: 54mg/dL

Cr: 0,9 mg/dL

Na<sup>+</sup>: 113 mEq/L

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

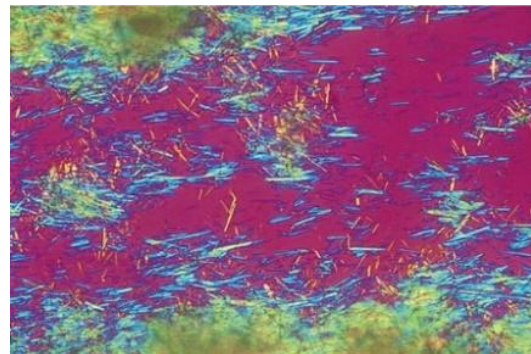
O fármaco anticrise mais adequado no tratamento agudo deste paciente é:

- (A) Fenitoína 10 a 20 mg/kg intravenosa.  
(B) Midazolam em infusão contínua.  
(C) Levetiracetam 1.000 mg por sonda.  
(D) Não são necessários fármacos anticrise.

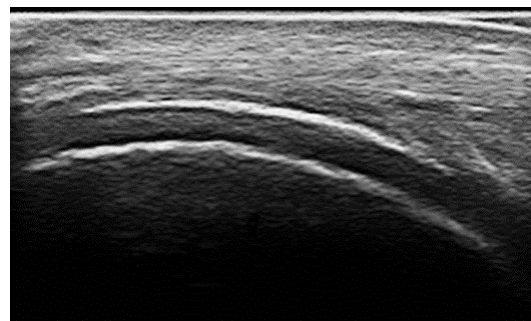
60

Homem, 56 anos de idade, com hipertensão arterial e diabetes melito, apresenta dor intensa e edema em primeira metatarsofalângica esquerda há 4 dias, com dificuldade de deambulação. Há 2 anos, teve crise semelhante no tornozelo direito. Ao exame clínico, apresenta monoartrite, sem outros achados. A imagem que indica tratamento de longo prazo para esse paciente é:

(A)



(B)



(C)



(D)



61

Mulher, 24 anos de idade, com lúpus eritematoso sistêmico, refere urina espumosa e edema de membros inferiores há duas semanas. Comparece ao pronto-socorro com queixa de perda visual bilateral e cefaleia holocraniana há duas horas. Ao exame clínico, apresenta PA de 200×140 mmHg, FC de 104 bpm, rítmica, SpO<sub>2</sub> de 98%, em ar ambiente. Sonolenta, sem sinais neurológicos localizatórios.

• Exames laboratoriais:

Ur: 120 mg/dL

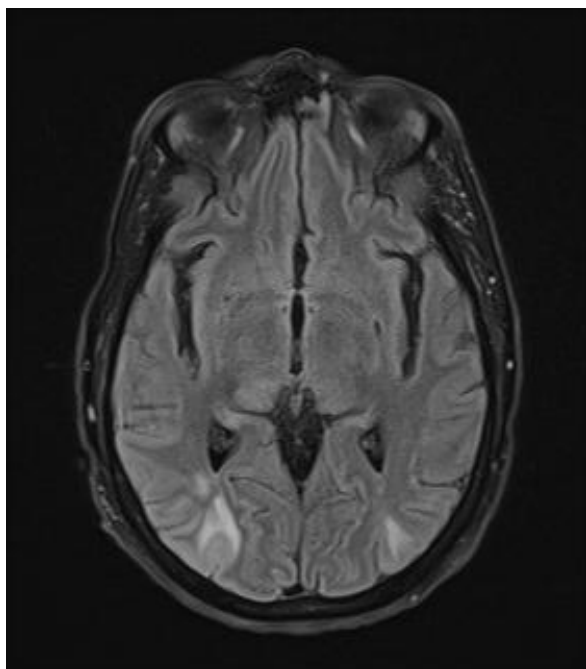
Cr: 4 mg/dL

• Urina tipo 1:

25.000 hemácias/mL (com dismorfismo)

Proteinúria (>1 g/L)

Foi realizada tomografia de crânio sem alterações. A ressonância magnética de crânio é apresentada na imagem a seguir:



A conduta terapêutica inicial desta paciente deve ser:

- (A) Plasmaferese.
- (B) Nitroprussiato de sódio.
- (C) Hemodiálise.
- (D) Pulsoterapia com metilprednisolona.

62

Mulher, 60 anos de idade, admitida na emergência com sepse de foco abdominal. Recebeu ressuscitação volêmica inicial de 30 mL/kg e ceftriaxona, mantendo tempo de enchimento capilar prolongado, PA de 80×60 mmHg e FC de 130 bpm. Foi realizada manobra de elevação passiva dos membros inferiores, com mudança do *Velocity Time Index* da via de saída do ventrículo esquerdo de 13%. Assinale a alternativa que apresenta a conduta mais adequada.

- (A) Iniciar noradrenalina.
- (B) Iniciar dobutamina.
- (C) Aguardar resultado de lactato arterial.
- (D) Nova expansão volêmica com cristalóide.

63

Mulher, 38 anos de idade, portadora de valvopatia reumática com antecedente de valvoplastia mitral por cateter balão há 3 anos, internou por quadro de queda do estado geral, dispneia e febre. Propedêutica de insuficiência aórtica importante e pouca congestão pulmonar. Hemoculturas identificam *Streptococcus viridans*, com sensibilidade a penicilina (CIM < 0,12 µg/mL) e β-lactâmicos. Ecocardiograma: insuficiência aórtica importante, com imagens filamentosas aderidas à face ventricular da cúspide não coronariana da valva aórtica. No 9º dia de tratamento com ceftriaxona, a paciente apresenta piora súbita da dispneia com congestão pulmonar importante. PA de 150×40 mmHg, FC de 40 bpm. Em relação ao caso apresentado, qual a mais provável complicação, como confirmá-la e qual a conduta terapêutica?

- (A) Infarto do miocárdio por embolização da vegetação para coronária. Após eletrocardiograma, está indicado cateterismo cardíaco de emergência e angioplastia coronária.
- (B) Perfuração valvar com piora aguda da insuficiência cardíaca. Confirmar com novo ecocardiograma transtorácico e encaminhar para cirurgia.
- (C) Bloqueio atrioventricular por extensão paravalvar da endocardite. Após eletrocardiograma, está indicado ecocardiograma transeofágico. A conduta é cirurgia de urgência.
- (D) Piora da endocardite por resistência antimicrobiana, o ideal é transicionar o antibiótico para penicilina e gentamicina, além de planejar tratamento cirúrgico.

64

Homem, 55 anos de idade, previamente hígido, com fadiga progressiva, dores articulares e redução da libido no último ano. Refere consumo moderado de álcool. Pai de 2 filhos, sem problemas de saúde, irmão mais velho transplantado de fígado, não sabe o motivo. Exame clínico: fígado a 3 cm do rebordo costal direito. Artrite discreta nas articulações metacarpo-falangeanas de 2º e 3º dedos bilateralmente.

• Exames laboratoriais:

Ferro sérico: 230 µg/dL

Saturação de transferrina: 82% (ref.: 20 a 50%)

Ferritina sérica: 1.150 ng/mL

TGO/AST: 78 U/L

TGP/ALT: 95 U/L

GGT: 155 U/L

HbA1c: 8,1%

Testosterona total: 180 ng/dL (ref.: 300 a 1.000 ng/dL)

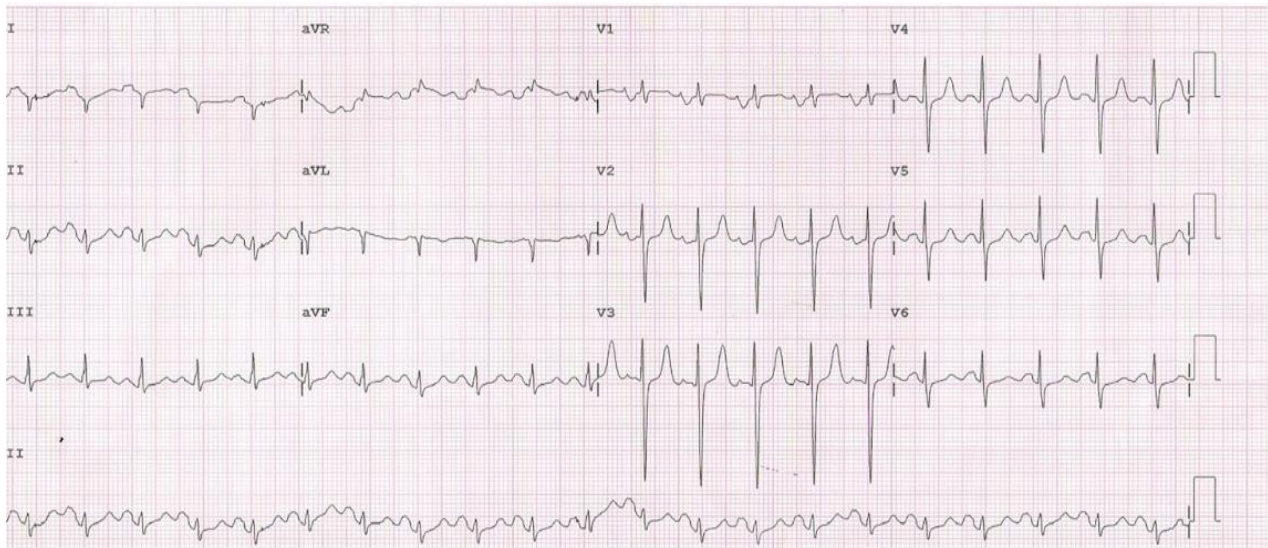
Foi realizada ultrassonografia abdominal com hepatomegalia leve, esteatose grau II, ausência de esplenomegalia. Em relação aos dados apresentados, a alteração mais provável é:

- (A) Hepcidina sérica elevada.
- (B) Mutação do gene HJV ou HAMP.
- (C) Condrocálcinose em radiografia de mãos.
- (D) Ausência de fibrose hepática no Fibroscan.



65

Mulher, 56 anos de idade, procura atendimento médico devido à dispneia progressiva aos mínimos esforços, ortopneia e episódios de palpitação há cerca de seis meses. Ela relata cansaço para subir pequenos lances de escada e edema de membros inferiores no final do dia. Nega dor torácica. O ECG e os dados do cateterismo direito da paciente são apresentados a seguir:



Pressão	Valor da paciente (mmHg)	Valor de referência (mmHg)
Artéria pulmonar	48/29 (média: 35)	Sist.: 15-30 Diast.: 4-12 (média: 9-19)
Capilar pulmonar	28	6-12
Átrio direito	8	2-8
Ventrículo direito	49/8	Sist.: 15-30 Diast.: 2-8
Ventrículo esquerdo	120/8	Sist.: 100-140 Diast.: 3-12

Considerando o caso descrito, assinale a alternativa que apresenta o principal diagnóstico anatômico e a terapia medicamentosa mais adequada, além do diurético.

- (A) Insuficiência tricúspide e hipertensão pulmonar / Sildenafil.
- (B) Insuficiência mitral / IECA.
- (C) Estenose de valva pulmonar / Digitálico.
- (D) Estenose mitral / Betabloqueador.

66

Mulher, 47 anos de idade, com cirrose hepática alcoólica em estágio CHILD C, em lista para transplante hepático, foi internada por hemorragia digestiva alta por varizes esofágicas e evoluiu com *Acute-on-Chronic Liver Failure* (ACLF). No segundo dia de internação na UTI, encontra-se em RASS -1 sem sedação contínua, ventilação mecânica em modo pressão de suporte (PEEP 5 cm H<sub>2</sub>O, FiO<sub>2</sub> 35%, pressão de suporte de 10 cm H<sub>2</sub>O), em uso de noradrenalina 0,6 µg/kg/min e em hemodiafiltração venovenosa contínua, apresentando nova piora da acidose metabólica. A conduta mais adequada é:

- (A) Avaliação da cetonemia.
- (B) Avaliação do *gap* osmolar.
- (C) Dosagem de sódio, INR e fator V.
- (D) Dosagem de relação cálcio total/cálcio iônico.

67

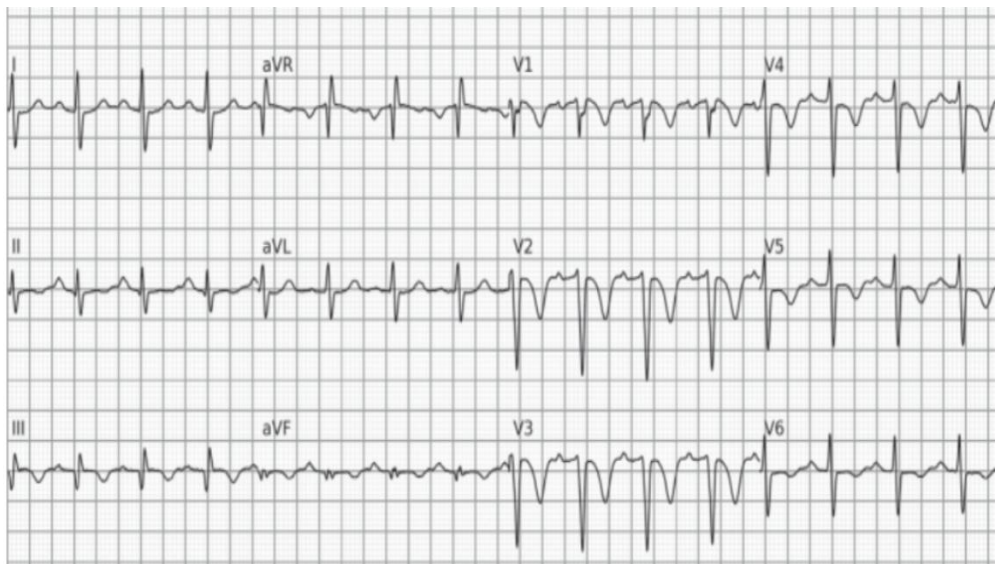
Durante investigação de nefrolitíase, uma mulher de 54 anos de idade, com diabetes, hipertensão e histórico de fratura de ossos longos, realiza uma tomografia de abdome que revela nódulo em adrenal esquerda de 2,8 cm, densidade de <10 UH na fase sem contraste. Nega uso de corticoides. Exames laboratoriais: cortisol após 1 mg de dexametasona 2,5 µg/dL (ref.: < 1,8 µg/dL), ACTH plasmático 8 pg/mL (ref.: 7 a 45 pg/mL), aldosterona 9 ng/dL, renina não supressa, DHEAS dentro dos limites da normalidade. Em relação ao caso apresentado, a conduta mais adequada é:

- (A) Adrenalectomia esquerda.
- (B) Tomografia de tórax para estadiamento.
- (C) Controle tomográfico em seis meses.
- (D) Não são necessárias condutas adicionais.



68

Mulher, 62 anos de idade, diabética, ex-tabagista de 40 anos-maço, com antecedente de câncer de mama tratado com cirurgia e radioterapia há três anos; atualmente em uso de tamoxifeno. Há duas horas, apresenta dor torácica à esquerda, acompanhada de episódio de síncope. Ao exame clínico, encontra-se eupneica, com PA de 120×70 mmHg FC de 110 bpm, SpO<sub>2</sub> de 93% em ar ambiente, sem outras alterações. Exames laboratoriais com hemograma normal e troponina T-us 98 ng/mL na chegada e 131 ng/mL após duas horas (ref.: 14 ng/mL). POCUS: sem alteração na contratilidade global ou segmentar de VE. O ECG é apresentado a seguir:



Em relação ao caso descrito, assinale a alternativa que apresenta o manejo mais adequado para esta paciente.

- (A) AAS, anticoagulação plena e cateterismo cardíaco.
- (B) AAS, clopidogrel, anticoagulação plena e cateterismo cardíaco.
- (C) Anticoagulação plena e angiotomografia de artérias pulmonares.
- (D) Anti-inflamatório não hormonal associado a colchicina.

69

Paciente com carcinoma renal de células claras metastático para pulmão, ossos e fígado, com progressão de doença após duas linhas de tratamento prévias, procura o pronto-socorro por quadro de confusão, hiporexia e edema de membros inferiores. Ao exame clínico, apresenta Glasgow 14, FC de 110 bpm.

- Exames laboratoriais:
- Hb: 6,8 g/dL
- Albumina: 2,8 g/dL
- FA: 1150 U/L
- TGO/AST: 62 U/L
- TGP/ALT: 88 U/L
- Bilirrubina total: 1,5 mg/dL
- Cr: 1,2 mg/dL
- Fósforo: 2,5 mg/dL

Em casa, permanecia a maior parte do tempo sentado ou deitado nas últimas duas semanas. Em relação ao caso apresentado, as condutas mais adequadas são:

- (A) Dosagem de cálcio sérico e realização de tomografia de crânio com contraste.
- (B) Dosagem de amônia e realização de tomografia de crânio sem contraste.
- (C) Transfusão de concentrado de hemácias e reposição de fósforo.
- (D) Infusão de albumina e dosagem de cálcio sérico.

70

Mulher, 65 anos de idade, com doença renal crônica, realiza hemodiálise por cateter duplo lúmen tunelizado de longa permanência em veia jugular interna direita há aproximadamente três anos. Comparece ao pronto-socorro com queixa de febre e tremores durante as últimas três sessões de hemodiálise. Foi coletada hemocultura periférica à chegada, com crescimento em 10 horas de *Staphylococcus aureus* sensível a oxacilina. A hemocultura de cateter de hemodiálise apresentou crescimento de *S. aureus* com mesmo perfil de sensibilidade em 4 horas. Em relação ao caso apresentado, as condutas mais adequadas são:

- (A) Introduzir vancomicina pós-diálise por ao menos 3 semanas; solicitar ecocardiograma e fundo de olho; fechar o cateter com antibiótico local concentrado (*lock* terapia) com vancomicina.
- (B) Introduzir vancomicina pós-diálise por ao menos 3 semanas, solicitar ecocardiograma e fundo de olho; remover cateter de longa permanência.
- (C) Introduzir oxacilina ou cefazolina por ao menos 3 semanas; solicitar ecocardiograma e fundo de olho; remover cateter de longa permanência.
- (D) Introduzir oxacilina por ao menos 3 semanas; solicitar ecocardiograma e fundo de olho; fechar o cateter com antibiótico local concentrado (*lock* terapia) com vancomicina.

71

Homem, 25 anos de idade, com dor precordial.

• Exames laboratoriais:

Hb: 13 g/dL

Leucócitos: 9.400/mm<sup>3</sup>

Neutrófilos: 2.600/mm<sup>3</sup>

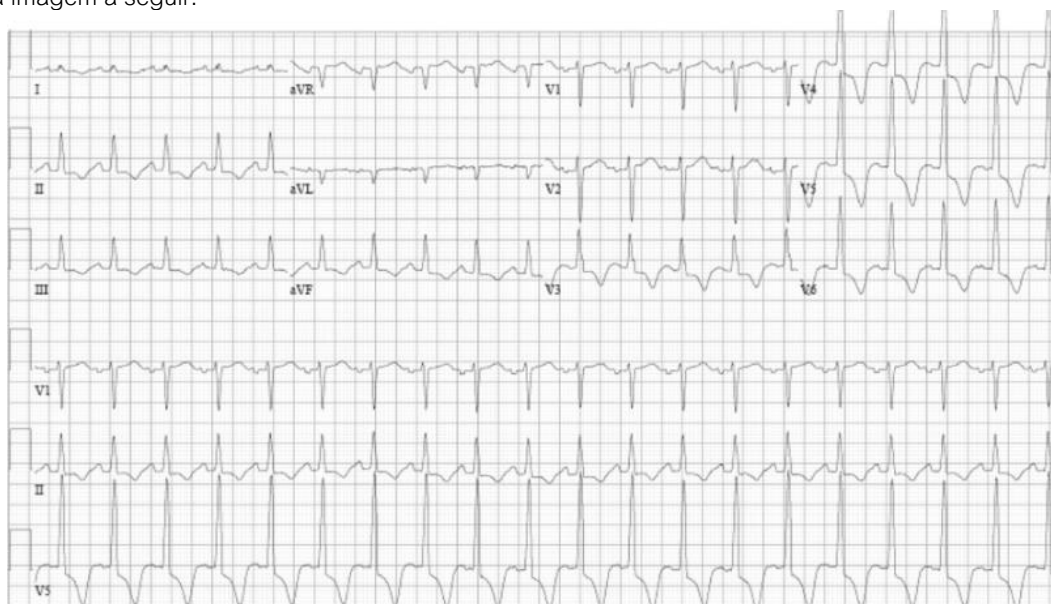
Eosinófilos: 4.200/mm<sup>3</sup>

Linfócitos: 1.800/mm<sup>3</sup>

Monócitos: 400/mm<sup>3</sup>

Troponina e pro-BNP: persistentemente elevados

ECO transtorácico com alteração segmentar e fração de ejeção reduzida. Cateterismo cardíaco sem lesões obstrutivas. O ECG é apresentado na imagem a seguir:



Em relação ao caso apresentado, a conduta mais adequada deve incluir:

(A) AAS, clopidogrel e enoxaparina.

(B) Mesilato de imatinibe.

(C) Metilprednisolona.

(D) Colchicina.

72

Mulher, 18 anos de idade, com rinite alérgica e sinusites de repetição desde a infância. Há um ano, diarreia com restos alimentares e perda ponderal, com piora após ingestão de massas e pão.

• Exames laboratoriais:

Hb: 12,5 g/dL

Eosinófilos: 200/mm<sup>3</sup>

IgG: 1.200 mg/dL (ref.: 700 a 1.600 mg/dL)

IgA: < 5 mg/dL (ref.: 70 a 400 mg/dL)

IgM: 325 mg/dL (ref.: 40 a 230 mg/dL)

IgE: 545 UI/mL (ref.: < 100 UI/mL)

Parasitológicos de fezes (3): negativos

Em relação ao caso apresentado, o teste mais indicado para o início da investigação é:

(A) Genotipagem para HLA DQ2 e DQ8.

(B) Biópsia de 2ª porção do duodeno.

(C) Anticorpo IgE específico para glúten.

(D) Anticorpo IgG anti gliadina deaminada.

73

Mulher, 48 anos de idade, refere que nos últimos dois anos apresentou oito episódios de edema de lábios e lesões eritematosas, edematosas e pruriginosas pelo corpo. As lesões cutâneas desaparecem completamente em algumas horas e o angioedema em até três dias. Em duas ocasiões, associou o quadro com consumo de camarão. Nega broncoespasmo, vômitos ou dor abdominal. Boa resposta a anti-histamínicos e adrenalina, utilizada em algumas ocasiões durante atendimento em pronto atendimento. Em acompanhamento por lombalgia há seis anos, estando medicada com anti-inflamatório não esteroidal de demanda. Hipertensão arterial sistêmica há quatro anos, em uso de diurético. Em relação ao caso apresentado, qual é a melhor hipótese diagnóstica?

(A) Urticária aguda por anti-inflamatório não esteroidal.

(B) Alergia alimentar a múltiplos alimentos, como camarão.

(C) Anafilaxia recorrente devido aos vários medicamentos.

(D) Angioedema hereditário, sem desencadeante específico.

74

Homem, 45 anos de idade, com antecedente de trauma raquimedular, em uso crônico de baclofeno e olanzapina, é internado na UTI por sepse secundária à infecção urinária. Durante a internação, evoluiu com delirium hiperativo, necessitando de doses de resgate de haloperidol endovenoso, por impossibilidade de utilização da via oral. No terceiro dia de UTI, passou a apresentar febre persistente de 39 °C, tremores e espasticidade, mantendo FC de 140 bpm, PA de 140×60 mmHg, FR de 25 irpm, SpO<sub>2</sub> de 95% em ar ambiente. Em relação ao caso descrito, assinale a alternativa que apresenta a conduta mais adequada, após a passagem de sonda nasointestinal.

- (A) Iniciar bromocriptina e diazepam.
- (B) Retornar baclofeno e iniciar dexmedetomidina.
- (C) Retornar baclofeno e iniciar dantroleno.
- (D) Suspender haloperidol e iniciar amantadina.

75

Mulher, 38 anos de idade, com dor abdominal, metrorragia e perda ponderal há cerca de três meses. Durante a investigação, realizou ressonância de pelve com uma lesão expansiva no ovário direito. Coleta de antígeno CA 125 de 221,9 U/mL (ref.: < 35 U/mL) e antígeno carcinoembrionário CEA de 99,3 ng/mL (ref.: < 5 ng/mL). Submetida à videolaparoscopia diagnóstica com lesão oncológica em anexo direito e carcinomatose peritoneal, sem a possibilidade de ressecção total. Realizadas biópsias com o achado de adenocarcinoma com estudo imuno-histoquímico a seguir:

CK7: negativo  
 CK20: positivo  
 CDX2: positivo  
 GATA3: negativo  
 ER (receptor de estrogênio): negativo  
 PR (receptor de progesterona): negativo  
 HER2: negativo  
 PAX8: negativo  
 WT1: negativo

Neste caso, o exame com maior probabilidade de confirmar o sítio primário é:

- (A) Mamografia.
- (B) Colonoscopia.
- (C) Endoscopia digestiva alta.
- (D) Não é necessário nenhum exame adicional.

76

Homem, 35 anos de idade, assintomático, realiza *check-up* com exames que apresentam HBsAg positivo, HBeAg positivo, HBV-DNA 1.500.000 UI/mL, TPG/ALT normal. Sorologias para HIV, HCV e HDV são negativas. Ultrassonografia do fígado sem alterações. Neste momento, a conduta mais adequada inclui:

- (A) Prescrição de lamivudina.
- (B) Indicação de biópsia hepática.
- (C) Prescrição de tenofovir.
- (D) Avaliação periódica de ALT.

77

Mulher, 44 anos de idade, apresenta febre persistente, poliartrite simétrica, dispneia, fenômeno de Raynaud, fraqueza muscular progressiva dos 4 membros e dificuldade para deglutir há 3 semanas. Tem dislipidemia e faz uso de atorvastatina. Laboratorialmente, apresenta creatinofosfoquinase sérica de 9.500 U/L e biópsia muscular com várias fibras musculares necróticas, além de infiltração inflamatória linfomononuclear. O exame físico das mãos da paciente é apresentado na imagem a seguir:



Assinale a alternativa que apresenta o diagnóstico mais provável.

- (A) Artrite reumatoide com polimiosite.
- (B) Síndrome antissintetase.
- (C) Esclerose sistêmica com miosite.
- (D) Miopatia necrosante imunomediada.

78

Mulher, 60 anos de idade, queixa-se de dificuldade para iniciar e manter o sono. Deita-se às 21h, adormece com a televisão ligada por volta de 23h e acorda às 8h, com sensação de sono não restaurador e refere sonolência diurna, com escala de sonolência de Epworth de 13 pontos (ref.: até 10). Seu esposo comenta que ela tem ronco e que observou pausas respiratórias. Ela ganhou cinco quilos nos últimos dois anos. Peso atual de 80 kg, altura 1,55 m. Polissonografia: índice de apneia e hipopneia de 45 eventos por hora, com eficiência do sono de 85%. Além de perda de peso e atividade física, o tratamento mais adequado deve incluir:

- (A) CPAP associado a hipnótico não-benzodiazepínico.
- (B) CPAP associado à terapia cognitivo-comportamental.
- (C) Terapia cognitivo-comportamental.
- (D) Terapia cognitivo-comportamental e hipnótico não-benzodiazepínico.

Texto para as questões 79 e 80

Homem, 76 anos de idade, em avaliação pré-operatória de ressecção transuretral de próstata por adenocarcinoma. Possui antecedente de estenose aórtica, tendo sido submetido à troca valvar com implante de valva metálica há 6 anos. Está em uso de enalapril e varfarina. Ao exame clínico, apresenta estalido de abertura em foco aórtico. Exames complementares e INR dentro da faixa terapêutica.

**79**

A conduta mais adequada no manejo da anticoagulação é:

- (A) Suspender a varfarina 3 dias antes da cirurgia e iniciar enoxaparina.
- (B) Suspender a varfarina 5 dias antes da cirurgia e iniciar enoxaparina quando INR < 2.
- (C) Suspender a varfarina 7 dias antes da cirurgia e iniciar enoxaparina quando INR < 1,5.
- (D) Manter a varfarina e realizar a cirurgia com INR dentro da faixa terapêutica.

**80**

A profilaxia de endocardite infecciosa neste paciente deve ser feita com

- (A) ceftriaxona 1 g, por via endovenosa.
- (B) cefazolina 1 g e clindamicina 600 mg, por via endovenosa.
- (C) amoxicilina 2 g, por via oral.
- (D) ampicilina 2 g e gentamicina 1,5 mg/kg, por via endovenosa.

**81**

Mulher, 55 anos de idade, há 4 meses apresenta quadro de poliartrite aditiva e assimétrica de mãos, punhos, pés e joelho direito, com rigidez matinal de 30 minutos. Ao exame clínico, além das artrites, observam-se os achados apresentados nas imagens a seguir:



Assinale a alternativa que apresenta a principal hipótese diagnóstica.

- (A) Lúpus eritematoso sistêmico.
- (B) Artrite reativa.
- (C) Artrite reumatoide.
- (D) Artrite psoriásica.

**82**

Homem, 58 anos de idade, com cirrose alcoólica e insuficiência cardíaca de fração de ejeção preservada com PSAP de 58 mmHg, apresenta dispnéia progressiva e derrame pleural direito volumoso recorrente, além de ascite moderada. À admissão na emergência, apresentava SpO<sub>2</sub> de 90% em ar ambiente e FR de 28 irpm. Realizada paracentese diagnóstica com gradiente soro-líquido ascítico de albumina de 1.5 g/dL e contagem de neutrófilos de 80 células/mm<sup>3</sup>. Em relação ao caso descrito, a conduta mais adequada é:

- (A) Morfina e albumina 1 g/kg.
- (B) Repetir toracocentese de alívio.
- (C) Inserção de dreno tubular de tórax.
- (D) Derivação portossistêmica intra-hepática transjugular.

**83**

Mulher, 58 anos de idade, previamente hígida, é admitida com febre alta, cefaleia intensa, rigidez de nuca e confusão mental há 2 dias. A punção lombar revela: aspecto turvo; proteínas 350 mg/dL (normal até 45 mg/dL); glicose 20 mg/dL (glicemia capilar: 110 mg/dL); leucócitos 1.500/mm<sup>3</sup> (90% neutrófilos); cultura do líquor positiva para *Streptococcus pneumoniae*. Após 5 dias de antibioticoterapia com ceftriaxona + vancomicina, a paciente apresenta novo quadro de rebaixamento do nível de consciência e hemiparesia à direita. Realizada tomografia de crânio apresentada a seguir:



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

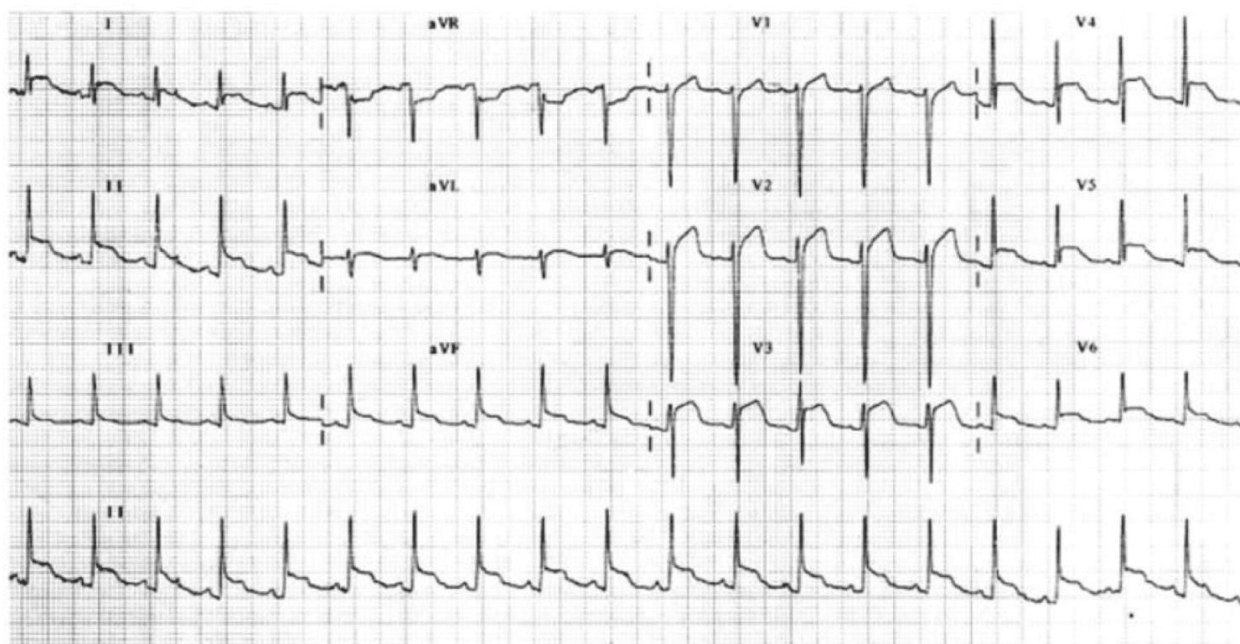
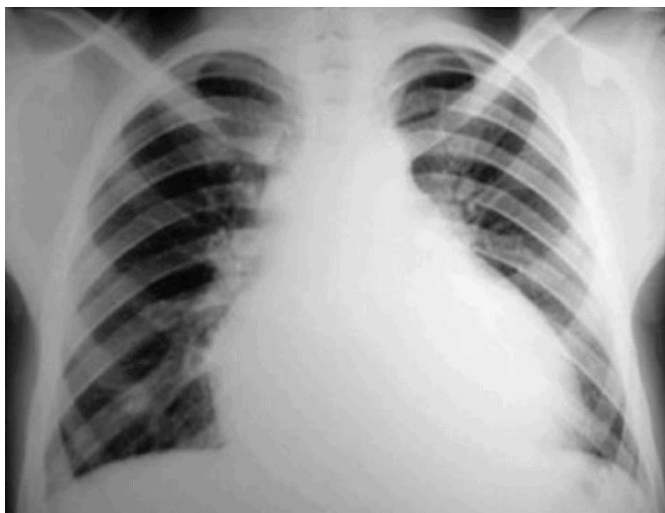
- (A) Iniciar anticoagulação plena por suspeita de trombose venosa cerebral.
- (B) Iniciar corticoide e indicar monitorização invasiva da pressão intracraniana.
- (C) Solicitar angiotomografia cerebral e iniciar corticoide.
- (D) Ampliar cobertura antimicrobiana para bactérias Gram-negativas multirresistentes.



# 84

Homem, 38 anos de idade, portador de HIV em tratamento irregular, apresenta-se com história de febre diária, sudorese noturna, emagrecimento (8 kg em 2 meses), tosse seca e dor torácica pleurítica há 1 semana. No exame físico, paciente emagrecido com peso de 56 kg, frequência cardíaca de 106 bpm, pressão arterial 105×70 mmHg, bulhas cardíacas hipofonéticas e presença de atrito pericárdico. Apresenta turgência jugular discreta, sem edema periférico. O ecocardiograma revela pericárdio com derrame moderado, sem sinais de restrição ou tamponamento. Foram realizados os exames a seguir:

- Exames laboratoriais:  
CD4: 132/mm<sup>3</sup>  
Carga viral: detectável  
Hb: 10,2 g/dL  
Leucócitos: 4.500/mm<sup>3</sup>  
Plaquetas: 180.000/mm<sup>3</sup>  
Cr: 0,9 mg/dL  
Ur: 54 mg/dL  
VHS: 82 mm  
PCR: 14 mg/L



Fonte: Escola ECOPE (relato de caso)

Em relação ao caso descrito, assinale a alternativa que apresenta a conduta inicial mais adequada para investigação e manejo neste paciente.

- Iniciar tratamento empírico para tuberculose, além de ibuprofeno 600 mg 8/8h e colchicina 0,5 mg 12/12h para tratamento de pericardite, sem necessidade de punção pericárdica.
- Iniciar tratamento sintomático para pericardite com ibuprofeno 600 mg 8/8h. Considerar colchicina 0,5 mg 12/12h e tratamento para tuberculose após punção do líquido pericárdico.
- Iniciar tratamento com antibiótico empírico para tuberculose visto paciente com HIV, sem necessidade de punção caso paciente permaneça sem sinais de tamponamento e responda bem ao tratamento antibiótico.
- Realizar punção do líquido pericárdico para investigação etiológica e iniciar tratamento sintomático com ibuprofeno 600 mg 8/8h, colchicina 0,5 mg 1 vez ao dia; iniciar tratamento para tuberculose e considerar corticoide, se confirmado este diagnóstico.



**85**

Mulher, 73 anos de idade, submetida à colocação de prótese de quadril de emergência. Está em uso de dipirona, morfina, heparina profilática, ondansetrona e cefazolina profilática. No pós-operatório, apresentou fibrilação atrial com FC de 96 bpm, sem instabilidade hemodinâmica e autolimitada. Ao exame físico, foi notado um bócio pequeno. Exames laboratoriais apresentaram T4 livre de 3,2 ng/dL e TSH de 2,8 mIU/L (ref.: 0,4 a 4,0 mIU/L). Assinale a alternativa que apresenta a explicação mais adequada para as alterações dos exames.

- (B) Bócio multinodular difuso tóxico.
- (A) Interferente na dosagem de T4 livre.
- (C) Tireotoxicose induzida por medicação.
- (D) Doença de Graves em fase inicial.



**86**

Homem, 96 anos de idade, viúvo há quatro anos, mora sozinho, dirige seu veículo regularmente e realiza suas atividades diárias sem ajuda. Durante consulta de rotina, os filhos expressam preocupação com sua segurança, sugerindo que ele não more mais sozinho e que pare de dirigir. A conduta mais adequada é:

- (A) Primeiro orientar parar de dirigir e, depois, morar com os filhos.
- (B) Primeiro orientar morar com os filhos e, depois, parar de dirigir.
- (C) Avaliar as habilidades cognitivas, físicas e funcionais.
- (D) Manter as atividades do paciente e tranquilizar os filhos.



**87**

Homem, 78 anos de idade, com histórico de depressão, hipertensão arterial, diabetes melito tipo 2 e osteoartrite, faz uso de sertralina, metformina, enalapril, omeprazol e diacereína. Há seis semanas, tem apresentado episódios de diarreia com fezes pastosas, sem febre ou sangue, incontinência fecal ocasional, que impacta sua qualidade de vida. A conduta mais adequada, para o manejo inicial da diarreia, deve incluir:

- (A) Iniciar loperamida.
- (B) Prescrever probióticos.
- (C) Solicitar retossigmoidoscopia.
- (D) Suspende a diacereína.



**88**

Mulher, 87 anos de idade, com perda de 5% do peso corporal nos últimos seis meses, refere engasgos ocasionais, amargor na boca e falta de apetite. Nega sintomas de depressão ou de ansiedade. Tem diabetes e hipertensão tratados com dieta, metformina e losartana. Ao exame clínico, apresenta bom estado geral, sem alterações significativas, com IMC de 23,5 kg/m<sup>2</sup>. Em relação ao caso descrito, assinale a alternativa que apresenta a conduta mais adequada para esta paciente.

- (A) Substituir losartana por enalapril.
- (B) Substituir metformina por dapagliflozina.
- (C) Flexibilizar uso de sal e carboidratos.
- (D) Solicitar endoscopia digestiva alta.

**89**

Homem, 86 anos de idade, diabético, com obesidade sarcopênica, nefropatia diabética (estágio IV) e varizes de membros inferiores, comparece à consulta de rotina com edema em membros inferiores, dificuldade de levantar-se da cadeira e histórico de duas quedas nos últimos quatro meses. A intervenção mais adequada para reduzir o risco de quedas é

- (A) tratar a sarcopenia com testosterona.
- (B) diminuir o edema com hidroclorotiazida.
- (C) diminuir o peso com dapagliflozina.
- (D) melhorar o equilíbrio com exercícios multicomponentes.



**90**

Homem, 79 anos de idade, viúvo há seis meses, mora sozinho, relata dificuldade para manter o sono há três semanas. Costuma dormir facilmente após o jantar, por volta das 20h, mas desperta às 2h da manhã e não consegue voltar a dormir. Refere cansaço ao longo do dia, mas nega sonolência excessiva. A conduta mais adequada é:

- (A) Mirtazapina 15 mg.
- (B) Trazodona 50 mg.
- (C) Higiene do sono.
- (D) Polissonografia.



**91**

Homem, 65 anos de idade, com cirrose hepática Child-Pugh B, em avaliação para biópsia hepática percutânea. Hemodinamicamente estável e sem história prévia de sangramento grave. Apresenta INR de 2,1 e plaquetas de 55.000/mm<sup>3</sup>. A conduta mais adequada antes do procedimento é:

- (A) Vitamina K.
- (B) Plasma fresco congelado ou complexo protrombínico.
- (C) Transfusão de plaquetas.
- (D) Nenhum preparo é necessário.



**92**

Mulher, 57 anos de idade, cirrose hepática Child-Pugh B, internada há dois dias com dor abdominal difusa e sonolência. Estável, sem sangramento ativo ou recente, com programação de paracentese. Exames laboratoriais apresentaram plaquetas de 72.000/mm<sup>3</sup> e INR de 1,9. Em relação à tromboprolifaxia, a conduta mais adequada é:

- (A) Profilaxia mecânica.
- (B) Heparina de baixo peso molecular.
- (C) Rivaroxabana após transfusão de plaquetas.
- (D) Não há indicação de profilaxia.

93

Homem, 28 anos de idade, é atendido após ser ferroadado na face por inseto não identificado. Cinco minutos após sentir a ferroadado, queixou-se de tontura, visão turva e náuseas, evoluindo com perda da consciência logo a seguir. Uma hora após a ferroadado, apresentava eritema com edema em toda face, com PA de 80×50 mmHg, FC de 120 bpm, FR de 22 irpm. O exame laboratorial mais adequado para confirmar o diagnóstico é:

- (A) Cortisol sérico.
- (B) IgE específica.
- (C) Triptase sérica.
- (D) Histamina urinária.

94

Homem, 32 anos de idade, com dermatite atópica moderada associada à rinossinusite crônica com pólipos nasais e obstrução nasal grave. Apesar do tratamento com metotrexato, introduzido há seis meses, permanece com baixa resposta terapêutica. Exames complementares: IgE sérica total: 3.500 UI/mL (ref.: < 100 UI/mL); eosinófilos no sangue periférico: 1.200/mm<sup>3</sup>. Neste momento, o tratamento mais adequado é:

- (A) Dupilumabe.
- (B) Ciclosporina.
- (C) Omalizumabe.
- (D) Rituximabe.

95

Mulher, 47 anos de idade, receptora de transplante alogênico de células-tronco hematopoiéticas há 6 meses, encontra-se em uso de prednisona cronicamente. Evolui com neutropenia persistente, febre refratária a antibióticos de amplo espectro e alteração em tomografia de tórax, que é apresentada na imagem a seguir:



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

- (A) Itraconazol.
- (B) Voriconazol.
- (C) Anfotericina B.
- (D) Micafungina.

96

Mulher, 35 anos de idade, acabou de descobrir que está grávida. Tem parceiro único, HIV positivo com carga viral entre indetectável e 1.000 cópias/mL. Faz uso de PREP HIV e preservativo eventual, último contato desprotegido há dois dias. A orientação mais adequada para a paciente inclui:

- (A) Suspender PREP até a 12ª semana de gestação e reintroduzir após teste rápido negativo para HIV e outras ISTs.
- (B) Suspender PREP, realizar teste rápido para HIV e outras ISTs e, se negativos, iniciar PEP.
- (C) Manter PREP, realizar teste rápido para HIV e outras ISTs.
- (D) Manter PREP, solicitar teste rápido para HIV e pesquisa de outras ISTs na 12ª semana.

97

Homem, 17 anos de idade, com tosse produtiva há dois meses, perda ponderal, sudorese e febre noturna, foi internado para investigação. Além de manter isolamento, a orientação mais adequada quanto às precauções é:

	Respiratória	Contato	Quarto privativo	Máscara
(A)	Aerossol	Sim	Não	N95
(B)	Aerossol	Não	Sim	N95
(C)	Gotícula	Não	Não	Cirúrgica
(D)	Gotícula	Sim	Sim	Cirúrgica

98

Mulher, 38 anos de idade, com doença de Crohn e diarreia crônica, em uso de azatioprina. É internada para tratamento de pneumonia e desconforto respiratório. Evoluiu com injúria renal aguda. Ao exame clínico, apresenta-se alerta, com PA de 110×70 mmHg, FC de 90 bpm, FR de 32 ipm, SpO<sub>2</sub> de 90%, temperatura de 37,9 °C, ausência de edema de membros inferiores. Ultrassonografia à beira do leito com veia cava inferior de 1,8 cm de diâmetro com variabilidade de cerca de 50% com a inspiração.

• Exames laboratoriais:

Cr: 2,9 mg/dL  
 Ur: 178 mg/dL  
 K<sup>+</sup>: 4,3 mEq/L  
 Na<sup>+</sup>: 137 mEq/L  
 pH: 7,49  
 HCO<sub>3</sub><sup>-</sup>: 12,0 mmol/L  
 PaCO<sub>2</sub>: 19,0 mmHg  
 Lactato: 15 mg/dL

Em relação ao caso apresentado, o distúrbio ácido-base primário e o tratamento mais adequado são:

- (A) Alcalose respiratória e acetazolamida.
- (B) Alcalose respiratória e suporte ventilatório.
- (C) Acidose metabólica e bicarbonato de sódio intravenoso.
- (D) Acidose metabólica e hemodiálise.

99

Homem, 32 anos de idade, HSH, cisgênero. Apresentou febre, tosse e dispneia progressiva há um mês. Foi internado com o diagnóstico de pneumocistose, com resolução após tratamento específico. PPD 3 mm, contagem de CD4 249 células/mm<sup>3</sup> e carga viral HIV 119.000 cópias/mL. O tratamento de infecção latente de tuberculose

- (A) deve ser realizado, pois paciente apresentou doença definidora de AIDS.
- (B) deve ser realizado, pois a contagem de CD4 é < 350 cels/mL.
- (C) não deve ser realizado, pois o PPD é < 5 mm.
- (D) não deve ser realizado, pois o paciente ainda não realizou teste IGRA.

100

Homem, 63 anos de idade, comparece ao pronto-socorro com dor lombar progressiva, dificuldade para caminhar e formigamento em membros inferiores. Exame de PSA total com 1.352,0 ng/mL (ref.: < 4,0 ng/mL). Biópsia da próstata confirmou adenocarcinoma acinar usual presente em 18 de 18 fragmentos avaliados. Escore global de Gleason detectado 8 (4+4). A ressonância de coluna é mostrada na imagem a seguir:



Considerando o caso descrito, assinale a alternativa que apresenta a abordagem mais adequada.

- (A) Agonista de GnRH.
- (B) Orquiectomia bilateral.
- (C) Radioterapia de coluna total.
- (D) Artrodese de coluna.

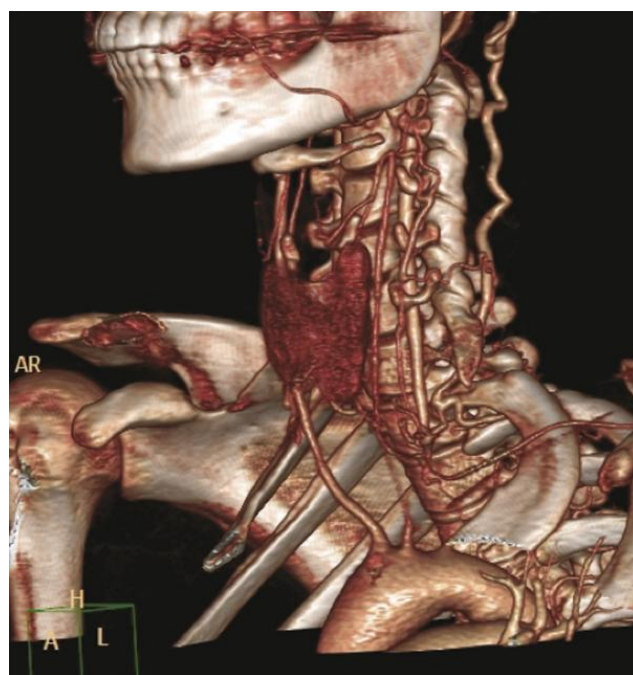
101

Homem, 65 anos de idade, com hipertensão e diabetes, é conduzido ao pronto-socorro por familiares. Foi visto em seu estado basal às 23h da noite anterior, antes de dormir. Ao despertar às 6h, duas horas antes da chegada ao hospital, foi reconhecido com dificuldade para se comunicar e fraqueza em hemicorpo direito. Exame neurológico: afasia global e hemiparesia à direita, com pontuação na escala NIHSS de 11. Tomografia de crânio e angiotomografia intracraniana arterial com ASPECTS 8, ausência de sinais de hemorragia, sem outras alterações. Decidiu-se por prosseguir com ressonância magnética. O conceito essencial para avaliar a elegibilidade e a terapia de reperfusão aguda são:

- (A) *Mismatch* Difusão-FLAIR ; trombólise química.
- (B) *Mismatch* NIHSS-Difusão; trombólise química.
- (C) *Mismatch* Difusão-FLAIR; trombectomia mecânica.
- (D) *Mismatch* NIHSS-Difusão; trombectomia mecânica.

102

Mulher, 21 anos de idade, com sintomas constitucionais, cervicalgia e episódios de síncope, principalmente ao se levantar. Ao exame clínico, apresenta PA indetectável em membro superior esquerdo e 150×100 mmHg no membro superior direito. A angiotomografia realizada pode ser observada na imagem a seguir:



Em relação ao caso descrito, assinale a alternativa que apresenta a hipótese diagnóstica mais provável.

- (A) Sífilis terciária.
- (B) Displasia fibromuscular.
- (C) Vasculite primária de grandes vasos.
- (D) Aterosclerose precoce familiar.

**103**

Mulher, 70 anos de idade, com dor lombar há mais de 2 anos. Relata piora há 4 meses, com surgimento de dor em aperto e formigamento em nádegas e região posterior de ambas as pernas após caminhar cerca de dois quarteirões, que melhoram com repouso. Ao exame clínico, apresenta piora de dor lombar com a extensão da coluna, sem outras alterações. Neste momento, o tratamento mais adequado para esta paciente deve incluir:

- (A) Exercícios físicos e analgesia.
- (B) Repouso e anti-inflamatórios.
- (C) Infiltração de canal medular.
- (D) Intervenção cirúrgica.

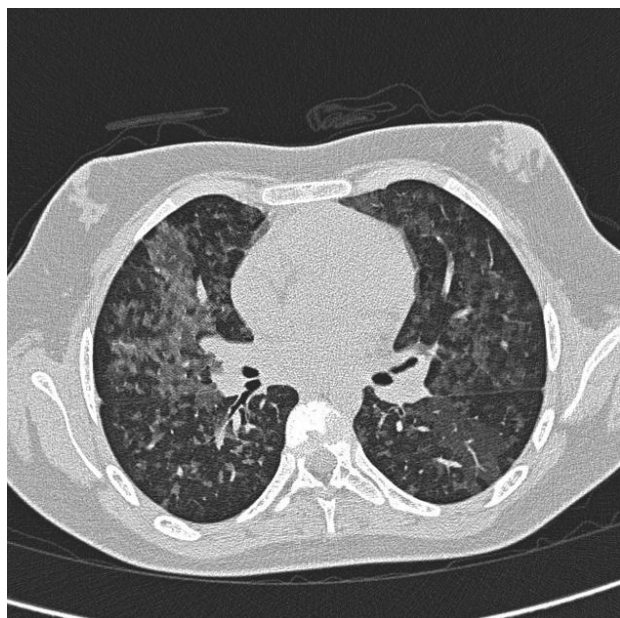
**104**

Mulher, 68 anos de idade, com adenocarcinoma de cólon com metástases peritoneais difusas, tomografia com múltiplos pontos de obstrução, apresenta vômitos incoercíveis, distensão abdominal e dor abdominal intensa. Paciente ECOG 3, emagrecida, com ascite moderada. Assinale a alternativa que indica a conduta mais apropriada:

- (A) Octreotíde.
- (B) Nutrição parenteral total.
- (C) Cirurgia de derivação.
- (D) Quimioterapia paliativa.

**105**

Mulher, 46 anos de idade, não tabagista, apresenta dispneia e tosse crônica há seis meses. A tomografia de tórax de alta resolução é mostrada na imagem a seguir:



Com base nas informações apresentadas, assinale a alternativa que indica o passo seguinte mais adequado.

- (A) Biópsia pulmonar videoassistida.
- (B) Broncoscopia com lavado broncoalveolar.
- (C) Investigação de exposições ambientais.
- (D) Corticoterapia via oral.

**106**

Homem, 70 anos de idade, ex-tabagista com carga tabágica de 50 anos-maço e abstinência há cinco anos. Faz tratamento para DPOC. Durante a consulta, foi observada uma SpO<sub>2</sub> em ar ambiente de 90%. Coletada uma gasometria arterial evidenciando PaO<sub>2</sub> de 62 mmHg e pCO<sub>2</sub> de 38 mmHg. Antecedentes vacinais incluem vacinação para influenza e pneumococo 23v no ano anterior e três doses para COVID-19 há cerca de dois anos. Assinale a alternativa que apresenta a conduta mais apropriada.

- (A) Oxigenioterapia domiciliar contínua.
- (B) Reforço anual das vacinas para influenza, pneumococo (23v) e COVID-19.
- (C) Reabilitação pulmonar quando houver melhora da hipoxemia.
- (D) Rastreio de câncer de pulmão com tomografia de tórax de baixa dose.

**107**

Mulher, 59 anos de idade, internada na UTI por quadro de pneumonia comunitária grave, sob ventilação mecânica. Após 12 horas, apresenta piora progressiva da oxigenação. Ao exame clínico, encontra-se com PA de 90×60 mmHg, em uso de noradrenalina 0,15 µg/kg/min, SpO<sub>2</sub> de 88%, FiO<sub>2</sub> de 100%, em modo controlado a volume com Vc 360 mL (6 mL/kg); FR de 30 irpm; PEEP 8 cmH<sub>2</sub>O; pressão de platô 28 cmH<sub>2</sub>O. Radiografia de tórax com opacidades bilaterais extensas. Ecocardiograma: dilatação discreta do ventrículo direito, sem disfunção do ventrículo esquerdo. Assinale a alternativa que apresenta a conduta mais adequada.

- (A) Posição prona.
- (B) Trombólise.
- (C) Recrutamento alveolar.
- (D) Diurécoterapia.

**108**

Mulher, 88 anos de idade, previamente sem comorbidades e com boa funcionalidade, internada com CEC de língua oral, T2N2, EC IVA. Há cinco dias, foi submetida à hemiglossectomia e esvaziamento cervical homolateral, níveis I a III, traqueostomia e passagem de sonda nasointestinal. No momento, encontra-se gemente, sonolenta com FC de 110 bpm, PA de 80×60 mmHg e SpO<sub>2</sub> de 90%. Além de hidratação e radiografia de tórax, as medidas imediatas mais adequadas, para o caso, são:

- (A) Dosagem de cálcio sérico e antibioticoterapia.
- (B) Analgesia, coleta de culturas e antibioticoterapia.
- (C) Analgesia e acessar familiares em relação à limitação de suporte.
- (D) Aspiração da traqueostomia e dosagem de cálcio sérico.



109

Homem, 56 anos de idade, é conduzido pelos familiares, pois há um ano está mais desinibido e com alterações de personalidade. Durante a consulta, apresentou um comportamento impulsivo e sem crítica. Ao exame neurológico, apresenta pupilas mióticas não fotorreagentes, redução da sensibilidade vibratória e dificuldade para andar de olhos fechados. A ressonância magnética de encéfalo mostrou discreta atrofia global, sem predileção lobar, e ausência de lesões tumorais ou vasculares. O exame com maior probabilidade de confirmar o diagnóstico é:

- (A) Eletroencefalograma sono-vigília.
- (B) Dosagem da ácido fólico sérico.
- (C) Líquido cefalorraquidiano com VDRL.
- (D) PET cerebral com marcador para amiloide.

110

Mulher, 28 anos de idade, sem comorbidades, é conduzida ao pronto-socorro com dificuldade para movimentar os 4 membros, incontinência urinária e fecal há 2 dias. Exame neurológico: tetraparesia com força grau II nos 4 membros e nível sensitivo cervical. Foi realizada ressonância magnética que é mostrada na imagem a seguir:



Considerando o caso apresentado, o exame laboratorial para confirmação da principal hipótese diagnóstica e o tratamento mais adequado são:

- (A) Anticorpo anti-aquaporina-4 em soro; natalizumabe.
- (B) Anticorpo anti-aquaporina-4 em soro; rituximabe.
- (C) Bandas oligoclonais em soro e líquor; rituximabe.
- (D) Bandas oligoclonais em soro e líquor; natalizumabe.

111

Homem, 62 anos de idade, apresenta antecedentes de HAS e diabetes melito há cerca de 10 anos. Creatinina basal de 1,8 mg/dL. Comparece no pronto-socorro com sintomas de dor importante em membro inferior direito e dificuldade de locomoção nos últimos 10 dias, com piora há um dia, apesar do uso de ibuprofeno. Apresentou piora de função renal, conforme demonstrado na tabela a seguir, que indica os exames de entrada (D0) e de seguimento durante os primeiros dois dias de internação.

	D0	D1	D2
<b>Sangue</b>			
Cr (ref.: 0,72 a 1,25 mg/dL)	5,29	6,06	6,40
Ur (ref.: 9,0 a 44,1 mg/dL)	141	169	176
K <sup>+</sup> (ref.: 3,5 a 5,1 mEq/L)	5,9	5,7	5,3
Na <sup>+</sup> (ref.: 135 a 145 mEq/L)	134	134	137
pH (ref.: 7,35 a 7,45)	7,36	7,38	7,38
HCO <sub>3</sub> <sup>-</sup> (ref.: 22 a 29 mmol/L)	23,2	19,2	23,1
Glicose (ref.: 70 a 99 mg/dL)	175		
Hemoglobina (ref.: 12,8 a 17,8 g/dL)	12,3	11,5	11,7
Leucócitos (ref.: 4,12 a 11,11 mil/mm <sup>3</sup> )	1.3050	13.470	12.240
Neutrófilos (ref.: 1,57 a 7,97 mil/mm <sup>3</sup> )	7.310	9.730	8.170
Linfócitos (ref.: 1,13 a 3,31 mil/mm <sup>3</sup> )	3.750	2.120	2.230
Eosinófilos (ref.: 0,00 a 0,59 mil/mm <sup>3</sup> )	470	610	680
Plaquetas (ref.: 162 - 425 mil/mm <sup>3</sup> )	368	331	345
NT-proBNP (ref.: <125 pg/mL)	4.657	14.249	
<b>Urina tipo 1</b>			
pH (ref.: 5,0 a 6,0)	6,0		
Densidade (ref.: 1,015 a 1,025)	1,025		
Glicose (mg/dL) (ref.: ausente)	250		
Proteínas (ref.: Inferior a 0,05 g/L)	>1,0		
Leucócitos (ref.: até 10/campo)	41		
Eritrócitos (ref.: até 3/campo)	3		
Urocultura (ref.: negativa)	Negativa		

Ultrassonografia dos rins: rim direito mede 10,6 cm (espessura do parênquima: 1,7 cm). Rim esquerdo mede 11,1 cm (espessura do parênquima: 1,6 cm). Em relação ao caso descrito, assinale a alternativa que apresenta, respectivamente, o exame complementar e o tratamento mais adequados.

- (A) Biópsia renal; prednisona 1 mg/kg.
- (B) Hemoglobina glicada; insulino terapia.
- (C) Albumina/creatinina em urina de amostra isolada; dapagliflozina.
- (D) ANCA; metilprednisolona em pulsoterapia.



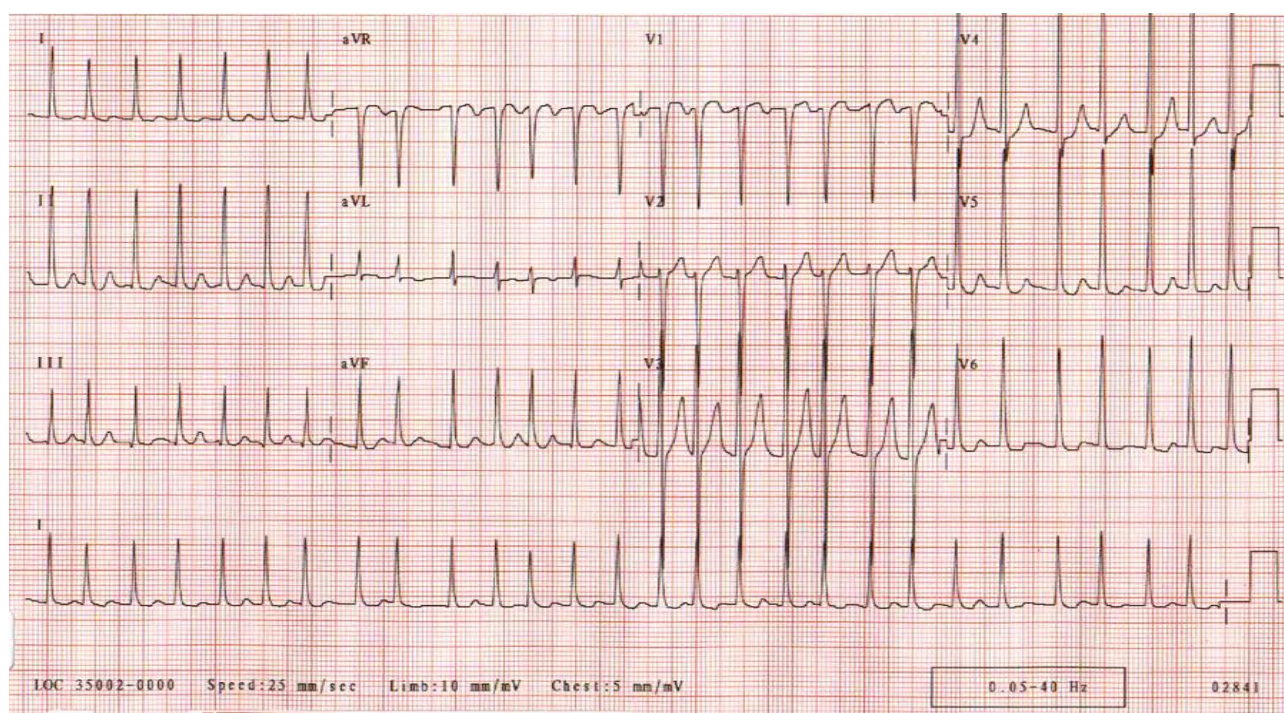
## 112

Homem, 63 anos de idade, portador de insuficiência cardíaca de etiologia isquêmica, classe funcional I e diabetes melito tipo 2 bem controlados, faz uso regular de enalapril 20 mg 12/12h, espironolactona 25 mg 24/24h, carvedilol 12,5 mg 12/12h, metformina 850 mg antes das refeições e empagliflozina 10 mg uma vez ao dia. Comparece ao PS com relato de 2 episódios de palpitação nesta semana, o primeiro auto-limitado, durando menos de 30 minutos e o segundo iniciado há 3 horas. Nega angina ou piora da dispneia e não tem sinais de descompensação da insuficiência cardíaca ao exame físico. O ECG e o ecocardiograma transtorácico são apresentados a seguir:

	Valor	Referência		Valor	Referência
Aorta	35 mm	30 a 37 mm	DSVE	44 mm	25 a 40 mm
Átrio Esquerdo	38 mm	30 a 40 mm	DDVE	60 mm	42ª 58 mm
Septo	9 mm	6 a 10 mm	Índice de Massa	90 g/m <sup>2</sup>	49 a 115 g/m <sup>2</sup>
Parede Posterior	9 mm	6 a 10 mm	FEVE	37%	> 52%

Exame realizado em ritmo regular.

Presença de acinesia em segmento basal de parede anterior e hipocinesia das demais paredes. PSAP 42 e ausência de trombos intra-cavitários.



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

- (A) Aumentar a dose de carvedilol e iniciar anticoagulação plena.
- (B) Associar ivabradina ou digoxina e iniciar anticoagulação plena.
- (C) Proceder à cardioversão, sem necessidade de anticoagulação.
- (D) Anticoagulação apenas se não realizar cardioversão.

## 113

Mulher, 34 anos de idade, apresenta quadro de dispneia e perda ponderal progressiva. Nega tabagismo. Realizou radiografia de tórax com derrame pleural à direita. Tomografias de tórax, abdome e pelve: inúmeros nódulos pulmonares, além de linfonodomegalias paraórticas, retroperitoneais e supraclavicular. Biópsia do linfonodo supraclavicular evidenciou diagnóstico de carcinoma de células escamosas. Imuno-histoquímica com citoqueratina 5/6 positiva, p63 positivo e p40 positivo, confirmando diagnóstico de carcinoma de células escamosas. Neste caso, a etiologia mais provavelmente relacionada ao tipo de tumor é:

- (A) HCV.
- (B) HPV.
- (C) HIV.
- (D) EBV.

114

Mulher, 73 anos de idade, sem comorbidades, é conduzida para consulta pelo esposo, que relata episódios noturnos de movimentos abruptos como socos e chutes, além de gritar como se estivesse “brigando com alguém” durante o sono há um ano. Pela manhã, não se lembra do ocorrido. Ao exame neurológico, apresenta discreta bradicinesia e rigidez assimétrica, predominando em hemicorpo esquerdo. Assinale a alternativa que apresenta a medicação mais adequada para o caso descrito.

- (A) Melatonina.
- (B) Trazodona.
- (C) Mirtazapina.
- (D) Amitriptilina.

115

Homem, 28 anos de idade, com diagnóstico confirmado de esofagite eosinofílica, apresenta-se assintomático após 14 meses de tratamento com Inibidor de Bomba de Prótons (IBP) em dose alta. Nova endoscopia com biópsias mostra persistência de infiltrado com 50 eosinófilos por campo de grande aumento. Não há estenoses visíveis, nem complicações endoscópicas. Em relação ao caso descrito, assinale a alternativa que apresenta a próxima conduta mais adequada.

- (A) Manter o IBP em dose alta.
- (B) Iniciar corticosteroide tópico.
- (C) Associar dieta de exclusão.
- (D) Suspender o tratamento.

116

Homem, 50 anos de idade, com febre e manchas pelo corpo há 5 dias. Possui hipertensão arterial, em uso de losartana, e gota com tratamento iniciado há 30 dias. Exame clínico: temperatura axilar de 39 °C, exantema maculopapular difuso, adenomegalias dolorosas, cervicais e axilares de 2 cm; espaço de Traube ocupado.

- Exames laboratoriais:
- Hb: 11 g/dL
- Leucócitos: 10.000/mm<sup>3</sup>
- Neutrófilos: 50%
- Eosinófilos: 20%
- Linfócitos atípicos: 8%
- Plaquetas: 160.000/mm<sup>3</sup>
- TGO/AST: 140 U/L
- TGP/ALT: 178 U/L

Em relação ao caso apresentado, o diagnóstico mais provável é:

- (A) Síndrome DRESS.
- (B) Síndrome de Stevens-Johnson.
- (C) Mononucleose infecciosa.
- (D) Linfoproliferação.

117

Homem, 38 anos de idade, sem antecedentes, procura atendimento com queixa de náuseas, vômitos e dor abdominal há 1 dia. Nega uso de medicações. Ao exame clínico, apresenta-se em regular estado geral, desidratado 2/4+, FR de 30 irpm, Glasgow 13, pupilas reagentes. Exame abdominal sem alterações significativas.

- Exames laboratoriais:
- Ph: 7,10
- PaCO<sub>2</sub>: 15 mmHg
- HCO<sub>3</sub><sup>-</sup>: 4 mEq/L
- Na<sup>+</sup>: 140 mEq/L
- Cl<sup>-</sup>: 100 mEq/L
- Glicose: 100 mg/dL
- Ur: 20 mg/dL
- Cr: 1,1 mg/dL
- Lactato: 2,5 mg/dL
- Osmolaridade medida: 330 mOsm/kg

A conduta terapêutica prioritária após começo da volemia com hidratação e da acidose com bicarbonato é:

- (A) Fomepizol.
- (B) Carvão ativado.
- (C) Hidroxi cobalamina.
- (D) Diálise.

118

Homem, 71 anos de idade, portador de bioprótese aórtica, está internado por endocardite.

- Exames laboratoriais:
- Leucócitos: 9 800/μL (8 % bastonetes)
- Hb: 11,2 g/dL
- Plaquetas: 180 000/mm<sup>3</sup>
- PCR: 78 mg/L
- Cr: 1,4 mg/dL

Foram realizados três pares de hemoculturas positivas para *Enterococcus faecalis*, sensível à ampicilina com Concentração Inibitória Mínima (CIM) de 1 mg/L e com resistência de alto nível a gentamicina. Ecocardiograma transesofágico revela vegetação de 8 mm em cúspide não coronariana da bioprótese e discreto aumento do gradiente transvalvar. Em relação ao caso descrito, assinale a alternativa que apresenta o tratamento mais adequado.

- (A) Ampicilina 2 g EV a cada 4 h + ceftriaxona 2 g EV a cada 12 h, ≥ 6 semanas.
- (B) Ampicilina 2 g EV a cada 4 h + gentamicina 1 mg/kg EV a cada 8 h, 6 semanas.
- (C) Daptomicina 10 mg/kg EV 1×/dia em monoterapia, 8 semanas.
- (D) Linezolida 600 mg EV a cada 12 h, ≥ 6 semanas.

**119**

Paciente com esofagite erosiva grau C (Los Angeles) foi tratado por 8 semanas com Inibidor de Bomba de Prótons (IBP). Qual conduta é recomendada após esse período?

- (A) Suspender o IBP se assintomático.
- (B) Suspender o IBP e iniciar H2-bloqueador.
- (C) Manter IBP apenas se houver sintomas.
- (D) Manter IBP em dose de manutenção e repetir a endoscopia.



**120**

Homem, 40 anos de idade, encaminhado para investigação de alteração persistente no hemograma. Nega problemas de saúde ou uso de medicações. Tem dois filhos com boa saúde, pai faleceu por infarto do miocárdio. Exame clínico sem alterações.

• Exames laboratoriais:

Hb: 14,5 g/dL

VCM: 88 fL

Leucócitos: 2.800/mm<sup>3</sup>

Neutrófilos: 840/mm<sup>3</sup>

Linfócitos: 1.680/mm<sup>3</sup>

Monócitos: 260/mm<sup>3</sup>

Eosinófilos: 20/mm<sup>3</sup>

Plaquetas: 189.000/mm<sup>3</sup>

PCR: normal

Anti-HBs: positivo (vacinal)

Hepatite C: negativa

HIV: negativa

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

- (A) Avaliação de medula óssea.
- (B) Fenotipagem eritrocitária do sistema Duffy.
- (C) Imunofenotipagem de sangue periférico.
- (D) Esfregaço de sangue periférico.

