

ANOS ADICIONAIS  
Patologia Clínica/Medicina Laboratorial



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 AA3**. 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: **1 hora**. 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 14 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 **20** 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 ABREVIações E VALORES DE REFERência

LISTA DE ABREVIações	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 Amino transferase TGP/ALT – Transaminase Piruvática/Alanina Amino transferase 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

Mulher, 25 anos de idade, está grávida e comparece à UBS para fazer o acompanhamento pré-natal. Refere que foi diagnosticada com sífilis há dois anos, tomou benzatril e não voltou mais ao acompanhamento. Foi realizada a pesquisa para diagnóstico de sífilis, e o laudo é apresentado a seguir:

### SOROLOGIA COMPLETA PARA SÍFILIS, SORO

#### Triagem *Treponema pallidum*

Resultado	Valores de Referência	Método
<b>Reagente</b>	Não Reagente: Índice < 1,0	ELISA
Índice: 11,04	Reagente: Índice >= 1,0	

OBS: Foi seguido o Fluxograma 2 - Diagnóstico laboratorial reverso de Sífilis, de acordo com **Manual Técnico para Diagnóstico de Sífilis, Ministério da Saúde, 2021**.

#### VDRL

Resultado	Valores de Referência	Método
<b>Não Reagente</b>	Não Reagente	Floculação

#### FTA abs

Resultado	Valores de Referência	Método
<b>Reagente</b>	Não Reagente	Imunofluorescência Indireta

Em relação ao laudo atual apresentado, a paciente

- (A) está com sífilis ativa.
- (B) teve sífilis, mas está curada.
- (C) nunca teve sífilis.
- (D) teve sífilis e evoluiu para sífilis secundária.

02

Os testes moleculares (PCR) para pesquisa de vírus respiratórios são usados especialmente para pacientes imunodeprimidos ou aqueles com maior susceptibilidade a infecções graves. Há 7 grandes famílias de vírus respiratórios de importância médica: Adenovírus, Vírus Sincicial Respiratório, Influenza, Parainfluenza, Metapneumovírus, Rinovírus e Coronavírus. Estes agentes podem produzir infecções respiratórias altas, mas também quadros de infecção em trato respiratório inferior. Em geral, o quadro clínico não permite distinguir o agente infeccioso e, algumas bactérias também produzem infecções respiratórias do trato inferior semelhantes a infecções virais. Portanto, um teste sindrômico que inclui os principais agentes de infecções respiratórias (virais e pneumonias atípicas) é muito útil em pacientes imunodeprimidos, transplantados ou em tratamento de câncer. A amostra ideal para a pesquisa de infecção por estes agentes no trato respiratório superior é:

- (A) Raspado/swab de nasofaringe e orofaringe, colhida entre o 1º e 5º dia de sintomas.
- (B) Raspado/swab de nasofaringe e orofaringe, colhida entre o 5º e 15º dia de sintomas.
- (C) Secreção traqueal colhida após o 15º dia de sintomas.
- (D) Lavado bronco-alveolar colhidas após o 15º dia de sintomas.

03

O Teste Rápido Molecular para a Tuberculose (TRM-TB) é um teste de PCR *Real Time* semi-automatizado incorporado no fluxo diagnóstico pelo Ministério da Saúde que detecta DNA de complexo *Mycobacterium tuberculosis* (MTB) e a resistência a rifampicina, em pacientes suspeitos de tuberculose pulmonar. Sobre o uso deste teste, é correto afirmar:

- (A) Se o resultado der detectado - MTB traços e rifampicina inconclusiva, deve-se sempre tratar o paciente.
- (B) Negativo para a detecção de MTB em uma amostra de escarro salivar é suficiente para excluir o diagnóstico de tuberculose pulmonar.
- (C) Deve-se testar o TRM-TB em amostra de escarro obtida em jejum, após escovar o dente sem pasta e pode escarrar por até 40 minutos num pote estéril, a fim de obter 5 a 10 mL de escarro.
- (D) Este teste deve ser feito em 2 a 3 amostras de escarro, coletados em dias diferentes, sendo pelo menos uma amostra em jejum a fim de diagnosticar a tuberculose pulmonar.

04

Homem, 52 anos de idade, transplantado renal há 8 meses, comparece à consulta de rotina. Está em uso de tacrolimo, micofenolato e prednisona. Nos últimos dias, apresentou episódios de tremores e pressão arterial elevada. O médico assistente solicita dosagem sérica de tacrolimo para ajuste terapêutico. A amostra foi colhida 4 horas após a última dose, por conveniência do paciente. O resultado foi de 4,2 ng/mL. O intervalo terapêutico esperado é de 5–15 ng/mL, considerando níveis de vale (*trough*). Em relação ao caso apresentado, assinale a alternativa correta.

- (A) A coleta do tacrolimo deveria ter sido feita no pico de concentração, cerca de 2 horas após a dose.
- (B) O resultado pode estar subestimado, pois a coleta ideal do tacrolimo deve ser feita imediatamente antes da próxima dose (nível de vale).
- (C) O resultado pode ser interpretado normalmente, pois o intervalo terapêutico não depende do tempo da coleta.
- (D) A dose do tacrolimo deve ser aumentada, pois está em nível subterapêutico.

05

Homem, 56 anos de idade, com leucemia mieloide aguda em quimioterapia de indução há duas semanas, é internado com febre persistente (38,5 °C), tosse seca e dispneia progressiva. Está neutropênico, com contagem de neutrófilos abaixo de 500 células/μL. A ausculta pulmonar revela crepitações finas difusas. Radiografia de tórax mostra infiltrado nodular bilateral. Uma TC de tórax revela lesões em “halo” (área de vidro fosco ao redor de nódulos pulmonares). O resultado de galactomanana sérica é positivo. Com base no quadro clínico e laboratorial, qual dos seguintes fungos é mais frequentemente associado a esse tipo de infecção pulmonar em pacientes imunocomprometidos?

- (A) *Aspergillus fumigatus*.
- (B) *Cryptococcus neoformans*.
- (C) *Histoplasma capsulatum*.
- (D) *Candida albicans*.

06

A leucemia prolinfocítica T é uma neoplasia de células T maduras tipicamente caracterizada por curso clínico

- (A) indolente, perda frequente de antígenos pan-T e expressão do antígeno TCL-1.
- (B) indolente, perda frequente de antígenos pan-T e ausência de expressão do antígeno TCL-1.
- (C) agressivo, ausência de perda de expressão de antígenos pan-T e expressão do antígeno TCL1.
- (D) agressivo, perda frequente de expressão de antígenos pan-T e ausência de expressão do antígeno TCL1.

07

O linfoma de Burkitt é uma neoplasia de células B maduras que

- (A) apresenta a expressão dos antígenos CD10 e CD38, também encontrados em alguns linfomas difusos de grandes células B e em linfomas foliculares.
- (B) está associado à infecção pelo vírus HTLV-1.
- (C) apresenta a expressão de CD5, CD200 e de CD23, também encontrados em células de leucemia linfocítica crônica.
- (D) apresenta a expressão de CD5 na ausência de CD200 e CD23, perfil também observado em linfomas de células do manto.

08

Mulher, 28 anos de idade, com queixa de adinamia há 6 meses, acompanhada de ganho de peso, constipação intestinal, pele e cabelos ressecados, sonolência, irregularidade menstrual nos últimos meses (ciclos a cada 40 dias). Nega uso de medicamentos. Na investigação laboratorial, apresenta o seguinte perfil hormonal:

TSH: 32 mg/mL. (ref.: 0,45 a 4,5 mUI/L)  
T4 livre: 0,4 ng/dL (ref.: 0,9 a 1,8 ng/dL)  
Prolactina: 45 pg/mL (ref.: até 29 pg/mL)  
Prolactina após precipitação com PEG (polietilenoglicol): 36 pg/mL  
LH: 3,5 U/L (ref.: até 12 UI/L)  
FSH: 12,5 UI/L (ref.: até 12 UI/L)  
Estradiol: 4,3 ng/dL (ref.: 1,2 a 23,3 ng/dL)

Sobre o quadro clínico e laboratorial desta paciente, é correto afirmar:

- (A) A hiperprolactinemia deve-se à presença de macroprolactina.
- (B) A hiperprolactinemia é a causa da alteração no TSH e T4 livre.
- (C) A hiperprolactinemia deve-se ao quadro de hipotireoidismo primário.
- (D) Os valores de FSH e estradiol sugerem que esta paciente está em menopausa precoce.

09

Homem, 68 anos de idade, com história de DPOC e insuficiência cardíaca, é admitido no pronto-socorro com dispneia progressiva nas últimas 12 horas, sonolência e uso de musculatura acessória. A oximetria mostra SpO<sub>2</sub> de 85% em ar ambiente. Foi coletada gasometria arterial antes de qualquer intervenção, com os seguintes resultados:

Parâmetro	Resultado	Valor de Referência
pH	7,26	7,35 – 7,45
pCO <sub>2</sub>	68 mmHg	35 – 45 mmHg
pO <sub>2</sub>	52 mmHg	80 – 100 mmHg
HCO <sub>3</sub> <sup>-</sup>	28 mEq/L	22 – 26 mEq/L
Excesso de base (BE)	+2	-2 a +2 mEq/L
SpO <sub>2</sub>	84%	> 95%

Assinale a alternativa correta.

- (A) Acidose respiratória aguda com hipoxemia; descompensação de DPOC com retenção de CO<sub>2</sub>.
- (B) Alcalose respiratória aguda com hipoxemia; provável hiperventilação compensatória.
- (C) Acidose metabólica com compensação respiratória incompleta; provável choque séptico.
- (D) Alcalose metabólica crônica; provável perda de H<sup>+</sup> por vômitos e hipoxemia leve associada.

10

Homem, 45 anos de idade, previamente saudável, procura atendimento com queixa de fadiga, náuseas, leve icterícia e colúria iniciadas há cerca de uma semana. Refere uso de antibiótico (amoxicilina com clavulanato) prescrito para sinusite 10 dias antes. Nega etilismo e hepatopatias conhecidas. Ao exame físico, apresenta icterícia leve e fígado palpável a 2cm do rebordo costal.

Os exames laboratoriais revelam:

Exame	Resultado	Valor de Referência
AST (TGO)	320 U/L	10 – 40 U/L
ALT (TGP)	410 U/L	7 – 56 U/L
Fosfatase alcalina	640 U/L	40 – 129 U/L
GGT	210 U/L	9 – 36 U/L
Bilirrubina total	5,6 mg/dL	0,2 – 1,2 mg/dL
Bilirrubina direta	3,8 mg/dL	0,0 – 0,3 mg/dL

Assinale a alternativa correta.

- (A) Hepatite viral aguda, com padrão hepatocelular puro, sendo a fosfatase alcalina elevada por outra causa.
- (B) Cirrose descompensada com padrão colestatóico, tipicamente associada à hiperbilirrubinemia conjugada.
- (C) Lesão hepática alcoólica com elevação desproporcional de GGT e discreta citólise.
- (D) Padrão de lesão hepática mista (hepatocelular e colestatóico), com provável hepatotoxicidade induzida por fármaco.

11

Você está trabalhando no laboratório de microbiologia do Hospital e o médico ligou para discutir o antibiograma, apresentado a seguir, de um caso em uma hemocultura.

1 - <i>Klebsiella pneumoniae complex</i>	ANTIBIOGRAMA	1
	AMICACINA	16 R
	AZTREONAM	>= 64 R
	CEFEPIME	>= 32 R
	CEFTAZIDIMA	>= 64 R
	CEFTAZIDIMA/AVIBACTAM	>= 16 R
	CEFTRIAXONE	>= 64 R
	CEFUROXIMA ORAL	>= 64 R
	CEFUROXIMA PARENTERAL	>= 64 R
	CIPROFLOXACINA	1 R
	COLISTINA	*
	ERTAPENEM	>= 8 R
	GENTAMICINA	<= 1 S
	MEROPENEM	>= 16 R
	PIPERACILINA/TAZOBACTAM	>= 128 R
	TIGECICLINA	1 S

**Legenda**

S - Sensível

I - Intermediário

R - Resistente

D - (SDD) Sensível Dose Dependente

P - Positivo

N - Negativo

Obs: Padronização segundo o CLSI (Clinical and Laboratory Standards Institute)/FDA.

Os resultados numéricos expressam MIC (mg/L) – Concentração Inibitória Mínima.

Método: Disco-difusão e/ou automação (Vitek)

Após checar a pureza do inóculo e controle de qualidade dos insumos utilizados, assinale a alternativa correta sobre como você conduziria este caso citando os possíveis mecanismos de resistência e como você os investigaria.

- (A) Pode-se afirmar que é uma *Klebsiella pneumoniae* multi-drogarresistente por associação de outros mecanismos que não enzimáticos, pois ceftazidima-avibactam esta resistente.
- (B) Trata-se de uma *Klebsiella pneumoniae* multi-drogarresistente. Investigar com testes fenotípicos o mecanismo de produção de *Beta*-lactamase de espectro estendido (ESBL) com o teste de disco-aproximação, que associado a hiperexpressão de Amp C justifica a cepa multi-drogarresistente.
- (C) Este perfil de *Klebsiella pneumoniae* multi-drogarresistente não é condizente com a situação atual dos hospitais brasileiros na Era pós-COVID, e trata-se de um erro do laboratório, sendo necessário encaminhar para um Laboratório de referência para pesquisar mecanismos de resistência raros. O texto do enunciado deve ser inserido aqui.
- (D) Trata-se de uma *Klebsiella pneumoniae* multi-drogarresistente por provável produção de carbapenemases, sendo necessário um teste fenotípico para avaliar sua produção como o teste de inativação de carbapenêmico (ex: “sCIM”/ EDTA) ou ainda um teste imunocromatográfico, que abrangeria a maioria das carbapenemases impactantes nesse gênero no Brasil.

12

A pesquisa de infecção por arbovírus (vírus transmitidos por picadas de artrópodes: Dengue, Zika, Chikungunya, Febre Amarela, Mayaro, Oropouche), tem se tornado cada vez mais necessária no país. Há vários testes diagnósticos para a pesquisa destes agentes. Em presença de suspeita de infecção por estes agentes, a abordagem ideal é realizar

- (A) pesquisa do ácido nucleico viral (DNA ou RNA) por PCR ou a pesquisa de antígenos virais (ex.: NS1 da Dengue), em amostra de sangue, colhida após o 5º dia do início dos sintomas.
- (B) pesquisa do ácido nucleico viral (DNA ou RNA) por PCR ou a pesquisa de antígenos virais (ex.: NS1 Dengue) em amostra de sangue colhida até o 5º dia do início dos sintomas.
- (C) pesquisa de anticorpos anti-virais (ex.: anticorpos anti-Dengue IgM e IgG) em amostra de sangue colhida até o 5º dia após o início dos sintomas.
- (D) pesquisa de anticorpos anti-virais (ex.: anticorpos anti-Dengue), em amostra de urina colhida até o 5º dia do início dos sintomas.

13

Homem, 64 anos de idade, estudo superior completo, apresenta, desde há uns seis meses, dificuldade para se concentrar nas atividades diárias e no raciocínio, insônia e, mais recentemente, a acompanhante relata episódios de confusão mental e irritabilidade. A avaliação laboratorial não revelou alterações hematológicas e bioquímicas significativas, porém os exames de VDRL e de hemaglutinação para sífilis no soro mostraram títulos de 1/8 e 1/64, respectivamente. Realizado exame de líquido, que evidenciou 45 células/mm³ (ref.: até 4), perfil linfomonocitário, proteinorraquia 81 mg/dL (ref.: até 40), glicorraquia 52 mg/dL (ref.: 2/3 glicemia), VDRL não reagente, hemaglutinação para sífilis 1/8 (ref.: não reagente). Diante do exposto, é correto afirmar:

- (A) O paciente não tem neurosífilis
- (B) A pleocitose líquórica afasta a possibilidade de ser neurosífilis
- (C) O paciente tem neurosífilis.
- (D) A certeza diagnóstica de neurosífilis só pode ser confirmada pela reatividade do teste não treponêmico no líquido.



## 14

Homem, 58 anos de idade, com histórico de gastrectomia total há 3 anos, procura atendimento com queixa de cansaço progressivo e parestesias em membros inferiores. O hemograma revela:

Exame	Resultado	Valor de Referência
Hemoglobina	8,9 g/dL	13,0 a 17,0 g/dL
VCM	116 fL	80 a 98 fL
HCM	36 pg	29 a 33 pg
Leucócitos	3.200/mm <sup>3</sup>	4.000 a 11.000/mm <sup>3</sup>
Plaquetas	90.000/mm <sup>3</sup>	150.000 a 450.000/mm <sup>3</sup>

Diante do quadro clínico-laboratorial, qual o diagnóstico mais provável e o exame laboratorial inicial mais apropriado para confirmá-lo?

- (A) Anemia ferropriva; solicitar ferritina e ferro sérico.
- (B) Anemia megaloblástica; solicitar dosagem de vitamina B12 e/ou ácido fólico.
- (C) Anemia da doença crônica; solicitar PCR e eletroforese de proteínas.
- (D) Síndrome mielodisplásica; solicitar mielograma e cariótipo medular.

## 15

Homem, 48 anos de idade, comparece ao pronto-socorro com queixa de cansaço, adinamia, tosse seca e dificuldade para respirar há cerca de 15 dias. Refere episódios vespertinos de febre e discreta perda de peso, não mensurados. Ao exame físico, encontra-se discretamente descorado e afebril. À percussão, nota-se macicez no hemitórax esquerdo, com murmúrio vesicular diminuído no mesmo lado. Não há visceromegalias nem outros achados relevantes. A radiografia de tórax revela velamento de metade do hemitórax esquerdo. Realiza-se toracocentese diagnóstica, com retirada de 800 mL de líquido pleural amarelado e turvo, enviado ao laboratório de análises clínicas para avaliação complementar. Considerando a principal hipótese diagnóstica e a abordagem inicial laboratorial mais adequada, assinale a alternativa correta.

- (A) A hipótese mais provável é pneumonia bacteriana; no líquido pleural, deve-se solicitar DHL, Interferon gama e diferencial de células.
- (B) A hipótese mais provável é tromboembolismo pulmonar; no líquido pleural, deve-se solicitar DHL, ADA e proteína C reativa.
- (C) A hipótese mais provável é tuberculose pleural; no líquido pleural, deve-se solicitar proteínas, diferencial de células e Adenosina Deaminase (ADA).
- (D) A hipótese mais provável é pneumotórax; no líquido pleural, deve-se calcular o gradiente de proteínas, DHL e PCR.

## 16

Com relação ao padrão de anticorpos anticélulas HEp-2 (FAN), o padrão nuclear pontilhado fino é associado à presença de qual anticorpo?

- (A) Anti-Sm.
- (B) Anti-Scl-70.
- (C) Anti-Jo1.
- (D) Anti-Ro/SS-A.

## 17

Homem, 55 anos de idade, procura atendimento por fadiga progressiva nas últimas semanas. Ao exame físico, apresenta esplenomegalia palpável a 8 cm abaixo do rebordo costal esquerdo. O hemograma revela:

Parâmetro	Resultado	Valor de Referência
Hemoglobina	11,5 g/dL	13,0 – 17,0 g/dL
Plaquetas	550.000/mm <sup>3</sup>	150.000 a 450.000/mm <sup>3</sup>
Leucócitos totais	110.000/mm <sup>3</sup>	4.000 a 11.000/mm <sup>3</sup>
Contagem diferencial:		
Mieloblastos: 1%	Promielócitos: 2%	Mielócitos: 10%
Metamielócitos: 7%	Bastonetes: 12%	Segmentados: 51%
Eosinófilos: 6%	Basófilos: 3%	Linfócitos: 5%

Com base nos achados clínicos e laboratoriais, qual a hipótese diagnóstica mais provável, assinale a alternativa correta.

- (A) Leucemia mieloide crônica em crise blástica; nessa fase, mais de 20% dos blastos estão presentes na medula ou sangue periférico.
- (B) Leucocitose reacional; a presença de mieloblastos e basofilia são esperadas em processos infecciosos graves.
- (C) Leucemia mieloide crônica em fase crônica; é caracterizada por desvio à esquerda com basofilia e a presença do gene BCR-ABL em todos os casos.
- (D) Leucemia mieloide aguda; cursa tipicamente com leucocitose intensa e contagem predominante de blastos (>20%).

18

Homem, 63 anos de idade, diabético e etilista crônico, é admitido com febre alta (39,2 °C), cefaleia intensa, rigidez de nuca, sonolência e vômitos. Ao exame físico, apresenta sinais meníngeos positivos e rebaixamento do nível de consciência. A tomografia de crânio não mostra contraindicações, e a punção lombar é realizada imediatamente. A análise do líquido é apresentado a seguir:

Parâmetro	Resultado	Valor de Referência
Aspecto	Turvo	Límpido
Pleocitose	2.100 células/mm <sup>3</sup> (90% neutrófilos)	< 5 células/mm <sup>3</sup>
Glicose	20 mg/dL	45 – 80 mg/dL
Glicemia sérica	100 mg/dL	—
Proteína	320 mg/dL	15 – 45 mg/dL
Lactato	7,5 mmol/L	< 2,2 mmol/L

A hipótese clínica inicial é de meningite bacteriana aguda. Com base no conhecimento atual sobre o líquido nas meningites infecciosas, assinale a alternativa correta.

- (A) A vantagem do exame de PCR para as meningites bacterianas é determinar o perfil de sensibilidade aos antibióticos.
- (B) A hipoglicorraquia se deve, principalmente, ao consumo de glicose pelos polimorfonucleares neutrófilos.
- (C) O poder discriminatório do lactato no líquido é baixo no diagnóstico diferencial entre as meningites bacterianas agudas e as meningites virais agudas.
- (D) O diagnóstico de meningite por *Listeria monocytogenes* depende de exames imunológicos no líquido.

19

Mulher, 35 anos de idade, previamente saudável, relata ganho de peso progressivo nos últimos 12 meses, associado à fraqueza muscular proximal, face arredondada, estrias violáceas abdominais e equimoses frequentes em membros inferiores e abdome. Refere também episódios de cefaleia leve e irritabilidade. Ao exame físico: IMC de 31 kg/m<sup>2</sup>; PA de 150×100 mmHg. Obesidade centripeta; Face em lua cheia; giba dorsal; Estrias violáceas largas no abdome; Equimoses espontâneas em abdome e membros inferiores. Qual exame é mais apropriado para iniciar a investigação da síndrome de Cushing nessa paciente?

- (A) ACTH plasmático.
- (B) Tomografia computadorizada de abdome com contraste.
- (C) Insulina basal e glicemia de jejum.
- (D) Cortisol livre urinário de 24 horas.

20

Homem, 25 anos de idade, apresentou sintomas de síndrome infecciosa mononucleose-símile, e no 5º dia de febre realizou teste para HIV de 4ª geração com resultado positivo, conforme resultado a seguir:

#### HIV – Pesquisa de Anticorpos anti-HIV1/2 e p24 – Teste de Triagem

Método: Ensaio Quimioluminescente (CLIA) de 4ª geração  
Amostra: soro

Resultado:	Valor de Referência:
62 U/dL	Negativo: < 0,9 U/dL Indeterminado: > 0,9 a < 1,1 U/dL Positivo: > 1,1 U/dL

Obs.: Todo resultado positivo de teste HIV de triagem deve ser submetido ao teste confirmatório (complementares e coleta em uma nova amostra, segundo recomendações pelo Fluxo Min. Saúde (Manual Técnico para o Diagnóstico da Infecção pelo HIV em Adultos e Crianças / Min Saúde, ed. 2018).

O melhor teste para confirmar o resultado do teste de rastreio deste paciente é:

- (A) RT PCR ou pesquisa do RNA de HIV, que se positiva antes do surgimento de anticorpos anti-HIV1/2.
- (B) Western blot, teste que pesquisa anticorpos contra diferentes proteínas do HIV 1 e HIV2, permitindo ver a reatividade de maneira isolada contra cada proteína.
- (C) Teste anti-HIV 1/2 de 3ª Geração, que demonstra a presença de anticorpos anti-HIV1/2 usando plataforma diferente da inicial.
- (D) Pesquisa do p24, proteína viral que se positiva durante a fase de infecção aguda.

