



PROCESSO SELETIVO – EDITAL COREME/FM/CM Nº 02/2023

Instruções

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

Declaração

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

ASSINATURA

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

TABELA DE ABREVIÇÕES E VALORES LABORATORIAIS DE REFERÊNCIA

| LISTA DE ABREVIÇÕES | ALGUNS VALORES DE REFERÊNCIA (ADULTOS) |
|--|--|
| <p>AA – Ar ambiente AU – Altura Uterina AAS – Ácido Acetilsalicílico BCF – Batimentos Cardíacos Fetais BEG – Bom Estado Geral bpm – Batimentos por Minuto BRNF – Bulhas Rítmicas Normofonéticas s/ Sopros Cr – Creatinina DU – Dinâmica Uterina DUM – Data da Última Menstruação FC – Frequência Cardíaca FR – Frequência Respiratória Hb – Hemoglobina HCM – Hemoglobina Corpuscular Média Ht – Hematócrito IC_{95%} – Intervalo de Confiança de 95% IMC – Índice de Massa Corpórea ipm – Incursões por Minuto IRT – Tripsina Imunoreativa Neonatal mmHg – Milímetros de Mercúrio MMII – Membros Inferiores MV – Murmúrios Vesiculares P – Pulso PA – Pressão Arterial pCO₂ – Pressão Parcial de CO₂ PEEP – Pressão Expiratória Final Positiva PO – Pós-Operatório pO₂ – Pressão Parcial de O₂ POCUS – Ultrassom <i>point-of-care</i> PS – Pronto-Socorro PSA – Antígeno Prostático Específico REG – Regular Estado Geral RHZE – R (rifampicina), H (isoniazida), Z (pirazinamida) e E (etambutol) RN – Recém-nascido Sat – Saturação SpO₂ – Saturação de Oxigênio TEC – Tempo de Enchimento Capilar Temp. – Temperatura axilar TPO – Tireoperoxidase TRAB – Anticorpo anti-receptor de TSH TSH – Hormônio tireo-estimulante TTGO – Teste de Tolerância a Glicose Oral U – Ureia UBS – Unidade Básica de Saúde USG – Ultrassonografia UTI – Unidade de Terapia Intensiva VCM – Volume Corpuscular Médio VHS – Velocidade de Hemossedimentação</p> | <p>Sangue (bioquímica e hormônios): Albumina = 3,5 – 5,5 g/dL Bilirrubina Total = 0,3 – 1,0 mg/dL Bilirrubina Direta = 0,1 – 0,3 mg/dL Bilirrubina Indireta = 0,2 – 0,7 mg/dL Cálcio iônico = 4,6 a 5,5 mg/dL ou 1,15 a 1,38 mmol/L Cloretos = 98 – 106 mEq/L Creatinina = 0,7 – 1,3 mg/dL Relação abuminúria/creatinina urinária = até 30 mg/g de creatinina Desidrogenase Láctica < 240 U/L Ferritina: homens: 22 – 322 ng/mL mulheres: 10 – 291 ng/mL Ferro sérico: homens: 70 – 180 µg/dL mulheres: 60 – 180 µg/dL Fósforo: 2,5 a 4,8 mg/dL ou 0,81 a 1,55 mmol/L Globulinas = 2,0 – 3,5 g/dL LDL (maior ou igual a 20 anos) = desejável de 100 a 129 mg/dL HDL (maior de 20 anos) = desejável maior que 40 mg/dL Triglicérides (maior de 20 anos) = desejável menor que 150 mg/dL Glicemia em jejum = 70 – 99 mg/dL Lactato = 5 – 15 mg/dL Magnésio = 1,8 – 3 mg/dL Potássio = 3,5 – 5,0 mEq/L Proteína Total = 5,5 – 8,0 g/dL PSA < 4 ng/mL Sódio = 135 – 145 mEq/L TSH = 0,4 – 4,0 mUI/mL Amilase = 28 – 100 U/L Lipase = inferior a 60 U/L Ureia = 10 – 50 mg/dL</p> <p>Sangue (hemograma e coagulograma): Hemoglobina = 11,7 a 14,9 g/dL Hemoglobina Glicada = 4,5 a 5,6% Conc. hemoglobina corpuscular média (CHCM) = 31 a 36 g/dL Hemoglobina corpuscular média (HCM) = 27 a 32 pg Volume corpuscular médio (VCM) = 80 a 100 fL RDW: 10 a 16% Leucócitos = 5.000 a 10.000/mm³ Linfócitos = 0,9 a 3,4 mil/mm³ Monócitos = 0,2 a 0,9 mil/mm³ Neutrófilos = 1,6 a 7,0 mil/mm³ Eosinófilos = 0,05 a 0,5 mil/mm³ Plaquetas = 150.000 a 450.000/mm³ Reticulócitos = 0,5 a 2,0% 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</p> |
| <p align="center">VALORES DE REFERÊNCIA DE HEMOGLOBINA (Hb) EM g/dL PARA CRIANÇAS</p> <p>Recém-Nascido = 15 – 19 2 a 6 meses = 9,5 – 13,5 6 meses a 2 anos = 11 – 14 2 a 6 anos = 12 – 14 6 a 12 anos = 12 – 15</p> | <p>Gasometria Arterial: pH = 7,35 a 7,45 pO₂ = 80 a 100 mmHg pCO₂ = 35 a 45 mmHg Base Excess (BE) = -2 a 2 HCO₃⁻ = 22 a 28 mEq/L SpO₂ > 95%</p> |
| <p>Líquido pleural ADA: até 40 U/L Líquido sinovial: leucócitos até 200 células/mL</p> | <p>Líquor (punção lombar): Células até 4/mm³ Lactato até 20 mg/dL Proteína até 40 mg/dL</p> |

01

Mulher de 60 anos com queixa há dois meses de dor em hipocôndrio direito, em cólica, que piora com ingestão de alimentos gordurosos e melhora com analgésicos comuns. Tem antecedente de hipertensão arterial e dislipidemia há 20 anos. Tabagista de 40 anos-maço. Exame clínico: PA: 174x102 mmHg; FC: 88 bpm, peso 102 kg; altura 1,78 m. Uma ultrassonografia de abdome identificou cálculos em vesícula, sem dilatação de vias biliares. Foi também detectado aneurisma de aorta abdominal, abaixo das artérias renais, com diâmetro de 5,4 cm, confirmado em angiotomografia de abdome. Além de controlar os fatores de risco cardiovascular, qual a próxima conduta mais adequada na continuidade do cuidado dessa paciente?

- (A) Realizar correção do aneurisma.
- (B) Acompanhar aneurisma com exame periódico de imagem.
- (C) Repetir angiotomografia após correção dos fatores de risco.
- (D) Reavaliar persistência da dor após colecistectomia.

02

Homem de 70 anos, hipertenso, ex-tabagista, com queixa de dor torácica em aperto aos grandes esforços (por exemplo, correr na esteira na academia), com melhora ao repouso, iniciada há quatro meses. Medicações em uso: atorvastatina 20 mg 1x/dia, enalapril 5 mg 2x/dia. Exame clínico: FC: 92 bpm; PA: 140x80 mmHg. Exames cardiopulmonar e abdominal normais. Ecocardiograma: fração de ejeção do ventrículo esquerdo de 0,60. LDL: 92 mg/dL. Iniciado anlodipino 10 mg 1x/dia e solicitada angiotomografia de coronárias, que evidenciou estenose importante (redução do diâmetro luminal maior ou igual a 70% e menor que 99%) do 1º ramo diagonal, conforme imagem a seguir.



Demais artérias apenas com redução luminal discreta. Escore de cálcio de 1.158 unidades Agatston (percentil 87 para a faixa etária, raça e sexo). Retorna para consulta assintomático, após introdução do bloqueador do canal de cálcio, com resolução da dor torácica ao correr na esteira. Assinale a conduta mais adequada neste momento.

- (A) Iniciar ticagrelor e introduzir metoprolol 50 mg/dia.
- (B) Iniciar ticagrelor e solicitar cateterismo cardíaco para angioplastia.
- (C) Iniciar ácido acetilsalicílico e aumentar dose de atorvastatina para 40 mg/dia.
- (D) Iniciar ácido acetilsalicílico e solicitar cateterismo cardíaco para angioplastia.

03

Homem de 72 anos com queixa de claudicação intermitente progressiva há seis meses. É hipertenso, hipercolesterolêmico e já fez endarterectomia de carótida direita. Ex-tabagista de 60 anos-maço há oito anos. Em uso de ácido acetilsalicílico, rosuvastatina e losartana. Exame clínico: PA: 140x90 mmHg, diminuição de pulsos tibiais e pediosos bilaterais. LDL: 48 mg/dL. Assinale o tratamento adicional mais adequado para diminuição do risco cardiovascular deste paciente.

- (A) Ticagrelor.
- (B) Cilostazol.
- (C) Rivaroxabana.
- (D) Nenhum tratamento adicional.

04

Homem de 64 anos vem à consulta com queixa de palpitações esporádicas. Foi feito diagnóstico recente de hipertensão arterial sistêmica e iniciado tratamento com hidroclorotiazida. Exame clínico sem alterações, com PA 120x80 mmHg e FC 84 bpm. Eletrocardiograma: algumas extrassístoles ventriculares. Holter de 24 horas: extrassístoles ventriculares com densidade igual a 23%. Assinale a próxima conduta mais adequada.

- (A) Solicitar ecocardiograma.
- (B) Solicitar cintilografia miocárdica.
- (C) Iniciar ivabradina.
- (D) Iniciar betabloqueador.

05

Homem de 76 anos, hipertenso, dislipidêmico, chega para retorno ambulatorial. É independente para atividades básicas e instrumentais de vida diária, robusto em avaliação de fragilidade física. Está assintomático. Refere que caminha três vezes por semana por 30 minutos e sobe seis lances de escadas, sem sintomas. No último ano, apresentou duas quedas ao andar na rua. Ao exame clínico, identificado pulso irregular. Peso 79 kg. Altura 1,80 m. Solicitado eletrocardiograma, que mostrou fibrilação atrial. FC: 72 bpm. Creatinina 0,8 mg/dL. Assinale a conduta mais adequada neste momento.

- (A) Iniciar ácido acetilsalicílico 100 mg/dia.
- (B) Iniciar anticoagulação por via oral com rivaroxabana 20 mg 1x/dia.
- (C) Iniciar anticoagulação por via oral com apixabana 2,5 mg 2x/dia.
- (D) Não introduzir medicamentos antitrombóticos.

06

Homem de 60 anos vem para consulta de rotina. Está assintomático. Há três anos tinha insuficiência cardíaca sem causa definida, com fração de ejeção de 25%. Na época, apresentou dispneia a mínimos esforços por um ano. Desde então foi medicado e, há dois anos, recebe enalapril 10 mg de 12/12 h, carvedilol 25 mg de 12/12 h, espironolactona 50 mg/dia. Reclama que está tomando muitos remédios. Exame clínico: PA: 130x80 mmHg; FC: 66 bpm. Restante normal. Traz ecocardiograma recente com fração de ejeção de 55%. Assinale a conduta mais adequada.

- (A) Retirar progressivamente as medicações e observar sintomas.
- (B) Manter carvedilol, enalapril e espironolactona.
- (C) Manter carvedilol e retirar enalapril e espironolactona.
- (D) Manter enalapril e carvedilol e retirar espironolactona.

07

Gestante de 34 semanas dá entrada na emergência com quadro de dispneia súbita e sinais de trombose venosa profunda em membro inferior direito. Evoluiu rapidamente com insuficiência respiratória e baixo débito cardíaco. Durante a monitorização e realização de medidas iniciais de suporte, apresentou parada cardiorrespiratória em atividade elétrica sem pulso. Foram iniciadas medidas de ressuscitação cardiopulmonar e intubação orotraqueal, com tração do útero para a esquerda. Com 5 minutos de ressuscitação, não apresentou retorno à circulação espontânea. Assinale a próxima conduta mais adequada.

- (A) Realizar cesariana perimortem.
- (B) Infundir sulfato de magnésio.
- (C) Suspender a tração uterina.
- (D) Administrar alteplase.

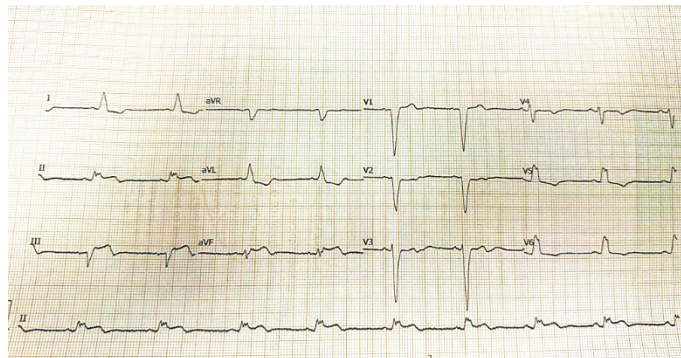
08

Mulher de 84 anos, em acompanhamento por diabetes melito tipo 2, em uso de metformina 850 mg no café e almoço e insulina NPH 12 U ao deitar. Há três meses, após a morte do marido, tem se alimentado menos e perdeu 9 kg (de 87 para 78 kg). Tem apresentado dificuldade para iniciar o sono e pesadelos frequentes, com agitação e sudorese. Exame clínico sem alterações. Nas últimas semanas os controles de glicemia capilar em jejum aumentaram de 110 para 160 mg/dL. Assinale a conduta mais adequada para o controle da glicemia.

- (A) Associar insulina rápida pré-café da manhã.
- (B) Iniciar metformina também no jantar.
- (C) Introduzir mirtazapina.
- (D) Diminuir a dose da insulina NPH.

09

Homem de 64 anos, previamente etilista, tabagista e hipertenso, com quadro de dor epigástrica contínua, acompanhada de náuseas e vômitos há duas horas. Exame clínico: PA: 130x80 mmHg; FC: 95 bpm; FR: 22 ipm. Ausculta cardíaca e pulmonar normais. Realizado eletrocardiograma a seguir:



Com base nessas informações, assinale a próxima conduta mais adequada.

- (A) Prescrever omeprazol e solicitar lipase e tomografia de abdome.
- (B) Prescrever dipirona e solicitar angiotomografia de tórax e abdome.
- (C) Indicar fibrinólise e solicitar transferência a serviço com hemodinâmica.
- (D) Iniciar ácido acetilsalicílico e solicitar troponina ultrasensível.

10

Homem de 52 anos com queixa há dois meses de parestesias em extremidades e câimbras sempre que faz atividade física. Faz uso de hidroclorotiazida 25 mg/dia por hipertensão arterial sistêmica e omeprazol 40 mg/dia por doença do refluxo gastrointestinal. Assinale o perfil laboratorial mais provável.

- (A) Hipermagnesemia, hipocalcemia e PTH baixo ou inapropriadamente normal.
- (B) Hipermagnesemia, hipercalcemia e PTH elevado ou inapropriadamente normal.
- (C) Hipomagnesemia, hipocalcemia e PTH baixo ou inapropriadamente normal.
- (D) Hipomagnesemia, hipercalcemia e PTH elevado ou inapropriadamente normal.

11

Homem de 68 anos, com antecedentes de diabetes melito tipo 2 e angina estável, assintomático, passa em consulta de rotina. Ex-tabagista de 40 anos-maço (parou há um ano). Exame clínico sem alterações. Exames laboratoriais: T4 livre 1,1 ng/dL e TSH 8,68 mUI/L. Com base nessas informações, assinale qual a próxima conduta mais adequada.

- (A) Solicitar ultrassonografia de tireoide.
- (B) Reavaliação laboratorial em três meses.
- (C) Iniciar levotiroxina.
- (D) Não é necessária nenhuma conduta.

12

Mulher de 40 anos é atendida no pronto-socorro com dor abdominal após acidente automobilístico. Uma tomografia computadorizada sem contraste não evidenciou lesões viscerais e detectou nódulo em adrenal esquerda homogêneo de 3,8 cm de diâmetro, com valor de atenuação de 12 unidades Hounsfield. Exame clínico: IMC 30 kg/m², PA 140x100 mmHg, hematomas na região esternal e no abdome superior, sem outras alterações. Assinale a conduta mais adequada em relação ao nódulo adrenal.

- (A) Metanefrinas séricas e urinárias.
- (B) Biópsia percutânea guiada por tomografia.
- (C) Teste de supressão de cortisol com 1 mg dexametasona.
- (D) Não há necessidade de conduta adicional.

13

Mulher de 47 anos refere fraqueza muscular e dores pelo corpo há cerca de um ano, associada à irregularidade menstrual.

- Exame clínico: nódulo tireoidiano em lobo direito, de cerca de 2 cm, indolor e móvel a deglutição.
- Exames laboratoriais: TSH < 0,02 mUI/mL; T4 livre: 1,4 ng/dL e anticorpos antitireoperoxidase < 9 UI/L.
- Ultrassonografia de tireoide: nódulo misto, com algumas áreas císticas, hipoeicoico, com halo hipocogênico, sem microcalcificações, com vascularização central e periférica localizado em lobo direito, medindo 2,8 x 1,8 x 2,4 cm. O restante do parênquima é discretamente heterogêneo.

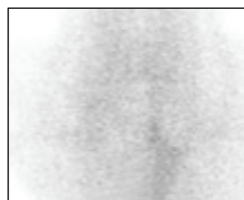
Com base nessas informações, assinale qual a próxima conduta mais adequada.

- (A) Punção aspirativa por agulha fina.
- (B) Cintilografia da tireoide com iodo.
- (C) Dosagem de anticorpo antirreceptor de TSH (TRAb).
- (D) Dosagem de tireoglobulina.

14

Mulher de 25 anos com queixa há cinco dias de febre não medida e dor na região anterior do pescoço. Há três dias, apresenta palpitação, tremor de mãos e insônia. Exame clínico: bom estado geral, PA: 110x60 mmHg; FC: 124 bpm (rítmico); temperatura 37,2 °C; sem adenomegalias. Orofaringe normal. Presença de tremores finos em mãos. Restante do exame sem alterações. Feita cintilografia de tireoide. Assinale a imagem com maior probabilidade de corresponder à cintilografia realizada pela paciente.

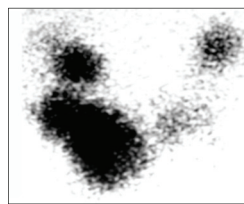
(A)



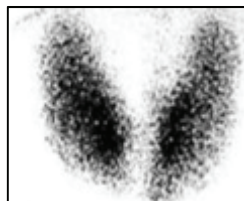
(B)



(C)



(D)



15

Homem de 62 anos vem com queixa de fraqueza progressiva, tontura, hiporexia e perda de 7% do peso nos últimos quatro meses. Tem apresentado episódios frequentes de vômitos e dor abdominal difusa, incomum. Tem antecedente de hipertensão arterial há 15 anos e faz uso regular de enalapril 20 mg à noite, mas não faz controle há mais de três anos. Exame clínico: PA: 104x70 mmHg deitado e 86x64 mmHg de pé. FC: 76 bpm deitado e 88 bpm de pé. Restante do exame sem alterações. Exames laboratoriais: Hb: 10,9 g/dL; VCM: 84 fL; CHCM: 34 g/dL; Ureia: 32 mg/dL; Creatinina: 0,9 mg/dL; Na⁺: 132 mEq/L; K⁺: 5,4 mEq/L; Glicemia de jejum: 64 mg/dL. Assinale o exame com maior probabilidade de contribuir no diagnóstico anatômico da doença desse paciente.

- (A) Endoscopia digestiva alta.
- (B) Antígeno prostático específico.
- (C) Ultrassom de abdome.
- (D) Colonoscopia.

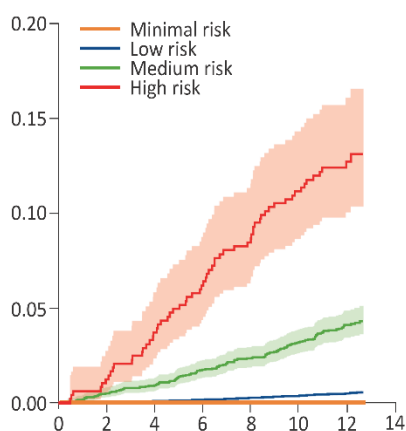
16

Homem de 65 anos, com diagnóstico de diabetes melito há 20 anos, vem em consulta de rotina. Está em uso de metformina 850 mg nas três principais refeições, anlodipino 5 mg de 12 em 12 h e hidroclortiazida 25 mg pela manhã. PA: 130x86 mmHg. Hb glicada: 7,2%, microalbuminúria/creatininúria: 160 mg/g. Assinale o ajuste mais adequado de suas medicações.

- (A) Adicionar losartana e empaglifozina e retirar anlodipino e hidroclortiazida.
- (B) Aumentar dose da metformina e retirar hidroclortiazida.
- (C) Substituir anlodipino por enalapril e aumentar dose de metformina.
- (D) Substituir metformina e hidroclortiazida por empaglifozina e enalapril.

17

O consórcio *LiverScreen* desenvolveu um escore para identificação de pacientes em risco de desfechos hepáticos futuros em até 10 anos. As variáveis incluídas no escore foram idade, sexo, AST, ALT, g-GT, plaquetas, colesterol total e glicemia de jejum. Um dos desfechos analisados foi o risco de morte por causas hepáticas (eixo Y), demonstrada no gráfico a seguir, de acordo com três categorias de risco de fibrose hepática ao longo dos anos (eixo X).



Assinale o aspecto da avaliação de um escore apresentado no gráfico.

- (A) Discriminação.
- (B) Benefício líquido.
- (C) Calibração.
- (D) Acurácia.

18

Mulher de 78 anos com nódulo pulmonar encontrado incidentalmente em tomografia de tórax. Ex-tabagista de 50 anos/maço. Além do nódulo, a tomografia também mostra enfisema pulmonar. O nódulo é único, tem 2,6 cm de diâmetro e é espiculado. Não há linfonodomegalias. Não há história familiar de câncer. O nódulo é alcançável por biópsia transtorácica. A probabilidade de câncer antes da biópsia é de

70% e a de uma biópsia transtorácica encontrar câncer em pacientes com a doença é de 80%. Utilizando uma estratégia diagnóstica que envolva os dados clínicos, tomográficos e anatomopatológicos, assinale a probabilidade de se encontrar câncer nessa paciente.

- (A) 56%
- (B) 75%
- (C) 80%
- (D) 88%

19

Homem de 72 anos, hipertenso, diabético e ex-etilista, procura atendimento por edema de membros inferiores e aumento do volume abdominal iniciados há quatro meses. Exame clínico: regular estado geral, descorado, estase jugular presente, edema de membros inferiores, simétrico 2+/4+, ascite de moderado volume. Paciente foi submetido a punção da ascite.

• Exames laboratoriais:

Proteínas totais: 6 g/dL

Albumina sérica: 3 g/dL

Proteínas no líquido ascítico: 3,5 g/dL

Albumina no líquido ascítico: 1,7 g/dL

Creatinina: 1,5 mg/dL

Na⁺: 142 mEq/L

K⁺: 5,2 mEq/L

Hemoglobina: 9,2 g/dL

Plaquetas: 150.000/mm³

Leucócitos: 4000/mm³

Assinale o próximo exame mais adequado para o diagnóstico.

- (A) Ultrassom doppler de abdome superior.
- (B) Ecocardiograma transtorácico.
- (C) Relação proteína/creatinina em amostra isolada de urina.
- (D) Dosagem de triglicerídeos no líquido.

20

Mulher de 52 anos, submetida a colonoscopia para rastreamento de câncer de cólon. A colonoscopia mostrou seis pólipos sésseis menores de 1 cm que foram ressecados. O exame anatomopatológico revelou tratar-se de pólipos serrilhados. A conduta mais adequada é repetir a colonoscopia em

- (A) seis meses.
- (B) três anos.
- (C) cinco anos.
- (D) dez anos.

TEXTO PARA AS QUESTÕES 21 E 22

Um estudo recente avaliou a utilização de angiotomografia de tórax para diagnóstico de embolia pulmonar em 26 departamentos de emergência europeus, com demonstração de um aumento crescente na realização do exame ao longo dos anos. Além disso, os autores demonstraram a ocorrência de alguns desfechos ao longo dos anos, de acordo com a tabela a seguir:

| Desfechos | Total (n=1463) | 2015 (n = 237) | 2016 (n = 262) | 2017 (n = 295) | 2018 (n = 364) | 2019 (n = 305) | APC, % (IC 95%) |
|---------------------------|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|------------------------|
| EP subsegmentar, n(%) | 246 (16,8) | 33 (13,9) | 25 (9,5) | 32 (10,8) | 36 (9,9) | 36 (11,8) | -3,3 (-23,6 a 24,7) |
| EP de baixo risco, n(%) | 195 (13,3) | 22 (9,3) | 36 (13,7) | 29 (9,9) | 56 (15,4) | 52 (17) | 13,8 (2,6 - 30,1) |
| Manejo ambulatorial, n(%) | 238 (16,3) | 31 (13,1) | 19 (7,3) | 51 (17,3) | 69 (19) | 68 (22,3) | 19,3 (4,1 a 45,1) |
| Admissão na UTI, n(%) | 341 (23,3) | 67 (28,3) | 66 (25,2) | 77 (26,2) | 68 (18,7) | 63 (20,7) | -8,9 (-17,1 a -0,3) |

Legenda: UTI: unidade de terapia intensiva; EP: embolia pulmonar; APC: *annual percent change* (mudança percentual anual); IC: intervalo de confiança.

21

Trata-se de um estudo:

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

22

Assinale o fenômeno epidemiológico potencialmente associado aos resultados demonstrados na tabela.

- (A) Viés de identificação.
- (B) Viés de antecipação do diagnóstico.
- (C) Sobrediagnóstico.
- (D) Confusão por indicação.

23

Homem de 24 anos portador de retocolite ulcerativa há um ano, está em uso de sufassalazina 2 g/dia e azatioprina 100 mg/dia. Queixa-se de diarreia sanguinolenta, cerca de oito vezes ao dia, há uma semana. Exame clínico: peso de 75 kg, descorado ++/4+, anictérico. Ausculta respiratória e cardíaca normais. Abdômen doloroso à palpação profunda em fossa ilíaca esquerda, ruídos hidroaéreos presentes. Exames laboratoriais: Hb: 9 g/dL, Leucócitos: 7.000/mm³, Plaquetas: 220.000/mm³. Assinale a conduta inicial mais adequada.

- (A) Metilprednisolona e antibioticoterapia empírica.
- (B) Infliximabe e enema de budesonida.
- (C) Azatioprina 150 mg ao dia e antibioticoterapia empírica.
- (D) Enema de budesonida e azatioprina 150 mg.

24

Mulher de 50 anos vem para avaliação após cirurgia bariátrica feita há dois meses (Y de Roux). Perdeu 14 kg desde então. É diabética e hipertensa e está em uso de insulina glargina, metformina, clortalidona, enalapril, atorvastatina, vitamina

B12, vitamina D e multivitamínico com ferro e folato. Glicemia capilar, em jejum, dos últimos sete dias variou entre 100 e 110 mg/dL. PA: 140x78 mmHg. Vitamina B 12 normal, Hemoglobina glicada de 7,5%. Assinale a medicação que pode ser descontinuada neste momento

- (A) Enalapril.
- (B) Metformina.
- (C) Vitamina B12.
- (D) Insulina glargina.

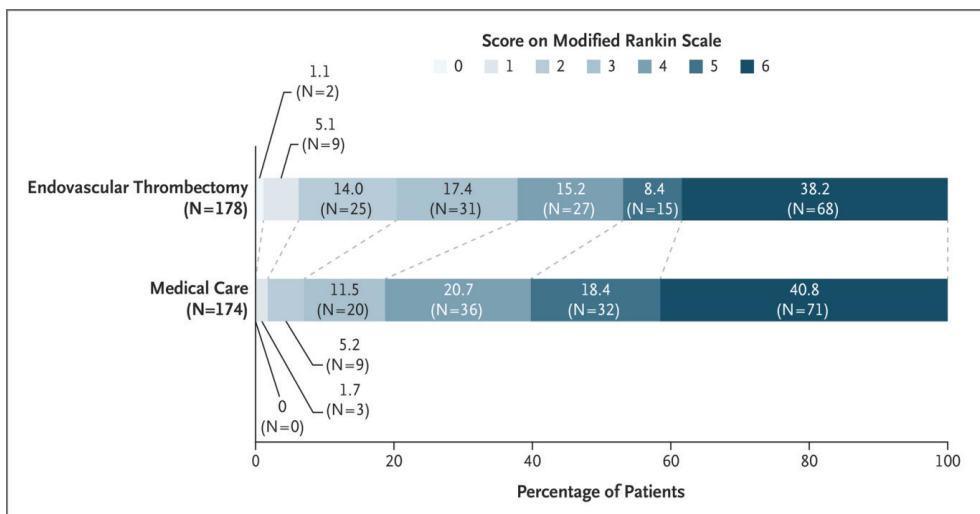
25

Homem de 35 anos vem com história de regurgitação há seis meses. Fala que a comida volta, não digerida, após comer alimentos sólidos. Tem mal hálito e tosse esporádica nesse período. Nega perda de peso ou dor torácica. Assinale o exame mais adequado para o diagnóstico.

- (A) Manometria esofágica.
- (B) pH-metria de 24 horas.
- (C) Esofagograma contrastado.
- (D) Endoscopia digestiva alta.

TEXTO PARA AS QUESTÕES 26 E 27

O estudo SELECT 2 foi publicado recentemente para avaliar o efeito da trombectomia mecânica em pacientes com acidente vascular encefálico isquêmico de grande monta, com grandes núcleos isquêmicos, dentro das primeiras 24 horas do evento. A distribuição do desfecho primário do estudo é apresentada na figura a seguir:



Distribuição de escore da escala de Rankin modificada de acordo com o grupo alocado.

26

Assinale a melhor caracterização da variável demonstrada no gráfico.

- (A) Ordinal.
- (B) Discreta.
- (C) Contínua.
- (D) Categórica.

27

Para a análise do desfecho primário, foi utilizada regressão logística. Assinale a medida de efeito a ser apresentada pelos autores.

- (A) Razão de riscos.
- (B) Razão das chances.
- (C) Razão de taxa de incidência.
- (D) Diferença entre médias.

28

Mulher de 30 anos apresenta história de diarreia há cinco meses. São 3 a 4 evacuações ao dia, às vezes com presença de muco e sangue, febre baixa esporádica e emagrecimento de 5 kg no período. Não toma medicações. Exame de fezes apresentou parasitológicos negativos, gordura negativa, coprocultura negativa e calprotectina elevada. O sintoma MENOS provável de ser encontrado no exame clínico é:

- (A) Icterícia.
- (B) Nódulos dolorosos em membros inferiores.
- (C) Crepitação difusa pulmonar.
- (D) Olho vermelho.

29

Homem de 40 anos tem diagnóstico de síndrome antifosfolípide com anticorpo anticoagulante lúpico positivo e anticardiolipina IgG de 50 GPL, repetidos e confirmados após 12 semanas. Não foi solicitada anti-β₂ glicoproteína I. Teve como evento vascular uma trombose venosa profunda seguida de embolia pulmonar há quatro meses. Permanece anticoagulado com warfarina. Procura o pronto-socorro com novo episódio de trombose venosa iliofemoral à esquerda há dois dias. Exames: INR 2,5; r (TTPa) 0,9. Assinale a conduta mais adequada.

- (A) Aumentar dose de warfarina.
- (B) Instalar filtro de veia cava inferior.
- (C) Substituir warfarina por rivaroxabana.
- (D) Substituir warfarina por enoxaparina.

30

Homem de 38 anos com queixa de diarreia e astenia há seis meses acompanhadas de perda de 8 kg. Não tem outras queixas.

- Exame físico: peso: 50 kg, altura: 1,68 m, descorado, PA: 100x50 mmHg, FC: 98 bpm, FR: 21 ipm, SpO₂ 98%.
- Exames laboratoriais:
 - Hb: 7,2 g/dL
 - VCM: 71 fL
 - Ferro sérico: 19 mcg/dL
 - Saturação de transferrina de 8%
 - Plaquetas: 150.000/mm³
 - Na⁺: 140 mEq/L
 - Ca²⁺: 6,9 mg/dL
 - Pi: 1,5 mEq/L
 - Mg²⁺: 2 mEq/L
 - K⁺: 4,2 mEq/L
 - Cr: 1,1 mg/dL
 - Fosfatase alcalina: 252 U/L
 - Gama GT: 52 U/L
 - INR: 1,4

O paciente também apresentou a radiografia de quadril a seguir:



Assinale o próximo exame mais adequado para o diagnóstico etiológico.

- (A) Colonoscopia com biópsias seriadas.
- (B) Ultrassom de abdome superior.
- (C) Anticorpo anti-transglutaminase tecidual.
- (D) Biópsia hepática.

31

Mulher de 26 anos apresenta queixa há duas semanas de febre intermitente de até 40 °C. No exame clínico e na ultrassonografia foram demonstradas linfonodomegalias abdominais e hepatoesplenomegalia. Medula óssea com aspectos reacionais, sem neoplasia ou agentes infecciosos identificados.

- Exames laboratoriais:
 - Hemoglobina: 7,6 g/dL
 - Plaquetas: 78.000/mm³

Leucócitos: 1.500/mm³
 Neutrófilos: 1.000/mm³
 Linfócitos: 350/mm³
 Monócitos: 10/mm³
 Ferritina: 3.860 µg/dL
 Triglicérides: 396 mg/dL
 TGO/AST: 79 U/L
 DHL: 626 U/L
 Fibrinogênio: 118 mg/dL

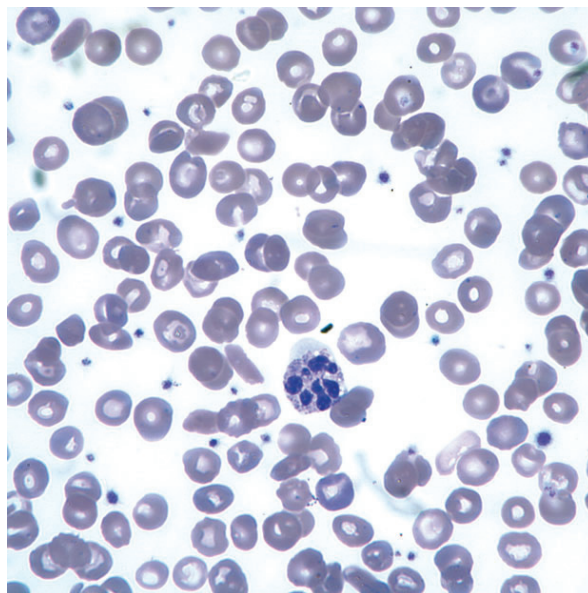
Com base nessas informações, assinale a afirmação mais adequada em relação à principal hipótese diagnóstica.

- (A) Leucopenia é específica para o diagnóstico.
- (B) Ferritina acima de 10.000 µg/dL é específica para o diagnóstico.
- (C) A principal causa em adultos é neoplasia.
- (D) O diagnóstico é feito através do mielograma.

32

Mulher de 46 anos apresenta queixa de fadiga há vários meses. Tem dieta variada e nega sintomas gastrointestinais. Tem histórico de vitiligo e hipotireoidismo. Exame clínico normal, exceto pelo descoramento e vitiligo.

- Exames laboratoriais:
 - Hemoglobina: 9,2 g/dL
 - Leucócitos: 4.000/mm³
 - Plaquetas: 180.000/mm³
 - VCM: 117 fL
 - Reticulócitos: 1%
- Lâmina do esfregaço periférico a seguir:



Assinale o exame com maior probabilidade de estar alterado.

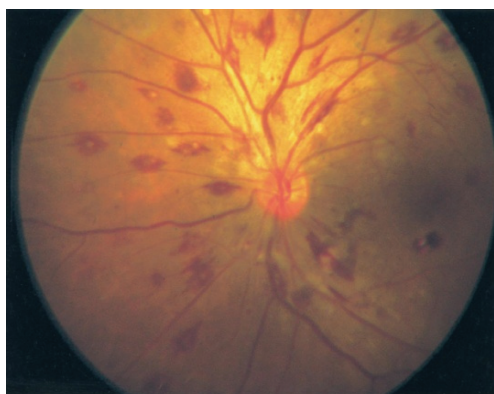
- (A) Vitamina B12.
- (B) Ácido fólico.
- (C) Homocisteína.
- (D) Mutação do JAK2.

33

Homem de 45 anos está em seguimento regular por leucemia mieloide crônica. É trazido ao pronto-socorro com dispneia, febre baixa e rebaixamento do nível de consciência. Exame clínico: PA: 100x50 mmHg; FC: 88 bpm; FR: 24 ipm; temperatura 37,7 °C; SpO₂ 92%. Está confuso, sem sinais localizatórios no exame neurológico. Presença de sangramento em gengiva. Sopro sistólico em foco aórtico. Ausculta pulmonar com estertores em bases. Perfusão periférica limitrofe.

- Exames laboratoriais:
Hemoglobina: 6 g/dL
Leucócitos: 280.000/mm³ (60% blastos)
Plaquetas: 312.000/mm³
INR: 1,4
Creatinina: 1,1 mg/dL
Dímero D: 250 U/L

A imagem da fundoscopia é apresentada a seguir:



Com base nessas informações, assinale qual a conduta mais adequada.

- (A) Realizar leucaférese.
- (B) Solicitar hemoculturas e ecocardiograma.
- (C) Iniciar ácido transretinoico.
- (D) Introduzir dexametasona.

34

Homem de 19 anos, com diagnóstico de anemia falciforme, chega à emergência com crise algica. Exames laboratoriais apresentaram hemoglobina 6,2 g/dL, LDH 550 U/L e reticulócitos 8%. Solicitada transfusão de um concentrado de hemácias. Pesquisa de anticorpos irregulares (PAI) positiva, com identificação de Anti-C. Foi transfundida uma unidade fenótipo compatível. Seis dias após a transfusão, retorna com febre e dor óssea, e os exames mostram hemoglobina 4,2 g/dL, reticulócitos 0,25%, LDH 700 U/L, PAI inalterado, TAD negativo. Assinale a conduta mais apropriada neste momento.

- (A) Tratamento de suporte e observação.
- (B) Imunoglobulina intravenosa e suspender transfusões.
- (C) Nova transfusão com unidades fenotipadas.
- (D) Novas transfusões com unidades recentes e leucodepletadas.

35

Mulher de 65 anos apresenta eletroforese de proteínas que revelou hipergamaglobulinemia. É portadora de hipertensão arterial, hipercolesterolemia e hipotireoidismo controlados com losartana 50 mg, rosuvastatina 10 mg e levotiroxina 50 µg. Exame clínico: normal. Radiografia de esqueleto: normal.

- Exames laboratoriais:
Hemoglobina: 14 g/dL
Leucócitos: 5.000/mm³
Plaquetas: 150.000/mm³
Ca²⁺: 9,2 mg/dL
Creatinina: 0,8 mg/dL
Imunofixação sérica: pico monoclonal de 0,9 g/dL, sem detecção de cadeias leves
Imunofixação urinária: normal

Com base nessas informações, assinale a conduta mais adequada.

- (A) Ressonância de coluna cervical, torácica e lombar.
- (B) Mielograma.
- (C) Dosagem de B2 microglobulina.
- (D) Repetir exames em seis meses.

36

Mulher de 43 anos, previamente hipertensa, procura o pronto-socorro por astenia e manchas em membros inferiores há duas semanas, acompanhadas de dor abdominal e náuseas. Ao exame físico apresenta PA: 110x65 mmHg; FC: 93 bpm; FR: 21 ipm; temperatura: 36,9 °C; SpO₂ 97% em ar ambiente. Descorada, confusa, com presença de petéquias em membros inferiores. Ausculta cardíaca com sopro sistólico panfocal. Ausculta pulmonar normal. Abdome plano, flácido, sem visceromegalias. Sem linfonodomegalias palpáveis.

- Exames laboratoriais:
Hemoglobina: 6,1 g/dL
VCM: 87 fL
Leucócitos: 4.900/mm³
Plaquetas: 23.000/mm³
LDH: 764 U/L
Bilirrubina total: 4,2 mg/dL
Bilirrubina direta: 1 mg/dL
Na⁺: 135 mEq/L
K⁺: 5 mEq/L
Ca²⁺: 8,8 mg/dL
Creatinina: 1,4 mg/dL
INR: 1,4

Assinale o exame com maior probabilidade de contribuir no diagnóstico neste momento.

- (A) Haptoglobina.
- (B) Fator antinúcleo.
- (C) Esfregaço periférico.
- (D) Biópsia de medula óssea.

37

Mulher de 67 anos chega para consulta com queixa de astenia e perda de peso há cinco meses. Faz acompanhamento na oncologia por neoplasia de mama há 10 anos, tratada com exérese cirúrgica, quimioterapia e radioterapia. Exame clínico: descorada ++/4+, sem outras alterações.

• Exames laboratoriais:

Hemoglobina: 8,2 g/dL

VCM: 104 fL

Leucócitos: 3.400/mm³

Neutrófilos: 1.200/mm³

Linfócitos: 800/mm³

Plaquetas: 68.000/mm³

Neutrófilos hipogranulares e hipossegmentados

Marcadores tumorais: CA 15,3, 19,9 e 125 negativos

Com base nestas informações, assinale a hipótese diagnóstica mais provável.

- (A) Hiperesplenismo.
- (B) Síndrome mielodisplásica.
- (C) Deficiência de ácido fólico.
- (D) Infiltração medular pelo câncer de mama.

38

Mulher de 55 anos com queixa de astenia, empachamento pós-prandial e aumento de volume abdominal há 06 meses. Ao exame clínico apresentou-se descorada +/4+, anictérica e com baço palpável a 7 cm de rebordo costal esquerdo.

• Exames laboratoriais:

Hemoglobina: 10 g/dL

Leucócitos: 20.000/mm³ (1% de blastos, 2% de promielócitos, 4% de metamielócitos, 5% de bastões e 60% de segmentados)

Monócitos 500/mm³, presença de 3 eritroblastos/100 leucócitos

Plaquetas: 600.000/mm³

Aspirado de medula óssea seco. Cariótipo 46XX em 20 metáfases.

Assinale a explicação mais provável desse aumento esplênico.

- (A) Metaplasia mieloide.
- (B) Infiltração leucêmica.
- (C) Trombose de veia porta.
- (D) Hiperplasia de sistema retículo endotelial.

39

Mulher de 22 anos informa que há uma semana foi ferroadada por abelha. Na ocasião, após 10 minutos, iniciou quadro de urticária em todo corpo, dispneia, taquicardia e hipotensão. IgE sérica menor que 0,10 kU/L (não reagente) para veneno de abelha. Assinale a conduta mais adequada.

- (A) Tranquilizar a paciente, pois ela não é alérgica a veneno de abelha.
- (B) Realizar *prick-test* com extrato de veneno para confirmação de alergia.
- (C) Repetir a pesquisa de IgE específica após quatro semanas da reação sistêmica.
- (D) Iniciar Imunoterapia com veneno de abelha.

40

Homem de 45 anos refere febre, mialgia, parestesias e fraqueza em mãos e pés, além de dificuldade para deambular há sete dias. Há quatro dias, apresenta tosse, dispneia e sibilos. É asmático e, há um mês, teve uma crise. Tem antecedente de sinusites. Exame clínico: FC: 108 bpm; FR: 28 ipm; PA: 120x70 mmHg. Ausculta pulmonar: roncospiratórios bilaterais e sibilos. Exame neurológico: redução da força muscular distal bilateral com perda sensorial; reflexos tendinosos profundos não obtidos em ambos os membros superiores e inferiores.

• Exames laboratoriais:

Hemoglobina: 11,7 g/dL

Leucócitos: 21.700/mm³ (neutrófilos 64%, linfócitos 15%, monócitos 1% e eosinófilos 20%)

Plaquetas: 200.000/mm³

VHS: 70 mm/1ª hora

Creatinina: 0,9 mg/dL

Sedimento urinário: normal

FAN: não reagente

Três parasitológicos de fezes negativos

Assinale o exame com maior probabilidade de contribuir para o diagnóstico.

- (A) ANCA.
- (B) Lavado broncoalveolar.
- (C) Anti-DNA nativo.
- (D) Líquido cefalorraquidiano.

41

Homem de 41 anos apresenta pneumonias de repetição desde a infância. Tem crises frequentes de febre baixa e persistente, tosse contínua e coriza. No último ano, apresentou dois episódios de broncopneumonia e sinusites recorrentes. Em todos os episódios necessitou de tratamento com antibióticos e atualmente encontra-se sob antibioticoterapia profilática. Nega diarreia, abscessos cutâneos ou outras infecções. Nega quadro semelhante na família. Esquema vacinal completo sem complicações. É casado pela segunda vez e tem dois filhos adotivos, não tendo filhos biológicos. Assinale a hipótese diagnóstica mais provável.

- (A) Discinesia ciliar.
- (B) Deficiência seletiva de IgA.
- (C) Hipogamaglobulinemia.
- (D) Deficiência específica de anticorpos.

42

Homem de 60 anos, renal crônico não dialítico, foi submetido à artroplastia total de quadril tendo feito pós-operatório na UTI onde foi submetido a sondagem vesical de demora. Teve alta no 5º dia pós-operatório. No 12º dia pós-operatório começou a apresentar dor lombar, febre e disúria. Exames: Urina I com > 1.000.000 leucócitos e hemograma com 14.600/mm³ leucócitos (85% neutrófilos). Urocultura > 1.000.000 UFC/mL de *Pseudomonas aeruginosa* com o perfil de sensibilidade e concentrações inibitórias mínimas (CIM) apresentado na tabela a seguir:

| Antimicrobiano | CIM (µg/mL) | Interpretação | Pontos de corte (µg/mL) | | |
|-------------------------|-------------|---------------|-------------------------|-----------|-------|
| | | | S | I | R |
| Amicacina | 4 | Sensível | ≤ 16 | | >16 |
| Aztreonam | 4 | Intermediário | ≤ 0,001 | 0,002-16 | >16 |
| Cefepima | 4 | Intermediário | ≤ 0,001 | 0,002-16 | >16 |
| Ceftazidima | 2 | Intermediário | 0,001 | 0,002-8 | >8 |
| Ceftazidima/avibactam | 2 | Sensível | 8 | | >8 |
| Ceftolozone/tazobactam | 1 | Sensível | 4 | | >4 |
| Ciprofloxacina | 0,5 | Intermediário | 0,001 | 0,002-0,5 | >0,05 |
| Imipenem | 0,5 | Sensível | 2 | 4-8 | >8 |
| Meropenem | 8 | Resistente | 0,001 | 0,002-4 | >4 |
| Piparacilina/tazobactam | 8 | Intermediário | 0,001 | 0,002-16 | >16 |

Legenda: S = sensível; I = intermediário; R = resistente.

Assinale o esquema antibiótico mais adequado.

- (A) Amicacina.
- (B) Ceftazidima/avibactam.
- (C) Ceftolozone/tazobactam.
- (D) Ciprofloxacina em doses máximas.

43

Mulher de 26 anos apresenta há três anos lesões eritematosas, elevadas e pruriginosas, três vezes por semana, com duração de um dia, com evolução para máculas hipercrômicas no dia seguinte. Há seis meses, teve piora dos sintomas com lesões diárias, menos pruriginosas e com maior sensação de ardência no local, sem melhora com anti-histamínicos uma vez/dia. Exame clínico: sem alterações. Pele: placas eritematosas elevadas em tronco e poucas lesões hipercrômicas em membros inferiores. Edema em lábio inferior. Apresenta hemograma normal, PCR 25 mg/mL e TSH elevado. Aguarda a pesquisa de autoanticorpos anti-TPO. Assinale o provável diagnóstico e a próxima conduta mais adequada.

- (A) Urticária crônica espontânea e introduzir levotiroxina.
- (B) Urticária vasculite e solicitar ANCA para confirmar o diagnóstico.
- (C) Urticária vasculite e solicitar biópsia cutânea para confirmar o diagnóstico.
- (D) Urticária crônica espontânea e aumentar anti-histamínico.

44

Homem de 40 anos vem com história de febre há dois meses. Nega alterações intestinais, respiratórias ou urinárias. Nega emagrecimento. A febre começou após receber alta de uma internação de um dia, por acidente de carro, com trauma crânio encefálico, sem perda de consciência. Na ocasião começou a tomar fenitoína e amitriptilina. Traz exames feitos há um mês: hemoglobina 13 g/dL, leucócitos 8.000/mm³, plaquetas 250.000/mm³, PCR 12 mg/L, aminotransferases normais. Tomografia de tórax e abdome normais, ecocardiograma normal. Nega quadros semelhantes no passado. Assinale a próxima conduta mais adequada no manejo do paciente.

- (A) Analisar o líquido cefalorraquidiano.
- (B) Solicitar PET-CT de corpo inteiro.
- (C) Introduzir colchicina.
- (D) Suspender as medicações.

45

Homem de 42 anos, em consulta há um ano após tratamento de sífilis secundária com penicilina benzatina. O título inicial do VDRL era de 1/16. Sorologia para HIV negativa. Após seis meses de tratamento houve queda para 1/2. O paciente está assintomático, porém com VDRL 1/8. Exame clínico sem alterações. Optado por coleta de líquido, com o seguinte resultado: 3 células, 0 hemácias, proteína 65 mg/dL, glicose 80 mg/dL, VDRL negativo.

Assinale a conduta mais adequada.

- (A) Tratar com penicilina cristalina.
- (B) Tratar com penicilina benzatina.
- (C) Coletar novo VDRL sérico em 3 meses.
- (D) Coletar FTA-ABS sérico agora.

46

Homem de 45 anos, procedente da Bahia, queixa-se de febre há aproximadamente dois meses, acompanhada de astenia e anorexia. Há um ano um parasitológico de fezes foi positivo para *Schistosoma mansoni*, mas sem tratamento. Ao exame clínico apresentou-se acianótico, anictérico, febril, descorado +/4+, hidratado, fígado a 3 cm do rebordo costal direito, baço a 10 cm do rebordo costal esquerdo, ascite +, circulação colateral +, edema +/4+ de membros inferiores. Assinale a fisiopatologia da mais provável da febre.

- (A) Progressão da doença.
- (B) Reinfestação há 2 meses.
- (C) Trombose de veia porta.
- (D) Infecção do parasito por bactéria.

47

Homem de 42 anos com antecedente de hipertensão arterial sistêmica, diabetes melito e insuficiência renal crônica dialítica há quatro anos. Realizou transplante renal há três meses (doador falecido). Atualmente está em uso de tacrolimus, micofenolato de mofetila e prednisona. Na avaliação pré-transplante, não realizou PPD por indisponibilidade do teste. Radiografia de tórax sem anormalidades. Nega contato prévio com paciente bacilífero. Retorna assintomático para consulta ambulatorial. Realizou teste IGRA (*Interferon Gamma Release Assay-Quantiferon*) com resultado reagente. Assinale a conduta mais adequada.

- (A) Isoniazida + pirazinamida + etambutol + levofloxacina por nove meses.
- (B) Rifampicina + isoniazida + pirazinamida + etambutol por nove meses.
- (C) Rifapentina + isoniazida por 12 semanas.
- (D) Rifampicina por 12 semanas.

48

Homem de 73 anos, hipertenso e diabético não insulino-dependente, chega para atualizar esquema vacinal. Tem filipetas comprovantes de vacina Influenza em anos anteriores e comprovantes de três doses de vacina covid-19, sendo a última há oito meses. Não se recorda de ter tomado outras vacinas. Assinale as vacinas disponíveis no SUS indicadas para esse paciente.

- (A) Dose de reforço de difteria/tétano (dT); influenza; pneumocócica; covid-19 bivalente.
- (B) Dose de reforço de difteria/tétano (dT); três doses de hepatite B; influenza; covid-19 monovalente.
- (C) Três doses de difteria/tétano (dT); três doses de hepatite B, pneumocócica; influenza; covid-19 bivalente.
- (D) Três doses de difteria/tétano (dT); influenza, pneumocócica, covid-19 monovalente.

49

Homem de 68 anos apresenta queixa de edema de membros inferiores (MMII) há 1 ano. Tem história de espondilite anquilosante e uveíte, com mau controle com anti-inflamatório não-hormonal. Ao exame clínico apresentou PA 140x90 mmHg, redução da mobilidade da coluna torácica e lombar. Edema de MMII ++/4+.

- Exames laboratoriais:
 - Albumina: 2,7 g/dL
 - Creatinina: 1,9 mg/dL
 - Urina I: proteinúria +++, sem leucócitos ou hemácias
 - Proteína C reativa: 10 mg/dL
 - Proteinúria/Creatininúria: 4.500 mg/g

Assinale a hipótese diagnóstica mais provável.

- (A) Amiloidose renal.
- (B) Doença renal intersticial.
- (C) Glomerulopatia por imunocomplexos.
- (D) Nefropatia por analgésico.

50

Dado o seguinte resultado de exame de urina tipo I:
 pH: 5,5.
 Densidade: 1,005.
 Proteína: Ausente.
 Corpos cetônicos: Ausentes.
 Hemoglobina: Presente (+++).
 Glicose: Ausente.
 Leucócitos: 2 por campo.
 Hemácias: 2 por campo.

Assinale o diagnóstico mais provável.

- (A) Rabdomiólise.
- (B) Anemia falciforme.
- (C) Nefropatia por IgA.
- (D) Trauma renal.

51

Homem de 72 anos, hipertenso, diabético, com doença renal crônica dialítica. Está em seguimento regular recente, com diagnóstico de hiperparatireoidismo. Não apresenta queixas na consulta. Exame clínico normal. Faz uso de sevelamer, atorvastatina, enalapril, insulina NPH, eritropoetina e colecalciferol.

• Exames laboratoriais:

Hemoglobina: 10,5 g/dL

Leucócitos: 4.500/mm³

Plaquetas: 180.000/mm³

K⁺: 4,8 mEq/L

Bicarbonato: 25 mEq/L

Fósforo: 5,3 mg/dL

Cálcio total: 8,0 mg/dL

Albumina: 3,8 g/dL

Vitamina D: 32 mg/dL

O valor de PTH ainda está acima do desejado.

Assinale o ajuste terapêutico a ser feito.

(A) Iniciar calcitriol.

(B) Iniciar cinacalcete.

(C) Aumentar dose de sevelamer.

(D) Aumentar dose de colecalciferol.

52

Homem de 52 anos procura atendimento por astenia, dor no corpo e febre baixa há cinco dias. Além disso, queixa-se de urina escura, sem alteração das fezes. Tem antecedentes de hipertensão arterial, diabetes, dislipidemia, osteoartrite de mãos. É etilista. Medicações em uso: hidroclorotiazida, enalapril, ciprofibrato, metformina, gliclazida, atorvastatina e paracetamol eventual, para dor. Ao exame clínico apresentou PA 140x90 mmHg, dor à palpação de musculatura. Abdome flácido, indolor. Ausculta pulmonar e cardíaca normais.

| Exames Laboratoriais | Urina Tipo I |
|------------------------------------|----------------------|
| Creatinina: 2,8 mg/dL | Hemoglobina: +++/4+ |
| Ureia: 60 mg/dL | Leucócitos: 5.000/mL |
| K ⁺ : 5,9 mEq/L | Hemácias: 1.000/mL |
| Na ⁺ : 137 mEq/L | |
| TGO/AST: 1.500 U/L | |
| TGP/ALT: 600 U/L | |
| DHL: 700 U/L | |
| Hb: 13,5 g/dL | |
| Leucócitos: 6.000/mm ³ | |
| Plaquetas: 180.000/mm ³ | |
| Bilirrubinas totais: 1,1 mg/dL | |
| INR: 1,1 | |

Assinale a conduta terapêutica mais adequada.

(A) N-acetilcisteína.

(B) Soro fisiológico.

(C) Ceftriaxona.

(D) Prednisolona.

53

Mulher de 20 anos apresenta, há uma semana, edema de membros inferiores, ganho de 6 kg, urina escura e hipertensão arterial. Ao exame clínico, apresentou PA 160x110 mmHg e úlcera infectada no maléolo externo D, que a paciente diz ter adquirido após trauma há 1 mês.

| Exames Laboratoriais | Urina Tipo I |
|---------------------------|-------------------------|
| Creatinina: 2,2 mg/dL | pH 5,0 |
| Ureia: 105 mg/dL | Densidade 1,020 |
| Albumina sérica: 3,8 g/dL | Proteína > 1,0 g/L |
| Hb glicada: 6,7% | Leucócitos 10/campo |
| C3 baixo | Eritrócitos > 100/campo |
| C4 normal | |

Assinale a causa da provável doença da paciente.

(A) Trombos em microcirculação.

(B) Auto-imunidade ANCA.

(C) Depósito de imunocomplexos.

(D) Reação inflamatória sistêmica.

54

Mulher de 60 anos, com quadro de hipertensão arterial há sete anos, apresenta quadro de vômitos e confusão mental há dois dias. Exames laboratoriais: hemoglobina 8,0 g/dL; ureia 250 mg/dL; creatinina 11 mg/dL; cálcio 12 mg/dL. Assinale o que é mais provável encontrar na investigação da etiologia dessa insuficiência renal.

(A) Fundo de olho com fios de prata.

(B) Hemoglobina glicada elevada.

(C) Cistos renais bilaterais.

(D) Paratormônio elevado.

55

Homem de 70 anos, previamente hipertenso, diabético e tabagista, procura o pronto-socorro com queixa de tontura contínua e náuseas há 6 horas. Exame clínico geral normal. Exame neurológico sem déficits motores ou sensitivos. Sem dismetria, Romberg negativo. Manobras HINTS: nistagmo presente quando olha para a direita; reflexo vestibulo-ocular normal; sem desvio vertical no teste de *skew deviation*. Assinale a região anatômica mais provavelmente acometida.

(A) Nervo periférico.

(B) Tronco encefálico.

(C) Canais semicirculares.

(D) Córtex cerebelar.

56

Mulher de 70 anos é submetida à ressecção transuretral de bexiga para tratamento de neoplasia urotelial sob anestesia geral balanceada e peridural. Durante o procedimento, ocorre perfuração da bexiga, com prolongamento do tempo cirúrgico. No intra-operatório não apresentou instabilidade hemodinâmica. Tem antecedentes de depressão e hipertensão arterial sistêmica. Faz uso de escitalopram, hidroclorotiazida e enalapril. Na chegada à UTI, queixa-se de cefaleia.

• Exames laboratoriais:

Hemoglobina: 12,5 g/dL

Leucócitos: 13.500/mm³

Plaquetas: 250.000/mm³

Creatinina: 0,7 mg/dL

Ureia: 25 mg/dL

Na⁺: 125 mEq/L

K⁺: 3,8 mEq/L

Assinale a hipótese diagnóstica mais provável.

- (A) Intoxicação hídrica.
- (B) Secreção inapropriada de ADH (SIAD).
- (C) Síndrome cerebral perdedora de sal.
- (D) Efeito colateral de medicação

57

Mulher de 30 anos é acompanhada devido a síndrome nefrótica. Está sendo tratada com prednisona há sete meses. Há três dias queixa-se de dor lombar intensa, sem febre. A evolução dos exames é mostrada a seguir:

| Exame | No diagnóstico | Após 06 meses de corticoide | Hoje |
|--|----------------|-----------------------------|------|
| Proteinúria/ Creatininúria (g/g) | 5,0 | 0,5 | 2,5 |
| Creatinina sérica (mg/dL) | 0,8 | 0,8 | 2,8 |
| Albumina sérica (g/dL) | 2,5 | 3,5 | 3,5 |

Assinale a conduta mais adequada.

- (A) Introduzir micofenolato mofetila.
- (B) Iniciar pulsoterapia de corticoide.
- (C) Solicitar ultrassonografia doppler de veias renais.
- (D) Solicitar biópsia renal.

58

Mulher de 72 anos, advogada, sem antecedentes mórbidos, apresenta queixa de “esquecimentos” há dois anos. Refere que necessita fazer mais anotações que o comum para se lembrar de compromissos e tem a impressão de ter se tornado mais repetitiva. Nega declínio de funcionalidade.

Exerce seu ofício como advogada sem dificuldades e mantém-se independente para todas atividades instrumentais de vida diária. Mini exame do estado mental: 29/30 pontos (errou apenas o dia do mês). Pela persistência da queixa, foi realizada avaliação neuropsicológica, que evidenciou comprometimento de memória episódica e demais funções cognitivas com desempenho adequado. Assinale a hipótese diagnóstica mais provável.

- (A) Distúrbio cognitivo leve.
- (B) Doença de Alzheimer leve.
- (C) Pseudodemência.
- (D) Risco aumentado de demência.

59

Mulher de 25 anos queixa-se com queixa de cefaleia há dois meses, holocraniana, em aperto, com piora ao deitar, associada à zumbido pulsátil e episódios de obscurecimento visual transitórios. Refere melhora ao assumir ortostase. Há duas semanas, notou redução de acuidade visual em ambos os olhos, com piora progressiva desde então. Exame clínico: IMC: 41 kg/m², sem outras alterações.

- Exame neurológico: acuidade visual 20/200 em tabela de Snellen, constrição de campo periférico em campimetria de confrontação e edema de papila em ambos os olhos.
- Ressonância magnética de encéfalo: tortuosidade em ambos os nervos ópticos.
- Angioressonância arterial e venosa intracraniana: estenose em seios transversos.

O tratamento mais adequado para a hipótese diagnóstica mais provável é:

- (A) Anticoagulação.
- (B) Dexametasona.
- (C) Clorpromazina.
- (D) Derivação ventrículo-peritoneal.

60

Mulher de 45 anos apresenta história de cefaleia diária há três meses, de início súbito e sem desencadeantes. Acorda sem dor, que aparece 20 minutos após se levantar. A dor inicia no topo da cabeça e se espalha, durando todo o dia. Exame clínico normal. A ressonância cerebral mostrou um deslocamento inferior de 2,5 mm da tonsila cerebelar e espessamento dural difuso e liso. Coluna cervical, torácica e lombar normais. Assinale o tratamento mais adequado.

- (A) Descompressão suboccipital.
- (B) Patch sanguíneo epidural.
- (C) Acetazolamida.
- (D) Corticoide.

61

Homem de 50 anos vem com história há três semanas de cefaleia nova, holocraniana, diária, associada à febre de 38,0 °C. Há duas semanas, iniciou quadro de diplopia binocular. Há sete dias, notou-se desvio de rima para a direita. Há dois dias, ficou confuso e sonolento. Exame neurológico: sonolento, com abertura ocular aos estímulos dolorosos. Discreta rigidez de nuca, restrição de elevação, depressão e adução em olho direito e paralisia facial de padrão periférico à esquerda. Glicemia capilar 80 mg/dL. É mais provável que a análise do líquido cefalorraquidiano apresente:

| | Celularidade (/mm ³) | Diferencial | Proteínas (mg/dL) | Glicose (mg/dL) | Lactato (mg/dL) |
|-----|----------------------------------|--|-------------------|-----------------|-----------------|
| (A) | 90 | 5% neutrófilos, 82% linfócitos, 13% monócitos | 56 | 72 | 21 |
| (B) | 150 | 78% neutrófilos, 12% linfócitos, 10% monócitos | 102 | 80 | 22 |
| (C) | 450 | 52% neutrófilos, 40% linfócitos, 8% monócitos | 560 | 40 | 31 |
| (D) | 1070 | 80% neutrófilos, 15% linfócitos, 5% monócitos | 98 | 25 | 51 |

62

Homem de 45 anos com antecedente de miastenia gravis, em uso irregular de medicações, apresenta fraqueza generalizada, disartria e disfagia há três dias. Exame neurológico: tetraparesia com força grau III proximal e grau IV distal nos quatro membros, força grau II em musculatura cervical e disartria. Ao beber água, apresenta engasgo e tosse. Manovacuometria: pressão inspiratória máxima de 25 cmH₂O e pressão expiratória máxima 20 cmH₂O. Assinale a conduta mais adequada.

- (A) Imunoglobulina humana endovenosa.
- (B) Pulsoterapia com metilprednisolona.
- (C) Piridostigmina por sonda nasointestinal.
- (D) Ambemônio por sonda nasointestinal.

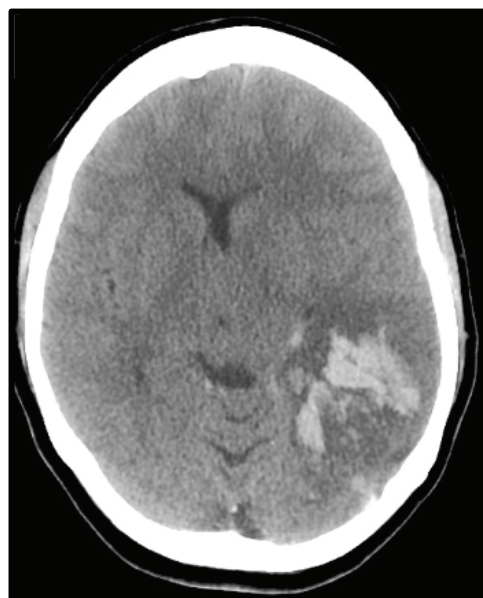
63

Homem de 67 anos é acompanhado por doença de Parkinson há 12 anos. A esposa refere que o paciente está realizando gastos excessivos, com compras desnecessárias e apostas em casas de jogos. Tem ingerido maior quantidade de alimentos, preferencialmente doces, e houve aumento importante da atividade sexual. Está em uso, atualmente, de levodopa/benserazida 200/50 mg, cinco vezes ao dia; pramipexol 1 mg, três vezes ao dia; amantadina 100 mg, três vezes ao dia; e rasagilina 1 mg, uma vez ao dia. Assinale o medicamento mais provavelmente relacionado à queixa.

- (A) Levodopa.
- (B) Amantadina.
- (C) Pramipexol.
- (D) Rasagilina.

64

Mulher de 22 anos vem com queixa de cefaleia nova há cinco dias, contínua, evoluindo há três dias com dificuldade para se comunicar e para movimentar dimídio direito. Exame neurológico: afasia global, hemiparesia direita completa. Angiotomografia venosa de crânio: falha de enchimento em seio transversal esquerdo. A tomografia de crânio sem contraste é mostrada na imagem a seguir.



Assinale a conduta terapêutica inicial mais adequada.

- (A) Anticoagulação imediata.
- (B) Reavaliar anticoagulação após 48 horas.
- (C) Trombectomia mecânica de seio transversal esquerdo.
- (D) Fibrinólise *in situ* em seio transversal esquerdo.

65

Mulher de 40 anos, sem comorbidades prévias, procura o pronto-socorro por queixa de diplopia horizontal, binocular, ao olhar para a esquerda, há sete dias. Exame neurológico: durante o olhar horizontal para a esquerda, há ausência de adução do olho direito e, simultaneamente, nistagmo em abdução do olho esquerdo. Restante do exame de motricidade ocular extrínseca sem alterações, incluindo a avaliação da vergência. Avaliação das pupilas e restante do exame neurológico sem alterações. Assinale a topografia mais provável da lesão.

- (A) Fascículo longitudinal medial direito.
- (B) Fascículo longitudinal medial esquerdo.
- (C) Formação reticular paramediana pontina esquerda.
- (D) Formação reticular paramediana pontina direita.

66

Dadas as seguintes condições clínicas, com o respectivo tempo de tratamento com antimicrobianos

- I. Pneumonia adquirida na comunidade, 3 a 5 dias.
- II. Exacerbação aguda de sinusite, 5 dias.
- III. Pneumonia associada à ventilação mecânica, 8 dias.
- IV. Infecção abdominal complicada, 4 a 8 dias.
- V. Artrite séptica, 42 dias.

E considerando evolução favorável com melhora clínica dentro do esperado, a(s) alternativa(s) correta(s) é(ão):

- (A) I e III somente.
- (B) I, II e IV somente.
- (C) II, III e V somente.
- (D) I, II, III, IV e V.

67

Homem de 80 anos apresenta dor lombar progressiva, mesmo deitado, e fraqueza nas pernas há uma semana. A radiografia da coluna mostra lesão em L1. Toque retal: nódulo prostático endurecido. Exame neurológico: caminha com auxílio de bengala, com diminuição de força (grau 3) em membro inferior direito. Foi medicado com opioides com melhora parcial da dor. PSA sérico 100 ng/dL. A biópsia de próstata mostrou adenocarcinoma de próstata grau histológico 7 de Gleason. A conduta mais adequada no momento é:

- (A) Corticoide sistêmico e radioterapia em coluna.
- (B) Biópsia de L1 para elucidação diagnóstica.
- (C) Quimioterapia sistêmica.
- (D) Hormonioterapia.

68

Mulher de 60 anos, com queixa de astenia e dispneia aos esforços, teve confirmado o diagnóstico de câncer de mama, com metástases ósseas disseminadas. É viúva, mora sozinha e não quis se mudar para a casa da filha durante o tratamento. Faz as compras do dia a dia em um mercado ao lado de casa, mas precisa de ajuda para trazê-las. Embora precise sentar ou deitar-se durante alguns minutos, várias vezes ao dia, para descansar, consegue cuidar da casa e faz sua própria comida. Gosta de ler e assistir TV e usa a internet para pagar contas e conversar com os amigos. O escore ECOG - *Eastern Cooperative Oncology Group Performance Status* desta paciente é:

- (A) 2.
- (B) 3.
- (C) 4.
- (D) 5.

69

Homem de 58 anos passa em consulta para avaliação de resultado de exames de rotina. Está assintomático e tem hábitos de vida saudáveis. Não faz uso de nenhuma medicação. Dentre os exames, uma ultrassonografia de abdome total identificou uma lesão sólida em rim esquerdo, de 0,9 cm. Realizada tomografia renal dedicada que confirmou a lesão e não identificou componente de tecido adiposo. Assinale a conduta mais adequada no manejo do cuidado desse paciente.

- (A) Tomografia por emissão de pósitrons.
- (B) Acompanhamento periódico.
- (C) Ressecção cirúrgica.
- (D) Biópsia da lesão.

70

Mulher de 50 anos está em acompanhamento de câncer de mama avançado. Nos últimos três dias, desenvolveu quadro de poliúria, polidipsia, constipação, dor abdominal, vômitos e confusão mental. Provavelmente tais manifestações relacionam-se (diretamente ou indiretamente) a:

- (A) Diabetes secundária à quimioterapia.
- (B) Metástase em ossos.
- (C) Metástase em sistema nervoso central.
- (D) Toxicidade da quimioterapia.

71

Mulher de 60 anos fez radiografia de tórax devido à coriza e tosse, com expectoração clara, há três dias. É tabagista de 60 anos-maço e relata emagrecimento de 10% do peso nos últimos meses. Há dois anos, fez colonoscopia que mostrou pólipos hiperplásicos. Ao exame clínico, apresentou ausência de adenomegalia, palpação de mamas e tireoide e exame detalhado de pele, músculo e ossos normais. A imagem da radiografia de tórax é mostrada a seguir:



Assinale o exame com maior probabilidade de indicar o diagnóstico.

- (A) Colonoscopia.
- (B) Endoscopia digestiva alta.
- (C) Tomografia de rins.
- (D) Tomografia de tórax.

72

Mulher de 50 anos, com diagnóstico de neoplasia de pâncreas localmente avançada, irressuscitável, em tratamento paliativo com FOLFIRINOX (ácido folínico, 5-FU, irinotecano e oxaliplatina), procura o serviço de emergência pela terceira vez nas últimas duas semanas por dor não controlada. As tomografias mostram doença estável. Já fez uso de morfina, oxicodona e metadona. Atualmente está em uso de fentanil transdérmico 200 µg/h e mantém boa funcionalidade. Assinale a estratégia mais adequada para controle da dor.

- (A) Morfina em bomba de infusão.
- (B) Associar metadona e duloxetina.
- (C) Dobrar a dose de fentanil.
- (D) Bloqueio de nervo.

73

Mulher de 36 anos com rhabdomyosarcoma embrionário de membro inferior direito, metastático para pulmão, fígado e ossos, procura atendimento de emergência por dispneia progressiva há duas semanas e sonolência há duas horas. Já recebeu múltiplos tratamentos sem resposta. Há dois meses encontra-se sem tratamento por opção própria. Exame clínico: sonolenta, FR: 37 ipm; FC: 122 bpm; Sat. O₂ 78%; PA: 80x60 mmHg e com respiração ruidosa. O marido quer que seja “tentado de tudo”. Assinale a próxima conduta mais adequada.

- (A) Intubação e antibiótico de amplo espectro.
- (B) Oxigenoterapia e antibiótico de amplo espectro.
- (C) Morfina e oxigenoterapia.
- (D) Intubação e morfina.

74

Homem de 60 anos com queixa de dor ventilatório-dependente em hemitórax esquerdo há uma semana. Nega febre ou sintomas respiratórios no período. É portador de insuficiência cardíaca e está em uso de enalapril 10 mg/dia, carvedilol 12,5 mg/dia e espironolactona 50 mg/dia. Ao exame clínico, apresentou: PA: 100x70 mmHg, FC: 56 bpm. Pulmões: crepitação fina em ambas as bases; sinal de Signorelli presente e submacicez em 1/3 inferior do pulmão esquerdo. Uma radiografia de tórax mostra aumento de área cardíaca e derrame pleural à esquerda. Assinale a conduta mais adequada no momento.

- (A) Citologia oncológica e ADA em líquido pleural.
- (B) Furosemida em dose progressiva.
- (C) Elevação progressiva de enalapril e carvedilol.
- (D) Tomografia computadorizada de tórax.

75

Homem de 60 anos com diagnóstico de DPOC há sete anos, em tratamento regular com beta-2 agonista de longa duração inalatório. Apresenta dispneia aos pequenos esforços desde o diagnóstico e duas exacerbações no último ano. Tem VEF₁ pós-brcodilatador de 48% do previsto, SpO₂ de 88% em ar ambiente e eosinófilos periféricos de 310 cel/mm³. A conduta mais adequada é acrescentar:

- (A) Corticoide inalatório somente.
- (B) Anticolinérgico de longa ação mais corticoide inalatório.
- (C) Anticolinérgico inalatório de ação prolongada somente.
- (D) Anticolinérgico inalatório de ação prolongada e inibidor de fosfodiesterase 4.

76

Mulher de 63 anos, portadora de DPOC grave, tem espirometria com VEF₁ de 30%. No último ano, foi diversas vezes ao pronto-socorro por piora da tosse e da dispneia, com secreção purulenta. Vem em retorno, sem dispneia e sem tosse. Em uso de tiotrópio, formoterol/busedonida e albuterol há dois anos. Exame clínico: SpO₂ 90%, com 2 L de O₂/min. Baqueteamento digital e redução global dos murmúrios vesiculares, com roncos difusos. Assinale o tratamento com maior probabilidade de diminuir as exacerbações.

- (A) Corticoide oral em dose baixa.
- (B) Macrolídeo contínuo.
- (C) Aumento do oxigênio.
- (D) *Montelukast*.

77

Mulher de 23 anos apresenta história de tosse crônica. Teve bronquite na infância e, desde então, apresenta tosse diária com secreção amarelada. Refere congestão nasal e diarreia crônica. Em uso de albuterol e corticoide inalatório. Exame clínico: SpO₂ 96%. IMC 18 kg/m². Crepitação difusa. Exames laboratoriais: Hemograma normal e níveis de imunoglobulinas normais. Tomografia de tórax com bronquiectasias em lobos superiores preenchidas com secreção. Espirometria com VEF₁ 68%. Assinale o diagnóstico mais provável.

- (A) Fibrose cística.
- (B) Deficiência de alfa-1 antitripsina.
- (C) Imunodeficiência comum variável.
- (D) Aspergilose broncopulmonar alérgica.

78

Homem de 15 anos refere dispneia aos esforços acompanhada de tosse há cerca de dois meses, época em que se mudou para São Paulo, vindo do interior. Nega febre ou emagrecimento. Exame clínico normal. Radiografia de tórax, endoscopia digestiva alta e espirometria normais. Assinale o exame que mais provavelmente dará o diagnóstico.

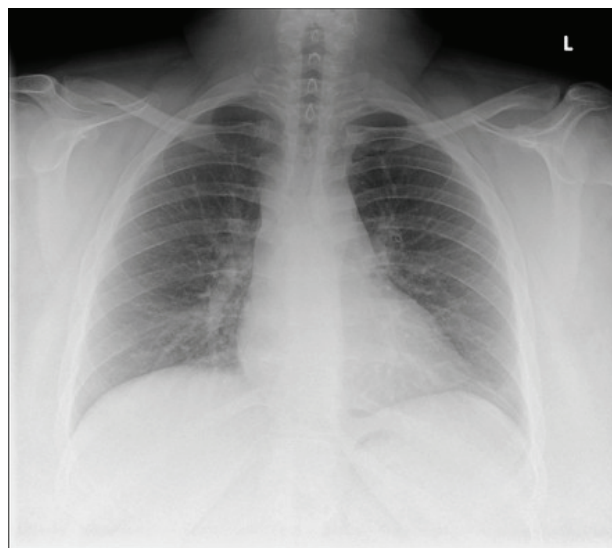
- (A) Tomografia de tórax.
- (B) Ecocardiograma.
- (C) Espirometria com broncoprovocação.
- (D) pH-metria esofágica de 24 horas.

79

Mulher de 60 anos, hipertensa, queixa-se de dispneia há 10 meses. Nega tosse, sibilos ou febre. Está em uso de losartana. Exame Clínico: IMC: 41 kg/m²; PA: 140x90 mmHg; FC: 82 bpm; FR: 20 ipm; temperatura 36,6 °C; SpO₂ 82% em ar ambiente. Ausculta pulmonar com murmúrios diminuídos, porém sem ruídos adventícios. Boa perfusão periférica, ausculta cardíaca com hiperfonese de B₂. Abdome globoso, flácido, indolor à palpação. Membros inferiores com edema ++/4+.

- Exames laboratoriais:
Hemoglobina: 17,5 g/dL
Leucócitos: 5.200/mm³
Plaquetas: 180.000/mm³
Na⁺: 142 mEq/L
K⁺: 3,8 mEq/L
pH: 7,27
HCO₃⁻: 38 mEq/L
pCO₂: 57 mmHg
pO₂: 54 mmHg

A radiografia de tórax é mostrada a seguir:



Assinale a opção terapêutica mais adequada.

- (A) CPAP noturno.
- (B) Oxigenoterapia.
- (C) Furosemida.
- (D) Anlodipino.

80

Homem de 60 anos em acompanhamento por cirrose hepática após hepatite C apresenta queixa de dispneia progressiva a esforços há três meses. Tem passado de sangramento por varizes esofágicas. Está em uso de propranolol, furosemida e espironolactona. Exame clínico: PA: 100x60 mmHg, FC: 60 bpm, descorado +/4+, icterico +/4+, eupneico em decúbito dorsal horizontal, SpO₂ 92%. Coração e pulmões normais. Abdome: baço a 2 cm do rebordo costal esquerdo, ascite moderada. Edema +/4+ em MMII. Ao levantar-se, o paciente refere dispneia e sua pressão mantém-se inalterada, porém sua saturação cai para 89%. Assinale o exame com maior probabilidade para diagnosticar essa dispneia.

- (A) Angiotomografia de tórax.
- (B) Tomografia de tórax com janela pulmonar.
- (C) Ecocardiograma com microbolhas.
- (D) Lavado broncoalveolar.

81

Homem de 50 anos vem com história de dispneia aos esforços há cerca de dois meses. Nega febre, ortopneia, edema de membros inferiores ou secreção pulmonar. Não fuma, não tem doenças conhecidas. Exame clínico normal. SpO₂ em repouso 94% e ao esforço 88%. Assinale o exame com maior probabilidade para dar o diagnóstico sintomático.

- (A) Ecocardiograma.
- (B) Tomografia de tórax.
- (C) Lavado broncoalveolar.
- (D) pH-metria esofágica de 24 horas.

82

Mulher de 54 anos, com achado assintomático de linfonomegalia cervical de 3 cm fibroelástico, indolor e móvel. Realizou investigação com tomografia de tórax, que mostrou linfonomegalias mediastinais, algumas com calcificações, e raros micronódulos centrolobulares de distribuição perilinfática em lobo superior direito. Lavado broncoalveolar com 45% de linfócitos. Biópsia transbrônquica do lobo superior direito: múltiplos granulomas hialinizados sem necrose. Fundo de olho, prova de função pulmonar normal, ultrassonografia de abdome, ecocardiograma, holter e exames laboratoriais sem alterações, incluindo cálcio sérico e calciúria de 24 horas. Assinale a conduta mais adequada para essa paciente.

- (A) Prednisona 40 mg/dia e budesonida inalatória.
- (B) Pulsoterapia com metilprednisolona 1 g via endovenosa.
- (C) Prednisona 40 mg/dia associada a metotrexato 7,5 mg/semana.
- (D) Repetir exames em 3-6 meses e monitorar sintomas.

83

Mulher de 48 anos, hipertensa e diabética, em uso de sulfametoxazol-trimetoprim e prednisona 20 mg ao dia por toxoplasmose ocular. Faz uso também de warfarina por fibrilação atrial, com CHA₂DS₂-VASc de 3. Será submetida à vitrectomia por descolamento de retina secundário à toxoplasmose. O ajuste de medicações deve ser:

- (A) Aumentar prednisona para 40 mg ao dia e suspender a warfarina.
- (B) Aumentar prednisona para 40 mg ao dia e fazer “ponte” com enoxaparina.
- (C) Manter prednisona 20 mg ao dia e suspender a warfarina.
- (D) Manter prednisona 20 mg ao dia e fazer “ponte” com enoxaparina.

84

Homem de 62 anos, com IMC de 45 kg/m², hipertenso, diabético e com clearance de creatinina de 37 mL/min. Foi submetido à colecistectomia há quatro dias, com programação de alta hoje. A estratégia de redução do risco de

tromboembolismo venoso escolhida foi o uso de enoxaparina 60 mg via SC duas vezes ao dia. Exame Clínico: sem alterações. Exames laboratoriais: hemoglobina 11 g/dL, leucócitos 4.500/mm³, plaquetas 180.000/mm³, creatinina 2 mg/dL, ureia 60 mg/dL, anti-Xa (coletado quatro horas após a quarta dose de enoxaparina) 0,8 UI/mL. Assinale a conduta mais adequada em relação à profilaxia de TEV.

- (A) Reduzir a dose de enoxaparina para 40 mg 12/12horas.
- (B) Manter a dose de enoxaparina em 60 mg 12/12horas.
- (C) Trocar a enoxaparina por heparina não-fracionada 5000 UI 12/12 horas.
- (D) Suspender a profilaxia farmacológica.

85

Homem de 65 anos, hipertenso, diabético, com doença arterial periférica. Será submetido à revascularização do membro inferior esquerdo e veio para avaliação pré-operatória. Medicações em uso: enalapril, atorvastatina e AAS. Queixa-se de dor retroesternal em aperto, que surge quando faz esforços moderados e melhora com repouso. A dor iniciou há um ano e não mudou desde então. Não tem dispneia. Ecocardiograma de seis meses atrás com fração de ejeção normal, disfunção diastólica grau 1 e contratilidade preservada em todas as paredes. Assinale a próxima conduta mais adequada.

- (A) Estratificação invasiva antes da cirurgia vascular.
- (B) Cintilografia miocárdica antes da cirurgia vascular.
- (C) Introduzir betabloqueador.
- (D) Associar clopidogrel.

86

Mulher de 68 anos, diabética, será submetida à colecistectomia videolaparoscópica no segundo horário da manhã, em uma semana. Não tem queixas na consulta e está em uso regular de insulina NPH 8 U de manhã e 6 U antes de dormir, empagliflozina 10 mg uma vez ao dia, metformina 500 mg de manhã e 500 mg no almoço. Assinale o planejamento mais adequado para as medicações.

| | Insulina NPH (UI pela manhã) | Metformina (Dose da manhã) | Empaglifozina |
|-----|------------------------------------|----------------------------------|---------------------------|
| (A) | 4 | Omitir | Suspender três dias antes |
| (B) | 4 | Omitir | Manter |
| (C) | 8 | Manter | Suspender três dias antes |
| (D) | 8 | Manter | Manter |

87

Mulher de 40 anos, assintomática, com antecedente familiar de câncer de cólon, o pai aos 65 anos e o avô aos 75 anos. Assinale a conduta mais adequada em relação ao rastreio de cólon para a paciente.

- (A) Sangue oculto nas fezes agora.
- (B) Colonoscopia agora.
- (C) Colonoscopia aos 45 anos.
- (D) Colonoscopia aos 55 anos.

88

Homem de 37 anos vem fazer uma avaliação da saúde. Mora com a esposa há dois anos. Não tem filhos. Tem boa alimentação, pratica atividades físicas três vezes/semana. Não usa drogas lícitas ou ilícitas. Não tem doenças conhecidas. Exame clínico normal. Foram solicitados Hb glicada, colesterol total e frações, sorologia para hepatites B, C, HIV e sífilis. Além destes, recomenda-se a realização de:

- (A) Sorologia para clamídia e gonorreia.
- (B) Avaliação cardiovascular com calculadora de risco.
- (C) Ultrassonografia de abdome total.
- (D) Nenhum exame adicional.

89

Mulher de 65 anos mora na Suíça e está preocupada porque não indicaram a realização de mamografia em exame de rotina. Não tem histórico familiar e sua última mamografia, realizada há três anos, mostrou BI-RADS 2. Seu índice de Suemoto (*ePrognosis*) é de 11%. Assinale a justificativa mais adequada para a conduta dos médicos suíços.

- (A) A disponibilidade universal de tratamentos eficazes torna o rastreamento questionável.
- (B) A próxima mamografia estará indicada após cinco anos da anterior normal.
- (C) Seu índice de Suemoto fala contra o rastreio de neoplasias que apareceriam após três anos.
- (D) A exposição a radiações torna duvidosa a indicação de mamografia após os 65 anos.

90

Mulher de 69 anos retorna para avaliação de densitometria, cujo *T-score* de colo do fêmur foi de -2.2. É tabagista de 20 anos-maço e faz uso frequente de corticoesteroide por crises de broncoespasmo. A mãe teve fratura de fêmur aos 65 anos. Exame clínico: altura 1,63 m, peso 98 kg, PA 140x90 mmHg, FC 72 bpm, restante sem alterações. Cálcio sérico 8,6 mg/dL, Vitamina D 18 ng/mL. Além de mudanças nos fatores de risco, o tratamento mais adequado para essa paciente deve incluir:

- (A) Cálcio, somente.
- (B) Cálcio e vitamina D, somente.
- (C) Cálcio, vitamina D e bifosfonato.
- (D) Cálcio, vitamina D e denosumabe.

91

Mulher de 30 anos vem para consulta de rotina. Durante a anamnese, conta que desconfia que seu marido, que está na sala de espera, tem problemas com álcool. Ele bebe em bar, com amigos e em casa, aos finais de semana, assistindo jogo de futebol e ficando muito irritado quando seu time perde. Já quebrou uma televisão. Assinale a conduta mais adequada.

- (A) Perguntar se sente medo, e se já foi humilhada, agredida ou estuprada por ele.
- (B) Sugerir que vá à Delegacia da Mulher para prevenir agressões.
- (C) Chamar o marido para investigar problemas de relacionamento conjugal.
- (D) Indicar psiquiatra para o marido para tratamento do alcoolismo.

92

Mulher de 36 anos vem com história de dispneia aos esforços há meses. Refere refluxo gastroesofágico e fenômeno de Raynaud. Nega tabagismo, tosse ou sibilância. Está em uso de pantoprazol e anlodipino. Exame clínico: SpO₂ em ar ambiente 91%. Telangiectasias em tronco e dedos afilados, sem cianose. Pulmões normais. Traz consigo prova de função pulmonar com alteração importante na difusão de CO₂ e tomografia de tórax sem lesão parenquimatosa. É mais provável encontrarmos ao exame físico:

- (A) Sopro sistólico em foco aórtico.
- (B) Atrito pericárdico.
- (C) B2 hiperfonética em foco pulmonar.
- (D) Presença de quarta bulha.

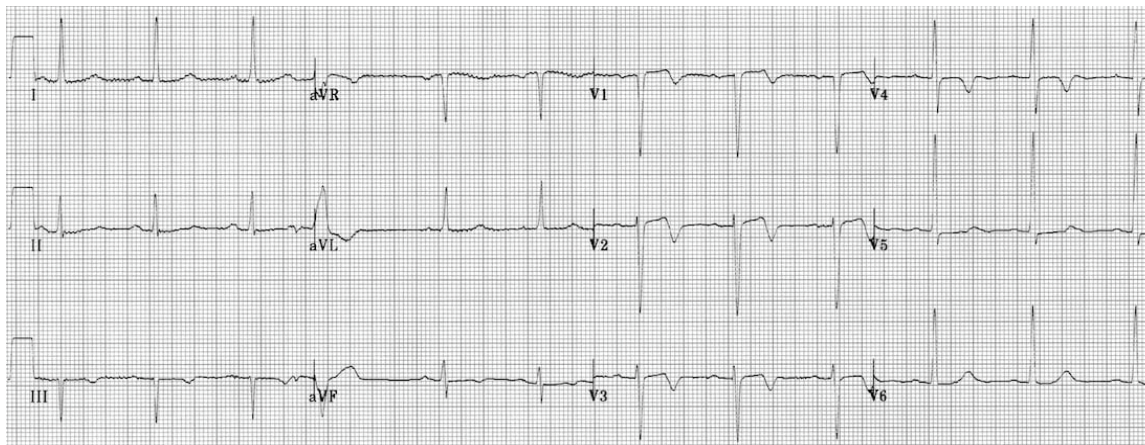
93

Em uma clínica cardiológica de grande movimento, os exames de um paciente não foram identificados. Eletrocardiograma: baixa voltagem em todas as derivações. Ecocardiograma: espessamento do septo interatrial, aumento da espessura das paredes ventriculares com cavidades normais e fração de ejeção preservada, textura granulosa e brilhante. O médico, muito preocupado, vai para a sala de espera, onde vários pacientes aguardam os exames. Não se sente à vontade para falar seu erro, então examina todos os pacientes. O paciente ao qual pertencem esses exames mais provavelmente apresentará:

- (A) Macroglossia.
- (B) Estase jugular fixa.
- (C) Telangiectasias.
- (D) Sibilos difusos.

94

Mulher de 69 anos, diabética, procurou o pronto-socorro com dor torácica há duas horas, após ter recebido notícia de morte da irmã. A dor durou 30 minutos, com localização retroesternal, em queimação, com irradiação para o dorso, associada à dispneia. No momento da avaliação, está sem dor. Ao exame clínico, apresentou estado geral regular, ausculta cardíaca com sopro sistólico em foco aórtico ++/6+, boa perfusão periférica, ausculta pulmonar normal. PA 160x100 mmHg no membro superior direito e 150x90 mmHg no membro superior esquerdo. FC: 68 bpm, FR: 22 ipm, SpO₂ 94% em ar ambiente. O eletrocardiograma é mostrado a seguir:



Com base nessas informações, assinale qual o próximo exame mais adequado.

- (A) Ecocardiograma.
- (B) Cineangiocoronariografia.
- (C) Angiotomografia de aorta.
- (D) Cintilografia V/Q.

95

Homem de 60 anos com queixa de aumento de volume abdominal há três meses. Nega emagrecimento, edema de membros inferiores (MMII), febre ou icterícia. Exame clínico com estado geral regular, descorado +/4+, anictérico, eupneico. PA 110x70 mmHg, FC 80 bpm. Cardiovascular normal. Abdome: ascite importante, sem visceromegalias. Membros: normais. A ascite foi puncionada e o gradiente soro-ascite de albumina (GASA) foi de 0,8 g/dL. O dado de anamnese mais provavelmente relacionado ao resultado do GASA é a ausência de:

- (A) Icterícia.
- (B) Visceromegalias.
- (C) Emagrecimento.
- (D) Edema de MMII.

96

Mulher de 22 anos vem com diagnóstico de cetoacidose diabética. Faz uso de insulina glargina 20 UI pela manhã, associado às doses prandiais de insulina ultrarrápida. Está sem aplicar as doses de insulina há 48 horas depois de episódio de gastroenterite. Iniciou o tratamento com hidratação, insulioterapia intravenosa (regular 0,1 U/kg/h) e reposição eletrolítica. A conduta mais adequada para facilitar a transição de insulioterapia intravenosa para subcutânea é administrar:

- (A) Insulina glargina basal da paciente no início do tratamento.
- (B) Insulina glargina basal da paciente ao corrigir a cetoacidose.
- (C) Insulina ultrarrápida subcutânea no início do tratamento.
- (D) Insulina ultrarrápida subcutânea ao longo do tratamento.

97

Homem de 40 anos, diabético e hipertenso, está na sala de emergência com cetoacidose diabética, com tratamento ainda não iniciado.

• Exames Laboratoriais:

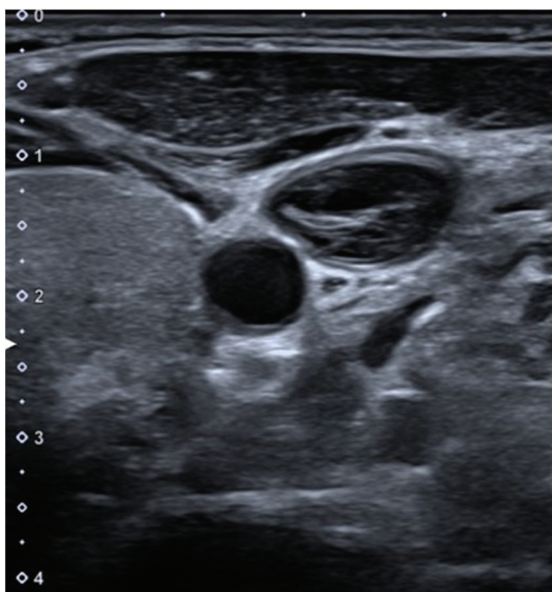
pH: 7,25
 HCO₃⁻: 17 mEq/L
 PvCO₂: 34 mmHg
 Glicose: 400 mg/dL
 Na⁺: 138 mEq/L
 K⁺: 4,0 mEq/L
 Cl⁻: 90 mEq/L
 Creatinina: 1,1 mg/dL
 Ureia: 90 mg/dL

Assinale o dado mais provável de ser encontrado na história.

- (A) Tabagismo.
- (B) Vômitos.
- (C) Oligúria.
- (D) Uso de AAS.

TEXTO PARA AS QUESTÕES 98 E 99

Homem de 23 anos queixa-se de odinofagia e febre há uma semana. Nos últimos dias, evoluiu com dor no pescoço ao engolir, piora da febre e tosse. Ao exame clínico apresentou regular estado geral, PA: 130x85 mmHg, FC: 110 bpm, temperatura 38,9 °C, SpO₂ 94% em ar ambiente, peso 60 kg. Oroscoopia: presença de exsudato branco-amarelado em faringe e tonsila direita. Pescoço com dor à palpação, sem rigidez de nuca. Exame neurológico normal. Ausculta pulmonar com discretos estertores à direita. O exame de ultrassom do pescoço, realizado à beira do leito (POCUS), é mostrado a seguir:



98

Assinale o diagnóstico mais provável.

- (A) Abscesso retrofaríngeo.
- (B) Trombose de veia jugular interna.
- (C) Aneurisma micótico de carótida.
- (D) Cisto branquial.

99

Assinale a próxima conduta mais adequada.

- (A) Ceftriaxona e clindamicina + tomografia de tórax.
- (B) Ceftriaxona e clindamicina + enoxaparina 60 mg 12/12 horas.
- (C) Amoxicilina + drenagem cirúrgica de abscesso.
- (D) Amoxicilina + angiogramografia do pescoço.

100

Mulher de 35 anos com antecedente de lúpus eritematoso sistêmico há 18 anos. Já apresentou atividade renal, articular, hematológica e serosites. Atualmente faz uso de hidroxiquina, micofenolato e prednisona, sem mudanças recentes das doses. Procura o pronto-socorro por disúria e polaciúria há cinco dias, que evoluíram com dor lombar e febre. Não teve vômitos ou diarreia (PA: 80x40 mmHg;

FC: 115 bpm; FR: 22 ipm; temperatura 38,1 °C). Ao longo das primeiras horas, apesar da administração de 1,5 litros de cristalóide e antibioticoterapia com ceftriaxona, a paciente permaneceu hipotensa. Foi iniciada noradrenalina, com aumento da dose ao longo de oito horas. No momento, está em 0,55 µg/kg/min. Foi realizado um ultrassom à beira do leito, e algumas imagens são mostradas a seguir:

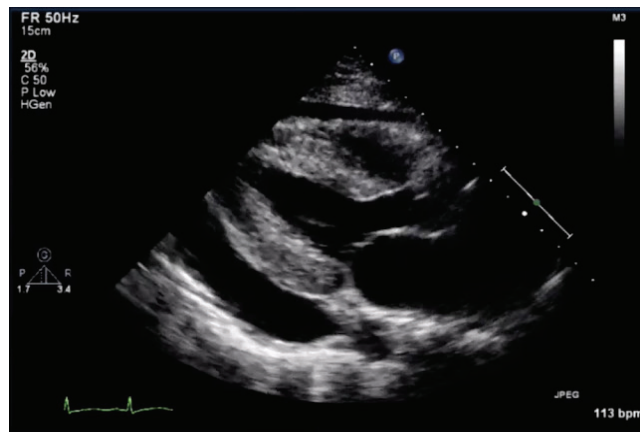


Imagem 1: Ecocardiograma

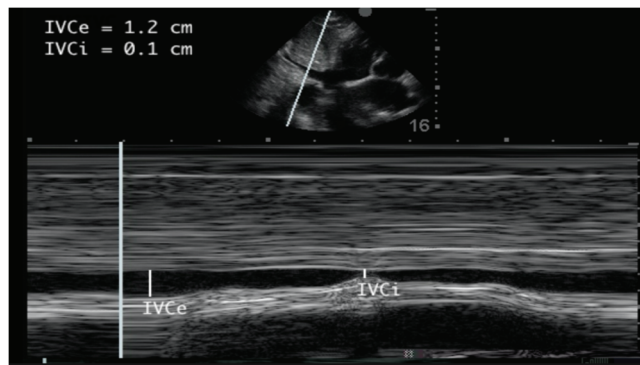


Imagem 2: Veia cava inferior

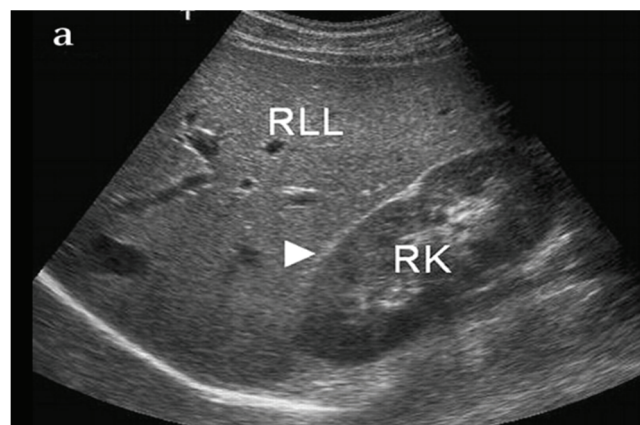


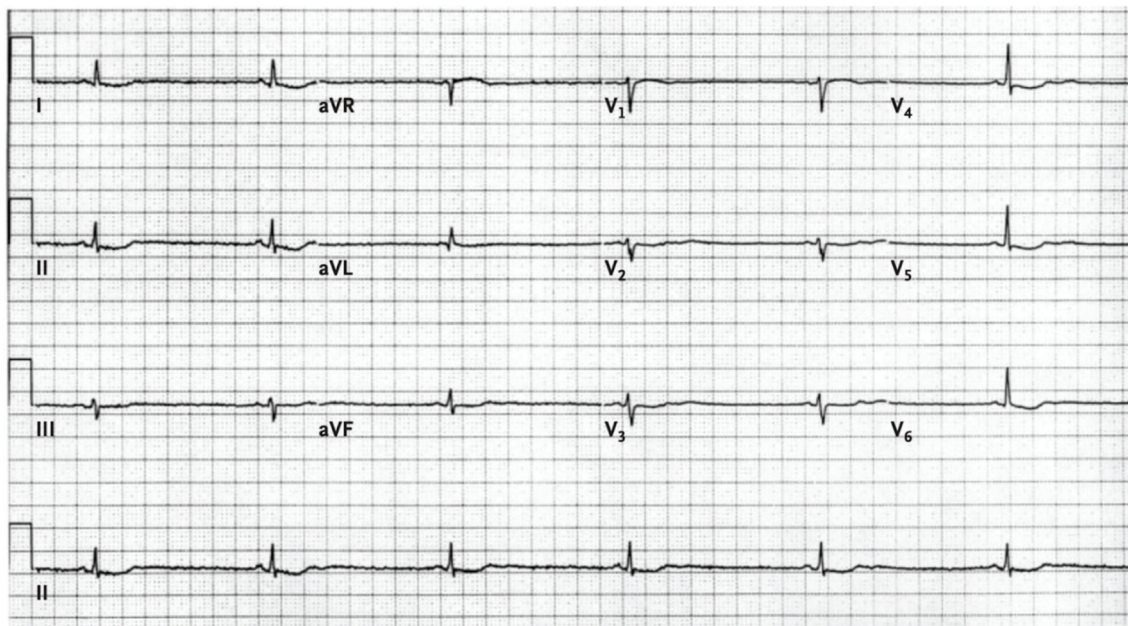
Imagem 3: Espaço hepatorenal

A conduta imediata mais adequada é:

- (A) Pericardiocentese.
- (B) Drenar abscesso.
- (C) Ringer lactato.
- (D) Hidrocortisona.

101

Homem de 70 anos é trazido ao pronto-socorro com rebaixamento do nível de consciência, após ter acidentalmente ingerido vários comprimidos de uma das suas medicações. Exame clínico: vias aéreas pervias, FR 18 ipm, PA 80x40 mmHg, FC 30 bpm, perfusão periférica lentificada. O eletrocardiograma é mostrado a seguir:



Esse paciente, mais provavelmente, está sendo tratado para:

- (A) Insuficiência cardíaca.
- (B) Hipertensão arterial.
- (C) Câncer metastático.
- (D) Transtorno afetivo bipolar.

102

Mulher de 70 anos chega ao pronto-socorro trazida do Ambulatório de Hanseníase. Esteve internada há duas semanas por infecção de pele e partes moles na perna direita. Queixa-se de letargia e dispneia há cerca de uma semana. Ao exame clínico apresenta estado geral regular, presença de cianose importante em face e membros, PA 130x80 mmHg, FC 112 bpm, FR 20 ipm, temperatura 36,5 °C, SpO₂ 85% em ar ambiente. Ausculta cardíaca e pulmonar normais. Não há uso de musculatura acessória. Discreto edema de membros inferiores. Boa perfusão periférica. Foi colocada em máscara não-reinalante 15 litros/min com SpO₂ mantendo-se 85%. Foi realizado o tratamento, com melhora em cerca de 60 minutos. Assinale o tratamento mais provavelmente utilizado.

- (A) Ventilação mecânica não-invasiva.
- (B) Infusão de azul de metileno.
- (C) Transfusão de concentrados de hemácias.
- (D) Trombólise com alteplase.

103

Homem de 24 anos procurou o pronto-socorro com dor em joelho esquerdo há dois dias. Relata que, há uma semana, teve quadro de artralgia de punhos e mãos, de caráter migratório, que evoluiu para artralgia em tornozelos e em joelho esquerdo há dois dias. Nega quadros infecciosos recentes. Exame clínico: bom estado geral, febril, estável hemodinamicamente. Joelho esquerdo: calor local, hiperemia da pele, sinal da tecla em recesso suprapatelar e dificuldade de flexo-extensão por dor. Há duas pequenas lesões vesiculares e pustulosas na pele do joelho esquerdo, com 0,7 mm em maior extensão, de base eritematosa, que apareceram hoje. Assinale o achado mais provável na análise do Líquido Sinovial.

- (A) Cocos Gram-positivos agrupados.
- (B) Diplococos Gram-negativos.
- (C) Cristais de ácido úrico.
- (D) Cristais de pirofosfato de cálcio.

TEXTO PARA AS QUESTÕES 104 E 105

Homem de 45 anos vem com queixa de lesões em membros inferiores há três meses, com artralgia e cansaço progressivo. Ao exame clínico apresentou lesões palpáveis mostradas na imagem a seguir. O restante do exame é normal.



Os resultados dos exames laboratoriais são apresentados na tabela a seguir:

| Exames Laboratoriais | Urina Tipo I |
|---------------------------|-------------------------------|
| VHS: 110 mm/h | Hemoglobina: ++ |
| TGP/ALT: 93 U/L | Proteína: ++ |
| TGO/AST: 89 U/L | Dismorfismo eritrocitário: ++ |
| C3: 113 mg/dL | |
| C4: Indetectável | |
| Creatinina: 2,1 mg/dL | |
| Fator Reumatoide: 118 U/L | |
| Anti-CCP: Não detectado | |

104

Assinale o diagnóstico mais provável.

- (A) Vasculite por hipersensibilidade.
- (B) Poliarterite nodosa.
- (C) Crioglobulinemia.
- (D) Vasculite reumatoide.

105

Assinale o próximo exame a ser pedido.

- (A) ANCA.
- (B) Fator antinúcleo.
- (C) Radiografia de mãos.
- (D) Sorologia para hepatite C.

106

Homem de 28 anos vem com queixa de febre há duas semanas, acompanhada de manchas róseas não pruriginosas em tronco e membros, transitórias. Há uma semana, sente dor e edema em punhos, cotovelos, joelhos e tornozelos. Nega antecedentes pessoais ou viagens recentes. Ao exame clínico apresentou oroscopia sem alterações; hepatoesplenomegalia indolor; dor e edema à palpação de punhos, cotovelos, joelhos e tornozelos. Linfadenopatia

cervical, axilar e inguinal bilateral, com linfonodos de até 2 cm, indolores, não aderidos e fibroelásticos.

- Exames laboratoriais:
 - Hemoglobina: 10 g/dL
 - Leucócitos: 18.000/mm³ (90% de polimorfonucleares)
 - Plaquetas: 650.000/mm³
 - PCR: 95 mg/L
 - VHS: 100 mm/h
 - TGO: 115 UI/L
 - TGP: 130 UI/L
 - Ferritina: 4.600 ng/mL
 - Creatinina: 0,65 mg/dL
 - Fator antinúcleo e fator reumatoide negativos
 - Hemoculturas e sorologias para HIV, hepatites A, B e C, toxoplasmose, mononucleose, citomegalovírus, e sífilis negativas.

Exames complementares: Ecocardiograma transtorácico sem vegetações. Tomografias de pescoço, tórax e abdome: Linfonodos cervicais, axilares e inguinais aumentados em número e tamanho, os maiores medindo até 2,5 cm e hepatoesplenomegalia. Biópsia de gânglio: linfadenopatia reacional. Assinale a próxima conduta mais adequada.

- (A) Biopsiar outro linfonodo.
- (B) Realizar PET-CT de corpo inteiro.
- (C) Biopsiar medula óssea.
- (D) Iniciar corticoterapia.

107

Homem de 50 anos está na UTI com quadro de disfunção de múltiplos órgãos secundária a choque séptico de foco abdominal, evoluindo com lesão renal aguda grave e anúria. Apresenta débito de 1.500 mL/dia pela sonda nasogástrica. Está com balanço hídrico positivo em 15% do seu peso corporal.

- Exames laboratoriais:
 - pH: 7,23
 - PaO₂: 80 mmHg
 - PaCO₂: 38 mmHg
 - BIC: 15 mEq/L
 - Na⁺: 150 mEq/L
 - Cl⁻: 110 mEq/L
 - K⁺: 4 mEq/L
 - Albumina: 2,2 g/dL

Considere os distúrbios a seguir:

- I – Acidose metabólica hiperclorêmica.
- II – Acidose metabólica por ânions não-mensuráveis.
- III – Alcalose metabólica.
- IV – Acidose respiratória.
- V – Alcalose respiratória.

Assinale a alternativa que contém todos os distúrbios acidobásicos apresentados compatíveis com o caso descrito.

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

TEXTO PARA AS QUESTÕES 108 E 109

Homem de 32 anos está em ventilação mecânica há sete dias por pneumocistose, em tratamento com cotrimoxazol (15 mg/kg/dia de trimetoprim) endovenoso. Foi feito diagnóstico de síndrome da imunodeficiência adquirida. Evoluiu no quarto dia com suspeita de pneumonia associada à ventilação mecânica e foi iniciado esquema empírico com ceftazidima 2 g 3x/dia e vancomicina. Recebe: furosemida 40 mg 2x/dia, dipirona 1 g 6/6h, fentanil 20 mcg/h, propofol 40 µg/kg/h, omeprazol 40 mg 1x/dia e metilprednisolona 40 mg 2x/dia. Durante o despertar diário, evoluiu com olhar em varredura, sem contato com examinador e apresentou mioclônias.

• Exames laboratoriais:

Creatinina: 2,2 mg/dL
 Ureia: 80 mg/dL
 Na⁺: 136 mEq/L
 K⁺: 5,8 mEq/L
 pH: 7,25
 PaO₂: 70 mmHg
 PaCO₂: 35 mmHg
 Bicarbonato: 14 mEq/L
 Lactato: 18 mg/dL
 Vancomicinemia: 25 mg/L
 Hemoglobina: 7,7 g/dL
 Leucócitos: 15.000/mm³
 Eosinófilos: 300/mm³
 Bastonetes: 10%
 Plaquetas: 80.000/mm³

108

Assinale o medicamento mais provavelmente associado à disfunção renal.

- (A) Cotrimoxazol.
- (B) Vancomicina.
- (C) Furosemida.
- (D) Omeprazol.

109

Assinale a causa mais provável do quadro neurológico.

- (A) Ceftazidima.
- (B) Síndrome de abstinência.
- (C) Síndrome de infusão do propofol.
- (D) Neurotoxoplasmose.

110

Homem de 23 anos internado na UTI há três meses devido à insuficiência respiratória de causa neuromuscular. Persiste restrito do leito, sem ventilação mecânica, ainda traqueostomizado e com dieta por sonda nasoesférica em dose plena. Ao exame clínico demonstrou-se lúcido, orientado, força muscular grau III distal, grau IV proximal.

• Exames laboratoriais:

Ca²⁺ iônico: 7,3 mg/dL
 Creatinina: 0,73 mg/dL
 K⁺: 3,9 mEq/L
 Mg²⁺: 1,4 mg/dL
 Na⁺: 131 mEq/L
 Fósforo: 3,1 mg/dL
 Ureia: 55 mg/dL

Assinale a conduta mais adequada para o caso.

- (A) Pamidronato endovenoso.
- (B) Hidratação e furosemida.
- (C) Reabilitação motora.
- (D) Calcitonina.

TEXTO PARA AS QUESTÕES 111 E 112

Mulher de 55 anos é intubada devido à pneumonia viral grave com infiltrado pulmonar bilateral de instalação aguda. Após intubação, apresenta os seguintes parâmetros clínico-laboratoriais: sedada com propofol 40 µg/kg/min, fentanil 40 µg/h, RASS -5; PAM 80 mmHg, FC 110 bpm, sinusal, boa perfusão periférica, sem drogas vasoativas; pH 7,15, PaO₂ 70 mmHg (FiO₂ 70%), PaCO₂ 65 mmHg, BIC 28 mEq/L; em ventilação mecânica controlada a pressão (PCV), com PEEP 8 cmH₂O, ΔP 12 cmH₂O, T_{ins} 0,8 seg, Vc 6 mL/kg (360 mL), FR 18 ipm. Diurese 0,5 mL/kg/h.

111

Assinale a conduta mais adequada do ponto de vista de oxigenação, neste momento.

- (A) Iniciar cisatracúrio em infusão contínua.
- (B) Iniciar cisatracúrio e realizar manobra de posição prona.
- (C) Ajustar PEEP de forma decremental, após manobra de recrutamento.
- (D) Ajustar PEEP conforme tabela de PEEP e reavaliar em 6 a 12 horas.

112

Assinale a conduta mais adequada do ponto de vista ventilatório, neste momento.

- (A) Aumentar volume corrente.
- (B) Aumentar frequência respiratória.
- (C) Administrar bicarbonato de sódio.
- (D) Tolerar hipercapnia permissiva.

TEXTO PARA AS QUESTÕES 113 A 115

Homem de 72 anos chega ao Departamento de Emergência com diagnóstico de choque séptico de foco urinário. Recebeu expansão volêmica inicial (30 mL/kg), foram coletadas hemoculturas e iniciada antibioticoterapia, bem como administrada noradrenalina em veia periférica.

- Exame clínico na chegada à UTI: PA 100 x 60 mmHg em uso de noradrenalina 0,15 µg/kg/min, FC 115 bpm, FR 28 ipm, temperatura 37,8 °C, SpO₂ 94% com cateter nasal de O₂ 2 L/min; Diurese 20 mL nas últimas 12 horas. Lúcido, orientado, consciente, tempo de enchimento capilar 2 seg (à chegada, 5 seg).
- Exames laboratoriais: Creatinina: 2,2 mg/dL; Plaquetas: 155.000/mm³; Bilirrubina total: 1,5 mg/dL; Lactato: 30 mg/dL (à chegada 30 mg/dL); pH: 7,37; Bicarbonato: 18 mEq/L; pCO₂: 30 mmHg.
- Ultrassonografia beira-leito: presença de linhas B (5 por campo) em regiões posteriores, sem linhas B em regiões anteriores. Função ventricular esquerda hiperdinâmica, com VTI (*velocity time integral*) de 26 cm/s (diâmetro da via de saída do ventrículo esquerdo 2 cm), variação de veia cava inferior > 50%.

113

Assinale a conduta mais adequada neste momento.

- (A) Observação clínica.
- (B) Expansão volêmica.
- (C) Vasopressina.
- (D) Dobutamina.

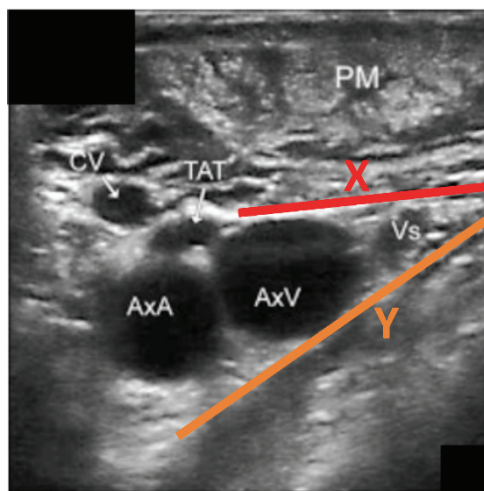
114

Assinale a intensidade das disfunções orgânicas apresentadas pelo paciente, segundo o escore SOFA.

| | Neurológica | Hemodinâmica | Respiratória | Renal | Hepática | Hematológica |
|-----|-------------|--------------|--------------|-------|----------|--------------|
| (A) | 0 | 3 | 1 | 4 | 0 | 0 |
| (B) | 0 | 3 | 2 | 2 | 0 | 0 |
| (C) | 0 | 4 | 1 | 4 | 1 | 0 |
| (D) | 0 | 4 | 2 | 2 | 1 | 0 |

115

Optou-se por passar um cateter venoso central em veia axilar direita, guiado por ultrassonografia. Identifique na imagem a estrutura que representa a pleura parietal, bem como o plano e a técnica utilizada e assinale a alternativa correta.



| | Imagem | Plano | Técnica |
|-----|--------|---------------|-------------|
| (A) | X | No plano | Transversal |
| (B) | X | Fora de plano | Oblíqua |
| (C) | Y | No plano | Oblíqua |
| (D) | Y | Fora de plano | Transversal |

116

Mulher de 32 anos está internada com quadro de pneumonia comunitária grave há sete dias, em ventilação mecânica controlada, evoluindo com desmame da ventilação. Evoluiu subitamente com dessaturação, com alarmes frequentes do ventilador. Exame clínico: SpO₂ 80%, FC 130 bpm, PA 100x70 mmHg, FR 40 ipm, expansibilidade pulmonar reduzida, roncospas à ausculta pulmonar, ultrassonografia de tórax com deslizamento pleural duvidoso à direita, com linhas B bilaterais em regiões anteriores. Parâmetros ventilatórios: ventilação em pressão controlada (PCV), PEEP 5 cmH₂O, ΔP 10 cmH₂O, T_{ins} 0,8 seg, Vc_(inspirado e expirado) de 120 mL, FR 15 ipm. Na manobra de pausa inspiratória, obtém-se P_{PL} de 8 cmH₂O. Assinale a hipótese diagnóstica mais provável.

- (A) Pneumotórax.
- (B) Tromboembolismo pulmonar.
- (C) Obstrução do tubo endotraqueal.
- (D) Falha de equipamento.

117

Homem de 70 anos, sem seguimento médico prévio, procura atendimento por úlcera em membro inferior direito há cerca de quatro meses. Sente pouca dor no local. Tem sensação de "cansaço" nas pernas ao caminhar. Exame clínico: úlcera de aproximadamente cinco centímetros de diâmetro, localizada em região medial do membro inferior direito, pouco profunda, com bordas irregulares, com fundo avermelhado e uma quantidade moderada de secreção sem cheiro. Há edema em ambos os membros inferiores, pior do lado direito (diferença de dois centímetros no diâmetro). Pulsos periféricos presentes, com tempo de enchimento capilar normal. Assinale a conduta mais adequada no momento.

- (A) Fazer curativo com papaína.
- (B) Solicitar angiotomografia arterial de membros inferiores.
- (C) Prescrever terapia compressiva.
- (D) Prescrever AAS e estatina.

118

Mulher de 38 anos está preocupada porque sua mãe sofre muito com a artrite reumatoide e quer saber como evitar a doença. É sedentária, tabagista de 10 anos-maço, bebe 6 doses de vinho por semana e usa anticoncepcional oral. Sua dieta é pobre em vegetais e frutas. Assinale o fator com maior probabilidade de aumentar o risco para artrite reumatoide.

- (A) Tabagismo.
- (B) Sedentarismo.
- (C) Anticoncepcional.
- (D) Dieta não balanceada.

119

Mulher de 25 anos vem com lesão dolorosa em perna direita há três semanas. Não tem antecedentes, pessoais nem familiares importantes. Passou em dermatologista que biopsiou a lesão e o laudo foi paniculite septal sem vasculite. Assinale sobre o que deve ser perguntado para essa paciente.

- (A) Emagrecimento, tosse e hemoptise.
- (B) Artrite, alopecia e fotossensibilidade.
- (C) Disfagia e fenômeno de Raynaud.
- (D) Infecção prévia de vias aéreas.

120

Homem de 28 anos começou a sentir dor lombar e glútea após aula de *crossfit* há dois dias. A dor piora ao final do dia, depois de ficar muito tempo em pé e ao acordar. Está associada à rigidez e dificuldade de mover a coluna para trocar de roupa. A dor irradia, em choque, para membro inferior direito, por trás da coxa, panturrilha, planta e face lateral do pé direito. Nega diarreia ou artralgias periféricas. Exame clínico: bom estado geral, afebril. Teste de Schober e manobra de Patrick-Faber negativos. Lasègue positivo à direita. Força muscular normal bilateralmente e reflexo Aquileu direito reduzido. Assinale o nível mais provável de comprometimento.

- (A) S1.
- (B) L1.
- (C) L2.
- (D) L4.

RASCUNO

