



Universidade de São Paulo

FUNDAÇÃO
UNIVERSITÁRIA
PARA O VESTIBULAR

PROCESSO SELETIVO – EDITAL COREME/FM/AA Nº 06/2023

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 F9**. Informe ao fiscal de sala eventuais divergências.
3. Durante a prova, são **vedadas** a comunicação entre candidatos e a utilização de qualquer material de consulta e de aparelhos de telecomunicação.
4. Duração da prova: **1 hora e 30 minutos**. Cabe ao candidato controlar o tempo com base nas informações fornecidas pelo fiscal. O(A) candidato(a) poderá retirar-se da sala definitivamente após decorrida **1 hora** 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 **30** 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 ABREVIACÕES E VALORES LABORATORIAIS DE REFERÊNCIA

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



01

Paciente de 77 anos, encaminhado pela UPA, deu entrada em sala de emergência com diagnóstico de DPOC exacerbado. Apresentou piora da tosse e dispneia de base (dispneia para caminhar distâncias pequenas dentro de casa) e aumento de secreção pulmonar. Paciente não faz uso de oxigênio domiciliar, porém tem indicação e aguardava receber o cilindro de oxigênio em casa. Encontra-se na segunda internação, nos últimos 6 meses, com o mesmo quadro. Segundo a revisão 2023 do GOLD, com base na evolução clínica, assinale a alternativa com a correta classificação do paciente apresentado.

- (A) DPOC grupo B.
- (B) DPOC grupo C.
- (C) DPOC grupo D.
- (D) DPOC grupo E.

02

Paciente de 60 anos, ex-tabagista, portador de fibrose pulmonar idiopática há 3 anos. Refere que, ultimamente, apresenta dispneia aos grandes esforços, porém com boa adaptação a esta condição. Foi internado devido a piora dos sintomas respiratórios, tosse produtiva, estertores bibasais e hipoxemia. Sem evidência de tromboembolismo pulmonar em tomografia de tórax. Assinale a alternativa correta em relação ao uso de corticosteroides na fibrose pulmonar idiopática.

- (A) Existem evidências de baixa qualidade em relação ao benefício do uso de corticosteroides nestes pacientes.
- (B) Trata-se de tratamento de primeira escolha em pacientes com fibrose pulmonar idiopática.
- (C) A longo prazo, o uso de corticosteroides, melhora a sobrevida e qualidade de vida destes pacientes.
- (D) Pacientes com fibrose pulmonar idiopática devem ser tratados com corticosteroides isoladamente.

03

Paciente de 69 anos, portadora de ICFER (25%) secundária a miocardiopatia hipertensiva dilatada em classe funcional NYHA III, interna pela segunda vez em 12 meses por descompensação da doença. Relata que faz uso regular de remédios. Passou em ambulatório de cardiologia há 15 dias, ocasião em que foi otimizada a medicação. Informa que houve melhora inicial na primeira semana, porém evoluiu com piora nos últimos dias. Entre os critérios para definição de insuficiência cardíaca avançada, assinale a alternativa correta.

- (A) Má aderência ao tratamento convencional.
- (B) Presença de comorbidades graves.
- (C) Baixa capacidade no teste de caminhada de 6 minutos.
- (D) Presença de taquiarritmias frequentes.

04

Mulher de 57 anos, diabética e tabagista, apresentou há 3 horas e 30 minutos, diminuição de força em dimídio direito e fala empastada. Na admissão ao pronto-socorro de um hospital terciário, apresentava níveis pressóricos de 160x100 mmHg. A frequência cardíaca era de 72 bpm e glicemia capilar de 210 mg/dL. A ausculta cardíaca era normal com ritmo cardíaco regular. O exame neurológico mostrou hemiplegia esquerda completa, desvio do olhar para a direita. A pontuação na escala de avaliação NIHSS (*National Institutes of Health Stroke Scale*) foi de 16. A tomografia de crânio não mostrou sinais de hemorragia intracraniana. Assinale qual deve ser a conduta no atendimento inicial do caso apresentado.

- (A) Evitar trombólise se PA sistólica > 175 mmHg ou PA diastólica > 110 mmHg, apesar do tratamento antihipertensivo.
- (B) Manter jejum por 24 horas pós-trombólise, pelo risco de hemorragia e necessidade de intervenção cirúrgica de urgência.
- (C) Manter antiagregante plaquetário nas primeiras 24 horas do uso de trombolítico intravascular.
- (D) Caso paciente tenha indicação de trombólise mecânica, manter anticoagulação convencional e evitar trombólise intravascular.

05

Paciente de 69 anos, portadora de ICFER com FEVE 20% e disfunção de VD moderada. Como comorbidades, apresenta hipertensão arterial, DPOC presumido e fragilidade com sarcopenia importante. Internada devido à descompensação da insuficiência cardíaca em perfil C, com desmame satisfatório de inotrópicos (levosimendam e dobutamina). Relata que, antes da internação, devido à carga sintomática, tinha dificuldades para desempenhar atividades instrumentais e básicas da vida diária. Refere grande melhora após o início do tratamento. Atualmente, tem perspectiva de alta para acompanhamento ambulatorial. Em relação ao uso de inotrópicos intravenosos em regime ambulatorial, para pacientes com IC avançada, não elegíveis ao transplante cardíaco ou dispositivos de assistência circulatória mecânica, assinale a alternativa correta.

- (A) Há fortes evidências que indicam a terapia paliativa com inotrópico intravenoso em regime ambulatorial em pacientes com IC avançada.
- (B) O uso de inotrópico, em regime ambulatorial, em pacientes com IC avançada, promove alívio sintomático e a redução de taxas de readmissão hospitalar.
- (C) Metanálises demonstram benefício clínico da terapia inotrópica ambulatorial em pacientes com IC avançada, com indicação de transplante cardíaco.
- (D) Estudos de custo-efetividade, são favoráveis à infusão ambulatorial de inotrópicos como terapia paliativa para pacientes com IC avançada.



06

Paciente de 79 anos, portador de DPOC, iniciou investigação clínica devido à anemia crônica e foi encaminhado para seguimento em ambulatório. É internado em vigência de choque séptico de foco pulmonar, sendo tratado com antibióticos de amplo espectro. Realizado exames complementares que evidenciaram infecção por *Streptococcus bovis* e endocardite de valva aórtica com perfuração valvar. Permaneceu em internação prolongada para tratamento de endocardite com ceftriaxone e vancomicina. Durante internação, apresentou piora da dispneia basal devido à deterioração da função cardíaca, em dependência de oxigenoterapia com cateter nasal a 2 L/min. Paciente tem apresentado instabilidade hemodinâmica, recebendo apenas terapia diurética para insuficiência cardíaca e broncodilatadores para DPOC. Atualmente, encontra-se em término de tratamento anti-infecciosos, estável clinicamente e com perspectiva de alta hospitalar em breve. Assinale a alternativa correta, em relação à avaliação de pacientes com insuficiência aórtica (IAo) crônica.

- (A) O ecocardiograma transesofágico ainda representa a principal ferramenta para diagnóstico e graduação da gravidade da IAO.
- (B) Os testes funcionais provocativos, podem não ser efetivos na identificação de sintomas em pacientes autolimitados com IAO.
- (C) Em pacientes, assintomáticos e sem complicadores, a reavaliação clínica e ecocardiográfica deverá ocorrer a cada 2 anos.
- (D) Na IAO, o remodelamento ventricular pode determinar pior prognóstico, sobretudo em população não reumática.

07

Paciente de 73 anos. Desde 2006 é portador de câncer de próstata metastático para ossos. Em 2017, submeteu-se à orquiectomia bilateral com braquiterapia e quimioterapia oral. Nos últimos meses, vem em piora progressiva, com perda ponderal de cerca de 30 kg. Diz que já foi alertado pela equipe de oncologia sobre a incurabilidade da doença e sobre priorizar-se medidas de conforto. Encontra-se em uso de tratamento hormonal (abiraterona + prednisona) + zometa. Em relação ao câncer de próstata, é correto afirmar:

- (A) Aceita-se como valores de limites normais para o antígeno prostático (PSA) até 4 ng/mL, porém podem existir tumores com PSA abaixo deste valor.
- (B) A cintilografia óssea é indicada para todo paciente portador de câncer de próstata com PSA entre 10-20 ng/mL com graduação histológica de Gleason ≤ 5 .
- (C) A braquiterapia intersticial permanente com sementes radioativas associada à radioterapia externa está indicada aos pacientes com bom prognóstico.
- (D) A supressão androgênica radical com orquiectomia bilateral é utilizada somente quando há falha terapêutica com a supressão hormonal.

08

Paciente de 75 anos, sem comorbidades, queixa-se de dor abdominal em região de hipocôndrio direito, com irradiação para epigástrico, associado à perda ponderal não intencional de 17 kg desde o início do quadro, há 3 meses. Refere inapetência associada ao quadro e preferência por alimentação pastosa. Nega alteração nas fezes. Nega aumento do volume abdominal, febre, sudorese ou outros sintomas infecciosos. Exames com alfa fetoproteína de 20.000 ng/mL e TC de abdome demonstrando lesão hepática infiltrativa hipervasculardizada, com *washout* e área liquefeita central, sugestivo de carcinoma hepatocelular infiltrativo com trombose tumoral. Em relação a conduta clínica em pacientes portadores de carcinoma hepatocelular (CHC), podemos afirmar:

- (A) A dosagem de alfa fetoproteína (AFP) apresenta boa sensibilidade e especificidade e pode ser utilizada isoladamente no diagnóstico precoce de carcinoma hepatocelular.
- (B) A ressecção é a principal opção terapêutica curativa para o paciente não cirrótico com CHC, desde que o parênquima hepático restante seja maior que 15% do peso corporal.
- (C) Pacientes em lista de espera por mais de 6 meses, podem ser submetidos à quimioembolização transarterial, com o objetivo de ajudá-los a manter a opção por transplante hepático.
- (D) Nos cirróticos com CHC, o transplante de fígado é considerado tratamento curativo em pacientes com *Child-Pugh* B, albumina normal e ausência de hipertensão portal.

09

Mulher de 45 anos, portadora de Doença de Huntington, com início de sintomas há cerca de 5 anos. Atualmente encontra-se acamada, totalmente dependente para atividades básicas de vida diária e com espasticidade de difícil controle. Tem histórico de mãe falecida e irmão com a mesma doença. O irmão de 25 anos tem sintomas leves e encontra-se inserido em protocolo de pesquisa de portadores de doenças raras, em um hospital quaternário. Em relação às diretrizes para atenção integral às pessoas com doenças raras no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), é correto afirmar:

- (A) Considera-se rara, a doença crônica debilitante, ou que ameace a vida, com incidência ≥ 1 caso para cada 50.000 habitantes.
- (B) Em pesquisa clínica destinada às pessoas com doenças raras, é direito do participante de pesquisa ter acesso aos resultados pós-estudo.
- (C) Em doenças raras, o patrocinador da pesquisa, deve assegurar aos participantes, acesso ao tratamento por tempo indeterminado.
- (D) Em doenças raras, o patrocinador da pesquisa deve assegurar aos participantes acesso gratuito por 3 anos, aos métodos diagnósticos.



10

Paciente de 54 anos, carga tabágica de 30 anos-maço, com prótese valvar mitral mecânica há 7 anos por estenose de origem reumática. Há 9 meses, sofreu AVE isquêmico, com hemiparesia direita e afasia motora. Interna por oclusão arterial crônica agudizada em MIE, com proposta inicial de manejo conservador (anticoagulação) pela equipe da cirurgia vascular. ECG com ritmo de FA com frequência cardíaca adequada. Ecocardiograma transtorácico demonstra prótese mecânica em posição mitral funcionante, insuficiência tricúspide de grau importante, hipertensão pulmonar (PSAP 60 mmHg), hipertrofia concêntrica do ventrículo esquerdo de grau discreto. Assinale qual a melhor estratégia de anticoagulação para o caso apresentado.

- (A) Nos portadores de prótese mecânica, em posição mitral ou aórtica, associada à fibrilação atrial, o INR poderá ser ajustado em 2,5 e 3,5.
- (B) No caso apresentado, está recomendado a aplicação de escore CHA2 DS2-VASc para decisões quanto à anticoagulação adequada.
- (C) Iniciar com warfarina na dose de 10 mg/dia para indivíduos abaixo de 65 anos e 5 mg/dia para pacientes acima de 65 anos.
- (D) Dosar tempo de protrombina no 3º dia de avaliação de hiper-responsividade, data a partir da qual a dose passa a ser ajustada.

11

Paciente de 62 anos, previamente asmática e “chiadora crônica” de difícil controle clínico, evolui há cerca de uma semana com síndrome gripal e piora de quadro respiratório basal, com crises frequentes de broncoespasmo. Hoje apresentou piora clínica, sendo optado por trazê-la ao pronto-socorro. Realizadas medidas para broncoespasmo, com baixa resposta terapêutica. Solicitada transferência para a UTI. Tabagismo passivo (marido fumava 2 maços de cigarro/dia). Testes RT-PCR covid-19 e influenza A,B e H1N1 negativos. Raio X de tórax evidenciando retificação de arcos costais, hiperinsuflação pulmonar com diafragma retificado. Em relação a asma grave, é correto afirmar:

- (A) Asma grave é um subgrupo de asma de difícil controle, em que, na maioria das vezes, a dificuldade em se atingir e manter o controle, independe de fatores potencialmente modificáveis ou controláveis.
- (B) O uso de corticoide endovenoso $\geq 50\%$ dos dias no ano anterior para manter o controle da doença, ou que, apesar desse tratamento, permanece não controlada, caracterizam a asma grave.
- (C) Na espirometria, as variações de resposta ao broncodilatador, pode também ser verificada pelo aumento da CVF em > 350 mL, observado na presença de obstrução leve a moderada.
- (D) Segundo levantamento realizado em 2020, não existe consenso, mesmo entre as diferentes diretrizes internacionais, sobre a eficácia de medidas de prevenção da exposição à poeira doméstica no controle da asma.

12

Paciente de 75 anos, morador de instituição de longa permanência há 2 anos, após distúrbio de comportamento agressivo com esposa, também idosa. Portador de Doença de Parkinson avançada com demência relacionada. Interna por disfagia e infecção pulmonar. Filha refere que pai apresenta quadro de tosse secretiva há 7 dias, acompanhada de engasgos frequentes. Fez uso de levofloxacino por 7 dias e ceftriaxona via IM por 6 dias. Nega febre. Avaliação da neurologia clínica confirma quadro de disfagia e demência como progressão da doença de Parkinson, além de perda ponderal e sarcopenia. Em relação ao manejo de sintomas psicóticos em pacientes com doença de Parkinson, é correto afirmar:

- (A) A risperidona e a olanzapina não exacerbam o parkinsonismo e podem ser utilizados em sintomas psicóticos.
- (B) A clozapina mostrou-se eficaz no controle dos sintomas psicóticos associados à Doença de Parkinson sem piora do parkinsonismo.
- (C) Sintomas psicóticos caracterizados pela presença de alucinações e delirium, são incomuns na evolução da Doença de Parkinson.
- (D) Na Doença de Parkinson, os neurolépticos devem ser associados às drogas já em uso, para controle de sintomas psicóticos

13

Homem de 30 anos, portador de retocolite ulcerativa em cólon e reto há cerca de 8 anos. Nos últimos 3 anos, apresenta piora das crises de dores articulares, que já se manifestava desde o diagnóstico da doença. Além disso, vem apresentando dor abdominal de leve intensidade acompanhada de prurido há 18 meses. Iniciou com icterícia progressiva há 3 meses. Está em uso de antifator de necrose tumoral alfa e azatioprina. Encontra-se em programação de retocolectomia total. Em relação ao manejo clínico de retocolite ulcerativa, é correto afirmar:

- (A) Muitos pacientes permanecem em remissão por longos períodos, mas a probabilidade de ausência de recidiva por 1 ano é de 20%.
- (B) A colonoscopia não é normalmente necessária na fase aguda e deve ser evitada se possível, pois pode desencadear um quadro de megacôlon tóxico.
- (C) A retossigmoidoscopia flexível é útil para definir as porções acometidas, devendo ser realizada de preferência com preparo intestinal adequado.
- (D) Os pacientes com doença grave, devem ser tratados em ambiente hospitalar com ciclosporina IV associada a medicações com efeito anticolinérgicos.



14

Homem de 54 anos com história pregressa de etilismo há mais de 30 anos. É internado na emergência, descorado, hipotônico e com pele fria e pegajosa. Filha relata presença de fezes enegrecidas e fétidas há 2 dias, além de um episódio de vômitos, em domicílio, com coágulos e outro durante percurso ao hospital. Exame físico: regular estado geral; descorado ++/4+; desidratado +/4+; anictérico; acianótico; FR: 22 ipm; FC: 115 bpm; PA de admissão: 70x40 mmHg, com melhora após hidratação e transfusão sanguínea. Presença de ginecomastia e aranhas vasculares em face anterior de tórax e abdome. Ausculta torácica com murmúrio vesicular presente. Abdome: globoso, ascite moderada, fígado não palpável, baço a 2 cm do rebordo costal esquerdo. Em relação ao tratamento farmacológico de urgência na hemorragia varicosa em cirróticos, assinale a alternativa correta.

- (A) Pode-se empregar terlipressina, somastatina ou octreotide, devendo-se levar em consideração na escolha o perfil de eficácia, a tolerabilidade, o custo e a segurança.
- (B) O uso de vasopressina associada a nitratos, como tratamento farmacológico para sangramento varicoso, aumenta a eficácia do vasopressor.
- (C) Devido ao seu impacto na sobrevida de pacientes com sangramento varicoso, a somastatina dever ser considerada como agente de escolha.
- (D) O uso de octreotide dever ser desaconselhado em pacientes com insuficiência coronariana, insuficiência vascular periférica e hipertensão arterial não controlada.

15

Paciente de 72 anos, hipertensa, portadora de insuficiência cardíaca com fração de ejeção normal. Evoluindo com emagrecimento e perda de funcionalidade progressiva. Interna em UTI por sepse de foco urinário, insuficiência renal aguda e hipercalcemia. Ultrassom renal com ausência de calcúlo e ecotextura cortical conservada. Função renal em melhora após manejo de hipercalcemia. Mieloma múltiplo em investigação. Assinale a alternativa correta.

- (A) Na síndrome de Fanconi adquirida, ocorre disfunção tubular distal e se manifesta com ácido úrico sérico elevado, acompanhado de fosfatúria.
- (B) A hepatomegalia e esplenomegalia com linfonodomegalias são manifestações clínicas frequentes nos pacientes portadores de mieloma múltiplo.
- (C) A pesquisa de proteinúria de Bence Jones, por técnica de precipitação pelo calor, deve ser abandonada por não apresentar sensibilidade e especificidade adequadas.
- (D) A radiografia do esqueleto é mandatória no estadiamento do mieloma múltiplo e deve ser repetida para controle de resposta ao tratamento.

16

Paciente de 86 anos, com história de prostração, dispneia e queda do estado geral. Procurou o pronto-socorro, onde foram realizados exames de laboratório, com presença de

pancitopenia no hemograma. Admitida na UTI, hemodinamicamente estável, sem drogas vasoativas e em ambiente. Mielograma demonstra medula óssea com hipercelularidade acentuada de série eritrocítica, com aumento de proeritroblastos (8%), eritroblastos basófilos (26%) e 6% de blastos mieloides. Quadro citológico sugestivo de síndrome mielodisplásica (SMD) com aumento de blastos. Em relação ao diagnóstico de síndrome mielodisplásica (SMD), é correto afirmar:

- (A) O diagnóstico de SMD é baseado na avaliação de achados citológicos, no hemograma, histologia de medula óssea, bem como no cariótipo.
- (B) O tipo primário da SMD está relacionado aos agentes tóxicos, como quimioterapia, radioterapia e inseticidas agrícolas, além do uso de exames de imagem.
- (C) Na SMD, o paciente apresenta um quadro de anemia com número normal ou aumentado de reticulócitos, além de raramente apresentar trombocitopenia.
- (D) Na SMD clássica é muito raro o paciente apresentar, em alguma parte do quadro, uma pancitopenia, com diminuição global dos elementos do sangue

17

Paciente de 63 anos, totalmente dependente para atividades básicas de vida diária, devido a distúrbio neurológico de base (hidrocefalia pós-neurocisticercose). Trazida pela irmã ao pronto-socorro devido ao rebaixamento do nível de consciência e alteração de força motora em MSD. Relata que aos 9 anos paciente iniciou com cegueira e convulsão. Na época foi dado diagnóstico de tumor cerebral e prognosticado sobrevida de 6 meses. Família já estava em luto antecipatório, quando paciente se recuperou do coma e iniciou reabilitação neurológica, com seguimento e troca de derivação ventricular periférica (DVP) a cada 12 anos. Em 2015, houve nova troca de DVP, mas desta vez com durabilidade menor. Paralelamente a isto, a paciente prosseguiu com perda funcional gradativa, deixando de deambular há 5 anos e início de engasgos ao final do ano passado. Neste período, já não reconhecia a família. Internou desta vez por AVE hemorrágico hipertensivo talâmico esquerdo. Em relação ao manejo das sequelas da neurocisticercose é correto afirmar:

- (A) A TC de crânio é a modalidade de escolha para o diagnóstico de neurocisticercose, particularmente quando se suspeita de granuloma parenquimatoso.
- (B) Os cistos parenquimatosos são mais comumente associados às convulsões e epilepsia, sendo desta forma, mais suscetíveis ao tratamento.
- (C) A terapia anti-helmíntica, em combinação com corticoides, deve ser aplicada com cautela, na neurocisticercose sintomática e cistos parenquimatosos viáveis.
- (D) A neurocisticercose parenquimatososa está associada à hidrocefalia, meningite, déficits neurológicos focais e morte, se não for devidamente tratada.



18

Paciente de 88 anos, hipertensa, diabética, cardiopata com implante de marca-passo definitivo há 10 anos. Por volta de 3 anos, sofreu fratura em fêmur direito com colocação de prótese. Morava sozinha, era independente e encontrava-se bem, até há 4 meses, quando, após nova queda, sofreu fratura em punho, necessitando de imobilização com tala. Mudou-se, temporariamente, para a casa da filha e estava planejando retorno ao lar, mas devido à nova queda de própria altura, foi levada à internação com suspeita de recidiva de fratura no mesmo fêmur. Foi submetida à revisão cirúrgica pela ortopedia, com encaminhamento à UTI. Segue em pós-operatório complicado por sepse pulmonar e disfunção renal. Em relação à fratura em idoso, é correto afirmar:

- (A) A artroplastia total do quadril está indicada em pacientes idosos portadores de osteoporose, principalmente quando associada à fratura do acetábulo.
- (B) A artroplastia do quadril deve ser indicada em fraturas da cabeça femural, para ressecção de fragmentos ósseos, que levam à osteoporese pós-traumática.
- (C) O paciente poderá ser tratado conservadoramente, se a tomografia computadorizada excluir fratura não desalinhada e articulação congruente.
- (D) A qualidade da redução da fratura não interfere nos índices de osteoartrite pós-traumática, que está estreitamente relacionada ao grau de lesão da cartilagem.

19

Homem de 55 anos, tabagista de 40 anos-maço, portador de DPOC há 10 anos, deu entrada no pronto atendimento, consciente e bem orientado, com taquipneia e cianose de extremidades. Oximetria de pulso, em ar ambiente, com saturação de 85%, níveis pressóricos em 160x100 mmHg e frequência cardíaca de 95 bpm. Padrão respiratório abdominal com 25 irpm e murmúrio vesicular reduzido em ambos hemitórax. Após nebulização com suplementação de 02 a 10 L/MIN, evoluiu com rebaixamento do nível de consciência. Gasometria arterial: pH: 7,15; PaO₂: 78 mmHg; PaCO₂: 80 mmHg; HCO₃: 16 mEq/L. Em relação às estratégias de ventilação mecânica no DPOC, é correto afirmar:

- (A) Na abordagem inicial da exacerbação do DPOC, deve-se utilizar qualquer um dos modos ventilatórios, desde que haja familiaridade da equipe, independente da resposta clínica observada.
- (B) A ventilação mecânica promove repouso muscular, através da utilização de modo em pressão de suporte, acompanhado de sedação titulada para supressão da atividade muscular respiratória.
- (C) A PEEP intrínseca pode ser utilizada nos pacientes portadores de DPOC, para contrabalançar a PEEP extrínseca secundária à limitação ao fluxo aéreo na exacerbação do DPOC.
- (D) Embora a ventilação mecânica não invasiva seja o suporte ventilatório de escolha na exacerbação da DPOC, sua utilização é possível em um número limitado de pacientes selecionados.

20

Paciente de 68 anos com relato de colectomia parcial há 4 meses por adenocarcinoma de delgado com metástase hepática. Retorna à internação devido à colangite por compressão extrínseca de vias biliares. Submeteu-se à colangiopancreatografia endoscópica (CPRE) com passagem de prótese biliar. Evoluindo com melhora da dor abdominal e icterícia, entretanto apresentou perda ponderal de 16 kg e encontra-se acamado devido à síndrome consuntiva. Avaliado pela oncologia que descreve sobre a fragilidade orgânica, incurabilidade e agressividade da doença oncológica. Colangiopancreatografia por ressonância magnética (CPRM) demonstra formação nodular com sinal intermediário em T2 e com restrição à difusão na cabeça/corpo do pâncreas, medindo 3,0 cm no seu maior eixo transverso e que determina amputação do colédoco distal com moderada dilatação das vias biliares extra e intrahepáticas a montante. Em relação a abordagem da colestase obstrutiva, é correto afirmar:

- (A) O ultrassom transabdominal é considerado o melhor exame diagnóstico em pacientes com suspeita de neoplasia de cabeça de pâncreas associada à icterícia progressiva e prurido.
- (B) A CPRM é um instrumento útil para triagem, quando há suspeita de colestase obstrutiva, antes da realização de uma CPRE com fins terapêuticos.
- (C) A CPRE oferece imagens detalhadas de grande parte do trato gastrintestinal superior, da área periamilar e vias biliares, mas perde nitidez em relação ao pâncreas.
- (D) A morbidade de uma CPRE é cerca de 1% em procedimentos com injeção de contraste na árvore biliar e esfincterotomia associada ou não à manometria do esfincter de Oddi.

21

Paciente de 55 anos, hígido até 2 meses atrás, quando foi internado por dor abdominal e icterícia com diagnóstico de síndrome colestática por câncer de pâncreas. Foi encaminhado para realização de CPRE com passagem de prótese biliar. Apesar do controle da colangite, tem evoluído com anorexia e perda ponderal progressiva (cerca de 20 kg). Em relação ao manejo do câncer de pâncreas, assinale a alternativa correta.

- (A) A quimioterapia sistêmica possibilita ganho de sobrevida, nos pacientes com neoplasia disseminada, desde que tenham condições clínicas para este tratamento.
- (B) Icterícia obstrutiva pode ser investigada inicialmente com exames de sangue e estudo tomográfico, devido à alta sensibilidade do método para vias biliares.
- (C) Há evidência científica de que o rastreamento do câncer de pâncreas é fundamental para o diagnóstico precoce da doença e deve ser recomendado.
- (D) Nos tumores de corpo pancreático, fadiga e anorexia, perda de peso e diabetes tipo 2 recente, são os principais fatores a serem investigados.



22

Paciente de 63 anos, acompanhada pelo esposo, é trazida pelo SAMU para atendimento em sala de emergência, com relato de queda de própria altura, há cerca de 2 horas, após ingestão alcoólica; com traumatismo craniano e rebaixamento do nível de consciência. Filha e genro informam múltiplas internações prévias com quadro semelhante. Submetida à drenagem de hematoma subdural agudo e de contusão temporal à direita com implante de cateter de PIC. RM de crânio demonstra hematoma intraparenquimatoso temporal à direita, de provável datação subaguda, medindo cerca de 3,5 x 2,5 cm nos maiores eixos axiais. Focos de hemorragia subaracnóide frontotemporal à direita. Coleção extra axial frontal esquerda com espessura de até 1,0 cm no plano axial. Assinale a alternativa correta, em relação à abordagem cirúrgica do TCE grave.

- (A) As principais lesões focais de indicação cirúrgica são os hematomas extradurais, os hematomas subdurais agudos e hematomas intraparenquimatosos traumáticos.
- (B) A indicação cirúrgica de lesões com efeito expansivo em pacientes com quadro clínico estável ou melhora neurológica, já é bem estabelecida na literatura.
- (C) No TCE é consenso que a indicação cirúrgica depende da localização e tamanho da lesão, e independente do tempo entre evento e o primeiro atendimento.
- (D) O HSDA com espessura $\leq 0,5$ cm, com desvio da linha média inferior a 5mm, volume inferior a 30 cm³ (quando infratentorial) podem ter conduta não cirúrgica.

23

Paciente de 45 anos, hipertenso e diabético, refere mal-estar, cansaço fácil, fadiga, náuseas, diminuição do apetite e emagrecimento de 5 kg nos últimos cinco meses. Faz uso regular de insulina, IECA e betabloqueador. Procurou pronto-socorro, por duas vezes, após queda de pressão e síncope. Recebeu orientação para suspender IECA e aguarda exames de laboratório. Exame físico normal e níveis pressóricos de 90x62 mmHg sentado e 70x58 mmHg em pé. Exames laboratoriais: sódio sérico: 119 mEq/L; potássio sérico: 5,6 mEq/L; glicemias: 65 mg/dL; creatinina sérica: 1,3 mg/dL e ureia sérica: 45 mg/dL. Em relação ao diagnóstico e tratamento, assinale a alternativa correta.

- (A) Quando a insuficiência adrenal primária se manifesta, cerca de 50% do tecido funcional da córtex adrenal deve estar comprometido.
- (B) O diagnóstico da insuficiência adrenal primária pode ser feito apenas com dosagens séricas basais de cortisol e ACTH.
- (C) O tratamento com prednisolona deve ser feito com o objetivo de normalizar a volemia e corrigir os distúrbios de sódio e potássio.
- (D) Os glicos e mineralocorticoides devem ser suspensos, após obter o controle sintomático para evitar os seus efeitos colaterais.

24

Paciente de 65 anos, portadora de carcinoma de ovário com progressão de doença, apesar de 4 linhas de tratamento sistêmico. Evoluindo com nova recidiva peritoneal. Paciente e família já foram informados pela equipe de oncologia sobre a impossibilidade de tratamento de cura. Paciente verbaliza que sabe que tem pouco tempo de vida. Internou por edema evolutivo de MMIIIs, com ultrassom negativo para trombose venosa periférica. Função renal normalizada, após implante de duplo J, devido à compressão tumoral. Neste momento, sente-se incomodada pela dor e edema de MMIIIs. Diz que marido também tem ciência do quadro, porém está tendo dificuldades com as filhas, que se encontram em negação e não aceitam perder a mãe. Em relação ao câncer de ovário, é correto afirmar:

- (A) Os fatores, aparentemente, protetores do câncer de ovário são gestação prévia, amamentação, ligadura tubária e evitar contraceptivos orais.
- (B) Cerca de 30% das pacientes com neoplasia maligna epitelial de ovário apresentarão recidiva da doença em algum momento de sua evolução.
- (C) Triagem por dosagens seriadas do marcador tumoral sérico CA 125 e ecografia transvaginal, reduz a mortalidade por carcinoma de ovário.
- (D) A avaliação da extensão tumoral é cirúrgica, em busca de implantes peritoneais e omentais, com necessidade de pan-histerectomia, na maioria dos casos.

25

Paciente de 76 anos, portadora de diabetes melito desde os 42 anos. Neste período, também apresentou glaucoma, submetendo-se a procedimentos cirúrgicos por 8 vezes. Há 10 anos, ficou cega do olho esquerdo e, há 6 anos, do olho direito. Com a cegueira, veio a agressividade que se tornou mais evidente há 3 anos, quando foi dado diagnóstico de demência de Alzheimer (DA). No entanto, filha relata que há tempos tem percebido lapsos de memória na mãe. A agressividade foi controlada com medicação, após várias passagens pela geriatria e neurologia. Há 2 semanas, iniciou com infecção urinária, mal controlada em domicílio, o que ocasionou a sua internação. Em relação ao manejo da agitação psicomotora em paciente com DA, assinale qual a melhor conduta.

- (A) O tratamento farmacológico deverá ser empregado, independentemente das medidas comportamentais para controlar o quadro de agitação no Alzheimer.
- (B) Sintomas comportamentais como, irritabilidade, agressividade e perambulação, são incomuns em pacientes com demência de Alzheimer.
- (C) A olanzapina, em comparação com a quetiapina, melhora significativamente a agressividade, apesar de promover maior perda funcional no Alzheimer.
- (D) Os antipsicóticos típicos são utilizados como drogas de escolha frente aos atípicos, por apresentarem eficácia semelhante e menor perfil de efeitos adversos.



26

Paciente de 76 anos, internada por cinco dias com dor na região dorsal de forte intensidade, náuseas e vômitos. Relata ser portadora de aneurisma de aorta toracoabdominal. Recebeu alta mantendo recorrência dos mesmos sintomas. Cinco dias após alta, reentra por dispneia, hiporexia, vômitos de repetição, palpitações que se iniciaram na noite anterior. O caso foi discutido com equipe de UTI e cirurgião vascular, que foram uníssonos em contraindicar a cirurgia para o aneurisma, pelo alto risco de complicações. Equipe de rádio intervenção propõe endoprótese vascular, mas alerta sobre os riscos, inclusive de paraplegia. Paciente e família optam por manejo clínico. TC de tórax com presença de aneurisma fusiforme de aorta torácica descendente, ao nível de transição toracoabdominal, com calibre de 82 x 72 x 115 mm, com prováveis trombos murais associados. Em relação às complicações cirúrgicas no aneurisma de aorta toracoabdominal, é correto afirmar:

- (A) A principal preocupação na abordagem cirúrgica de correção dos aneurismas descendentes ou toracoabdominais é o acidente vascular cerebral.
- (B) Em dissecções agudas de aorta descendente, a implantação percutânea, dos *stents* expansíveis recoberto com *dacron*, geralmente são por via subclávia.
- (C) Em seguimento de 3,7 anos, o implante de *stents* autoexpansíveis em pacientes de baixo risco operatório, demonstrou pior sobrevida livre de eventos.
- (D) Um dos fatores que levam à paraplegia após abordagem cirúrgica do aneurisma de aorta descendente é a injúria de reperfusão mediada bioquimicamente.

27

Paciente de 44 anos, portadora de diabetes melito tipo 1 há cerca de 8 anos. Estava bem até 6 meses atrás, quando iniciou com náuseas e vômitos frequentes. Houve perda ponderal de 15 kg neste período. Encontra-se internada por sintoma mal controlado e desnutrição grave, com anemia ferropriva e hipoalbuminemia. Feita opção por via artificial de alimentação com melhora parcial em baixo fluxo com SNE pós-pilórica. Avaliação da endocrinologia com hipótese diagnóstica de gastroparesia diabética. Quadro arrastado de perda de peso, vômito e baixa ingestão alimentar. Aguardando melhores condições clínicas para submeter-se à jejunostomia. Em relação ao manejo clínico gastroparesia diabética, é correto afirmar:

- (A) Além de dieta, pode-se considerar a administração de metoclopramida ou domperidona e de eritromicina para aumentar o esvaziamento gástrico.
- (B) Para o tratamento de gastroparesia, a metoclopramida é considerada padrão ouro, devido à potência de seus efeitos pró-cinéticos.
- (C) A domperidona, um antagonista do receptor de dopamina D2, apresenta baixa eficácia para o tratamento da gastroparesia diabética.
- (D) As neuropatias diabéticas devem ser consideradas e tratadas no paciente diabético, mesmo com a presença de outras causas de neuropatias.

28

Paciente de 24 anos, portadora de anemia falciforme, transferida de hospital externo com descrição de quadro de mialgia difusa há 5 dias da admissão, evoluindo há 3 dias com febre, tosse, rinorreia, obstrução nasal e odinofagia. Pai relata que filha tem apresentado dor diária, mesmo após esplenectomia, com intensidade que varia de 7/10 e 9/10, sem melhora com uso habitual de codeína e paracetamol. Durante internação, não houve melhora com o uso de analgesia endovenosa; apresenta imagem radiográfica configurando síndrome torácica aguda. Histórico prévio de necrose avascular de cabeça de fêmur bilateral, colecistectomia e esplenectomia. TC de tórax demonstra opacidades lineares de aspecto retrátil, pequenas densificações irregulares e bronquiectasias em lobo superior do pulmão esquerdo, além de delgadas estrias atelectásicas na região posterior do lobo inferior de ambos os pulmões. Há 2 meses, suspendeu uso de hidroxiureia 500 mg 4x/dia, por falta do medicamento em farmácia de alto custo. Em relação ao caso apresentado, é correto afirmar:

- (A) A transfusão de hemácias deverá ser feita somente nos casos de queda $\geq 10\%$ da hemoglobina em relação ao valor basal.
- (B) Em crianças e adultos, o fígado pode ser sítio de sequestração de hemácias durante crises vaso-occlusivas.
- (C) A síndrome torácica aguda caracteriza-se por dor precordial atípica, acompanhada de tosse, dispneia e hipoxemia.
- (D) Na doença falciforme, a hidroxiureia, apesar de reduzir a incidência de síndrome torácica aguda, não tem impacto na sobrevida.

29

Paciente de 65 anos, hipertensa e diabética, deu entrada no pronto-socorro por quadro de queda do estado geral, tosse seca e secreção nasal com picos febris. Realizou exames que detectaram infecção por covid-19 com comprometimento de 25% do campo pulmonar e TEP subsegmentar, sendo encaminhada à UTI. AngioTC de tórax demonstra falha de enchimento de ramo subsegmentar do lobo médio e inferior direito, sugerindo tromboembolismo. Em relação ao manejo do tromboembolismo venoso (TEV) na covid-19, é correto afirmar:

- (A) Solicitar análise de sangue periférico com contagem de plaquetas, TTPa, fibrinogênio e D-dímero para todos os pacientes infectados e internados pela covid-19.
- (B) No tratamento da covid-19, o uso de anticoagulantes, deve ser restrito aos pacientes infectados e que evoluem com eventos tromboembólicos.
- (C) Na covid-19, o aumento dos níveis de D-dímero (paralelamente ao aumento de IL-6) foi identificado como marcador independente de gravidade.
- (D) Na covid-19, quando há suspeita de eventos trombóticos, o D-dímero elevado é condição comprobatória, tanto do diagnóstico, quanto da necessidade de anticoagulação.



30

Paciente de 79 anos, portadora de câncer de vulva há cerca de 1 ano, foi submetida à vulvectomia com linfoadenectomia inguinal bilateral, seguido de radioterapia. Realizou tratamento cirúrgico de fratura patológica de T5 com descompressão medular e artrodese de T3-T7. Segue evoluindo com recidiva de metástase óssea e presença de nódulos pulmonares. AngioTC de tórax com lesão óssea vertebral invasiva. Nódulos pulmonares de aspecto suspeito. Atelectasias laminares pulmonares. Em relação às características do câncer de vulva, assinale a alternativa correta.

- (A) A quimioterapia, associada à radioterapia para tratamento primário do carcinoma de vulva localmente avançado, apresenta piores resultados quando comparado à radioterapia isolada.
- (B) A abordagem dos linfonodos inguinais suspeitos, por meio do emprego da BAAF guiada por ultrassonografia para detecção de metástases, não demonstra resultados confiáveis a respeito do status linfonodal.
- (C) A pesquisa por metástases em linfonodo sentinelas nas pacientes portadoras de carcinoma de vulva estádio inicial demonstra ser procedimento associado à reduzida taxa de recorrência.
- (D) O estadiamento do câncer de vulva é predominantemente clínico e os mais importantes fatores preditivos de recorrência tumoral são o estádio da doença e presença de metástases ósseas.



RASCUNHO



RM 2024
1^a Fase – Prova Objetiva

0/0

1
1/100

