



Universidade de São Paulo
Brasil



CONCURSOS ÁREA DA SAÚDE USP
MÉDICO (ESPECIALIDADE: CLÍNICA MÉDICA)
EDITAL RH Nº 104/2023

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 G2**. 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: **5 (cinco) 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 **2 (duas) horas** de prova. Não haverá tempo adicional para preenchimento das folhas 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 **70 (setenta)** questões objetivas, com 5 (cinco) alternativas cada e **2 (duas)** questões dissertativas. Informe ao fiscal de sala eventuais divergências.
7. Preencha as folhas de respostas com cuidado, utilizando caneta esferográfica de **tinta azul ou preta**. As folhas de respostas **não serão substituídas** em caso de rasura.
8. Ao final da prova, é **obrigatória** a devolução das folhas de respostas acompanhadas deste caderno de questões.

Declaração

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

ASSINATURA

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



TABELA DE ABREVIÇÕES E VALORES LABORATORIAIS DE REFERÊNCIA

<u>LISTA DE ABREVIÇÕES</u>	<u>ALGUNS VALORES DE REFERÊNCIA (ADULTOS)</u>
AAS – Ácido Acetilsalicílico	Sangue (bioquímica e hormônios):
AVC – Acidente vascular cerebral	Creatinina = 0,7 – 1,3 mg/dL
bpm – Batimentos por Minuto	Razão abuminúria/creatinina urinária = até 30 mg/g de creatinina
cmH ₂ O – Centímetro de água	Desidrogenase Láctica < 240 U/L
DEXA – <i>Dual-energy X-ray absorptiometry</i>	Fósforo: 2,5 a 4,8 mg/dL ou 0,81 a 1,55 mmol/L
DHL – Desidrogenase láctica	LDL (maior ou igual a 20 anos) = desejável de 100 a 129 mg/dL
DPOC – Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica	HDL (maior de 20 anos) = desejável maior que 40 mg/dL
ECG – Eletrocardiograma	Glicemia em jejum = 70 – 99 mg/dL
FC – Frequência Cardíaca	Lactato = 5 – 15 mg/dL ou 0,5 – 1,6 mmol/L
FiO ₂ – Fração inspirada de oxigênio	Potássio = 3,5 – 5,0 mEq/L
FR – Frequência Respiratória	Sódio = 135 – 145 mEq/L
Hb – Hemoglobina	TSH = 0,5 a 4,5 mUI/L
HCM – Hemoglobina Corpuscular Média	Ureia = 10 – 50 mg/dL
HCO ₃ ⁻ – Bicarbonato	
HDL – <i>High Density Lipoprotein</i>	Sangue (hemograma e coagulograma):
IMC – Índice de Massa Corpórea	Hemoglobina = 11,7 a 14,9 g/dL
irpm – Incursões Respiratórias por Minuto	Hemoglobina corpuscular média (HCM) = 27 a 32 pg
LDL – <i>Low Density Lipoprotein</i>	Volume corpuscular médio (VCM) = 80 a 100 fL
mEq – Miliequivalente	Leucócitos = 5.000 a 10.000/mm ³
mmHg – Milímetros de Mercúrio	Neutrófilos = 1,6 a 7,0 mil/mm ³
NIH – <i>National Institute of Health</i>	Plaquetas = 150.000 a 450.000/mm ³
PA – Pressão Arterial	
pCO ₂ – Pressão Parcial de CO ₂	Gasometria Arterial:
PCR – <i>Polymerase chain reaction</i>	pH = 7,35 a 7,45
PEEP – Pressão Expiratória Final Positiva	pO ₂ = 80 a 100 mmHg
pO ₂ – Pressão Parcial de O ₂	pCO ₂ = 35 a 45 mmHg
RHZE – R (rifampicina); H (isoniazida); Z (pirazinamida); E (etambutol)	HCO ₃ ⁻ = 22 a 28 mEq/L
RPR – Reaginina Plasmática Rápida	SatO ₂ > 95%
SatO ₂ – Saturação de Oxigênio	
TPHA – Exame para <i>Treponema pallidum</i>	Líquor (punção lombar):
TSH – <i>thyroid-stimulating hormone</i>	Lactato até 20 mg/dL
UPA – Unidade de Pronto Atendimento	
VCM – Volume Corpuscular Médio	
VHS – Velocidade de Hemossedimentação	



TEXTO PARA AS QUESTÕES 01 E 02

People have been laughing a lot after a woman shared how her sleep-talking reveals a lot about her job.

In a TikTok video, Sabrina Lod got over 616,000 views as she shared the recordings of her talking in her sleep.

While sleep-talking is relatively common, Lod's recordings bring a corporate twist as she appears to be saying common customer-service phrases.

"So let me know if you need anything and have a great day," said her voice in one part of the recording.

Sabrina Lod revealed that she works in customer service, explaining why she might be uttering the phrases more commonly heard in a workplace setting.

Theresa Schnorbach, a psychologist and sleep scientist said: "Two out of three people talk in their sleep. Sleep-talking is a fairly common abnormal sleep activity—what we call parasomnia."

There is little research into the causes, but some theories say that it may be caused by lack of sleep or disruption in the environment, such as temperature or light.

"Sleep-talking appears to be more common in those with underlying mental-health conditions and it is thought to occur more frequently in those suffering from post-traumatic stress disorder," said Schnorbach.

<https://www.newsweek.com/woman-records-herself-sleep-talking-no-one-can-believe-1826379>. Acesso em 13/10/23. Adaptado.

01

Segundo o texto, o vídeo compartilhado por Sabrina Lod nas redes sociais indica que ela

- (A) demonstra alívio em relação à rotina estressante.
- (B) parece estar trabalhando enquanto dorme.
- (C) sofre de manifestações neurológicas há anos.
- (D) fica incomodada por usar linguagem agressiva.
- (E) rebate as críticas de usuários do TikTok.

02

De acordo com o texto, a especialista Theresa Schnorbach afirma que o hábito da pessoa falar enquanto dorme

- (A) possui aspectos equivalentes ao sonambulismo.
- (B) aciona o despertar do cérebro antes do corpo.
- (C) tende a desencadear episódios de insônia.
- (D) tem relação com condições mentais subjacentes.
- (E) pode provocar sensações de medo e alucinações.

TEXTO PARA A QUESTÃO 03

RESUMO

Este trabalho tem por objetivo refletir sobre a educação em saúde, enfatizando a educação popular em saúde (EPS) como proposta metodológica e sua utilização na rede básica de saúde, em especial na Estratégia Saúde da Família. Para tanto, foi realizada revisão bibliográfica sobre educação em saúde, prática educativa nos serviços de saúde e educação popular em saúde. Observou-se que, ainda hoje, as práticas educativas nos serviços de saúde obedecem a metodologias tradicionais, não privilegiando a criação de vínculo entre trabalhadores e população.

ABSTRACT

This study evaluated health education, and particularly popular health education, as a methodological approach used in the Brazilian basic healthcare network and in the Family Health Strategy, a family health program of the Brazilian government. The literature on health education, educational practices in healthcare services, and popular health education was reviewed. We found that educational practices in healthcare services follow traditional methods and do not prioritize the establishment of links between healthcare workers and the population.

<https://doi.org/10.1590/S1413-81232011000100034>. Acesso em: 25/10/23. Adaptado.

03

Consideremos o resumo de uma pesquisa nas versões em português e inglês. A tradução para o inglês do trecho "Observou-se que, ainda hoje, as práticas educativas nos serviços de saúde obedecem a metodologias tradicionais..."

- (A) mantém a neutralidade da observação.
- (B) adota abordagem menos formal.
- (C) deixa de atribuir a ação a um sujeito.
- (D) preserva cada termo do texto original.
- (E) reflete escolhas linguísticas inusitadas.



TEXTO PARA AS QUESTÕES 04 E 05

Começo o ano adoentado. Não será bom começo, mas penso que é assunto adequado. Há muita gente na cama, em casa e nos hospitais, e que passa o tempo lendo jornal. Como eu: leio jornal, ouço rádio, soluciono as palavras cruzadas da Manchete. Na hora de tomar injeção, torno-me irascível e exijo que me sirvam pílulas. Aproveito o tempo restante para fazer um exame de consciência. Tempo, com efeito, é o que um acamado tem de sobra.

Longe da fumaça dos bares, das discussões boêmias, da caça às mulheres, sinto que até hoje não passo de uma criança. Em outras palavras, não tomo juízo. Meu estilo é o de Ipanema: responsável, apaixonadamente interessado nos assuntos populares e sem responsabilidade alguma nos negócios particulares. Irresponsável quer dizer: despreparado, ingênuo, canhestro. Vejo na televisão os ingleses andando de charrete por causa da falta de gasolina e outras dificuldades coletivas. Se tal futuro estivesse reservado a toda a humanidade, neste fim de século, eu me sentiria imensamente feliz. A sociedade de consumo raramente me pega. Nunca desejei possuir um automóvel, como nunca aprendi a andar de bicicleta. Sou brilhante, imbatível mesmo, apenas como datilógrafo.

A projeção do meu ser ideal se torna mais fácil se imaginarmos tenha eu recebido o grande prêmio da Loteria Esportiva. Seria eu, então, um homem livre e poderoso; poderia fazer o que bem quisesse. Pois bem, que faria eu? Como todo mundo, já fruí muitas vezes tal sonho, de modo que colocarei em ordem as diversas providências que tomaria:

1. *Checkup*. Ficaria no hospital, rodeado de sumidades médicas, estudando meu organismo em todos os aspectos. Finalidade: sair dali tinindo para a nova vida.
2. Uns 30 dias, não menos e talvez mais, de silêncio rigoroso. Não abriria a boca para falar com ninguém. Finalidade: expurgar de minha consciência o máximo de palavras inúteis. No fim desse período de incomunicabilidade, poderia vangloriar-me de ser um poeta.

Projetos vãos, José Carlos Oliveira
<https://cronicabrasileira.org.br/cronicas/17814/projetos-vaos>. Acesso em 23/10/2023. Adaptado.

04

Na crônica de José Carlos Oliveira, o trecho que melhor representa o desejo do narrador de conquistar a liberdade é

- (A) “Na hora de tomar injeção, torno-me irascível e exijo que me sirvam pílulas.”
- (B) “Aproveito o tempo restante para fazer um exame de consciência.”
- (C) “Vejo na televisão os ingleses andando de charrete por causa da falta de gasolina e outras dificuldades coletivas.”
- (D) “A projeção do meu ser ideal se torna mais fácil se imaginarmos tenha eu recebido o grande prêmio da Loteria Esportiva.”
- (E) “Ficaria no hospital, rodeado de sumidades médicas, estudando meu organismo em todos os aspectos.”

05

No texto, ao afirmar “Sou brilhante, imbatível mesmo, apenas como datilógrafo”, o narrador

- (A) enaltece as pessoas que possuem senso pragmático na vida.
- (B) lamenta por não ter conseguido conquistar estabilidade financeira.
- (C) faz uma autoavaliação bem-humorada de suas próprias habilidades.
- (D) pretende buscar maneiras de se atualizar no mercado de trabalho.
- (E) mostra seu apreço por atividades de cunho psicológico.

06

Ana é a enfermeira-chefe de um setor que, organizacionalmente, é dividido em seções. Uma das seções é coordenada por Maria, uma enfermeira especializada e dedicada ao estudo de sua área de atuação. Em uma reunião com Marcos, dirigente do departamento e superior hierárquico de ambas, Ana não consegue explicar adequadamente o que se passa na seção coordenada por Maria. Marcos sugere, então, que Maria seja chamada para relatar a situação da seção. Ana se opõe, preferindo inteirar-se das atividades da seção para relatar a Marcos, em outra oportunidade, o estágio do serviço ali prestado. Ana é uma pessoa branca e possui o título de especialista. Maria é uma pessoa negra de cor preta e terminou recentemente seu mestrado sobre gestão de setores, como os chefiados por Ana.

Com base nos conceitos trabalhados por Cida Bento em *O pacto da branquitude*, é possível afirmar que o receio de Ana se deve a uma “lacuna moral”, conceito que a autora empresta de Edith Piza, e que pode ser definido como

- (A) um marcador das relações de dominação enquanto uma consciência da usurpação, que está na base da vivência do privilégio, mas que não altera o posicionamento do usurpador.
- (B) uma forma de relacionamento que privilegia a afeição humana na medida em que exclui a vivência de privilégios, alterando as posições de comando numa estrutura produtiva.
- (C) um marcador de perversidade das organizações, que legitima o modo de exercício de uma cadeia de comando baseada no conceito de mérito, conhecido como “meritocracia”.
- (D) uma forma de convívio saudável nas organizações, que legitima as cadeias de comando estruturadas segundo padrões de *discriminem* baseados nos conceitos de tradição e formas de privilégio.
- (E) um marcador das relações de gestão em que a consciência da legitimidade está na base da vivência do privilégio, capaz de alterar o posicionamento do usurpador, que passa de comandante a comandado.



07

“As dietas mediterrâneas, de regiões que englobam o Sul da Espanha, a França, a Itália e Grécia, têm sido muito estudadas quanto aos seus impactos na saúde. Quando em associação com outros hábitos, são reconhecidas como aliadas no controle da obesidade e doenças relacionadas. Parte da culinária local, o *sofrito* é um refogado de tomate preparado com azeite de oliva extravirgem, cebola e alho.



Ao ser ofertado a ratos em experimento científico, o preparo foi capaz de alterar o metabolismo dos animais, restringindo o ganho de peso. Segundo a pesquisa, o efeito pode estar associado a um composto identificado como butanodiol, encontrado no fígado dos camundongos.

Publicado na revista *Antioxidants*, o estudo foi conduzido por pesquisadores do Centro de Pesquisas em Alimentos (*Food Research Center — FoRC*), sediado na Faculdade de Ciências Farmacêuticas (FCF) da USP; da Universidade Internacional da Catalunha, da Universidade de Barcelona e do Instituto de Saúde Carlos III, na Espanha; e da Fundação Edmund Mach, da Universidade de Parma, na Itália”.

Fonte: <https://jornal.usp.br/ciencias/refogado-mediterraneo-altera-metabolismo-e-restringe-ganho-de-peso-em-ratos/> (adaptado)

O refogado de tomate típico da dieta da população brasileira apresenta semelhança com o *sofrito*. Considerando o cotidiano da maioria das famílias brasileiras, em lugar do azeite extravirgem, usa-se de forma mais recorrente o óleo de

- (A) algodão.
- (B) amendoim.
- (C) canola.
- (D) girassol.
- (E) soja.

08



Fonte: Jornal da USP

A Universidade de São Paulo foi criada em 1934, como consequência direta

- (A) do término da Primeira Guerra Mundial.
- (B) da eclosão da Segunda Guerra Mundial.
- (C) das consequências do *crash* da Bolsa de Nova York.
- (D) do término da Revolução Constitucionalista.
- (E) do declínio da Primeira República, conhecida como a República do café com leite.

09



Fonte: G1

A região de Essequibo ou a Guiana Essequiba é uma área territorial disputada, há mais de 100 anos pela Venezuela e pela Guiana e, anteriormente, _____ (1). Trata-se de uma região de _____ (2), o que arrefeceu a disputa por décadas. No entanto, a _____ (3), em 2015, reacendeu o conflito entre as duas nações.

Assinale a alternativa que indica as expressões que preenchem, corretamente, as lacunas indicadas por (1), (2) e (3), respectivamente.

- (A) pelo Reino Unido – densa floresta – descoberta de petróleo.
- (B) pelo Reino dos Países Baixos – densa floresta – descoberta de petróleo.
- (C) pelo Reino Unido – produção salina – descoberta de carvão mineral.
- (D) pelo Reino Unido – produção salina – descoberta de petróleo.
- (E) pelo Reino dos Países Baixos – densa floresta – descoberta de carvão mineral.



10

“Algumas infecções sexualmente transmissíveis (ISTs) não necessariamente vão apresentar sintomas diretamente ligados ao homem. Nesse sentido, a falta de conhecimento que os homens têm da própria saúde sexual pode acarretar uma responsabilidade indireta sobre as mulheres na hora de identificar algum problema que ela venha a sofrer.

Segundo o professor associado da Divisão de Urologia do Departamento de Cirurgia e Anatomia, Carlos Augusto Fernandes Molina, da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (FMRP) da USP, o papilomavírus humano (HPV) deve receber mais atenção, pois se apresenta frequentemente na forma de verruga, a qual pode acontecer em outras regiões do corpo, tratado usualmente como problema estético. ‘No entanto, na mulher, o HPV genital está intimamente relacionado ao câncer de colo uterino, sendo a grande causa da ocorrência dessa doença em mulheres adultas jovens’, explica”.

Fonte: <https://jornal.usp.br/campus-ribeirao-preto/desconhecimento-dos-homens-sobre-sua-saude-sexual-pode-impactar-as-mulheres/> (adaptado)

A respeito da prevenção do papilomavírus, é correto afirmar que a vacinação

- (A) é inexistente, dificultando a prevenção.
- (B) é recomendável apenas para pessoas do sexo feminino, a partir da menarca.
- (C) é compulsória para os adultos de ambos os sexos a partir dos 21 anos e recomendável para todos a partir dos 12 anos.
- (D) é recomendável a partir dos 9 anos para pessoas do sexo feminino e dos 11 para pessoas do sexo masculino.
- (E) é recomendável apenas para pessoas do sexo masculino, a partir do início da vida sexual ativa.

11

Homem, 35 anos, relata recente lesão no pênis, indolor e sem corrimento uretral. Relata que recentemente teve diversas relações sexuais anais e orais desprotegidas. Exame físico: uma lesão ulcerada na glande, endurecida e indolor ao toque, sem sinais inflamatórios. Sem eritema ou adenopatias inguinais e sem secreção uretral. Qual é o próximo passo mais adequado para o diagnóstico?

- (A) RPR e VDRL no sangue.
- (B) PCR para *Neisseria gonorrhoeae* na urina.
- (C) PCR para *Chlamydia trachomatis* por swab retal.
- (D) Biópsia da lesão peniana.
- (E) Cultura para *Haemophilus ducreyi*.

12

Mulher, 30 anos, com diarreia há 2 meses que eventualmente se apresenta com sangue. Nega ingestão de comida ou bebida não habitual. Nega viagens recentes. Não possui outro problema de saúde. Exame físico: PA 120x75 mmHg, abdome sem distensão e discretamente doloroso à palpação profunda, sem hepatomegalia ou ascite. Toque retal com esfíncter normal e fezes soltas amarelas, fortemente positivas para pesquisa de sangue oculto nas fezes. Exames: hemoglobina 10,6 g/dL (há um ano era de 12,8 g/dL). Qual é o diagnóstico mais provável?

- (A) Neoplasia maligna de cólon.
- (B) Diverticulose.
- (C) Doença inflamatória intestinal.
- (D) Giardíase.
- (E) Síndrome do cólon irritável.

13

Homem, 45 anos, com tosse produtiva, dispneia, febre e astenia há um mês. Tem infecção por HIV e está em uso de antirretrovirais, com seguimento regular. Há 1 mês, tinha contagem CD4+ 743/mm³ e carga viral indetectável. Exame físico: PA 122x80 mmHg, FC 82 bpm, FR 16 irpm. SatO₂ 98 % em ar ambiente. Exames: leucócitos 12.000/mm³. Radiografia do tórax: diminuição da transparência no lobo inferior direito. Qual dos seguintes agentes etiológicos é o mais provável?

- (A) *Staphylococcus aureus*.
- (B) *Pneumocystis jirovecii*.
- (C) *Streptococcus pneumoniae*.
- (D) *Haemophilus influenzae*.
- (E) *Pseudomonas aeruginosa*.



14

Homem, 66 anos, queixa-se de agravamento de um quadro de dispneia e tosse seca há 18 meses. Trabalhou durante 35 anos em processamento de rochas e aposentou-se há 1 ano. Portador de hipertensão arterial controlada com enalapril. Exame físico: emagrecido, PA 130x80 mmHg, FC 74 bpm, FR 23 irpm, expansibilidade torácica diminuída e presença de crepitações inspiratórias em lobos superiores bilateralmente. A radiografia torácica revela a presença de múltiplas opacidades nos lobos superiores acompanhados de linfadenopatias hilar com calcificações. Qual é o diagnóstico mais provável?

- (A) Aspergilose.
- (B) Abestose.
- (C) Pneumonia Atípica.
- (D) Tuberculose.
- (E) Fibrose cística.

15

Mulher, 65 anos, dá entrada na UPA com queixa de tosse com expectoração purulenta, queda do estado geral e febre há 2 dias. Exame físico: temperatura 39,8 °C, PA 86x54 mmHg, FC 110 bpm, FR 30 irpm e SatO₂ 90% em ar ambiente, vigíl, com abertura ocular espontânea, desorientada no tempo e espaço, pele quente, tempo de enchimento capilar de 1 segundo, murmúrio vesicular diminuído na base pulmonar direita. Gasometria arterial: pO₂ 58 mmHg, pH 7,3, pCO₂ 30 mmHg, HCO₃⁻ 19,2 mmol/L e lactato 2,8 mmol/L. Foi iniciada oxigenoterapia com 2 L/min, reposição volêmica e colhido hemoculturas. Qual é a próxima abordagem mais apropriada?

- (A) Iniciar ceftriaxone e azitromicina.
- (B) Realizar radiografia de tórax.
- (C) Realizar angiotomografia computadorizada de tórax.
- (D) Iniciar aminas vasoativas.
- (E) Intubação orotraqueal.

16

Homem, 35 anos, com astenia e fadiga há 2 meses, concomitantemente ao aparecimento de exantema maculopapular no tronco e nas mãos. Tem relações sexuais desprotegidas com várias mulheres. Há 5 meses notou o aparecimento de uma "ferida" na glande, indolor, que não o preocupou. Exame físico: adenomegalias bilateralmente nas cadeias cervicais, moles e ligeiramente dolorosas. Não tem lesão peniana ou adenomegalias inguinais. Análises sanguíneas: RPR 1:320, TPHA 1:128. Em qual das fases da infecção por sífilis mais provavelmente se encontra o paciente?

- (A) Primária.
- (B) Secundária.
- (C) Latente precoce.
- (D) Latente tardia.
- (E) Terciária.

17

Homem, 35 anos, há 2 semanas procurou a UPA com tosse produtiva, astenia, febre e sudorese noturnas, com 1 mês de evolução. Radiografia de tórax revelou uma cavitação no lobo pulmonar superior direito e foram colhidas amostras das secreções respiratórias, que revelaram tuberculose pulmonar bacilífera; iniciou-se a terapêutica com RHZE internado por não conseguir isolamento em casa. Reside com a esposa e 2 filhos de idades entre os 5 e 7 anos. Após as 2 semanas de internação para tratamento, o paciente apresenta-se em bom estado geral, não tem febre desde o 4º dia de tratamento e então pergunta se pode ter alta hospitalar. Qual é a resposta mais adequada?

- (A) "Nesta fase, dada a melhora clínica, pode suspender o isolamento e ir para casa. Mas terá que manter a terapêutica até perfazer 6 meses de tratamento".
- (B) "Infelizmente numa fase tão precoce de tratamento, dada a ausência de possibilidade de isolamento em casa, temos que manter a internação".
- (C) "Vamos repetir baciloscopias e realizar análises para avaliar a possibilidade de ter alta".
- (D) "Vou falar com a sua família e verificar se eles conseguem lhe dar o apoio necessário para ter alta".
- (E) "Após repetição da radiografia de tórax discutiremos a ida para casa, mas terá que manter o tratamento em casa sob vigilância de uma equipe de saúde".

18

Mulher, 18 anos, com diarreia e dor abdominal há 3 meses, apresenta 3 a 4 episódios de fezes amolecidas por dia, sem sangue e sem muco. A cólica abdominal alivia com as evacuações. Tem insônia. Mudou-se de cidade recentemente para iniciar o curso universitário e tem dificuldades para adaptação na nova cidade. Relata episódios semelhantes quando se preparava para as provas do ensino médio. Nega perda ponderal, anorexia ou astenia. Exame físico: abdome mole, depressível e indolor à palpação. Exames laboratoriais: hemoglobina 13,6 g/dL, leucócitos 5.200/mm³, plaquetas 250.000/mm³, proteína C reativa < 0,5 mg/dL. Qual dos seguintes achados é mais consistente com o diagnóstico mais provável?

- (A) Criptite e abscessos de cripta.
- (B) Úlceras duodenais.
- (C) Atrofia vilositária.
- (D) Fístulas perianais.
- (E) Mucosa colônica normal.



19

Homem, 35 anos, apresenta dor abdominal, diarreia e cansaço com 3 meses de evolução. Tem 5 episódios de diarreia por dia e descreve as suas fezes com aspecto oleoso. Refere perda de 5 kg desde o início do quadro. Não usa medicações. Exame físico: temperatura 37,8 °C, FR 24 irpm, PA 106x60 mmHg e FC 94 bpm, mau estado geral, emagrecido, descorado e desidratado. Abdome com área de empastamento no quadrante inferior direito com dor à palpação e sem sinais de irritação peritoneal. Realizado o diagnóstico de doença de Crohn com envolvimento exclusivo do íleo terminal. Qual é a complicação mais provável de se desenvolver nesse paciente?

- (A) Câncer colorretal.
- (B) Colangite esclerosante primária.
- (C) Hipercalcemia.
- (D) Megacólon tóxico.
- (E) Nefrolitíase.

20

Homem, 22 anos, com diarreia aquosa de 5 episódios por dia sem muco, pus ou sangue, nos últimos 6 meses, acompanhado de perda ponderal de 10 kg e astenia. É diabético e faz tratamento com insulina, com bom controle. Exames: anemia hipocrômica e microcítica, e proteína C reativa discretamente aumentada. Exame bacteriológico e parasitológico das fezes foram negativos. A endoscopia digestiva alta e a colonoscopia não tinham alterações macroscópicas. Foram realizadas biópsias do duodeno e cólon. Qual das alterações histopatológicas é mais provável de estabelecer o diagnóstico do quadro?

- (A) Linfocitose intraepitelial na mucosa colônica.
- (B) Atrofia vilositária duodenal.
- (C) Macrófagos PAS positivos na mucosa duodenal.
- (D) Deposição de colágeno subepitelial na mucosa colônica.
- (E) Plasmocitose basal e criptite colorretal.

21

Homem, 18 anos, com erupção cutânea pruriginosa e recorrente desde a infância, refere piora do quadro de eritema e da formação de crostas, além da acentuação do exsudato, há 7 dias. Nega febre e sintomas sistêmicos. Exame físico: pápulas eritematosas com crostas amareladas, descamação, escoriações e liquenificação na região cervical, áreas do tronco, glúteos e em dobras ulnares e poplíteas. Na região cervical e axilar, foram palpados gânglios maiores de 1 cm, elípticos e com dor de pequena intensidade. Qual é o tratamento mais indicado?

- (A) Antibiótico sistêmico.
- (B) Antiviral tópico.
- (C) Agente antifúngico.
- (D) Corticoide sistêmico.
- (E) Antiviral sistêmico.

22

Homem, 50 anos, comparece à UPA por agravamento de edema do membro inferior direito associado a sensação de calor com início há 2 dias. Tem linfedema em ambos os membros inferiores há 10 anos, mas refere que a perna direita está mais edemaciada, quente e dolorosa ao toque. Exame físico: PA 124x80 mmHg, FC 70 bpm, FR 16 irpm, temperatura 37,4 °C, edema duro bilateral dos membros inferiores até o terço inferior da coxa e espessamento da pele. Abaixo do joelho direito, observa-se uma lesão eritematosa com limites imprecisos, quente e dolorosa ao toque. Descamação na prega interdigital entre o terceiro e quarto dedo do pé direito, com solução de continuidade de 0,8 cm. Qual é a hipótese diagnóstica mais provável?

- (A) Trombose venosa profunda.
- (B) Celulite.
- (C) *Tinea corporis*.
- (D) Queimadura.
- (E) Eritema multiforme.

23

Homem, 30 anos, mecânico, procura UPA com febre alta e muita dor no corpo há 3 dias. Há 1 dia refere que começou a sentir dor intensa ao redor dos olhos e dor na barriga. Teve náuseas, mas nega vômitos. Reside em Ribeirão Preto. Exame físico: corado, eupneico, mucosa ocular hiperemiada, com algumas petéquias. Sem adenomegalia. PA 120x70 mmHg, FC 100 bpm, FR 18 irpm, temperatura 38,6 °C, abdome normotenso, doloroso à palpação profunda. Sem sinais de rigidez de nuca. Hemograma: hemoconcentração e plaquetopenia. Qual é o exame mais indicado para o diagnóstico desse paciente?

- (A) Pesquisa de anticorpos IgM.
- (B) Pesquisa de antígeno.
- (C) Hemocultura.
- (D) Imunohistoquímica.
- (E) Punção de medula óssea.

24

Mulher, 47 anos, lavradora, relata surgimento de eritema e edema em toda a região periorbicular esquerda há 48 horas com expansão para região malar esquerda, associada à dor, dificuldade de movimentos palpebrais e episódios de calafrios. Qual é o diagnóstico mais adequado e a respectiva conduta?

- (A) Trata-se de reação reversa hansênica (reação tipo I), com prescrição de prednisona.
- (B) Trata-se de erisipela, com prescrição de derivados da penicilina.
- (C) Trata-se de erisipela, com uso tópico de água boricada 2% e calor local.
- (D) Trata-se de herpes-zoster, com prescrição de aciclovir endovenoso.
- (E) Trata-se de herpes-zoster, com prescrição de aciclovir tópico.



25

Homem, 44 anos, queixa-se de lesões na pele há 5 dias, com prurido, porém sem febre ou outras queixas sistêmicas. Teve diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica há um mês, tendo sido iniciado captopril 50 mg por dia. Exame físico: múltiplas placas eritemato-edematosas em alvo, de limites bem definidos, por todo o tegumento, algumas com vesícula central, acompanhadas de áreas erodadas de pequeno tamanho na mucosa oral, sem acometimento de outras mucosas. Qual é o diagnóstico mais provável?

- (A) Síndrome da pele escaldada estafilocócica.
- (B) Necrólise epidérmica tóxica.
- (C) Pênfigo vulgar.
- (D) Dermatite de contato.
- (E) Eritema multiforme.

26

Mulher, 26 anos, com prurido no corpo todo há 10 dias. Trabalha manipulando graxa e solventes. Tem um filho de 8 anos que passa o dia na escola e que também está se coçando muito, principalmente à noite. Exame físico: pápulas eritematosas, algumas encimadas por crostículas, outras em arranjo linear, com muita escoriação, distribuindo-se no abdome, mamas, axilas e face interna dos braços. Qual é a droga de escolha para o tratamento da presente doença?

- (A) Aciclovir.
- (B) Cetoconazol.
- (C) Betametasona.
- (D) Neomicina.
- (E) Ivermectina.

27

Paciente de 63 anos, diabético e tabagista, apresentou dor torácica com 10 minutos de duração após estresse no trabalho, iniciado às 09h15 de hoje, procurando o serviço às 10h. A dor iniciou em precórdio com irradiação para região escapular esquerda, sem náuseas, associado a sudorese. Eletrocardiograma em ritmo sinusal, sem alteração de segmento ST, onda T ou bloqueios. Troponina T ultrasensível na entrada = 30 ng/L (*ref.* < 14 ng/L) e após 1h = 30 ng/L. Escore de Grace: 100. Foi iniciada antiagregação plaquetária e agendado cateterismo cardíaco para o dia seguinte às 14h30. O anticoagulante indicado hoje é:

- (A) Heparina não fracionada.
- (B) Enoxaparina.
- (C) Fondaparinux.
- (D) Dabigatran.
- (E) Rivaroxabana.

28

Homem, 74 anos, dá entrada na UPA com febre e dispneia e recebe o diagnóstico de pneumonia. Não apresenta comorbidades, internações ou procedimentos invasivos recentes. Exame físico: FR 32 irpm, PA 100x65 mmHg, com desorientação no tempo e espaço. Qual é a conduta mais adequada?

- (A) Alta para domicílio e terapia antimicrobiana com betalactâmico.
- (B) Alta para domicílio e terapia antimicrobiana com fluorquinolona.
- (C) Alta hospitalar e terapia antimicrobiana com macrolídeo.
- (D) Internação hospitalar e terapia antimicrobiana com betalactâmico e macrolídeo.
- (E) Internação hospitalar e terapia antimicrobiana com macrolídeo.

29

Homem, 28 anos, há 3 dias com febre e manchas vermelhas pelo corpo, não pruriginosas. Relata também inapetência, mal-estar e cansaço. Exame físico: exantema em placas, principalmente em tronco e envolvimento palmo plantar, não pruriginoso; lesão ulcerada, borda elevada, não dolorosa, na região lateral esquerda da língua; micropoliadenopatia na região cervical anterior e posterior, móveis e indolores; fígado palpável a 2 cm do rebordo costal direito e baço não palpável. Qual é o diagnóstico mais provável e o respectivo tratamento mais adequado?

- (A) Sífilis secundária; prescrição de penicilina benzatina.
- (B) Paracoccidiodomicose; prescrição de itraconazol.
- (C) Doença de Behçet; prescrição de dexametasona.
- (D) Sarampo; tratamento dos sintomas.
- (E) Dengue; hidratação e repouso.

30

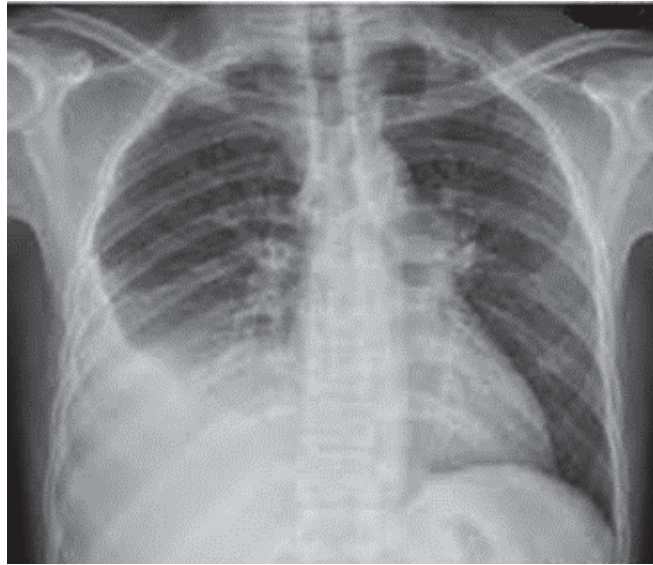
Sobre a avaliação clínica do baço e o diagnóstico de esplenomegalia, assinale a alternativa correta.

- (A) À medida que o baço aumenta, desloca o estômago, a coluna, diafragma e rim. Com isso, seu polo anterior continua a seguir a projeção da porção óssea do lado esquerdo próximo da 10ª costela.
- (B) O Método de Nixon consiste na palpação bimanual do baço com o paciente em decúbito lateral direito.
- (C) A Manobra de Middleton consiste na percussão realizada no menor espaço intercostal na linha axilar anterior esquerda na expiração e inspiração completa.
- (D) A palpação do baço é um melhor discriminador entre os pacientes em que o resultado da percussão for positivo.
- (E) A percussão do espaço de Traube por mais de um internista oferece uma concordância interexaminadores entre 0,19 a 0,41, o que é uma concordância quase perfeita.



31

Homem, 38 anos, internado por suspeita de pancreatite. Durante a internação relata que há um mês vem apresentando astenia, perda de peso, tosse com expectoração e febre. Portador de infecção pelo HIV-1 (250.000 cópias/mL, CD4+ 120 células/mm³). Nega medicação habitual. Exame físico: temperatura 38 °C, FR 16 irpm, FC 100 bpm, PA 150x76 mmHg, SatO₂ 95% em ar ambiente, hidratado, corado e anictérico. Linfonodo supraclavicular direito com 3 cm de diâmetro, móvel e indolor. Murmúrio vesicular diminuído na metade inferior do hemitórax direito. Radiografia de tórax a seguir:



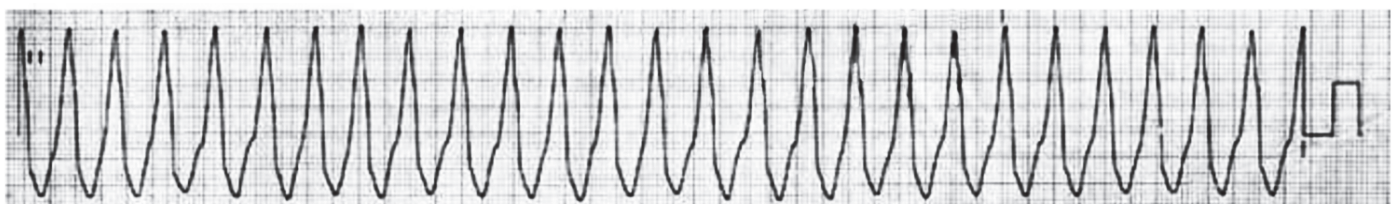
Considerando a hipótese diagnóstica mais provável, qual é o próximo passo mais adequado?

- (A) Iniciar terapêutica antibacilar e antirretroviral concomitantemente.
- (B) Iniciar terapêutica antibacilar e, após 2 semanas, terapêutica antirretroviral.
- (C) Iniciar terapêutica antibacilar e, após 8 semanas, terapêutica antirretroviral.
- (D) Realizar tomografia computadorizada torácica para confirmar o diagnóstico.
- (E) Realizar terapêutica antirretroviral e terapêutica antibacilar de forma subsequente.

32

Paciente do sexo masculino, 67 anos, convive com hipertensão arterial e diabetes melito há 10 anos. Ele encontra-se na sala de emergência respiratória por sintomas respiratórios altos iniciados há 2 dias, associados à dispneia. Ao exame de entrada, mostra FC 110 bpm, FR 32 irpm, tempo de enchimento capilar de 4 segundos e SatO₂ 86% em ar ambiente. Ele está monitorizado, quando de repente apresenta rebaixamento do nível de consciência e arresponividade.

Ao exame de cardioscopia, mostra-se o seguinte traçado:



A conduta imediata deve ser:

- (A) Sedação leve, analgesia leve, informar os familiares do diagnóstico de taquicardia ventricular instável, solicitar termo de consentimento e promover a cardioversão elétrica sincronizada.
- (B) Sedação leve, analgesia leve, informar os familiares do diagnóstico de taquicardia ventricular instável, não solicitar termo de consentimento e promover a cardioversão elétrica sincronizada.
- (C) Não promover sedação nem analgesia e promover a cardioversão elétrica sincronizada.
- (D) Sedação leve, analgesia leve, informar os familiares do diagnóstico de taquicardia ventricular instável, não solicitar termo de consentimento e promover a cardioversão química com ataque de amiodarona seguido de manutenção.
- (E) Checar pulso carotídeo por 10 segundos ininterruptos.



33

Sobre a avaliação e o diagnóstico de baixa massa óssea, osteopenia e osteoporose, assinale a alternativa correta.

- (A) A avaliação por densitometria óssea do fêmur proximal envolve a medida da densidade mineral óssea em 3 regiões: colo de fêmur, trocanter menor e região do triângulo de Wards. O triângulo de Wards não pode ser usado para o diagnóstico de osteoporose pois subestima o percentual esperado de indivíduos osteoporóticos.
- (B) Pacientes com artrite reumatoide não apresentam maior risco de fraturas por fragilidade pois o processo inflamatório sinovial culmina por promover ativação parácrina de osteoblastos, garantindo anabolismo ósseo.
- (C) Pacientes com diabetes melito apresentam maior risco de fraturas por fragilidade óssea, pois os mecanismos inerentes à doença metabólica levam a alterações no microambiente da matriz óssea, acarretando fragilidade mesmo com massa óssea normal ao exame de densitometria.
- (D) A densitometria por DEXA pode avaliar áreas como coluna lombar, fêmur proximal, antebraço e corpo inteiro e, em todas as regiões, sua finalidade é apenas estimar a densidade mineral óssea e o escore de osso trabecular.
- (E) A densitometria por DEXA fornece o valor absoluto da densidade mineral óssea da área estudada. Em comparação com dados populacionais, mulheres em período de pós-menopausa devem ser avaliadas por desvio padrão ou *Z-score*.

34

Paciente do sexo feminino, 92 anos, convive com hipertensão arterial sistêmica, diabetes melito, osteoartrite de joelhos e síndrome demencial em investigação. Internou-se eletivamente para artroplastia total de joelhos. No primeiro dia após cirurgia, apresentou inversão de ciclo sono vigília, agitação psicomotora e confusão mental. Sobre a principal hipótese diagnóstica, assinale a alternativa correta.

- (A) Trata-se de provável embolia gordurosa, e a paciente deve ser submetida à angiotomografia de vasos cervicais e cranianos.
- (B) Trata-se de provável delirium hiperativo, e a paciente deve ser submetida à investigação de etiologias metabólicas, infecciosas e otimização de analgesia.
- (C) Trata-se de provável acidente vascular cerebral isquêmico, e a paciente deve ser submetida à trombólise dentro de 4h30 do início do quadro.
- (D) Trata-se de provável progressão da síndrome demencial, e deve ser aumentada a dose de anticolinesterásicos.
- (E) Trata-se de provável primeiro episódio psicótico, e a paciente deve ser submetida à avaliação psiquiátrica especializada.

35

Paciente do sexo masculino, 72 anos, convive com hipertensão arterial sistêmica há 10 anos, diabetes melito há 10 anos e doença renal crônica estágio 2A1 há 2 anos. Refere que há 5 anos vem apresentando dor em primeira articulação metatarsofalangeana direita, com evolução em crises e remissão com corticoide ou anti-inflamatórios. Comparece ao pronto-socorro referindo dor em joelho esquerdo há 3 dias, associado à febre de 38 °C e mal-estar. Ao exame, apresenta dor à movimentação do joelho, associado a calor local e edema. Outras articulações estão sem sinais de artrite. Considerando o caso apresentado e a principal hipótese diagnóstica, assinale a alternativa que contempla a conduta que deve ser adotada nesse momento.

- (A) Prescrever prednisona 20 mg por 3 dias, associado à colchicina via oral por 5 dias e marcar retorno ambulatorial breve em uma semana para avaliar evolução da monoartrite.
- (B) Trata-se de uma monoartrite por doença por cristais, e deve ser prescrito alopurinol para controle de atividade de doença, com retorno ambulatorial breve em uma semana para avaliar evolução da monoartrite.
- (C) Trata-se de uma monoartrite aguda, e paciente deve ser submetido à artrocentese diagnóstica para diagnóstico diferencial de artrite séptica.
- (D) Trata-se de uma monoartrite aguda e paciente deve ser submetido à dosagem de proteína C reativa e pró-calcitonina, bem como busca por sinais indiretos de processo infeccioso, como leucocitose no hemograma. Se houver sinais laboratoriais de infecção, proceder com artrocentese diagnóstica eletiva.
- (E) Solicitar ecodopplercardiografia transtorácica buscando por diagnósticos diferenciais que incluem endocardite infecciosa e febre reumática, dada a idade do indivíduo e seu perfil de multimorbidade.

36

Paciente de 58 anos, assintomático, comparece à consulta de retorno para avaliação de exames. Faz acompanhamento por hipertensão arterial, em uso de anlodipina 10 mg/dia e losartana 50 mg/dia, essa última iniciada há 15 dias. Exames laboratoriais atuais mostram creatinina 1,7 mg/dL e potássio 5,8 mEq/L. Há 4 semanas a creatinina era de 1,2 mg/dL e o potássio era de 4,4 mEq/L. Assinale a alternativa que apresenta a conduta recomendada.

- (A) Suspender a losartana e acrescentar diurético de alça.
- (B) Continuar a losartana e acrescentar diurético de alça.
- (C) Continuar a losartana e repetir os exames em duas semanas.
- (D) Trocar a losartana por enalapril.
- (E) Acrescentar diurético tiazídico.



37

Paciente de 66 anos convive com hipertensão arterial sistêmica e diabetes melito. Há 2 anos faz tratamento de linfoma e está em terapia sistêmica com corticoide via oral. Estava em remissão, mas há 15 dias apresentou recaída da doença e necessitou de tratamento quimioterápico. Há 1 dia, passou a apresentar febre de 38 °C, cefaleia importante, tontura e confusão mental. Ao exame físico, apresentava FC 110 bpm, FR 26 irpm, tempo de enchimento capilar de 3 segundos. Sinais de Kernig e Brudzinski positivos, sem sinais de hipertensão intracraniana na tomografia de crânio. Foi realizada punção lombar para coleta de líquido cefalorraquiano. Na bacterioscopia, foi evidenciada presença de bacilos Gram-positivos. Sobre a principal hipótese diagnóstica, assinale a alternativa correta.

- (A) Trata-se de meningite pneumocócica, e a principal complicação dessa condição é a vasculite no sistema nervoso central.
- (B) Trata-se de meningite meningocócica, e a principal complicação dessa condição é sepse no sistema nervoso central.
- (C) Trata-se de meningite por *Haemophilus influenzae*, o mesmo causador de otite média, conjuntivite, bronquite, pneumonia, bacteremia e meningite pós-traumática.
- (D) Trata-se de meningite por *Listeria monocytogenes*, bioagente patogênico produtor de listeriolisina O, que é uma toxina citolítica dependente de colesterol.
- (E) Trata-se de meningite por *Staphylococcus aureus*, principal agente causador de meningite adquirida em comunidade.

38

A Síndrome da Fragilidade do Paciente Idoso é uma condição clínica relativamente frequente que acomete pacientes acima de 65 anos. Apresenta-se associada a desfechos clínicos negativos e deve ser prontamente reconhecida por médicos internistas para permitir individualização do cuidado clínico. Assinale a alternativa correta quanto aos critérios de Fried para o diagnóstico de síndrome da fragilidade do idoso.

- (A) Considera-se uma perda ponderal não intencional a perda de mais de 4,5 kg ou mais de 5% do peso corporal no último ano.
- (B) A força de prensão palmar pode ser medida por dinamômetro e consideram-se fraqueza as aferições abaixo do percentil 5 da população.
- (C) A diminuição da velocidade de marcha é reconhecida pelo teste da caminhada de 5 metros, com valores abaixo do percentil 20 da população.
- (D) A sensação de fadiga ou exaustão é um critério subjetivo e não existem escalas geriátricas que possam acessar esse domínio funcional.
- (E) A baixa atividade física é um critério subjetivo mas que pode ser acessado pela escala de Katz e Lawton, com valores abaixo do percentil 20 da população.

39

Paciente de 32 anos, previamente hígida, é admitida em sala de emergência por rebaixamento do nível de consciência. Seu exame físico mostra abertura ocular ao estímulo doloroso, localiza o estímulo doloroso e não apresenta resposta verbal ao estímulo doloroso. Não apresenta sinais neurológicos focais. Ausculta cardíaca e respiratória normais. Glicemia capilar de 90 mg/dL. Sobre a avaliação clínica dos estados de rebaixamento do nível de consciência, assinale a alternativa correta.

- (A) A história clínica pouco ajuda na avaliação do estupor ou coma, pois o exame neurológico isoladamente apresenta sensibilidade e especificidade para o diagnóstico etiológico.
- (B) O sistema de ativação reticular ascendente é uma rede de neurônios originada no tegmento da ponte superior e do mesencéfalo e acredita-se ser essencial para induzir e manter o estado de alerta.
- (C) A normoglicemia exclui causas metabólicas de estupor e coma, devendo-se procurar ativamente por etiologias estruturais que justifiquem o rebaixamento do nível de consciência.
- (D) Os achados neurológicos completamente simétricos sugerem etiologias estruturais e herniações encefálicas como diagnósticos etiológicos do estupor ou coma.
- (E) A avaliação respiratória e cardíaca é desnecessária, uma vez que o exame neurológico é suficiente para formulações de hipóteses diagnósticas sindrômicas, anatômicas e etiológicas.

40

Paciente de 53 anos comparece à consulta de rotina, com os sintomas estáveis nos últimos 6 meses. Faz acompanhamento por dislipidemia, hipertensão e insuficiência cardíaca com fração de ejeção reduzida (37%) e classe funcional de Nova York = III. Tem histórico de edema labial com enalapril e ginecomastia com espironolactona. Está em uso de atorvastatina, losartana, metoprolol e empagliflozina. Ao exame encontra-se vigil e orientado, bulhas rítmicas, PA 118x78 mmHg, FC 74 bpm, FR 14 irpm. Laboratório: creatinina 1,1 mg/dL, potássio 4,8 mEq/L, sódio 142 mEq/L. Assinale a alternativa que apresenta a conduta recomendada.

- (A) Substituir metoprolol por carvedilol.
- (B) Trocar losartana por valsartana-sacubitril.
- (C) Associar eplerenona.
- (D) Trocar empagliflozina por dapagliflozina.
- (E) Associar furosemida.



TEXTO PARA AS QUESTÕES 41 E 42

Paciente do sexo masculino, 78 anos, convive com hipertensão arterial sistêmica, diabetes melito e dislipidemia há 10 anos. É tabagista ativo (carga tabágica de 50 anos-maço) e etilista de uma dose de álcool desde os 40 anos de idade. Há 1 ano foi diagnosticado com carcinoma espinocelular de pulmão (T4N0Mx) em lobo superior direito em tratamento com cirurgia (recente), quimioterapia (platina há 14 dias) e radioterapia externa. Refere que estava bem até uma hora atrás, quando apresentou dor torácica súbita associada à dispneia e dor pleurítica. Na entrada, apresentava-se com FR 110 bpm, FR 30 irpm, tempo de reenchimento capilar de 2 segundos, PA 120x90 mmHg. Exame de extremidades mostra edema assimétrico, associado a empastamento em membro inferior direito. Ausculta cardíaca e respiratória sem alterações. Eletrocardiografia com ritmo regular, com ondas P positivas em DI, DII e avL, precedendo o complexo QRS, com ausência de padrão S1Q3T3. Complexo QRS de 100 ms.

41

Sobre a principal hipótese diagnóstica, assinale a alternativa correta.

- (A) Tromboembolia pulmonar é a principal hipótese diagnóstica, e o paciente deve ser submetido à coleta de D-dímero para comprovar essa hipótese.
- (B) A principal hipótese diagnóstica é síndrome da veia cava superior, e o paciente deve ser submetido à corticoterapia sistêmica e radioterapia de emergência.
- (C) As principais hipóteses diagnósticas são tromboembolia pulmonar e síndrome da veia cava superior. Considerando ambas, o paciente deve ser submetido à trombólise com alteplase.
- (D) A principal hipótese diagnóstica é progressão de doença localmente avançada, e o paciente deve ser encaminhado para novo exame tomográfico para reestadiamento de doença oncológica.
- (E) Tromboembolia pulmonar é a principal hipótese diagnóstica, e o paciente deve ser submetido à angiotomografia com protocolo para tromboembolia pulmonar para comprovar essa hipótese.

42

Considerando o achado eletrocardiográfico do paciente, assinale a alternativa correta quanto à melhor conduta para esse paciente.

- (A) Trata-se de taquicardia com QRS estreito, e o paciente deve ser submetido à manobra vagal.
- (B) Trata-se de taquicardia com QRS estreito, e o paciente deve ser submetido à infusão de adenosina intravenosa em bolus.
- (C) Trata-se de taquicardia com QRS estreito associado à dispneia, e paciente deve ser submetido à cardioversão química com amiodarona.
- (D) Trata-se de taquicardia com QRS estreito associado à resposta compensatória de outra causa clínica, e o paciente deve ser submetido à conduta conservadora com observação clínica e tratamento da etiologia de base.
- (E) Trata-se de taquicardia com QRS estreito associado à dispneia, e o paciente deve ser submetido à cardioversão elétrica sincronizada.

43

Paciente do sexo feminino, 65 anos, convive com hipertensão arterial sistêmica e diabetes melito tipo 2, ambos há 10 anos. Faz uso de losartana 50 mg ao dia, hidroclorotiazida 25 mg ao dia, metformina 2 g ao dia, dapagliflozina 10 mg ao dia e liraglutida 2,4 mg ao dia. Comparece ao pronto-socorro com queixa de dor abdominal há cerca de 6 horas, associado à indisposição, mal-estar e disúria. Exame físico: FC 110 bpm, FR 30 irpm, PA 90x60 mmHg, tempo de reenchimento capilar de 4 segundos. Está desidratada, corada, acianótica e afebril. Ausculta cardíaca e respiratória sem alterações, exceto pela taquicardia. Glicemia capilar de 80 mg/dL. A coleta de gasometria arterial mostra pH de 7,19, pCO₂ 30 mmHg, pO₂ 80 mmHg, bicarbonato de 14 mEq/L. Exame de urina mostra-se positivo para coloração de fita com nitroprussiato 4 cruzes em 4. Sobre a hipótese diagnóstica, assinale a alternativa correta.

- (A) A principal hipótese diagnóstica é intoxicação por cianeto por provável abuso de nitroprussiato de sódio.
- (B) A principal hipótese diagnóstica é infarto agudo do miocárdio com apresentações atípicas e choque cardiogênico.
- (C) A normoglicemia capilar exclui o diagnóstico de cetoacidose diabética, restando a hipótese de acidose láctica por intoxicação por metformina.
- (D) A principal hipótese diagnóstica é choque séptico de foco pulmonar, devendo-se administrar ceftriaxona e azitromicina na primeira hora do cuidado.
- (E) A principal hipótese diagnóstica é cetoacidose diabética euglicêmica, associada ao uso de dapagliflozina.



TEXTO PARA AS QUESTÕES 44 E 45

Paciente de 25 anos de idade, sexo feminino, previamente hígida. Há 3 meses começou uso contínuo de anticoncepcional oral combinado. Refere que estava bem até cerca de 2 dias, quando apresentou cefaleia difusa, de início gradual, mas progressivo, de forte intensidade, associado à confusão mental, que progrediu para rebaixamento do nível de consciência. Familiares chamaram o serviço de ambulância, que prontamente socorreu a paciente e a levou ao pronto-socorro. Ao exame neurológico, paciente com rebaixamento do nível de consciência, sem sinais meníngeos. Tomografia mostrou ausência de hemorragia subaracnóidea e angiotomografia mostrou sinal do delta vazio.

44

Assinale a alternativa que apresenta a principal hipótese diagnóstica e a conduta adequada para o caso.

- (A) Trombose venosa cerebral, e a paciente deve realizar tratamento com anticoagulação.
- (B) Hemorragia subaracnóidea, e a paciente deve ser submetida à neurocirurgia.
- (C) Intoxicação por etilglicol ou metanol, e a paciente deve ser submetida à hemodiálise de emergência.
- (D) Neoplasia no sistema nervoso central, e a paciente deve ser submetida à ressonância de crânio.
- (E) Acidente vascular cerebral hemorrágico, e a paciente deve ser submetida a controle pressórico.

45

Sobre os sinais de alarme de cefaleias, assinale a alternativa correta.

- (A) Não há sintomas ou sinais clínicos que sugiram causas de cefaleia secundária.
- (B) O principal sinal de alarme do caso em questão é o rebaixamento do nível de consciência.
- (C) Os sinais de alarme das cefaleias são características tomográficas associadas à gravidade clínica.
- (D) Os sinais de alarme das cefaleias não podem ser aferidos em apenas uma consulta e necessitam de longitudinalidade do cuidado médico para seu diagnóstico.
- (E) O principal sinal de alarme do caso em questão é a dor difusa.

TEXTO PARA AS QUESTÕES 46 E 47

Paciente de 32 anos de idade, sexo feminino, convive com lúpus eritematoso sistêmico há 3 anos. Apresenta manifestações cutâneas e articulares, em uso de hidroxiquina e prednisona. Retorna em consulta de rotina com os seguintes exames laboratoriais: Hb 9 g/dL, VCM 90 fL, HCM 29 pg, leucócitos e plaquetas normais. Ferro e saturação de transferrina normais. DHL 150 U/L, bilirrubinas normais, reticulócitos normais. Proteína C reativa e VHS normais. Creatinina 0,9 mg/dL, ureia 40 mg/dL.

46

Sobre o mecanismo que explica o valor de hemoglobina sérica da paciente, assinale a alternativa correta.

- (A) Trata-se de anemia associada à doença crônica, que é a causa mais comum de anemia entre pacientes com lúpus.
- (B) Trata-se de anemia por carência de ferro, devendo-se solicitar endoscopia digestiva alta e colonoscopia.
- (C) Trata-se de anemia hemolítica, devendo-se solicitar Coombs e prescrever prednisona.
- (D) Trata-se de anemia megaloblástica, devendo-se prescrever reposição de vitamina B12.
- (E) Trata-se de anemia por uso de hidroxiquina e prednisona, ambos por promoverem hemólise maciça em todos os pacientes.

47

Sobre o mecanismo imunológico que melhor explica o Lúpus Eritematoso Sistêmico, assinale a alternativa correta.

- (A) Trata-se de uma clássica hipersensibilidade imediata ou tipo 1 segundo a classificação de Gell e Coombs.
- (B) Trata-se de uma clássica hipersensibilidade mediada por células ou tipo 4 segundo a classificação de Gell e Coombs.
- (C) Trata-se de uma clássica hipersensibilidade por imunocomplexos ou tipo 2 segundo a classificação de Gell e Coombs.
- (D) Trata-se de uma clássica hipersensibilidade mediada por células ou tipo 3 segundo a classificação de Gell e Coombs.
- (E) Trata-se de uma clássica hipersensibilidade por imunocomplexos ou tipo 3 segundo a classificação de Gell e Coombs.



TEXTO PARA AS QUESTÕES 48 E 49

Paciente do sexo masculino, 65 anos, tabagista ativo 67 anos-maço, convive com hipertensão arterial sistêmica, diabetes melito e doença pulmonar obstrutiva crônica há 5 anos, sendo que há 2 anos é usuário de oxigênio suplementar. Faz uso de anlodipina, losartana, metformina, dapagliflozina, formoterol, budesonida inalatória e tiotrópio. Há 2 dias apresentou tosse produtiva, queda do estado geral, dispneia (com aumento da necessidade de aporte de oxigênio suplementar), febre de 38 °C e confusão mental. Procurou pronto-socorro, ocasião na qual foi visto que paciente se apresentava em regular estado geral, FC 120 bpm, FR 30 irpm, tempo de reenchimento capilar de 4 segundos, escala de coma de Glasgow 12. Glicemia capilar normal. Ausculta cardíaca com bulhas taquicárdicas, sem sopros. Ausculta respiratória com crepitações finas em lobo inferior esquerdo. Restante do exame sem alterações. Paciente foi internado para tratamento de sepse de foco pulmonar, inicialmente de forma conservadora. Entretanto, paciente apresentou piora dos parâmetros vitais e necessitou de suporte ventilatório invasivo e drogas vasopressoras. Evoluiu com síndrome da angústia respiratória aguda após 2 dias de internação em ambiente de terapia intensiva.

48

Sobre o tratamento da doença pulmonar obstrutiva crônica, assinale a alternativa correta.

- (A) O tratamento com formoterol, budesonida inalatória e tiotrópio é a única modalidade de tratamento capaz de melhorar a mortalidade do paciente com doença pulmonar obstrutiva crônica.
- (B) A budesonida inalatória é uma modalidade de tratamento associada a menores taxas de infecções pulmonares, menores necessidades de internação hospitalar e é capaz de melhorar a mortalidade do paciente com doença pulmonar obstrutiva crônica.
- (C) O valor do volume expiratório forçado no primeiro segundo é um importante marcador de prognóstico no paciente com doença pulmonar obstrutiva crônica.
- (D) A doença pulmonar obstrutiva crônica tem como etiologia mais frequente as doenças genéticas como deficiência de alfa-1 antitripsina.
- (E) O tiotrópio é uma modalidade de corticoide inalatório indicada para pacientes que apresentam exacerbações frequentes do seu quadro clínico.

49

Sobre as estratégias de ventilação protetora, assinale a alternativa correta.

- (A) Consideramos ventilação protetora quando usamos altos valores de volume corrente por peso corporal ideal, associado à pressão expiratória final positiva > 5 cmH₂O e sem ultrapassar uma pressão de platô de 15 a 20 cmH₂O.
- (B) Consideramos ventilação protetora quando usamos altos valores de volume corrente por peso corporal ideal, associado à pressão expiratória final positiva < 5 cmH₂O e sem ultrapassar uma pressão de platô de 15 a 20 cmH₂O.
- (C) Consideramos ventilação protetora quando usamos baixos valores de volume corrente por peso corporal ideal, associado à pressão expiratória final positiva > 5 cmH₂O e sem ultrapassar uma pressão de platô de 30 cmH₂O.
- (D) Consideramos ventilação protetora quando usamos baixos valores de volume corrente por peso corporal ideal, associado à pressão expiratória final positiva > 5 cmH₂O e sem ultrapassar uma pressão de platô de 15 a 20 cmH₂O.
- (E) Consideramos ventilação protetora quando usamos baixos valores de volume corrente por peso corporal ideal, associado à pressão expiratória final positiva > 5 cmH₂O independentemente do valor da pressão de platô.

50

Sobre o tratamento do acidente vascular encefálico isquêmico, assinale a alternativa correta.

- (A) O tempo entre o evento agudo e o início da trombólise intravenosa é o único determinante do sucesso terapêutico no paciente com acidente vascular encefálico isquêmico.
- (B) A hiperglicemia antes da reperfusão em pacientes com acidente vascular encefálico isquêmico tem sido associada a piores resultados, como maior tamanho do infarto e pior resultado clínico 3 meses após o tratamento com alteplase.
- (C) Não existe diferença entre o sucesso terapêutico do tratamento do acidente vascular encefálico isquêmico nas primeiras 3h do quadro e entre 3h e 4h30.
- (D) O grau do déficit neurológico pode ser aferido pela Escalas de Avaliação em AVC – NIH e é o único parâmetro capaz de prever sucesso terapêutico no paciente com acidente vascular encefálico isquêmico.
- (E) Para o tratamento dentro de 3h do início do acidente vascular encefálico isquêmico, alteplase levou a um bom resultado, sendo que número necessário para tratar para um paciente adicional para alcançar um bom resultado foi cerca de 1.



51

Paciente do sexo masculino, 78 anos, convive com hipertensão arterial sistêmica, diabetes melito tipo 2, dor crônica em joelhos, insuficiência cardíaca com fração de ejeção preservada em uso de anlodipino, losartana, hidroclorotiazida, carvedilol, metformina, dipirona continuamente. Há 6 meses apresentou uma queda da própria altura sem fraturas nos últimos 6 meses. Comparece em consulta ambulatorial pois há 1 dia apresentou uma nova queda da própria altura. Refere que a queda foi na calçada da sua casa e teve alguma dificuldade para se levantar sozinho. Nega perda de consciência ou qualquer sintoma premonitório. Nega mordedura de língua ou perda esfinteriana. Ao exame físico, apresenta pressão arterial deitado de 100x80 mmHg, pressão arterial em posição ortostática de 90x75 mmHg, FC 60 bpm, FR 16 irpm, tempo de reenchimento capilar de 3 segundos. Ausculta cardíaca e respiratória sem alterações. Teste de McMurray positivo e teste de Thessaly positivo. Sobre o caso, assinale a alternativa correta.

- (A) A estabilidade do corpo depende do processamento de informações de componentes sensoriais, cognitivos, integrativos centrais e musculoesqueléticos. Entretanto, a ocorrência de quedas depende exclusivamente de fatores neurológicos centrais, sobretudo vestibulares e cerebelares.
- (B) O exame ortopédico do paciente sugere que a queda deve ter como causa lesão ligamentar, o que pode ter provocado instabilidade postural e instabilidade de marcha.
- (C) O exame ortopédico do paciente sugere que a queda deve ter como causa lesão meniscal, o que pode ter provocado instabilidade postural e instabilidade de marcha.
- (D) O exame cardiovascular do paciente sugere que a queda deve ter como causa a hipotensão ortostática, que pode estar associada à polifarmácia a qual o paciente está submetido para controle de suas comorbidades crônicas.
- (E) A história clínica do paciente sugere que a queda deve ter como principal causa a crise convulsiva aguda sintomática, provavelmente desencadeada pela hipoglicemia secundária ao uso de hipoglicemiante oral.

52

Paciente do sexo feminino, 40 anos, operadora de telemarketing e vigia noturna em horas vagas, sem outras comorbidades. Comparece em consulta referindo cansaço nos últimos 6 meses. Ao exame, chama atenção índice de massa corporal de 28 kg/m². Restante do exame físico sem alterações. Traz exames laboratoriais com TSH de 6,5 mUI/L. A conduta mais adequada nesse momento é:

- (A) Iniciar levotiroxina em dose de 0,8 µg/kg por dia.
- (B) Iniciar levotiroxina em dose de 1,6 µg/kg por dia.
- (C) Solicitar ultrassonografia de tireoide, anticorpos anti-tireoperoxidase, T4 livre e T3.
- (D) Repetir TSH em 8 semanas após a primeira aferição.
- (E) Iniciar levotiroxina em dose de 0,8 µg/kg por dia associado à semaglutida subcutâneo.

53

Paciente de 47 anos, tabagista (10 anos-maço), procura atendimento por dispneia progressiva nos últimos 2 meses, sem precordialgia, associado à febre não aferida diária vespertina nos últimos 9 dias. Retornou de viagem para área rural no interior do estado de São Paulo há 3 semanas. Ao exame, encontra-se vigil e orientado, temperatura 38,1 °C, PA 108x68 mmHg, FC 112 bpm, FR 20 irpm, SatO₂ 96% em ar ambiente. Ritmo cardíaco regular com sopro sistólico em valva mitral 3+/6+. Ausculta respiratória normal. Máculas eritematosas indolores em palmas das mãos. Exames laboratoriais: hemoglobina 12,4 mg/dL, leucócitos 17.200/mm³, plaquetas 170.000/mm³, creatinina 1,1mg/dL, fator antinuclear 1/160, anti-DNA 10 U/mL. 2 hemoculturas de sítios diferentes = *Streptococcus pneumoniae*, terceira hemocultura negativa. Ecocardiograma transtorácico e transesofágico mostram regurgitação mitral moderada, sem vegetações. Assinale a alternativa que apresenta a conduta recomendada.

- (A) Iniciar ceftriaxone e solicitar [18F]-FDG PET/CT cardíaco.
- (B) Iniciar oxacilina e repetir ecocardiograma em uma semana.
- (C) Iniciar ceftriaxone e repetir ecocardiograma após o tratamento.
- (D) Iniciar doxiciclina e prednisona.
- (E) Iniciar oxacilina e prednisona.

54

Paciente de 67 anos é avaliado na emergência por piora da náusea e distensão abdominal após uma apendicectomia. O paciente foi submetido a uma laparotomia há 7 dias e desde então faz uso de metadona para controle da dor, além de enoxaparina profilática. Refere náuseas há 2 dias e apresentou 5 episódios de vômitos neste período. Ao exame físico encontra-se vigil e orientado, PA 126x84 mmHg, FC 76 bpm, FR 14 irpm, oximetria 96% em ar ambiente. Abdome: cicatriz cirúrgica com boa cicatrização, o abdome está doloroso difusamente, sem defesa, ruídos hidroaéreos diminuídos. A triagem metabólica está normal e a radiografia de abdome mostra nível hidroaéreo no intestino delgado e grosso, com as alças levemente dilatadas. Assinale a alternativa que apresenta a conduta recomendada.

- (A) Realizar tomografia computadorizada de abdome.
- (B) Reduzir a metadona.
- (C) Iniciar escopolamina.
- (D) Passar sonda nasogástrica.
- (E) Ultrassonografia de abdome.



55

Paciente de 32 anos, em tratamento para sepse de foco pulmonar, foi submetido à passagem de acesso venoso central em veia jugular interna esquerda para utilização de noradrenalina. Após a passagem do cateter, precisou de elevação da droga vasoativa. Está em uso de ceftriaxone e azitromicina. Exame físico: temperatura 38,2 °C, PA 86x56 mmHg, FC 122 bpm, FR 20 irpm, SatO₂ 93% sob máscara não reinalante a 15 L/min. Ausculta pulmonar mostra murmúrio vesicular reduzido à esquerda e bulhas hipofonéticas. Assinale a alternativa que apresenta a conduta recomendada.

- (A) Radiografia de tórax.
- (B) Ultrassonografia de tórax.
- (C) Tomografia de tórax.
- (D) Punção de tórax de alívio.
- (E) Drenagem de tórax.

56

Paciente de 68 anos, hipertenso, cardiopata e tabagista ativo com carga tabágica de 32 anos-maço, portador de DPOC, procura atendimento por dispneia há 3 dias com piora progressiva nas últimas 6 horas, sem história de febre. Faz uso de espirolactona, enalapril e tiotrópio. Ao exame físico encontra-se vigil, calmo e confuso; PA 152x86 mmHg, FC 98 bpm, FR 26 irpm, SatO₂ 86% sob cateter 3 L/min. Ausculta respiratória com sibilos difusos. Ultrassonografia pulmonar mostra linhas A bilateralmente, veia cava inferior com variação aproximada de 50% na respiração. Foi iniciado salbutamol. Assinale a alternativa que apresenta a conduta recomendada.

- (A) Máscara não reinalante a 15 L/min.
- (B) Máscara não reinalante a 15 L/min e furosemida.
- (C) Cateter nasal de alto fluxo.
- (D) Ventilação mecânica não invasiva.
- (E) Ventilação mecânica invasiva.

57

Paciente de 67 anos passa em avaliação pré-operatória para artroplastia total de joelho. Antecedentes: hipertensão arterial, tabagismo, fibrilação atrial crônica e dislipidemia. Medicações: metoprolol, rivaroxabana e atorvastatina. Exame físico: temperatura 36,8 °C, PA 122x88 mmHg, FC 68 bpm, FR 14 irpm, oximetria de pulso 98% em ar ambiente. Ritmo cardíaco irregular. Crepitação e redução da amplitude de movimento do joelho direito. Exames: creatinina 0,8 mg/dL, *clearance* de creatinina 68 mL/min/1,73 m². Escore CHA2DS2-VASc 3. Quanto à anticoagulação, a orientação pré-operatória é

- (A) manter a rivaroxabana.
- (B) suspender a rivaroxabana no dia da cirurgia.
- (C) suspender a rivaroxabana 3 dias antes da cirurgia.
- (D) suspender a rivaroxabana 3 dias antes da cirurgia e fazer ponte com heparina de baixo peso molecular.
- (E) suspender a rivaroxabana 7 dias antes da cirurgia e fazer ponte com heparina de baixo peso molecular.

58

Paciente de 56 anos procura o pronto atendimento por dor intensa em membros inferiores e superiores iniciados no final do dia. Trabalha em construção civil. Ao exame físico encontra-se vigil e orientado; PA 158x110 mmHg; FC 106 bpm; temperatura 37,4 °C.

- Exames laboratoriais:
 - Leucócitos 11.000/mm³;
 - Hemoglobina 15,2 g/dL;
 - Creatinina 3,2 mg/dL;
 - Ureia 92 mg/dL;
 - Sódio 136 mEq/L;
 - Potássio 5,7 mEq/L;
 - Fósforo 5,0 mg/L;
 - Cálcio 8,2 mg/dL;
 - Creatinofosfoquinase 13.258 UI/L.
- Exame de urina: densidade 1009; pH 5,1; sangue 2+/4+; proteína ausente; leucócitos 5/campo; hemácias 4/campo, cilindros pigmentados presentes.

De acordo com o caso apresentado, a hipótese diagnóstica será:

- (A) Glomerulonefrite.
- (B) Nefrite intersticial aguda.
- (C) Embolia.
- (D) Rabdomiólise.
- (E) Infecção do trato urinário.

59

Paciente de 42 anos foi internado para tratamento de pneumonia comunitária grave. Sem comorbidades. Encontra-se em ventilação mecânica em modo controlado a volume, com FiO₂ 50%, PEEP 6 mmHg, FR 16 irpm, volume corrente 460 mL.

- Exames laboratoriais:
 - Glicemia 207 mg/dL;
 - Creatinina 1,1 mg/dL;
 - Potássio 3,8 mEq/L;
 - Sódio 145 mEq/L.
- Gasometria arterial:
 - pH 7,08;
 - PaO₂ 207 mmHg;
 - PaCO₂ 39 mmHg;
 - HCO₃⁻ 9 mmol/L;
 - Cloro 110 mmol/L;
 - SatO₂ 95%.

De acordo com o caso apresentado, o diagnóstico gasométrico será:

- (A) Acidose metabólica com ânion gap normal e alcalose respiratória.
- (B) Acidose respiratória e alcalose metabólica.
- (C) Acidose mista com ânion gap aumentado.
- (D) Acidose mista com ânion gap normal.
- (E) Acidose respiratória com ânion gap aumentado.



60

Paciente de 61 anos, assintomática, retorna em consulta de acompanhamento. Antecedentes pessoais: ex-tabagismo (15 anos-maço), hipertensão arterial, dislipidemia, diabetes melito e doença renal crônica diagnosticada há um ano. Medicamentos em uso: AAS, losartana, anlodipina, atorvastatina e metformina. Exame físico: PA 126x76 mmHg, FC 76 bpm, FR 14 irpm, SatO₂ 97%. Pulsos em membros inferiores reduzidos. Exames laboratoriais: creatinina 1,3 mg/dL, clearance de creatinina 46mL/min/1,73 m², razão albumina-creatinina 1.100 mg/g. Ultrassom Doppler renal: rim direito com 8 cm e rim esquerdo com 11 cm, lesão estenótica >75% em segmento médio de artéria renal esquerda. Assinale a alternativa que apresenta a conduta recomendada.

- (A) Indicar angioplastia renal esquerda.
- (B) Solicitar angiotomografia renal.
- (C) Substituir a losartana por hidroclorotiazida.
- (D) Manter as medicações.
- (E) Acrescentar carvedilol.

61

Paciente de 62 anos procura atendimento por dor ao urinar. A dor iniciou há 2 dias, associada a desconforto perineal, aumento da frequência urinária e urgência miccional. Exame físico: temperatura 38,1 °C, PA 128x82 mmHg, FC 88 bpm, FR 16 irpm, SatO₂ 96% em ar ambiente. Toque retal: próstata dolorosa e aumentada de volume. Assinale a alternativa que apresenta a conduta recomendada.

- (A) Prescrever nitrofurantoína.
- (B) Prescrever sulfametoxazol-trimetoprima.
- (C) Solicitar biópsia transretal da próstata.
- (D) Solicitar tomografia computadorizada de próstata.
- (E) Solicitar urocultura com massagem prostática.

62

Paciente de 35 anos em acompanhamento para doença renal crônica dialítica desde os 19 anos, secundária à nefropatia por refluxo congênito, traz ultrassonografia para avaliação. Em acompanhamento também por hipertensão arterial, em uso de anlodipina, calcitriol, enalapril e cloridrato de sevelamer. Exame físico: PA 146x78 mmHg, FC 82 bpm. Ultrassonografia renal: rins de tamanho reduzido com múltiplos cistos (alguns deles com septações, sem componentes sólidos e sem fluxo vascular). Assinale a alternativa que apresenta a conduta recomendada.

- (A) Biópsia renal.
- (B) Nefrectomia bilateral.
- (C) Terapia com tolvaptan.
- (D) Tomografia renal sem contraste.
- (E) Repetir o ultrassom anualmente.

63

Paciente de 73 anos está internado para tratamento de colecistite aguda litiásica, sem sinais de pancreatite ou colangite. Optou-se por abordagem cirúrgica ainda nessa internação. O paciente faz acompanhamento por hipertensão arterial e doença arterial coronariana, com colocação de *stent* farmacológico em artéria descendente anterior há 5 meses. Faz uso de losartana, metoprolol, AAS e clopidogrel. Assinale a alternativa que apresenta a conduta recomendada.

- (A) Suspender o AAS.
- (B) Suspender o clopidogrel.
- (C) Suspender o AAS e clopidogrel.
- (D) Suspender o AAS e clopidogrel e acrescentar enoxaparina plena.
- (E) Manter o AAS e clopidogrel.

64

Paciente de 63 anos internado na unidade de terapia intensiva por choque séptico de foco indeterminado. Ele faz acompanhamento por neoplasia pulmonar e foi submetido à quimioterapia há uma semana. Na chegada, foi identificado um quadro de neutropenia febril, iniciado piperacilina-tazobactam e vancomicina há 3 dias. As culturas fecharam negativas e ele está clinicamente melhor nas últimas 24h, sem uso de drogas vasoativas. Exame físico: temperatura 36,5 °C, PA 114x76 mmHg, FC 78 bpm, FR 16 irpm, SatO₂ 96% em ar ambiente. Exames laboratoriais mostram leucócitos 1.700/mm³ e neutrófilos 97/mm³. Assinale a alternativa que apresenta a conduta recomendada.

- (A) Mudar piperacilina-tazobactam para meropenem e suspender a vancomicina.
- (B) Mudar piperacilina-tazobactam para meropenem e manter a vancomicina.
- (C) Manter apenas a vancomicina.
- (D) Manter apenas a piperacilina-tazobactam.
- (E) Manter a piperacilina-tazobactam e a vancomicina.



65

Paciente de 72 anos procura atendimento por dispneia ao esforço, progressiva ao longo de 10 meses, sem dor torácica. Faz acompanhamento por hipertensão arterial em uso de losartana, e está investigando parestesia em ambos os pés. Ao exame encontra-se vigil e orientado, turgência venosa jugular patológica presente, PA 118x72 mmHg, FC 82 bpm, FR 18 irpm. Ausculta respiratória com estertores finos em ambas as bases. ECG em ritmo sinusal, sem bloqueios e alterações de segmentos ST, com baixa voltagem difusamente. Ecocardiograma mostra moderada hipertrofia concêntrica de ventrículo esquerdo, tamanho da cavidade ventricular esquerda normal e fração de ejeção de 52%; câmaras direitas com tamanho cavitário e função normais, com hipertrofia ventricular direita. Assinale a alternativa que apresenta o teste diagnóstico indicado.

- (A) Ecocardiograma de estresse.
- (B) Ressonância magnética cardíaca com gadolínio.
- (C) Cateterização cardíaca direita e esquerda.
- (D) Nível sérico de alfa-galactosidase.
- (E) Cintilografia pulmonar de ventilação e perfusão.

66

Paciente de 65 anos, portador de insuficiência cardíaca de fração de ejeção reduzida, hipertensão arterial e dislipidemia, está internado para tratamento de descompensação cardíaca. Fazia uso de enalapril 20 mg/dia, carvedilol 12,5 mg/dia, furosemida 40 mg/dia e rosuvastatina 20 mg/dia. Foi iniciado 40 mg de furosemida endovenosa, mantendo o padrão de dispneia, com diurese de 220 mL em 12h. Ao exame físico encontra-se vigil e orientado, pele quente, tempo de enchimento capilar de 3 segundos, turgência venosa jugular presente a 55 graus, edema 2+/4+ de membros inferiores, PA 124x84 mmHg, FC 86 bpm, FR 24 irpm, SatO₂ 94% sob cateter de O₂ 3 L/min. Estertores finos em ambas as bases pulmonares. Ritmo cardíaco regular em 2 tempos. Exames: sódio 146 mEq/L, potássio 4,6 mEq/L e creatinina 1,2 mg/dL. Assinale a alternativa que apresenta a conduta recomendada.

- (A) Reduzir o carvedilol oral.
- (B) Acrescentar hidroclorotiazida oral.
- (C) Acrescentar milrinone endovenoso.
- (D) Acrescentar nitroglicerina endovenosa.
- (E) Aumentar a furosemida endovenosa.

67

Paciente de 59 anos procura atendimento por dor torácica e dispneia súbita iniciada há duas horas. Possui antecedente de hipertensão arterial, em uso de losartana. Na entrada encontrava-se hipotenso e com tempo de enchimento capilar de 4 segundos, sendo iniciada ressuscitação volêmica e noradrenalina. Ao exame encontra-se vigil e orientado, PA 114x62 mmHg, FC 106 bpm, FR 22 irpm, SatO₂ 94% sob máscara não reinalante a 10 L/min. Tempo de enchimento capilar de 3 segundos. Noradrenalina 0,3 µg/kg/min. ECG mostra taquicardia sinusal. Troponina T ultrasensível 26 ng/L (ref. < 14 ng/L). Observe a seguir o resultado da tomografia (imagem):



Assinale a alternativa que apresenta a conduta recomendada.

- (A) Ventilação mecânica não invasiva.
- (B) Trocar noradrenalina por dobutamina.
- (C) Anticoagulação plena parenteral.
- (D) Cintilografia de ventilação/perfusão pulmonar.
- (E) Infusão de alteplase.

68

Paciente de 67 anos, obeso e hipertenso, está em programação de alta hospitalar. Há 9 dias foi submetido à hemicolecomia esquerda videolaparoscópica por adenocarcinoma de colón. No quarto dia desenvolveu pneumonia, com boa recuperação e mobilização. Está em uso de losartana, piperacilina-tazobactam e enoxaparina em dose profilática. Exame físico: temperatura 36,7 °C, PA 132x84 mmHg, FC 76 bpm, FR 14 irpm, SatO₂ 96% em ar ambiente, IMC 36 kg/m². Considerando a alta do paciente, a conduta indicada para a profilaxia da trombose venosa profunda é:

- (A) Heparina de baixo peso molecular por mais 7 dias.
- (B) Heparina de baixo peso molecular por mais 21 dias.
- (C) Inserção de filtro de veia cava.
- (D) Suspender a enoxaparina.
- (E) Anticoagulação com warfarina.



69

Paciente do sexo feminino, 32 anos, refere não apresentar doenças crônicas. Faz uso de anticoncepcional oral combinado há 1 ano para planejamento familiar, pois se casou há 6 meses. Faz uso de suplemento vitamínico (desconhece composição) prescrito por dermatologista, segundo a paciente, para fortalecimento de unhas e cabelos. Comparece em consulta com médico internista ambulatorial com os seguintes exames laboratoriais: Hemograma normal, sódio sérico de 140 mEq/L, potássio sérico 4,5 mEq/L, cálcio ionizado de 1,2 mEq/L, vitamina D de 35 ng/mL, colesterol total de 100 mg/dL, LDL colesterol 56 mg/dL, HDL 40 mg/dL, TSH < 0,1 mUI/L e T4-livre 2 ng/dL. Com base no quadro clínico e laboratorial, assinale a alternativa que melhor descreve a conduta nesse momento.

- (A) Deve-se suspender o suplemento vitamínico e repetir o exame de função tireoidiana com a hipótese de interferente analítico tanto do TSH quanto do T4-livre.
- (B) Deve-se repetir todos os exames laboratoriais da paciente. Se houver manutenção do perfil de função tireoidiana, deve-se realizar ultrassonografia de tireoide e cintilografia para diferenciar tireotoxicose com ou sem hipertireoidismo.
- (C) Considerando que a paciente está em idade fértil, deve ser dosado gonadotrofina coriônica humana para diagnóstico diferencial de tireotoxicose transitória da gestação.
- (D) A avaliação do quadro total da paciente, incluindo sintomas cutâneos e provas laboratoriais, torna razoável a hipótese diagnóstica de hipertireoidismo, devendo-se prescrever metimazol em dose baixa e encaminhar para seguimento ambulatorial.
- (E) A avaliação dos exames laboratoriais isoladamente apresenta sensibilidade e especificidade suficientes para diagnóstico de hipertireoidismo subclínico. Dado que a paciente é jovem e não apresenta multimorbidades cardiovasculares, deve apenas ser acompanhada em ambulatório de tireoidologia em nível terciário.

70

Paciente de 65 anos, sexo masculino, convive com hipertensão arterial sistêmica, diabetes melito e doença renal crônica estágio 3aA1 há 5 anos. Refere que estava bem até uma hora atrás, quando passou a apresentar dor torácica, localizada em região paraesternal esquerda, em pontada, de forte intensidade, irradiando para ambos os membros superiores, com piora à tentativa de exercício físico e melhora ao repouso, associado à sudorese e tontura. Exame eletrocardiográfico mostrou infarto agudo do miocárdio com supradesnívelamento do segmento ST em parede anterior extensa. Considerando a avaliação clínica, assinale a melhor alternativa para o caso apresentado.

- (A) O histórico clínico de hipertensão arterial sistêmica fornece alta sensibilidade e especificidade para o diagnóstico de infarto agudo do miocárdio.
- (B) A avaliação da condição pré-teste do paciente não fornece subsídios para o raciocínio clínico de diagnóstico de infarto agudo do miocárdio, devendo-se aguardar a dosagem sérica de troponina I ultrasensível para confirmação da hipótese.
- (C) A irradiação para ambos os braços é a característica clínica da avaliação da dor torácica com melhor razão de verossimilhança positiva, e sua presença na avaliação aumenta a probabilidade desse achado estar presente em um paciente com a doença coronariana.
- (D) Os sintomas associados à dor torácica, como dispneia, diaforese e síncope é a característica clínica da avaliação da dor torácica com melhor razão de verossimilhança positiva, e sua presença na avaliação aumenta a probabilidade desse achado estar presente em um paciente com a doença coronariana.
- (E) A avaliação clínica pela anamnese pouco contribui para o raciocínio clínico do discernimento etiológico da dor torácica. Portanto, o exame físico resta como a melhor ferramenta para determinar a causa coronariana da dor torácica de um paciente.



QUESTÕES DISSERTATIVAS**QUESTÃO 01**

Paciente de 72 anos é levado ao pronto atendimento por mal-estar e confusão mental há 2 dias. Familiares não perceberam febre e referem que sempre foi independente e orientado. Ele faz acompanhamento regular para hipertensão arterial e diabetes melito, em uso de losartana 50 mg/dia e metformina 1 g/dia. Ao exame, encontra-se vigil, confuso quanto ao espaço e não consegue manter a atenção, sem déficit neurológico focal. Temperatura 37,9 °C, extremidades quentes com tempo de enchimento capilar de 2 segundos, PA 88x34 mmHg, FC 102 bpm, FR 26 irpm, SatO₂ 94% em ar ambiente. Ausculta pulmonar com estertores finos teleinspiratórios em terço médio à direita. Ausculta cardíaca e palpação abdominal sem alterações. Sem rigidez de nuca. De acordo com o caso apresentado, responda:

- Quais são as hipóteses sindrômicas para a apresentação atual?
- Qual a proposta diagnóstica inicial?
- Qual a proposta terapêutica inicial?
- Qual tipo de imagem ultrassonográfica seria mais provável no terço médio pulmonar direito?

QUESTÃO 02

Paciente de 56 anos de idade, sexo masculino, convive há 5 anos com hipertensão arterial sistêmica, diabetes melito, obesidade grau II e dislipidemia. Há 3 meses, recebeu o diagnóstico de adenocarcinoma de pâncreas exócrino, com tumor envolvendo o eixo celíaco, artéria mesentérica superior e artéria hepática comum. Apresentava metástases em 3 linfonodos regionais. Há um mês, apresentou ascite importante e foi diagnosticado com carcinomatose peritoneal. No último mês, foi internado 2 vezes para paracentese de alívio e uma vez por inapetência, fraqueza à incapacidade de execução de atividades diárias. Está em tratamento com leucovorina, fluorouracil infusional de curto prazo, oxaliplatina e irinotecano, mas mantém biomarcadores tumorais elevados. Procurou o pronto-socorro há 5 dias, pois a família referia que o paciente está com autocuidado limitado e confinado à cama ou ao sofá na maioria das horas de vigília, em piora nos últimos dias. No exame físico admissional, encontrava-se emagrecido, com proeminências ósseas visíveis, olhos fundos e desidratado. Sinais vitais normais. Ascite tensa, alguma dificuldade para respirar, com uso de musculatura acessória para respiração. Restante do exame físico normal. Faz uso de morfina 2 mg a cada 4 horas para controle de sintomas. No 4º dia de internação não obteve controle de dispneia, evoluindo com padrão agônico, apesar das medidas, e foi indicada bomba de infusão contínua com midazolam e morfina. No 5º dia de internação, apresentou rebaixamento do nível de consciência presenciado e o médico não conseguiu sentir pulso carotídeo. Com base no caso apresentado, responda:

- Qual é a principal hipótese diagnóstica?
- Descreva a conduta médica para os próximos 10 minutos em relação ao paciente.
- Descreva como seria a conversa do médico com os familiares.

Instruções:

- As respostas deverão ser redigidas de acordo com a norma padrão da língua portuguesa.
- Escreva com letra legível e não ultrapasse o espaço de linhas disponíveis da folha de respostas.
- Receberão nota zero as respostas que permitirem, por qualquer modo, a identificação do candidato.



RASCUNHO



RASCUNHO



Área Saúde DRH 2024
1ª Fase – Objetiva e Dissertativa

0/0

1
1/100

