

ESPECIALIDADES CLÍNICAS

Instruções para a realização da prova

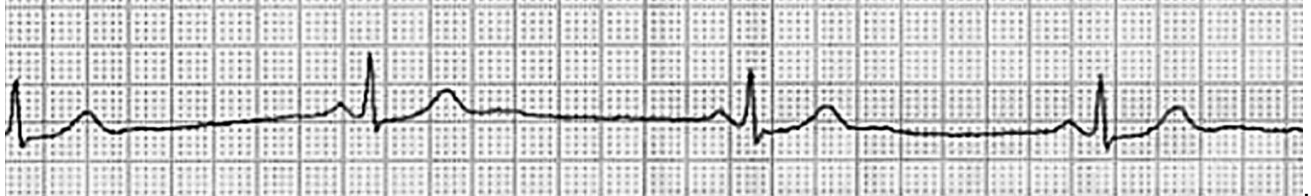
- Esta prova é composta de 70 questões de **MÚLTIPLA ESCOLHA**. Para cada questão, há 4 alternativas, devendo ser marcada apenas uma.
- Assine a folha de respostas com caneta esferográfica preta e transcreva para essa folha as respostas escolhidas.
- Ao marcar o item correto, preencha completamente o campo correspondente, utilizando caneta esferográfica **PRETA**.
- Não deixe nenhuma das questões em branco na folha de respostas.
- A duração total da prova é de 4 horas. **NÃO** haverá tempo adicional para transcrição de gabarito.
- Você somente poderá deixar a sala após 2h do início da prova, podendo levar consigo o **CADERNO DE PROVA** e o **CONTROLE DE RESPOSTAS**.

CONTROLE DE RESPOSTAS DO CANDIDATO													
1		11		21		31		41		51		61	
2		12		22		32		42		52		62	
3		13		23		33		43		53		63	
4		14		24		34		44		54		64	
5		15		25		35		45		55		65	
6		16		26		36		46		56		66	
7		17		27		37		47		57		67	
8		18		28		38		48		58		68	
9		19		29		39		49		59		69	
10		20		30		40		50		60		70	

VALORES DE REFERÊNCIA DOS EXAMES LABORATORIAIS,

EXAME	VALOR REFERÊNCIA
Ácido úrico	Homem: 3,5 a 7,2 mg/dL; mulher: 2,6 a 6,0 mg/dL
Albumina plasmática	3,5 a 5,2 g/dL
Bilirrubina total	0,3 a 1,2 mg/dL
Cálcio sérico	8,8 a 10,2 mg/dL
Creatinina	Homem: < 1,2 mg/dL, mulher: < 0,9 mg/dL
CPK (creatina fosfoquinase)	Homem: < 190 UI/L, mulher: < 170 UI/L
Colesterol total	< 200 UI/L
LDH (ou DHL)	Homem: < 680 UI/L, mulher: <450 UI/L
HDL-colesterol	Homem: ≥ 40 mg/dL; mulher: ≥ 50 mg/dL.
LDL-colesterol	< 100 mg/dL
Triglicérides	< 150 mg/dL
Ferro sérico	60 a 180 ug/dL
Fosfatase alcalina	Homem: 40 a 129 UI/L, mulher 35 a 103 UI/L
Fósforo sérico	2,5 a 4,5 mg/dL
Lactato	0,5 a 1,6 mmol/L
Saturação transferrina	20 a 45%
TSH	0,3 a 4,2 uUI/mL
T3L	0,20 a 0,44 ng/dL
T4L	0,9 a 1,7 ng/dL
Glicemia	60 a 99 mg/dL
Ureia	< 65 anos: 17-48 mg/dL. ≥ 65 anos: < 71 mg/dL.
Sódio (Na ⁺)	132 a 146 mEq/L
Potássio (K ⁺)	3,7 a 5,4 mEq/L
TGO	Homem: <40 UI/L, mulher: < 32 UI/L
TGP	Homem: < 41 UI/L, mulher: < 33 UI/L
TIBC	225 a 450 ug/dL
Magnésio	1,31 a 1,91 mEq/L
Fósforo	3,0 a 4,5 mg/dL
Hemoglobina	Homem: 14 a 18 g/dL, mulher: 12-16 g/dL
Hematócrito	Homem: 41-52%, mulher: 36-46%
Leucócitos	4.000 a 10.000/mm ³
Plaquetas	150.000 a 400.000/mm ³
VCM	81,7 a 96,8fL
CHCM	32,0 a 36 g/dL
Exame de urina	
Densidade	1005 a 1035
pH	5,0 a 8,0
Hemácias	Até 5/campo
Leucócitos	Até 5/campo
Proteína	Negativo/traços
Proteinúria 24 horas	< 0,15 g/24 horas
Albuminúria	< 30 mg/g
Proteína/creatinina (amostra urina)	< 0,20
Gasometria venosa	pH: 7,33 a 7,43 HCO ₃ : 18 a 23 mmol/L PCO ₂ : 38 a 50 mmHg Cloro: 98 a 106 mmol/L
Hemoglobina glicada (HbA1c)	4,5 a 5,6%
Gama GT	Homem < 85UI/L; mulher < 38UI/L
PSAtotal	< 4,0ng/mL

01. Mulher, 66a, assintomática, vem para consulta de rotina no ambulatório. Antecedentes: hipertensão arterial há 10 anos. Medicamentos em uso: hidroclorotiazida 25 mg/dia, anlodipina 10 mg/dia e atenolol 50 mg/dia. Exame físico na primeira consulta: PA (posição sentada) =162/82mmHg; FC=68bpm, ritmo cardíaco regular. Exames laboratoriais: potássio=4,7mEq/L; creatinina=0,93mg/dL; TSH=2,3mUI/L; colesterol-LDL=68mg/dL; colesterol-HDL=41mg/dL; hemoglobina glicada=6,2%. É adicionada mais uma medicação anti-hipertensiva. Contudo, a paciente retorna ao ambulatório após duas semanas referindo tonturas. Neste momento, o exame físico mostra os seguintes valores de PA no consultório: posição sentada=132/76mmHg; posição deitada=134/78mmHg; após 1 minuto em pé=128/74mmHg; após 3 minutos em pé=126/72mmHg. Realiza eletrocardiograma (ECG) abaixo:



A MEDICAÇÃO PRESCRITA FOI:

- a) Espironolactona.
- b) Ramipril.
- c) Metildopa.
- d) Hidralazina.

02. Homem, 62a, em seguimento ambulatorial por neoplasia hematológica, é avaliado para transplante de células-tronco hematopoiéticas. Exame físico: PA=120/80mmHg, FC=70bpm, FR=14irpm. Ausculta cardíaca e pulmonar sem alterações. Abdome flácido, indolor, fígado não palpável, baço não percutível, macidez móvel negativa, sem circulação colateral. Ausência de telangiectasias e eritema palmar. Exames laboratoriais: HBsAg=reagente, anti-HBc=reagente, anti-HBs=não reagente, DNA VHB=não detectado, ALT=25UI/L, bilirrubina total=0,8mg/dL, RNI=1,0, albumina=3,8g/dL, creatinina=0,9mg/dL. Sorologias de HIV e hepatite C não reagentes. Ultrassonografia de abdome sem alterações. **A CONDUTA É:**

- a) Prescrever terapia antiviral antes do transplante de células-tronco.
- b) Prescrever terapia antiviral se aumento de ALT durante o monitoramento.
- c) Prescrever terapia antiviral se aumento de DNA VHB durante o monitoramento.
- d) Prescrever terapia antiviral se sinais clínicos de descompensação hepática.

03. Homem, 32a, procura o Pronto-Socorro com quadro de fraqueza muscular flácida de início súbito, predominando em membros inferiores, ao acordar. O quadro evoluiu nas últimas quatro horas e o paciente encontra-se com dificuldade para se levantar da cama. Refere episódio semelhante que resolveu espontaneamente há dois meses. Na noite anterior, realizou refeição rica em arroz, massas e refrigerante. Nega febre, dor, consumo de álcool ou drogas ilícitas. Antecedentes pessoais: nega doenças e uso regular de medicações. Exame físico: paralisia flácida simétrica em membros inferiores, hiporreflexia patelar bilateral, sem alterações sensitivas. Sinais vitais: PA=130/80mmHg; FC=118bpm; oximetria de pulso=98% (ar ambiente). Gasometria venosa e eletrólitos: potássio=2,2mEq/L; magnésio=2,0mg/dL; sódio=140mEq/L; glicemia=108mg/dL. **DIANTE DESTES QUADRO, A CONDUTA MAIS APROPRIADA APÓS INÍCIO DA REPOSIÇÃO DE POTÁSSIO É:**

- a) Solicitar dosagem de atividade de renina e aldosterona sérica.
- b) Prescrever propranolol e solicitar exames para avaliação da função tireoidiana.
- c) Prescrever hidroclorotiazida EV e dosar cortisol e ACTH.
- d) Prescrever espironolactona e restringir sódio na dieta.

04. Homem, 68a, portador de síndrome mielodisplásica em programa de transfusão crônica, compareceu ao serviço de hemoterapia para receber duas unidades de concentrado de hemácias. Após 30 minutos de infusão da primeira unidade, apresentou tremores associados à elevação da temperatura axilar (36,8°C antes da transfusão e 38,1°C após o início da reação), sem outros sinais ou sintomas. A transfusão foi interrompida para avaliação médica e investigação de reação adversa transfusional. **SOBRE ESSA OCORRÊNCIA, É INCORRETO AFIRMAR:**

- a) O uso de filtros para retirada de leucócitos das bolsas pode reduzir a ocorrência desse tipo de reação.
- b) O acúmulo de citocinas inflamatórias durante o período de armazenamento da bolsa é causa frequente desse quadro.
- c) A coleta de amostras para cultura microbiológica faz parte do protocolo inicial de investigação.
- d) Se os sintomas melhorarem com antipiréticos, é possível retomar a transfusão da mesma bolsa em até 6 horas.

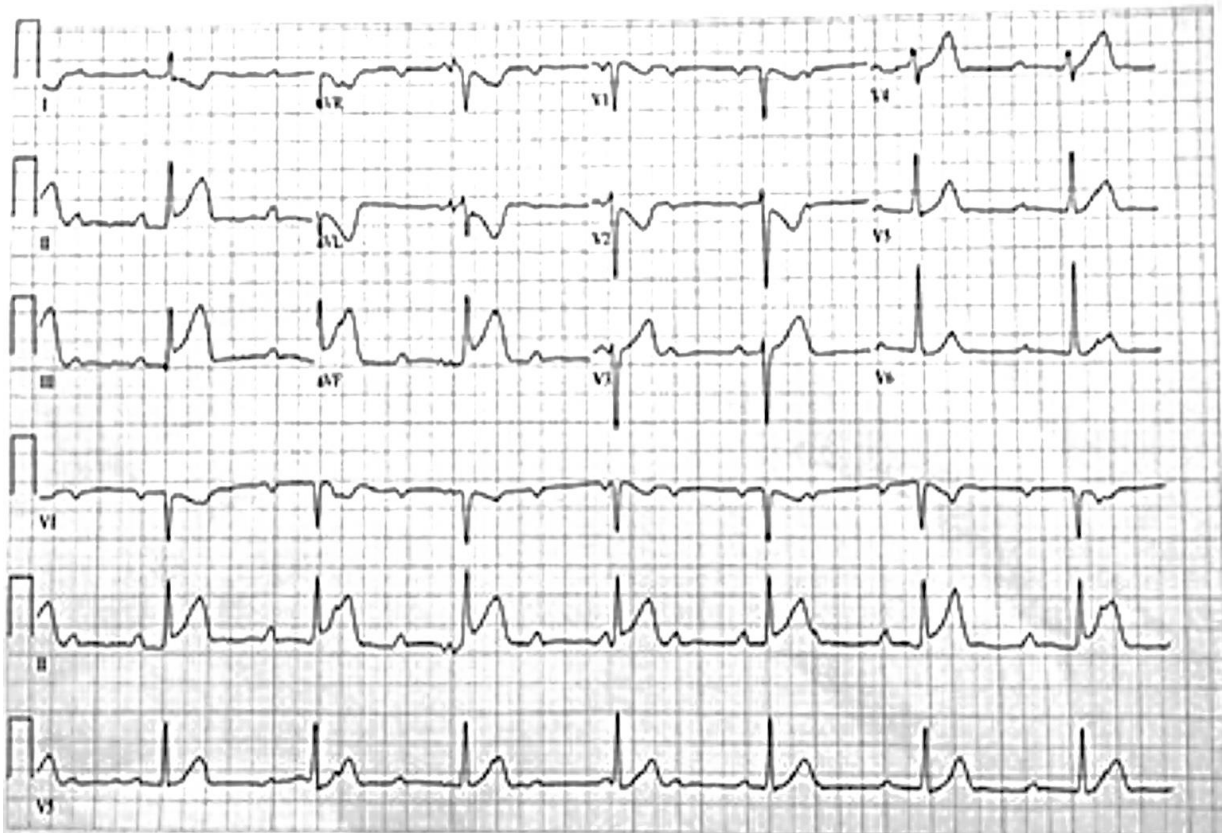
05. Homem, 41a, foi admitido após crise convulsiva tônico-clônica generalizada com duração superior a 15 minutos, refratária a diazepam e fenitoína intravenosa. Foi realizada intubação orotraqueal e iniciado midazolam em bomba de infusão contínua. Antecedentes pessoais: epilepsia desde os 20 anos. Medicamentos de uso domiciliar: ácido valpróico 2g/d. Está sob ventilação mecânica, sedado com midazolam e em uso de fenitoína intravenosa. Exame físico: pupilas isofotorreagentes, arresposivo, sem movimentos involuntários. PA=128/76mmHg, FC=92bpm, FR=16irpm, temperatura axilar=37,1°C, oximetria de pulso=96% (FiO₂=40%). Exames laboratoriais: hemoglobina=14,0g/dL, leucócitos=9.600/mm³; plaquetas=250.000/mm³; potássio=4,2mEq/L; creatinina=0,9mg/dL; sódio=138mEq/L. Líquor=aspecto límpido, proteína=38mg/dL, glicose=68mg/dL (glicemia=96mg/dL), linfócitos=2células/mm³, sem bactérias na bacterioscopia. Tomografia computadorizada de crânio=normal. **A CONDUTA É:**

- a) Suspender o midazolam após 24h de infusão e associar levetiracetam.
- b) Iniciar o desmame do midazolam após 72h de infusão e retornar o ácido valpróico.
- c) Iniciar o desmame do midazolam após a realização de eletroencefalograma e associar levetiracetam.
- d) Reduzir a dose do midazolam gradualmente e associar levetiracetam sem necessidade de novo exame.

06. Mulher, 24a, comparece ao Pronto-Socorro com febre, exantema que se iniciou em face, tosse seca e coriza há quatro dias. Refere viagem para visitar familiares na Bolívia há 10 dias. Nega doenças crônicas. Exame físico: PA=90/60mmHg, FC=105bpm, FR=20irpm, temperatura axilar=39°C. Hiperemia conjuntival. Ausculta cardíaca sem alterações. Ausculta pulmonar com sibilos difusos. Abdome sem alterações. Pele com exantema maculopapular em face e tronco. **É CORRETO:**

- a) Orientar precaução de contato e isolamento respiratório por gotículas.
- b) Coletar amostra para sorologia em até 30 dias do início do exantema.
- c) Realizar bloqueio vacinal até 96 horas após identificação do caso.
- d) Notificar o caso após confirmação laboratorial por sorologia ou PCR.

07. Mulher, 56a, é admitida com história de dor precordial persistente há 1 hora. Relata episódio de síncope ocorrido há aproximadamente 15 minutos. No momento, refere mal-estar geral e sudorese difusa. Antecedentes: diabetes melito e hipertensão. Medicamentos em uso: valsartana, metformina e rosuvastatina. Exame físico: consciente, orientada, taquipneica, PA=78/47mmHg. Realizado ECG.



EM RELAÇÃO A ESTE CASO, É CORRETO AFIRMAR:

- a) O tratamento indicado é aspirina, clopidogrel, trombólise e nitrato.
- b) O uso de atropina está contraindicado.
- c) O tratamento de escolha é heparina, aspirina e clopidogrel.
- d) A necessidade de implante de marcapasso definitivo é pouco frequente.

08. Homem, 78a, foi internado por dor em tumoração em clavícula direita há quatro meses. Refere dor lombar, três quedas da própria altura e perda de 20 quilos no período. Antecedentes pessoais: hipertensão arterial, dislipidemia e obesidade. Medicamentos em uso: losartana e sinvastatina. Exame físico: bom estado geral, eupneico, descorado. Tumoração dolorosa à palpação em clavícula direita. Restante do exame físico é normal. Exames laboratoriais: hemoglobina=9,8g/dL, leucócitos=7800/mm³, plaquetas=182.000/mm³, creatinina=2,1mg/dL, cálcio iônico=1,31mmol/L, fosfatase alcalina=807UI/L. Tomografia de coluna mostra múltiplas lesões osteoblásticas em corpos vertebrais, compatíveis com acometimento metastático. **O EXAME A SER SOLICITADO E O DIAGNÓSTICO SÃO:**

- a) Pesquisa de cadeias leves livres no soro; mieloma múltiplo.
- b) Cistoscopia; carcinoma urotelial.
- c) Dosagem de PSA; adenocarcinoma de próstata.
- d) Pesquisa de mutação no gene EGFR; carcinoma de pulmão.

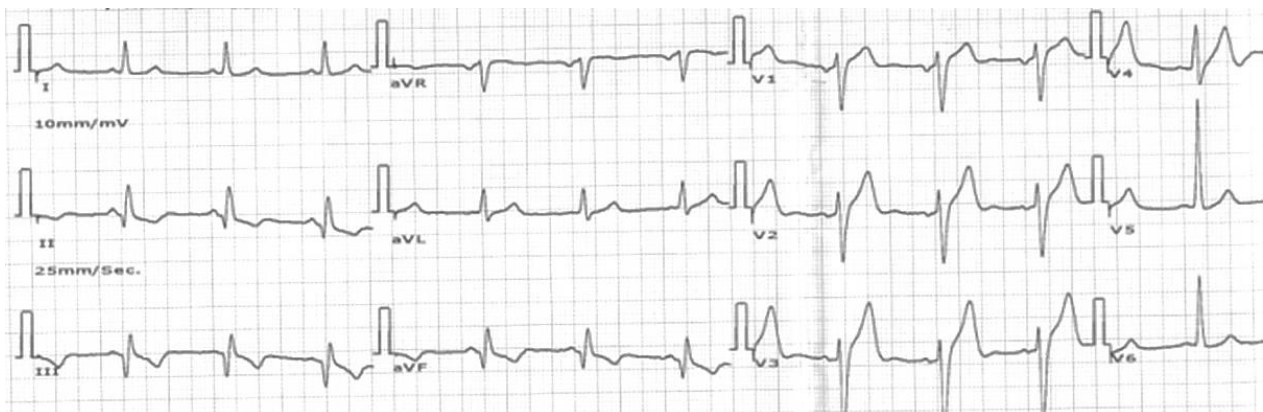
09. Mulher, 47a, procura avaliação por hipertensão arterial de difícil controle há mais de dez anos. Refere episódios frequentes de câibras em membros inferiores e fadiga, especialmente no final do dia. Antecedentes pessoais: hipertensão arterial em uso de losartana, anlodipino e hidroclorotiazida, com controle pressórico irregular. Está há quatro semanas sem usar os fármacos. Nega uso recente de laxantes ou diuréticos poupadores de potássio. Nega história familiar de doenças endócrinas. Exame físico: PA=158/94 mmHg; FC=82bpm; IMC=24Kg/m²; aparelho pulmonar e cardiovascular sem outras alterações; ausência de alterações cutâneas. Exames laboratoriais: potássio=2,8mEq/L; sódio=143mEq/L; creatinina=0,7mg/dL; aldosterona plasmática=16ng/dL (VR:<15ng/dL); atividade de renina plasmática<0,5ng/mL/h (VR:0,5-4ng/mL/h); relação aldosterona/renina=52 (VR<30). **O PRÓXIMO PASSO NA INVESTIGAÇÃO DESTA PACIENTE É:**

- Solicitar dosagem de catecolaminas urinárias.
- Realizar teste de infusão salina.
- Realizar teste de supressão com dexametasona.
- Prescrever espironolactona empírica.

10. Mulher, 42a, procurou atendimento por febre vespertina, artralguas e rigidez matinal. Antecedentes pessoais: nega comorbidades e medicações em uso. Exame físico: bom estado geral; PA=118/76mmHg; FC=86bpm; FR=16irpm; temperatura axilar=37,8°C; oximetria de pulso=98% (ar ambiente). Exames complementares: hemoglobina=11,2g/dL; VCM=88fL; CHCM=33g/dL; leucócitos=11.200/mm³, plaquetas=320.000/mm³, ferritina=2.850ng/mL. **O DIAGNÓSTICO É:**

- Doença falciforme.
- Hemocromatose hereditária.
- Artrite reumatoide.
- Linfo-histiocitose hemofagocítica.

11. Homem, 59a, refere histórico de infarto do miocárdio há três anos, porém não traz nenhum documento comprobatório. Encontra-se assintomático e sem alterações ao exame físico. Antecedentes pessoais: diabetes melito e hipertensão arterial. Medicamentos em uso: enalapril 20mg/dia, bisoprolol 10mg/dia, anlodipina 5mg/dia, metformina 850mg/dia, dapagliflozina 10 mg/dia, atorvastatina 80mg/dia e AAS 100mg/dia. Exames laboratoriais: colesterol-LDL=57mg/dL; colesterol-HDL=37mg/dL; triglicérides= 188mg/dL; hemoglobina glicada=6,2%. Realizado o ECG abaixo.



A CONDUTA É:

- Trocar atorvastatina por rosuvastatina.
- Acréscitar ezetimiba.
- Manter o tratamento hipolipemiante.
- Trocar atorvastatina por pitavastatina.

12. Homem, 26a, sem parceiro fixo, procura orientação médica. Faz uso recorrente de profilaxia pós-exposição à infecção pelo HIV (três episódios em um ano) e, na consulta atual, relata exposição sexual desprotegida há dois dias, com parceiro eventual que vive com o HIV. **SOBRE A PROFILAXIA PRÉ-EXPOSIÇÃO À INFECÇÃO PELO HIV PARA ESSE PACIENTE, É CORRETO AFIRMAR:**

- a) Deve ser oferecida 28 dias após o término da profilaxia pós-exposição, com a exclusão da infecção pelo HIV.
- b) Deve ser oferecida imediatamente, após exclusão da infecção pelo HIV.
- c) Deve ser oferecida em até 72 horas após a exposição sexual, após exclusão da infecção pelo HIV.
- d) Deve ser oferecida no término da profilaxia pós-exposição, após exclusão da infecção pelo HIV.

13. Homem, 38a, previamente hígido, apresenta episódios recorrentes de sudorese, confusão mental e visão turva nas manhãs ou após jejum prolongado. Os sintomas melhoram rapidamente após a ingestão de açúcar. Nega uso de insulina, hipoglicemiantes orais ou suplementos alimentares. Não faz uso de álcool ou drogas ilícitas. Durante investigação hospitalar, foi submetido a jejum supervisionado de 72 horas. No 14º ciclo, desenvolveu sintomas compatíveis com hipoglicemia. Os seguintes exames foram colhidos no momento dos sintomas: glicemia=38mg/dL; insulina=12µU/mL (VR: <3 na hipoglicemia). **NESTE PACIENTE, A ABORDAGEM PARA DIFERENCIAR ENTRE CAUSAS DE HIPOGLICEMIA HIPERINSULINÊMICA É:**

- a) Dosagem de peptídeo C e pró-insulina para avaliar produção endógena de insulina.
- b) Realização de ressonância de sela túrcica para exclusão de insuficiência adrenal.
- c) Solicitação de ressonância abdominal para investigação de tumor pancreático.
- d) Teste de tolerância oral à glicose para avaliar reserva pancreática funcional.

14. Mulher, 28a, gestante de 16 semanas, apresentou sorologia positiva para sífilis em exame pré-natal e procurou orientação especializada. Antecedentes pessoais: relata alergia à penicilina desde a infância, sem saber fornecer detalhes sobre o tipo de reação. Medicamentos em uso: suplementação vitamínica para gestação. Exame físico: bom estado geral, PA=110/70mmHg, FC=82bpm, FR=16irpm, temperatura axilar=36,5°C, oximetria de pulso=98% (ar ambiente). Demais aparelhos sem alterações.

A CONDUTA É:

- a) Solicitar dosagem de IgE para penicilina e, se positiva, substituir o tratamento para sífilis.
- b) Realizar dessensibilização à penicilina e prescrever tratamento com benzilpenicilina benzatina.
- c) Realizar investigação com teste cutâneo e teste de provocação oral e, se negativos, tratar com benzilpenicilina benzatina.
- d) Tratar com benzilpenicilina benzatina sem investigação para alergia, pois a sua probabilidade é muito baixa.

15. Homem, 45a, foi diagnosticado com sarcoma pleomórfico localizado em extremidade e submetido à ressecção cirúrgica. Pelo alto grau histológico do tumor, foi indicado tratamento adjuvante com quimioterapia utilizando doxorrubicina e ifosfamida. Durante o tratamento apresentou neutropenia febril. **ALÉM DA NEUTROPENIA, AS OUTRAS TOXICIDADES CARACTERÍSTICAS DESSE REGIME QUIMIOTERÁPICO SÃO:**

- a) Náuseas e vômitos intensos, além de risco de cardiotoxicidade associada à doxorrubicina.
- b) Náuseas e vômitos intensos, além de risco de pneumonite intersticial relacionada ao regime.
- c) Neuropatia periférica e diarreia, mais frequentemente observadas com taxanos e platinas.
- d) Nefrotoxicidade e ototoxicidade, geralmente associadas ao uso de derivados de platina.

16. Homem, 48a, é avaliado por quadro progressivo de lentificação de movimentos, instabilidade postural e alterações cognitivas leves há cerca de um ano. Refere episódios de movimentos involuntários e rigidez muscular, além de histórico de convulsões tônico-clônicas generalizadas há três anos. Antecedentes pessoais: nega uso de álcool ou drogas. Não há histórico familiar relevante. Exame físico: bradicinesia, rigidez em membros superiores e leve disartria. Mini Exame do Estado Mental=24/30. Exames laboratoriais: cálcio sérico total=7,0mg/dL; fósforo=5,4mg/dL; PTH intacto=9pg/mL; vitamina D=24ng/mL; TSH=1,30mUI/L; T4 livre=1,1ng/dL; função hepática e renal: normais. Tomografia computadorizada de crânio (IMAGEM Q16). **O DIAGNÓSTICO MAIS PROVÁVEL PARA O QUADRO NEUROLÓGICO DESCRITO É:**

- a) Doença de Parkinson idiopática.
- b) Neurotoxoplasmose com envolvimento extrapiramidal.
- c) Encefalopatia hipóxica com calcificações residuais.
- d) Síndrome de Fahr.

17. Mulher, 35a, apresenta história de angioedema recorrente em várias partes do corpo, além de dois episódios de edema de laringe com necessidade de intubação orotraqueal. Antecedentes pessoais: diagnóstico prévio de angioedema hereditário (AEH) tipo 1. Antecedentes familiares: pai faleceu por edema de laringe. **EM RELAÇÃO AO ANGIOEDEMA HEREDITÁRIO DESTA PACIENTE, É CORRETO AFIRMAR:**

- a) A crise de AEH deve ser tratada com anti-histamínicos de segunda geração.
- b) Para o diagnóstico definitivo o teste genético é obrigatório.
- c) Não há terapias profiláticas capazes de reduzir sua frequência ou gravidade.
- d) Dores abdominais recorrentes fazem parte do espectro clínico.

18. Mulher, 33a, apresentou há dois anos episódios recorrentes de dor de cabeça. Os episódios ocorriam entre 10 e 20 vezes ao dia, com duração de cerca de 10 a 30 minutos, acompanhados de lacrimejamento, congestão nasal e sensação de pressão ocular, todos ipsilaterais à dor. Na época realizou ressonância magnética de crânio, sem alterações. Os sintomas cessaram após utilização de indometacina. Retorna em consulta com os mesmos sintomas. **A HIPÓTESE DIAGNÓSTICA É:**

- a) Cefaleia em salvas.
- b) Neuralgia do trigêmeo.
- c) Hemicrânia paroxística.
- d) Enxaqueca com aura.

19. Homem, 25a, teve diagnóstico de sífilis secundária há três meses, com VDRL=1:32 e tratou com dose única de penicilina benzatina 2,4 milhões UI via intramuscular. Retorna assintomático para reavaliação após exames. Nega exposição sexual de risco. Exame físico: sem alterações. Exames laboratoriais: sorologias HIV=não reagente, hepatites B e C=não reagentes, VDRL=1:16. **A HIPÓTESE DIAGNÓSTICA E A CONDUTA SÃO:**

- a) Reativação de sífilis; prescrever retratamento com penicilina benzatina e realizar coleta de líquido.
- b) Reativação de sífilis; prescrever retratamento com penicilina benzatina por 3 semanas, pela dose anterior inadequada.
- c) Sífilis persistente; indicar retratamento com doxiciclina, pela suspeita de falha da penicilina benzatina.
- d) Resposta imunológica indefinida; repetir VDRL em 3 meses e indicar retratamento, em caso de aumento de título.

20. Homem, 65a, procura atendimento médico com queixa de lombalgia, fraqueza, náuseas, constipação intestinal e perda ponderal. Antecedentes pessoais: hipertensão arterial, ex-tabagismo (parou há 10 anos). Medicamento em uso: anlodipino. Exame físico: regular estado geral, hipocorado 1+/4+, eupneico, afebril, ausculta cardíaca e pulmonar sem alterações, dor à palpação de região lombar, indolor à manobra de punho percussão lombar, membros inferiores sem edema. Exames laboratoriais: hemoglobina=9,5g/dL; hematócrito=29%; ureia=65mg/dL; creatinina=2,1mg/dL; cálcio total=11,2mg/dL; albumina sérica=3,8g/dL; exame de urina: proteína=negativo, hemácias=3 por campo, leucócitos=5 por campo, relação proteína/creatinina em amostra de urina=4,5. Realizada tomografia computadorizada (IMAGEM Q20). **O EXAME COMPLEMENTAR QUE CONFIRMA O DIAGNÓSTICO É:**

- a) Colonoscopia.
- b) Teste tuberculínico.
- c) Anticorpo anti-fosfolipase A2 sérico.
- d) Biópsia de medula óssea.

21. Homem, 58a, procura atendimento médico por fraqueza, câibras intensas e formigamentos nas mãos e pés há cerca de uma semana. Antecedentes pessoais: etilismo, tabagismo ativo (20 maços/ano), internação hospitalar há três anos por pancreatite aguda. Exame físico: regular estado geral, emagrecido, desidratado, ausculta cardíaca e pulmonar sem alterações, abdome doloroso à palpação profunda de epigástrio, sem sinais de irritação peritoneal, edema 2+/4+ em membros inferiores bilateral e simétrico. Exames laboratoriais: hemoglobina=12,5g/dL; leucócitos=8.200/mm³; creatinina=2,0mg/dL; ureia=85mg/dL; sódio=135mEq/L; potássio=3,0mEq/L; cálcio total=7,8mg/dL; paratormônio intacto=20pg/mL; fósforo=2,8mg/dL; magnésio=0,9mg/dL; 25-hidroxi-vitamina D=18ng/mL; albumina sérica=2,8g/dL; gasometria venosa: pH=7,29, bicarbonato=15mEq/L, cálcio iônico=0,95mmol/L. **A CAUSA DA HIPOCALCEMIA É:**

- a) Redução de secreção e ação do paratormônio pela hipovitaminose D.
- b) Redução da fração de cálcio iônico pela acidose metabólica.
- c) Redução da secreção e ação do paratormônio pela hipomagnesemia.
- d) Redução da fração de cálcio iônico pela hipoalbuminemia.

22. Homem, 36a, biólogo, procura clínica de doenças infecciosas com interesse de receber profilaxia medicamentosa para malária. Relata que sua viagem para Região Amazônica durará sete dias e visitará terra indígena onde há casos de malária por *Plasmodium vivax*. **SOBRE A PROFILAXIA CONTRA A MALÁRIA NESTE CASO, É CORRETO AFIRMAR:**

- a) O uso de mosquiteiro impregnado e repelente à base de icaridina está indicado durante a viagem.
- b) A profilaxia com derivados de artemisinina está indicada e deve ser iniciada sete dias antes do deslocamento.
- c) A profilaxia com doxiciclina está indicada e deve ser mantida por sete dias após o retorno da viagem.
- d) O paciente deve realizar teste rápido para rastreamento de malária após o retorno da viagem.

23. Mulher, 66a, é admitida na Unidade de Emergência com dor torácica intensa iniciada após receber a notícia de que levou um golpe financeiro. Antecedentes pessoais: hipertensão. Medicamentos em uso: losartana. Realizou o ECG abaixo.



Os exames laboratoriais mostraram uma discreta elevação da troponina. O cateterismo cardíaco revela artérias coronárias sem obstruções significativas e a ventriculografia é mostrada na IMAGEM Q23. **É CORRETO AFIRMAR:**

Q23. É CORRETO AFIRMAR:

- a) O quadro clínico descrito é mais compatível com infarto agudo do miocárdio secundário a vasoespasma coronariano reversível.
- b) A complicação hemodinâmica mais comum e grave na fase inicial é o choque cardiogênico refratário, associado a alta letalidade.
- c) A reversão espontânea da disfunção ventricular, na maioria dos casos, ocorre dentro de poucas semanas, com prognóstico favorável.
- d) O tratamento de escolha inclui a administração de vasodilatadores coronarianos associados à trombólise imediata.

24. Homem, 45a, previamente hígido, procura atendimento por edema progressivo de membros inferiores há cerca de três semanas. Exame físico: bom estado geral, corado, PA=128/84mmHg, FC=84bpm, FR=14irpm, ausculta cardíaca e pulmonar sem alterações, abdome globoso, ascítico, indolor à palpação, sem visceromegalias ou massas, edema de membros inferiores 3+/4+. Exames laboratoriais: ureia=62mg/dL; creatinina=1,1mg/dL; albumina=2,4g/dL; fator antinuclear=negativo; anticorpo anti-fosfolipase A2=positivo; complemento: C3=120mg/dL (VR>90mg/dL); C4=30mg/dL (VR>20mg/dL), sorologias de hepatites B e C=negativas, sorologia de HIV=negativa. Exame de urina: proteína=3+, hemácias=4 por campo, leucócitos=5 por campo, relação proteína/creatinina em amostra de urina=8,1. **O RESULTADO ESPERADO NA BIÓPSIA RENAL É:**

- a) Esclerose focal e segmentar dos glomérulos.
- b) Duplo contorno na membrana basal glomerular.
- c) Ausência de lesões na microscopia óptica.
- d) Espessamento da membrana basal glomerular.

25. Mulher, 52a, procura atendimento médico por lombalgia direita intensa de início súbito, há cerca de seis horas, com irradiação para região inguinal ipsilateral. Nega febre, náuseas, vômitos ou disúria. Refere outros episódios semelhantes prévios, com necessidade de analgesia endovenosa. Nega uso regular de medicamentos. Exame físico: IMC=32Kg/m² bom estado geral, hidratada, eupneica, afebril, ausculta cardíaca e pulmonar sem alterações, dor à palpação profunda de flanco direito, sem sinais de irritação peritoneal. Exames laboratoriais: creatinina=1,0mg/dL; ureia=32mg/dL; sódio=139mEq/L; potássio=3,7mEq/L; ácido úrico=6,2mg/dL. Exame de urina: pH=5,1, hemácias=30 por campo, leucócitos=10 por campo. Exame de urina de 24 horas: volume=1.100mL, cálcio urinário=170mg/24h (VR: 100-300mg/24h), ácido úrico urinário=840mg/24h (VR: 250-750mg/24h), oxalato urinário=28mg/24h (VR:24-47mg/24h). Tomografia computadorizada de abdome sem contraste evidenciou cálculo radiotransparente em bexiga. **O TRATAMENTO INDICADO É:**

- a) Prescrever citrato de potássio e aumentar a ingesta hídrica.
- b) Prescrever hidroclorotiazida e reduzir cálcio na dieta.
- c) Prescrever inibidores de anidrase carbônica e aumentar fosfato na dieta.
- d) Prescrever suplemento de cálcio e reduzir proteína animal não-láctea.

26. Mulher, 62a, internada em tratamento para pneumonia comunitária há 18h, em uso de ceftriaxone e azitromicina. Antecedentes pessoais: hipertensão arterial, diabetes e tabagismo (36 anos/maço). Medicamentos de uso domiciliar: losartana e metformina. Exame físico: peso predito=70kg. Sedada em RASS-5, pupilas isofotorreagentes, PA=112/78mmHg, FC=78bpm, oximetria de pulso=93%, temperatura axilar=37,2°C. Ventilação mecânica: modo controlado a volume, FiO₂=70%, PEEP=8, FR=14, volume corrente=360mL, relação I:E=1:2,5, pressão de pico=22cmH₂O, pressão de platô=18cmH₂O. Gasometria arterial: pH=7,36, pCO₂=43cmH₂O, pO₂=81mmHg, HCO₃=22mEq/L, BE=2,3. **A CONDUTA É:**

- a) reduzir a FiO₂.
- b) manter os parâmetros ventilatórios.
- c) reduzir o volume corrente.
- d) aumentar a PEEP.

27. Homem, 64a, comparece à consulta de seguimento ambulatorial com queixa de cansaço progressivo nos últimos dois meses. Nega sangramentos, melena ou perda ponderal. Antecedentes pessoais: doença renal crônica (estágio 4) secundária a nefropatia hipertensiva. Medicações em uso: anlodipino, furosemida, bicarbonato de sódio e sulfato ferroso. Exame físico: hipocorado 2+/4+, eupneico, afebril, PA=127/78mmHg, FC=92bpm, ausculta cardíaca e pulmonar sem alterações, abdome indolor à palpação, extremidades sem edemas. Exames laboratoriais: hemoglobina=9,2g/dL; VCM=90fL; hematócrito=26,6%; leucócitos=5.600/mm³; plaquetas=178.000/mm³; ferritina=280ng/mL; saturação de transferrina=22%; creatinina=3,8mg/dL. **A CONDUTA INDICADA É:**

- a) Suspende ferro e transfundir concentrado de hemácias.
- b) Suspende ferro oral e iniciar ferro endovenoso.
- c) Manter ferro oral e iniciar agente estimulador da eritropoiese.
- d) Manter medicações em uso e iniciar vitamina B12.

28. Homem, 72a, internado há três dias por insuficiência respiratória aguda secundária a doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) exacerbado. Está em processo de desmame da ventilação mecânica, mas antes de conseguir fazer o teste de respiração espontânea, fica agitado e hipertenso. Antecedentes pessoais: hipertensão arterial, dislipidemia e DPOC (ex-tabagista 42 anos/maço). Medicamentos de uso domiciliar: losartana e atorvastatina. Exame físico: PA=146/86mmHg, FR=20irm, FC=66bpm, oximetria de pulso=94%. Ventilação mecânica: modo espontâneo a pressão, FiO₂=35%, PEEP=5, pressão de suporte inspiratória=18cmH₂O. **A MEDICAÇÃO DE ESCOLHA NO PROCESSO DE DESMAME VENTILATÓRIO DESTES PACIENTE É:**

- a) Fentanil.
- b) Dexmedetomidina.
- c) Midazolam.
- d) Propofol.

29. Homem, 25a, procurou atendimento por notar a pele amarelada após períodos de provas na faculdade. Antecedentes pessoais: nega hepatopatia prévia e uso de álcool. Exames laboratoriais: bilirrubina total=3,2mg/dL (direta=0,4mg/dL, indireta=2,8mg/dL); AST=28U/L; ALT=31U/L; fosfatase alcalina=85U/L; gamaGT=22U/L; reticulócitos=0,8%; LDH=180U/L; haptoglobina=135mg/dL (VR: 50–220mg/dL); Coombs direto=negativo. Sorologias para hepatites A, B e C não reagentes. Ultrassonografia de abdome: sem alterações. Sobre o diagnóstico do paciente, **ASSINALE A ALTERNATIVA CORRETA:**

- a) Isotretinoína e fenobarbital reduzem os níveis de bilirrubina nesses casos.
- b) Essa doença é mais comum em mulheres e em pessoas com diabetes melito tipo 2.
- c) Para o diagnóstico dessa doença, realiza-se o estudo molecular do gene SERPINA1.
- d) Os indivíduos com essa doença são menos suscetíveis à intoxicação por paracetamol.

30. Mulher, 71a, portadora de miocardiopatia isquêmica é submetida à cirurgia de revascularização miocárdica para colocação de pontes mamária-descendente anterior e safena-coronária direita. Antes da cirurgia, estava assintomática e tinha ecocardiograma e radiograma de tórax sem alterações. Após a cirurgia, passou a se queixar de dispneia persistente, que a incomoda especialmente aos esforços. As medidas de oximetria realizadas durante o dia e a noite mostram saturação de oxigênio normal em ar ambiente. Fez a radiografia de tórax (IMAGEM Q30). **A CONDUTA É:**

- a) Toracocentese diagnóstica.
- b) Fisioterapia respiratória.
- c) Drenagem torácica de alívio.
- d) Cirurgia de emergência.

31. Homem, 68a, hipertenso e diabético, refere dor intensa súbita em região torácica que persiste há uma hora. Realizou uma angiotomografia de aorta (IMAGEM Q31). **COM BASE NESTA IMAGEM, A MANIFESTAÇÃO CLÍNICA ESPERADA É:**

- a) Dor em membros inferiores.
- b) Acidente vascular cerebral.
- c) Insuficiência aórtica por desabamento da válvula aórtica.
- d) Síndrome coronariana aguda com supra de ST.

32. Mulher, 28a, procurou atendimento por elevação persistente de enzimas hepáticas há dois anos, com AST e ALT atingindo valores superiores a 250U/L. Antecedentes pessoais: síndrome de Turner. Medicamentos em uso: nenhuma. Exame físico: sem alterações. Exames laboratoriais: sorologias para hepatites virais e HIV negativas; ceruloplasmina, alfa-1 antitripsina, ferritina e imunoglobulinas normais; FAN, ANCA, anticorpo anti-mitocôndria, anti-músculo liso e anti-LKM1 negativos; ultrassonografia abdominal e colangiorressonância sem alterações; biópsia hepática: fígado sem fibrose, sem inflamação, sem esteatose, com discretas alterações reacionais. **SOBRE O CASO, É CORRETO AFIRMAR:**

- a) Deve-se pesquisar doença celíaca, cuja prevalência é maior em pacientes com síndrome de Turner, além de poder causar elevação de enzimas hepáticas.
- b) Deve ser iniciada terapia com estrógenos, pois o hipogonadismo hipogonadotrófico é causa de elevação de enzimas hepáticas em pacientes com síndrome de Turner.
- c) A ausência de esteatose na histologia já era esperada, pois doença hepática esteatótica metabólica é rara em pacientes com síndrome de Turner.
- d) A persistência da elevação enzimática neste caso levará a fibrose progressiva e cirrose, devendo ser iniciada terapia com ácido ursodesoxicólico e prednisolona.

33. Homem, 58a, procurou atendimento no Pronto-Socorro por dor em hipocôndrio direito e febre há mais de uma semana, associadas a aumento do volume abdominal. Refere ainda fadiga, náuseas e vômitos sem sangue, com hábito intestinal preservado. Antecedentes pessoais: cirrose hepática de etiologia alcoólica, Child-Pugh B. Medicamentos em uso: nega. Exame físico: consciente, orientado, hipocorado, icterico, sem flapping. PA=100/60mmHg, FC=102bpm. Abdome globoso, com ascite moderada, dor à palpação de hipocôndrio direito, sem sinais de irritação peritoneal. Exames laboratoriais: hemoglobina=11g/dL; leucócitos=14.200/mm³; plaquetas=100.000/mm³; PCR=124mg/L; bilirrubina total=4,8mg/dL (direta=2,8mg/dL); AST=172U/L; ALT=158U/L; fosfatase alcalina=210U/L; GGT=150U/L; α -fetoproteína=50ng/mL; RNI=1,5; creatinina=2,3mg/dL; albumina=2,9g/dL. Paracentese diagnóstica: líquido ascítico=180 polimorfonucleares/mm³. Ultrassonografia abdominal: fígado com morfologia de cirrose, lesão heterogênea medindo 4,0cm na periferia do segmento V, com halo hiperecogênico e conteúdo hipoecogênico em seu interior, esplenomegalia e ascite moderada. Iniciado ceftriaxona e metronidazol. **EM RELAÇÃO À CONDUTA, É CORRETO:**

- a) A administração de albumina deve ser realizada no primeiro e no terceiro dia.
- b) Está indicada drenagem do abscesso por rádio intervenção nas primeiras 24h.
- c) Está indicada biópsia da lesão hepática após 48h da antibioticoterapia.
- d) A punção aspirativa da lesão hepática não deve ser realizada neste momento.

34. Homem, 32a, procura atendimento com história de cinco anos com infecções graves recorrentes, incluindo múltiplos episódios de pneumonia, alguns com necessidade de internação para antibioticoterapia endovenosa. Antecedentes pessoais: diagnóstico de tuberculose pulmonar, ganglionar e peritoneal por *Mycobacterium tuberculosis*; além de candidíase ungueal, oral e esofágica. Medicamentos em uso: fluconazol e esquema para tuberculose. Exame físico: sem alterações. Exames complementares: dosagens de imunoglobulinas IgG, IgA e IgM muito baixas. **EM RELAÇÃO A ESTE PACIENTE, É CORRETO AFIRMAR:**

- a) A hipótese é de imunodeficiência combinada, humoral e celular, pois o quadro clínico não se justifica exclusivamente pelos baixos níveis de imunoglobulinas.
- b) A hipótese de Erros Inatos da Imunidade (EII) pode ser excluída pois é um diagnóstico realizado exclusivamente na infância.
- c) A terapia de reposição de imunoglobulinas está contraindicada por interferir na investigação da causa destas infecções.
- d) As vacinas de vírus inativados estão contraindicados.

35. Homem, 56a, procurou atendimento por dor abdominal súbita e difusa há três dias, associada a distensão abdominal leve, náusea e um episódio de vômito sem sangue. Nega febre ou alterações do hábito intestinal. Antecedentes pessoais: hipertensão arterial e doença hepática crônica avançada compensada, Child-Pugh A5. Medicamentos em uso: anlodipino. Exame físico: sem alterações. Exames laboratoriais: hemoglobina=13g/dL; leucócitos=6.700/mm³; plaquetas=140.000/mm³; RNI=1,2; AST=56U/L; ALT=48U/L; bilirrubina total=1,4mg/dL (direta=0,4mg/dL); creatinina=0,9mg/dL; albumina=3,6g/dL. Endoscopia digestiva alta: varizes esofágicas de fino calibre, sem pontos vermelhos. Tomografia de abdome contrastada: hipodensidade ocupando cerca de 50% do lúmen do tronco portal, com extensão para veia mesentérica superior, sem sinais de isquemia intestinal. **EM RELAÇÃO À CONDUTA, É CORRETO AFIRMAR:**

- a) A anticoagulação não está indicada, pois o risco de sangramento excede o benefício clínico neste paciente.
- b) A anticoagulação está indicada, mas somente após a ligadura elástica das varizes esofágicas.
- c) A anticoagulação está indicada de forma precoce, associada à profilaxia do sangramento varicoso com betabloqueador não seletivo.
- d) A anticoagulação está indicada, associada a intervenção endovascular através da realização de trombectomia portal.

36. Homem, 78a, queixa-se de dificuldade de evacuar há um mês. Refere fezes ressecadas, sensação de evacuações incompletas e evacuações 1x/semana. Antecedentes pessoais: hipertensão arterial, dislipidemia e câncer de próstata com metástases ósseas. Medicamentos em uso: losartana, dipirona e morfina 10 mg 4/4h. **EM RELAÇÃO AO TRATAMENTO DA CONSTIPAÇÃO INTESTINAL DESTES PACIENTE, O LAXANTE QUE NÃO DEVE SER PRESCRITO É:**

- a) Osmótico.
- b) Formador de massa.
- c) Emoliente.
- d) Estimulante.

37. Mulher, 38a, procurou atendimento por fadiga e prurido cutâneo progressivo nos últimos quatro meses. Antecedentes pessoais: nega doenças prévias, cirurgias, uso de medicamentos, suplementos ou chás, e não ingere bebidas alcoólicas. Exame físico: múltiplas escoriações em extremidades superiores e abdome, abdome indolor à palpação, sem ascite. Escleras sem icterícia. PA=118/76mmHg, FC=82bpm, FR=16irpm, temperatura axilar=36,6°C, oximetria de pulso=98% (ar ambiente). Exames complementares: ALT=256U/L; AST=180U/L; fosfatase alcalina=1.250U/L; GGT=1.060U/L; RNI=1,2; bilirrubina total=1,9mg/dL (direta=1,5mg/dL); albumina=3,9g/dL. Hemograma, função renal e ceruloplasmina normais; gamaglobulinas discretamente aumentadas, às custas de IgM. Sorologias para hepatites A, B e C negativas; FAN e anticorpo antimitocôndria não reagentes. **SOBRE O CASO, É CORRETO AFIRMAR:**

- a) Uma colangiorressonância normal define o diagnóstico de colangite biliar primária soronegativa.
- b) Uma colangiorressonância normal não exclui o diagnóstico de colangite esclerosante primária.
- c) Uma colonoscopia mostrando doença inflamatória intestinal define o diagnóstico da doença hepática como colangite esclerosante primária.
- d) Uma colangiorressonância normal indica a realização de uma colangiopancreatografia endoscópica retrógrada.

38. Mulher, 62a, encontra-se no 2º dia de pós-operatório de retossigmoidectomia por adenocarcinoma de diagnóstico recente. Antecedentes pessoais: sem outras comorbidades conhecidas. Medicações em uso na internação: dipirona e metoclopramida. Exame físico: paciente em bom estado geral, estável hemodinamicamente, eupneica, PA=124/78mmHg, FC=86bpm, FR=18irpm, temperatura axilar=36,9°C, oximetria de pulso=98% (ar ambiente). Exames laboratoriais: hemoglobina=7,1g/dL; VCM=61fL; HCM=22pg; RDW=18,3%; leucócitos=10.200/mm³ com predomínio de neutrófilos, plaquetas=460.000/mm³. **O ADEQUADO MANEJO INICIAL DESTE CASO DEVERÁ INCLUIR:**

- a) Avaliação histológica da medula óssea para afastar possibilidade de doença mieloproliferativa.
- b) Transfusão imediata de concentrado de hemácias, visando corrigir a anemia sintomática pós-operatória.
- c) Terapia de reposição de ferro por via endovenosa, considerando o perfil microcítico e hipocrômico do hemograma.
- d) Solicitação de pesquisa de hemoglobinopatia hereditária, como talassemia menor ou anemia falciforme latente.

39. Mulher, 32a, com artralgia simétrica de pequenas articulações de mãos e rigidez matinal há 10 semanas. Exame físico: PA=120/80mmHg, FC=80bpm, FR=14irpm. Ausculta cardíaca e pulmonar sem alterações. Abdome sem alterações. Articular: edema, calor e rubor em articulações metacarpofalangeanas bilateralmente. Exames laboratoriais: fator reumatoide=80UI/mL (referência<20UI/mL), VHS=60mm/h. Sorologias de HIV e hepatites B e C não reagentes. Prova tuberculínica=12mm. Radiograma de tórax sem alterações. **AO SE CONSIDERAR O TRATAMENTO COM MEDICAÇÃO ANTI-FATOR DE NECROSE TUMORAL, A CONDUTA É:**

- a) Prescrever isoniazida e rifapentina por 3 meses.
- b) Prescrever isoniazida, rifampicina, pirazinamida e etambutol por 6 meses.
- c) Prescrever isoniazida por 4 meses.
- d) Prescrever rifampicina por 3 meses.

40. Homem, 67a, procurou atendimento no Pronto-Socorro por fadiga progressiva nos últimos três meses, associada à perda de peso não intencional no período. Nega febre, sudorese noturna ou infecções recentes. Antecedentes pessoais: sem comorbidades relatadas. Medicações em uso: nenhuma. Exame físico: baço palpável 4cm abaixo do rebordo costal esquerdo, sem outras alterações. Exames complementares: hemoglobina=12,3g/dL; leucócitos=85.000/mm³ (segmentados=62%, bastonetes=12%, mielócitos=10%, metamielócitos=6%, eosinófilos=5%, basófilos=3%, linfócitos=2%), plaquetas=450.000/mm³. **O EXAME MAIS ADEQUADO PARA CONFIRMAR O DIAGNÓSTICO É:**

- a) Eletroforese de proteínas do sangue periférico para pesquisa de gamopatia monoclonal de significado indeterminado.
- b) Dosagem sérica de vitamina B12 para afastar deficiência nutricional associada ao quadro.
- c) Mielograma com estudo morfológico da medula para avaliar displasia e celularidade aumentada.
- d) Cariótipo com pesquisa da translocação t (9;22) para identificar o cromossomo Philadelphia.

41. Homem, 57a, procurou atendimento no Pronto-Socorro por episódio de hematêmese volumosa iniciado há cerca de duas horas. Antecedentes pessoais: etilismo. Medicações em uso: nenhuma. Exame físico: alerta, um pouco confuso, PA=95/60mmHg, FC=102bpm, sem ascite clinicamente detectada. Exames complementares: hemoglobina=7,4g/dL; plaquetas=58.000/mm³; RNI=1,8; ureia=100mg/dL; creatinina=1,3mg/dL; albumina=3,3g/dL; bilirrubina total=3,1mg/dL. Foi iniciado inibidor de bomba de prótons, terlipressina e solicitada endoscopia digestiva alta. **A OUTRA MEDIDA QUE DEVE SER EXECUTADA NO ATENDIMENTO INICIAL É:**

- a) Antibioticoprofilaxia endovenosa.
- b) Transfusão de concentrado de hemácias.
- c) Infusão intravenosa de albumina 1g/Kg.
- d) Tomografia contrastada de abdome superior.

42. Mulher, 78a, compareceu à consulta de rotina acompanhada do esposo, com queixa de incontinência urinária de esforço, urgência miccional e dor de ritmo mecânico em ambos os joelhos. Antecedentes pessoais: hipertensão arterial há 15 anos, acidente isquêmico transitório há cinco anos, episódio de infecção urinária não complicada no último ano. G4P4A0, último parto com recém-nascido de 4,1Kg. Medicações em uso: não referidas. Exame físico: IMC=31kg/m², circunferência abdominal=104cm, PA=140/85mmHg, FC=84bpm, exame cardiopulmonar sem alterações relevantes, fígado palpável a 2cm do rebordo costal direito, borda fina, presença de varizes em membros inferiores, avaliação cognitiva normal. Exames complementares: hemograma normal; glicose=180mg/dL; ureia=45mg/dL; creatinina=1,0mg/dL; hemoglobina glicada (HbA1c)=8,5%. **EM RELAÇÃO AO DIABETES MELITO DESTA PACIENTE, O ALVO TERAPÊUTICO DE HEMOGLOBINA GLICADA E A CONDUTA FARMACOLÓGICA SÃO:**

- a) HbA1c entre 6,5 e 7,0%; iniciar inibidor do cotransportador sódio-glicose 2.
- b) HbA1c entre 6,5 e 7,0%; iniciar metformina de liberação prolongada e gliclazida.
- c) HbA1c entre 7,0 e 7,5%; iniciar metformina de liberação prolongada.
- d) HbA1c em 8,0%; iniciar inibidor do cotransportador sódio-glicose 2.

43. Mulher, 59a, foi trazida para Unidade de Emergência após início de hemiplegia esquerda e afasia iniciadas há 110 minutos. Antecedentes pessoais: fibrilação atrial e dislipidemia. Medicações em uso: atorvastatina 40mg/noite e rivaroxabana (não fez uso nos últimos três dias). Exame físico: NIHSS=16; PA=148/86mmHg; FC=92bpm(irregular); FR=18irpm; temperatura axilar=36,8°C; oximetria de pulso=98% (ar ambiente). Exames laboratoriais: glicemia=132mg/dL; creatinina=0,88mg/dL; RNI=1,1, hemoglobina=13,2g/dL, plaquetas=180.000/mm³. Tomografia computadorizada de crânio: sem hemorragia, ASPECTS=7. Angiotomografia de crânio: oclusão do ramo M1 da artéria cerebral média direita. Se necessária, a neurointervenção fica disponível em 40 minutos. **A CONDUTA É REALIZAR:**

- a) Trombectomia mecânica.
- b) Tenecteplase sistêmica em bolus único.
- c) Trombectomia mecânica seguida de alteplase sistêmica.
- d) Alteplase sistêmica seguida de trombectomia mecânica.

44. Homem, 52a, é admitido por sonolência excessiva, cefaleia matinal e dispneia aos esforços. Antecedentes pessoais: apneia obstrutiva do sono e obesidade ($\text{IMC}=42\text{Kg/m}^2$). Exame físico: oximetria de pulso=89% (ar ambiente). Ausculta pulmonar com diminuição de murmúrio vesicular, sem ruídos adventícios. Gasometria arterial: $\text{pH}=7,34$; $\text{PaO}_2=64\text{mmHg}$; $\text{PaCO}_2=60\text{mmHg}$; $\text{HCO}_3^-=34\text{mEq/L}$. **A CONDUTA É:**

- a) Indicar CPAP noturno.
- b) Indicar BIPAP noturno.
- c) Indicar oxigenoterapia suplementar noturna.
- d) Indicar dispositivo intraoral de avanço mandibular.

45. Homem, 36a, procurou atendimento por dispneia progressiva aos esforços e tosse seca há oito meses, associadas a fadiga e perda ponderal não intencional. Trabalha em zona rural como criador de aves. Antecedentes pessoais: nega comorbidades e medicamentos em uso. Exame físico: estertores crepitantes em ambas as bases pulmonares. Exames complementares: radiografia de tórax evidenciando infiltrado intersticial difuso. **O ACHADO DA TOMOGRAFIA DE TÓRAX, COMPATÍVEL COM O DIAGNÓSTICO DESTE CASO, É:**

- a) Opacidades reticulares e faveolamento subpleural predominando em bases pulmonares.
- b) Micronódulos centrolobulares e vidro fosco em mosaico predominando em lobos superiores e médios.
- c) Espessamento septal e opacidades em “asas de borboleta” predominando em região perihilar.
- d) Vidro fosco e consolidações migratórias subpleurais predominando em periferia.

46. Mulher, 34a, apresenta crises de sibilância e dispneia quatro vezes por semana com despertares noturnos e uso frequente de salbutamol. Antecedentes pessoais: asma desde a infância. Medicamentos em uso: budesonida inalatória 200mcg/dia. Espirometria: $\text{VEF}_1=74\%$ do previsto. Refere boa adesão e técnica inalatória adequada. **A CONDUTA É:**

- a) Aumentar a dose do corticoide inalatório, mantendo broncodilatador de curta duração (SABA) como resgate.
- b) Associar antagonista muscarínico de longa duração (LAMA) e β_2 -agonista de longa duração (LABA), sem alteração do corticoide inalatório.
- c) Trocar o esquema atual por corticoide inalatório associado a formoterol em baixa dose, utilizado tanto para manutenção quanto para alívio dos sintomas.
- d) Introduzir antagonista de receptores de leucotrienos em monoterapia, como alternativa ao corticoide inalatório.

47. Mulher, 53a, é levada à Unidade de Emergência por crises convulsivas e coma. Sem antecedentes patológicos. Exame físico: $\text{PA}=142/97\text{mmHg}$, $\text{FC}=94\text{bpm}$, $\text{FR}=14\text{irpm}$, oximetria de pulso=94% (ar ambiente). Pupilas isocóricas, bradireagentes. Submetida à intubação orotraqueal para proteção de vias aéreas sem intercorrências. Exames laboratoriais: hemoglobina=8,4g/dL; hematócrito=28%; $\text{VCM}=81\text{fL}$; presença de esquizócitos; leucócitos= $6.400/\text{mm}^3$; plaquetas= $12.000/\text{mm}^3$; ureia=54mg/dL; creatinina=1,4mg/dL; $\text{RNI}=1,2$; $\text{R}=1,1$. Bilirrubina: direta=0,4mg/dL; indireta=4,2mg/dL. **A CONDUTA IMEDIATA É:**

- a) Transfusão de plasma fresco congelado.
- b) Transfusão de concentrado de hemácias.
- c) Transfusão de concentrado de plaquetas.
- d) Pulsoterapia com metilprednisolona.

48. Homem, 22a, dá entrada na Unidade de Emergência em coma, após ter sido encontrado, pelo irmão, desacordado em seu domicílio pela manhã. Antecedentes pessoais: sem comorbidades ou uso de fármacos. Exame físico na entrada: PA=84/51mmHg, FC=118bpm, FR=10irpm, oximetria de pulso=88% (ar ambiente). Pupilas mióticas, bradirreagentes; há sinais de liberação esfinteriana e mordedura de língua. Foi submetido à intubação orotraqueal e sedação profunda, realizada tomografia computadorizada de crânio (IMAGEM Q48). Exames laboratoriais: hemoglobina=15,2g/dL; leucócitos=12.000/mm³; plaquetas=320.000/mm³; ureia=41mg/dL; creatinina=1,1mg/dL. Gasometria arterial: pH=7,31; PaO₂=122mmHg; PaCO₂=38mmHg; HCO₃=16,0mmol/L; BE=-4mmol/L; lactato=2,0mmol/L. Irmão relata ter encontrado cartelas vazias de ácido valpróico próximo ao paciente.

A CONDUTA É:

- a) Flumazenil.
- b) Carvão ativado por sonda nasogástrica.
- c) Emulsão lipídica.
- d) Hemodiálise.

49. Mulher, 64a, admitida na Unidade de Emergência por estado confusional agudo e lentificação psicomotora. Antecedentes pessoais hipertensão arterial. Medicamentos em uso: hidroclorotiazida. Na investigação inicial, detectada hiponatremia (Na=108mEq/L). Foi suspensa a administração de hidroclorotiazida e iniciada solução salina hipertônica em infusão contínua. Você assume os cuidados da paciente após seis horas de tratamento e solicita nova dosagem de sódio sérico=128mEq/L. A infusão de solução salina hipertônica é interrompida. **A CONDUTA É:**

- a) Aguardar 6 horas para nova mensuração do sódio sérico.
- b) Realizar infusão de solução glicosada.
- c) Realizar furosemida intravenosa.
- d) Reintroduzir a hidroclorotiazida.

50. Mulher, 65a, procura atendimento por fratura de fêmur (imagem abaixo). Antecedentes pessoais: osteoporose. Medicamentos em uso: alendronato há seis anos.



O TRATAMENTO INDICADO É:

- a) Ácido zoledrônico.
- b) Denosumabe.
- c) Teriparatida.
- d) Raloxifeno.

51. Mulher, 55a, procurou atendimento ambulatorial por dispneia progressiva nos últimos oito meses. Antecedentes pessoais: previamente hígida. Medicações em uso: nega. Exame físico: bom estado geral, consciente e orientada, PA=128/78mmHg, FC=82bpm, FR=18irpm, temperatura axilar=36,6°C, oximetria de pulso=97% (ar ambiente). Exames laboratoriais: FAN nuclear com padrão centromérico=1/640; capilaroscopia com padrão SD; hemoglobina=13,5g/dL, leucócitos=7.800/mm³, plaquetas=210.000/mm³; AST=33U/L, ALT=30U/L; creatinina=0,8mg/dL; exame de urina sem alterações. Angiotomografia de tórax: sem alterações intersticiais e sem sinais de tromboembolismo pulmonar. Ecocardiograma: pressão sistólica estimada da artéria pulmonar=60mmHg (VR<35mmHg), velocidade de regurgitação tricúspide=3,6m/s (VR<2,8m/s), fração de ejeção de ventrículo esquerdo=60%. **O DIAGNÓSTICO MAIS PROVÁVEL É:**

- a) Esclerose sistêmica.
- b) Doença de Sjögren.
- c) Vasculite crioglobulinêmica.
- d) Doença de Behçet.

52. Homem, 45a, procurou atendimento ambulatorial por otalgia recorrente associada a secreção purulenta há alguns meses, em acompanhamento com otorrinolaringologia. Nas últimas semanas evoluiu com tosse seca, perda ponderal e hemoptise discreta. Antecedentes pessoais: previamente hígido. Medicações em uso: nega. Exame físico: bom estado geral, consciente e orientado; PA=126/82mmHg; FC=88bpm; FR=18irpm; temperatura axilar=36,7°C, oximetria de pulso=96% (ar ambiente). Exames laboratoriais: hemoglobina=10g/dL; leucócitos=8.200/mm³; plaquetas=300.000/mm³; AST=24U/L; ALT=22U/L; creatinina=1,8mg/dL; exame de urina: proteína=2+/4+, hemácias=30/campo, presença de codócitos e acantócitos. Tomografia computadorizada de tórax= imagens em vidro fosco de distribuição perihilar bilateral. Ecocardiograma transtorácico normal. **O TRATAMENTO É:**

- a) Metilprednisolona 3 g + rituximabe.
- b) Rifampicina + isoniazida + pirazinamida + etambutol (RIPE).
- c) Sunitinibe.
- d) Anfotericina B.

53. Mulher, 28a, procurou Pronto-Atendimento com febre, tosse produtiva e dor torácica pleurítica há três dias. Antecedentes pessoais: lúpus eritematoso sistêmico diagnosticado há três anos, com episódio prévio de nefrite lúpica. Medicações em uso: micofenolato mofetil 6cp/dia e prednisona 10mg/dia em redução gradual. Exame físico: bom estado geral; peso=60Kg; PA=110/70mmHg; FC=104bpm; FR=20irpm; temperatura axilar=38,5°C; oximetria de pulso=95% (ar ambiente); ausculta pulmonar com crepitações em base direita. Exames laboratoriais: hemoglobina=12g/dL; leucócitos=6.200/mm³; plaquetas=220.000/mm³; PCR=68mg/L; LDH= 150UI/L. **O TRATAMENTO É:**

- a) Metilprednisolona 64mg/dia.
- b) Sulfametoxazol-trimetoprim.
- c) Ceftriaxona + azitromicina.
- d) Enoxaparina 1mg/Kg SC a cada 12h.

54. Mulher, 32a, procurou atendimento ambulatorial por dor lombar há mais de três meses, que melhora com exercício e piora com repouso, acompanhada de rigidez matinal. Antecedentes pessoais: dois episódios prévios de uveíte anterior e oligoartrite há seis meses, caracterizada por dor e edema em joelho esquerdo e edema em calcâneo direito. Medicações em uso: nega. Exame físico: bom estado geral, consciente e orientada, PA=118/76mmHg, FC=80bpm, FR=16irpm, temperatura axilar=36,5°C, oximetria de pulso=98% (ar ambiente), presença de dor lombar à mobilização. Exames complementares: não disponíveis no momento. **DENTRE OS EXAMES ABAIXO, O MAIS PROVÁVEL DE ESTAR ALTERADO NESTA PACIENTE É:**

- a) Fator antinuclear.
- b) Anti-peptídeo citrulinado cíclico.
- c) Pesquisa de gonococo em urina.
- d) Ressonância magnética de sacroilíacas.

55. Homem, 52a, procurou atendimento na Unidade de Emergência oito dias após o 5º ciclo de quimioterapia por febre e prostração importante. Antecedentes pessoais: neoplasia sólida em tratamento quimioterápico. Medicações em uso: esquema quimioterápico em ciclo regular. Exame físico: PA=80/55mmHg; FC=122bpm; FR=20irpm; temperatura axilar=38,9°C; oximetria de pulso=93% (ar ambiente). Mucosa oral com múltiplas úlceras e sinais de monilíase; sem linfonodomegalias cervicais; ausculta pulmonar e cardíaca normais; abdome doloroso à palpação sem sinais de irritação peritoneal; mucosa retal ulcerada. Exames laboratoriais: hemograma e hemoculturas coletadas, em processamento. Iniciado expansão volêmica, coleta de culturas e hemograma. **A CONDUTA É:**

- a) Iniciar antibioticoterapia com amoxicilina+clavulanato e metronidazol.
- b) Iniciar antibioticoterapia com piperacilina+tazobactam e vancomicina.
- c) Aguardar o resultado antes de iniciar antibioticoterapia.
- d) Iniciar antibioticoterapia com meropenem em monoterapia.

56. Mulher, 59a, procurou atendimento no Pronto-Socorro por quadro de náuseas, vômitos, dor abdominal e taquipneia. Antecedentes pessoais: diabetes mellitus tipo 2 há seis anos. Medicações em uso: metformina, empagliflozina e glimepirida. Exame físico: PA=112/70mmHg; FC=110bpm; FR=26irpm. Exames: glicemia capilar=144mg/dL; creatinina=1,2mg/dL (basal=0,9mg/dL); pH arterial=7,22; bicarbonato=11mEq/L; ânion gap=22; lactato=1,8mmol/L; cetonúria=positiva. **A INTERPRETAÇÃO MAIS ADEQUADA PARA O QUADRO CLÍNICO E LABORATORIAL É:**

- a) Cetoacidose diabética euglicêmica.
- b) Estado hiperglicêmico hiperosmolar.
- c) Acidose láctica por uso de metformina.
- d) Acidose metabólica por perda fecal.

57. Mulher, 52a, trazida à Unidade de Emergência por dispneia aos pequenos esforços e edema de membros inferiores. Antecedentes pessoais: hipertensão arterial, diabetes melito e dislipidemia. Medicamentos em uso: metformina, gliclazida, sinvastatina, enalapril e anlodipina. Exame físico: regular estado geral, descorada (+++/4). PA=136/78mmHg, FC=102bpm, FR=26irpm. Tórax: murmúrio vesicular com estertores finos em bases, ritmo cardíaco regular em dois tempos, sopro sistólico foco mitral. Membros inferiores: edema (++/4). Exames laboratoriais: hemoglobina=4,8g/dL; VCM=66fL; HCM=20pg; plaquetas=632.000/mm³; ferro=22mcg/dL; ferritina=5ng/mL; saturação de transferrina=4%. Tomografia computadorizada de abdômen (IMAGEM Q57). **CONSIDERANDO O DIAGNÓSTICO DA PACIENTE, OS LOCAIS MAIS FREQUENTES DE METÁSTASES SÃO:**

- a) Fígado, adrenais, linfonodos regionais.
- b) Fígado, peritônio, linfonodos regionais.
- c) Ossos, linfonodos regionais, sistema nervoso central.
- d) Ossos, peritônio, pulmão.

58. Mulher, 87a, comparece em consulta ambulatorial após apresentar queda da própria altura há uma semana. Caiu duas vezes no último ano. Ela deambula com o auxílio de uma bengala há dois anos. É independente para todas as atividades básicas e instrumentais de vida diária. Antecedentes pessoais: hipertensão arterial, dislipidemia, osteoartrite de joelhos com colocação de próteses. Medicamentos em uso: losartana, anlodipina, atorvastatina e dipirona. Exame físico: bom estado geral, corada. IMC=32Kg/m², PA=142/86mmHg, FC=87bpm. Joelhos sem sinais inflamatórios. **O TESTE INDICADO PARA AVALIAÇÃO CLÍNICA DO RISCO DE NOVAS QUEDAS É:**

- a) Teste de força de preensão manual.
- b) Teste de apoio unipodal.
- c) Teste “time up e go”.
- d) Teste “four square step”.

59. Mulher, 92a, assintomática, comparece à consulta de rotina. Antecedentes pessoais: hipertensão arterial, hipotireoidismo e osteoporose. Medicamentos em uso: carbonato de cálcio, vitamina D 7000ui/semana e alendronato 70 mg/semana há 12 anos. Exame físico: sem alterações. Exames laboratoriais: hemoglobina=12,2g/dL; cálcio=9,2mg/dL; albumina=3,8g/dL; PTH=48pg/mL; 25(OH)vitamina D=43ng/mL. Densitometria óssea: coluna lombar (L1-L4) T=-2,4; colo fêmur T=-1,8; rádio distal T=-1,4. Nunca apresentou fraturas. Densitometria prévia (5 anos antes) apresentava os seguintes valores: coluna lombar (L1-L4) T=-2,9; colo fêmur T=-2,3; rádio distal T=-1,9. **A CONDUTA EM RELAÇÃO AO TRATAMENTO DA OSTEOPOROSE NESTE MOMENTO É:**

- a) Suspender o cálcio; prescrever teriparatida.
- b) Suspender o alendronato; prescrever denosumabe.
- c) Suspender a vitamina D; trocar o alendronato por ácido zoledrônico.
- d) Suspender o alendronato; manter o cálcio e a vitamina D.

60. Homem, 55a, foi encaminhado para avaliação após achado incidental de ferritina sérica=1.120ng/mL. Antecedentes pessoais: nega etilismo e tabagismo. Exame físico: bom estado geral, PA=126/82mmHg, FC=78bpm, FR=16irpm, temperatura axilar=36,6°C, oximetria de pulso=98% (ar ambiente). Exames laboratoriais: AST=28U/L; ALT=32U/L; hemoglobina=14,6g/dL; hematócrito=44%; leucócitos=7.200/mm³; plaquetas=265.000/mm³. **O EXAME QUE DEVE SER SOLICITADO A SEGUIR É:**

- a) Ressonância magnética hepática com quantificação de ferro.
- b) Dosagem de ferro sérico e capacidade total de ligação ao ferro.
- c) Biópsia hepática.
- d) Dosagem de TSH e ferritina novamente em 3 meses.

61. Homem, 35a, internado em enfermaria por tosse seca, febre intermitente com sudorese noturna e dor torácica ao inspirar profundamente há quatro meses. Perdeu seis quilos no período. Antecedentes pessoais: tabagista (15 anos/maço). Exame físico: bom estado geral, emagrecido, eupneico. PA=124/72mmHg, FC=102bpm. Pequenos linfonodos de 1cm em cadeias cervicais anteriores, móveis, indolores. Tórax: murmúrio vesicular abolido em base direita. Ausculta cardíaca normal. Restante do exame físico é normal. Exames laboratoriais: hemoglobina=8,8g/dL; leucócitos=9888/mm³; plaquetas=322.000/mm³; ureia=46mg/dL; proteína sérica=6,1g/dL; LDH=252g/dL. Pesquisa de micobactéria no escarro em duas amostras=negativa; teste rápido molecular para tuberculose (TRM-TB) em escarro=negativo. Líquido pleural: leucócitos=3.523/mm³ (linfomononucleares=82%; neutrófilos=15%), glicose=62mg/dL; proteína=4,5g/dL; LDH=475U/L. **O DIAGNÓSTICO E A CONDUTA SÃO:**

- a) Carcinoma com metástase para a pleura; biópsia de pleura.
- b) Tuberculose pleural; iniciar rifampicina + isoniazida + pirazinamida + etambutol.
- c) Linfoma com metástase pleural; biópsia excisional de gânglios cervicais.
- d) Paracoccidioidomicose pulmonar; solicitar sorologia.

62. Mulher, 65a, internada para investigação de tosse com escarros hemoptóicos há cinco meses, inapetência e perda de oito quilos no período. Antecedentes pessoais: hipertensão arterial, hipotireoidismo e dislipidemia. Medicações em uso: enalapril, hidroclorotiazida, levotiroxina e sinvastatina. Exame físico: regular estado geral, descorada (++)/4, eupneica. Restante do exame físico é normal. Exames laboratoriais: hemoglobina=9,4g/dL; leucócitos=7.645/mm³; plaquetas=467.000/mm³; creatinina=0,9mg/dL; ureia=39mg/dL. Tomografia computadorizada de tórax (IMAGEM Q62). Lavado broncoalveolar: presença de bacilos gram-positivos filamentosos ramificados, coloração álcool-ácido resistente negativa. **O DIAGNÓSTICO E A CONDUTA SÃO:**

- a) Nocardiose pulmonar, prescrever sulfametoxazol-trimetoprim.
- b) *Pneumocystis jirovecii*, prescrever sulfametoxazol-trimetoprim.
- c) Actinomicose pulmonar, prescrever amoxicilina/clavulanato.
- d) Aspergilose pulmonar, prescrever voriconazol.

63. Mulher, 82a, comparece à consulta com queixa de constipação intestinal há seis meses. Refere evacuar a cada quatro dias, com fezes ressecadas. Nega sangramento. Antecedentes pessoais: hipertensão arterial, hipotireoidismo, dislipidemia, osteoartrite de coluna, osteoporose e transtorno depressivo. Medicações em uso: losartana, hidroclorotiazida, levotiroxina 112 mcg/dia, ciclobenzaprina, atorvastatina, vitamina D, alendronato, sertralina e dipirona. Exame físico: bom estado geral, corada, eupneica. Peso=82Kg, altura=1,54m. Abdômen: globoso, indolor, flácido, ruídos hidroaéreos positivos, sem massas ou visceromegalias. Restante do exame físico é normal. Exames laboratoriais: hemoglobina=13,2g/dL; leucócitos=8.752/mm³; plaquetas=184.000/mm³; creatinina=0,9mg/dL; TSH=6,2mUI/L. **EM RELAÇÃO À QUEIXA DA PACIENTE, A CONDUTA NESTE MOMENTO É:**

- a) Aumentar dose de levotiroxina para 125mcg/dia e solicitar sangue oculto nas fezes.
- b) Suspender ciclobenzaprina e reavaliar a queixa da paciente em um mês.
- c) Suspender sertralina e solicitar colonoscopia.
- d) Prescrever bisacodil e solicitar PTH, cálcio, fosforo.

64. Mulher, 58a, deu entrada na Unidade de Emergência por vômitos com sangue vivo há duas horas. Antecedentes: hipertensão arterial e tabagismo (10 anos/maço). Medicações em uso: losartana e hidroclorotiazida. Exame físico: regular estado geral e descorada (+3/4). PA=92/56mmHg, FC=126bpm, FR=20irpm. Abdômen flácido, indolor, ruídos hidroaéreos positivos. Exames laboratoriais: hemoglobina=7,4g/dL; VCM=72fL; leucócitos=8500/mm³, plaquetas=282.000/mm³; RNI=0,92, albumina=3,2g/dL. Realizada tomografia de abdômen que evidenciou trombose de veia porta. **O EXAME E O DIAGNÓSTICO ETIOLÓGICO DA TROMBOSE SÃO:**

- a) Pesquisa de mutação da JAK2; policitemia vera.
- b) Pesquisa da translocação BCR-ABL; hemoglobinúria paroxística noturna.
- c) Dosagem de alfafetoproteína; carcinoma hepatocelular.
- d) Anticoagulante lúpico; síndrome antifosfolípide.

65. Mulher, 45a, internada para investigar dispneia há quinze meses, com piora nas duas últimas semanas. Atualmente apresenta falta de ar para tomar banho e caminhar poucos metros. Observou edema em pernas há um mês. Antecedentes pessoais: hipertensão arterial, tabagismo (30 anos/maço) e câncer de mama (tratado com mastectomia, quimioterapia, radioterapia e tamoxifeno). Exame físico: regular estado geral, peso=88Kg, altura=1,61m. PA=102/68mmHg, FC=122bpm, FR=22irpm. Tórax: murmúrio vesicular reduzido em bases, sem ruídos adventícios. Ausculta cardíaca normal. Edema pré-tibial (+2/4) bilateral. Exames laboratoriais: hemoglobina=9,7g/dL, leucócitos=10.200/mm³, plaquetas 322.000/mm³, creatinina=1,2mg/dL, TSH=4,2mUI/L. Ecocardiograma: dilatação de câmeras direitas, demais câmeras com dimensões normais; pressão sistólica de artéria pulmonar estimada=94mmHg (VR<30mmHg). **O EXAME INDICADO PARA ELUCIDAÇÃO DIAGNÓSTICA NESTE MOMENTO É:**

- a) Cateterismo de ventrículo direito.
- b) Tomografia de tórax de alta resolução.
- c) Prova de função pulmonar.
- d) Cintilografia ventilação-perfusão.

66. Homem, 45a, procurou atendimento em Pronto-Socorro por fraqueza progressiva em quatro membros há sete dias, relatando dificuldade para subir escadas e segurar objetos. Antecedentes pessoais: dislipidemia. Medicações em uso: atorvastatina 20mg/noite. Exame físico: vigil e orientado, PA=124/80mmHg, FC=98bpm, FR=22irpm, temperatura axilar=36,8°C, oximetria de pulso=94% (ar ambiente). Força muscular grau 2/5 em MMII e 3/5 em MMSS, arreflexia generalizada, pares cranianos normais. Exames laboratoriais: hemoglobina=14,1g/dL, leucócitos=8.200/mm³, creatinina=0,85mg/dL. Gasometria arterial (ar ambiente): pH=7,32; PaO₂=68mmHg; PaCO₂=52mmHg; HCO₃⁻=26mEq/L; BE=+1. **A CONDUTA É:**

- a) Admitir em unidade de terapia intensiva para monitorização e iniciar imunoglobulina.
- b) Admitir em leito de enfermaria e prescrever pulsoterapia com metilprednisolona.
- c) Solicitar eletroneuromiografia para confirmar diagnóstico antes do tratamento definitivo.
- d) Admitir em unidade de terapia intensiva e prescrever piridostigmina oral.

67. Homem, 32a, procura atendimento ambulatorial por dispneia progressiva aos médios esforços nos últimos três meses. Antecedentes pessoais: diabetes melito tipo 1 há 20 anos, hipertensão arterial há cinco anos e etilista de destilados 1litro/dia há dez anos. Exame físico: bom estado geral, PA=90/65mmHg, FC=80bpm, FR=16irpm. Ausculta cardiopulmonar: estertores crepitantes em ambas as bases pulmonares, bulhas rítmicas, normofonéticas, com sopro sistólico em foco mitral. Abdômen: fígado palpável à 3cm do rebordo costal direito, refluxo hepatojugular positivo. Membros inferiores: edema compressível (+2/4). Exames laboratoriais: hemoglobina=12,8g/dL; leucócitos=4.500/mm³; plaquetas=282.000/mm³; ureia=68mg/dL; creatinina=1,4mg/dL; potássio=3,9mEq/L; sódio=142mEq/L. Ecocardiograma: dilatação global de câmaras cardíacas, fração de ejeção de ventrículo esquerdo pelo Simpson=38% (VR>50%). **AS MEDICAÇÕES QUE DEVEM SER INCLUÍDAS NO TRATAMENTO DA INSUFICIÊNCIA CARDÍACA DESTES PACIENTES SÃO:**

- a) Valsartana/Sacubitril, espironolactona, digoxina, furosemida.
- b) Losartana, espironolactona, furosemida, dapaglifozina.
- c) Enalapril, furosemida, espironolactona, carvedilol.
- d) Losartana, carvedilol, dapaglifozina, hidroclorotiazida.

68. Homem, 65a, apresenta dispneia progressiva há cerca de dois anos e tosse seca. Nega exposições ocupacionais relevantes. Antecedentes pessoais: ex-tabagista (80 anos/maço). Não faz uso de medicamentos. Exame físico: ausculta com crepitações finas tipo velcro nos terços basais de ambos os pulmões, presença de baqueteamento digital e saturação periférica de oxigênio=91% em ar ambiente. Realizou tomografia de tórax (IMAGEM Q68). **O DIAGNÓSTICO É:**

- a) Doença pulmonar obstrutiva crônica, padrão de enfisema.
- b) Pneumonia organizante criptogênica.
- c) Pneumonia intersticial linfocítica.
- d) Fibrose pulmonar idiopática.

69. Mulher, 56a, procurou atendimento por aparecimento de lesões muito dolorosas em coxas, pernas e região inferior do abdômen há duas semanas. Nega febre. Antecedentes pessoais: diabetes melito tipo 1, hipertensão arterial, doença renal crônica dialítica e fibrilação atrial crônica. Medicamentos em uso: insulina NPH e regular, losartana, metoprolol, espironolactona, varfarina e calcitriol. Exame físico: regular estado geral, eupneica, afebril, PA=146/88mmHg, FC=108bpm, ausculta cardíaca com ritmo irregular em dois tempos. Pele: lesões ulceradas com bordas irregulares e fundo necrótico em coxas (IMAGEM Q69), pernas e abdômen, livedo reticular e placas violáceas em coxas. Exames complementares: hemoglobina=8,7g/dL; leucócitos=11.236/mm³; plaquetas=346.000/mm³; creatinina=6,4mg/dL; ureia=92mg/dL; cálcio=8,2mg/dL; fósforo=4,2mg/dL; PTH=102pg/mL. **O DIAGNÓSTICO E A CONDUTA NESTE CASO SÃO:**

- a) Embolização por colesterol; prescrever bloqueadores de canal de cálcio.
- b) Vasculite leucocitoclástica; prescrever prednisona 1mg/Kg/dia.
- c) Calcifilaxia; prescrever tiosulfato de sódio.
- d) Hiperparatireoidismo secundário à doença renal crônica; prescrever cinacalcete.

70. Homem, 48a, procurou atendimento por dispneia progressiva aos esforços nos últimos meses. Antecedentes pessoais: esclerose sistêmica e hipertensão arterial. Medicações em uso: losartana. Exame físico: bom estado geral, sem alterações significativas descritas. Exames complementares: Ecocardiograma com pressão sistólica de artéria pulmonar estimada=60mmHg (VR<30mmHg). Prova de função pulmonar: CVF e VEF₁ preservados, redução da capacidade de difusão do monóxido de carbono (DLCO). Cateterismo cardíaco direito: pressão média da artéria pulmonar (PAPm)=34mmHg (VR<20mmHg), pressão de oclusão da artéria pulmonar (POAP)=10mmHg (VR≤15mmHg), resistência vascular pulmonar (RVP) aumentada em > 2 unidades Wood (UW). Durante o exame, o teste de vasorreatividade com óxido nítrico inalatório reduziu a PAPm para 23 mmHg e aumentou o débito cardíaco em 15%. **O DIAGNÓSTICO E A CONDUTA INICIAL SÃO:**

- a) Hipertensão arterial pulmonar associada a doença do tecido conectivo; prescrever antagonista de endotelina e inibidor da fosfodiesterase-5.
- b) Hipertensão pulmonar por doença pulmonar crônica; prescrever oxigenoterapia domiciliar.
- c) Hipertensão arterial pulmonar idiopática; prescrever antagonista de endotelina e inibidor da fosfodiesterase-5.
- d) Hipertensão arterial pulmonar associada a doença do tecido conectivo; prescrever bloqueador de canal de cálcio.

IMAGEM Q16

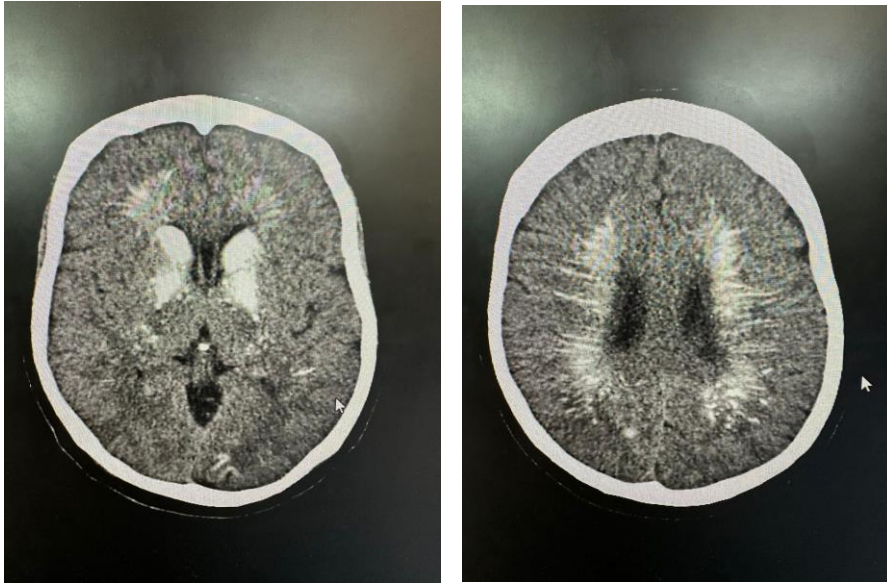
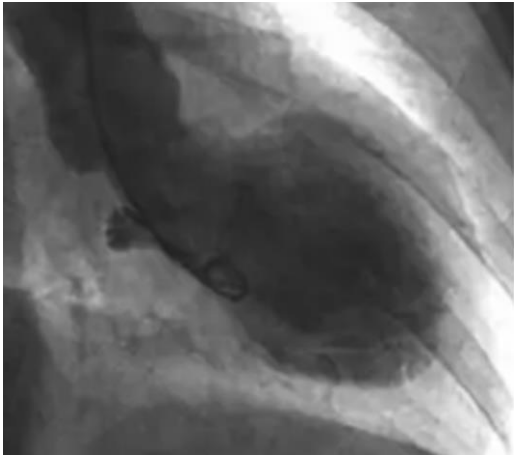


IMAGEM Q20



IMAGEM Q23

SISTOLE



DIASTOLE

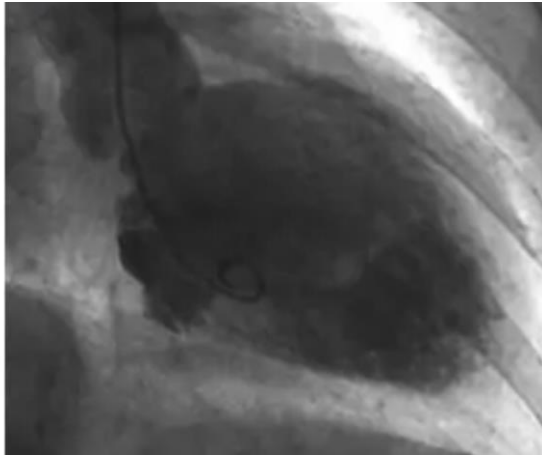


IMAGEM Q30



IMAGEM Q31

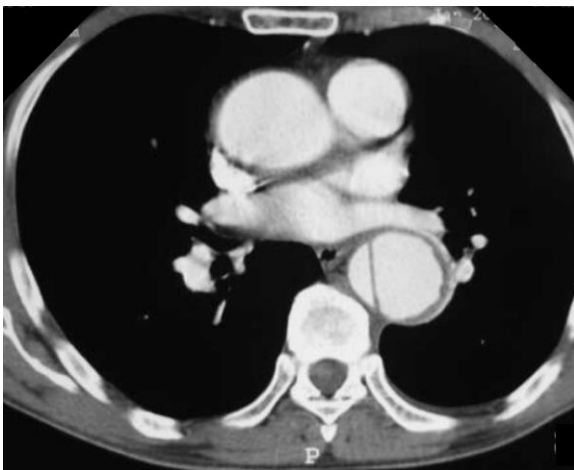


IMAGEM Q48



IMAGEM Q57

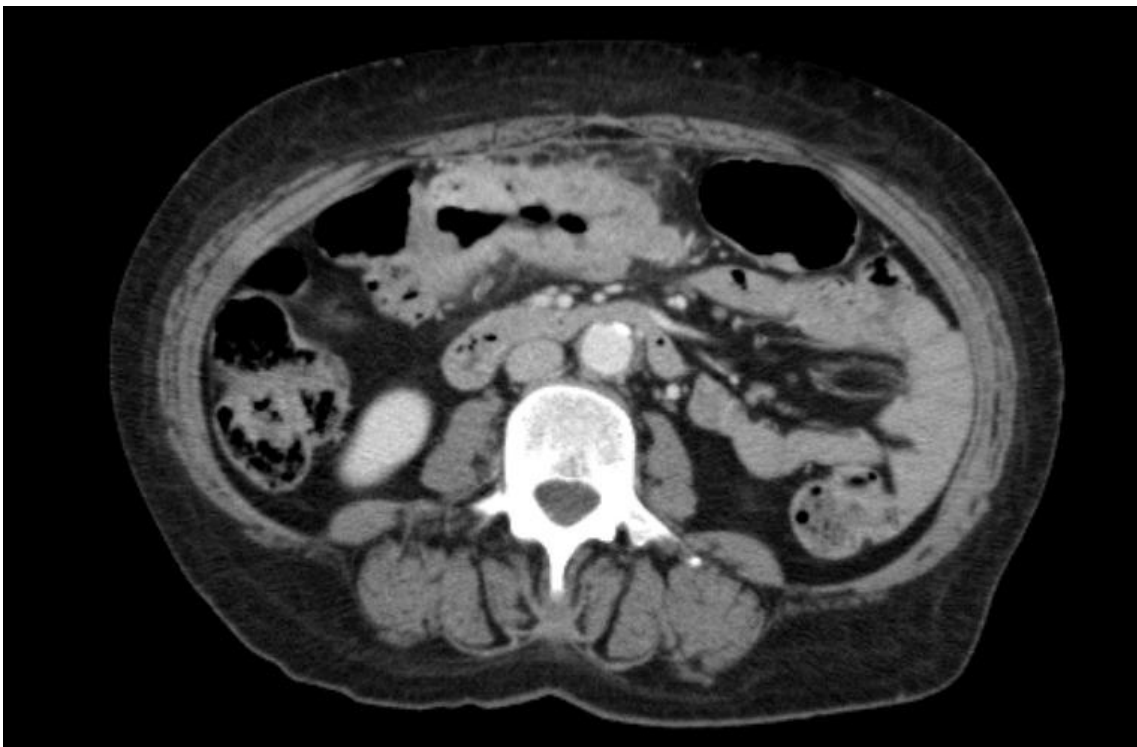


IMAGEM Q62

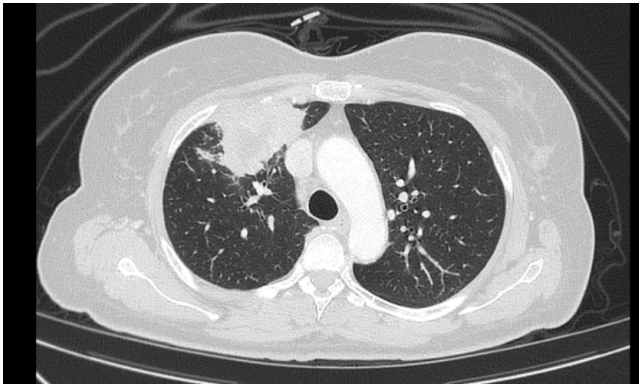


IMAGEM Q68



IMAGEM Q69

