



Prova objetiva - R+CM

FAMERP 2025

NOME DO CANDIDATO

ASSINATURA

SALA:

CARTEIRA:

INSTRUÇÕES

1. Controle seu tempo

O tempo estimado é de aproximadamente **5h 54min** para **80** questões. Evite gastar mais de 4 minutos em uma única questão.

2. Leia o enunciado com atenção

Antes de analisar as alternativas, compreenda completamente o que está sendo perguntado. Observe palavras-chave como "EXCETO", "INCORRETA", "MAIS PROVÁVEL".

3. Analise todas as alternativas

Mesmo que uma alternativa pareça correta à primeira vista, leia todas as opções antes de marcar sua resposta definitiva.

4. Consultas externas

Não será permitida qualquer espécie de consulta nem o uso de aparelhos eletrônicos.

5. Marcação da resposta

Use caneta preta para marcar suas respostas na folha definitiva de gabarito. Use o gabarito presente nesta prova para preencher seu rascunho, você poderá levar este gabarito ao final de sua prova.

QUESTÃO 01

Paciente do sexo masculino, 67 anos, vigilante aposentado, ex-tabagista (fumou num período de 15 anos, porem, não fuma há 40 anos). Hipertenso controlado com uso de losartan e sem antecedentes de doenças pulmonares prévias, com queixa de dispneia progressiva aos esforços há um ano. atualmente com dispneia MRC 2. Sem outras queixas respiratórias. Interrogatório sobre os demais aparelhos: não relata queixas relacionadas aos demais aparelhos ou sistemas. Mora em casa de alvenaria de bom padrão e sem animais de estimação e sem hobbies. Ao exame físico encontra-se em BEG, eupneico em repouso, acianótico, presença de hipocratismo digital. Ausculta torácica: bulhas cardíacas rítmicas e normofonéticas e sem sopros e com presença de estertores do tipo velcro em ambos terços inferiores. Abdômen flácido, sem visceromegalias. Sem edemas periféricos. Já solicitado e realizado tomografia computadorizada de tórax de alta resolução: presença de cistos de faveolamento, espessamento septal (padrão reticular). bilateral, de localização subpleural e em lobos inferiores associados a bronquioloectasias de tração (consistente com padrão PIU - pneumonite intersticial usual). Espirometria com presença de distúrbio ventilatório do tipo restritivo de grau leve. DLCO reduzida (70% do previsto). Com hipótese diagnóstica de Fibrose Pulmonar Idiopática é necessário para esta confirmação

- ☐ (A) O quadro clínico e alterações tomográficas são suficientes
- ☐ (B) Necessário realização de broncoscopia com lavado broncoalveolar
- ☐ (C) Necessário realização de broncoscopia com biópsia transbrônquica
- ☐ (D) Necessário realização de tomografia de tórax com biópsia percutânea

QUESTÃO 02

Paciente de 62 anos, sexo masculino, mecânico. Tabagista há 50 anos, fumando um em média 20 cigarros diariamente. Há 3 anos com queixa de dispneia relacionada aos esforços, atualmente MRC 3. Não relata ortopneia e nem dispneia paroxística noturna. Tosse com expectoração clara e chiadeira no peito com piora nos meses de julho a setembro. Antecedentes: nega doenças pulmonares ou comorbidades prévias. Nega internações mas procurou unidade de pronto atendimento, por 3 vezes no último ano, devido piora sintomática, fazendo uso de antibióticos nestes atendimentos. Ao exame físico: BEG, eupneico, acianótico, sem hipocratismo digital. Tórax com diâmetro ântero-posterior aumentado, bulhas rítmicas e normofonéticas, ausência de sopros cardíacos, sons pulmonares reduzidos bilateralmente e sem ruídos pulmonares adventícios. Abdômen normotenso. Ausência de edemas periféricos. Exames complementares prévios: - Radiografia simples de tórax com sinais de hiperaeração pulmonar. - Espirometria: presença de distúrbio ventilatório do tipo obstrutivo, resposta farmacológica negativa, relação VEF1/CVF = 50% e VEF1 após prova farmacológica de 49 % do previsto e hemograma com eosinófilos = 100 células. Com diagnóstico de doença pulmonar obstrutiva crônica, sendo LABA: beta 2 agonista inalatório de ação prolongada, LAMA : anti-muscarínico inalatório de ação prolongada, CI : corticoide inalatório; prescreva o tratamento ideal:

- ☐ (A) CI + LAMA
- ☐ (B) CI + LABA
- ☐ (C) LAMA + LABA
- ☐ (D) LABA somente

QUESTÃO 03

Paciente do sexo feminino, 46 anos, diarista, não tabagista. Já em tratamento ambulatorial com reumatologista devido esclerodermia. Queixa-se de dispneia há 18 meses, progressiva aos esforços e atualmente classe funcional III. Realizados os seguintes exames complementares: Ecocardiograma, sugerindo presença de hipertensão pulmonar (PSVD = 70 mmHg); Tomografia computadorizada de tórax, sem alterações parenquimatosas e ausência de falhas de enchimento de artérias pulmonares; Espirometria, dentro dos limites da normalidade, DLCO = 59 % do previsto. Com suspeita de hipertensão arterial pulmonar associada a esclerodermia, solicitado estudo hemodinâmico (cateterismo de câmaras cardíacas direitas, Swan-Ganz), sendo neste exame essenciais para a confirmação diagnóstica, as medidas dos seguintes parâmetros:

- ☐ (A) Pressão média da artéria pulmonar já é suficiente
 - ☐ (B) Pressão média da artéria pulmonar e débito cardíaco
 - ☐ (C) Pressão média da artéria pulmonar e saturação venosa central de O₂
 - ☐ (D) Pressão média da artéria pulmonar, Pressão capilar pulmonar, Resistência arterial pulmonar
-

QUESTÃO 04

Paciente do sexo feminino. 40 anos, vendedora de cosméticos, não tabagista, com queixa de dispneia progressiva aos esforços há 16 meses, atualmente em classe funcional 2. Nega tosse, expectoração. dor torácica ou sibilância Sem vícios ou hábitos. Sem histórico do uso de medicamentos ou drogas Avaliada em consulta por médico generalista e submetida a alguns exames complementares: TC tórax e espirometria normais. Exames Laboratoriais: hemograma, função renal, hormônios tireoideanos, função hepática. FAN, sorologias virais para hepatite e HIV, gasometria arterial - todos normais. Encaminhada com ecocardiograma transtorácico sugerindo presença de hipertensão pulmonar (câmaras cardíacas direita aumentadas, pressão sistólica de ventrículo direito = 60 mmHg). Ao exame físico: normolinea, eupneica, acianótica, ausência de hipocratismo digital. Tórax com bulhas rítmicas, com hiperfonese de B2, sem sopros, ausculta pulmonar normal. Abdômen normotenso e sem visceromegalias Ausência de edemas periféricos. Solicitado cateterismo cardíaco de câmaras cardíacas direita com medidas de Swan-Ganz, sendo então confirmada a presença de Hipertensão Arterial Pulmonar. Em ambulatório de referência iniciado tratamento específico combinado (Sildenafil e Ambrisentana). Solicite o exame laboratorial de importância no segmento clínico da paciente visando a avaliação da gravidade e prognóstico

- ☐ (A) Troponina
- ☐ (B) Gasometria arterial
- ☐ (C) Peptídeo atrial natriurético
- ☐ (D) D-dímero de fibrinogênio

QUESTÃO 05

Paciente de 54 anos, sexo feminino, do lar, não tabagista. Há 6 anos com crises frequentes de chiado e dispneia, principalmente no período noturno, fazendo uso frequente de salbutamol spray, receitado após atendimento em UPA. Com persistência dos sintomas, encaminhada e consultada por pneumologista há 18 meses. Realizado exames complementares: radiografia de tórax normal. hemograma com eosinofilia (580 células), Ig E sérico = 15 UI/ml. espirometria alterada (presença de distúrbio ventilatório do tipo obstrutivo de grau moderado, com resposta significativa de fluxo após utilização de broncodilatador). Prescrito tratamento inalatório com budesonida e formoterol. Porém necessário elevação progressiva das doses dos inalatórios, ate 1200 mcg de budesonida/dia, devido dificuldade de atingir o controle adequado (utilizando os critérios GINA). Mesmo com uso correto do dispositivo inalatório e das medicações inalatórias prescritas e negando sintomas relacionados aos demais aparelhos ou sistemas, vem apresentando ainda crises diárias, com uso frequente de prednisona, portanto, com asma não controlada. Com o diagnostico de asma grave eosinofílica não alérgica, há indicação de tratamento imunobiológico, sendo este já disponibilizado no SUS:

- ☐ (A) Nintedanib
- ☐ (B) Mepolizumabe
- ☐ (C) Omalizumabe
- ☐ (D) Roflumilaste

QUESTÃO 06

Paciente de 62 anos, sexo masculino, eletricista, ex-tabagista (não fuma, porem, há mais de 25 anos), hipertenso em uso de amlodipina. Cirurgia urológica devido hipertrofia prostática benigna, há 5 dias, sem complicações no pós-operatório. Procurou, porém, atendimento no setor de emergência clinica devido toracalgia direita intensa associada a dispneia há um dia. Ao exame físico: FR = 28 irpm .. saturação em pulso oximetria de 89 %, FC = 110 bpm, PA= 105/60 mmHg, consciente, orientado. Tórax com bulhas cardíacas rítmicas, sem sopros, murmúrio vesicular presentes bilateralmente, sem ruídos adventícios. Abdômen normotenso, sem visceromegalias. Edema ++/+++ em membro inferior direito, doloroso à palpação, porem sem empastamento de panturrilha. Angiotomografia de tórax confirmou presença de embolia pulmonar à direita (ramos segmentares e subsegmentares). Confirmado tromboembolismo pulmonar além do quadro clinico são exames necessário para definição de gravidade e prognostico:

- ☐ (A) Ecocardiograma e troponina
- ☐ (B) Ecocardiograma e D-dímero de fibrinogenio
- ☐ (C) Troponina e eletrocardiograma com padrão S1Q3T3
- ☐ (D) Utilizar apenas a extensão do comprometimento vascular na angio TC de tórax

QUESTÃO 07

Paciente do sexo masculino, 52 anos, programador de computador, fumante ativo há 35 anos (um maço fumado diariamente). ainda MRC 1. Ao exame físico: BEG, corado, hidratado, eupneico, normolíneo, ausculta cárdio- pulmonar normais, sem edemas periféricos. RX tórax normal. Com suspeição clinica de DPOC. solicitado prova ventilatória pulmonar (espirometria), porem, com laudo de distúrbio ventilatório do tipo restritivo de grau moderado e sem resposta farmacológica ao uso de salbutamol spray e, portanto, não compatível com o quadro clinico do paciente. Neste caso deveremos considerar o exame funcional como:

- ☐ (A) Manter o laudo do exame, pois espirometria não é essencial na avaliação de DPOC
- ☐ (B) Manter o laudo mas solicitar cintilografia pulmonar V/Q, para confirmar o diagnostico
- ☐ (C) Manter o laudo e confirmar o diagnostico de DPOC, com tomografia de tórax
- ☐ (D) Distúrbio Ventilatório Inespecífico

QUESTÃO 08

Paciente de 62 anos, sexo masculino, carteiro aposentado, não tabagista. Diabético, sob tratamento com hipoglicemiantes orais. Há 5 dias com quadro de tosse, expectoração amarelada e febre referida. Feito teste rápido para COVID, negativo. Atendido em PS de clínica médica: Consciente e orientado, FR = 18 irpm, FC = 88 bpm, PA = 140/90 mmHg. Ausculta torácica com bulhas rítmicas e normofonéticas e sem sopros cardíacos, presença de estertores finos em 1/3 inferior de hemitórax direito. Dextrostix = 190 mg/dl. RX tórax com consolidação segmentar em lobo inferior direito. Com diagnóstico clínico de pneumonia adquirida em comunidade - PAC, defina a conduta mais adequada:

- ☐ (A) Iniciar o tratamento ambulatorial com ciprofloxacina
- ☐ (B) Iniciar tratamento a nível ambulatorial com fluorquinolona (levofloxacina)
- ☐ (C) Solicitar cultura de escarro e já prescrever beta lactâmico (amoxicilina isoladamente)
- ☐ (D) Encaminhar ao Hospital Terciário, para solicitar hemograma, ureia e cultura de escarro antes de iniciar o tratamento

QUESTÃO 09

Um paciente do sexo masculino, 43 anos, apresenta queixa de fraqueza. Ao exame físico, apenas mucosas hipocoradas. Um hemograma é solicitado: Hb 8g/dl, VCM 88fL, Leucócitos 5400/mm² (Segmentados 75%, Linfócitos 20%, Monócitos 3%, Eosinófilos 2%) e Plaquetas 160.000/mm³. Diante deste quadro, o clínico solicita um screening para anemia: Creatinina 0,9mg/dl, Bilirrubinas totais 1mg/dl, Bilirrubinas indiretas 0,5mg/dl, DHL 140U/L (normal até 260U/L), Coombs Direto negativo, Ferritina 89ng/ml (30 a 300ng/ml), Saturação de transferrina 45%, dosagem de vitamina B12 800pg/ml. Cálcio iônico 1,2 mmol/L e uma eletroforese de proteínas com um componente monoclonal de 4.5g/dl. Diante desses exames é correto afirmar:

- ☐ (A) Não se trata de mieloma múltiplo pois não há relatos de lesões ósseas
- ☐ (B) Não se trata de MGUS (gamopatia monoclonal de significado indeterminado)
- ☐ (C) Não se trata de mieloma múltiplo pois o paciente é jovem, não apresenta insuficiência renal nem hipercalcemia.
- ☐ (D) Trata-se de mieloma do tipo "smoldering, pois não há insuficiência renal, hipercalcemia nem relatos de lesões ósseas.

QUESTÃO 10

Um paciente de 72 anos, sem comorbidades relevantes, apresenta um quadro de tontura, turvação visual e cefaleia. O exame físico não revela nenhum dado importante. Diante disto, um hemograma é solicitado: Hb 12,0g/dl, VCM 88fL, Leucócitos 4400/mm³ (Segmentados 65%, Linfócitos 30%, Monócitos 3%, Eosinófilos 2%) e Plaquetas 140.000/mm³. Uma eletroforese de proteínas revela um pico monoclonal de 5,2g/dl. As dosagens de imunoglobulinas revelaram: IgA 82mg/dl (entre 81mg/dl e 387), IgM 5.100mg/dl (51 e 195mg/dl), IgG 800mg/dl (730 e 1620). A biópsia de medula óssea, com imuno-histoquímica, mostra uma infiltração linfoplasmocitoide, acometendo 40% da citada medula. Creatinina de 1,1g/dl e Cálcio iônico 1,2mmol/L (1,17 a 1,30 mmol/L). O PET-CT não revela nenhum acometimento ósseo. Diante dos fatos, é correto afirmar que:

- ☐ (A) Trata-se de Mieloma do tipo Smoldering; a conduta é apenas observar
- ☐ (B) Trata-se de Mieloma Múltiplo; a conduta é a realização de plasmaferese
- ☐ (C) Trata-se de Mieloma Múltiplo; a conduta é a realização de quimioterapia
- ☐ (D) Trata-se de Macroglobulinemia de Waldenström; a conduta é a realização de plasmaferese

QUESTÃO 11

Mulher, 47 anos, encaminhada por ganho de peso de 12 Kg em 8 meses, mesmo realizando dieta e atividade física. Ao exame físico apresenta obesidade central, estrias abdominais violáceas e giba. PA 140x90 mmHg e IMC 33,8 kg/m². Exames solicitados por outro médico: Cortisol urinário: 530 mcg/ 24 horas (VR 19-107); Cortisol Basal: 27 mcg/dl (VR 5 a 24); Cortisol após 2 mg de dexametasona: 11,3 mcg/dl: ACTH (duas dosagens): 43 e 4 pg/ml (VR 10 a 48); TC de abdômen: massa em adrenal esquerda de 1,8 cm com densidade de 3 Unidades Hounsfield. Qual a melhor conduta?

- ☐ (A) Iniciar espirolactona 25 mg/ dia.
 - ☐ (B) Ressonância Magnética de hipófise
 - ☐ (C) Adrenalectomia unilateral esquerda
 - ☐ (D) Cateterização seletiva de Adrenais
-

QUESTÃO 12

Homem, 55 anos encaminhado pelo cardiologista após visualizar nódulo em tireoide em exame de doppler de carótidas. Apresenta exames laboratoriais :TSH 0.7 mUI/L (VR 0,5 a 4,5); T4 livre 1,3 ng/dl (VR 0,8 a 1,7). US de tireoide com nódulo sólido de 2,1x0,8x1,7 cm em lobo direito ACR TI-RADS 3. Qual a melhor conduta para este paciente?

- ☐ (A) Solicitar Cintilografia de Tireoide.
 - ☐ (B) Solicitar PAAF do nódulo de tireoide
 - ☐ (C) Acompanhamento ultrassonográfico periódico.
 - ☐ (D) Dosagem de tireoglobulina e calcitonina sérica,
-

QUESTÃO 13

Paciente de 58 anos, gênero masculino, é admitido em unidade de emergência após apresentar episódio de síncope em domicílio. Sinais vitais evidenciam PA = 84x52mmHg e monitor cardíaco mostra taquicardia ventricular monomórfica. Foi realizada cardioversão elétrica sincronizada após sedação com retomada de ritmo sinusal, entretanto mantendo PA = 90x55mmHg. Exames complementares colhidos evidenciaram Mg²⁺ 0,9mg/dl. Diante deste resultado de exame qual deveria ser sua prescrição neste momento?

- ☐ (A) Sulfato de Magnésio 1 a 2g EV em 2 minutos
- ☐ (B) Sulfato de Magnésio 2 a 4g EV em 4 a 6 horas
- ☐ (C) Sulfato de Magnésio 4 a 8g EV em 6 a 8 horas
- ☐ (D) Sulfato de Magnésio 4 a 8g EV em 12 a 24 horas

QUESTÃO 14

Paciente de 34 anos, gênero feminino, foi admitida em unidade hospitalar por quadro clínico de tetraparesia flácida. Apresentava-se estável hemodinamicamente e negava comorbidades ou medicações em uso diário. Em exames para investigação do quadro foi evidenciado $K^+ = 1.5 \text{ mEq/l}$. Após correção da calemia evoluiu com melhora da sintomatologia apresentada e foi encaminhada à enfermaria de clínica onde colheu amostra isolada de urina com dosagem de $K = 20 \text{ mmol/l}$ e creatinina $= 200 \text{ mg/dl}$. Diante destes resultados qual das condições abaixo poderia ser a causa do quadro clínico apresentado pela paciente?

- ☐ (A) Hipomagnesemia
 - ☐ (B) Doença de Graves
 - ☐ (C) Doença de Gitelman
 - ☐ (D) Hiperaldosteronismo primário
-

QUESTÃO 15

Paciente de 78 anos, gênero feminino, foi admitida em unidade de emergência por quadro de confusão « mental iniciado há 6 horas. Em exames colhidos na admissão foi encontrado $Ca^{2+} = 13.2 \text{ mg/dl}$. Após hidratação e prescrição de ácido zoledrônico paciente evoluiu com melhora do delirium e foi encaminhada à enfermaria de clínica. Considerando que nesta unidade hospitalar você não disponha da dosagem sérica do PTHrp e o PTH esteja baixo, qual outro contexto laboratorial permitiria dirigir sua investigação etiológica para uma neoplasia não-hematológica?

- ☐ (A) Relação $PTH/Ca < 10$
 - ☐ (B) Relação $PTH/Mg > 18$
 - ☐ (C) Relação $Na/Ca < 27$
 - ☐ (D) Relação $Cl/P > 33$
-

QUESTÃO 16

Paciente de 64 anos, portadora de hipertensão arterial, diabetes mellitus tipo 2, doença renal crônica não dialítica e transtorno bipolar foi admitida em unidade hospitalar após apresentar episódio de trombose venosa profunda. Relatava que suas medicações de uso diário haviam sido modificadas 1 semana antes. No quinto dia de internação evoluiu com quadro confusional agudo e os seguintes resultados de exames: creatinina $= 2,2 \text{ mg/dl}$, glicemia de jejum $= 185 \text{ mg/dl}$, $Na^+ = 122 \text{ mEq/l}$, $Ca^{2+} = 9,8 \text{ mg/dl}$, $Mg^{2+} = 2,0 \text{ mg/dl}$, $K^+ = 6,2 \text{ mEq/l}$ e hemograma dentro dos valores de referência. Em sua prescrição constavam os seguintes fármacos: hidroclorotiazida, anlodipina, omeprazol, fluoxetina, carbonato de lítio, insulina NPH, insulina regular e heparina não fracionada. Diante deste caso, qual dos itens da prescrição poderia estar justificando a evolução da paciente?

- ☐ (A) Heparina
- ☐ (B) Omeprazol
- ☐ (C) Hidroclorotiazida
- ☐ (D) Carbonato de lítio

QUESTÃO 17

Paciente de 48 anos, gênero feminino, agenda consulta ambulatorial após realizar US doppler de carótidas sugerindo nodulação em região cervical. Foi submetida a US de tireoide que evidenciou nódulo de 1,2cm localizado na transição istmo/lobo esquerdo classificado como TIRADS 4. Exame de TSH dentro dos valores de referência. Qual deve ser a conduta correta a ser sugerida a paciente?

- ☐ (A) Cintilografia de tireoide
 - ☐ (B) Indicar PAAF do nódulo
 - ☐ (C) Expectante com US anual
 - ☐ (D) Colher T4 livre e auto anticorpos tireoidianos
-

QUESTÃO 18

Paciente de 45 anos, gênero masculino, procura atendimento para seguimento de diagnóstico recente de hipertensão arterial. Relata recorrentes episódios de cefaleia holocraniana acompanhados de elevação acentuada da pressão, palpitações e sudorese fria importante desde que foi rotulado como hipertenso. Descreve ainda que o primeiro episódio aconteceu enquanto realizava uma tomografia de rins e vias urinárias contrastada para seguimento de litíase renal. Reporta que irmão faleceu jovem com diagnóstico de neoplasia de tireoide. Encontra-se em uso regular de enalapril 10mg/dia associado a hidrociorotiazida 25mg/dia. No momento da consulta está assintomático com PA = 125x82mmHg, sem alterações de exame físico, inclusive da região cervical. Diante deste caso quais exames deveriam ser solicitados considerando a principal hipótese diagnóstica?

- ☐ (A) TSH e US tireoide.
 - ☐ (B) Metanefrinas plasmáticas e TSH.
 - ☐ (C) TSH, aldosterona e atividade plasmática de renina.
 - ☐ (D) Metanefrinas urinarias (24h), dosagem de calcitonina e US tireoide
-

QUESTÃO 19

Paciente de 48 anos, masculino diagnosticado com hipercolesterolemia familiar. AP: Infarto agudo do miocárdio há 2 anos. Em uso de atorvastatina 80 mg e ezetimiba 10 mg/dia. Refere acompanhamento nutricional com nutricionista. Exames laboratoriais: Colesterol total 180 mg/dL, LDLc 100 mg/dL, HDLc 40 mg/dL. Considerando que a meta para esse paciente é LDLc < 50 mg/dL, qual seria a opção terapêutica.

- ☐ (A) Adicionar inclisirana quinzenalmente por via SC.
- ☐ (B) Associar inibidor de PCSK9 quinzenalmente por via SC
- ☐ (C) Substituir por rosuvastatina 20 mg/dia associada a fibrato
- ☐ (D) Substituir por pitavastatina 4 mg/dia e ezetimiba 10 mg/dia

QUESTÃO 20

Mulher de 68 anos de idade é levada à emergência referindo parestesias em mãos e pés e câimbras nas pernas à noite há 3 dias. Refere que é hipertensa, em uso de Hidroclorotiazida 25 mg ao dia e Losartana 100 mg/dia. Antecedentes pessoais: tireoidectomia total por suspeita de tumor de tireoide há 10 dias 2 cesareanas. Nega tabagismo e refere etilismo aos finais de semana. Qual é a melhor opção no manejo dessa paciente?

- ☐ (A) Dosar cálcio, PTH e magnésio séricos
 - ☐ (B) Suspender o tiazidico e solicitar dosagem de cálcio e potássio
 - ☐ (C) Trocar hidroclorotiazida por espironolactona e dosar PTH
 - ☐ (D) Dosar PTH, cálcio e repor colecalciferol
-

QUESTÃO 21

Mulher de 58 anos è encaminhada ao ambulatório de especialidade para avaliar osteoporose diagnosticada em densitometria mineral óssea (T-score em coluna :- 2,6 e em colo de fêmur -2,8) Relata que teve menopausa aos 49 anos e nunca fez reposição hormonal. Nega fraturas e litíase renal, Retere que sua ingestão diária de cálcio fica em torno de 2 copos de leite desnatado por dia. Refere que faz exercício de Pilates 2 vezes por semana. Ao exame bom estado geral, Peso 58 Kg: estatura:1,55m; PA: 110 X 80 mmHg. Os exames laboratoriais são: cálcio sérico: 10,5 mg/dl (8,2-10,2), 25 hidroxí-vitamina D de 11 ng/mL, PTH: 154 pg/ml (18-65), creatinina: 0,9 mg/dl. Qual deveria ser a melhor conduta a ser tomada, levando em consideração a hipótese diagnóstica?

- ☐ (A) Solicitar cálcio urina 24 horas, cálcio total e PTH
 - ☐ (B) Prescrever calcitriol e solicitar cálcio na urina de 24 horas
 - ☐ (C) Prescrever reposição hormonal da menopausa e vitamina D.
 - ☐ (D) Solicitar cintilografia de paratireoide com sestamibi para programação cirúrgica
-

QUESTÃO 22

Paciente de 50 anos, portador de síndrome metabólica, foi diagnosticado com esteato-hepatite não alcoólica (NASH/MASH) através da realização de biópsia hepática percutânea. Sobre o prognóstico desta condição, qual a complicação hepática mais grave a ser monitorada?

- ☐ (A) Ascite
- ☐ (B) Coledocolitíase
- ☐ (C) Cirrose hepática
- ☐ (D) Hepatite alcoólica

QUESTÃO 23

Paciente de 55 anos, sem história de etilismo, com diagnóstico de esteatose hepática e elevação das enzimas hepáticas, realiza exame de ressonância magnética que confirma o diagnóstico de doença hepática gordurosa (NAFLD/MASLD). Qual exame adicional é mais indicado para avaliar a presença de fibrose hepática

- ☐ (A) Elastografia hepática
 - ☐ (B) Endoscopia digestiva alta
 - ☐ (C) Teste de função pulmonar
 - ☐ (D) Colangiorressonância magnética
-

QUESTÃO 24

Homem de 52 anos, com diagnóstico de esteatose hepática, pergunta sobre o risco de progressão da doença. Qual fator está mais fortemente associado ao risco de progressão para esteato-hepatite e fibrose avançada?

- ☐ (A) Tabagismo
 - ☐ (B) Obesidade
 - ☐ (C) Hipotireoidismo
 - ☐ (D) Dislipidemia isolada
-

QUESTÃO 25

Paciente de 65 anos, portador de cirrose hepática secundária à esteato-hepatite não alcoólica (NASH/MASH), apresenta-se com ascite e encefalopatia hepática, Child-Pugh B 9 e Meld sódio 25. Qual das alternativas abaixo é a conduta mais apropriada para esse estágio avançado da doença?

- ☐ (A) Iniciar dieta hipoproteica
 - ☐ (B) Introduzir betabloqueador
 - ☐ (C) Aumentar a dose de lactulose
 - ☐ (D) Avaliar para transplante hepático
-

QUESTÃO 26

Uma paciente de 60 anos procurou atendimento ambulatorial com ultrassom com esteatose hepática e é aconselhada a perder peso. Qual é a perda percentual inicial recomendada para melhorar sua condição hepática?

- ☐ (A) 5-10% do peso corporal
- ☐ (B) 20-25% do peso corporal
- ☐ (C) 30-35% do peso corporal
- ☐ (D) Nenhuma perda é necessária

QUESTÃO 27

Paciente de 75 anos procura atendimento ambulatorial devido fadiga e aumento do volume abdominal. Ao exame físico, apresenta hepatomegalia e esteatose hepática à ultrassonografia. Os exames laboratoriais revelam: ALT 60 U/L (VR 30). AST 55 U/L (VR 30), fosfatase alcalina 90 U/L (VR 100) e bilirrubina total 1.2 mg/dL. Qual dos seguintes medicamentos têm demonstrado eficácia no tratamento dessa patologia e provável redução da progressão da doença?

- ☐ (A) Pioglitazona e vitamina E e dieta
- ☐ (B) Metformina e vitamina E e dieta
- ☐ (C) Estatina e pioglitazona
- ☐ (D) Semaglutida e orlistat

QUESTÃO 28

Homem, 42 anos, compareceu à consulta de rotina. Refere estar assintomático, Nega comorbidades. Nega etilismo, mas relata tabagismo ativo. Ao exame: PA MSE = 156 x 99 mmHg; PA MSD = 160 x 101 mmHg. Qual a conduta adequada?

- ☐ (A) Iniciar terapia anti-hipertensiva combinada
- ☐ (B) Orientar mudança do estilo de vida e reavaliar em 3 meses
- ☐ (C) Iniciar monoterapia, sendo o IECA o anti-hipertensivo de escolha
- ☐ (D) Solicitar monitorização ambulatorial da pressão arterial de 24h

QUESTÃO 29

Homem, 46 anos, etilista, sem comorbidades identificadas, deu entrada na emergência com quadro de dor torácica de forte intensidade, acompanhada de náusea e vômitos. No momento encontra-se agitado, taquicárdico e hipertenso. No eletrocardiograma, não há alterações isquêmicas agudas. A primeira amostra de troponina US está abaixo do cutoff. Diante deste caso, qual a alternativa mais adequada?

- ☐ (A) Provável quadro de pancreatite. Iniciar analgesia com opioide
- ☐ (B) Provável quadro de tromboembolismo pulmonar. Solicitar angioTC de tórax
- ☐ (C) Manter paciente monitorizado, seriando marcador de injúria miocárdica. Síndrome coronariana aguda é a principal hipótese diagnóstica
- ☐ (D) Paciente apresenta baixa probabilidade pré-teste para doença coronariana, com escore Heart baixo. É preciso investigar outras causas de dor torácica

QUESTÃO 30

Homem, 62 anos, com antecedente de infarto agudo do miocárdio, é diagnosticado com insuficiência cardíaca de fração de ejeção reduzida. É hipertenso há 20 anos e doente renal crônico (Clearance de creatinina = 16 ml/min/1,73m²) em acompanhamento com nefrologista. No momento, refere dispneia aos moderados esforços. Nega ortopneia ou dispneia paroxística noturna. Ao exame, PA = 114/68 mmHg e FC = 84 bpm. Murmúrio vesicular presente, com ausência de ruídos adventícios. Presença de 2 bulhas rítmicas, hipofonéticas, com sopro sistólico (3+/6+) em foco mitral. Discreto edema simétrico em MMII. Diante deste caso, pensando em aumento de sobrevida, qual a melhor terapia farmacológica neste momento?

- ☐ (A) Enalapril e bisoprolol
 - ☐ (B) Sacubitril/valsartana, carvedilol e espironolactona
 - ☐ (C) Enalapril, carvedilol, espironolactona e dapagliflozina
 - ☐ (D) Hidralazina, mononitrato de isossorbida, bisoprolol e empagliflozina
-

QUESTÃO 31

Mulher de 66 anos é avaliada no Centro de Dor Torácica do HB com queixa de dor retroesternal em aperto, há 1 hora, com irradiação para o membro superior esquerdo e associada dispneia súbita. Relata que os sintomas ocorreram após testemunhar o falecimento de sua neta de 5 anos de idade que foi atropelada. Ao exame físico: PA 150 x 90 mmHg, FC: 115 BPM, murmúrio vesicular simétrico com estertores crepitantes em bases pulmonares e bulhas rítmicas normofonéticas com presença de B3, sem sopros. Você seguiu o protocolo de dor torácica CDT B7.7. O eletrocardiograma (ECG) mostrou supradesnível do segmento ST de 4 mm nas derivações V1-V4. Qual a sua próxima conduta? Assinale a resposta mais correta de acordo com as diretrizes da Sociedade Brasileira de Cardiologia.

- ☐ (A) Indicar angiotomografia de artérias coronárias com escore de cálcio a associar ventriculografia radioisotópica no caso de achado de estenoses > 50%.
 - ☐ (B) Indicar cineangiocoronariografia direita + esquerda e ventriculografia com objetivo de realizar provável intervenção coronariana percutânea primária.
 - ☐ (C) Indicar cateterismo de câmaras cardíacas (direita e esquerda) com manometria e medida da pressão capilar pulmonar e resistência vascular pulmonar e sistêmica.
 - ☐ (D) Solicitar ecocardiograma transtorácico imediato e se houver disfunção sistólica associar angiotomografia de artérias coronárias.
-

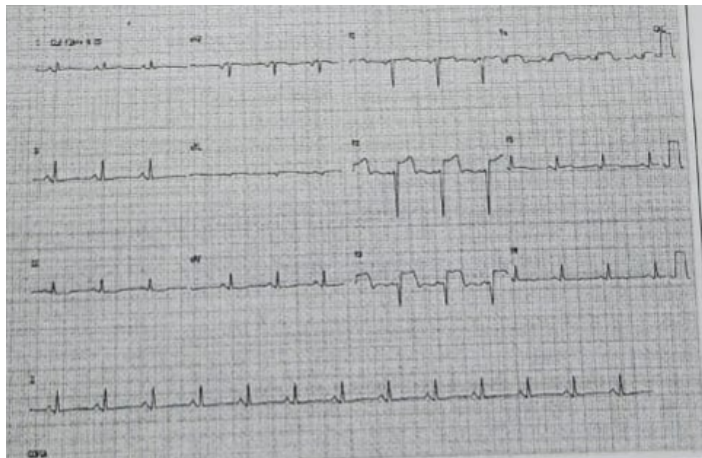
QUESTÃO 32

Homem de 54 anos, hipertenso, é avaliado no Centro de Dor Torácica do HB com queixa de epigástrica em queimação, há 2 horas, com irradiação para o membro superior esquerdo. Ao exame físico apresenta palidez cutâneo mucosa: PA: 80 x 50 mmHg, FC: 50 BPM, turgidez jugular e ausculta pulmonar e cardíaca sem alterações. Você avaliou o paciente de acordo com o protocolo CDT B 77 O eletrocardiograma (ECG) mostrou supradesnível do segmento ST de 3 mm nas derivações D2, D3 a AVF e 1mm em V4R. De acordo com as diretrizes da Sociedade Brasileira de Cardiologia, assinale a resposta incorreta:

- ☐ (A) O resultado imediato da isquemia do ventrículo direito (VD) é a dilatação ventricular, que resulta na diminuição da pressão intrapericárdica ocasionada pela força de contenção que o pericárdio adjacente exerce.
- ☐ (B) A oclusão do terço proximal da artéria coronária direita geralmente leva à isquemia e infarto do ventrículo direito.
- ☐ (C) Os pacientes que apresentam IAM de parede inferior associado ao IAM de ventrículo direito apresentam pior prognóstico que o IAM inferior isolado e a mortalidade sobe de 6% para 31% nestes casos.
- ☐ (D) A isquemia ventricular direita pode ser demonstrada em até um terço dos pacientes com IAM de parede inferior, embora em menos de 1/3 destes pacientes possam ser observadas alterações hemodinâmicas clássicas.

QUESTÃO 33

Paciente do sexo masculino, 66 anos, hipertenso e diabético, admitido no setor de emergência por quadro de dor retroesternal de forte intensidade (8/10), de início em repouso, associado a náuseas e sudorese fria e com duração de seis horas. Recebeu dose de ataque de ácido acetilsalicílico e clopidogrel e após uso de isordil sublingual houve remissão completa da dor torácica. O eletrocardiograma após o isordil foi o seguinte: O paciente recebeu Tenecteplase com redução do supra ST em 60% em 90 minutos após o tratamento fibrinolítico. Baseado no caso apresentado, qual seria a melhor conduta a seguir?



- (A) Nova dose de fibrinolítico diante da falha de reperfusão da dose inicial
- (B) Estratégia farmacoinvasiva: angiografia coronária em 2 a 24 horas
- (C) Estratégia invasiva tardia: Anticoagulação com Fondaparinux e angiografia coronária em 24 a 72 horas
- (D) Anticoagulação com Enoxaparina e realização de cintilografia miocárdica para revascularização guiada por isquemia

QUESTÃO 34

Paciente de 27 anos, do sexo feminino, portadora de prolapso valvar mitral sem regurgitação, procura atendimento médico, encaminhada pelo dentista devido proposta de tratamento endodôntico e com solicitação de orientações quanto à profilaxia antibiótica para endocardite bacteriana. A paciente refere ser alérgica a penicilina. Baseado nas informações acima, qual a melhor opção terapêutica?

- (A) Não há indicação de profilaxia antibiótica nesse caso
- (B) Ceftriaxona 1g intramuscular 30 minutos antes do procedimento
- (C) Azitromicina 500 mg por via oral uma hora antes do procedimento
- (D) Clindamicina 600 mg por via oral uma hora antes do procedimento e 300 mg 6 horas após

QUESTÃO 35

Um paciente de 32 anos, previamente saudável e sem histórico de doenças cardíacas ou fatores de risco cardiovascular, é admitido com diagnóstico de sepse urinária secundária a pielonefrite. Na avaliação inicial, ele está febril, taquicárdico e hipotenso, necessitando de reposição volêmica agressiva e uso de noradrenalina. A gasometria arterial revelou acidose metabólica com elevação do lactato. Durante a internação na UTI, exames laboratoriais demonstram elevação de troponina T de alta sensibilidade, com valores de 80 e 125 ng/L (normal < 14 ng/L). O eletrocardiograma (ECG) mostra taquicardia sinusal e alteração difusa da repolarização ventricular. O ecocardiograma apresenta fração de ejeção do ventrículo esquerdo de 55%, sem alterações segmentares de contratilidade. Qual o principal diagnóstico para o paciente?

- ☐ (A) Miocardite
 - ☐ (B) Infarto sem supra ST
 - ☐ (C) Injúria miocárdica aguda
 - ☐ (D) Infarto do miocárdio sem coronariopatia obstrutiva (MINOCA)
-

QUESTÃO 36

Paciente feminina, 65 anos, portadora de doença pulmonar obstrutiva crônica e insuficiência renal crônica em terapia substitutiva renal, admitida na UTI com relato de tosse, febre e piora da dispneia habitual há uma semana. Paciente admitida em insuficiência respiratória e hemodinamicamente instável, foi intubada na admissão e iniciado noradrenalina após reposição volêmica. Não recebeu terapia antimicrobiana no pronto socorro e você opta por iniciar piperacilina-tazobactam. Dentre as alternativas abaixo qual seria a forma mais adequada para prescrever essa medicação?

- ☐ (A) Piperacilina-tazobactam 2,25 g em bolus seguido de 2,25 g em 3 horas a cada 6 horas até o fim do tratamento.
 - ☐ (B) Piperacilina-tazobactam 4,5 g em bolus seguido de 4,5 g em 4 horas a cada 6 horas por 24 horas, com ajuste posterior para função renal até o fim do tratamento
 - ☐ (C) Piperacilina-tazobactam 4,5 g em 4 horas a cada 6 horas por 24 horas, com ajuste posterior para função renal até o fim do tratamento.
 - ☐ (D) Piperacilina-tazobactam 2,25 g em 4 horas a cada 6 horas até o fim do tratamento.
-

QUESTÃO 37

Paciente feminina, 78 anos, com diagnóstico de Alzheimer, internada em enfermaria de clínica médica para tratamento de pneumonia comunitária apresentou queda do leito durante a noite anterior sendo reportado evento adverso durante o "safety huddle" que é uma ferramenta de comunicação entre a equipe. Essa ferramenta consiste em:

- ☐ (A) Passagem de plantão entre médicos de forma organizada e livre de interrupções
- ☐ (B) Uma breve reunião com toda a equipe no início de cada plantão em que deve ser abordado questões importantes do estado dos pacientes e de ações a serem tomadas ao longo do dia.
- ☐ (C) Uma conversa entre médico e enfermeiro responsável usando o SBAR para a adequação da transmissão de informações
- ☐ (D) Uma reunião com a equipe pautada em indicadores assistenciais e indicadores técnicos que visam melhorar a segurança dos pacientes e corrigir erros. Pode ser feita semanalmente.

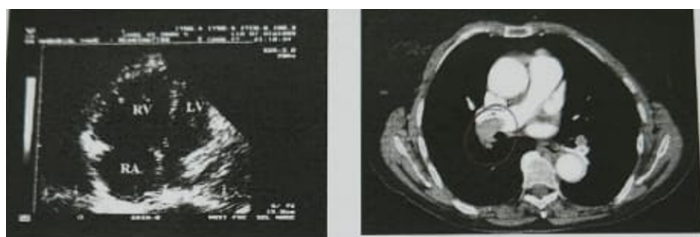
QUESTÃO 38

Paciente masculino, 65 anos, 70 kg, admitido com choque séptico de foco pulmonar) Recebeu na emergência 2000 mL de soro fisiológico sendo iniciado noradrenalina, no momento a 0.4_ug/kg/min. Persiste com hiperlactatemia e tempo de enchimento capilar elevado na admissão em UTI. Está em desconforto respiratório em uso de cateter nasal de alto fluxo a 45 L/min com saturação de 96%. Em relação ao manejo desse paciente, assinale a alternativa correta.

- (A) Podemos avaliar fluido responsividade utilizando elevação das pernas e avaliação da variação da integral velocidade tempo
- (B) O paciente pode ainda estar hipovolêmico, como não há fluido intolerância podemos administrar mais 1.000 ml de ringer lactato
- (C) O paciente pode estar hipovolêmico, mas como devemos persistir com cristaloides pelo risco de hipercloremia já recebeu grande quantidade de fluido.
- (D) Devemos proceder avaliação de fluido responsividade avaliando a variação de pressão de pulso

QUESTÃO 39

Masculino, 58 anos, obeso (IMC = 45), hipertenso, Quadro de febre, disúria e dor lombar a direita há dias. Há 01 dia desconforto precordial e dispneia de início súbito. Admitida em Unidade de emergência e constatado Urina I com leucocitúria ($> 500.000/\text{mm}^3$), PA de 80 x 50 mmHg, FR de 28 irm. consciente e orientado. Iniciado protocolo de 'sepsis' e encaminhado imediatamente à UTI. Já em UTI com PA não-invasiva registrado 98 x 50 mmHg; puncionado acesso venoso central e linha arterial. Os parâmetros iniciais foram: PA = 90 x 55 mmHg; FC = 132 bpm; FR = 35 irm, $T^{\circ}\text{C} = 37,6^{\circ}\text{C}$; $\text{SatO}_2 = 91\%$ (sob uso de máscara com reservatório a 7 l/min); PVC = 18 mmHg; pH = 7,32; $\text{paO}_2 = 75$; $\text{paCO}_2 = 49$; $\text{SatO}_2 = 93\%$ (gasometria arterial); pH = 7,30; $\text{paO}_2 = 31$; $\text{paCO}_2 = 57$; $\text{SatO}_2 = 52\%$ (gasometria venosa central); Lactato = 5,1 mmol/l. Realizado Ecocardiograma "POCUS" por plantonista da UTI e angio-TC tórax registrados nas imagens abaixo. Qual alternativa define o diagnóstico etiológico, síndrome e tratamento:



- (A) Pielonefrite aguda complicada com TEP; choque obstrutivo; trombólise + antibioticoterapia.
- (B) Pielonefrite aguda com síndrome de Takotsubo; choque cardiogênico; dobutamina + antibioticoterapia.
- (C) Colecistite aguda complicada com derrame pericárdico, choque obstrutivo; pericardiocentese + antibioticoterapia.
- (D) Pielonefrite aguda complicada com abscesso pulmonar a esquerda; choque séptico; antibioticoterapia combinada e de amplo espectro + drenagem de abscesso.

QUESTÃO 40

Paciente masculino, 71 anos, diabético, hipertenso, tabagista, submetido à colectomia total eletiva (doença diverticular dos cólons com 03 episódios de sangramentos graves no último ano). Devido à hemorragia acidental com perda sanguínea estimada de 2000ml, o tempo cirúrgico se prolongou por 7 horas. Admitido em UTI para cuidados pós-operatórios sob analgo-sedação, ventilação mecânica invasiva e uso de noradrenalina 0,4 mcg/kg/min. Cateter venoso central, linha arterial, sem drenos intracavitários. Os dados hemodinâmicos referentes às 4 primeiras horas em UTI estão representados abaixo. Baseado nos dados acima podemos deduzir que, no decorrer do tempo, o comportamento da oferta de oxigênio (DO₂), consumo de oxigênio (VO₂) e taxa de extração de oxigênio (TEO₂%) são:

	admissão	2ª hora	4ª hora
FC (ppm)	89	110	125 ↑
FR (irm)	22	22	22 ok
Temp. axilar (°C)	35,5	35	34,3 ↓
PAS/PAD (mmHg)	120/60	105/65	95/70 ↓
Diurese (ml/kg/h)	-	0,5	0,2 ↓
PVC (mmHg)	12	7	5 ↓
Sat O ₂ (%)	98	97	97 ok
Sv central O ₂ (%)	78	70	62 ↓
P(v-a)CO ₂ (mmHg)	6	8	10 ↑ (pH 7,32)

- (A) DO₂ mantido; VO₂ mantido; TEO₂% em ascensão
- (B) DO₂ mantido; VO₂ em redução; TEO₂% em redução
- (C) DO₂ em redução; VO₂ mantido; TEO₂% em ascensão
- (D) DO₂ em redução; VO₂ em redução; TEO₂% em ascensão

QUESTÃO 41

Paciente feminina, 30 anos, asmática, interna por exacerbação aguda do quadro. Apresenta-se com FR: 35 irpm, uso de musculatura acessória, em máscara de Venturi 40% com SpO₂: 95%; FC: 128 bpm; PA: 80 X 55 mmHg, extremidades frias, sonolenta com escala de coma de Glasgow: 11 Gasometria: pH: 7,28; PaO₂: 83 mmHg; PaCO₂: 48 mmHg; Bicarbonato: 21mEq/L; SaO₂: 94%, Sobre esse caso, assinale a melhor alternativa.

- (A) Podemos fazer uma tentativa de VNI no modo CPAP e broncodilatador
- (B) Pode-se fazer uma tentativa de ventilação não-invasiva (VNI) em modo BiPAP, visto que não há sinais de hipoxemia.
- (C) O adequado para esse paciente seria aumentar seu volume minuto após intubação, podendo deixar uma frequência respiratória de 30 irpm; VC: 7 mL/Kg de peso predito e relação I:E de 1:1.
- (D) Um dos mecanismos responsáveis pela hipotensão é a hiperinsuflação dinâmical que pode ser tratada com ventilação com FR baixa, após intubação, associada à terapia broncodilatadora.

QUESTÃO 42

Homem, 78 anos, sob ventilação mecânica invasiva por acidente vascular encefálico isquêmico (AVC-i) extenso à esquerda. No sexto dia de UTI foi feito o diagnóstico de pneumonia associada a ventilação mecânica (PAV), coletado culturas e iniciado esquema antimicrobiano com meropenem e linezolida. Após 48 horas de início desse esquema antimicrobiano, o laboratório de microbiologia notifica o crescimento de *Stenotrophomonas* spp na cultura de secreção traqueal. Assinale a alternativa com a melhor conduta frente a esse caso:

- (A) Substituir esquema atual por piperacilina + tazobactam.
- (B) Substituir esquema atual por sulfametoxazol + trimetoprima.
- (C) Suspender linezolida, manter meropenem e aguardar resultado de antibiograma.
- (D) Manter esquema antimicrobiano atual e aguardar resultado de antibiograma.

QUESTÃO 43

Paciente masculino, 19 anos, portador de anemia falciforme, em acompanhamento desde a infância e com status vacinal adequado, é admitido na UTI com história de febre, tosse com expectoração amarela há 4 dias. Na admissão, encontra-se taquicárdico, em insuficiência respiratória, com dor torácica de forte intensidade e palidez cutaneomucosa. Diante desse quadro, é correto afirmar que:

- ☐ A) A crise veno-oclusiva, característica dessa doença, não explica esse quadro.
 - ☐ B) Trata-se de paciente portador de traço falciforme, com alteração na hemoglobina A2.
 - ☐ C) Os níveis de hemoglobina devem estar baixos em consequência de crise aplástica, crise de sequestro esplênico e hiper hemólise.
 - ☐ D) O quadro respiratório deve ser causado por germes encapsulados visto que mesmo com vacinação não houve mudança epidemiológica na etiologia das infecções nesse grupo de pacientes.
-

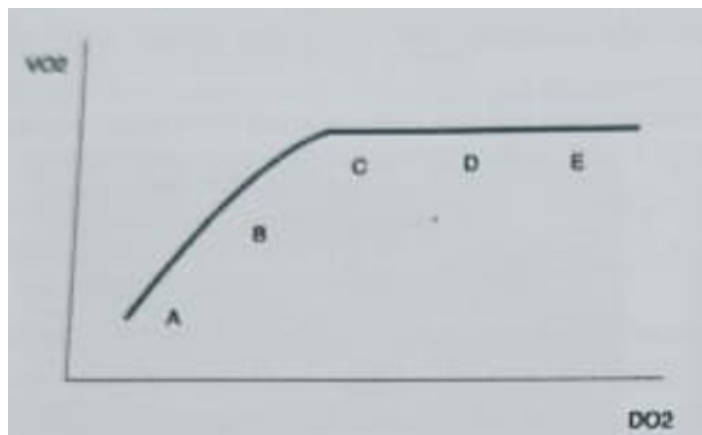
QUESTÃO 44

Mulher de 63 anos, portadora de DPOC admitido na UTI com suspeita diagnóstica de pneumonia comunitária grave. Em uso, desde a emergência, de Piperacilina/Tazobactam e Azitromicina. Gasometria na admissão com pH: 7,15; PCO₂: 82 mmHg; PO₂: 69 mmHg com saturação de oxigênio de 90% utilizando máscara de O₂ não-reinalante a 10 litros/min. Pressão arterial normal, sonolento, FR: 30 irpm, e relatando piora da dispneia. Qual a melhor estratégia para o suporte ventilatório neste caso?

- ☐ A) Iniciar suporte ventilatório não invasivo (VNI) em modo "bipap".
- ☐ B) Iniciar cateter nasal de alto fluxo (CNAF) com FiO₂ 50% e fluxo de 20 L/min.
- ☐ C) Intubação orotraqueal e conectar à ventilação mecânica em modalidade PSV.
- ☐ D) Aumentar o fluxo de oxigênio para 15 l/min pela máscara de O₂ não-reinalante.

QUESTÃO 45

Paciente com choque circulatório em uso de 0,4 ug/kg/min de noradrenalina e 7.5 ug/kg/min . dobutamina, apresentava os seguintes achados: gap de CO₂ = 12 mmHg, saturação venosa centra (SvcO₂) de 50% e lactato arterial de 4,8 mmol/L (fase inicial). Após aumento da dose de dobutamina para 10 ug/kg/min (fase de otimização), observou-se, gap de CO₂ = 8 mmHg (elevação da oferta de oxigênio ou DO₂) e manutenção da SvcO₂ em 50%. Baseado na figura abaixo, responda; Quais os pontos que melhor identificam, no gráfico acima, as fases inicial e de otimização, respectivamente?



- (A) A e B
- (B) C e E
- (C) C e D
- (D) D e E

QUESTÃO 46

Paciente masculino, 44 anos, ex-usuário de drogas ilícitas por via inalatória e vivendo em situação de rua há quatro meses, foi atendido em Serviço da Saúde por apresentação de quadro de febre, tosse com expectoração de aspecto purulento em grande quantidade em evolução há duas semanas e emagrecimento; ele referiu diagnóstico de infecção pelo HIV há cinco anos com realizações do tratamento de forma irregular até um ano na Bahia e não soube referir resultados de exames prévios, mas negou o uso de outros medicamentos concomitantemente. O exame físico revelou um paciente emagrecido, com candidíase oral e apresentação de roncos à ausculta pulmonar, apenas. O médico assistente solicitou novos exames para avaliação da contagem de linfócitos T-CD4 e da carga viral do HIV. Assinale a alternativa que descreve conduta complementar CORRETA para o caso.

- (A) O médico solicitou baciloscopia e TRM-TB em amostra de escarro e realização de IGRA.
- (B) O médico solicitou TRM-TB e cultura para microbactéria em amostra de escarro e radiografia de tórax.
- (C) O médico solicitou exame para pesquisa LF-LAM em amostra de urina e realização do teste tuberculínico.
- (D) O médico solicitou amostra de urina para realização de LF-LAM e amostra de escarro para realização de baciloscopia, TRM-TB e cultura para microbactéria.

QUESTÃO 47

Uma paciente de 52 anos idade previamente saudável, é hospitalizada com febre de origem obscura. O exame realizado por ocasião da internação não é digno de nota, exceto temperatura de 39,7°C. Os exames laboratoriais não são reveladores, exceto por leucocitose discreta. No 2º dia de hospitalização, 3 das 3 hemoculturas são positivas para *Staphylococcus aureus* sensível a oxacilina. Ela recebe 2,0 g de oxacilina a cada 6 horas e responde clinicamente nas 48 horas seguintes. A repetição do exame cardíaco não apresenta resultados importantes e uma ecocardiografia transtorácica não revela vegetações valvulares. De acordo com dados atuais, qual a terapia mais adequada para esta paciente:

- ☐ (A) Continuar com oxacilina por 2 semanas
- ☐ (B) Continuar com oxacilina por 4 a 6 semanas
- ☐ (C) Interromper oxacilina e iniciar vancomicina
- ☐ (D) Continuar com oxacilina e associar vancomicina se a febre retornar

QUESTÃO 48

Paciente de 67 anos, masculino, comerciante, residente em São José do Rio Preto, SP, portador de insuficiência cardíaca e DPOC teve o diagnóstico de dengue estabelecido havia dois dias após consulta por apresentação de quadro de febre, cefaleia e mialgia generalizada iniciados dois dias antes e retornou ao serviço de saúde com queixa de artralgia generalizada, limitante e acompanhada de edema, além de irritação nos olhos. Ao exame físico, o paciente apresentava-se em regular estado geral, com fácies de dor, exantema generalizado e com aumento de edema em punhos, joelhos e mãos com dor à palpação. Sinais vitais: T°C = 37,5°C, PA = 110/60 mmHg em decúbito dorsal e de 110/60 mmHg sentado, FC = 90 bpm, FR = 20 rpm. O exame do tórax não evidenciava alterações à percussão e à ausculta: o ritmo cardíaco era regular em dois tempos e as bulhas normofonéticas. O abdome apresentava-se levemente doloroso à palpação, mas sem visceromegalias. O médico assistente solicitou exames que resultaram em NSI negativo, IgM e IgG não reagentes para dengue e o hemograma evidenciou Hematócrito de 42%, (14 Contagem de leucócitos de 8.000/mm³ com diferencial normal e contagem de plaquetas de 120 mil/mm³. Assinale a alternativa que CORRETA para o caso:

- ☐ (A) A prescrição de corticosteroides em receita para controle da dor articular pode resultar em sua piora posterior.
- ☐ (B) O diagnóstico de Chikungunya mostra-se pouco provável pois esperar-se-ia reação cruzada com NSI da investigação de dengue.
- ☐ (C) O diagnóstico de Chikungunya pode ser confirmado com a realização de sorologia específica - IgM - em amostra coletada junto à solicitada para investigação de dengue.
- ☐ (D) O paciente não pertence a um grupo de risco para apresentação de quadro grave de Chikungunya e deve ser liberado com receita de analgésicos para uso de acordo com necessidade determinada por ele mesmo.

QUESTÃO 49

Paciente de 32 anos idade, etilista e usuário de drogas injetáveis procura o serviço médico com queixa de olhos amarelados, urina escura e fraqueza há 7 dias. Exame físico: icterícia e hepatomegalia. Exames laboratoriais: AST= 800 UI, ALT= 920 UI e os seguintes marcadores virais: HBsAg reagente; Anti HBc IgM não reagente/ IgG reagente; Anti HVA IgM reagente. Qual o provável diagnóstico etiológico?

- ☐ (A) Hepatite B reagudizada pela Hepatite A.
- ☐ (B) Hepatite B em portador crônico do VHA.
- ☐ (C) Hepatite A em paciente imune para VHB.
- ☐ (D) Hepatite A em portador crônico de VHB.

QUESTÃO 50

A avaliação geriátrica ampla (AGA) é um conjunto de avaliações e testes que apresenta a finalidade de analisar o estado de saúde, funcional, mobilidade e cognição do paciente idoso. Dentro da AGA há diversos testes e instrumentos que podemos utilizar. Assinale a afirmativa correta que cita esses instrumentos de avaliação e sua respectiva importância no contexto da AGA:

- ☐ (A) Escala de Katz para avaliar função cognitiva
 - ☐ (B) Escala de Tinetti para avaliar sarcopenia no idoso
 - ☐ (C) Timed up and go, para avaliação de risco de quedas
 - ☐ (D) Teste do desenho do relógio para avaliar capacidade funcional
-

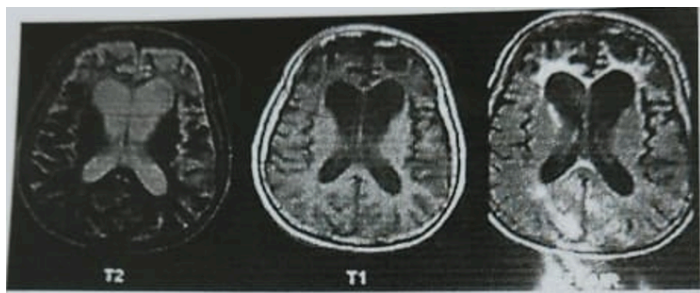
QUESTÃO 51

Idosa de 85 anos de idade queixa-se de perda significativa de peso no último ano e cansaço na execução de suas atividades habituais, o que inclui subir as escadas de sua casa e ir a pé ao mercado na rua onde mora. A filha refere que a paciente está andando mais lentamente. Tem hipertensão arterial sistêmica, diabetes e osteoporose, todas em tratamento e controladas. A hipótese mais provável e o instrumento em que se apoia essa hipótese, são respectivamente:

- ☐ (A) Fragilidade e escala de FRAIL.
 - ☐ (B) Fragilidade e escala de Lawton.
 - ☐ (C) Sarcopenia e instrumento SARC-F
 - ☐ (D) Sarcopenia e circunferência panturrilha
-

QUESTÃO 52

Homem, 70 anos, professor universitário, foi trazido ao consultório pelo filho que relatou que , sempre foi muito discreto e polido. Há seis meses, em reunião familiar, observou que o pai está agitado, gritando e gesticulando muito, inclusive com gestos obscenos. Há 2 meses, ao visitar o pai mesmo apresentava dificuldade de marcha e incontinência urinária. O paciente vem apresentando dificuldades para realizar cálculos simples e por isso deixou de trabalhar. Não usa medicamentos e não tem relato de doenças psiquiátricas prévias. Exame físico com dificuldade de marcha. A Ressonância Magnética de Encéfalo apresentou as seguintes características: Qual é o diagnóstico mais provável?



- ☐ (A) Demência de Alzheimer
- ☐ (B) Demência Fronto-Temporal
- ☐ (C) Demência de Corpúsculos de Lewy
- ☐ (D) Hidrocefalia de Pressão Normal

QUESTÃO 53

A vacinação da pessoa idosa deve ser realizada conforme o calendário vacinal do Ministério da Saúde, que prediz que as vacinações devem ser realizadas para prevenção de doenças imunopreveníveis. Assinale a resposta correta.

- ☐ (A) A vacina de Herpes Zoster não traz benefício ao paciente que já apresentou a infecção.
 - ☐ (B) A vacinação completa antipneumocócica no idoso consiste em uma dose VPC13 e duas doses VPP23
 - ☐ (C) A prática de imunização é uma importante estratégia de prevenção secundária na população idosa.
 - ☐ (D) No SUS, há apenas disponível a vacina antipneumocócica VPC13, sendo reservada para grupos especiais (asilados e grupos de risco especiais).
-

QUESTÃO 54

Você atende no ambulatório de Cuidados Paliativos uma paciente de 76 anos, branca, aposentada, ex- tabagista e com câncer de colón metastático. Ela usa morfina em casa para tratamento da dor, mas com controle algico irregular. Tem prescrição de 20mg de 4/4 horas, mais resgates de 10mg e relata que está usando morfina 20 mg às 8, 12, 19 e 22h e usa mais 2 resgates ao dia, um antes da fisioterapia e outro na madrugada. Responde que agora a dor é 3 em 10 durante o dia e 6-7 em 10 à noite; relata que tentou usar as doses prescritas, mas que teve tontura. Descreve também que tem medo de viciar com a medicação. Qual a melhor conduta para essa paciente nesse momento?

- ☐ (A) Dada a dificuldade com horários, prescrever metadona de liberação controlada de 12/12 horas.
 - ☐ (B) Insistir para o uso de morfina de 4/4 horas, evitar resgates e que não há risco de adição nas doses prescritas.
 - ☐ (C) Acolher as dúvidas e medos, orientar para uso regular nos intervalos prescritos por um período combinado até a próxima consulta.
 - ☐ (D) Escutar as questões da paciente e permitir a tomada da morfina da maneira que for mais confortável para ela.
-

QUESTÃO 55

Paciente masculino, 70 anos, compareceu ao ambulatório de cuidados paliativos acompanhado de seu filho em cadeira de rodas para avaliação de falta de ar progressiva. Foi diagnosticado há 10 meses com fibrose pulmonar idiopática (FPI) depois de longa investigação com outros colegas que o haviam diagnosticado erroneamente com DPOC, e somente após biópsia pulmonar cirúrgica teve o diagnóstico definitivo. Desde o diagnóstico, a dispneia vem piorando progressivamente. Houve tentativa de uso de antifibrinolítico para retardar a progressão da doença, mas não tolerou por efeitos colaterais (sangramento intestinal). O filho conta que tem notado o pai mais cansado nos últimos dias, e precisou aumentar o fluxo de oxigênio, que já usava há 01 ano, de 2 para 3L/min para que conseguisse respirar melhor. Embora descreva que está confortável no repouso, o paciente usa musculatura acessória para auxílio da respiração. Seu exame físico, evidenciou: caquexia, estertores finos bibasais, FR 30ipm, SatO2 89% (CN 3L/min). PPS prévio há 2 meses de 50% atual de 30%. Qual é o melhor próximo passo no manejo do paciente?

- ☐ (A) Reiniciar a terapia antibrinolítica
- ☐ (B) Encaminhar o paciente para avaliação de transplante de pulmão imediatamente.
- ☐ (C) Abordar as metas de cuidados no final da vida e planejamento de cuidados avançados.
- ☐ (D) Encaminhar o paciente para internação hospitalar e UTI, uma vez que estamos diante de exacerbação da doença pulmonar intersticial e possível infecção.

QUESTÃO 56

Um paciente de 79 anos, casado, aposentado, 3 filhos, 4 netos, funcional até há 4 meses quando iniciou com perda de peso, dispneia e queda do estado geral. Em investigação clínica obteve diagnóstico de neoplasia maligna de pulmão avançado. Em avaliação com equipe da oncologia define-se o paciente como sem performance para tratamento quimioterápico e solicita encaminhamento aos cuidados paliativos. Desde o início, a família insiste em preservar o paciente e não contar a verdade a ele. A família crê que o paciente é muito frágil e que entraria em depressão com risco de perda de esperança para enfrentar a doença. Em relação à conspiração do silêncio no contexto de más notícias, escolha a resposta correta:

- ☐ (A) A percepção do paciente sobre a gravidade de sua condição clínica ocorrerá naturalmente através da progressão de doença, fato que poderá gerar maior ansiedade e sofrimento ao paciente se a conspiração for mantida.
 - ☐ (B) A equipe médica deve revelar a verdade ao paciente sem o consentimento da família pois todo paciente tem o direito de saber seu diagnóstico e, o médico a obrigação em falar e isso não acarreta maiores consequências.
 - ☐ (C) Na conspiração do silêncio, a intenção da família é de proteger seu familiar. Portanto, esta postura deve ser respeitada e estimulada pela equipe médica.
 - ☐ (D) A comunicação com a família é suficiente para a quebra da conspiração do silêncio e os desejos da família devem prevalecer sobre os desejos do paciente.
-

QUESTÃO 57

Cuidado paliativo não é um diagnóstico, não é estático e não é algo que o paciente é ou não é. Trata-se de uma abordagem com foco no alívio e prevenção de sofrimentos multidimensionais. A assistência e utilização dos recursos em UTI de forma otimizada dependem dos Cuidados Paliativos, pois estes minimizam o desconforto e alinham os valores do paciente à terapia tecnicamente adequada e proporcional. Sobre a limitação ou adequação do esforço terapêutico (LET) no cenário de pacientes gravemente doentes e em terminalidade da vida, assinale a alternativa correta:

- ☐ (A) A LET visa a realizar a distanásia
 - ☐ (B) A LET visa a proporcionar a eutanásia
 - ☐ (C) A LET visa a estabelecer a ortotanásia
 - ☐ (D) A LET pode ser aplicada se os familiares assinarem termo de consentimento
-

QUESTÃO 58

Uma paciente com 37 anos tem diagnóstico de câncer de colo uterino com metástases para pulmão e pleura. Hoje ela foi internada aos seus cuidados devido à dispneia. Ela tem PPS de 10%, o murmúrio vesicular está abolido no terço inferior à direita. As extremidades estão frias e cianóticas. A radiografia de tórax mostrou extenso derrame pleural. Nessa situação, deve-se considerar fundamental na abordagem terapêutica inicial:

- ☐ (A) Iniciar a sedação paliativa considerando quadro de terminalidade.
- ☐ (B) Iniciar morfina para controle de dispneia considerando quadro de fim de vida
- ☐ (C) Indicar intubação orotraqueal e ventilação mecânica considerando quadro de terminalidade
- ☐ (D) Indicar toracocentese seguida de pleurodese considerando que o quadro de fase final de vida não está definido.

QUESTÃO 59

Mulher, 24 anos, há 3 meses com artralgia em mãos e rigidez matinal de 2 horas. Há 2 meses com aftas orais de repetição, alopecia e alguns picos hipertensivos. Associava os sintomas ao estresse intenso. Devido à fadiga e febre aferida, iniciadas há 7 dias, procurou serviço de emergência para avaliação. Exame físico: rash malar, alopecia, linfonodomegalia cervical e Tax: 38°C. Artrite em segunda, terceira e quarta metacarpofalangeanas esquerdas. Hemograma com anemia e leucopenia. FAN: reagente (1/320 - nuclear homogêneo). Urina I com proteinúria e hematúria. Relação proteinúria/creatinúria: (1,5' (yR: < 0,2). O diagnóstico mais provável e a melhor conduta neste momento, respectivamente, são:

- (A) Doença de Behçet. Internação hospitalar para angiotomografia de tórax e infusão de infliximabe
- (B) Doença de Behçet. Alta hospitalar com colchicina 0,5 mg de 12/12 horas e prednisona 20 mg/dia, com encaminhamento à reumatologia em 2 meses.
- (C) Lúpus eritematoso sistêmico. Alta hospitalar com prednisona 0,5 mg/Kg/dia, e repetir os exames laboratoriais em 3 meses
- (D) Lúpus eritematoso sistêmico. Internação hospitalar para biopsia renal e pulsoterapia com metilprednisolona

QUESTÃO 60

Homem, 30 anos, encaminhado ao ambulatório de clínica médica com queixa de lombalgia baixa iniciada há 6 meses, pior pela manhã, acompanhada de despertares noturnos e rigidez matinal de 1 hora. Sem outras queixas. Exame físico: FABERE positivo bilateralmente. PCR: 3,8 mg/dL (VR: < 0,5) e HLA-B27: presente, RNM de sacroilíacas: sacroiliite aguda bilateralmente. Das abaixo, a medicação a ser inicialmente prescrita é:

- (A) Nimesulida
- (B) Prednisona
- (C) Metotrexato
- (D) Certolizumabe

QUESTÃO 61

Homem, 52 anos, procura a UBS com exames evidenciando ácido úrico: 8,5 mg/dL (VR: ≤ 7,0) e Cr: 0,9 mg/dL (VR: < 1,3). Durante a anamnese, relata que há 2 anos vem apresentando quadros de monoartrite envolvendo primeiras metatarsofalangeanas e tornozelos, com duração de 7 dias. Refere último episódio há cerca de 3 meses, estando no momento assintomático. Nega comorbidades e uso contínuo de medicações. Ao exame físico, não há sinais de artrite, deformidades articulares ou periarticulares. Neste momento, a conduta mais adequada é:

- (A) Naproxeno
- (B) Alopurinol
- (C) Prednisona
- (D) Triancinolona intra-articular

QUESTÃO 62

Mulher, 26 anos, admitida no PS devido episódio de síncope há 2 horas, que durou cerca de 10 minutos, recobrando a consciência após. Relata febre e perda ponderal não mensuradas há 3 meses. Exame físico: REG, sopro carotídeo à esquerda e redução do pulso radial esquerdo. VHS: 72 mm/h e PCR: 9,3 mg/dL (VR: < 0,5). Angiotomografia de crânio e tórax: paredes vasculares irregulares e dilatações pós-estenóticas, oclusão e aumento da circulação colateral principalmente em território de carótida e artéria subclávia esquerdas. A principal hipótese diagnóstica é:

- ☐ (A) Arterite de Takayasu
- ☐ (B) Poliangiíte microscópica
- ☐ (C) Poliangiíte granulomatosa
- ☐ (D) Arterite de células gigantes

QUESTÃO 63

Mulher, 45 anos, diagnosticada com artrite reumatoide (FR positivo em altos títulos e anti-CCP positivo em altos títulos) há 5 anos, foi tratada inicialmente com metotrexato até a dose de 25 mg por semana e prednisona 5 mg ao dia, mas não obteve controle adequado da doença. Foi então iniciado anti-TNF (adalimumabe) com ótima resposta e posterior desmame da prednisona. Após 8 meses de uso da medicação, a paciente começou a desenvolver placas eritematosas e descamativas em regiões dos cotovelos, joelhos e couro cabeludo, além de um leve prurido. A biopsia de uma das lesões revelou paraceratose e infiltrado neutrófilo na epiderme, compatível com psoríase / reação psoriasiforme. A melhor conduta a ser adotada é:

- ☐ (A) Manter o adalimumabe e iniciar prednisona 20 mg ao dia
- ☐ (B) Suspender todos os imunossupressores, e tratar as lesões cutâneas apenas com terapia tópica.
- ☐ (C) Suspender o adalimumabe e iniciar imunobiológico com outro mecanismo de ação, por exemplo anti-IL-6
- ☐ (D) Aumentar a dose do adalimumabe para potencializar seu efeito imunossupressor e controlar as lesões cutâneas

QUESTÃO 64

Mulher, 52 anos, diagnosticada com esclerose sistêmica há 3 anos. com histórico de crise renal esclerodérmica tratada há 1 ano, retora para consulta de seguimento. Relata piora do fenômeno de Raynaud, com ulcerações digitais recorrentes e dispneia progressiva nos últimos meses. Exame físico: microstomia e telangiectasias em face e mãos. A espirometria recente mostrou capacidade vital forçada (CVF) de 65% do previsto, e a TC de tórax de alta resolução revelou áreas de vidro fosco sugestivas de doença pulmonar intersticial. Sobre o manejo da esclerose sistêmica é correto afirmar

- ☐ (A) Os inibidores da enzima conversora de angiotensina (IECA) são a primeira linha de tratamento para crise renal esclerodérmica, reduzindo complicações graves como insuficiência renal
- ☐ (B) O uso de anticoagulantes orais é indicado para o manejo inicial das ulcerações digitais associadas ao fenômeno de Raynaud na esclerose sistêmica
- ☐ (C) O envolvimento pulmonar na esclerose sistêmica geralmente não requer tratamento imunossupressor específico, pois tende a ter evolução lenta e benigna
- ☐ (D) O espessamento cutâneo em face e mãos pode ser revertido com o uso de corticosteroides em doses moderadas, sendo o tratamento mais eficaz para diminuir o espessamento da pele

QUESTÃO 65

Um paciente é admitido no pronto atendimento com quadro agudo de vertigem e nistagmo, associados a ataxia e diminuição da sensibilidade facial à esquerda, além de hipoestesia térmico-dolorosa à direita. Ele foi internado para avaliação de acidente vascular cerebral isquêmico. Em qual território é esperado encontrar uma lesão vascular nesse paciente?

- ☐ (A) Mesencéfalo rostral
 - ☐ (B) Mesencéfalo dorsal
 - ☐ (C) Bulbo lateral esquerdo
 - ☐ (D) Ponte medial esquerda
-

QUESTÃO 66

Após uma perda súbita de força no hemicorpo esquerdo, uma senhora de 75 anos, hipertensa e diabética, procura atendimento médico. Na unidade de internação, observa-se que, além da hemiparesia, há fraqueza da língua no lado direito e diminuição da propriocepção à esquerda. Qual a localização do infarto cerebral nessa paciente?

- ☐ (A) Mesencéfalo rostral
 - ☐ (B) Bulbo medial direito
 - ☐ (C) Ponte medial direita
 - ☐ (D) Ponte lateral direita
-

QUESTÃO 67

Um paciente apresenta, há 3 horas, fraqueza súbita no braço e na perna direita, acompanhada de disartria (dificuldade para falar), sem perda de consciência. Ele relata que a fala ficou mais lenta e "embaraçada". Nega dor de cabeça intensa ou outros sintomas neurológicos associados. A ressonância magnética do crânio mostrou infarto na região mesencefálica ventral esquerda. Neste caso, uma dilatação pupilar esquerda seria justificada por lesão em qual estrutura?

- ☐ (A) Comissura posterior
- ☐ (B) Núcleo do nervo oculomotor
- ☐ (C) Fascículo longitudinal medial
- ☐ (D) Fibras emergentes do nervo oculomotor

QUESTÃO 68

Uma mulher procurou atendimento médico em um hospital geral há 3 dias, relatando progressiva dificuldade para enxergar devido a diplopia (visão dupla), especialmente ao olhar para cima. Ela também notou dificuldade em manter os olhos fixos em objetos próximos e uma sensação de cansaço ocular. Nas últimas 24 horas, a dificuldade de movimentação ocular piorou, com a sensação de que "os olhos não se mexem" adequadamente, associada a episódios de nistagmo (movimentos involuntários dos olhos). Ela negou dor de cabeça, alterações no nível de consciência ou alterações sensitivas, e não apresentou fraqueza ou paralisia de outros músculos. O exame neurológico demonstrou limitação significativa na elevação e depressão dos olhos, com movimentos horizontais preservados. O que se espera encontrar na ressonância magnética do crânio desta paciente?

- ☐ (A) Lesão degenerativa na região pontina
 - ☐ (B) Lesão expansiva na região do tecto mesencefálico
 - ☐ (C) Área de desmielinização na região dos núcleos caudados
 - ☐ (D) Lesão desmielinizante na região do mesencéfalo anterior
-

QUESTÃO 69

Uma jovem de 28 anos é internada devido a um surto de esclerose múltipla na forma remitente recorrente. O médico explicou o diagnóstico e o tratamento a serem realizados, além das possibilidades terapêuticas a longo prazo. Durante a explicação, ele mencionou a lesão da barreira hematoencefálica (BHE). Sabe-se que algumas regiões cerebrais são desprovidas dessa defesa. Qual alternativa indica uma região cerebral onde a BHE está ausente?

- ☐ (A) Área postrema
 - ☐ (B) Olivas bulbares
 - ☐ (C) Corpos mamilares
 - ☐ (D) Colículos mesencefálicos
-

QUESTÃO 70

Após um grave acidente automobilístico, um homem é admitido em prancha rígida e colar cervical, consciente e orientado, referindo não sentir a perna direita. Durante a avaliação secundária, nota-se anestesia térmico-dolorosa à direita e paresia associada à perda de discriminação vibratória à esquerda. Todos os sintomas são abaixo do umbigo. Com base nessa descrição, qual a topografia da lesão?

- ☐ (A) Lesão medular completa a nível de T6
- ☐ (B) Lesão medular completa a nível de T10
- ☐ (C) Lesão medular incompleta a nível de T6 à esquerda
- ☐ (D) Lesão medular incompleta a nível de T10 à esquerda

QUESTÃO 71

Uma mulher de 62 anos foi levada ao pronto-socorro devido a uma súbita perda de memória que começou na manhã anterior, durante o café da manhã. Ela não conseguia lembrar dos últimos dias, de eventos recentes ou até mesmo do nome de sua filha, que estava ao seu lado. Ao ser avaliada na emergência, estava alerta, mas confusa, repetindo constantemente as mesmas perguntas, como "Onde estou?" e "O que aconteceu?". A família afirmou que não havia sinais de trauma craniano ou eventos estressantes que pudessem justificar a condição. Durante o exame físico, não foram observadas alterações neurológicas focais. O neurologista de plantão solicitou exames de imagem, incluindo uma tomografia computadorizada (TC) da cabeça, que não revelou lesões agudas ou outras anormalidades significativas. Os exames laboratoriais, como hemograma e eletrólitos, estavam normais. Após algumas horas de observação, começou a recuperar parcialmente suas memórias. Embora ainda tivesse dificuldades em recordar eventos recentes, ela conseguia lembrar de sua infância e de momentos marcantes de sua vida. Em cerca de 10 horas, os sintomas haviam desaparecido. O que é esperado em uma ressonância magnética do crânio dessa paciente?

- ☐ (A) Restrição à difusão na região hipocampal
 - ☐ (B) Sinais indiretos de aumento da pressão intracraniana
 - ☐ (C) Aumento do sinal da substância branca dos centros semiovais
 - ☐ (D) Edema localizado com apagamento dos sulcos e giros na região frontal
-

QUESTÃO 72

Uma jovem de 28 anos vem à consulta neurológica para investigação de cefaleia. Relata dor holocraniana, de moderada a forte intensidade, às vezes pulsátil, outras vezes em peso, com episódios de náuseas e vômitos, mas sem fonofobia ou fotofobia. Os sintomas começaram há cerca de 3 meses e estão piorando. O exame físico neurológico não revelou alterações, exceto por edema de papila bilateral. A paciente nega comorbidades específicas, é tabagista e ganhou cerca de 15 kg nos últimos meses. Qual o melhor tratamento medicamentoso para a paciente?

- ☐ (A) Lamotrigina
 - ☐ (B) Topiramato
 - ☐ (C) Levetiracetam
 - ☐ (D) Ácido valproico
-

QUESTÃO 73

Um paciente vem ao atendimento para investigação de perda de peso e indisposição há 4 meses. No exame físico, o médico observa pupilas bilateralmente pequenas, irregulares e desiguais, sem resposta à luz, mas com constrição na acomodação visual. Além disso, não houve resposta a fármacos midriáticos. Qual o nome dado ao conjunto dos achados descritos?

- ☐ (A) Pupila tônica de Adie.
 - ☐ (B) Pupila de Argyll Robertson.
 - ☐ (C) Síndrome de Horner pré-ganglionar.
 - ☐ (D) Síndrome de Horner pós-ganglionar.
-

QUESTÃO 74

Em um paciente com semiptose palpebral associada a miose ipsilateral, um teste útil para definição etiológica é a instilação de colírio de hidroxianfetamina para avaliação da resposta pupilar. Sobre esse assunto, assinale a alternativa correta:

- ☐ (A) Nas lesões simpáticas centrais, o teste aumenta a anisocoria
- ☐ (B) Nas lesões simpáticas periféricas, o teste diminui a anisocoria

QUESTÃO 75

Paciente masculino, 84 anos, portador de Diabetes Mellitus II e Hipertensão Arterial Sistêmica, foi dormir bem as 22:30 de ontem e despertou as 06:30 de hoje com disartria, hemiparesia completa e proporcionada à direita (NIHSS 7). Submetido a tomografia computadorizada de crânio que mostrou hipodensidade em capsula interna e insula à esquerda (Aspect 8). Sobre o Acidente Vascular Cerebral Isquêmico, qual alternativa está correta:

- ☐ (A) O ictus deste paciente ocorreu as 06:30;
- ☐ (B) O Aspect elevado quantifica déficit grave nos pacientes com sintomas de AVC;
- ☐ (C) Pacientes com idade acima de 80 anos, estão contraindicados a receberem terapia trombolítica;
- ☐ (D) A escala de NIHSS serve para mensurar o déficit neurológico do paciente, assim como resposta terapêutica durante a terapia trombolítica;

QUESTÃO 76

Paciente masculino, 37 anos, encontrado em via pública, após apresentar sinais de agressão física em face e crânio posterior. Ao chegar a Ambulância do SAMU, foi avaliado pelo emergencista que constatou paciente não responsivo, sem resposta motora e sem abertura ocular ao estímulo doloroso (Glasgow 3), sendo intubado no local. Durante o transporte para o hospital, apresentou parada cardiorrespiratória, retornando após 3 ciclos de adrenalina. Ao chegar no Hospital, mantinha Glasgow de 3, acompanhado de midríase bilateral. Submetido a tomografia computadorizada de crânio, que evidenciou Fisher 4. Dos critérios para se iniciar o protocolo de Morte Encefálica, qual está incorreto

- ☐ (A) Ausência de drogas depressoras do sistema nervoso central ou de bloqueadores neuromusculares.
- ☐ (B) Presença de lesão encefálica de causa conhecida, irreversível e capaz de causar a morte encefálica;
- ☐ (C) Temperatura $\geq 35^{\circ}\text{C}$, Sat $\text{O}_2 > 94\%$, PAS $\geq 100\text{mmHg}$ ou PA média $\geq 65\text{mmHg}$ ou pela faixa etária ($< 16\text{anos}$);
- ☐ (D) Tratamento e observação hospitalar $\geq 6\text{horas}$ ou $\geq 24\text{horas}$ se Encefalopatia hipóxicoisquêmica;

QUESTÃO 77

Uma mulher de 23 anos com lúpus eritematoso sistêmico diagnosticado há 5 anos, com base em erupção cutânea, artralgias, febre e exames sorológicos. A função renal e o exame de urina estavam normais até 3 anos atrás, quando os sintomas pioraram e uma piora da função renal foi identificada. O sedimento urinário estava ativo e havia proteinúria. Uma biópsia renal demonstrou nefrite lúpica proliferativa difusa com lesões segmentares e ativas. A imunossupressão de indução com ciclofosfamida intravenosa e corticosteroides resultou em uma remissão rápida e estável. Após a indução, a função renal melhorou e a proteinúria foi resolvida. A terapia de manutenção com micofenolato de mofetila (MMF) 1000 mg duas vezes ao dia foi iniciada. Ela permanece em uso de hidroxicloroquina. Está em remissão há 40 meses e realizou nova biópsia renal que não evidenciou sinais de ativação lúpica. Ela está utilizando contraceptivos e não planeja gravidez em breve. Qual das seguintes opções é o regime MAIS apropriado para a continuação da terapia de manutenção para esta paciente?

- ☐ (A) Discontinuar MMF
- ☐ (B) Reduzir dose do MMF
- ☐ (C) Trocar MMF por azatioprina
- ☐ (D) Trocar MMF por rituximabe

QUESTÃO 78

Mulher de 55 anos com diabetes e complicações de retinopatia e nefropatia desenvolveu anasarca com ganho de peso de 10 kilos ao longo de 2 a 3 semanas e observou-se ter $> 12,5\text{ g/d}$ de proteinúria. Após localização ultrassonográfica, ela foi submetida a biópsia renal devido à piora súbita da proteinúria, começou a sentir dor no flanco esquerdo e recebeu 1 g de paracetamol. Devido ao agravamento da dor no flanco, foi realizada tomografia computadorizada de abdome. Foi fator de risco para a complicação apresentada pela paciente, exceto:

01	A	B	C	D	26	A	B	C	D	51	A	B	C	D	76	A	B	C	D
02	A	B	C	D	27	A	B	C	D	52	A	B	C	D	77	A	B	C	D
03	A	B	C	D	28	A	B	C	D	53	A	B	C	D	78	A	B	C	D
04	A	B	C	D	29	A	B	C	D	54	A	B	C	D	79	A	B	C	D
05	A	B	C	D	30	A	B	C	D	55	A	B	C	D	80	A	B	C	D
06	A	B	C	D	31	A	B	C	D	56	A	B	C	D					
07	A	B	C	D	32	A	B	C	D	57	A	B	C	D					
08	A	B	C	D	33	A	B	C	D	58	A	B	C	D					
09	A	B	C	D	34	A	B	C	D	59	A	B	C	D					
10	A	B	C	D	35	A	B	C	D	60	A	B	C	D					
11	A	B	C	D	36	A	B	C	D	61	A	B	C	D					
12	A	B	C	D	37	A	B	C	D	62	A	B	C	D					
13	A	B	C	D	38	A	B	C	D	63	A	B	C	D					
14	A	B	C	D	39	A	B	C	D	64	A	B	C	D					
15	A	B	C	D	40	A	B	C	D	65	A	B	C	D					
16	A	B	C	D	41	A	B	C	D	66	A	B	C	D					
17	A	B	C	D	42	A	B	C	D	67	A	B	C	D					
18	A	B	C	D	43	A	B	C	D	68	A	B	C	D					
19	A	B	C	D	44	A	B	C	D	69	A	B	C	D					
20	A	B	C	D	45	A	B	C	D	70	A	B	C	D					
21	A	B	C	D	46	A	B	C	D	71	A	B	C	D					
22	A	B	C	D	47	A	B	C	D	72	A	B	C	D					
23	A	B	C	D	48	A	B	C	D	73	A	B	C	D					
24	A	B	C	D	49	A	B	C	D	74	A	B	C	D					
25	A	B	C	D	50	A	B	C	D	75	A	B	C	D					

RESPOSTAS

01	☒	☐	☐	☐	26	☒	☐	☐	☐	51	☒	☐	☐	☐	76	☐	☐	☒	☐
02	☐	☐	☒	☐	27	☒	☐	☐	☐	52	☐	☐	☐	☒	77	☐	☒	☐	☐
03	☐	☐	☐	☒	28	☐	☐	☐	☒	53	☐	☒	☐	☐	78	☐	☐	☐	☒
04	☐	☐	☒	☐	29	☐	☐	☒	☐	54	☐	☐	☒	☐	79	☐	☐	☒	☐
05	☐	☒	☐	☐	30	☒	☐	☐	☐	55	☐	☐	☒	☐	80	☐	☒	☐	☐
06	☒	☐	☐	☐	31	☐	☒	☐	☐	56	☒	☐	☐	☐					
07	☐	☐	☐	☒	32	☒	☐	☐	☐	57	☐	☐	☒	☐					
08	☐	☒	☐	☐	33	☐	☒	☐	☐	58	☐	☒	☐	☐					
09	☐	☒	☐	☐	34	☒	☐	☐	☐	59	☐	☐	☐	☒					
10	☐	☐	☐	☒	35	☐	☐	☒	☐	60	☒	☐	☐	☐					
11	Anulada				36	☐	☒	☐	☐	61	☐	☒	☐	☐					
12	☐	☐	☒	☐	37	☐	☒	☐	☐	62	☒	☐	☐	☐					
13	☒	☐	☐	☐	38	☒	☐	☐	☐	63	☐	☐	☒	☐					
14	☐	☒	☐	☐	39	☒	☐	☐	☐	64	☒	☐	☐	☐					
15	☐	☐	☐	☒	40	☐	☐	☒	☐	65	☐	☐	☒	☐					
16	☒	☐	☐	☐	41	☐	☐	☐	☒	66	☐	☒	☐	☐					
17	☐	☐	☒	☐	42	☐	☒	☐	☐	67	☐	☐	☐	☒					
18	☐	☐	☐	☒	43	☐	☐	☒	☐	68	☐	☒	☐	☐					
19	☐	☒	☐	☐	44	☒	☐	☐	☐	69	☒	☐	☐	☐					
20	☒	☐	☐	☐	45	☒	☐	☐	☐	70	☐	☐	☐	☒					
21	☒	☐	☐	☐	46	☐	☐	☐	☒	71	☒	☐	☐	☐					
22	☐	☐	☒	☐	47	☐	☒	☐	☐	72	☐	☒	☐	☐					
23	☒	☐	☐	☐	48	☒	☐	☐	☐	73	☐	☒	☐	☐					
24	☐	☒	☐	☐	49	☐	☐	☐	☒	74	☐	☐	☒	☐					
25	☐	☐	☐	☒	50	☐	☐	☒	☐	75	☐	☐	☐	☒					