



Prova objetiva - R+CM

FAMERP 2024

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 AN, sexo masculino, 68 anos, contador, ex tabagista(fumou num período de 12 anos, porem, não fuma há 38 anos). Hipertenso controlado e em uso de amlodipina e sem antecedentes de doenças pulmonares prévias, com queixa de dispneia progressiva aos esforços há 09 meses, 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. Abdomen 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). Com hipótese diagnostica de fibrose pulmonar idiopática realizada espirometria com presença de distúrbio ventilatório do tipo restritivo de grau moderado, com os valores abaixo:

- ☐ (A) Capacidade vital forçada (CVF) = 83 % do previsto, relação VEF1/CVF = 80%
- ☐ (B) Capacidade vital forçada (CVF) = 80% do previsto, relação VEF1/CVF = 65%
- ☐ (C) Capacidade vital forçada (CVF) = 58% do previsto, relação VEF1/CVF = 85%
- ☐ (D) Capacidade pulmonar total (CPT) = 75% do previsto.

QUESTÃO 02

Paciente CN, 58 anos, sexo masculino,vigilante. Tabagista há 45 anos, fumando um em media 20 cigarros diariamente. Há 2 anos com queixa de dispneia relacionada aos esforços,atualmente MRC 2. Não relata ortopneia e nem dispneia paroxística noturna. Tosse com expectoração clara e chiadeira no peito com piora nos meses de inverno. Antecedentes: nega doenças pulmonares ou comorbidades prévias. Nega internações mas procurou unidade de pronto atendimento , por 3 vezes no último ano, devido piora sintomática. Ao exame físico: BEG, eupneico, acianótico, sem hipocratismo digital. Tórax com diâmetro anteroposterior aumentado, bulhas rítmicas e normofonéticas, ausência de sopros cardíacos, sons pulmonares reduzidos bilateralmente e sem ruídos pulmonares adventícios. Abdomen normotenso. Ausência de edemas periféricos. Exames complementares prévios: - Radiografia simples de tórax com sinais de hiper aeração pulmonar. - Espirometria: presença de distúrbio ventilatório do tipo obstrutivo, resposta farmacológica negativa, relação VEF1/CVF = 50% e VEF1 após prova farmacológica de 48% do previsto. Com diagnóstico de doença pulmonar obstrutiva crônica e baseado na alteração do exame funcional pulmonar, temos como classificação do paciente:

- ☐ (A) DPOC, GOLD 1
- ☐ (B) DPOC, GOLD 2
- ☐ (C) DPOC, GOLD 3
- ☐ (D) DPOC, GOLD 4

QUESTÃO 03

Paciente GF, sexo feminino, 42 anos, podóloga, não tabagista. Já sob tratamento ambulatorial com reumatologista devido esclerodermia. Queixa se de dispneia há 09 meses, progressiva aos esforços e atualmente classe funcional III. Realizados os seguintes exames complementares: - Ecocardiograma, sugerindo presença de hipertensão pulmonar (PSVD = 57 mmHg). - Tomografia computadorizada de tórax, sem alterações parenquimatosas, ausência de falhas de enchimento de artérias pulmonares. - Espirometria, dentro dos limites da normalidade, DLCO = 55% do previsto. Com suspeita de hipertensão arterial pulmonar associada a esclerodermia, solicitado estudo hemodinâmico (cateterismo de câmaras cardíacas direitas, Swan-Ganz), sendo , comprovado Hipertensão Arterial Pulmonar, com as seguintes alterações:

- (A) Pressão média da artéria pulmonar = 35 mmHg, Pressão capilar pulmonar = 9 mmHg, Resistência arterial pulmonar = 5 unidades Wood
 - (B) Pressão média da artéria pulmonar = 15 mmHg, Pressão capilar pulmonar = 8 mmHg, Resistência arterial pulmonar = 1,5 unidades Wood
 - (C) Pressão média da artéria pulmonar = 35 mmHg, Pressão capilar pulmonar = 20 mmHg, Resistência arterial pulmonar = 1,8 unidades Wood
 - (D) Pressão média da artéria pulmonar acima de 25 mmHg já é suficiente para diagnostico de Hipertensão Arterial Pulmonar
-

QUESTÃO 04

Paciente RAP, sexo feminino, 32 anos, auxiliar administrativa, não tabagista, com queixa de dispneia progressiva aos esforços há 14 meses, atualmente em classe funcional 2. Nega tosse, expectoração, dor torácica ou sibilância. Relato de 2 episódios de síncope neste período após esforço físico. Sem vícios ou hábitos. Negando 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) e encaminhada com ecocardiograma transtorácico sugerindo presença de hipertensão pulmonar (câmaras cardíacas direitas aumentadas, pressão sistólica de ventrículo direito = 55 mmHg). Ao exame físico: normolínea, eupneica, acianótica, ausência de hipocratismo digital. Tórax com bulhas rítmicas, com hiperfonese de B2, sem sopros, ausculta pulmonar normal. Abdomen normotenso e sem visceromegalias. Ausência de edemas periféricos. Solicitado cateterismo cardíaco de câmaras cardíacas direitas com medidas de Swan Ganz, sendo então confirmada a presença de Hipertensão Arterial Pulmonar. Neste exame são parâmetros utilizados para avaliação de gravidade e prognóstico:

- (A) Índice cardíaco e Pressão de átrio direito
- (B) Débito cardíaco e Pressão capilar pulmonar
- (C) Pressão média da artéria pulmonar e DLCO
- (D) Pressão diastólica da artéria pulmonar e capacidade pulmonar total

QUESTÃO 05

Paciente RSN, 32 anos, sexo feminino, copeira, não tabagista. Há 4 anos com crises frequentes de chiado e dispneia, principalmente no período noturno, fazendo uso frequente de salbutamol spray, receitado após atendimento em UPA. Antecedentes de bronquite durante a infância. Com persistência dos sintomas, encaminhada e consultada por pneumologista. Submetida a vários exames complementares: radiografia de tórax normal, hemograma com eosinofilia (550 células), Ig E sérico = 300 UI/ml. Com espirometria alterada (presença de distúrbio ventilatório do tipo obstrutivo de grau moderado, com resposta significativa de fluxo após utilização de broncodilatador, porém sem normalização funcional), iniciado tratamento inalatório regular, com budesonida e formoterol. Porém necessário elevação progressiva das doses dos mesmos devido dificuldade de atingir o controle adequado. Mesmo com uso correto do dispositivo inalatório e das medicações inalatórias prescritas; controle domiciliar adequado em relação a exposição a alérgenos, poeiras, fumaças, produtos químicos e negando sintomas de rinite, ansiedade ou de refluxo gastroesofageano, vem apresentando ainda crises diárias, portanto, com asma não controlada, já num período de 15 meses. Com o diagnóstico de asma grave há indicação de tratamento imunobiológico, sendo já disponibilizados no SUS os imunobiológicos abaixo:

- ☐ (A) Omalizumabe e nintedanib
 - ☐ (B) Roflumilaste e mepolizumabe
 - ☐ (C) Mepolizumabe e Omalizumabe
 - ☐ (D) Sem tratamento imunobiológico para asma disponível no Brasil
-

QUESTÃO 06

OPS, 36 anos, sexo masculino, professor, com antecedente de exercer atividades recreativas em acampamentos nos finais de semana dos últimos dois meses em localidade no interior do estado de São Paulo, foi admitido em Serviço de Emergência por apresentar quadro febril iniciado havia três dias, seguido de aparecimento de manchas na pele há um dia e de toxemia há 12 horas. Ao exame físico registrou-se temperatura de 38,8°C, pulso de 120 batimentos/minuto e pressão arterial de 110/70mmHg; ele apresentava rash cutâneo máculo-petequial em extremidades incluindo as palmas das mãos, mas sem aparência de serem causadas por picadas de insetos. Não foram detectadas lesões em mucosas; rigidez de nuca estava ausente. O exame do precórdio, do aparelho respiratório e abdome foram normais e não se detectou anormalidades neurológicas focais. Assinale a alternativa que apresenta o esquema terapêutico mais adequado para o tratamento inicial do paciente.

- ☐ (A) Ceftriaxona e Doxiciclina
- ☐ (B) Cloranfenicol e Fluoroquinolona
- ☐ (C) Sulfametoxazol/Trimetoprim e Doxiciclina
- ☐ (D) Sulfametoxazol/Trimetoprim e Ceftriaxona

QUESTÃO 07

RADB, masculino, 35 anos, usuário de drogas ilícitas por via inalatória e vivendo em situação de rua há quatro anos, foi atendido em Unidade de Pronto Atendimento por apresentação de quadro de febre, tosse com expectoração de aspecto purulento em grande quantidade em evolução há duas semanas e consumpção acentuada. O paciente referiu diagnóstico de infecção pelo HIV há cinco anos com realizações do tratamento de forma irregular até dois anos antes em Minas Gerais. Após avaliação clínica e radiológica, a possibilidade de tuberculose pulmonar foi levantada e a equipe assistente iniciou a condução do caso. Assinale a alternativa que descreve conduta CORRETA para o caso.

- (A) O diagnóstico de tuberculose foi descartado após obtenção de teste rápido molecular para *Mycobacterium tuberculosis* (TRM-TB) com resultado "detectado", assim como gene de resistência à Rifampicina; o paciente foi encaminhado para serviço ambulatorial especializados para pacientes com HIV-AIDS e Tuberculose, onde teve nova amostra de escarro coletada para realização de cultura para micobactérias e teste de sensibilidade e o tratamento iniciado com esquema básico (Rifampicina / Isoniazida / Pirazinamida / Etambutol).
- (B) O diagnóstico de tuberculose foi confirmado pela obtenção de baciloscopia positiva (+) em amostra de escarro coletada; o tratamento com esquema básico (Rifampicina / Isoniazida / Pirazinamida / Etambutol) foi iniciado e o paciente foi encaminhado para serviço ambulatorial especializados para pacientes com HIV-AIDS para seguimento das duas doenças.
- (C) A pesquisa direta do *Mycobacterium tuberculosis* resultou negativa em amostra de escarro coletada no momento da consulta, bem como o teste rápido molecular específico (TRM-TB); a possibilidade de tuberculose foi, então, considerada menos provável e decidiu-se pela realização de tratamento de Pneumonia Adquirida na Comunidade com Amoxicilina/Clavulanato e encaminhamento para serviço ambulatorial especializados para pacientes com HIV-AIDS.
- (D) O diagnóstico de tuberculose foi confirmado com a obtenção de baciloscopia positiva (+++) e do teste rápido molecular para *Mycobacterium tuberculosis* (TRM-TB) com detecção de resistência à Rifampicina; o paciente foi encaminhado a Unidade Hospitalar para internação, confirmação dos achado e início do tratamento específico após resultados de novos exames e estadiamento da doença pelo HIV.

QUESTÃO 08

JGS, 70 anos, sexo masculino, com antecedente de diabetes melito e doença renal crônica não dialítica foi admitido em Unidade de Emergência com história de apresentação de febre, coriza, leve dor na garganta e mal-estar geral há sete dias, seguidos por apresentação de tosse seca e sensação de cansaço iniciados há 12 horas. Ao exame físico apresentava-se em regular estado geral, eupneico em repouso, acianótico e febril; PA: 130 X 90 mmHg; FC: 95 bpm; FR: 20 ipm; ToC: 38,2°C, sat O₂: 93% em ar ambiente. O exame do sistema respiratório revelou murmúrio vesicular presente bilateralmente e ausência de sons adventícios. O precórdio apresentava ritmo cardíaco regular em dois tempos e ausência de sopros ou desdobramentos. O exame dos demais sistemas mostrou-se sem alterações. O paciente referiu ter recebido duas doses de vacinas contra Covid-19 e ter sido imunizado contra Influenza nos dois últimos anos. O médico assistente estabeleceu o diagnóstico Síndrome Respiratória Aguda Grave, solicitou testes moleculares para investigação de infecção pelo Influenza e por SARS-Cov- 2, com resultado que confirmou Covid-19; Tomografia de tórax foi realizada com exclusão de Tromboembolismo pulmonar e o paciente foi internado em enfermaria com prescrição de Dexametasona, de trombopprofilaxia e de suplementação de O₂ por meio de cateter nasal. O paciente evoluiu nas doze horas seguinte com necessidade de aumento da oferta de O₂, a qual passou a ser ofertada por meio de máscara reservatório e depois por ventilação não invasiva e foi encaminhado para Unidade de Terapia Intensiva (UTI). Assinale a alternativa que apresenta a(s) medida(s) terapêutica(s) associada(s) para o paciente na UTI.

- (A) Prescrição de Baricitinibe.
- (B) Prescrição de Tocilizumab e de anticoagulação.
- (C) Prescrição de Anticorpos Monoclonais - Sotrovimabe.
- (D) Prescrição de Remdesivir e troca da Dexametasona por Metilprednisolona.

QUESTÃO 09

Paciente de 22 anos idade universitário, procurou serviço de urgência com quadro de febre alta, cefaleia intensa, mialgia e sonolência, com início há 20 horas. Durante exame clínico, se encontrava febril (39°C), sonolento, fácies de dor principalmente ao realizar as manobras de irritação meníngea. O diagnóstico é:

- (A) Meningite por meningococo, porque o LCR (líquor cefalorraquiano), mostrava pleocitose com predomínio neutrofílico e glicorraquia normal.
- (B) Meningite por meningococo, porque o LCR (líquor cefalorraquiano), mostrava pleocitose com predomínio neutrofílico, hiperproteínorraquia e hipoglicorraquia.
- (C) Meningite por meningococo, porque o LCR (líquor cefalorraquiano), mostrava pleocitose com predomínio linfomonocitário, proteínas normal ou rebaixada e hipoglicorraquia.
- (D) Meningite por meningococo, porque o LCR (líquor cefalorraquiano), mostrava pleocitose com predomínio de linfócitos, hiperproteínorraquia e hipoglicorraquia.

QUESTÃO 10

Você está de plantão num hospital geral, que atende a periferia da cidade de São Paulo e é chamado para avaliar 2 pacientes internados na unidade de pronto atendimento desse hospital. - Paciente 1: Paciente sexo masculino, 17 anos idade, referindo há 4 dias quadro de mialgia, cefaleia e febre alta (não medida). Há 1 dia, piora da mialgia, associado com náuseas, anorexia, muito mal estar e refere diminuição volume urinário. No exame físico, paciente orientado, desidratado, ictérico. Propedêutica cardiopulmonar normal. Ausência de visceromegalias. Nuca algia presente. PA: 100x7. Exames laboratoriais: Hemograma com leucocitose (16.000/mm³) com 13% bastões; Plaquetas de 51.000/mm³. Ureia: 118mg %; Creatinina: 3,1mg; Bilirrubinas: 9,3mg % com predomínio de direta (8,1mg %); AST: 122 e ALT: 85. - Paciente 2: Paciente sexo masculino, 22 anos idade, referindo há 3 dias quadro de febre de início súbito, associado com náuseas e mialgia. Paciente orientado auto e alopsíquico, desidratado e com icterícia discreta visível. Propedêutica cardiopulmonar e neurológica normal. Fígado palpável 2cm rebordo costal direito. Extremidades frias. PA: 70x40mmHg; Hemograma: Leucócitos de 2.700/mm³ com 60% linfócitos e Plaquetas de 58.000/mm³. Ureia: 51mg %; Creatinina: 1,5mg; Bilirrubinas: 4,1mg % com predomínio de direta (3,0mg %); AST: 375 e ALT: 310. O seu diagnóstico é que se trata, respectivamente de :

- (A) Hepatite e Dengue
- (B) Leptospirose e Dengue.
- (C) Leptospirose e Hepatite.
- (D) Seps e Leptospirose

QUESTÃO 11

Uma mulher de 50 anos apresenta história de cefaleia progressiva há cerca de 40 dias, evoluindo com crise convulsiva de início focal, tendo apresentado ao menos 4 crises nos últimos 5 dias. Foram realizados exames laboratoriais e tomografia de crânio que evidenciou múltiplas lesões calcificadas com distribuição parenquimatosa bilateral e algumas lesões vesiculares com edema perilesional e realce após infusão endovenosa de meio de contraste. Qual o melhor tratamento para este paciente?

- (A) Fenitoína e albendazol;
- (B) Prednisona e praziquantel;
- (C) Dexclorfeniramina e albendazol;
- (D) Dexametasona, albendazol e fenitoína.

QUESTÃO 12

Um idoso de 60 anos iniciou, há cerca de 2 dias, perda de memória recente e desatenção, perguntando sempre as mesmas coisas e com períodos de intensa agitação psicomotora. Estava sem sintomas no momento da consulta, mas durante o exame físico apresentou grande facilidade em ser distraído com dificuldade, por exemplo, para relatar os meses do ano de trás para frente. A principal hipótese diagnóstica para este caso, seria:

- ☐ (A) Delirium;
 - ☐ (B) Demência inicial;
 - ☐ (C) Estado de deferentação;
 - ☐ (D) Psicose por doença psiquiátrica.
-

QUESTÃO 13

Mulher, com 58 anos de idade, vem a emergência porque sentiu, há 2 horas, formigamento no lado esquerdo do corpo com duração aproximada de 5 minutos. A ficha de encaminhamento relatava pressão arterial aferida na unidade de saúde da origem de 142x96mmHg e glicemia capilar de 102. A paciente é hipertensa, diabética e dislipidêmica e relatava a presença de ao menos 2 episódios parecidos. Considerando que a paciente apresentou um ataque isquêmico transitório, qual o valor do escore ABCD2?

- ☐ (A) 4 pontos;
 - ☐ (B) 5 pontos;
 - ☐ (C) 7 pontos;
 - ☐ (D) 8 pontos.
-

QUESTÃO 14

Um homem de 70 anos foi admitido em leito hospitalar após ter apresentado quadro de perda motora a direita com duração de 20 minutos. O escore ABCD2 foi igual a 7. Foram realizados os exames gerais de investigação etiológica conforme segue: a angiotomografia arterial de crânio não demonstrou estenose intracraniana, além de ausência de sinais de lesão isquêmica. O doppler de carótidas evidenciou a presença de placa ateromatosa de com obstrução de 75% da artéria carótida interna esquerda. O ecocardiograma e o Holter cardíaco de 24 horas foram normais. Apesar de hipertensa, sua pressão arterial estava dentro da faixa normal e o LDL era de 142 mg/dL. Qual a melhor conduta para profilaxia secundária neste caso?

- ☐ (A) Antiagregação plaquetária isolada;
- ☐ (B) Dupla antiagregação plaquetária por 21 dias associada a estatina de alta potência;
- ☐ (C) Dupla antiagregação plaquetária por 90 dias associada a estatina de alta potência;
- ☐ (D) Antiagregação plaquetária simples por tempo indeterminado e estatina de alta potência.

QUESTÃO 15

Uma mulher de 41 queixa-se de dor auricular esquerda, com irritação na região do meato acústico direito há 5 dias. Relata que nos últimos 3 dias tem tido sensação de areia no olho ipsilateral e que notou assimetria da face. Ao exame, apresenta paralisia facial acometendo terços superiores a inferiores a direita e lesões vesiculares hiperêmicas no ouvido do mesmo lado. O melhor tratamento para a paciente é:

- ☐ (A) Aciclovir oral;
- ☐ (B) Prednisona e aciclovir;
- ☐ (C) Prednisona, aciclovir e gabapentina;
- ☐ (D) Aciclovir endovenoso em leito de internação.

QUESTÃO 16

Paciente de 53 anos admitido em hospital terciário devido Infarto Agudo do Miocárdio com Supra ST foi submetido a cineangiocoronariografia com necessidade de angioplastia de artéria descendente anterior. Possui histórico de hipertensão e diabetes há 3 anos, não recordando os medicamentos em uso. De acordo com a tabela dos exames e o respectivo dia de internação, assinale a alternativa CORRETA:

	Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta
Creatinina (mg/dl)	1,0	1,1	1,5	1,2	1,1
Potássio (mmol/L)	3,5	3,8	4,0	4,0	4,2
Sódio (mmol/L)	131	134	136	137	140

- ☐ (A) A utilização prévia de clortalidona como anti-hipertensivo justifica os achados laboratoriais.
- ☐ (B) Insuficiência adrenal é a principal hipótese na etiologia da hipertensão arterial desse paciente.
- ☐ (C) O paciente desenvolve Injúria Renal Aguda Kdigo 1 no decorrer da internação.
- ☐ (D) O paciente apresenta Síndrome Cardiorrenal tipo 2.

QUESTÃO 17

Homem de 83 anos apresenta em consulta ambulatorial descontrole dos níveis pressóricos em medidas residenciais com aparelho adequado. Está em uso de Anlodipina 10 mg/dia e Clortalidona 25 mg/dia. Refere ser hipertenso há 15 anos, com histórico de AVC isquêmico prévio, ocasião em que interrompeu o tabagismo. Sobre esse caso assinale a CORRETA:

- ☐ (A) Solicitar eletrocardiograma é imperativo para o retorno ambulatorial.
- ☐ (B) A ausculta abdominal é mandatória no exame físico desse paciente.
- ☐ (C) A utilização de medicamentos tais como enalapril ou losartana está contraindicada.
- ☐ (D) A melhor droga a ser introduzida nesse momento é metoprolol 50 mg de 12 em 12 horas.

QUESTÃO 18

Homem de 41 anos vítima de politrauma, internado há mais de 30 dias em hospital terciário, evoluindo com infecção de corrente sanguínea relacionada a cateter, com novo choque séptico e retorno de noradrenalina na dose de 0,3 mcg/kg/min. Desde o início do choque, há 5 dias, está em uso de Vancomicina e Meropenem, porém está evoluindo com piora da função renal e agora necessita iniciar terapia renal substitutiva. Assinale a afirmativa CORRETA:

- ☐ (A) A utilização de diálise peritoneal está contraindicada porque não é efetiva nesse cenário.
 - ☐ (B) O meropenem deve ter sua dose corrigida devido a nefrotoxicidade sinérgica com a vancomicina.
 - ☐ (C) As dosagens dos níveis séricos de vancomicina devem ser realizadas imediatamente após 6 horas da administração da droga.
 - ☐ (D) A adoção de clearance convectivo ao difusional, como na hemodiafiltração, propicia a retirada de moléculas com peso molecular maior.
-

QUESTÃO 19

Uma paciente transplantada renal de 29 anos comparece na consulta ambulatorial relatando estar grávida de 6 semanas. Ela está no terceiro ano pós transplante em uso de tacrolimus, micofenolato de sódio, prednisona e anlodipina. Qual a conduta?

- ☐ (A) Suspender tanto o micofenolato de sódio quanto o tacrolimus e prescrever sirolimus.
 - ☐ (B) Suspender o micofenolato de sódio e trocar por azatioprina.
 - ☐ (C) Suspender o tacrolimus e trocar por ciclosporina.
 - ☐ (D) Aumentar a dose de prednisona para 20-mg/dia.
-

QUESTÃO 20

Paciente de 59 anos é admitida na emergência de um hospital terciário referindo dispneia e oligúria com edema agudo de pulmão. Estava em uso diariamente de furosemida 80 mg/dia, losartana 100 mg/dia, anlodipina 10 mg/dia e espironolactona 25 mg/dia. Iniciado nitroprussiato de sódio endovenoso devido a hipertensão, assim como morfina 4 mg e furosemida 100 mg. Houve boa acoplagem na ventilação mecânica não invasiva, estando relativamente confortável após 30 minutos das condutas iniciais. Os exames laboratoriais mostram: creatinina 5 mg/dl; ureia 170 mg/dl; potássio = 5,2 mmol/L; gasometria venosa com Ph 7,34 e bicarbonato de 16 mEq/L. Qual a conduta a ser tomada?

- ☐ (A) Passar cateter e prescrever ultrafiltração isolada.
- ☐ (B) Passar cateter e prescrever hemodiálise.
- ☐ (C) Administrar bicarbonato endovenoso.
- ☐ (D) Aumentar a dose de furosemida.

QUESTÃO 21

Um paciente de 72 anos apresenta uma fratura espontânea em coluna lombar e fraqueza. A Ressonância Nuclear Magnética de colunas Lombar, Cervical e Torácica revela lesões líticas nessas regiões. Um hemograma mostra: Hb 10,5g/dl, Leucócitos 4500/mm³ e Plaquetas 160.000/mm³. Os demais exames são: Creatinina de 1,5mg/dl e Cálcio iônico 1,46 mmol/L (1,11 a 1,40 mmol/L). Um mielograma revelou: Medula Óssea normocelular, com 12% de plasmócitos. Diante dos fatos, pode-se afirmar que:

- ☐ (A) Ainda não há dados para se afirmar que se trata de Mieloma Múltiplo
 - ☐ (B) Trata-se de Mieloma Múltiplo não secretor de imunoglobulinas
 - ☐ (C) Trata-se de Mieloma Múltiplo, pois há anemia, hipercalcemia, lesões ósseas e lesão renal, além de plasmócitos acima de 10% na medula óssea
 - ☐ (D) Trata-se, ao menos, de mieloma do tipo "smoldering"
-

QUESTÃO 22

Uma paciente de 75 anos, com antecedente de Hipertensão Arterial Sistêmica, apresenta cansaço e tontura ao levantar-se. Procura, então, o clínico, que detecta a PA de 11x8 mmHg em decúbito e PA de 10x6 mmHg em pé. Os exames solicitados revelam: Hb 12,1g/dl, Leucócitos 5400/mm³, Plaquetas 180.000/mm³, Creatinina 0,8mg/dl, e Cálcio iônico 1,36 mmol/L (1,11 a 1,40 mmol/L), e uma eletroforese de proteínas que mostra um componente monoclonal de 1,1g/dl. Como exames complementares, temos: Proteinúria 24 horas com 80mg de proteínas (normal abaixo de 140mg de proteínas em 24 horas), um mielograma com 6% de plasmócitos (normal até 2% de plasmócitos) e um Ecocardiograma com Fração de Ejeção de 65% e um septo interventricular de 15mm (normal: até 10mm). Diante desses dados, pode-se afirmar que:

- ☐ (A) Trata-se de Mieloma do tipo "Smoldering".
 - ☐ (B) O componente monoclonal não se relaciona com os achados do ecocardiograma, pois há uma história prévia de hipertensão.
 - ☐ (C) Trata-se de MGUS (Gamopatia Monoclonal de Significado Indeterminado), pois há um componente monoclonal e não há nenhuma evidência de doença linfoproliferativa ou plasmocitária.
 - ☐ (D) Todas as demais alternativas estão erradas.
-

QUESTÃO 23

Um paciente de 39 anos, assintomático, com exame físico normal, apresenta, em um exame admissional, o seguinte hemograma: Hb 14g/dl; Leucócitos totais 70.000/mm³ (Segmentados 75%, Bastonetes 5%, Metamielócitos 3%, Mielócitos 2%, Prómielócitos 2%, Eosinófilos 3%, Basófilos 2%, Monócitos 3% e Linfócitos 5%), Plaquetas 350.000/mm³. Além disso, apresenta um VHS de 10mm e Proteína C reativa de 0.2mg/dl. Tal hemograma foi repetido e confirmado. Diante de tal fato, pode-se afirmar que:

- ☐ (A) A pesquisa da mutação bcr-abl (ou das proteínas p210/190) não está indicada, pois não há esplenomegalia e o paciente é jovem.
- ☐ (B) A pesquisa da mutação/bcr-abl (ou das proteínas p210/190) está indicada. Caso positiva, há indicação de tratamento.
- ☐ (C) A pesquisa da mutação bcr-abl (ou das proteínas p210/190) não está indicada pois não há Anemia e o paciente é jovem.
- ☐ (D) A pesquisa da mutação bcr-abl (ou das proteínas p210/190) está indicada; caso seja positiva, o tratamento não está indicado, pois o paciente é assintomático e não há citopenias importantes.

QUESTÃO 24

Uma paciente de 58 anos queixa-se de dor abdominal e prurido após o banho. O exame físico revela baço palpável sob o rebordo costal esquerdo. Uma ultrassonografia de abdome é então solicitada, que revela um baço de 500cm³ (normal até 300cm³) e sinais de trombose da veia surpa-hepática, além de evidências de hepatopatia. O hemograma mostra: Hb 14,5g/dl VCM 75fL Leucócitos 4500/mm³ Plaquetas 230.000/mm³. Diante dos fatos, pode-se afirmar que:

- ☐ (A) A hipótese de Policitemia Vera não está descartada.
 - ☐ (B) Não se trata de Policitemia Vera, pois não há Policitemia.
 - ☐ (C) Não se trata de Síndrome Mieloproliferativa Crônica, pois não há leucocitose, nem plaquetose.
 - ☐ (D) Trata-se de Policitemia Vera.
-

QUESTÃO 25

Paciente 34 anos, sexo masculino, previamente hígido. Encaminhado para avaliação de pancitopenia, com investigação inicial dentro da normalidade (Hb 11g/dL, Ht 33%, VCM 104, leucócitos totais 3400/mm³, neutrófilos segmentados 700/mm³, plaquetas 25mil/mm³; DHL, vitamina B12 e ácido fólico dentro da normalidade; eletroforese de proteínas sem pico monoclonal; reticulócitos 33.000/mm³). Procedido com coleta de medula óssea que revelou: mielograma hipocelular, com intensa liposs substituição; biópsia com <5% de tecido hematopoético. Paciente tem 2 irmãos, ambos haploidentícos. Qual a principal hipótese diagnóstica e o melhor tratamento neste cenário?

- ☐ (A) Anemia aplástica muito severa; timoglobulí, ciclosporí e eltrombopague
 - ☐ (B) Anemia aplástica não severa; ciclosporí e eltrombopague
 - ☐ (C) Anemia aplástica não severa; TCTH alogêníco
 - ☐ (D) Anemia aplástica severa; TCTH alogêníco
-

QUESTÃO 26

Um homem de 32 anos de idade é examinado em uma visita de rotina para avaliação de fatores de risco coronariano. Nega tabagismo, hipertensão arterial e diabetes. Está saudável nos demais aspectos. A história familiar é marcante por níveis elevados de colesterol da mãe e dos avós maternos. O exame físico mostrou xantomas tendícosos. Colesterol LDL de jejum 380 mg/dL. Qual das seguintes condições é mais provavelmente o distúrbio genético que afeta este paciente?

- ☐ (A) Deficiência de apoproteína (apo) A-5
- ☐ (B) Deficiência de lipoproteína lipase
- ☐ (C) Hipercolesterolemia familiar
- ☐ (D) Deficiência de ApoB 48

QUESTÃO 27

Homem, 55 anos, encaminhado pelo clínico após exames de "check up", devido a nódulo em tireoide visualizado em US de tireoide. 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 1,6x0,8x1,7 cm em lobo direito ACR TI-RADS 4. Qual a melhor conduta para este paciente?

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

QUESTÃO 28

Paciente sexo masculino, 38 anos, apresentando exames de rotina com alteração do perfil lipídico há 2 anos, assintomático. Refere que a mãe faleceu subitamente há 10 anos, aos 48 anos. Pacientes não tem irmãos. Ao exame físico apresentava xantoma tendinoso e xantelasma. Precórdio: 2 BRNF, sem sopros; Pulmões: MV presente; Abdome: sem visceromegalias; Extremidades: pulsos presentes. Exames laboratoriais: Colesterol Total: 320 mg/dL, LDLc 235mg/dL, HDLc 45mg/dL, TG: 200 mg/dL Com relação à dislipidemia apresentada pelo paciente é correto afirmar:

- ☐ (A) Por ser um paciente jovem, assintomático e sem outros fatores de risco, a escolha de uma estatina de baixa potência e ômega 3 juntamente com mudanças dietéticas e atividade física é o tratamento de escolha.
 - ☐ (B) O diagnóstico de deficiência de ApoB100 familiar é o diagnóstico mais comum de hipercolesterolemia e tratamento com estatina e fibrato é a escolha para esse paciente.
 - ☐ (C) Hipercolesterolemia familiar é a hipótese provável e mutação da proteína PCSK9 é a mais comum, portanto a terapia de escolha são os inibidores da PCSK9.
 - ☐ (D) Hipercolesterolemia Familiar é a hipótese provável e a alteração genética mais comum é a mutação no receptor de LDL.
-

QUESTÃO 29

Mulher, 47 anos, encaminhada por ganho de peso de 12 Kg em 8 meses, mesmo realizando dieta e atividade física. Ao exame físico apresentava obesidade central, estrias abdominais violáceas e giba. PA 140x90 mmHg e IMC 33,8 kg/m². Trazia 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 47 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) Ressonância Magnética de hipófise.
- ☐ (B) Adrenalectomia unilateral esquerda.
- ☐ (C) Cateterização seletiva de Adrenais.
- ☐ (D) Iniciar Espirolactona 25 mg/ dia.

QUESTÃO 30

Um homem de 32 anos de idade é examinado em uma visita de rotina para avaliação de fatores de risco coronariano. Nega tabagismo, hipertensão arterial e diabetes. Está saudável nos demais aspectos. A história familiar é marcante por níveis elevados de colesterol da mãe e dos avós maternos. O exame físico mostrou xantomas tendinosos. Colesterol LDL de jejum 380 mg/dL. Qual das seguintes condições é mais provavelmente o distúrbio genético que afeta este paciente?

- ☐ (A) Deficiência de apoproteína (apo) A-5
 - ☐ (B) Deficiência de lipoproteína lipase
 - ☐ (C) Hipercolesterolemia familiar
 - ☐ (D) Deficiência de ApoB 48
-

QUESTÃO 31

Feminina, 63 anos com queixa de fezes escurecidas há 2 dias, pastosas, de odor fétido, aproximadamente 06 episódios/dia, pouco volumosas. Relaciona o início do quadro à utilização de ácido acetilsalicílico para dor lombar. Antecedente: Nega tabagismo, etilismo, ou outras doenças. Ao exame: PA: 120 x 70mmHg; Pulso: 100 bpm. descorada (++)/4+, desidratada (+/4+), restante sem alterações. Qual o melhor momento para realizar endoscopia digestiva alta?

- ☐ (A) Nas primeiras 6 horas.
 - ☐ (B) Nas primeiras 4 horas.
 - ☐ (C) Nas primeiras 24 horas.
 - ☐ (D) Nas primeiras 48 horas.
-

QUESTÃO 32

Feminina, 63 anos com queixa de fezes escurecidas há 2 dias, pastosas, de odor fétido, aproximadamente 06 episódios/dia, pouco volumosas. Relaciona o início do quadro à utilização de ácido acetilsalicílico para dor lombar. Antecedente: Nega tabagismo, etilismo, ou outras doenças. Ao exame: PA: 120 x 70mmHg; Pulso: 100 bpm. descorada (++)/4+, desidratada (+/4+), restante sem alterações. Qual o principal tratamento após o diagnóstico mais provável da paciente?

- ☐ (A) Inibidor de bomba de prótons.
- ☐ (B) Hidróxido de Alumínio.
- ☐ (C) Bloqueador H2.
- ☐ (D) Sucralfate.

QUESTÃO 33

Homem de 52 anos, etilista crônico assintomático sem história de internações prévias em uso de propranolol 10 mg 2 vezes ao dia. Apresenta BT 1,5, INR 1,2, albumina 3,0 g/dl, endoscopia digestiva alta com varizes esofágicas de médio calibre sem sinais de cor vermelha. PA 140x84mmHg, pulso 89bpm, fígado e baço não palpáveis, traube ocupado, ausência de ascite, sem edema de membros inferiores. Qual a melhor opção de profilaxia primária de hemorragia digestiva alta, neste caso?

- ☐ (A) Iniciar omeprazol.
 - ☐ (B) Aumentar a dose do propranolol.
 - ☐ (C) Realizar escleroterapia das varizes.
 - ☐ (D) Realizar ligadura elástica das varizes.
-

QUESTÃO 34

Homem de 52 anos, etilista crônico assintomático sem história de internações prévias em uso de propranolol 10 mg 2 vezes ao dia. Apresenta BT 1,5, INR 1,2, albumina 3,0 g/dl, endoscopia digestiva alta com varizes esofágicas de médio calibre sem sinais de cor vermelha. PA 140x84mmHg, pulso 89bpm, fígado e baço não palpáveis, traube ocupado, ausência de ascite, sem edema de membros inferiores. Qual o valor mais esperado do gradiente venoso de pressão hepática no caso acima?

- ☐ (A) 3 mmHg
 - ☐ (B) 5 mmHg
 - ☐ (C) 8 mmHg
 - ☐ (D) 10 mmHg
-

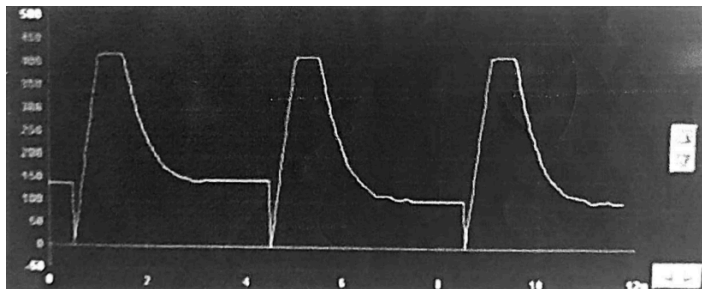
QUESTÃO 35

Feminino, 70 anos, diabética e hipertensa, procurou atendimento por aumento do volume abdominal há 1 mês com piora há 1 semana. Descorada +/4, desidratada +/4, ictérica +/4, abdome volumoso com piparote positivo, edema 2+/4 em membros inferiores com cacifo, flapping presente. Exames iniciais: Sódio 131, Potássio 4,5, Creatinina 3,3, Ureia 55. A melhor opção para terapia inicial neste caso deve conter:

- ☐ (A) Restrição salina e furosemida
- ☐ (B) Dieta hipossódica e albumina
- ☐ (C) Dieta hipossódica e propranolol
- ☐ (D) Dieta hipoproteica e hipossódica

QUESTÃO 36

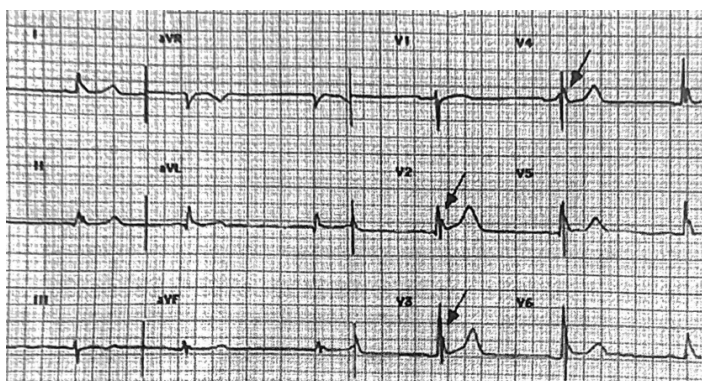
Masculino, 33 anos, internado em UTI há 2 dias por politraumatismo (acidente automobilístico) com TCE grave. Sob ventilação mecânica invasiva em modalidade volume controlado com parâmetros mantidos. Em uso de sedação, analgesia, hidratação EV contínua. Leucometria estável, afebril, secreção clara, fluida e em pequeno volume. Porém, em relação à admissão apresentou discreta piora de saturação de oxigênio em oximetria de pulso assim como da relação P/F. Ao observar a curva de monitorização da ventilação mecânica de volume em função do tempo, notou-se a alteração abaixo demonstrada: Em relação à mecânica ventilatória, alteração fisiopatológica e causa a ser considerada com base no traçado e quadro descrito são:



- (A) Hiperdistensão pulmonar; "efeito shunt"; auto-PEEP.
- (B) De-recrutamento pulmonar; "efeito shunt"; vazamento no sistema ventilatório.
- (C) Hiperdistensão pulmonar; "efeito espaço morto"; vazamento no sistema ventilatório.
- (D) De-recrutamento pulmonar; "efeito espaço morto"; obstrução do tubo orotraqueal.

QUESTÃO 37

Paciente feminino, 88 anos, hipertensa (Losartan, Furosemida e Bisoprolol), submetida à artrodese de coluna lombar com tempo cirúrgico de 7 horas. Submetida à anestesia geral combinada (inalatória + endovenosa), sangramento estimado de 1800 ml. Recebeu 2500 ml de cristalóide isotônico, 01 UI de concentrado de hemácias e 5 doses de Araminol. Ao término da cirurgia, foi extubada e levada à UTI onde foi admitida sonolenta, bradicárdica (42 bpm), bradipnéica (10 irm) e hipotensa (80 x 40 mmHg). Ao traçado de ECG foram notadas alterações (setas): Frente aos sinais, sintomas e alterações eletrocardiográficas deve-se ter como hipótese e conduta:



- (A) Hipertermia maligna; Dantrolene EV
- (B) Hipertemia maligna; solução fisiológica gelada EV e Bromocriptina VO
- (C) Hipotermia moderada a grave; somente cobrir paciente (cobertor convencional)
- (D) Hipotermia moderada a grave; aquecer ativamente paciente (manta térmica + solução fisiológica aquecida EV)

QUESTÃO 38

Etilista e diabético tipo I, internou por cetoacidose diabética, recebeu hiper- hidratação com SF 0,9% e insulina regular EV contínua. Após 12h de uso de insulina, a glicemia reduziu de 540mg/dl para 180mg/dl. Nesse momento, paciente começou a queixar de fraqueza, falta de ar e notava-se movimento paradoxal tóraco-abdominal; ao monitor notava-se hipertensão arterial e tendência à bradicardia. Mesmo sem alteração da saturação de oxigênio ao oxímetro de pulso, foi instalado máscara de Venturi ($FiO_2 = 50\%$) e coletado gasometria arterial com o seguinte resultado: $pH = 7,06$; $PaO_2 = 165$ mmHg; $PaCO_2 = 65$ mmHg; $Bic = 18$ mg/dl; $SatO_2 = 99\%$ Qual o tipo de insuficiência respiratória e causa a ser considerada?

- ☐ (A) Insuficiência respiratória hipoxêmica, hipopotassemia
 - ☐ (B) Insuficiência respiratória hipercápnica, hipofosfatemia
 - ☐ (C) Insuficiência respiratória hipoxêmica; congestão pulmonar
 - ☐ (D) Insuficiência respiratória hipercápnica; congestão pulmonar
-

QUESTÃO 39

Paciente feminina, 60 anos, hipertensa, sem outras comorbidades, admitida no hospital com quadro de tosse, odinofagia, febre e mialgia há 6 dias evoluindo com dispnéia em repouso no dia da admissão. Paciente avaliada na emergência com $SatO_2$ de 89% em ar ambiente. Iniciado ventilação não invasiva em BIPAP e coletado gasometria arterial com FiO_2 de 80% e Peep 5 cmH₂O que evidenciou: $pH = 7,30$; $PaO_2 = 90$ mmHg; $PaCO_2 = 48$ mmHg; $SatO_2 = 90\%$. Realizado Rx de tórax que evidenciou opacidades bilaterais. Em relação ao diagnóstico sindrômico dessa paciente podemos afirmar?

- ☐ (A) A paciente apresenta Lesão pulmonar Aguda.
 - ☐ (B) A paciente apresenta Síndrome do desconforto respiratório agudo grave.
 - ☐ (C) A paciente apresenta Síndrome do desconforto respiratório agudo moderada.
 - ☐ (D) Não é possível afirmar que a paciente apresenta Síndrome do Desconforto Respiratório Agudo, uma vez que não está em ventilação mecânica invasiva.
-

QUESTÃO 40

Paciente foi encaminhada a UTI onde foi instalado cateter nasal de alto fluxo com melhora da oxigenação. Porém evoluiu no 2º dia de internação com piora da dispnéia e hipoxemia sendo submetida a intubação orotraqueal e iniciado ventilação mecânica invasiva com FiO_2 de 100% e Peep de 16 cmH₂O que evidenciou: $pH = 7,28$; $PaO_2 = 104$ mmHg; $PaCO_2 = 50$ mmHg; $SatO_2 = 91\%$; Lactato = 3,5 mmol/L. Paciente apresentou hipotensão após intubação orotraqueal com $PA = 84 \times 65$ mmHg, $PVC = 12$ mmHg e $FC = 110$ bom. Realizado ecocardiograma a beira leito que evidenciou sinais de sobrecarga de ventrículo direito. Qual a melhor estratégia para essa paciente?

- ☐ (A) Realizar manobra de Prona
- ☐ (B) Realizar manobras de recrutamento alveolar
- ☐ (C) Aumentar a Peep para reduzir colapso alveolar
- ☐ (D) Aumentar volume corrente para melhorar acidose respiratória

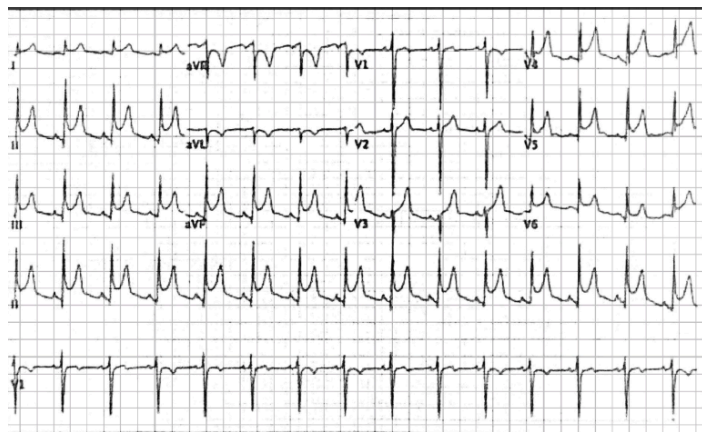
QUESTÃO 41

Homem, 78 anos deu entrada em nosso serviço com quadro de dor torácica anginosa. Diagnosticado com infarto agudo do miocárdio sem supradesnívelamento do ST. Como antecedente pessoal, refere acidente vascular cerebral isquêmico há 15 anos, sem sequelas. Encaminhado para estratificação precoce e identificado coronariopatia obstrutiva de 80% em terço médio de artéria coronária direita. Não visualizado outras lesões significativas. Na alta, qual a prescrição adequada?

- (A) AAS 100mg/dia, Clopidogrel 75mg/dia e Atorvastatina 80mg/dia.
- (B) AAS 100mg/dia, Prasugrel 10mg/dia e Atorvastatina 80mg/dia.
- (C) AAS 100mg/dia, Prasugrel 5mg/dia, Atorvastatina 80mg/dia, Atenolol 25mg 2 vezes ao dia e ramipril 2,5mg/dia.
- (D) AAS 100mg/dia, Clopidogrel 75mg/dia, Rivaroxabana 2,5mg 2 vezes ao dia, Trimetazidina 35mg 2 vezes ao dia e Atorvastatina 80mg/dia.

QUESTÃO 42

OS, 28 anos, sem comorbidades prévias, tabagista esporádico e etilista social, relata que há 4 horas iniciou quadro de dor retroesternal em aperto com irradiação para o pescoço. Refere piora da dor quando deglute. Diante do eletrocardiograma abaixo, qual a alternativa correta?



- (A) Encaminhar imediatamente para a sala de hemodinâmica.
- (B) Prescrever inibidor de bomba de prótons e antiácido. Solicitar endoscopia digestiva alta.
- (C) Solicitar ecocardiograma e iniciar analgesia com opioide e anti-inflamatório não hormonal.
- (D) Solicitar angiotomografia de tórax, sendo dissecção aguda da aorta o diagnóstico mais provável.

QUESTÃO 43

Mulher de 35 anos é avaliada no Centro de Dor Torácica (CDT) do HB com queixa de dor precordial, em pontada, de forte intensidade, há 2 horas, com piora com a respiração e em decúbito dorsal horizontal. Relata que apresentou febre baixa há 10 dias + coriza e tosse seca com remissão total do quadro. Exame físico sem alterações cardiológicas. O eletrocardiograma (ECG) de admissão mostrou supradesnível do segmento ST côncavo e difuso além de infradesnível do segmento PR. Qual é a melhor hipótese diagnóstica de acordo com as diretrizes da Sociedade Brasileira de Cardiologia?

- ☐ (A) Pericardite aguda.
 - ☐ (B) Síndrome do coração partido (síndrome de Takotsubo).
 - ☐ (C) Infarto agudo do miocárdio com supradesnível do segmento ST.
 - ☐ (D) Dor psicoemocional em paciente com repolarização precoce.
-

QUESTÃO 44

Mulher de 35 anos é avaliada no Centro de Dor Torácica (CDT) do HB com queixa de dor precordial, em pontada, de forte intensidade, há 2 horas, com piora com a respiração e em decúbito dorsal horizontal. Relata que apresentou febre baixa há 10 dias + coriza e tosse seca com remissão total do quadro. Exame físico sem alterações cardiológicas. O eletrocardiograma (ECG) de admissão mostrou supradesnível do segmento ST côncavo e difuso além de infradesnível do segmento PR. Em relação a paciente relatada na questão anterior, responda qual a melhor conduta inicial em relação ao caso apresentado de acordo com as diretrizes da Sociedade Brasileira de Cardiologia?

- ☐ (A) Indicar cateterismo cardíaco de emergência.
 - ☐ (B) Solicitar tomografia de tórax com protocolo para tromboembolismo pulmonar.
 - ☐ (C) Solicitar cintilografia de perfusão miocárdica com estresse físico e indicar ressonância miocárdica se houver falha perfusional significativa.
 - ☐ (D) Solicitar eletrocardiograma seriado e dosagem de troponina ultrasensível na chegada e após duas a três horas da admissão e realização de ecocardiograma transtorácico.
-

QUESTÃO 45

Paciente do sexo feminino, 73 anos, foi atendida no ambulatório médico de especialidades (AME) e encaminhada ao serviço universitário de cardiologia devido quadro de dispneia aos grandes esforços e episódio de dor precordial isolada há 6 meses, de fraca intensidade e sem recorrência. Seu exame clínico não apresentava alterações, sua pressão arterial era de 138/86 mmHg e a frequência cardíaca, 72 batimentos por minuto. Estava em uso de Carvedilol 6,25 mg 1 x dia, Enalapril 5 mg 2 x dia, Hidroclorotiazida 25 mg 1 x dia, Ácido Acetilsalicílico 100 mg 1 x dia e Sinvastatina 40 mg 1 x dia. Trouxe exames prévios já realizados: Ecocardiograma bidimensional com função sistólica do ventrículo esquerdo preservada e sem alterações segmentares de contratilidade. Cintilografia miocárdica com isquemia miocárdica (acometimento aproximado de 12% da massa ventricular esquerda) na região anteroseptal e em parte da região inferolateral do ventrículo esquerdo. Angiografia coronária com oclusão ostial da artéria descendente anterior (ADA) com circulação colateral intercoronária grau III. Para apresentação do caso ao preceptor, o residente responsável pelo atendimento calculou o Euroscore (3,0%) e o Syntax Score (20 pontos). Baseado nas informações acima, qual melhor estratégia de tratamento para a paciente?

- ☐ (A) Revascularização transmiocárdica a laser
- ☐ (B) Intervenção coronária percutânea com Rotablator
- ☐ (C) Otimização do tratamento medicamentoso, mudança no estilo de vida e controle dos fatores de risco cardiovascular
- ☐ (D) Revascularização miocárdica cirúrgica com implante de artéria torácica interna esquerda para ADA

QUESTÃO 46

Paciente do sexo masculino, 40 anos, previamente sedentário, iniciou atividade física aeróbica com intuito de participar de prova de corrida de rua de 10 quilômetros. Após 3 meses, com a intensificação dos treinos, passou a sentir dor torácica opressiva nos picos de esforço, porém, devido ausência de fatores de risco cardiovasculares ou de alterações no exame físico, eletrocardiograma de repouso e ecocardiograma bidimensional, foi orientado pelo seu clínico geral a manter seu treinamento aeróbico para a prova. No dia da corrida, após passar a marca de 7 quilômetros, voltou a apresentar dor precordial e cerca de dois minutos após teve uma síncope. Foi atendido pela equipe médica da prova sendo identificado ritmo de taquicardia ventricular sustentada com pulso que foi prontamente revertida com cardioversão elétrica. Após ser referenciado para serviço terciário de cardiologia, realizou angiotomografia de coronárias que mostrou a coronária esquerda anômala saindo do seio coronário direito, com trajeto intramural e interarterial (entre a aorta e artéria pulmonar) e ausência de lesões ateroscleróticas. Baseado nas informações acima, qual seria a melhor abordagem terapêutica para o paciente?

- ☐ (A) Implante de cardioversor-desfibrilador
 - ☐ (B) Cirurgia de revascularização do miocárdio
 - ☐ (C) Contraindicação de atividade física competitiva
 - ☐ (D) Tratamento medicamentoso otimizado com metoprolol e amiodarona
-

QUESTÃO 47

Paciente feminina, 52 anos de idade, vem com queixa de dor em braços, ombros, cervical e pernas há 3 anos, piorando de intensidade nos últimos 6 meses após piora da ansiedade com perda de emprego. Refere que o sono é superficial e já acorda com as dores pela manhã, mas piora durante o dia se esforço físico, mesmo que leve, com as atividades da rotina diária domiciliar. Nega trauma, esforço físico incomum, emagrecimento, febre, lesões de pele ou mucosas, alteração urinária ou intestinal. Relata que também apresenta episódios de parestesias em antebraços e mãos. Ao exame físico, paciente em bom estado geral, sem alterações constitucionais, sem alterações articulares, limitações de movimento ou sinais flogísticos, força muscular preservada nos 4 membros, com ausência dos sinais de compressão do nervo mediano em punhos, apenas com pontos de hiperalgesia à palpação em musculatura de antebraços, trapézios e glúteos. Qual a principal conduta inicial dentre as abaixo?

- ☐ (A) Educação em saúde sobre a doença, orientar atividade física regular e psicoterapia, e iniciar antidepressivo tricíclico para alívio dos sintomas dolorosos e melhora do sono.
- ☐ (B) Solicitar Rx de bacia e coluna lombossacra, pesquisa do gene HLA-B27, VHS e Proteína C reativa, e iniciar anti-inflamatório não-esteroidal.
- ☐ (C) Solicitar fator reumatoide, VHS e Proteína C reativa, Rx de mãos e pés e iniciar Prednisona 5mg a cada 12h.
- ☐ (D) Solicitar hemograma, Urina I, FAN, anti-DNA, complemento C3 e C4 e iniciar Prednisona 60mg ao dia via oral.

QUESTÃO 48

Paciente feminina, 62 anos de idade, referindo dor em joelho esquerdo há 4 anos, com piora há 6 meses, referindo dificuldade para deambular moderadas distâncias atualmente. A dor é pior no início do movimento ou após esforço físico, com melhora com o repouso. Nega outras dores, nega alterações cutâneas, orais, oculares, urinárias ou intestinais. Ao exame físico, calculado IMC de 38 e apresenta aumento de volume em joelhos, com crepitações à flexão/extensão, principalmente em joelho esquerdo, sem sinais flogísticos evidentes, e com ligeiro varismo bilateral. A conduta inicial mais adequada seria:

- ☐ (A) Solicitar fator reumatoide, VHS e Proteína C reativa e Rx de mãos e pés para avaliar a possibilidade de Artrite reumatoide.
 - ☐ (B) Solicitar hemograma, CPK, VHS e Proteína C reativa inicialmente, para avaliar a possibilidade de Polimialgia Reumática devido início após os 50 anos de idade.
 - ☐ (C) Recomendar perda de peso, fortalecimento muscular de coxas e analgesia, por tratar-se de Osteoartrite de joelhos.
 - ☐ (D) Solicitar Ressonância Magnética dos joelhos para confirmar a existência de condropatia femurotibial e definir o diagnóstico de Osteoartrite de joelhos.
-

QUESTÃO 49

Mulher, 70 anos, procura a UPA com queixa de amaurose à direita iniciada subitamente há 2 dias. Revela que há 3 meses vem apresentando dor e rigidez em cinturas escapular e pélvica, acompanhadas de astenia, hiporexia e perda ponderal não mensurada. Exame físico: força muscular proximal grau 5 em membros superiores e inferiores; espessamento e dor à palpação de artéria temporal bilateralmente. VHS: 82 mm/h. A principal hipótese diagnóstica é:

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

QUESTÃO 50

Paciente do sexo feminino, 61 anos, portadora de artrite reumatóide fator reumatóide e anti CCP positivos. Durante avaliação clínica apresentou sinovites dolorosas em punhos, interfalangeanas proximais de terceiro dedo bilateralmente e em metacarpofalangeana de segundo dedo direito. Após avaliação de exames laboratoriais calculou-se DAS 28 de 4,2 (atividade moderada). Paciente já em uso de metotrexate 25mg por semana e leflunomida 20mg ao dia. Foi optado por iniciar tratamento imunobiológico com anti TNF. Dentre as opções abaixo, qual seria a contra indicação absoluta para o uso dessa medicação?

- ☐ (A) Quadro infeccioso ativo
- ☐ (B) PPD (teste tuberculínico) de 3mm
- ☐ (C) Insuficiência cardíaca NYHA classe II
- ☐ (D) História de neoplasia tratada de mama há 11 anos

QUESTÃO 51

MF, 19 anos, há 7 meses com dor articular em punhos, joelhos direito e segunda metacarpofalangiana direita acompanhada de edema e hiperemia. Há 4 meses iniciou lesões eritematosas e pruriginosas em face, V do decote e membros superiores, aftas orais e alopecia. Vem encaminhada para emergência do Hospital de Base por iniciar há 2 semanas dispneia progressiva, fadiga nas suas atividades diárias e febre aferida. Qual é o exame mais adequado a ser realizado inicialmente e o provável diagnóstico?

- ☐ (A) Rx de tórax PA e Perfil e exames laboratoriais. Lupus Eritematosos Sistêmico.
 - ☐ (B) Tc de tórax com protocolo de TEP Síndrome do Anticorpo Antifosfolípides.
 - ☐ (C) Sorologia para doenças infecciosas. Dengue ou Chicungunha.
 - ☐ (D) Gasometria Arterial e exames de sangue. Pneumonia.
-

QUESTÃO 52

Idoso de 72 anos é trazido a emergência pela filha com história de sonolência há cerca de 1 semana, associado a perda de apetite com recusa alimentar. Há 2 dias observou piora do quadro, iniciando períodos de confusão mental nos quais tem dificuldade em reconhecer a filha e solicita a toda hora que quer ir embora para poder trabalhar. Passa o dia dormindo e a noite tem períodos de agitação psicomotora com relato de alucinações visuais. Refere que há 5 dias o pai procurou atendimento médico queixa de tosse seca e coriza, sem febre. Foi diagnosticado como síndrome gripal, medicado com sintomáticos. Filha refere que paciente é portador de hipertensão arterial há cerca de 10 e faz uso de enalapril 10mg de 12x12h e é parcialmente dependente para suas atividades de vida diária, necessitando de ajuda para compras e ir ao banco receber sua aposentadoria. No último ano tem observado que o pai encontra-se mais retraído, sai menos de casa, interage menos com os familiares. Diante deste quadro assinale a resposta correta.

- ☐ (A) Trata-se de um idoso com quadro de delirium associado a demência e poderá ser tratado em domicílio.
 - ☐ (B) Trata-se de um idoso com síndrome demencial em fase moderada que evolui com piora do comportamento devido a progressão da doença neurodegenerativa.
 - ☐ (C) Trata-se de um idoso que aparentemente apresenta um quadro inicial de demência associado a um quadro infeccioso, devendo ser medicado e receber alta hospitalar.
 - ☐ (D) Trata-se de quadro Delirium que deve ser considerado como urgência médica, com indicação de internação hospitalar para estabelecimento de diagnóstico correto e medidas terapêuticas devido ao aumento de mortalidade quando não tratado.
-

QUESTÃO 53

Paciente de 75 anos de idade, homem, com história de ser hipertenso, diabético há 20 anos em tratamento regular e usando losartana 50mg de 12x12hs e metformina 850mg após almoço e jantar. Vem referindo fraqueza, relato de fadiga, quedas frequentes e perda de peso de 3kg no último ano. Ao exame físico apresenta diminuição da velocidade de marcha, diminuição de força de preensão palmar. Com este quadro clínico e o exame físico, não podemos afirmar que:

- ☐ (A) É um quadro sugestivo de sarcopenia pois apesar de ter diminuição de velocidade de marcha e diminuição de força muscular, devemos investigar se há diminuição da massa muscular para fechar o quadro de sarcopenia.
- ☐ (B) É um quadro de sarcopenia pois apresenta diminuição de velocidade de marcha e de perda de força muscular testada pela preensão palmar.
- ☐ (C) É um quadro de sarcopenia, pois tem diminuição de velocidade de marcha e diminuição de força muscular, além dos sintomas de fadiga, fraqueza e perda de peso.
- ☐ (D) É um quadro sugestivo de sarcopenia, pois tem diminuição de velocidade de marcha e diminuição de força, entretanto os sintomas de fraqueza, fadiga e perda de peso não estão relacionados com o diagnóstico de sarcopenia devendo investigar outras causas.

QUESTÃO 54

O termo Avaliação Geriátrica Ampla começou a ser utilizado, no Reino Unido, no final da década de 30. Ela difere do exame clínico padrão por enfatizar a avaliação da capacidade funcional e da qualidade de vida e por basear-se em escalas e testes quantitativos. Em relação à AGA, podemos afirmar:

- ☐ (A) A AGA é sempre multidimensional, frequentemente interdisciplinar e tem por objetivo determinar as deficiências, incapacidades e desvantagens apresentadas pelo idoso.
 - ☐ (B) Os benefícios e utilidades da AGA são apenas em nível individual, uma vez que avalia riscos e capacidade funcional de um único indivíduo objetivando intervenções que melhorem sua qualidade de vida.
 - ☐ (C) A estrutura e os componentes da AGA são sempre e os mesmos, independentes da equipe e do local onde é aplicada.
 - ☐ (D) A AGA é um instrumento de fácil e rápida aplicação e é recomendada que sua aplicação seja feita apenas pelo médico.
-

QUESTÃO 55

Paciente do sexo masculino de 78 anos vem à consulta com relato de várias quedas no último ano e desde então tem medo de cair. Você percebe que ele está bastante emagrecido e na anamnese descobre que sua esposa faleceu há quatro meses, não vem se alimentando adequadamente por estar muito triste (Escala de Depressão Geriátrica - 12/15 (EDG)). Sua memória encontra-se prejudicada com Miniexame do Estado Mental de 24 (MEEM). É também coronariopata e não vem fazendo uso adequado das medicações. Ao exame físico, você denota gonartrose importante de joelhos e IMC de 17. Diante do caso acima e refletindo a respeito da Síndrome da Fragilidade, o item que mais fortemente aponta para ela é:

- ☐ (A) A síndrome depressiva diagnosticada com a EDG de 12
 - ☐ (B) A síndrome demencial diagnosticada com MEEM de 24
 - ☐ (C) O índice de massa corpórea de 17
 - ☐ (D) A gonartrose bilateral de joelho
-

QUESTÃO 56

Paciente feminina, 62 anos, portadora de Doença pulmonar obstrutiva crônica de diagnóstico recente, apresentando boa resposta ao tratamento convencional otimizado, sem exacerbações e sem história de internação relacionada a doença. Apresentando capacidade laboral preservada (trabalha como faxineira) PPS: 90%. Esta paciente tem indicação de Abordagem Paliativa de Cuidados?

- ☐ (A) Não, pois a paciente ainda tem indicação de terapia modificadora da doença
- ☐ (B) Sim, com o objetivo de ter acolhimento psicossocial e emocional, receber esclarecimentos pertinentes a progressão da doença e estabelecer as Diretivas antecipadas de Vontade
- ☐ (C) Sim, pois trata-se de doença incurável porém não neste momento, apenas quando começar a ter perda de funcionalidade (PPS<50%), perda ponderal ou procuras frequentes ao pronto atendimento
- ☐ (D) Não, pois a paciente é candidata a terapias invasivas tais como: intubação orotraqueal, uso de ventilação mecânica, internação em Unidade de Terapia Intensiva

QUESTÃO 57

Paciente feminina, 62 anos, portadora de Doença pulmonar obstrutiva crônica de diagnóstico recente, apresentando boa resposta ao tratamento convencional otimizado, sem exacerbações e sem história de internação relacionada a doença. Apresentando capacidade laboral preservada (trabalha como faxineira) PPS: 90%. Ainda sobre a paciente da questão anterior, passaram-se alguns anos e a mesma vem apresentando exacerbações recorrentes da DPOC e internações por pneumonia (mais de três em 6 meses) sendo a última há 15 dias. Encontra-se predominantemente restrita ao leito por dispneia com necessidade de oxigenioterapia suplementar contínua e edema de membros inferiores proporcionais e sem sinais de trombose venosa. Neste cenário, está indicada Abordagem Paliativa?

- ☐ (A) Não, pois trata-se apenas de novo quadro de exacerbação de DPOC por pneumonia, sendo indicado novo trial de antibioticoterapia
 - ☐ (B) Sim, paciente com doença crônica em franca progressão, apresentando perda de status performance e procura frequentes ao pronto socorro
 - ☐ (C) Sim, pois agora a paciente não é mais candidata a medidas invasivas
 - ☐ (D) Não pois a família deseja que seja feito "tudo" pela paciente
-

QUESTÃO 58

Paciente de 39 anos, feminina, portadora de câncer mucinoso de ovário metastático. Atualmente encontra-se predominantemente acamada, ingesta oral reduzida, lúcida, edemaciada, referindo dispneia mesmo em repouso. Avaliar PPS e PPI desta paciente:

- ☐ (A) PPS: 20%; PPI < 4
 - ☐ (B) PPS: 30%; PPI > 6
 - ☐ (C) PPS: 50%; PPI > 6
 - ☐ (D) PPS: 70%; PPI > 4
-

QUESTÃO 59

Paciente de 39 anos, feminina, portadora de câncer mucinoso de ovário metastático. Atualmente encontra-se predominantemente acamada, ingesta oral reduzida, lúcida, edemaciada, referindo dispneia mesmo em repouso. Paciente do caso acima interna por dor EVA 9/10, já em uso regular em domicílio de Morfina 30 mg VO de 4/4horas, com necessidade de uso de 2 resgates de 30 mg cada nas últimas 24 horas, com melhora parcial da dor. Qual a opção mais assertiva para adequado manejo da dor?

- ☐ (A) Internação da paciente, conversão da morfina para uso contínuo em bomba de infusão endovenoso (EV) ou subcutâneo (SC) na dose de 80mg em 24horas, prescrição de resgates de 8mg SC e de adjuvantes
- ☐ (B) Internação da paciente, prescrever Morfina EV ou SC em bomba de infusão contínua na dose de 10mg em 24 horas, doses de resgate de 2mg e adjuvantes
- ☐ (C) Internação da paciente, manter Morfina VO e fazer resgates de 30mg a cada hora por, no máximo, três doses, caso não haja melhora, considerar como dor refratária e prescrever sedação paliativa
- ☐ (D) Não considerar internação, aumentar a dose de Morfina para 45mg VO de 4/4h e agendar retorno em uma semana no ambulatório para reavaliação

QUESTÃO 60

Paciente de 39 anos, feminina, portadora de câncer mucinoso de ovário metastático. Atualmente encontra-se predominantemente acamada, ingesta oral reduzida, lúcida, edemaciada, referindo dispneia mesmo em repouso. Após estabilização da dor, paciente passou a apresentar espasmos musculares, sonolência, frequência respiratória de 10 ipm, frequência cardíaca de 65 bpm e pupilas mióticas. Qual o provável diagnóstico e melhor conduta

- ☐ (A) Processo ativo de óbito, manter infusão de opióide
 - ☐ (B) Intoxicação grave por morfina com indicação de realização de naloxone até reversão
 - ☐ (C) Intoxicação leve, parar a bomba de infusão por 4 horas e retornar com a mesma dose
 - ☐ (D) Intoxicação moderada por opióide, com indicação de redução da dose de morfina em 30 a 50% e hidratação
-

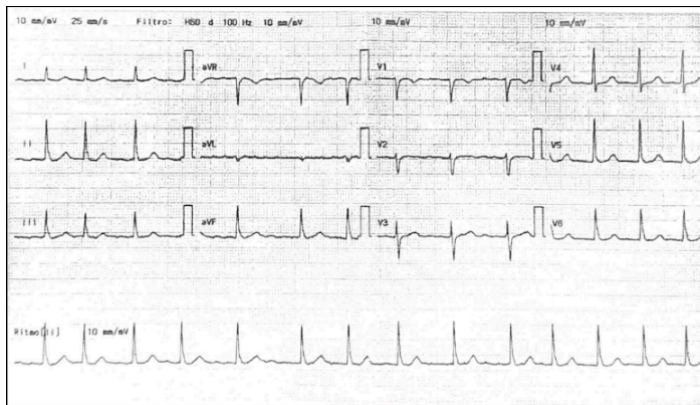
QUESTÃO 61

Paciente de 48 anos, sexo masculino, dá entrada na emergência com história de dor abdominal e disúria há três dias, sem melhora com o tratamento instituído na UBS onde foi receitado anti-inflamatório e antibiótico oral há dois dias. Ao exame apresenta-se em regular estado geral, orientado, saturação O₂=97%, FC=106 bpm, FR=24 ciclos/minuto e PA=94x62 mmHg. Exames solicitados na emergência: Hemoglobina=12,8 mg/dL, creatinina=1,9 mg/dL e PCR com valor 5 vezes acima do normal. Frente ao caso clínico apresentado, assinale a alternativa correta:

- ☐ (A) O caso sugere infecção do trato urinário complicada. Requer internação e antibioticoterapia endovenosa na primeira hora.
- ☐ (B) O caso sugere infecção do trato urinário não-complicada. Requer a troca do antibiótico oral por falha do tratamento em 48 horas, sem necessidade de internação.
- ☐ (C) O caso sugere infecção do trato urinário não complicada. O tratamento depende da solicitação de urocultura e da ultrassonografia de rins e vias urinárias.
- ☐ (D) O caso sugere infecção do trato urinário complicada. É necessária a coleta de urocultura para guiar a troca do antibiótico na emergência.

QUESTÃO 62

Paciente de 72 anos, sexo feminino, sem internações recentes e com boa capacidade funcional, procura o atendimento de emergência após a filha que é enfermeira constatar uma arritmia durante a aferição ocasional da pressão arterial em casa. Ao exame: bom estado geral, orientada, FC= 82 bpm, PA=110x66 mmHg, FR= 18 ciclos/minuto. Realizado o eletrocardiograma conforme imagem abaixo. Qual a conduta recomendada na sala de emergência?



- (A) Amiodarona endovenosa em bomba de infusão por 24 horas.
- (B) Orientações e avaliação do especialista.
- (C) Cardioversão elétrica com 100 Joules.
- (D) Manobra de Valsalva modificada.

QUESTÃO 63

Paciente de 55 anos, sexo masculino, com antecedente de tabagismo, chega ao pronto atendimento referindo dor torácica após esforço físico há 5 horas. Relata que estava carregando algumas caixas e que a dor foi acompanhada de cansaço diferente do que costuma apresentar para este tipo de esforço. Deu entrada com PA=162x98 mmHg, FC=110 bpm, FR=16 ciclos/minuto. Imediatamente foi transferido para a sala vermelha e aberto protocolo de dor torácica. Eletrocardiograma com taquicardia sinusal e sinais sugestivos de sobrecarga ventricular esquerda, sem demais alterações. Com base na hipótese diagnóstica, qual a alternativa correta?

- (A) Prescrever nitroprussiato de sódio EV para controle pressórico na primeira hora.
- (B) Administrar ácido acetil salicílico 300 mg VO em até 10 minutos e internação.
- (C) Solicitar cineangiocoronariografia nas primeiras 12 horas.
- (D) Solicitar enzimas cardíacas e alta se resultado normal.

QUESTÃO 64

Paciente de 56 anos, sexo masculino, procura a emergência com dificuldade de expressão há 3 horas. Relata que estava almoçando com a esposa e que passou a ter dificuldade na fala. Ao exame: PA=150x100 mmHg, FC=92 bpm, FR=18 ciclos/minuto, glicemia capilar de 118 mg/dL. Qual a hipótese diagnóstica e tratamento do caso na sala de emergência?

- (A) Acidente vascular cerebral isquêmico - recomenda-se evitar a redução da pressão arterial nas primeiras 24 horas.
 - (B) Acidente vascular cerebral isquêmico - diminuir a pressão arterial sistólica para 140 mmHg na primeira hora e normalização em 24 horas.
 - (C) Acidente Isquêmico Transitório - deve ser administrada alteplase na dose de 0,9 mg/kg (dose máxima de 90 mg), em um período de 60 minutos, sendo 10% da dose administrada em bolus durante um minuto.
 - (D) Acidente Isquêmico Transitório - indicada trombectomia mecânica.
-

QUESTÃO 65

Paciente de 62 anos, sexo feminino, vem ao serviço de emergência devido tosse persistente, dispneia, dor torácica e cansaço após tratamento de broncopneumonia há 15 dias. Refere que fez uso de todas as medicações prescritas e que houve piora dos sintomas nas últimas 48 horas. Tem antecedente de câncer de mama em uso de tamoxifeno. Ao exame: regular estado geral, PA=110x70 mmHg, FC=120 bpm, FR=28 ciclos/minuto, tempo de enchimento capilar de 2 segundos, saturação de oxigênio de 88%. Qual a hipótese diagnóstica e conduta no pronto atendimento após medidas clínicas iniciais?

- (A) Tromboembolismo pulmonar: solicitação de tomografia computadorizada de tórax e estratificação de risco pelo escore de PESI.
 - (B) Sepses de foco pulmonar: hemocultura, lactato, expansão volêmica e antibiótico na primeira hora.
 - (C) Sepses de foco pulmonar: radiografia de tórax e antibioticoterapia endovenosa.
 - (D) Tromboembolismo pulmonar: indicação de trombólise.
-

QUESTÃO 66

Paciente de 70 anos, gênero masculino, encontra-se em investigação para gamopatia monoclonal e ao realizar exames periódicos apresenta sódio de 112 mEq/l, discreta anemia normocítica (hematócrito=37%) e creatinina=1,4mg/dl. No momento paciente está assintomático e sem alterações perceptíveis em exame físico. Com relação a este caso, qual exame permitiria justificar o resultado da natremia encontrada?

- (A) Ácido úrico
 - (B) Sódio urinário
 - (C) Cortisol basal
 - (D) Osmolaridade plasmática
-

QUESTÃO 67

Paciente de 45 anos, gênero feminino, procura atendimento ambulatorial após realizar US de tireóide feito pelo histórico familiar de carcinoma folicular com evidência de nódulo tireoidiano de 0,9x0,7x0,6cm, em lobo esquerdo, TIRADS 5. Clinicamente está assintomática. Qual deve ser a conduta correta neste momento?

- (A) US anual
- (B) Dosagem de TSH
- (C) PAAF guiada por US
- (D) Cintilografia de tireóide

QUESTÃO 68

Paciente de 55 anos, gênero masculino, foi admitido em unidade de emergência por quadro confusional agudo. Exames complementares evidenciaram Cálcio total=14,5mg/dl. Durante investigação etiológica foram colhidos seguintes exames: PTH=5 pg/ml (VR: 20 a 88), 1,25(OH)₂ vitamina D=180 pg/ml (VR:15 a 92) e 25(OH)vitamina D=25 pg/ml (VR: 20 a 60). Qual patologia, entre as abaixo, poderia explicar os achados clínicos e laboratoriais apresentados pelo paciente?

- ☐ (A) Linfoma
 - ☐ (B) Mieloma múltiplo
 - ☐ (C) Intoxicação por vitamina D
 - ☐ (D) Carcinoma de pequenas células
-

QUESTÃO 69

Paciente de 49 anos, gênero feminino, é hospitalizada após apresentar episódio de crise convulsiva em via pública. Durante avaliação inicial foi realizado dextro cujo resultado foi de 35mg/dl. Relata episódios ocasionais de astenia, diaforese e ganho de 6kg nos últimos 3 meses. Paciente nega comorbidades ou uso de medicações. Exame físico sem alterações após correção da hipoglicemia. Diante deste caso, qual deve a próxima conduta diagnóstica?

- ☐ (A) Tomografia de tórax
 - ☐ (B) Teste jejum prolongado (até 72h)
 - ☐ (C) Tomografias computadorizada de abdome
 - ☐ (D) Dosagem de cortisol basal e função hepática
-

QUESTÃO 70

Paciente de 68 anos, gênero feminino, procura atendimento ambulatorial para seguimento de diabetes mellitus tipo 2. Atualmente está em uso de metformina 2g/dia, gliclazida 120mg/dia, vildagliptina 100mg/dia, pioglitazona 30mg/dia e dapaglifozina 10mg/dia. Recentemente apresentou fratura de corpo vertebral de baixo impacto e relata ter realizado densitometria óssea há alguns anos com resultado mostrando osteoporose. Última hemoglobina glicada foi de 6,7%. Diante deste cenário, qual das medicações hipoglicemiantes deveria ser suspensa?

- ☐ (A) Vildagliptina
 - ☐ (B) Gliclazida
 - ☐ (C) Pioglitazona
 - ☐ (D) Metformina
-

QUESTÃO 71

Mulher de 23 anos comparece em atendimento de emergência relatando queixa de edema de membros inferiores há 15 dias. O edema piora no decorrer do dia e é acompanhado de dores articulares, principalmente no punho direito. Relata sensação febril eventual, mas não mensurou temperatura. Nega emagrecimento mas apresenta alopecia. Após 2 horas, alguns exames são liberados: Hemograma: Hemoglobina 10 g/dl, Leucócitos 3500/mm³ e plaquetas 82.000 mil/mm³; potássio 5,5 mmol/L, creatinina 2,0 mg/dl, PCR 15 mg/dl, urina 1 com proteínas ++++/4+, eritrócitos 176.000/ml e leucócitos 88.000/ml. Solicitados demais exames porém os mesmos estarão prontos em 72 horas. Com esse quadro clínico-laboratorial até o momento e considerando sua principal hipótese diagnóstica, assinale a conduta CORRETA:

- ☐ (A) Iniciar anti-parasitários e prednisona 1mg/kg até definir o diagnóstico.
- ☐ (B) Administrar anti-parasitários e iniciar metilprednisolona 500 mg endovenoso por 3 dias. Confirmada a hipótese, deve receber Ciclofosfamida 500 mg a cada 15 dias por 3 meses.
- ☐ (C) Iniciar IECA ou BDA e infusão de albumina endovenosa com furosemida até definir o diagnóstico.

QUESTÃO 80

Paciente de 58 anos, masculino, procura atendimento em unidade de emergência por quadro de dor torácica de início súbito há 2 horas, forte intensidade e irradiação para região posterior do tórax. O ECG de 12 derivações não apresenta anormalidades em complexo QRS, segmento ST ou onda T. Ao exame físico apresenta PA=130x70mmHg (MSD), frequência cardíaca=110bpm, ausculta pulmonar e precordial sem alterações. Evoluiu na sala de emergência com paresia em membro superior direito e disartria. Diante deste caso, qual deve ser o próximo exame a ser solicitado?

- ☐ (A) Troponina ultrasensível
- ☐ (B) Cineangiocoronariografia
- ☐ (C) Angiotomografia de tórax
- ☐ (D) Ecocardiograma transtorácico

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