INSCRIÇÃO	ESCOLA	SALA	LUGAR NA SALA

NOME

ASSINATURA DO CANDIDATO

ESPECIALIDADES CLÍNICAS

Instruções para a realização da prova

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

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

RASCUNHO

VALORES DE REFERÊNCIA DOS EXAMES LABORATORIAIS,

EXAME	**VALOR REFERÊNCIA**
Ácido úrico	Homem: 3,5 a 7,2 mg/dL; mulher: 2,6 a 6,0 mg/dL
Albumina plasmática	3,5 a 5,2 g/dL
Bilirrubina total	0,3 a 1,2 mg/dL
Cálcio sérico	8,8 a 10,2 mg/dL
Creatinina	Homem: < 1,2 mg/dL, mulher: < 0,9 mg/dL
CPK (creatina fosfoquinase)	Homem: < 190 UI/L, mulher: < 170 UI/L
Colesterol total	< 200 UI/L
LDH (ou DHL)	Homem: < 680 UI/L, mulher: <450 UI/L
HDL-colesterol	Homem: ≥ 40 mg/dL; mulher: ≥ 50 mg/dL.
LDL-colesterol	< 100 mg/dL
Triglicérides	< 150 mg/dL
Ferro sérico	60 a 180 ug/dL
Fosfatase alcalina	Homem: 40 a 129 UI/L, mulher 35 a 103 UI/L
Fósforo sérico	2,5 a 4,5 mg/dL
Lactato	0,5 a 1,6 mmol/L
Saturação transferrina	20 a 45%
TSH	0,3 a 4,2 uUI/mL
T3L	0,20 a 0,44 ng/dL
T4L	0,9 a 1,7 ng/dL
Glicemia	60 a 99 mg/dL
Ureia	< 65 anos: 17-48 mg/dL. ≥ 65 anos: < 71 mg/dL.
Sódio (Na^+)	132 a 146 mEq/L
Potássio (K^+)	3,7 a 5,4 mEq/L
TGO	Homem: <40 UI/L, mulher: < 32 UI/L
TGP	Homem: < 41 UI/L, mulher: < 33 UI/L
TIBC	225 a 450 ug/dL
Magnésio	1,31 a 1,91 mEq/L
Fósforo	3,0 a 4,5 mg/dL
Hemoglobina Hematócrito Leucócitos Plaquetas VCM CHCM	Homem: 14 a 18 g/dL, mulher: 12-16 g/dL Homem: 41-52%, mulher: 36-46% 4.000 a 10.000/mm^3 150.000 a 400.000/mm^3 81,7 a 96,8fL 32,0 a 36 g/dL
Exame de urina Densidade pH Hemácias Leucócitos Proteína	 1005 a 1035 5,0 a 8,0 Até 5/campo Até 5/campo Negativo/traços
Proteinúria 24 horas	< 0,15 g/24 horas
Albuminúria	< 30 mg/g
Proteína/creatinina (amostra urina)	< 0,20
Gasometria venosa	pH: 7,33 a 7,43 HCO_3: 18 a 23 mmol/L PCO_2: 38 a 50 mmHg Cloro: 98 a 106 mmol/L
Hemoglobina glicada (HbA1c)	4,5 a 5,6%
Gama GT	Homem < 85UI/L; mulher < 38UI/L
PSAtotal	< 4,0ng/mL

1- Mulher, 52a, procurou atendimento por dor em membros inferiores há dois anos, com piora aos esforços. Há três meses, apresentou dor torácica intensa, ventilatório-dependente, após pegar o neto no colo, com persistência por várias semanas. Antecedentes pessoais: nega comorbidades ou medicamentos de uso contínuo. Exame físico: bom estado geral, consciente e orientada. PA=112/78mmHg, FC=68bpm, FR=14irpm, temperatura axilar=36,3ºC, oximetria de pulso=98% em ar ambiente. Auscultas cardíaca e pulmonar sem alterações. Apresenta dor à palpação da terceira e quartas costelas à direita. Exames complementares: glicemia de jejum=78mg/dL, hemoglobina=12,8g/dL, plaquetas=257.000/mm³, creatinina=0,9mg/dL, cálcio=7,6mg/dL, fósforo=2,3mg/dL; radiograma de tórax=fraturas da terceira e quartas costelas à direita; cintilografia óssea com tecnécio=aumento difuso da captação em todo o esqueleto, com focos de maior intensidade nas costelas e no púbis. **O DIAGNÓSTICO É:**

a) Metástases ósseas.
b) Osteomalácia.
c) Osteonecrose.
d) Osteoporose.

2- Homem, 74a, em cuidados paliativos por fibrose pulmonar idiopática, queixa-se de piora da falta de ar nas últimas semanas. Nega tosse ou febre. Está acamado e recebe oxigênio por cateter 4L/minuto. Exame físico: regular estado geral, emagrecido. FR=26irpm, FC=104bpm, PA=102/64mmHg, saturação de oxigênio=94%. Pulmões: estertores em velcro em bases. **NESTE MOMENTO, A CONDUTA PARA MELHORAR O CONFORTO DO PACIENTE É:**

a) Ventilação mecânica não invasiva com cateter nasal de alto fluxo.
b) Prescrever salbutamol spray 4/4h.
c) Aumentar aporte de oxigênio para 6 litros/minuto.
d) Prescrever morfina por via oral.

3- Mulher, 25a, procurou a Unidade de Emergência por náuseas, vômitos e sonolência há três dias. Refere uso de suplementação de vitamina D iniciada há um mês. Antecedentes pessoais: esclerose múltipla em tratamento há cinco anos. Medicações em uso: suplementação de vitamina D e rituximabe. Exame físico: regular estado geral, sonolenta, desidratada 2+/4+, eupneica. PA=100/76mmHg, FC=89bpm, FR=16irpm, temperatura axilar=36,5ºC, oximetria de pulso=98% em ar ambiente. Exames complementares: cálcio total=13,4mg/dL, albumina=3,5g/dL, creatinina=1,89mg/dL, ureia=120mg/dL. **O EXAME LABORATORIAL A SER SOLICITADO E A TERAPÊUTICA INICIAL INDICADA SÃO:**

a) Dosagem de cálcio urinário; iniciar hidratação com solução salina e furosemida.
b) Dosagem de 1,25-dihidroxivitamina D; iniciar hidratação com solução salina e ácido zoledrônico.
c) Dosagem de paratormônio; iniciar furosemida endovenosa e hemodiálise.
d) Dosagem de 25-hidroxivitamina D; iniciar hidratação com solução salina e prednisona.

4- Mulher, 30a, é trazida ao Pronto Atendimento por piora progressiva de dispneia há três dias, após quadro de infecção de vias aéreas superiores. O acompanhante refere uso repetido da “bombinha” de resgate, sem melhora adequada, e informa que a paciente utiliza tratamento para asma apenas quando apresenta dispneia ou tosse. Antecedentes pessoais: asma desde a infância; nega outras comorbidades e tabagismo. Medicações em uso: broncodilatador inalatório de resgate, de forma intermitente. Exame físico: regular estado geral, agitada, dispneica, incapaz de falar frases completas. PA=128/76mmHg, FC=130bpm, FR=32irpm, temperatura axilar=36,8ºC, oximetria de pulso=90% (ar ambiente). Ausculta pulmonar: murmúrio vesicular globalmente muito reduzido, sem sibilos audíveis. **A CONDUTA INICIAL MAIS ADEQUADA É:**

a) Iniciar salbutamol inalatório, oxigenoterapia para SpO_2=93–95% e corticoide sistêmico, mantendo observação clínica.
b) Iniciar salbutamol inalatório, oxigenoterapia para SpO_2=88–92% e ventilação não invasiva se houver hipercapnia.
c) Iniciar salbutamol associado a ipratrópio, corticoide sistêmico, oxigenoterapia para SpO_2=93–95% e sulfato de magnésio IV.
d) Iniciar broncodilatador de longa ação associado a corticoide inalatório e ventilação não invasiva se houver piora respiratória.

5- Homem, 45a, foi trazido à Unidade de Emergência por rebaixamento do nível de consciência, precedido por confusão mental e sudorese profusa. Na admissão, glicemia capilar=32mg/dL, com recuperação da consciência após administração de glicose hipertônica. Refere diagnóstico de diabetes melito há mais de 10 anos, inicialmente tratado com antidiabético oral e, posteriormente, com insulina NPH duas vezes ao dia. Relata uso irregular da insulina por episódios recorrentes de hipoglicemia e ajuste das doses por conta própria conforme medidas aleatórias da glicemia capilar. No dia do atendimento, administrou 30U de insulina NPH após glicemia capilar>500mg/dL. Refere episódios recorrentes de diarreia após ingestão de alimentos gordurosos e diversas internações prévias por cetoacidose diabética. Antecedentes pessoais: retinopatia diabética tratada com fotocoagulação; etilismo prévio de três a cinco doses de destilados por dia, cessado há dois anos; nega tabagismo. Medicações em uso: insulina NPH (uso irregular). Exame físico: emagrecido, com sinais de desnutrição e sarcopenia. PA=118/72mmHg, FC=84bpm, FR=16irpm, temperatura axilar=36,5ºC, oximetria de pulso=98% em ar ambiente, IMC=19kg/m². Exames complementares: HbA1c=15,2%, anemia microcítica e hipocrômica, creatinina=0,8mg/dL, albumina=2,5g/dL, relação albumina/creatinina urinária=100mg/g. **A HIPÓTESE DIAGNÓSTICA E A CONDUTA SÃO:**

a) Diabetes melito tipo 1; iniciar análogos de insulina de ação prolongada e rápida em esquema basal-bolus.
b) Diabetes melito pancreatogênico (tipo 3c); dosar peptídeo C e pesquisar insuficiência pancreática exócrina com elastase fecal.
c) Diabetes melito tipo 2; suspender a insulina e iniciar sulfonilureia associada a inibidor de SGLT2.
d) Diabetes melito tipo 2; suspender a insulina e iniciar metformina como tratamento em monoterapia.

6- Mulher, 55a, comparece em consulta ambulatorial para seguimento de nódulo pulmonar identificado incidentalmente há 12 meses durante investigação de dor torácica. Nega tosse, febre, sudorese noturna, perda ponderal ou dispneia. Antecedentes pessoais: hipertensão arterial há 20 anos, com bom controle, e artrite reumatoide diagnosticada há 10 anos; nega tabagismo. Antecedentes familiares: pai tratou tuberculose pulmonar há 15 anos. Medicações em uso: losartana, metotrexato há quatro anos. Exame físico: bom estado geral, consciente e orientada. PA=124/76mmHg, FC=72bpm, FR=16irpm, temperatura axilar=36,4ºC, oximetria de pulso=98% (ar ambiente). Auscultas cardíaca e pulmonar sem alterações. Exames: tomografia computadorizada de tórax realizada há 12 meses=nódulo em vidro

fosco, medindo 10mm, no lobo superior direito; tomografia computadorizada de tórax atual=nódulo subsólido no lobo superior direito, medindo 15mm, com componente sólido de 8mm. **A CONDUTA MAIS ADEQUADA É:**

a) Considerar granuloma tuberculoso em resolução; manter acompanhamento clínico, sem necessidade de investigação complementar.
b) Investigar tuberculose pulmonar com pesquisa de micobactérias, cultura e teste rápido molecular em amostra respiratória.
c) Considerar nódulo pulmonar com provável componente invasivo, altamente suspeito para neoplasia; encaminhar para ressecção cirúrgica.
d) Considerar tuberculose latente; iniciar isoniazida 300mg/dia por seis meses, sem necessidade de investigação adicional.

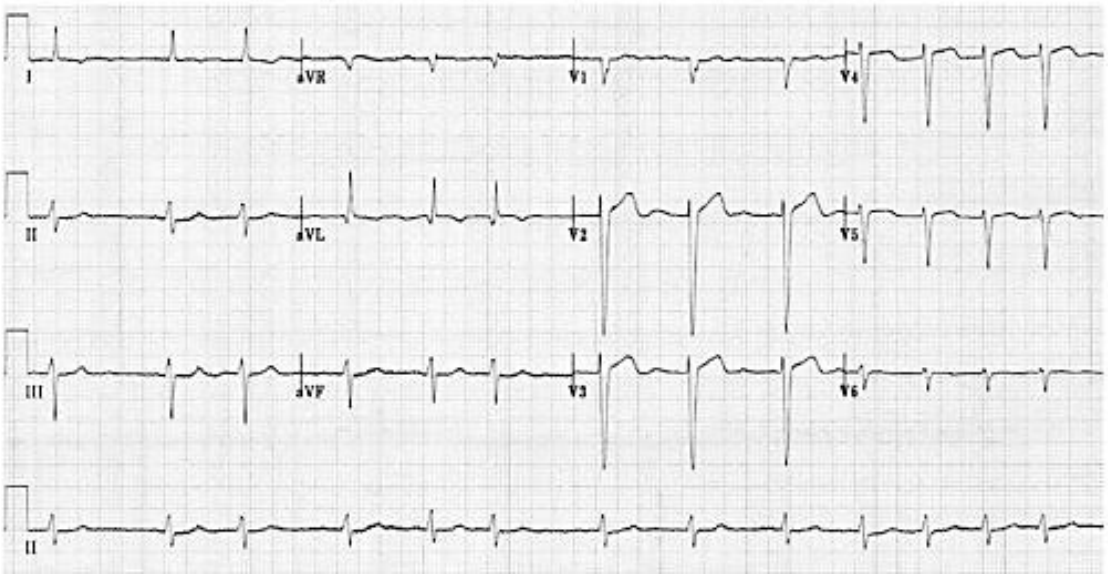
7- Mulher, 56a, procurou atendimento ambulatorial por tosse e febre há três meses, associadas ao aparecimento de edema no dorso da mão esquerda. Antecedentes pessoais: artrite reumatoide, em remissão sustentada há cerca de dois anos. Medicações em uso: metotrexato e adalimumabe. Exame físico: regular estado geral, consciente e orientada. PA=124/76mmHg, FC=88bpm, FR=18irpm, temperatura axilar=37,8ºC, oximetria de pulso=97% em ar ambiente. Aparelho respiratório: discretos sibilos em ápice pulmonar. Mão esquerda: edema dorsal e sinais de tenossinovite dos tendões extensores. Exames complementares: tomografia computadorizada de tórax=pequenos nódulos centrolobulares predominando nos lobos superiores, associados a espessamento das paredes brônquicas e discreta consolidação pleuroapical; tenossinovectomia da mão esquerda com exame histopatológico=granulomas constituídos por células epitelioides e células gigantes multinucleadas, com áreas focais de necrose; pesquisa de bacilos álcool-ácido resistentes=negativa. **A CONDUTA TERAPÊUTICA INDICADA É:**

a) Substituir o adalimumabe por rituximabe e manter o metotrexato.
b) Suspender o metotrexato e manter o tratamento com adalimumabe.
c) Iniciar rifampicina, isoniazida, pirazinamida e etambutol.
d) Iniciar ganciclovir intravenoso e manter os imunossupressores.

8- Mulher, 55a, trazida à Unidade de Emergência por apatia e rebaixamento progressivo do nível de consciência há quatro dias. Há cinco meses apresenta tristeza, choro fácil e redução do apetite. Antecedentes pessoais: hipertensão arterial, hipotireoidismo e dislipidemia. Medicações de uso contínuo: hidroclorotiazida, losartana, omeprazol, atorvastatina e levotiroxina, todas suspensas pela paciente há cinco meses. Exame físico: regular estado geral, sonolenta e confusa. PA=102/68mmHg, FC=56bpm, FR=8irpm, temperatura axilar=34,6ºC, oximetria de pulso=88% em ar ambiente. Tórax: bulhas rítmicas e hipofonéticas, sem sopros; murmúrio vesicular presente bilateralmente, com estertores crepitantes em base direita. Membros inferiores: edema 2+/4+. Neurológico: abertura ocular ao chamado, confusa e localiza a dor. Exames complementares: hemoglobina=10,2g/dL, leucócitos=18.872/mm³, ureia=88mg/dL, creatinina=1,52mg/dL, sódio=129mEq/L, TSH>100mUI/L, T4 livre=0,3ng/dL. **A CONDUTA INICIAL É:**

a) Iniciar suporte ventilatório invasivo, ceftriaxone e azitromicina, hidrocortisona 100mg 8/8h e levotiroxina 300mcg.
b) Iniciar ventilação não invasiva, amoxicilina/clavulanato e azitromicina, hidrocortisona 50mg 6/6h e levotiroxina 100mcg.
c) Iniciar oxigênio sob máscara não-reinalante, piperacilina/tazobactam e levotiroxina 50mcg.
d) Iniciar suporte ventilatório invasivo, hidrocortisona 50mg 8/8h e levotiroxina 100mcg, aguardando culturas para antibioticoterapia.

9- Mulher, 29a, comparece à consulta ambulatorial por episódios recorrentes de palpitações. Nega dor torácica, dispneia, síncope ou sangramentos. Antecedentes pessoais: doença valvar mitral reumática, submetida à substituição da valva mitral por prótese mecânica há três anos; nega eventos tromboembólicos ou hemorrágicos recentes. Medicações em uso: varfarina, com uso regular. Exame físico: bom estado geral, consciente e orientada. PA=118/72mmHg, FC=96bpm, FR=16irpm, temperatura axilar=36,5ºC, oximetria de pulso=98% em ar ambiente. Ausculta cardíaca: ritmo irregular, com ruído protético audível. Exames complementares: eletrocardiograma= imagem abaixo; RNI=3,4.



EM RELAÇÃO À ANTICOAGULAÇÃO, A CONDUTA É:

a) Aumentar a dose da varfarina.
b) Reduzir a dose da varfarina.
c) Manter a dose atual da varfarina.
d) Associar ácido acetilsalicílico à varfarina.

10- Homem, 27a, internado para início de quimioterapia de indução para leucemia linfoblástica aguda. Antecedentes pessoais: leucemia linfoblástica aguda, sem outras comorbidades conhecidas. Medicações em uso: nega. Exame físico: bom estado geral, consciente e orientado, hidratado. PA=118/72mmHg, FC=84bpm, FR=16irpm, temperatura axilar=36,5ºC, oximetria de pulso=98% em ar ambiente. Exames laboratoriais: hemoglobina=9,9g/dL, leucócitos=162.000/mm³, plaquetas=48.000/mm³, cálcio=8,1mg/dL, creatinina=0,98mg/dL, ácido úrico=6,5mg/dL, fósforo=4,1mg/dL, potássio=4,4mEq/L, albumina=3,5g/dL. **CONSIDERANDO O RISCO DE SÍNDROME DE LISE TUMORAL APÓS O INÍCIO DA QUIMIOTERAPIA, A MEDIDA PROFILÁTICA RECOMENDADA É:**

a) Alcalinizar a urina com bicarbonato endovenoso e administrar carbonato de cálcio.
b) Prescrever alopurinol e gluconato de cálcio, associado à hidratação endovenosa.
c) Administrar bicarbonato de sódio, alopurinol e furosemida.
d) Prescrever alopurinol e hidratação endovenosa.

11- Mulher, 52a, internada há três dias para tratamento de meningite criptocócica confirmada, evoluiu nas últimas 24 horas com piora da cefaleia, vômitos e sonolência. Antecedentes pessoais: previamente hígida. Medicações em uso: anfotericina B lipossomal e flucitosina. Exame físico: regular estado geral, sonolenta mas desperta ao chamado. PA=128/76mmHg, FC=84bpm, FR=18irpm, temperatura axilar=37,2ºC, oximetria de pulso=97% em ar ambiente. Sem

déficits neurológicos focais. Exames complementares: tomografia computadorizada de crânio=ausência de hidrocefalia ou outras lesões estruturais; punção lombar=pressão de abertura de 35cmH_2O. **A CONDUTA É:**

a) Administrar manitol.
b) Realizar punções lombares seriadas.
c) Iniciar acetazolamida.
d) Iniciar dexametasona.

12- Homem, 72a, procura a Unidade de Emergência por piora da dispneia há cinco dias, atualmente aos mínimos esforços, associada a aumento do volume e mudança da coloração da expectoração para amarelo-esverdeada. Antecedentes pessoais: DPOC GOLD 4, grupo E, com exacerbações prévias e uso de oxigenoterapia domiciliar há dois anos. Medicações em uso: broncodilatadores de longa duração e corticoide inalatório, com uso regular, além de oxigenoterapia domiciliar. Exame físico: regular estado geral, consciente e colaborativo, dispneico, com uso de musculatura respiratória acessória. PA=134/76mmHg, FC=112bpm, FR=30irpm, temperatura axilar=37,8ºC, oximetria de pulso=72% em ar ambiente. Ausculta pulmonar: murmúrio vesicular globalmente reduzido, com sibilos difusos. Exames complementares: gasometria arterial em ar ambiente: pH=7,24, PaO_2=45mmHg, $PaCO_2$=82mmHg, HCO_3^-=34mEq/L. **O DIAGNÓSTICO E A CONDUTA INICIAL MAIS ADEQUADOS SÃO:**

a) Exacerbação da DPOC com insuficiência respiratória hipoxêmica; iniciar oxigenoterapia com cateter nasal de alta fluxo.
b) Exacerbação da DPOC por tromboembolismo pulmonar; realizar angiotomografia e indicar ventilação invasiva se persistir hipoxemia.
c) Exacerbação da DPOC por infecção com insuficiência respiratória aguda sobre crônica; iniciar oxigênio, broncodilatadores, corticoide, antibiótico e VNI.
d) Exacerbação da DPOC com indicação imediata de ventilação invasiva; iniciar antibiótico de amplo espectro.

13- Mulher, 70a, procurou o Pronto-Socorro por perda visual súbita e indolor no olho direito, iniciada há dois dias. Refere cefaleia em região temporal direita há cerca de dois meses, associada à hipersensibilidade do couro cabeludo. Antecedentes pessoais: previamente hígida. Medicações em uso: nega medicamentos de uso contínuo. Exame físico: bom estado geral, consciente e orientada. PA=136/78mmHg, FC=82bpm, FR=16irpm, temperatura axilar=36,5ºC, oximetria de pulso=98% em ar ambiente. Neurológico: sem déficits motores ou sensitivos focais. Exames complementares: tomografia computadorizada de crânio=sem alterações agudas; fundoscopia de olho direito=edema pálido de papila, compatível com neuropatia óptica isquêmica. **O TRATAMENTO INICIAL INDICADO É:**

a) Iniciar corticoterapia sistêmica.
b) Iniciar anticoagulação plena.
c) Iniciar dupla antiagregação plaquetária.
d) Iniciar tratamento antiviral.

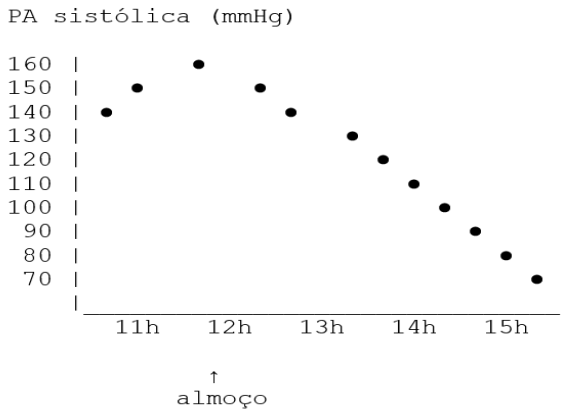
14- Mulher, 83a, procura atendimento por dor e edema em membro inferior direito. Antecedentes pessoais: hipertensão arterial, diabete melito tipo 2 e doença renal crônica estágio 3a. Medicações em uso: losartana 50mg/dia e metformina 850mg/dia. Exame físico: bom estado geral, consciente e orientada. PA=138/82mmHg, FC=74bpm, FR=16irpm, temperatura axilar=36,5ºC, oximetria de pulso=98% em ar ambiente. Membro inferior direito: edema 2+/4+ e empastamento de panturrilha. Exames complementares: creatinina=1,4mg/dL, clearance de creatinina estimado=56mL/min, hemoglobina=11,5g/dL. Ultrassonografia com Doppler venoso de membro inferior

direito=trombose venosa profunda proximal. **A MEDICAÇÃO COM O MENOR RISCO DE SANGRAMENTO PARA TRATAMENTO DA TVP DA PACIENTE É:**

a) Dabigatrana.
b) Apixabana.
c) Varfarina.
d) Rivaroxabana.

15- Homem, 76a, procurou atendimento ambulatorial por episódios recorrentes de tontura e perda transitória da consciência após as principais refeições. Nega palpitações, dor torácica ou síncope aos esforços. Antecedentes pessoais: hipertensão arterial. Medicações em uso: losartana, anlodipino e hidroclorotiazida. Exame físico: bom estado geral, consciente e orientado. PA sentado=138/78mmHg; PA em pé=130/72mmHg, FC=72bpm, FR=16irpm, temperatura axilar=36,5ºC, oximetria de pulso=98% em ar ambiente. Auscultas cardíaca e pulmonar sem alterações. Exames complementares: eletrocardiograma=sem alterações. Monitorização ambulatorial da pressão arterial (MAPA) por 24 horas=imagem abaixo.

MAPA – pressão arterial sistólica ao longo do dia



O DIAGNÓSTICO É:

a) Síncope arrítmica
b) Síncope vasovagal.
c) Hipotensão ortostática.
d) Hipotensão pós-prandial.

16- Homem, 73a, internado há sete dias por acidente vascular cerebral, encontra-se em ventilação mecânica invasiva, com sonda vesical de demora e cateter venoso central. Há dois dias apresentou febre, sendo iniciado meropenem há 24 horas. Exame físico: regular estado geral, intubado e em ventilação mecânica. PA=118/72mmHg, FC=96bpm, FR=18irpm, temperatura axilar=38,2ºC, oximetria de pulso=96% sob ventilação mecânica. Exames complementares: hemocultura=Klebsiella pneumoniae produtora de beta-lactamase de espectro estendido (ESBL); cultura de secreção traqueal=*Candida albicans*; urocultura=*Staphylococcus epidermidis*. **A CONDUTA É:**

a) Substituir o meropenem por polimixina.
b) Associar vancomicina ao meropenem.
c) Manter o tratamento com meropenem.
d) Associar micafungina ao meropenem.

17- Mulher, 32a, comparece à consulta de retorno por dispneia e sibilância em quatro dias por semana, associadas a dois despertares noturnos nas últimas quatro semanas. Nega exacerbações recentes ou infecções respiratórias. Antecedentes pessoais: asma. Medicações em uso: budesonida + formoterol 200/6mcg, uma inalação a cada 12 horas e inalações adicionais conforme necessidade, com boa adesão e técnica inalatória adequada. Exame físico: bom estado geral, eupneica em repouso. PA=118/72mmHg, FC=76bpm, FR=18irpm, temperatura axilar=36,5ºC, oximetria de pulso=97% em ar ambiente. Ausculta pulmonar: murmúrio vesicular presente bilateralmente, com sibilos expiratórios discretos e esparsos. Exames complementares: espirometria=distúrbio ventilatório obstrutivo moderado, com resposta broncodilatadora significativa; VEF1 pré-broncodilatador=62% do previsto e VEF1 pós-broncodilatador=78% do previsto. **A CONDUTA É:**

a) Dobrar a dose de budesonida + formoterol.
b) Associar tiotrópio 2,5 mcg, 2 borrifadas uma vez ao dia.
c) Associar montelucaste 10 mg uma vez ao dia.
d) Iniciar mepolizumabe, mantendo o esquema atual.

18- Homem, 68a, procura atendimento por edema de membros inferiores há 2 semanas associado a ganho ponderal de 6Kg no período. Antecedentes: ex-tabagismo 10 anos-maço, abstêmio há 30 anos, hipertensão arterial há 10 anos. Medicamentos em uso: losartana e hidroclorotiazida. Exame físico: PA=118x72mmHg, FC=68bpm, ausculta cardíaca e pulmonar sem alterações, edema de membros inferiores 2+/4+ bilateral e simétrico. Exames laboratoriais: ureia=46 mg/dL, creatinina sérica=0,9 mg/dL, albumina sérica=1,9 g/dL, exame de urina: proteína=2+, hemácias=3 por campo, leucócitos=4 por campo, relação proteína/creatinina urinária=8,3g/g. Biópsia renal: 18 glomérulos, dos quais 3 esclerosados e os demais sem alterações; presença de atrofia tubular e fibrose intersticial discretas, sem infiltrado inflamatório significativo; imunofluorescência negativa para IgG, IgA, IgM, C3, C1q e cadeias leves kappa e lambda; microscopia eletrônica sem depósitos eletrodensos, com apagamento difuso dos pedicelos dos podócitos. **O TRATAMENTO INICIAL INDICADO É:**

a) Prednisona.
b) Rituximabe.
c) Plasmaférese.
d) Ciclofosfamida.

19- Mulher, 52a, em atividade de lúpus eritematoso sistêmico diagnosticado recentemente. Antecedentes pessoais: obesidade e história familiar de diabetes melito tipo 2 em parente de primeiro grau. Fármacos em uso: prednisona 60 mg/dia, iniciada há 3 dias. Exame físico: IMC=35,9kg/m², PA=130/80mmHg. Sem outras alterações significativas. Exames complementares: glicemia de jejum=98mg/dL; hemoglobina glicada (HbA1c)=5,6%; creatinina=0,8mg/dL. **A CONDUTA É:**

a) Prescrever metformina, para prevenir o desenvolvimento de hiperglicemia induzida por glicocorticoides.
b) Prescrever insulina NPH noturna, devido ao elevado risco de hiperglicemia de jejum associada à corticoterapia.
c) Prescrever pioglitazona, visando à redução da resistência à insulina e à prevenção de eventos cardiovasculares associados.
d) Manter conduta expectante, visto que terapias medicamentosas não estão recomendadas para indivíduos normoglicêmicos.

20- Homem, 22a, procurou atendimento por aparecimento de linfonodomegalias cervicais, com crescimento progressivo há cinco meses, associadas a astenia, febre vespertina diária e sudorese noturna. Refere perda ponderal de 10kg no período. Antecedentes pessoais: nega comorbidades conhecidas e medicações em uso contínuo. Exame físico: regular estado geral, emagrecido, consciente e orientado. PA=118/72mmHg, FC=92bpm, FR=16irpm, temperatura axilar=37,8ºC, oximetria de pulso=98% em ar ambiente. Pescoço: linfonodos palpáveis em cadeias cervicais posteriores, endurecidos, aderidos aos planos profundos e indolores, o maior com 4cm de diâmetro. Exames complementares: hemoglobina=8,9g/dL, leucócitos=11.300/mm³, plaquetas=182.000/mm³, creatinina=1,45mg/dL, cálcio iônico=1,65mmol/L; biópsia de linfonodo=linfoma de Hodgkin. Foi iniciada hidratação endovenosa. **A FISIOPATOLOGIA DA HIPERCALCEMIA E O TRATAMENTO INDICADO SÃO:**

a) Produção de PTHrP; administrar ácido zoledrônico.
b) Lesões osteolíticas; administrar calcitonina.
c) Secreção ectópica de PTH; administrar denosumabe.
d) Produção aumentada de 1,25-diidroxivitamina D; administrar prednisona.

21- Mulher, 34a, trazida ao consultório pelo esposo por episódios diários de confusão mental e esquecimento, com duração de horas, há cinco dias. Há 10 dias apresenta dificuldade para caminhar, com três quedas recentes, além de relatos de acontecimentos inexistentes e desorientação temporal progressiva. Antecedentes pessoais: depressão, obesidade grau II, hipertensão arterial, sedentarismo e pré-diabetes. Refere perda ponderal voluntária de 35kg nos últimos dois meses, associada a jejum prolongado quase diário, sem acompanhamento nutricional regular. Medicações em uso: topiramato, tirzepatida, sertralina, losartana, anlodipino e hidroclorotiazida. Exame físico: regular estado geral, desorientada no tempo e espaço. PA=118/74mmHg, FC=82bpm, FR=16irpm, temperatura axilar=36,5ºC, oximetria de pulso=98% em ar ambiente. Neurológico: disdiadococinesia e comprometimento da marcha e do equilíbrio. Sem sinais de irritação meníngea. Ressonância magnética de crânio=IMAGEM Q21. **O TRATAMENTO É:**

a) Administrar tiamina 500mg por via intravenosa a cada 8 horas.
b) Administrar cianocobalamina 1.000mcg por via intramuscular uma vez ao dia.
c) Administrar dexametasona 10mg por via intravenosa a cada 6 horas.
d) Administrar glicose hipertônica por via intravenosa.

22- Mulher, 48a, procurou atendimento ambulatorial por dispneia progressiva aos esforços há seis meses, associada a episódios de tontura e fadiga. Nega ortopneia, dispneia paroxística noturna ou tosse. Antecedentes pessoais: hipotireoidismo. Medicações em uso: levotiroxina. Exame físico: bom estado geral, consciente e orientada. PA=110/70mmHg, FC=88bpm, FR=18irpm, temperatura axilar=36,5ºC, oximetria de pulso=95% em ar ambiente. Ausculta cardíaca: hiperfonese do componente pulmonar da segunda bulha. Ausculta pulmonar sem alterações. Jugulares ingurgitadas a 45°. Exames complementares: eletrocardiograma=desvio do eixo para a direita e sinais de sobrecarga de ventrículo direito; ecocardiograma transtorácico=velocidade de regurgitação tricúspide de 3,2m/s (VR: < 2,8m/s), dilatação do ventrículo direito, função sistólica e diastólica do ventrículo esquerdo preservadas e ausência de valvopatias esquerdas; espirometria=normal; tomografia computadorizada de tórax de alta resolução=sem alterações. **O PRÓXIMO PASSO NA INVESTIGAÇÃO ETIOLÓGICA É**:

a) Realizar angiotomografia de aorta.
b) Realizar ressonância magnética cardíaca.
c) Realizar cintilografia pulmonar de ventilação e perfusão.
d) Realizar cateterismo cardíaco esquerdo com teste de vasorreatividade.

23- Mulher, 83a, foi trazida à Unidade de Emergência por agitação psicomotora, desorientação temporal e espacial e alucinações visuais há 24 horas. Antecedentes pessoais: osteoartrite, neuropatia periférica em investigação e incontinência urinária de urgência. Medicações em uso: amitriptilina 50mg à noite, oxibutinina 10mg/dia e difenidramina 25mg à noite. Exame físico: agitada e desorientada. PA=145/85mmHg, FC=108bpm, FR=18irpm, temperatura axilar=36,8ºC, oximetria de pulso=98% em ar ambiente. Pupilas midriáticas e hiporreativas. Mucosa oral seca. Sem sinais de irritação meníngea ou déficits neurológicos focais. Exames complementares: hemograma=sem alterações, proteína C reativa=2mg/L, sódio=139mEq/L, potássio=4,1mEq/L, ureia=48mg/dL, creatinina=1,0mg/Dl. Exame de urina: leucócitos=8/campo, nitrito=negativo. Tomografia computadorizada de crânio=sem alterações agudas. **O DIAGNÓSTICO E A CONDUTA TERAPÊUTICA INDICADOS SÃO:**

a) Delirium secundário a infecção do trato urinário; iniciar ceftriaxona e medidas não farmacológicas.
b) Síndrome anticolinérgica por medicamentos; suspensão das medicações anticolinérgicas.
c) Surto psicótico tardio primário; prescrever haloperidol intramuscular e avaliação da psiquiatria.
d) Hidrocefalia de pressão normal; realizar punção lombar de alívio (tap-test) e avaliação da neurocirurgia.

24- Homem, 59a, procura atendimento por astenia, inapetência, edema progressivo de membros inferiores e aumento do volume abdominal há cerca de 4 meses, com ganho ponderal de 4Kg nesse período. Antecedentes pessoais: artrite reumatoide há 22 anos, com tratamento irregular e deformidades articulares nas mãos e nos punhos. Exame físico: regular estado geral, hipocorado 1+/4+, PA=128x78 mmHg, FC=82bpm, ausculta cardíaca e pulmonar sem alterações, abdome ascítico, edema de membros inferiores 3+/4+ bilateral e simétrico. Exames laboratoriais: hemoglobina=10,8g/dL, leucócitos=7.200/mm³, plaquetas=210.000/mm³, ureia=42mg/dL, creatinina=1,3mg/dL, proteína C reativa=48mg/L, velocidade de hemossedimentação=96 mm/h, albumina sérica=2,1 g/dL, exame de urina: proteína 3+, hemácias=2 por campo, leucócitos=1 por campo, cilindros hialinos, relação proteína/creatinina urinária 8,9g/g. Ultrassonografia de rins e vias urinárias sem alterações. Biópsia renal com depósitos amorfos extracelulares, predominantemente mesangiais e nas paredes capilares glomerulares, com imunofluorescência negativa para imunoglobulina e complemento. **O DIAGNÓSTICO ETIOLÓGICO E O EXAME CONFIRMATÓRIO SÃO:**

a) Nefropatia membranosa primária, anticorpo anti-PLA2R na biópsia renal.
b) Granulomatose com poliangeíte, ANCA plasmática.
c) Glomerulonefrite membranoproliferativa, crioglobulina plasmática.
d) Amiloidose renal, coloração pelo vermelho Congo na biópsia renal.

25- Mulher, 55a, comparece à consulta ambulatorial para avaliação, em desmame de glicocorticoide. Antecedentes pessoais: artrite reumatoide, atualmente em remissão clínica. Medicações em uso: prednisona, utilizada na dose de 15mg/dia durante seis meses, com redução gradual; atualmente em uso de 5mg/dia há duas semanas. Nega astenia, náuseas, vômitos, tontura ou hipotensão. Exame físico: bom estado geral, consciente e orientada. PA=122/74mmHg, FC=72bpm, FR=16irpm, temperatura axilar=36,5ºC, oximetria de pulso=98% em ar ambiente. Exames complementares: cortisol sérico matinal=12µg/dL. **A CONDUTA INDICADA NESTE MOMENTO É:**

a) Solicitar o teste de estímulo com ACTH sintético.
b) Manter a dose atual de prednisona e repetir o exame em três meses.
c) Substituir a prednisona por um glicocorticoide de longa ação.
d) Suspender a prednisona.

26- Mulher, 64a, queixa-se de icterícia, inapetência, perda de 10Kg e colúria nos últimos dois meses. Antecedentes pessoais: ex-tabagista 22 anos-maço. Exame físico: regular estado geral, emagrecida, ictérica (+2/4). Ausculta cardiopulmonar normal. Abdômen: escavado, sem massas. Exames laboratoriais: hemoglobina=8,7g/dL; leucócitos=12.542/mm^3, plaquetas=167.000/mm^3, creatinina=1,35mg/dL; bilirrubina total=24mg/dL, bilirrubina direta=15mg/dL. Tomografia computadorizada de abdômen: massa irregular em cabeça do pâncreas com dilatação de vias biliares. **O EXAME DIAGNÓSTICO NESTE MOMENTO É:**

a) PET-CT com FDG.
b) Dosagem de CA 19-9.
c) Biópsia percutânea guiada por tomografia.
d) Biópsia guiada por ultrassonografia endoscópica.

27- Homem, 72a, comparece à consulta ambulatorial por dor lombar de moderada intensidade, progressiva há duas semanas, associada à dificuldade para deambular. Refere que a limitação para caminhar ocorre devido à dor. Nega perda de força, alterações sensitivas ou alterações esfincterianas. Antecedentes pessoais: adenocarcinoma de próstata diagnosticado recentemente, hipertensão arterial, diabetes melito tipo 2 e cardiopatia isquêmica. Refere cateterismo cardíaco há cinco anos, assintomático desde então. Medicações em uso: losartana, metformina, AAS e atorvastatina. Exame físico: bom estado geral, consciente e orientado. Dor à mobilização da coluna lombar e à deambulação. Neurológico: força muscular=5/5 nos quatro membros, sensibilidade preservada e sem déficits neurológicos focais. Traz exames: PSA total=102ng/mL. Biópsia prostática: adenocarcinoma, Gleason=4+4. Ressonância magnética de coluna torácica e lombar: múltiplas metástases ósseas, sem sinais de compressão medular. **A CONDUTA É:**

a) Prescrever corticoterapia sistêmica e radioterapia antálgica, encaminhar para laminectomia descompressiva.
b) Prescrever tratamento antiandrogênico e indicar radioterapia da próstata e das metástases vertebrais.
c) Realizar prostatectomia radical e radioterapia antálgica, iniciar posteriormente quimioterapia sistêmica.
d) Realizar orquiectomia subcapsular bilateral, prescrever tratamento antiandrogênico e radioterapia antálgica das metástases vertebrais.

28- Mulher, 63a, internada em Unidade de Terapia Intensiva há 12 dias por pancreatite aguda, evoluiu com febre e hipotensão. Durante a internação, recebeu antibioticoterapia de amplo espectro, encontra-se em uso de cateter venoso central e nutrição parenteral. Exame físico: mau estado geral, consciente, PA=82/48mmHg, FC=118bpm, FR=24irpm, temperatura axilar=38,7ºC, oximetria de pulso=95% em ar ambiente. Exames complementares: duas hemoculturas periféricas=presença de leveduras, posteriormente identificadas como Candida spp. Mantém instabilidade hemodinâmica apesar das medidas iniciais de suporte. **O ANTIFÚNGICO INTRAVENOSO INDICADO É**:

a) Fluconazol.
b) Micafungina.
c) Anfotericina B.
d) Voriconazol.

29- Mulher, 54a, comparece à consulta ambulatorial de rotina, assintomática. Antecedentes pessoais: hipertensão arterial há seis anos; nega tabagismo e outras comorbidades. Medicações em uso: hidroclorotiazida 25mg/dia, com boa adesão. Exame físico: bom estado geral, consciente e orientada. PA=136/74mmHg, FC=64bpm, FR=16irpm, temperatura axilar=36,5ºC, oximetria de pulso=98% em ar ambiente. Em consulta realizada há um mês, apresentava PA=134/71mmHg. Exames: potássio=3,8mEq/L, creatinina=0,98mg/dL, TSH=3,1mUI/L, colesterol LDL=97mg/dL,

colesterol HDL=51mg/dL, hemoglobina glicada=5,9%; eletrocardiograma=sem alterações. **A CONDUTA FARMACOLÓGICA INDICADA É:**

a) Acrescentar bloqueador de canal de cálcio.
b) Manter hidroclorotiazida em monoterapia.
c) Acrescentar antagonista da aldosterona.
d) Acrescentar betabloqueador.

30- Mulher, 35a, previamente hígida, internada por início súbito de fraqueza em hemicorpo direito e alteração da linguagem. Durante a investigação, refere episódios de artralgia, alopecia e fotossensibilidade nos últimos meses. Nega uso de medicamentos de uso contínuo antes da internação. Exame físico após o tratamento da fase aguda: bom estado geral, consciente e orientada. PA=118/72mmHg, FC=76bpm, FR=16irpm, temperatura axilar=36,4ºC, oximetria de pulso=98% (ar ambiente). Neurológico: discreta paresia em hemicorpo direito, sem outras alterações relevantes. Exames: ressonância magnética de crânio=acidente vascular cerebral isquêmico em território da artéria cerebral média esquerda; FAN=1:640, padrão nuclear homogêneo; C3=70mg/dL; C4= 5mg/dL; anti-dsDNA=positivo; anticoagulante lúpico=positivo em duas dosagens com intervalo ≥12 semanas; anticardiolipina IgG=alto título em duas dosagens com intervalo ≥12 semanas; anti-β2-glicoproteína I IgG=alto título em duas dosagens com intervalo ≥12 semanas; exame de urina=ausência de proteinúria ou hematúria. **O TRATAMENTO FARMACOLÓGICO DE MANUTENÇÃO É:**

a) Hidroxicloroquina associada à varfarina.
b) Belimumabe associado à varfarina.
c) Ciclofosfamida associada à rivaroxabana.
d) Ciclofosfamida associada à enoxaparina.

31- Homem, 47a, internado para realização de gastrectomia subtotal eletiva por adenocarcinoma gástrico. Antecedentes pessoais: síndrome antifosfolípide tripla-positiva, tromboses venosas profundas de repetição e acidente vascular cerebral isquêmico há seis anos. Medicações em uso: varfarina e ácido acetilsalicílico, sendo a varfarina suspensa no pré-operatório e realizada ponte com enoxaparina em dose terapêutica. A última dose de ácido acetilsalicílico foi administrada na manhã da véspera da cirurgia. Exame físico: bom estado geral, consciente e orientado. PA=124/76mmHg, FC=72bpm, FR=16irpm, temperatura axilar=36,5ºC, oximetria de pulso=98% em ar ambiente. Exames complementares: RNI=1,8 na véspera da cirurgia. A equipe cirúrgica considera necessário RNI<1,5 para realização do procedimento. **EM RELAÇÃO À CORREÇÃO DO RNI PARA A CIRURGIA, A CONDUTA É:**

a) Administrar vitamina K 1mg por via oral e repetir o RNI na manhã da cirurgia.
b) Administrar vitamina K 10mg por via intravenosa e repetir o RNI na manhã da cirurgia.
c) Transfundir plasma fresco congelado 15mL/kg e repetir o RNI após a infusão.
d) Manter apenas a suspensão da varfarina e repetir o RNI na manhã da cirurgia.

32- Mulher, 38a, procura atendimento por fraqueza muscular e cansaço progressivo aos esforços. Antecedentes pessoais: síndrome de Sjögren primária diagnosticada há 5 anos e nefrolitíase com 2 episódios de eliminação espontânea de cálculos urinários nos últimos 3 anos. Medicamentos em uso: lágrima e saliva artificiais. Nega uso de diuréticos ou laxantes. Exame físico: PA=118x72 mmHg, FC=84 bpm, mucosas discretamente secas, ausculta respiratória e pulmonar sem alterações, força muscular globalmente reduzida. Exames laboratoriais: ureia=30mg/dL, creatinina sérica=1,0mg/dL, sódio sérico=140mEq/L, potássio sérico=2,7mEq/L, cloro sérico=116mEq/L. Gasometria venosa: pH=7,28, bicarbonato=14mEq/L. Exame de urina: pH=6,9, densidade=1.010, proteína=negativa, hemácias=4

por campo, leucócitos=2 por campo, cristais ausentes. Ultrassonografia de rins e vias urinárias: pequenos cálculos renais bilaterais, discreta nefrocalcinose medular. **O DIAGNÓSTICO É:**

a) Acidose tubular renal proximal.
b) Acidose tubular renal distal.
c) Paralisia periódica hipocalêmica.
d) Hipercortisolismo exógeno.

33- Mulher, 35a, procurou o Pronto Atendimento por perda visual súbita e indolor no olho direito. Refere há cerca de 12 meses episódios de febre baixa, astenia e mialgia, além de desconforto no membro superior direito durante atividades prolongadas. Antecedentes pessoais: nega comorbidades conhecidas. Medicações em uso: nega. Exame físico: bom estado geral, consciente e orientada. PA=148/86mmHg no membro superior esquerdo e PA=122/78mmHg no membro superior direito, FC=86bpm, FR=16irpm, temperatura axilar=37,1ºC, oximetria de pulso=98% em ar ambiente. Ausculta cervical: sopro em região supraclavicular direita. Exames complementares: hemoglobina=9,6g/dL, creatinina=0,9mg/dL, velocidade de hemossedimentação=82mm/h, proteína C reativa=38mg/L; angiotomografia de aorta e seus ramos=espessamento parietal concêntrico da aorta torácica, associado a estenoses da artéria subclávia direita, artéria carótida comum esquerda e artéria renal direita, sem microaneurismas. **O TRATAMENTO IMEDIATO É:**

a) Imunoglobulina endovenosa.
b) Pulsoterapia com metilprednisolona.
c) Anticoagulação com heparina de baixo peso molecular.
d) Tratamento endovascular da obstrução de subclávia direita.

34- Mulher, 81a, comparece à consulta geriátrica trazida pela filha por redução progressiva da força muscular, lentificação da marcha e dificuldade crescente para levantar-se da cadeira há seis meses. Refere fadiga contínua, sem quedas recentes. Antecedentes pessoais: hipertensão arterial e hipotireoidismo. Medicações em uso: valsartana e levotiroxina. Exame físico: bom estado geral, consciente e orientada. PA=128/78mmHg, FC=70bpm, FR=16irpm, temperatura axilar=36,5ºC, oximetria de pulso=98% em ar ambiente, IMC=21,5kg/m². Auscultas cardíaca e pulmonar sem alterações. Musculatura periférica hipotrófica em membros superiores e inferiores. Exames complementares: velocidade habitual da marcha=0,6m/s (VR>0,8m/s); teste de levantar da cadeira cinco vezes=18s (VR<15s); força de preensão manual=13kg (VR≥16kg); densitometria corporal total: índice de massa muscular apendicular=5,2kg/m² (VR>5,5kg/m²); TSH=2,1mUI/L, hemoglobina=12,8g/dL, albumina=4,1g/dL, vitamina D=32ng/mL. **O DIAGNÓSTICO E A INTERVENÇÃO RECOMENDADA SÃO:**

a) Sarcopenia provável; prescrever suplementação proteica e de aminoácidos.
b) Sarcopenia confirmada; iniciar reposição hormonal com esteroides anabolizantes.
c) Sarcopenia grave; iniciar exercício resistido progressivo e adequar o aporte proteico.
d) Caquexia secundária; investigar neoplasia e iniciar acetato de megestrol.

35- Homem, 54a, comparece à consulta ambulatorial de rotina, assintomático. Antecedentes pessoais: diabete melito tipo 2 há oito anos e obesidade. Medicações em uso: metformina 2g/dia. Exame físico: bom estado geral, consciente e orientado. PA=118/76mmHg, FC=74bpm, FR=16irpm, temperatura axilar=36,5ºC, oximetria de pulso=98% em ar ambiente, IMC=34kg/m². Exames complementares: hemoglobina glicada=8,2%, AST=58U/L, ALT=72U/L; biópsia hepática=esteato-hepatite associada à disfunção metabólica (MASH), com fibrose F3. **A CONDUTA FARMACOLÓGICA INDICADA É:**

a) Adicionar inibidor da DPP-4, devido ao benefício demonstrado na regressão da fibrose hepática avançada.
b) Adicionar agonista do receptor de GLP-1, devido ao benefício no tratamento da esteato-hepatite associada à disfunção metabólica.
c) Adicionar inibidor do SGLT2, devido à ação antifibrótica hepática direta demonstrada nessa condição.
d) Adicionar pioglitazona, pois a redução da glicotoxicidade constitui o tratamento de escolha para reversão da esteato-hepatite.

36- Mulher, 43a, procurou atendimento por cefaleia de início há quatro horas, com piora progressiva. Nega história prévia de cefaleia. Antecedentes pessoais: tabagismo 20 anos-maço; pratica fisiculturismo. Medicações e suplementos em uso: creatina 3g/dia, cianocobalamina 5.000mcg/mês, vitamina D 50.000UI/mês e implante de testosterona. Exame físico: bom estado geral, consciente e orientada. Escala de coma de Glasgow=15, PA=128/65mmHg, FC=78bpm, FR=12irpm, temperatura axilar=36,7ºC, oximetria de pulso=98% em ar ambiente. Neurológico: pupilas isofotorreagentes, discreta hemiparesia e hipoestesia tátil e dolorosa em dimídio esquerdo. Exames complementares: tomografia computadorizada de crânio=IMAGEM Q36-A; ressonância magnética de crânio com contraste=IMAGEM Q36-B. **O TRATAMENTO FARMACOLÓGICO ESPECÍFICO INDICADO É:**

a) Iniciar heparina de baixo peso molecular.
b) Iniciar ácido acetilsalicílico e clopidogrel.
c) Iniciar dexametasona e nitroprussiato.
d) Iniciar trombólise sistêmica com alteplase.

37- Mulher, 38a, procurou atendimento por fadiga e prurido cutâneo progressivo nos últimos quatro meses. Antecedentes pessoais: nega doenças prévias, cirurgias, uso de medicamentos, suplementos ou chás, e não ingere bebidas alcoólicas. Exame físico: múltiplas escoriações em extremidades superiores e abdome, abdome indolor à palpação, sem ascite. Escleras sem icterícia; presença de halo marrom-esverdeado em íris de ambos os olhos. Exames complementares: ALT=256U/L; AST=180U/L; FA=1.250U/L; GGT=1.060U/L; RNI=1,2; bilirrubina total=1,9mg/dL (direta=1,5mg/dL); albumina=3,9g/dL. Hemograma, função renal e ceruloplasmina normais; gamaglobulinas discretamente aumentadas, às custas de IgM. Sorologias para hepatites A, B e C negativas; FAN e anticorpo antimitocôndria não reagentes. Colangiorressonância=normal. **O EXAME E O DIAGNÓSTICO SÃO**:

a) Colangiopancreatografia endoscópica retrógrada; colangite biliar primária.
b) Biópsia hepática; colangite esclerosante primária.
c) Dosagem de cobre sérico; doença de Wilson.
d) Dosagem de ferritina; hemocromatose.

38- Mulher, 30a, procurou a Unidade de Emergência por febre, cefaleia, mialgia e náuseas há quatro dias, evoluindo há um dia com tosse seca e dispneia. Refere viagem à Argentina há 30 dias, quando realizou caminhadas e permaneceu em celeiro de área rural durante acampamento. Antecedentes pessoais: nega comorbidades e medicações de uso contínuo. Exame físico: regular estado geral, consciente e orientada, dispneica. PA=80/50mmHg, FC=110bpm, FR=28irpm, temperatura axilar=38,0ºC, oximetria de pulso=90% em ar ambiente. Ausculta cardíaca sem alterações. Ausculta pulmonar: murmúrio vesicular globalmente reduzido, sem ruídos adventícios. Abdome indolor, sem visceromegalias. Edema de membros inferiores +/4+, perfusão periférica=3s. Exames complementares: hemoglobina=16,0g/dL, hematócrito=48%, leucócitos=14.000/mm³, bastões=10%, linfócitos=1.000/mm³, plaquetas=70.000/mm³, ALT=80UI/L, creatinina=1,2mg/dL; testes rápidos para influenza, SARS-CoV-2, vírus sincicial respiratório e HIV=negativos**. A CONDUTA É:**

a) Iniciar anfotericina B e instituir isolamento respiratório.
b) Iniciar corticoterapia sistêmica, sem necessidade de isolamento respiratório.
c) Iniciar ganciclovir, sem necessidade de isolamento respiratório.
d) Iniciar oxigenoterapia e instituir isolamento respiratório.

39- Homem, 58a, encontra-se internado na unidade de terapia intensiva por sepse de foco pulmonar e insuficiência respiratória aguda. Antecedentes pessoais: diabete melito e hipertensão arterial. Exames complementares: leucócitos=20.400/mm³, creatinina=2,20mg/dL, lactato=1,5mmol/L. Tomografia computadorizada de tórax: opacidades bilaterais difusas. Encontra-se sedado em suporte ventilatório invasivo controlado a volume, com volume corrente=410mL (6mL/Kg de peso predito), PEEP titulada=12cmH_2O, FiO_2=60% e pressão de platô=26cmH_2O. Gasometria arterial: pH=7,34, $PaCO_2$=45mmHg, PaO_2=76mmHg, HCO_3^-=24mEq/L. Foi realizada sessão de posição prona por 16h, sem intercorrências. A relação PaO_2/FiO_2 após 4h do início da posição prona foi de 126, e 4h após retornar para posição supina foi de 130. **A CONDUTA É:**

a) Iniciar óxido nítrico inalatório.
b) Realizar nova sessão de posição prona.
c) Manter as medidas atuais em posição supina.
d) Indicar ECMO veno-venosa em centro com experiência.

40- Homem, 61a, procurou atendimento ambulatorial por aumento progressivo de massa cervical à direita há quatro meses, associada a dor local. Nega disfagia, odinofagia, disfonia ou dispneia. Antecedentes pessoais: tabagismo ativo, carga tabágica de 80 anos-maço, e etilismo ativo, com consumo de duas doses de bebida destilada por dia. Medicações em uso: nega medicamentos de uso contínuo. Exame físico: bom estado geral, consciente e orientado. PA=132/78mmHg, FC=82bpm, FR=16irpm, temperatura axilar=36,5ºC, oximetria de pulso=98% em ar ambiente. Pescoço: massa cervical direita, fixa e endurecida, medindo aproximadamente 4,1×3,8cm, envolvendo os níveis cervicais II-IV. Não são palpadas linfonodomegalias em outras cadeias. Oroscopia: ausência de lesões visíveis em cavidade oral e orofaringe. Exames complementares: nasofibroscopia=ausência de lesões suspeitas em nasofaringe, orofaringe, hipofaringe ou laringe; tomografia computadorizada de pescoço=linfonodomegalia cervical direita medindo 4,3×3,4cm; tomografias computadorizadas de tórax e abdome=ausência de lesões suspeitas; PET-CT=hipermetabolismo restrito à linfonodomegalia cervical direita, sem identificação de sítio tumoral primário ou doença metastática à distância; investigação endoscópica complementar=ausência de sítio primário identificável; punção aspirativa por agulha fina do linfonodo cervical=carcinoma de células escamosas pouco diferenciado. **A CONDUTA TERAPÊUTICA INDICADA É:**

a) Realizar radioterapia da região de cabeça e pescoço associada à cisplatina concomitante.
b) Realizar quimioterapia de indução com carboplatina e paclitaxel, seguida de observação clínica.
c) Realizar radioterapia exclusiva sobre o linfonodo cervical acometido, sem tratamento das mucosas de cabeça e pescoço.
d) Iniciar quimioterapia paliativa com carboplatina e paclitaxel, sem tratamento locorregional.

41- Homem, 62a, apresenta endocardite infecciosa da valva aórtica por *Streptococcus gallolyticus*, com vegetação de 12 mm e insuficiência aórtica moderada. O paciente está recebendo antibioticoterapia intravenosa direcionada pelo antibiograma e, após três semanas de tratamento adequado, mantém febre diária, apesar de hemoculturas inicialmente positivas terem se tornado negativas. No 15º dia de tratamento, o paciente tinha eletrocardiograma normal. Faz um

novo eletrocardiograma no 22º dia de tratamento, mostrado abaixo. O paciente encontra-se hemodinamicamente estável e sem sinais de insuficiência cardíaca.



A CONDUTA É:

a) Solicitar cineangiocoronariografia.
b) Manter a antibioticoterapia até completar 6 semanas.
c) Trocar o esquema antibiótico por outro de maior espectro.
d) Investigar extensão perivalvar com ecocardiografia transesofágica.

42- Homem, 53a, foi encaminhado à Unidade de Emergência por febre, mialgia, cefaleia e confusão mental há um dia. Antecedentes pessoais: não disponíveis. Medicações em uso: desconhecidas. Exame físico: mau estado geral, confuso, agitado, taquipneico e com uso de musculatura respiratória acessória. PA=78/43mmHg, FC=132bpm, FR=36irpm, temperatura axilar=39,1ºC, oximetria de pulso=84% em ar ambiente. Pele: lesões purpúricas em membros inferiores. Foi iniciada oxigenoterapia com máscara não reinalante a 15L/min, expansão volêmica, antibioticoterapia e noradrenalina. Apesar das medidas, mantém agitação psicomotora importante, impedindo pré-oxigenação adequada, além de taquipneia e hipoxemia, sendo indicada intubação orotraqueal. **A ESTRATÉGIA FARMACOLÓGICA INDICADA PARA A INTUBAÇÃO É:**

a) Sequência rápida de intubação com etomidato e succinilcolina.
b) Intubação em sequência atrasada com cetamina e succinilcolina.
c) Sequência rápida de intubação com fentanil, propofol e rocurônio.
d) Intubação acordada com anestesia tópica e sedação com propofol.

43- Homem, 58a, procurou a Unidade de Emergência por dor abdominal progressiva há três semanas, associada a aumento do volume abdominal e icterícia. Antecedentes pessoais: diabetes mellitus tipo 2, hipertensão arterial, dislipidemia e doença arterial coronariana; tabagismo (15 anos-maço) e etilismo. Medicações em uso: losartana, metformina e sinvastatina. Exame físico: regular estado geral, ictérico, desconfortável pela dor. PA=132/78mmHg, FC=96bpm, FR=18irpm, temperatura axilar=36,7ºC, oximetria de pulso=97% em ar ambiente. Abdome distendido, doloroso à palpação dos quadrantes direitos, com ascite. Edema bilateral de membros inferiores 2+/4+. Exames complementares: leucócitos=19.500/mm³, neutrófilos=15.800/mm³, linfócitos=1.100/mm³, monócitos=2.400/mm³,

hemoglobina=18,6g/dL, plaquetas=640.000/mm³, bilirrubina total=5,4mg/dL, bilirrubina direta=2,9mg/dL, AST=285U/L, ALT=190U/L, TP=14,8s, TTPa=34s; tomografia computadorizada de abdome com contraste=hepatomegalia com realce heterogêneo do parênquima, ausência de opacificação das veias hepáticas e presença de ascite volumosa, sem alterações esplênicas ou pancreáticas. Foi iniciada anticoagulação com heparina não fracionada. **A PESQUISA DA MUTAÇÃO CAPAZ DE IDENTIFICAR A CAUSA DO QUADRO É:**

a) Metilenotetraidrofolato redutase (MTHFR).
b) Inibidor do ativador do plasminogênio 1 (PAI-1).
c) Calreticulina (CALR).
d) Janus quinase 2 (JAK2).

44- Homem, 54a, procura atendimento ambulatorial por dor abdominal difusa e diarreia aquosa persistente há quatro meses. Nega náuseas, vômitos ou perda ponderal. Antecedentes pessoais: hipertensão arterial e diabetes melito tipo 2, ambas controladas. Medicações em uso: losartana=50mg/dia e metformina=850mg 12/12h. Exame físico: bom estado geral, consciente e orientado, eutrófico, PA=128/76mmHg, FC=78bpm, FR=16irpm, temperatura axilar=36,5°C, oximetria de pulso=98% (ar ambiente). Abdômen: flácido, sem sinais de irritação peritoneal, fígado palpável a 4cm do rebordo costal direito, discretamente doloroso à palpação. Ausência de icterícia. Exames complementares: tomografia computadorizada de abdômen: massa sólida de 5cm em cauda pancreática e múltiplos nódulos distribuídos difusamente pelo parênquima hepático. Biópsia percutânea guiada por imagem de lesão hepática: neoplasia neuroendócrina bem diferenciada, cromogranina=positiva, sinaptofisina=positiva e Ki-67<3%. **A CONDUTA TERAPÊUTICA INDICADA É:**

a) Instituir medidas de suporte e cuidados paliativos, sem tratamento antineoplásico específico.
b) Iniciar quimioterapia sistêmica paliativa com fluorouracil, leucovorina, irinotecano e oxaliplatina (FOLFIRINOX).
c) Realizar pancreatectomia distal associada à citorredução cirúrgica das múltiplas metástases hepáticas.
d) Iniciar tratamento sistêmico com análogo da somatostatina, como lanreotida.

45- Mulher, 73a, é admitida em Unidade de Emergência por tosse produtiva, febre e piora progressiva da dispneia há quatro dias. Nas últimas horas, evoluiu com confusão mental e oligúria. Antecedentes pessoais: insuficiência cardíaca com fração de ejeção reduzida (FEVE=30%), doença pulmonar obstrutiva crônica e doença renal crônica estágio 4. Medicações em uso: bisoprolol, sacubitril/valsartana, furosemida e tiotrópio inalatório. Exame físico: Glasgow=8, extremidades frias, tempo de enchimento capilar=5s; PA=82/48mmHg, FC=118bpm, FR=32irpm, temperatura axilar=38,7ºC, SpO_2=89% sob O_2 15L/min em máscara com reservatório. Exames laboratoriais: lactato=7,6mmol/L, creatinina=2,5mg/dL, potássio=5,8mEq/L, pH=7,12, HCO_3^-=12mEq/L. Apesar das medidas de suporte e do tratamento instituído, evoluiu com parada cardiorrespiratória em assistolia. São realizadas manobras de ressuscitação cardiopulmonar de alta qualidade por 30 minutos, sem retorno da circulação espontânea, após exclusão e tratamento das causas potencialmente reversíveis. A equipe médica considera encerradas as possibilidades de reversão da parada, porém os familiares solicitam que as manobras sejam mantidas até “voltar”. **A MANUTENÇÃO DA RESSUSCITAÇÃO CARDIOPULMONAR, NESSA SITUAÇÃO, CARACTERIZA:**

a) Tratamento fútil em senso estrito.
b) Tratamento potencialmente inapropriado.
c) Tratamento proporcional e eticamente adequado.
d) Ortotanásia se interromper a ressuscitação após 35 minutos.

46- Homem, 52a, procurou atendimento por tosse seca, dispneia progressiva aos esforços e febre baixa há seis semanas, sem melhora após dois esquemas sequenciais de antibioticoterapia empírica para pneumonia adquirida na comunidade. Antecedentes pessoais: ex-tabagismo (3 anos-maço), cessado há 12 anos. Nega medicamentos de uso contínuo; fez uso recente de amoxicilina+clavulanato associada à azitromicina e, posteriormente, levofloxacino. Exame físico: regular estado geral, consciente e orientada. PA=122/76mmHg, FC=82bpm, FR=22irpm, temperatura axilar=37,4ºC, oximetria de pulso=92% em ar ambiente. Ausculta pulmonar: estertores crepitantes inspiratórios em bases bilateralmente. Mãos: espessamento cutâneo, hiperqueratose e fissuras dolorosas nas bordas radiais dos dedos. Neurológico: força muscular grau 4/5 na abdução dos ombros e flexão dos quadris bilateralmente. Exames complementares: proteína C reativa=80mg/dL; velocidade de hemossedimentação=68mm/h; creatinoquinase=1.280U/L (VR<170U/L); FAN=1:640, padrão citoplasmático pontilhado; tomografia computadorizada de tórax de alta resolução=consolidações multifocais subpleurais e peribroncovasculares nos lobos inferiores bilateralmente, associadas ao sinal do halo invertido, compatíveis com pneumonia em organização (imagem Q46). **O EXAME A SER SOLICITADO E O DIAGNÓSTICO SÃO:**

a) Lavado broncoalveolar; pneumonia eosinofílica crônica.
b) Biópsia pulmonar cirúrgica por videotoracoscopia; esclerose sistêmica.
c) Anticorpos anticitoplasma de neutrófilos (ANCA); granulomatose com poliangeíte.
d) Pesquisa de anticorpos antissintetase, incluindo anti-Jo-1; síndrome antissintetase.

47- Homem, 77a, procurou atendimento após episódio de início súbito de afasia e hemiparesia à direita há um mês, com melhora parcial dos déficits ao longo de duas semanas. Há cerca de seis meses, apresentava dificuldade progressiva para cumprir compromissos, recordar recados e utilizar seus instrumentos de trabalho como artista plástico. Há dois meses, deixou de pintar, pois suas produções tornaram-se, segundo a esposa, “desorganizadas e sem sentido”. Antecedentes pessoais: hipertensão arterial, diabetes melito e dislipidemia. Medicações em uso: losartana, metformina e rosuvastatina. Exame físico: bom estado geral, consciente e colaborativo. PA=132/76mmHg, FC=72bpm, FR=16irpm, temperatura axilar=36,5ºC, oximetria de pulso=98% em ar ambiente. Miniexame do Estado Mental=18/30, com prejuízo de linguagem, orientação temporal e espacial, atenção e habilidades visuoespaciais. Exames complementares: hemograma, VHS, proteína C reativa, TSH, T4 livre, enzimas hepáticas, eletrólitos, função renal, vitamina B12 e ácido fólico=sem alterações. Ressonância magnética de crânio=hematoma intraparenquimatoso lobar temporoparietal esquerdo, siderose superficial na alta convexidade bilateral, múltiplos microbleeds lobares frontais, parietais e occipitais e realce leptomeníngeo frontal e parietal bilateral. **O DIAGNÓSTICO É:**

a) Angiopatia hipertensiva cerebral.
b) Angiopatia amiloide cerebral esporádica.
c) Angiopatia amiloide cerebral relacionada à inflamação.
d) Vasculite primária do sistema nervoso central.

48- Homem, 59a, comparece ao ambulatório por aumento recorrente do volume abdominal, com necessidade de paracenteses de alívio a cada dois meses. Antecedentes pessoais: cirrose associada à disfunção metabólica, Child-Pugh B8 e MELD-Na=11, com ascite recorrente; nega episódios prévios de icterícia, hemorragia digestiva ou encefalopatia hepática. Medicações em uso: espironolactona 100mg/dia e furosemida 40mg/dia, além de dieta hipossódica. Exame físico: bom estado geral, consciente e orientado. PA=104/66mmHg, FC=78bpm, FR=16irpm, temperatura axilar=36,5ºC, oximetria de pulso=98% em ar ambiente. Abdome globoso, com ascite volumosa, indolor à palpação. Exames complementares: paracentese com retirada de 6L de líquido ascítico e reposição de albumina intravenosa; líquido ascítico: leucócitos=300/mm³, linfócitos=80%, proteínas totais=1,6g/dL, albumina=0,4g/dL,

cultura=negativa; creatinina=1,5mg/dL, bilirrubina total=1,2mg/dL, sódio=127mEq/L, potássio=5,3mEq/L, albumina=2,8g/dL, RNI=1,0, sódio urinário=8mEq/24h; ultrassonografia abdominal=ausência de trombose portal; ecocardiograma=sem alterações relevantes. **A CONDUTA É:**

a) Aumentar espironolactona para 200mg/dia e furosemida para 80mg/dia.
b) Iniciar norfloxacina para profilaxia primária de peritonite bacteriana espontânea.
c) Manter dieta hipossódica e restringir a ingestão hídrica para 1L/dia.
d) Indicar a inserção de um stent portossistêmico intra-hepático transjugular (TIPS).

49- Mulher, 71a, internada para tratamento de osteomielite vertebral, com previsão de alta hospitalar para continuidade da antibioticoterapia em regime ambulatorial. Na véspera da alta, foi inserido cateter central de inserção periférica (PICC), de onde foram coletados os exames laboratoriais. Antecedentes pessoais: hipertensão arterial e dislipidemia. Medicações em uso: oxacilina, ceftriaxona, anlodipino, atorvastatina, ácido acetilsalicílico e enoxaparina em dose profilática. Exame físico: bom estado geral, consciente e orientada. PA=126/74mmHg, FC=76bpm, FR=16irpm, temperatura axilar=36,5ºC, oximetria de pulso=98% em ar ambiente. Sem sangramentos ou equimoses. Exames complementares: TTPa (véspera)=31s e atual=52s; TP (véspera)=11s e atual=11s; hemoglobina (véspera)=10,1g/dL e atual=10,0g/dL; sódio (véspera)=138mEq/L e atual=139mEq/L; creatinina (véspera)=1,0mg/dL e atual=1,1mg/dL. **A EXPLICAÇÃO MAIS PROVÁVEL PARA A ALTERAÇÃO LABORATORIAL É:**

a) Uso profilático de heparina de baixo peso molecular.
b) Desenvolvimento de coagulação intravascular disseminada.
c) Contaminação da amostra durante a coleta pelo cateter.
d) Presença de anticoagulante lúpico.

50- Homem, 19a, previamente hígido, procurou a Unidade de Emergência por febre, tosse, coriza e conjuntivite há dois dias, evoluindo hoje com aparecimento de exantema. Retornou há uma semana de viagem aos Estados Unidos, onde esteve em locais com grande aglomeração de pessoas. Um dia antes do início dos sintomas, compareceu à aula com 30 colegas. Mora com os pais e um irmão de cinco meses de idade. Exame físico: regular estado geral, consciente e orientado. PA=90/60mmHg, FC=110bpm, FR=30irpm, temperatura axilar=39,5ºC, oximetria de pulso=91% (ar ambiente). Pele: exantema maculopapular com início em segmento cefálico e extensão para o tronco. Ausculta cardíaca sem alterações. Ausculta pulmonar com murmúrio vesicular globalmente reduzido. Perfusão periférica=2s, sem edema. **A CONDUTA É:**

a) Internar o paciente e instituir isolamento respiratório por gotículas.
b) Realizar vacinação de bloqueio em todos os contatos domiciliares.
c) Administrar imunoglobulina humana por via intramuscular ao irmão.
d) Realizar notificação compulsória do caso suspeito em até 72 horas.

51- Mulher, 81a, em acompanhamento paliativo por dor crônica com componente neuropático e nociceptivo, secundária a fraturas osteoporóticas de achatamento vertebral, mantendo dor moderada a intensa e importante limitação funcional apesar do tratamento analgésico otimizado. Antecedentes pessoais: doença renal crônica estágio 4 (taxa de filtração glomerular=21mL/min/1,73m²), síndrome de fragilidade do idoso, osteoporose e hipertensão arterial. Medicações em uso: gabapentina, dipirona e anlodipino. Exame físico: lúcida, orientada e eupneica. PA=126/76mmHg, FC=74bpm, FR=15irpm, temperatura axilar=36,5ºC, oximetria de pulso=98% em ar ambiente. Apresenta dor à palpação da coluna lombar e limitação da mobilidade, sem edemas periféricos. **O OPIOIDE E A VIA DE ADMINISTRAÇÃO INDICADOS SÃO:**

a) Buprenorfina por via transdérmica.
b) Codeína por via oral.
c) Meperidina por via intramuscular.
d) Morfina de liberação controlada por via oral.

52- Homem, 50a, comparece à consulta ambulatorial de rotina, assintomático. Antecedentes: diabetes melito tipo 2 há 10 anos, hipertensão arterial há 5 anos e dislipidemia. Medicamentos em uso: metformina, hidroclorotiazida, anlodipino e sinvastatina. Exame físico: PA=112x78 mmHg, FC=82 bpm, ausculta pulmonar e cardíaca sem alterações, extremidades sem edemas. Exames laboratoriais realizados há 4 meses: ureia=54mg/dL, creatinina sérica=1,1mg/dL (taxa de filtração glomerular estimada – TFGe=82mL/min), relação albumina/creatinina urinária=250mg/g. Exames laboratoriais atuais: ureia=70mg/dL, creatinina sérica=1,2mg/dL (TFGe=74mL/min), relação albumina/creatinina urinária=270mg/g. **DE ACORDO COM OS CRITÉRIOS KDIGO, O DIAGNÓSTICO E A CLASSIFICAÇÃO DA DOENÇA RENAL SÃO:**

a) Função renal normal, sem critérios para doença renal crônica.
b) Doença renal crônica estágio G1A2.
c) Doença renal crônica estágio G2A2.
d) Doença renal crônica estágio G2A3.

53- Mulher, 68a, procurou atendimento ambulatorial por dispneia progressiva aos esforços há seis meses, associada a aumento do volume abdominal e edema de membros inferiores, com piora nas últimas semanas apesar da intensificação do tratamento diurético. Antecedentes pessoais: hipertensão arterial há dois anos. Medicações em uso: losartana e furosemida. Exame físico: regular estado geral, consciente e orientada. PA=110/70mmHg, FC=88bpm, FR=18irpm, temperatura axilar=36,5ºC, oximetria de pulso=96% em ar ambiente. Turgência jugular patológica a 45°. Ausculta cardíaca com bulhas rítmicas e normofonéticas, sem sopros; ausculta pulmonar sem alterações. Abdome globoso, indolor, com ascite tensa e hepatomegalia a 5cm do rebordo costal direito. Edema de membros inferiores 3+/4+ até os joelhos. Exames complementares: eletrocardiograma=ritmo sinusal e baixa voltagem dos complexos QRS no plano frontal; ecocardiograma=espessamento simétrico das paredes ventriculares, septo e parede posterior de 16mm (VR: 6–9mm), aumento biatrial, disfunção diastólica grau III com padrão restritivo, fração de ejeção do ventrículo esquerdo=52% (VR: 54–74%) e PSAP estimada=59mmHg (VR: ≤34mmHg); strain longitudinal global=redução da deformação nos segmentos basais e médios, com preservação apical (*apical sparing*). **O EXAME PARA CONFIRMAÇÃO ETIOLÓGICA E O DIAGNÓSTICO SÃO:**

a) Cintilografia miocárdica; amiloidose cardíaca por transtirretina.
b) Ressonância magnética cardíaca; pericardite constritiva.
c) Cateterismo cardíaco direito; hipertensão arterial pulmonar idiopática.
d) Biópsia endomiocárdica; miocardiopatia hipertrófica.

54- Homem, 68a, comparece em consulta com queixa de dispneia progressiva aos esforços e tosse seca há sete meses. Nega chiado. Antecedentes pessoais: hipertensão arterial, ex-tabagista (30 anos-maço), fibrilação atrial crônica, infarto e cirurgia de revascularização cardíaca há oito anos. Medicações em uso: losartana, metoprolol e rivaroxabana. Exame físico: bom estado geral, saturação de oxigênio=93% em ar ambiente, FR=16irpm, PA=132/78mmHg, FC=64bpm. Ausculta cardiopulmonar: ritmo cardíaco irregular em dois tempos, sopro sistólico em ápice, murmúrio vesicular com estertores crepitantes em bases. Ausência de turgência venosa jugular patológica. Sem edema de membros inferiores. Baqueteamento digital presente. Prova de função pulmonar: FEV1=62%, CVF=64%,

FEV1/FVC=77%, capacidade pulmonar total=64%. **O EXAME QUE CONFIRMA A CAUSA DA DISPNEIA DO PACIENTE É?**

a) Ecocardiograma.
b) Tomografia de tórax de alta resolução.
c) Cintilografia pulmonar de ventilação-perfusão.
d) Cintilografia de perfusão miocárdica com sestamibi.

55- Homem, 52a, em acompanhamento médico para manejo ponderal. Relata histórico de múltiplas tentativas prévias de perda de peso sem sucesso. Informa que seu Peso Máximo Atingido na Vida (PMAV) foi de 112Kg (altura=1,65m; IMC=41,1Kg/m^2). Após programa de mudança de estilo de vida e farmacoterapia, encontra-se há nove meses com o peso estabilizado em 96Kg, (IMC=35,3Kg/m^2), o que representa uma perda sustentada de 16Kg. Antecedentes pessoais: hipertensão arterial, nega diabete melito. Medicamentos em uso: anlodipino. **O DIAGNÓSTICO DO ESTADO PONDERAL ATUAL DO PACIENTE É**:

a) Obesidade reduzida.
b) Obesidade controlada.
c) Eutrofia funcional.
d) Falha terapêutica primária.

56- Homem, 58a, procurou atendimento por ferida em membro inferior direito há três meses, sem cicatrização. Antecedentes pessoais: etilismo crônico, com consumo de aproximadamente 1,5L de bebida destilada por dia há 30 anos. Medicações em uso: nega. Exame físico: emagrecido, descorado, hidratado e eupneico. PA=118/72mmHg, FC=82bpm, FR=16irpm, temperatura axilar=36,5ºC, oximetria de pulso=98% em ar ambiente. Pele: múltiplas equimoses, hemorragias no leito ungueal e lesões purpúricas perifoliculares em membros inferiores bilateralmente. Perna direita: úlcera com aproximadamente 4cm de diâmetro, fundo limpo e sem secreção. **O TRATAMENTO INDICADO É:**

a) Vitamina A.
b) Vitamina C.
c) Vitamina B12.
d) Vitamina K.

57- Homem, 46a, comparece à consulta ambulatorial por fadiga persistente e redução da libido há 10 meses. Antecedentes pessoais: obesidade grau I e sedentarismo. Nega medicamentos de uso contínuo. Exame físico: bom estado geral, consciente e orientado. PA=128/84mmHg, FC=72bpm, FR=16irpm, temperatura axilar=36,5ºC, oximetria de pulso=98% em ar ambiente, IMC=33,2Kg/m². Exames genital e mamário sem alterações. Exames complementares: testosterona total matinal em duas dosagens=210ng/dL e 225ng/dL (VR: 264–916ng/dL); testosterona livre calculada=5,1ng/dL (VR: 6,5–18,1ng/dL); SHBG=18nmol/L (VR: 15–50nmol/L); LH=2,8mUI/mL (VR: 1,5–9,3mUI/mL); FSH=3,1mUI/mL (VR: 1,4–18,1mUI/mL); prolactina=9,2ng/mL (VR: 2,1–17,7ng/mL); ressonância magnética de sela túrcica=sem alterações; perfil de ferro=sem alterações. **A CONDUTA IMEDIATA É:**

a) Prescrever reposição hormonal com gel transdérmico de testosterona.
b) Prescrever reposição hormonal com citrato de clomifeno por via oral.
c) Prescrever mudanças no estilo de vida, objetivando perda ponderal.
d) Prescrever reposição hormonal com cipionato de testosterona por via intramuscular.

58- Mulher, 78a, comparece em consulta de rotina com queixa de esquecimento. Conta que perde objetos na casa com frequência e às vezes esquece palavras. Não esquece panelas ligadas no fogo e consegue fazer compras no mercado sem auxílio. Conta dificuldade para manter o sono, acordando várias vezes de madrugada. Às vezes se sente triste, mas mantém atividades de cuidado da casa. Antecedentes pessoais: diabete melito tipo 2, hipertensão arterial, dislipidemia e doença renal crônica. Medicações em uso: losartana, furosemida, insulina, atorvastatina e anlodipina. Exame físico: bom estado geral, PA=132/76mmHg; Mini-Mental=26 (paciente=4 anos de escolaridade; normal para escolaridade entre 1 e 4 anos ≥25pontos). Exame neurológico normal. **O DIAGNÓSTICO E A CONDUTA SÃO:**

a) Pseudodemência; dosar vitamina B12 e TSH.
b) Déficit cognitivo leve; solicitar PET-CT cerebral.
c) Declínio cognitivo subjetivo; manter seguimento clínico.
d) Demência vascular; solicitar ressonância magnética de crânio.

59- Mulher, 62a, procurou atendimento por aumento progressivo do volume abdominal há dois meses, associado a desconforto abdominal. Antecedentes pessoais: hipertensão arterial e diabetes mellitus tipo 2. Medicações em uso: losartana e metformina. Exame físico: regular estado geral, consciente e orientada. PA=126/78mmHg, FC=88bpm, FR=18irpm, temperatura axilar=36,5ºC, oximetria de pulso=96% em ar ambiente. Abdome globoso, com ascite de grande volume e doloroso difusamente à palpação. Exames complementares: tomografias computadorizadas de tórax, abdome e pelve=múltiplos implantes peritoneais compatíveis com carcinomatose, ascite volumosa e derrame pleural moderado, sem lesões identificáveis em ovários, útero, pulmões ou outros órgãos; CEA=5,3ng/mL (VR≤5,5ng/mL), CA-125=2.508,3U/mL, CA19-9=12,1U/mL. Paracentese diagnóstica e de alívio com retirada de 5L de líquido ascítico; citologia do líquido=adenocarcinoma metastático, com material insuficiente para estudo imuno-histoquímico. Após três dias, apresenta recorrência da ascite e aumento do derrame pleural, evoluindo com dispneia e necessidade de oxigenoterapia. Avaliada pela equipe de oncologia ginecológica, não apresenta condições para cirurgia citorredutora inicial e não há acesso seguro para biópsia percutânea dos implantes. **A CONDUTA TERAPÊUTICA É:**

a) Iniciar quimioterapia para carcinoma ovariano/peritoneal avançado.
b) Iniciar quimioterapia para carcinoma colorretal metastático.
c) Prosseguir investigação com endoscopia digestiva alta e colonoscopia.
d) Prosseguir investigação com videolaparoscopia.

60- Homem, 62a, procurou a Unidade de Emergência por febre, calafrios e úlcera cutânea com exsudato amarelado na perna direita há três dias. Refere astenia, febre vespertina não aferida e perda ponderal involuntária de 4kg nas últimas quatro semanas. Antecedentes pessoais: artrite reumatoide erosiva há 15 anos. Medicações em uso: metotrexato 15mg/semana, ácido fólico 5mg/semana. Exame físico: regular estado geral, descorada 2+/4+, PA=108/66mmHg, FC=104bpm, FR=18irpm, temperatura axilar=38,8ºC, oximetria de pulso=97% (ar ambiente). Articulações sem sinais de inflamação aguda. Abdome: baço palpável a 4cm do rebordo costal esquerdo. Perna direita: úlcera cutânea com exsudato amarelado. Exames: hemoglobina=9,5g/dL, VCM=88fL, leucócitos=1.200/mm³, neutrófilos=400/mm³, linfócitos=700/mm³, monócitos=100/mm³, plaquetas=100.000/mm³; fator reumatoide=positivo em alto título; anti-CCP=positivo em alto título; anticorpo anti-histona=positivo. **O DIAGNÓSTICO E A CONDUTA IMEDIATA SÃO**:

a) Leucemia de grandes linfócitos granulares (T-LGL); suspender o metotrexato e iniciar ciclofosfamida.
b) Lúpus eritematoso sistêmico em sobreposição; iniciar pulsoterapia com metilprednisolona.
c) Síndrome de Felty; iniciar antibioticoterapia e fator estimulador de colônias de granulócitos.
d) Toxicidade medular por metotrexato; administrar ácido folínico intravenoso e iniciar rituximabe.

61- Mulher, 18a, comparece ao pronto-socorro com dor torácica de forte intensidade, dispneia aos mínimos esforços e febre há um dia. Há três dias apresenta coriza, odinogia e tosse seca. Antecedentes pessoais: anemia falciforme. Exame físico: regular estado geral, taquipneica, febril. PA=92/64mmHg, FC=112bpm, FR=28irpm, saturação de oxigênio=88% (ar ambiente). Tórax: murmúrio vesicular com sibilos difusos. Restante do exame físico sem alterações. Exames laboratoriais: hemoglobina=8,2g/dL; leucócitos=13.563/mm^3; plaquetas=267.000/mm^3. Radiograma de tórax: infiltrado intersticial difuso bilateral. **ALÉM DA OXIGENOTERAPIA E DA ANALGESIA, A INVESTIGAÇÃO COMPLEMENTAR E A CONDUTA INICIAL SÃO:**

a) Solicitar RT-PCR para influenza; iniciar oseltamivir e aguardar confirmação bacteriana para prescrever antibióticos.
b) Solicitar angiotomografia pulmonar; iniciar enoxaparina em dose terapêutica enquanto aguarda o resultado.
c) Coletar hemoculturas; iniciar cefepima e vancomicina e avaliar precocemente a necessidade de transfusão.
d) Coletar hemoculturas; iniciar ceftriaxona intravenosa e azitromicina e avaliar precocemente a necessidade de transfusão.

62- Homem, 68a, comparece à consulta ambulatorial para seguimento de insuficiência cardíaca com fração de ejeção reduzida de etiologia isquêmica. Na última consulta, iniciou-se tratamento com enalapril devido à persistência dos sintomas de insuficiência cardíaca (classe funcional NYHA II), com orientação de retorno em uma semana para reavaliação. Retorna com melhora discreta da dispneia aos esforços. Antecedentes pessoais: hipertensão arterial há 20 anos, diabetes melito há 12 anos, dislipidemia e doença arterial coronariana. Medicamentos em uso: enalapril, carvedilol, furosemida, dapagliflozina, ácido acetilsalicílico e atorvastatina. Exame físico: PA=112x68mmHg, FC=72bpm, FR=16irpm, saturação de oxigênio= 97% em ar ambiente, ausculta pulmonar com estertores crepitantes bibasais, ausculta cardíaca sem alterações, edema de membros inferiores 1+/4+ bilateral e simétrico. Exames laboratoriais realizados há 1 semana: ureia=48 mg/dL, creatinina sérica=1,2 mg/dL, sódio sérico=139mEq/L, potássio sérico=4,5mEq/L. Exames laboratoriais atuais: ureia=58 mg/dL, creatinina sérica=2,0 mg/dL, sódio sérico=139 mEq/L, potássio sérico=5,2mEq/L. Ultrassonografia Doppler de artérias renais evidenciou velocidade de pico sistólico de 360 cm/s na artéria renal direita e de 320 cm/s na artéria renal esquerda (valor de referência: inferior a 180 cm/s), com rins de tamanho normal e simétricos. **O MECANISMO FISIOPATOLÓGICO ENVOLVIDO NAS ALTERAÇÕES LABORATORIAIS OBSERVADAS É:**

a) Vasoconstrição da arteríola aferente renal.
b) Dilatação da arteríola eferente renal.
c) Redução da pressão oncótica plasmática.
d) Aumento da pressão hidrostática na cápsula de Bowman.

63- Mulher, 20a, procurou atendimento por alterações comportamentais e cognitivas progressivas há dois anos, inicialmente caracterizadas por irritabilidade, queda do rendimento acadêmico e isolamento social, evoluindo posteriormente com agressividade verbal, labilidade emocional, dificuldade de concentração, ideias persecutórias e comportamento desorganizado. Fez uso de antidepressivos e, posteriormente, de diferentes antipsicóticos, sem resposta clínica satisfatória. No último ano, passou a apresentar hipertonia e rigidez em membros superiores, além de tremor fino nas mãos, com prejuízo para a escrita. Antecedentes familiares: irmã apresentou quadro clínico semelhante, com evolução progressiva e óbito sem definição diagnóstica. Exame físico: consciente, com comportamento desorganizado. PA=118/72mmHg, FC=78bpm, FR=16irpm, temperatura axilar=36,5ºC, oximetria de pulso=98% em ar ambiente. Neurológico: hipertonia e rigidez em membros superiores, tremor fino bilateral em mãos, sem déficits motores

focais. Exames complementares: ressonância magnética de crânio da irmã (IMAGEM Q63). **A CONDUTA DIAGNÓSTICA É SOLICITAR:**

a) Ceruloplasmina e cobre séricos, cobre urinário de 24h e avaliação oftalmológica.
b) Análise do líquor, sorologias para HIV e sífilis e avaliação da infectologia.
c) Eletroencefalograma, TSH, amônia e vitamina B12 e avaliação da neurologia.
d) Eletroforese de proteínas séricas, FAN, C3, C4 e CH50 e avaliação da reumatologia.

64- Homem, 65a, comparece à consulta ambulatorial para seguimento de doença hepática metabólica e avaliação de exames laboratoriais. Antecedentes pessoais: esteatose hepática, diabete melito tipo 2, hipertensão arterial, obesidade e osteoporose. Refere boa adesão às orientações dietéticas, com perda ponderal de 12% do peso corporal. Medicações em uso: atenolol, valsartana, metformina, semaglutida, dapagliflozina, risedronato, cálcio e vitamina D3. Exame físico: bom estado geral, consciente e orientado. PA=128/76mmHg, FC=68bpm, FR=16irpm, temperatura axilar=36,5ºC, oximetria de pulso=98% em ar ambiente, IMC=32Kg/m². Exames complementares: ALT=78U/L, AST=56U/L, fosfatase alcalina=110U/L, GGT=250U/L, colesterol total=256mg/dL, LDL=173mg/dL, HDL=38mg/dL, triglicerídeos=245mg/dL, glicemia=90mg/dL; elastografia hepática: esteatose grave e fibrose leve. **A CONDUTA FARMACOLÓGICA É PRESCREVER:**

a) Vitamina E.
b) Rosuvastatina.
c) Ácido ursodesoxicólico.
d) Bezafibrato associado à ezetimiba.

65- Homem, 67a, foi trazido ao pronto socorro com dispneia e confusão mental já presentes ao acordar. Antecedentes pessoais e medicações em uso são desconhecidos. Na admissão, encontra-se sonolento, pálido, com extremidades frias e tempo de enchimento capilar=5s. Exame físico: PA=84/50mmHg, FC=126bpm, FR=30irpm, temperatura axilar=36,1ºC e oximetria de pulso=90% em ar ambiente. É realizado ultrassom pulmonar (IMAGEM Q65-A) e ultrassom cervical transversal, com o transdutor posicionado aproximadamente 4cm acima da fúrcula esternal e paciente a 45º (IMAGEM Q65-B). **O TIPO DE CHOQUE É:**

a) Hipovolêmico.
b) Distributivo.
c) Obstrutivo.
d) Cardiogênico.

66- Homem, 52a, procurou atendimento ambulatorial por dispneia progressiva aos esforços há oito meses, associada a fadiga importante. Nega tosse, dor torácica ou tabagismo. Antecedentes pessoais: cirrose secundária à hepatite C crônica, previamente tratada e com resposta virológica sustentada. Sem medicações em uso. Exame físico: regular estado geral, sarcopênico, hipocorado, ictérico, consciente e orientado. PA=112/70mmHg, FC=86bpm, FR=18irpm, temperatura axilar=36,5ºC, oximetria de pulso=92% em ar ambiente. Presença de eritema palmar, ginecomastia, telangiectasias, ascite e edema 1+/4+ em membros inferiores. Ausculta cardíaca: ritmo regular, hiperfonese do componente pulmonar da segunda bulha e sopro sistólico pancardíaco. Ausculta pulmonar: murmúrio vesicular reduzido em bases. Exames complementares: hemoglobina=11,0g/dL, leucócitos=3.000/mm³, plaquetas=70.000/mm³, albumina=3,0g/dL, RNI=1,6, bilirrubina total=2,0mg/dL; ultrassonografia de abdome=fígado com morfologia cirrótica, ascite moderada e esplenomegalia; ecocardiograma=fração de ejeção do ventrículo esquerdo=60% (VR: 52–72%),

dilatação de átrio e ventrículo direitos, ausência de disfunção diastólica e pressão sistólica estimada da artéria pulmonar=75mmHg (VR: ≤34mmHg); gasometria arterial: PaO_2=68mmHg. **O DIAGNÓSTICO É:**

a) Cardiomiopatia cirrótica.
b) Síndrome hepatopulmonar.
c) Hipertensão portopulmonar.
d) Hipertensão arterial pulmonar idiopática.

67- Homem, 60a, procurou a Unidade de Emergência cinco dias após mordedura de sagui em mão direita, ocorrida durante visita a área rural no interior de São Paulo, ao tentar alimentar o animal. Relata ter procurado atendimento após ser informado da ocorrência de mortes de primatas por febre amarela na região. Nega febre ou outras queixas. Antecedentes pessoais: hipertensão arterial. Medicações em uso: losartana. Exame físico: bom estado geral, consciente e orientado. PA=128/76mmHg, FC=74bpm, FR=16irpm, temperatura axilar=36,5ºC, oximetria de pulso=98% em ar ambiente. Mão direita: ferimentos puntiformes superficiais, sem edema, hiperemia ou secreção. Carteira vacinal: última dose de dT em 12/03/2024; febre amarela em 08/05/2012; hepatite B em 14/09/2010; influenza em 2026. **EM RELAÇÃO À PROFILAXIA PÓS-EXPOSIÇÃO E ÀS IMUNIZAÇÕES, A CONDUTA É:**

a) Iniciar vacina antirrábica, sem indicação de imunoglobulina humana antirrábica.
b) Administrar nova dose da vacina contra febre amarela.
c) Iniciar vacina antirrábica e administrar imunoglobulina humana antirrábica.
d) Administrar reforço da vacina dupla adulto (dT).

68- Homem, 62a, procurou atendimento ambulatorial por dor lombar de início insidioso, associada à perda ponderal discreta. Antecedentes pessoais: nega comorbidades conhecidas. Medicações em uso: nega medicamentos de uso contínuo. Exame físico: bom estado geral, consciente e orientado, sem déficits neurológicos focais. PA=132/78mmHg, FC=80bpm, FR=16irpm, temperatura axilar=36,5ºC, oximetria de pulso=98% em ar ambiente. Abdômen: flácido, indolor à palpação, sem massas ou visceromegalias palpáveis. Exames complementares: creatinina=2,32mg/dL; tomografia computadorizada de abdome=tecido infiltrativo retroperitoneal envolvendo a aorta abdominal e as artérias ilíacas, associado a espessamento periureteral bilateral e hidronefrose, além de espessamento da parede da aorta compatível com periaortite; biópsia da lesão retroperitoneal=infiltrado linfoplasmocitário politípico, fibrose em padrão estoriforme e flebite obliterante. **O DIAGNÓSTICO É:**

a) Sarcoidose.
b) Linfoma difuso de grandes células B.
c) Doença de Erdheim-Chester.
d) Doença relacionada à IgG4.

69- Mulher, 42a, procura atendimento por surgimento progressivo de lesões violáceas dolorosas em membros inferiores há 10 dias, associadas a artralgia em mãos e tornozelos. Antecedentes pessoais: lúpus eritematoso sistêmico e hipotireoidismo. Medicamento em uso: hidroxicloroquina e levotiroxina. Exame físico: PA=118/72mmHg, FC=84bpm, FR=16irpm, temperatura axilar=37,8ºC; múltiplas lesões purpúricas palpáveis e que não desaparecem à digitopressão, predominando em pernas. Exames complementares: hemoglobina=11,8g/dL, leucócitos=3.200/mm³, plaquetas=185.000/mm³, creatinina=0,9mg/dL, relação albumina/creatinina urinária=500mg/g, C3=58mg/dL e C4=7mg/dL. Pesquisa de crioglobulinas negativa. Biópsia de lesão cutânea demonstra infiltrado neutrofílico perivascular, fragmentação nuclear e extravasamento de hemácias em pequenos vasos, sem predomínio de depósitos de IgA na imunofluorescência. **O DIAGNÓSTICO É:**

a) Vasculite por IgA.
b) Vasculite leucocitoclástica.
c) Vasculite urticariforme hipocomplementêmica.
d) Vasculite crioglobulinêmica de pequenos vasos.

70- Mulher, 75a, comparece em consulta ambulatorial para avaliação pré-operatória de cirurgia de catarata. Paciente nega queixas cardiovasculares. Antecedentes pessoais: pré-diabética e osteoartrite de mãos. Medicações em uso: metformina 500 mg/dia, dipirona. Exames laboratoriais: hemoglobina=12,9g/dL; leucócitos=8734/mm^3; plaquetas=322.000/mm^3; ureia=32mg/dL; creatinina=0,8mg/dL. **EM RELAÇÃO A AVALIAÇÃO COMPLEMENTAR PRÉ-OPERATÓRIA ADICIONAL, A CONDUTA É:**

a) Não solicitar exame.
b) Solicitar eletrocardiograma.
c) Solicitar radiografia de tórax.
d) Solicitar hemoglobina glicada.

IMAGEM Q21

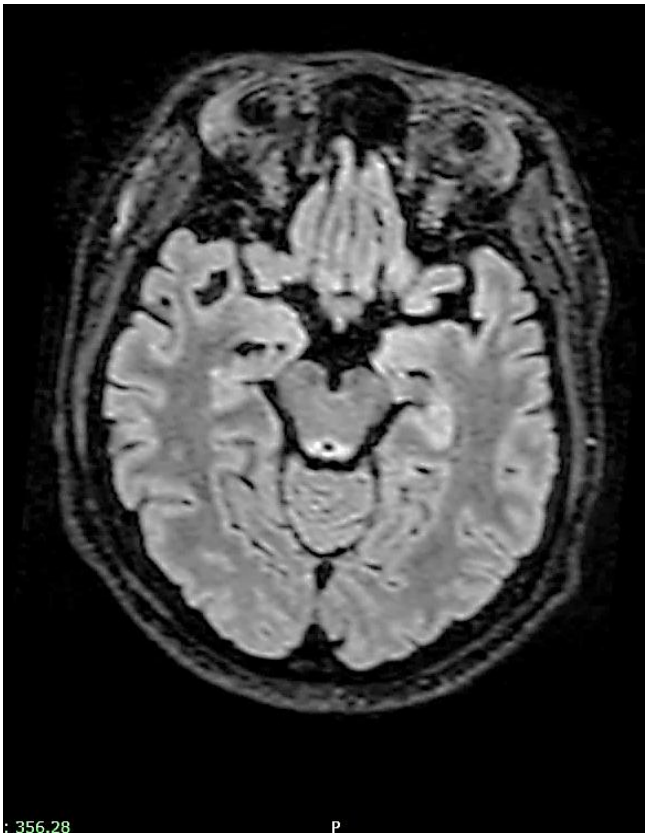


IMAGEM Q36

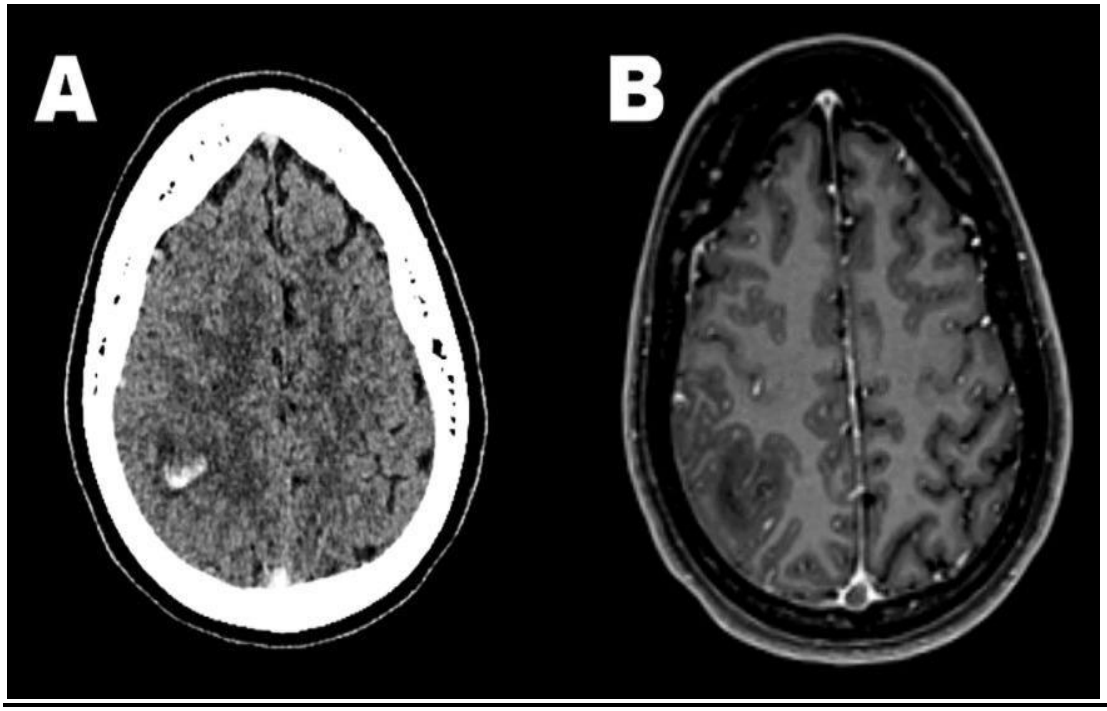


IMAGEM Q46



IMAGEM Q63

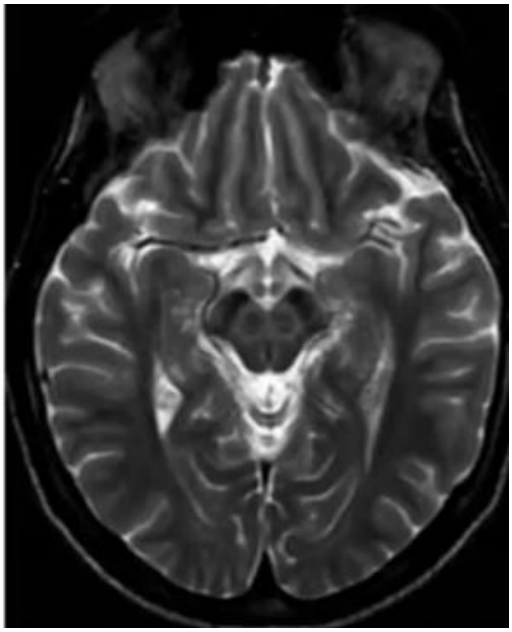


IMAGEM Q65-A

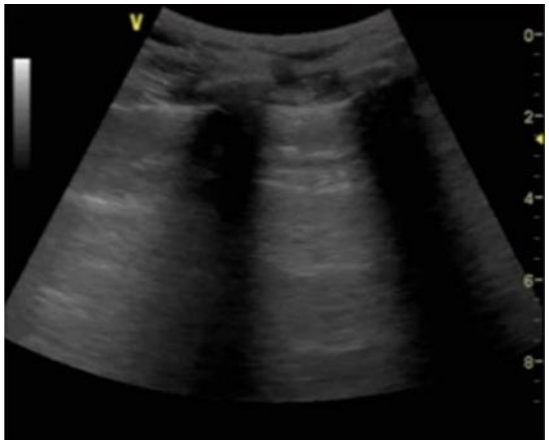


IMAGEM Q65-B

