

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 **APENAS** o **CONTROLE DE RESPOSTAS DO CANDIDATO** e a **DECLARAÇÃO DE PRESENÇA** (abaixo).

RESIDÊNCIA MÉDICA 2022 – 1ª FASE
ESPECIALIDADES CLÍNICAS

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

ESPECIALIDADES CLÍNICAS

1. Mulher, 52 anos, queixa-se de dispneia aos esforços com piora há dois meses. Refere também palpitações, tremor em mãos, agitação e perda de cinco quilos há três meses. Antecedentes pessoais: insuficiência cardíaca com fibrilação atrial, em uso crônico de enalapril, metoprolol, furosemida, warfarina e amiodarona. Exame físico: bom estado geral, FC 112bpm; PA 146/82mmHg; FR 22 irpm. Tremores finos de extremidades. Ausculta cardíaca: bulhas em dois tempos, irregulares, sem sopros. Tireoide normal à palpação. Exames laboratoriais: TSH <0,01 µU/mL; T4L 3,6 ng/dL; anticorpo anti receptor de TSH (TRAB) negativo. Ultrassonografia de tireoide normal, sem nodulações. Ausência de fluxo ao Doppler. Radiograma de tórax normal.

A CONDUTA É:

- a. Manter a amiodarona
- b. Iniciar metimazol
- c. Iniciar prednisona
- d. Trocar metoprolol por carvedilol.

2. Mulher, 62 anos, em consulta ambulatorial queixa-se de dor em pernas, pior ao deambular, há três anos. Nega: uso crônico de medicamentos; outras doenças e antecedente familiar de fraturas. Exame físico: bom estado geral; PA 132/72mmHg; FC 72bpm. Dificuldade de deambular com claudicação. Dor à palpação da região pré-tibial bilateral. Restante do exame físico normal. Exames laboratoriais: cálcio 8,5mg/dL; fósforo 2,5mg/dL; creatinina 1,1mg/dL; PTH 182pg/mL; fosfatase alcalina 152UI/L; 25-hidroxivitamina-D 5ng/mL.

O DIAGNÓSTICO E A CONDUTA INICIAL SÃO:

- a. Osteíte fibrosa cística; prescrever calcitriol 0,5 mcg/dia e carbonato de cálcio 1g/dia.
- b. Osteoporose pós menopausa; prescrever alendronato 70mg/semana e vitamina D 50.000UI/semana.
- c. Hiperparatireoidismo primário; prescrever cloridrato de cinacalcete 60 mg/dia.
- d. Osteomalácia; prescrever vitamina D 50.000 UI/semana por oito semanas.

3. Mulher, 26 anos, queixa-se de dificuldade em realizar atividades físicas moderadas. Refere ter asma desde a infância, mantendo sibilos diários apesar de uso adequado da medicação prescrita: corticoide inalatório em dose alta; beta agonista de ação prolongada (LABA); montelucaste e anticolinérgico de ação prolongada (LAMA). Exame físico: peso 98kg; IMC 30kg/m²; PA 124/82mmHg; FC 78bpm; oximetria de pulso 98% (ar ambiente). Ausculta pulmonar com sibilos esparsos em ambos hemitórax. Exames laboratoriais: hemoglobina 13,2g/dL; hematócrito 38%; leucócitos 5.240/mm³ (750 eosinófilos/mm³). Tomografia de tórax de alta resolução: espessamento brônquico discreto em lobos inferiores, e aprisionamento aéreo na fase expiratória. Espirometria: distúrbio ventilatório obstrutivo com boa resposta ao broncodilatador (VEF1 54% após uso de broncodilatador).

A HIPÓTESE DIAGNÓSTICA E A CONDUTA TERAPÊUTICA SÃO:

- a. Granuloma eosinofílico; iniciar tratamento com metotrexate.
- b. Asma grave do obeso; indicar ventilação não invasiva, tipo CPAP.
- c. Fibrose cística; prescrever azitromicina em dose de imunomodulação.
- d. Asma grave com fenótipo eosinofílico; acrescentar imunobiológico.

4. Homem, 65 anos, refere ter uma lesão crescendo no supercílio esquerdo há dois anos, com discreto prurido e descamação. Realizada biópsia com exame histopatológico (imagem e biópsia, anexo 1, questão 4).

A CONDUTA É:

- a. Prescrever antifúngico oral.
- b. Realizar cauterização química.
- c. Prescrever corticoide tópico.
- d. Realizar exérese com margem.

5. Homem, 30 anos, admitido no Pronto Socorro com dor torácica intensa e urticária, após minutos da ferroadada no ombro direito por vespa. Exame físico: PA 92/62mmHg; FC 120bpm. Exames laboratoriais: hemoglobina 14g/dL; hematócrito 42%, leucócitos 4.430/mm³; (eosinófilos 760/mm³, basófilos 288/mm³); troponina 0,32ng/L; CK-mb 5UI/L. Eletrocardiograma (anexo 1, questão 5). Foi medicado com dinitrato de isosorbida 5mg sublingual com melhora dos sintomas e normalização do traçado de ECG. Posteriormente, pesquisa de IgE específica ao veneno de vespa foi positiva.

CONSIDERANDO O QUADRO CARDÍACO COMO ASSOCIADO À ANAFILAXIA POR VENENO DE VESPA, A HIPÓTESE DIAGNÓSTICA É:

- a. Isquemia coronariana.
- b. Ruptura de cordoalha.
- c. Miocardite.
- d. Endocardite.

6. Mulher, 82 anos, é trazida para consulta ambulatorial por piora da confusão mental há cinco dias. Não consegue mais comer sozinha. Apresenta períodos de agitação intercalados com sonolência. Filha nega febre e inapetência. Antecedentes pessoais: Doença de Alzheimer diagnosticada há três anos; diabetes tipo 2 e hipertensão arterial. Medicações em uso: donepezila 10 mg/dia, memantina 20 mg/dia, metformina 1g/dia, losartana 50 mg/dia. Amitriptilina 50 mg/dia foi iniciada há três semanas por sintomas depressivos. Exame físico: PA 100/72mmHg; FC 97bpm. Agitada, desorientada no tempo e espaço. Restante do exame físico é normal.

A CONDUTA NESTE MOMENTO É:

- a. Coletar urina e urocultura, prescrever Ciprofloxacina.
- b. Suspender amitriptilina, manter donepezila e memantina.
- c. Reduzir amitriptilina para 25 mg/dia e iniciar quetiapina 25 mg/dia.
- d. Reduzir donepezila para 5 mg/dia e iniciar risperidona 1 mg/dia.

7. Mulher, 44 anos, queixa-se de cefaleia frequente no último mês. Antecedentes pessoais: hipertensão arterial de difícil controle, atualmente em uso de hidroclorotiazida, besilato de anlodipino, enalapril e clonidina. Exame físico: bom estado geral, PA 168/112 mmHg, FC 92 bpm, FR 12 irpm. Exames laboratoriais: creatinina 0,7mg/dL; potássio 4,0mEq/L; exame de urina: hemácias 1/campo, leucócitos 2/campo, proteína ausente; cortisol urinário 20nmol/24h; metanefrina urinária 1450 μ g/24h; relação aldosterona/atividade de renina normal. Tomografia de abdômen: massa em região adrenal à direita.

A CONDUTA INICIAL, NA SEQUÊNCIA, É:

- a. Espironolactona; dieta hipossódica e beta bloqueador.
- b. Prazosin; dieta hipersódica (> 5 g/d) e betabloqueador.
- c. Betabloqueador; hidratação endovenosa e prazosin.
- d. Minoxidil; betabloqueador e dieta hipossódica.

8. Mulher, 24 anos, descendente de italianos, conta ter anemia desde a infância. Fica “amarela” algumas vezes. Necessitou transfusão na sua primeira gestação. Refere que vários membros de sua família têm anemia. Exame físico: Bom estado geral, descorada (++/4), icterica (+/4). Abdômen: baço palpável a 3cm do rebordo costal esquerdo.

O DIAGNÓSTICO É CONFIRMADO POR:

- a. VCM reduzido; aumento de hemoglobina A2; aumento de hemoglobina F.
- b. VCM reduzido; redução da hemoglobina A2; aumento da hemoglobina F.
- c. VCM aumentado; redução da hemoglobina A2; redução da hemoglobina F.
- d. VCM aumentado; aumento da hemoglobina A2; aumento da hemoglobina F.

9. Mulher, 75 anos, está internada em Unidade de Terapia Intensiva por pneumonia broncoaspirativa. Antecedente: Doença pulmonar obstrutiva crônica. Exame físico: Sedada, em ventilação mecânica. Peso 63kg; T 37,2°C; PA 118/78mmHg; FC 84bpm; FR 16irpm. Prescrição: midazolam, fentanil, heparina de baixo peso molecular, omeprazol e piperacilina-tazobactam. Parâmetros ventilatórios: modo volume controlado, volume corrente 630 mL; PEEP 8cmH₂O e FiO₂ 0,5. Gasometria arterial: pH 7,33; PaCO₂ 46 mmHg; PaO₂ 76 mmHg.

A CONDUTA NESTE MOMENTO É:

- a. Reduzir o PEEP.
- b. Aumentar o PEEP.
- c. Aumentar a Frequência Respiratória.
- d. Diminuir o Volume Corrente.

10. Homem, 52 anos, avaliado em Unidade de Emergência com queixa de fadiga, mal-estar, febre e dor abdominal há seis dias. Refere que há cinco semanas apresentou febre de baixo grau e dor abdominal em quadrante inferior esquerdo de abdome, com duração de uma semana e resolução espontânea. Exame físico: Bom estado geral; T 38,2°C; PA 110/78mmHg; FC 92bpm; FR 16irpm. Abdome: dor à palpação de quadrante superior direito. Exames laboratoriais: hemoglobina 11,1g/dL; leucócitos 17.530/mm³; fosfatase alcalina 220UI/L; ALT 65UI/L; AST55UI/L. Ultrassonografia de abdome: massa com conteúdo líquido, hipoeoica, com 3,5 cm de diâmetro, no lobo direito do fígado. Prescrito ceftriaxone e metronidazol.

A CONDUTA É:

- a. Realizar punção aspirativa.
- b. Realizar drenagem percutânea.
- c. Indicar ressecção cirúrgica.
- d. Repetir ultrassonografia em 48 horas.

11. Mulher, 22 anos, refere episódios esporádicos de cefaleia. Nega outras queixas. Exame físico: Peso: 60 kg; estatura 1,72m; PA 172/112mmHg (membro superior esquerdo) e PA 172/114mmHg (membro superior direito); FC 68bpm. Ausculta cardíaca: bulhas em dois tempos, rítmicas, sem sopros. Pulsos radiais e pediosos palpáveis e simétricos. Exames laboratoriais: hemoglobina 12,8g/dL; creatinina 0,7mg/dL; potássio 3,5mEq/L; bicarbonato 24mEq/L; glicemia 88mg/dL; TSH 1,23μUI/mL; atividade plasmática de renina em repouso 14ng/mL hora. Exame de urina: hemácias 8/campo, leucócitos 2/campo, proteína +/4; relação proteína/creatinina urinária 0,17.

A HIPÓTESE DIAGNÓSTICA É:

- a. Hiperaldosteronismo.
- b. Glomerulonefrite proliferativa.
- c. Acidose tubular renal tipo IV.
- d. Hipertensão renovascular.

12. Homem, 51 anos, queixa-se de diarreia há um ano com piora progressiva. Refere mais de 20 episódios por dia, com fezes líquidas, sem sangue ou muco. Conta ainda episódios ocasionais de rubor facial súbito, associado a sensação de tontura e hipotensão arterial. Antecedentes pessoais: hipertensão arterial controlada com atenolol. Nega tabagismo, etilismo ou drogadição. Exame físico: corado; eupneico; nutrido; PA 128/82mmHg. Ausculta cardíaca: sopro diastólico em foco tricúspide. Exame abdominal com ruídos hidroaéreos aumentados. Restante inalterado.

OS EXAMES QUE CONFIRMAM A HIPÓTESE DIAGNÓSTICA SÃO:

- a. Dosagem sérica de ácido vanilmandélico e tomografia de abdome total.
- b. Colonoscopia longa e biópsia de mucosa intestinal.
- c. Balanço de gordura nas fezes e dosagem de enzimas pancreáticas.
- d. Dosagem de ácido 5-hidroxi-indoli-acético (5-HIAA) urinário e tomografia de abdome total.

13. Mulher, 29 anos, encaminhada para Unidade de Emergência após perda de consciência. Foi encontrada inconsciente, babando e com movimentos tônico-clônicos generalizados. Permaneceu arresponsiva por três a quatro minutos, e ficou confusa por cinco minutos após recuperar consciência. Ao dar entrada na emergência estava completamente recuperada. Antecedentes: nega doenças recentes, infecção, trauma ou eventos similares anteriores. Negava uso de álcool, substâncias ilícitas ou medicamentos. Exame físico: PA 124/82mmHg; FC 88bpm; FR 14irpm; T=36,3°C. Exame neurológico normal. Resultados de exames metabólicos e toxicológicos eram normais. Tomografia computadorizada de crânio sem contraste: normal.

Solicitado EEG. A CONDUTA É:

- a. Solicitar ressonância magnética de crânio, sem contraste.
- b. Solicitar tomografia computadorizada de crânio, com contraste.
- c. Prescrever levetiracetam.
- d. Realizar coleta de líquido.

14. Homem, 43 anos, procedente de Campinas, trabalha limpando piscinas. Comparece ao Pronto-Socorro com queixa de mialgia, cefaleia, febre referida de 39,1°C e manchas avermelhadas em membros inferiores há cinco dias. Exame físico: regular estado geral; FR 24irmp; PA 96/58mmHg; FC 114bpm; T 38,3°C. Ausculta cardiopulmonar normal. Abdômen: fígado palpável a 3cm do rebordo costal direito, baço palpável a 2cm do rebordo costal esquerdo. Membros inferiores com lesões purpúricas.

O EXAME PARA A CONFIRMAÇÃO DA HIPÓTESE DIAGNÓSTICA E O TRATAMENTO ESPECÍFICO SÃO:

- a. Reação de imunofluorescência indireta para Riquetsia; iniciar cloranfenicol endovenoso.
- b. Pesquisa direta de Riquetsia por imuno-histoquímica em biópsia de pele; iniciar ceftriaxone endovenoso.
- c. Pesquisa de Leptospira em sangue; iniciar hidratação endovenosa e penicilina cristalina.
- d. Pesquisa de Leptospira em urina; iniciar corticoide e amoxicilina/clavulonato.

15. Homem, 30 anos, admitido em Unidade de Emergência com queimaduras de 2º e 3º graus, área de superfície corporal queimada de 50%. Paciente intubado, sob ventilação mecânica, com FIO₂ 0,8, SatO₂ 92%. Pressão arterial média de 67 mmHg em uso de noradrenalina 0,5 mcg/kg/min. Exames laboratoriais: sódio 145mEq/L; potássio 5,8mEq/L; creatinina 1,2mg/dL; ureia 147mg/dL; glicemia 200mg/dL. Gasometria arterial: pH 7,01; PaCO₂ 38mmHg; PaO₂ 190mmHg; HCO₃ 10,0mmol/L; cloro 112mmol/L.

O DISTÚRBO METABÓLICO PRESENTE É:

- a. Acidose metabólica e alcalose respiratória com ânion gap de 23.
- b. Acidose mista com ânion gap de 23.
- c. Acidose metabólica com ânion gap de 28.
- d. Acidose respiratória com ânion gap de 28.

16. Mulher, 25 anos, refere infecções respiratórias recorrentes, além de tosse produtiva persistente. Nega dispneia. Antecedentes pessoais: Nasceu a termo, teve quatro episódios de pneumonia antes dos 10 anos de idade. Nega tabagismo. Tomografia computadorizada de tórax (anexo 1, Questão 16):

PARA CONFIRMAR A HIPÓTESE DIAGNÓSTICA, OS EXAMES A SEREM SOLICITADOS SÃO:

- a. Broncoscopia e biópsia transbrônquica.
- b. Dosagem de cloro no suor, dosagem de alfa-1 antitripsina.
- c. Espirometria e proteína C reativa.
- d. Pesquisa de micobactéria em escarro, VHS.

17. Homem, 29 anos, relata episódios recorrentes de dor em baixo ventre do tipo cólica acompanhada de diarreia aquosa (8 a 10 episódios/dia) há dois anos, com fadiga e redução da ingestão alimentar. Emagrecimento de 12kg no último ano. Antecedentes pessoais: tratamento cirúrgico de abscesso perirretal há 18 meses. Tabagista de 12 anos/maço. Exame físico: regular estado geral, descorado levemente, hidratado. Dor à palpação superficial e profunda de fossa ilíaca direita, ausência de descompressão brusca. Colonoscopia: ulcerações aftosas e lesões intercaladas com áreas normais em íleo terminal.

O LAUDO DA BIÓPSIA INTESTINAL É:

- a. Arquitetura distorcida das criptas bífidas em número reduzido. Presença de plasmócitos basais, agregados linfóides, hemorragias focais.
- b. Abscessos das criptas com agregados de macrófagos formando granulomas não caseosos intestinais. Agregados linfóides submucoso e subseroso.
- c. Presença de tecido colágeno na camada subepitelial com aumento de linfócitos intraepiteliais.
- d. Aumento do número de linfócitos e intraepiteliais, presença de plasmócitos na lâmina própria, redução na altura das vilosidades e hiperplasia das células das criptas.

18. Homem, 33 anos, queixa-se de polidipsia um dia após cirurgia trans-esfenoidal de hipófise para tratamento de craniofaringioma. Não está usando nenhuma medicação. Diurese: 300 ml/hora nas últimas 12 horas. Exame físico: hidratado; PA 128/72mmHg; FC 88bpm. Restante inalterado. Exames laboratoriais: sódio 146mEq/L; creatinina 0,6mg/dL.

O PROCEDIMENTO INICIAL PARA CONFIRMAR O DIAGNÓSTICO É:

- a. Realizar teste terapêutico com desmopressina.
- b. Quantificar osmolaridade sérica e urinária.
- c. Quantificar excreção urinária de eletrólitos.
- d. Realizar teste de privação de água.

19. Homem, 16 anos, queixa-se de vômitos e dor abdominal recorrente. Refere emagrecimento de 3kg nos últimos seis meses, associado à piora da dor epigástrica, impactação com líquidos e episódios de urticária e angioedema. Antecedentes pessoais: alergia à proteína do leite de vaca diagnosticada aos 3 meses de idade (IgE sérica aumentada). Refluxo gastroesofágico em uso regular de inibidores de bomba de prótons há dois anos.

PARA A HIPÓTESE DIAGNÓSTICA, O EXAME CONFIRMATÓRIO E A TERAPÊUTICA ADEQUADA SÃO:

- a. Endoscopia digestiva com pesquisa de *H. pylori*; manter tratamento com inibidores de bomba de prótons.
- b. pHmetria esofágica; associar domperidona e orientar medidas não farmacológicas antirrefluxo.
- c. Cintilografia de esvaziamento gástrico; otimizar dose de inibidor de bomba de prótons e associar bromoprida.
- d. Endoscopia e biópsia; associar inalação oral com fluticasona e dieta de exclusão de leite de vaca

20. Mulher, 35 anos, apresenta lesões nas palmas, no tronco e nos braços, sem acometimento mucoso, há uma semana (Anexo 1, questão 20). Sobre a apresentação clínica e a principal associação etiológica, **ASSINALE A ALTERNATIVA CORRETA.**

- a. Eritema polimorfo, herpes vírus.
- b. Eritema nodoso, hanseníase.
- c. Exantema, *Streptococcus* sp.
- d. Eritema vesiculoso, varicela-zoster vírus.

21. Mulher, 54 anos, vem para consulta de rotina, assintomática. Sabe ser hipertensa há sete anos, em uso de losartana 100 mg/dia e hidroclorotiazida 25 mg/dia. Sem outras comorbidades. Exame físico: PA 134/83mmHg; FC 93bpm; IMC 24,8kg/m². Exame dos demais aparelhos sem alterações. Na consulta anterior, há um mês, em uso das mesmas medicações, apresentava PA 136/84mmHg; FC 102bpm. Realizou uma medida ambulatorial da pressão arterial (MAPA) na semana passada, com os seguintes resultados: PA de 24h 134/82mmHg; FC de 24h 82bpm.

A CONDUTA ADEQUADA NESTE CASO É:

- a. Substituir hidroclorotiazida por carvedilol.
- b. Acrescentar atenolol.
- c. Associar besilato de anlodipino.
- d. Não modificar o tratamento anti-hipertensivo.

22. Mulher, 52 anos, queixa-se de dor e edema articular em joelho e punhos há cerca de dois anos, e de dor lombar acompanhada de rigidez matinal há alguns anos. Exame físico: presença de lesão cutânea descamativa em região posterior da orelha e couro cabeludo. Distrofia ungueal. Edema articular em joelho direito, punho e tornozelo esquerdo. Dor lombar à mobilização ativa e passiva. Teste de Patrick Fabere positivo à direita. Ressonância Nuclear Magnética: Presença de edema ósseo em região de sacroilíacas bilateralmente

A MEDICAÇÃO DE PRIMEIRA LINHA INDICADA PARA O QUADRO ARTICULAR (AXIAL E PERIFÉRICO) DA PACIENTE, NESSE MOMENTO, É:

- a. Metotrexate.
- b. Anti inflamatório não esteroideal.
- c. Anti-TNF.
- d. Hidroxicloroquina.

23. Mulher, 65 anos, está internada na Unidade de Terapia Intensiva há três dias por exacerbação de doença pulmonar obstrutiva crônica, que evoluiu com broncoespasmo refratário e necessidade de intubação orotraqueal. Como apresentou melhora da mecânica ventilatória e dos parâmetros gasométricos, a sedação foi suspensa, e a paciente evoluiu com escala de RASS= +1. No ventilador, podemos observar as curvas abaixo. A paciente está em ventilação espontânea com pressão de suporte. Ao exame, apresenta desconforto respiratório leve, e uso de musculatura intercostal. Os gráficos de fluxo (superior) e pressão (inferior) estão demonstrados na figura (anexo 1, questão 23)

QUAIS AS ASSINCRONIAS PACIENTE-VENTILADOR QUE PODEM SER ENCONTRADAS?

- a. Duplo-disparo e auto-disparo.
- b. Esforço ineficaz e duplo-disparo.
- c. Esforço ineficaz e ciclagem tardia.
- d. Ciclagens tardias e precoces.

24. Homem, 68 anos, apresentando confusão mental há três dias. Familiar refere aparecimento de lesão dolorosa em pescoço com crescimento progressivo há quatro meses e uma ferida na garganta há seis meses. Antecedentes pessoais: hipertensão arterial em uso irregular de medicação, etilismo e tabagismo ativos. Exame físico: desidratado 3+/4+, confuso e desorientado, mas respondendo a comandos simples; pupilas isocóricas e fotorreagentes; PA 152/104mmHg; FC 118bpm; oximetria de pulso 94% (ar ambiente); T 37,1°C. Presença de nódulo cervical em nível III à direita medindo 4cm x 3,2cm. Oroscopia: lesão ulcerada em pilar amigdaliano direito. Ausculta pulmonar: roncospasmos difusos. Exame neurológico sem déficits.

A CONDUTA É:

- a. Expansão volêmica com solução salina 0,9%; ácido zoledrônico se função renal normal.
- b. Expansão volêmica com solução salina 0,9%; furosemida e alopurinol.
- c. Reposição com solução NaCl3%; antibioticoterapia com piperacilina + tazobactam.
- d. Reposição com solução salina 0,9%; dexametasona intravenosa e radioterapia.

25. Mulher, 21 anos, procura atendimento em Unidade de Emergência por cefaleia e edema iniciados há três dias. Refere lesões cutâneas há cerca de duas semanas, acompanhada de febre, com resolução após antibiótico. Sem doenças prévias Exame físico: PA 180/98mmHg; FC 86bpm; FR 16irpm. Pulmões com estertores crepitantes em bases. Edema de membros inferiores ++/4 até joelhos. Exames laboratoriais: creatinina 4,5mg/dL; ureia 188mg/dL; glicemia 88mg/dL; hemoglobina 11,0g/dL; leucócitos 8.260/mm³; albumina 3,8g/dL. Exame de urina: leucócitos 20/campo; hemácias 80/campo; presença de acantócitos, proteína +/4. Relação proteína creatinina urinária 1,2.

A GLOMERULOPATIA ASSOCIADA A ESTE QUADRO É:

- a. Membranosa
- b. Lesões mínimas
- c. Crescêntica
- d. Membrana fina

26. Mulher, 72 anos, procura Pronto Socorro com queixa de dispneia aos mínimos esforços há cinco dias. Apresenta tosse seca e dor torácica ventilatório dependente em hemitórax esquerdo. Nega febre ou expectoração. Antecedente pessoal: infarto agudo do miocárdio anterior extenso evoluído há duas semanas, tratado posteriormente com angioplastia. Em uso de AAS, clopidogrel, enalapril e atorvastatina. Exame físico: regular estado geral, PA 100/66mmHg; FC 89bpm; FR 24irpm. Ausência de turgência jugular. Tórax: murmúrio vesicular diminuído até 1/3 médio em hemitórax esquerdo e em base direita. Membros inferiores sem edema. Exames laboratoriais: hemoglobina 12,2g/dL; leucócitos 10.800/mm³; plaquetas 282.000/mm³; proteína C reativa sérica 125mg/dL; glicemia jejum 99mg/dL. Tomografia de tórax: derrame pericárdico laminar, derrame pleural bilateral, maior à esquerda. Realizada toracocentese diagnóstica.

A ANÁLISE DO LÍQUIDO PLEURAL DESTA PACIENTE É:

	Glicose (mg/dL)	Leucócitos (diferencial)	Hemácias/μl	Proteína líquido/sérica	LDH pleural/sérico
a	62	3.300 (85% linfomono nucleares)	3.200	1,52	3,2
b	87	560 (75% polimorfo nucleares)	35.000	0,4	0,4
c	95	550 (75% linfomono nucleares)	4.400	0,4	0,7
d	34	15.200 (80% polimorfo nucleares)	2.600	1,2	7,3

27. Homem, 72 anos, procura o Pronto-Socorro por dor lombar intensa súbita e fraqueza. Antecedentes pessoais: hipertensão arterial, doença renal crônica estágio 3A e diabetes tipo 2. Exame físico: PA 72/56mmHg; FC 134bpm; FR 26irpm. Descorado (+3/4), afebril. Exames laboratoriais: hemoglobina 4,2g/dL; hematócrito 12,2%; fibrinogênio 344mg/dL; TTPa 64s; TP 12,1s (RNI 1,0). Realizado teste de mistura, com redução de TTPa para 42s imediatamente após a mistura. Após 1 hora, o TTPa é de 56s e após 2h é 68s. Os tempos de trombina e de reptilase são normais. Tomografia de abdômen: hematoma em retroperitônio.

A ETIOLOGIA DA COAGULOPATIA DESTE PACIENTE É:

- a. Doença de von Willebrand.
- b. Anticoagulante lúpico.
- c. Inibidor adquirido do fator VIII.
- d. Deficiência de vitamina K.

28. Homem, 47 anos, previamente hígido, é trazido ao Pronto-Socorro com história de febre de 39,2°C e confusão mental. Nos últimos sete dias apresentou várias crises convulsivas e alteração de comportamento. A esposa relata que o paciente ficava atrás de portas e janelas escutando as conversas, pois tinha certeza de que alguém estava planejando algo de ruim contra ele. Exame físico: torporoso e com dificuldade de compreender comandos, sem outros achados dignos de nota. Tomografia computadorizada de crânio: presença de hipodensidade e apagamento de sulco em lobos temporais, bilateralmente.

A HIPÓTESE DIAGNÓSTICA É:

- a. Acidente Vascular Encefálico.
- b. Encefalite Herpética.
- c. Meningite por Pneumococo.
- d. Síndrome de Wernicke-Korsakoff.

29. Homem, 58 anos, previamente assintomático, procurou o Pronto Socorro referindo mal estar e fezes moles e enegrecidas há dois dias. Hoje teve fraqueza e achou que iria desmaiar. Antecedentes: trauma por acidente de moto em 1985, com transfusão sanguínea. Exame físico: consciente, orientado, descorado e anictérico; PA 96/60mmHg; FC 108bpm. Telangiectasias em tórax e pescoço. Abdome pouco distendido, indolor, fígado não palpável, baço palpável a 4cm abaixo do rebordo costal esquerdo. Toque retal com melena. Exames laboratoriais: hemoglobina 7,9g/dL; plaquetas 89.000/mm³; RNI 1,6.

A CONDUTA INICIAL É:

- a. Prescrever expansão volêmica com solução cristalóide, octreotide e antibiótico; coletar exames gerais e culturas.
- b. Prescrever omeprazol 80mg endovenoso e concentrado de hemácias; solicitar endoscopia digestiva.
- c. Prescrever concentrado de hemácias, plasma fresco congelado, antibiótico, terlipressina e omeprazol.
- d. Prescrever octreotide e concentrado de hemácias; solicitar endoscopia digestiva.

30. Homem, 64 anos, portador de fibrilação atrial crônica e prótese metálica mitral, faz uso crônico de varfarina. No momento, está assintomático, sem sinais de sangramento e com RNI 2,3. Contudo, deseja trocar de anticoagulante pois se queixa de coletar sangue com frequência para avaliação do RNI.

A CONDUTA É:

- a. Manter a dose da varfarina.
- b. Substituir a varfarina por endoxabana e aspirina.
- c. Substituir a varfarina por dabigatrana.
- d. Aumentar a dose da varfarina.

Especialidades Clínicas

31. Mulher, 60 anos, refere que há dois dias iniciou quadro de dor de forte intensidade e edema no joelho direito. Antecedentes: artrite reumatoide há 10 anos, em uso de metotrexate e imunobiológicos, com bom controle articular. Exame físico: edema em joelho D, com sinal de tecla presente e bloqueio articular. Demais articulações sem sinais de artrite, apenas com sequelas prévias da doença. Indicada punção articular.

NA ANÁLISE DO MATERIAL DA PUNÇÃO ARTICULAR, A HIPÓTESE DIAGNÓSTICA SERÁ CONFIRMADA PELA PRESENÇA DE:

- a. Diplococos gram negativos.
- b. Cocos gram positivos.
- c. Cristais em formato de agulha.
- d. Bacilo álcool ácido resistente.

32. Mulher, 19 anos, procura Pronto Atendimento com queixa de dor epigástrica, náuseas e vômitos pós alimentares há uma semana. Apresenta poliúria e polidipsia há um mês. Exame físico: regular estado geral, desidratada, taquipneica, afebril. PA 98/60mmHg; FC 112bpm. Gasometria arterial: pH 6,9; HCO_3^- 3,8mmol/L; potássio 4mEq/L; sódio 135 mEq/L; glicose plasmática 620mg/dL; creatinina 1,1 mg/dL.

A CONDUTA NESTE MOMENTO, ALÉM DA EXPANSÃO VOLÊMICA É:

- a. Repor potássio, bicarbonato; iniciar insulina regular 0,1 U/kg em bolus e após 0,1U/Kg/h em bomba de infusão.
- b. Repor bicarbonato; iniciar insulina regular subcutânea 0,3 U/Kg a cada 2 horas.
- c. Repor potássio e sódio; iniciar insulina lispro subcutânea 0,1U/Kg/h.
- d. Repor bicarbonato e sódio; iniciar insulina regular 0,1U/kg/hora em bomba de infusão.

33. Mulher, 52 anos, queixa-se de falta de ar em episódios recorrentes com sibilos e tosse produtiva, de predomínio noturno, com característica mucoide. Relata cansaço aos médios e pequenos esforços e hemiparestesia esquerda, com agravamento há cerca de 30 dias com um episódio de hemoptise, quando iniciou uso de prednisona 40 mg/dia. Antecedente pessoal: rinite e asma desde a infância, com piora há dois anos. Exame físico: estatura: 172cm; peso: 78kg; PA 152/90mmHg; FC 80bpm; FR 28irpm; oximetria de pulso 97% (ar ambiente). Ausculta pulmonar: campos pulmonares com murmúrio vesicular mantido e simétrico bilateralmente, sibilos bilaterais e apicocaudais. Membro inferior esquerdo: hipotrofia muscular com diminuição do tônus e redução da mobilidade. Exames laboratoriais: Hemoglobina 10,4/dL; hematócrito 34%; leucócitos 12.600/mm³ (neutrófilos 7.000/mm³; linfócitos 2.500/mm³; monócitos 800/mm³; eosinófilos 2.300/mm³; basófilos 100/mm³); plaquetas 287.000/mm³. Tomografia computadorizada de tórax (Anexo 1, Questão 33)

A HIPÓTESE DIAGNÓSTICA É:

- a. Pneumonia fúngica.
- b. Pneumonia eosinofílica.
- c. Granulomatose eosinofílica com poliangeite.
- d. Asma grave com DPOC.

34. Homem, 41 anos, maratonista, apresenta uma lesão na perna esquerda há quatro meses, que não melhorou com curativos ou tratamento com cefalexina. Realizada biópsia com análise histopatológica. (anexo 1, questão 34)

O DIAGNÓSTICO É:

- a. Carcinoma espinocelular.
- b. Ectima gangrenoso.
- c. Leishmaniose tegumentar.
- d. Paracoccidiodomicose.

35. Homem, 56 anos, internado na Unidade de Terapia Intensiva com Síndrome Respiratória Aguda Grave por Covid-19. Evoluiu com necessidade crescente de aumento do suporte ventilatório nas últimas horas. Agora encontra-se no modo ventilação mandatória contínua, volume controlado, com baixo volume corrente. Medicções administradas: fentanil, midazolam, piperacilina-tazobactam, heparina de baixo peso molecular e noradrenalina. Exame físico: PA 86/48mmHg; FC 112bpm; T 38,6°C; FR espontânea 34irpm; PEEP 16cmH₂O; FiO₂ 1,0. Gasometria arterial: pH 7,3; PaCO₂ 52 mmHg; PaO₂ 56 mmHg; bicarbonato 24 mmol/L. Radiograma de tórax com infiltrado bilateral difuso.

A CONDUTA NESTE MOMENTO É:

- a. Realizar manobra de recrutamento.
- b. Iniciar óxido nítrico inalatório.
- c. Realizar Angiotomografia de tórax.
- d. Ventilar o paciente na posição prona.

36. Homem, 64 anos, com diagnóstico de carcinoma escamoso avançado de pulmão (metastático para pleura e pulmão contralateral) já refratário a duas linhas de quimioterapia paliativa, vem ao Pronto Socorro com piora da dispneia nas últimas duas semanas. Há dois meses apresenta dispneia aos mínimos esforços, com agravamento recente. Há três semanas foi prescrito morfina 10mg 4/4h e dexametasona 8mg/dia, com bom controle da dor, mas sem melhora da dispneia. Exame físico: consciente; agitado; PA 98/62mmHg; FC 122bpm; oximetria de pulso 84% (ar ambiente). O paciente está ciente da terminalidade do quadro, e concorda com sedação para alívio.

A CONDUTA É PRESCREVER:

- a. Morfina intravenosa em alta dose, em bomba de infusão.
- b. Midazolam intravenoso em dose baixa, associado a opioide.
- c. Associação de clorpromazina, prometazina e meperidina.
- d. Dexmetomedina em bomba de infusão.

Especialidades Clínicas

37. Homem, 72 anos, queixa-se de diminuição de diurese dois dias após ter realizado cateterismo cardíaco. Refere que há uma semana utilizou anti-inflamatório para infecção das vias aéreas. Traz exames pré-cateterismo: creatinina 1,2 mg/dL. Exame físico: assimetria de pulsos distais em membros inferiores; livedo reticular. Exames laboratoriais: ureia 160mg/dL; creatinina 3,2mg/dL; hemoglobina 13g/dL; hematócrito 40%; leucócitos 5.400/mm³ (eosinófilos 730/mm³). Exame de urina: 15 leucócitos/campo, 10 hemácias/campo e presença de cilindros hialinos e granulados.

A HIPÓTESE DIAGNÓSTICA É:

- a. Doença ateroembólica.
- b. Necrose tubular aguda.
- c. Nefrite intersticial aguda.
- d. Glomerulonefrite rapidamente progressiva.

38. Homem, 54 anos, coletor de lixo, procura a Unidade de Emergência queixando-se de febre, náuseas, cefaleia e mialgia há uma semana. Há dois dias apresentou piora do estado geral com dor abdominal e vômitos frequentes. Exame físico: corado, desidratado +/4+, eupneico; anictérico; consciente e orientado; FC 110bpm; FR 20irpm; T 37.2°C; PA 110/60 mmHg. Tempo de enchimento capilar menor que 2 segundos. Abdome: fígado a 2 cm do rebordo costal direito, borda romba, doloroso à palpação. Exames laboratoriais: hemoglobina 18g/dL; hematócrito 53%; leucócitos 3.600/mm³; plaquetas 36.000/mm³; AST 60UI/L; ALT 84UI/L; creatinina 1,6 mg/dL; ureia 80 mg/dL; sódio 140 mEq/L; potássio 4,8 mEq/L.

A CONDUTA NESTE MOMENTO É:

- a. Infundir solução salina isotônica (20 ml/kg/h) nas primeiras duas horas; repetir hemograma após.
- b. Prescrever concentrado de plaquetas e antibiótico empírico.
- c. Realizar prova do laço. Se negativa, prescrever hidratação oral (80ml/kg/dia) e analgesia com dipirona.
- d. Coletar duas amostras de hemoculturas, prescrever hidratação endovenosa e antibiótico empírico.

39. Frente a um paciente com quadro de choque anafilático, apresentando refratariedade à adrenalina intramuscular, **A TERAPÊUTICA A SER ADOTADA É:**

- a. Aumentar a dose de adrenalina subcutânea
- b. Adrenalina endovenosa *in bolus*
- c. Realizar ressuscitação volêmica
- d. Prescreve adrenalina endovenosa por bomba de infusão

40. Homem, 47 anos, queixa-se de dispneia com agravamento nos últimos dois anos. Há três meses refere piora da tosse, com expectoração amarelada e necessidade de hospitalização. Desde então com dispneia aos pequenos esforços (mMRC 3). Tabagista de 1 maço de cigarro por dia há 15 anos. Exame clínico do tórax: aumento do diâmetro anteroposterior, murmúrio vesicular diminuído simetricamente, presença de roncos esparsos. Realizada espirometria:

	Pré-Broncodilatador		Pós-Broncodilatador		Alteração (L)
	Valor Absoluto (L)	%Predito	Valor Absoluto (L)	% Predito	
VEF1	2,30	41%	2,35	42%	0,05 (2%)
CVF	4,10	93%	4,10	93%	0
VEF1/CVF	0,56		0,40		

O TRATAMENTO INDICADO É:

- a. Manutenção com corticóide inalatório; associar broncodilatador de curta duração quando houver piora dos sintomas.
- b. Manutenção com corticoide oral em dose baixa associado a anticolinérgico de curta duração.
- c. Manutenção com betagonista de longa duração associado a um anticolinérgico de longa duração.
- d. Omalizumabe por via subcutânea a cada 15 dias; corticoide oral em dose baixa e broncodilatadores de curta duração quando houver sintomas.

41. Mulher, 26 anos, relata aparecimento de manchas roxas em braços e pernas, sem trauma, há seis meses. Também observou um aumento do fluxo menstrual nos últimos meses. Há três semanas apresenta sangramento ao escovar os dentes. Medicações em uso: anticoncepcional oral e naproxeno eventual, para cefaleia. Exame físico: equimoses em membros inferiores e superiores. Sem outras lesões de pele. Restante do exame físico é normal. Exames laboratoriais: hemoglobina 9,8g/dL; VCM 78fL; leucócitos 8.400/mm³; plaquetas 5.200/mm³; reticulócitos 30.000/mm³; bilirrubina total 0,9mg/dL.

A HIPÓTESE DIAGNÓSTICA E A CONDUTA INICIAL SÃO:

- a. Púrpura Trombocitopênica Imune; prescrever dexametasona 40 mg/dia.
- b. Lúpus Eritematoso Sistêmico; prescrever prednisona 1mg/kg/dia.
- c. Plaquetopenia induzida por drogas; suspender anticoncepcional oral e naproxeno.
- d. Púrpura Trombocitopênica Trombótica; prescrever plasmaférese.

42. Mulher, 62 anos, refere dispneia aos esforços progressiva há seis meses, que no momento ocorre aos moderados esforços. Nega dor precordial, palpitações, edema de membros inferiores, chiado no peito ou uso regular de medicações. Antecedente pessoal: tabagista ativa de 20 anos/maço. Exame físico: PA 132/75mmHg; IMC 27,6kg/m². Coração: *ictus cordis* globoso com três polpas digitais desviado para a esquerda, ritmo cardíaco regular, bulhas hipofonéticas, com sopro sistólico suave em foco mitral; Pulmões: estertores crepitantes finos em ambas as bases. Exames laboratoriais: hemoglobina glicada 5,8%; glicemia de jejum 102mg/dL; creatinina 0,8mg/dL; potássio 4,3mEq/L; colesterol-LDL 81mg/dL; colesterol-HDL 45mg/dL; triglicérides 154mg/dL. Eletrocardiograma (anexo 1, questão 42)

O ESQUEMA TERAPÊUTICO INDICADO PARA ESTA PACIENTE É:

- a. Enalapril + furosemida + aspirina + atorvastatina.
- b. Enalapril + bisoprolol + furosemida.
- c. Losartana + carvedilol + atorvastatina.
- d. Bisoprolol + furosemida + aspirina + atorvastatina.

43. Mulher, 80 anos, com diagnóstico de diabetes há 47 anos, queixa-se de queimação em pés, principalmente à noite ao dormir e relata perder o chinelo pela casa durante o dia. Exame físico: redução da sensibilidade dolorosa, vibratória e tátil em pés, complementado pelo teste de monofilamento de 10g. Restante sem alterações significativas.

CONSIDERANDO A HIPÓTESE DE POLINEUROPATIA DIABÉTICA, AS MEDICAÇÕES INDICADAS PARA O CONTROLE DE DOR CRÔNICA SÃO:

- a. Dipirona, Carbamazepina, Dexametasona.
- b. Amitriptilina, Pregabalina, Dexametasona.
- c. Gabapentina, Amitriptilina, Dipirona.
- d. Gabapentina, Amitriptilina, Carbamazepina.

44. Homem, 20 anos, procura Pronto Socorro queixando-se de falta de ar, vertigem e náuseas após ferroadada por abelha há 10 minutos. Está ansioso. Exame físico: ansioso, PA 130/102mmHg; FC 120bpm; FR 28irpm; oximetria de pulso 90% (ar ambiente). Ausculta pulmonar: sibilos difusos. Refere que sua pressão arterial domiciliar é de 110/70mmHg.

O PROCEDIMENTO TERAPÊUTICO, ALÉM DA HIDRATAÇÃO INTRAVENOSA, É:

- a. Prescrever anti-histamínico de terceira geração por via oral; corticoide via oral para a segunda fase da anafilaxia.
- b. Realizar inalação com beta agonista; epinefrina subcutânea e corticoide via oral para a segunda fase da anafilaxia.
- c. Associar anti-histamínico de terceira geração; corticoide via oral e epinefrina subcutânea, para a 2ª fase da anafilaxia
- d. Prescrever epinefrina IM, inalação com beta agonista; corticoide EV e anti-histamínico de primeira geração IM para a segunda fase da anafilaxia.

45. Mulher, 54 anos, com diagnóstico de cirrose, foi hospitalizada por piora da ascite, sem outras queixas. Antecedentes: uso regular de espironolactona 200mg e furosemida 80mg. Exames laboratoriais: hemoglobina 12,8g/dL; bilirrubina total 2,7mg/dL; albumina 2,6g/L; creatinina 2,5mg/dL (anterior 0,9mg/dL); sódio 131mEq/L; potássio 4,6mEq/L. Líquido ascítico: leucócitos 150/mm³ (90% linfócitos); proteína total 1,1g/L; albumina 0,8g/L; glicose 97mg/dL.

A CONDUTA CLÍNICA INICIAL PARA ESTA PACIENTE É:

- a. Reduzir dose de diurético; introduzir tratamento para peritonite bacteriana espontânea.
- b. Reduzir dose de diurético; realizar expansão com albumina e triagem infecciosa adicional.
- c. Suspende diurético; realizar expansão volêmica com soro fisiológico e triagem infecciosa adicional.
- d. Suspende diuréticos; realizar expansão volêmica com albumina e triagem infecciosa adicional.

46. Mulher, 34 anos, previamente hígida, veio ao Pronto Socorro com quadro de cefaleia progressiva e hemiparesia de membro superior esquerdo. Tomografia computadorizada (TC) de crânio revelou uma lesão circunferencial de 4,3 x 3,8 cm em área frontoparietal direita, com edema peri-lesional causando efeito de massa. Iniciado dexametasona intravenosa. Exames adicionais: Ressonância magnética de crânio: confirmou a lesão da TC de crânio, sem outras alterações. TC tórax: nódulo em lobo pulmonar esquerdo medindo 2,6 x 3,4cm, compatível com neoplasia primária. A paciente evoluiu com melhora parcial dos sintomas após o início da corticoterapia.

A CONDUTA É INDICAR:

- a. Broncoscopia para biópsia da lesão pulmonar.
- b. Ressecção cirúrgica da metástase cerebral com exame anatomopatológico.
- c. Biópsia cerebral estereotáxica e biópsia pulmonar guiada por TC.
- d. Radioterapia de encéfalo total para posterior investigação diagnóstica.

47. Mulher, 50 anos, tem diagnóstico de doença renal policística autossômica dominante. Comparece em consulta de rotina, assintomática. Exames laboratoriais: creatinina 2,2mg/dL; filtração glomerular estimada 25,3ml/min/1,73m²; cálcio 9,1mg/dL; fósforo 4,9mg/dL; vitamina D 35ng/dL e PTH 150pg/mL.

A CONDUTA É:

- a. Prescrever sevelamer 800 mg após almoço e jantar.
- b. Evitar alimentos com adição de conservantes com fosfato.
- c. Suplementar colecalciferol (vitamina D3).
- d. Iniciar calcitriol 0,25 µg 3 vezes por semana para inibir PTH.

48. Homem, 47 anos, apresenta acometimento de toda a unha do hálux direito, com aspecto opaco e amarelado, hiperqueratose da lâmina ungueal. Exame direto: presença de hifas septadas hialinas. Cultura para fungo: negativa.

SOBRE ESTE CASO, É CORRETO AFIRMAR QUE:

- a. A presença de hifas no exame direto deve ser contaminante.
- b. Como a cultura negativa, há baixa chance de ser onicomicose.
- c. O agente etiológico é um dermatófito e requer tratamento.
- d. É necessário realizar a extração da unha para resolução.

49. Homem, 62 anos, comparece em consulta de rotina de acompanhamento. Tem diagnóstico de diabetes com retinopatia proliferativa grave e amaurose parcial bilateral. Faz uso regular de metformina 850 mg duas vezes ao dia e gliclazida 30mg/dia, mas o controle de glicemia capilar encontra-se alterado, com várias medidas > 200 mg/dL. Exames laboratoriais: albuminúria 120mg/g; taxa de filtração glomerular estimada: 18ml/min/1,73m².

A CONDUTA É:

- a. Reduzir a dose da metformina para 1g ao dia e iniciar insulina de depósito, dose noturna.
- b. Suspender a metformina e iniciar insulina de depósito e de ação rápida, duas a três vezes ao dia.
- c. Suspender a metformina e iniciar dapagliflozina, evitando a associação com diuréticos de alça.
- d. Manter medicação atual e iniciar dapagliflozina e insulina de depósito dose única diária.

50. Mulher, 65 anos, queixa-se de edema de membros inferiores, dispneia progressiva e sonolência diurna. Refere ter ganho 15 kg nos últimos seis meses. Antecedentes: Diagnóstico prévio de DPOC (espirometria com VEF1 64% do previsto após broncodilatador), em uso de formoterol 12 mcg 12/12 horas. Tabagismo 40 anos maço, parou há 6 meses. Exame físico: bom estado geral; cianose +/4+; oximetria de pulso 91% (ar ambiente); FC 90bpm; FR 20irpm. Peso 102kg; estatura 1,62m.

A HIPÓTESE DIAGNÓSTICA E O EXAME CONFIRMATÓRIO SÃO:

- a. Sobreposição de asma e DPOC; espirometria com broncoprovocação.
- b. Hipertensão pulmonar relacionada à DPOC; cateterismo cardíaco direito.
- c. Hipoventilação associada à obesidade; gasometria arterial.
- d. Bronquiectasias associadas à DPOC; tomografia computadorizada de tórax.

51. Mulher, 56 anos, chegou ao Pronto Socorro com quadro de dispneia súbita de início há duas horas. Admitida na sala de urgência com insuficiência respiratória aguda; PA 64/40mmHg; FC 122bpm; T 37,1°C; FR 35irpm; oximetria de pulso 83% com cateter de O₂ a 3L/min. Ritmo cardíaco sinusal ao monitor. Turgência jugular proeminente bilateral. Edema assimétrico de membro inferior direito, com hiperemia e empastamento da panturrilha direita. Antecedente: de neoplasia de mama, com receptor de estrógeno positivo e Her-2 negativo, metastática para ossos, sem metástases viscerais. Tratamento: hormonioterapia com letrozol associada a terapia alvo com ribociclibe, com controle da doença.

O MELHOR PLANO TERAPÊUTICO NA SALA DE URGÊNCIA, ALÉM DA INTUBAÇÃO OROTRAQUEAL IMEDIATA É:

- a. Prescrever heparina não fracionada em bomba de infusão.
- b. Realizar punção pericárdica (punção de Marfan).
- c. Prescrever enoxaparina em dose plena e trombólise com alteplase.
- d. Solicitar avaliação da cirurgia cardíaca.

52. Mulher, 62 anos, queixa-se com dor em orelha esquerda, intensa, que piora com a mastigação, acompanhada de saída de secreção purulenta, febre diária e mal-estar há duas semanas. Antecedentes pessoais: diabetes, hipertensão arterial, artrite reumatoide, tabagista 30 anos/maço. Medicações em uso: insulina NPH e regular, metformina, enalapril, hidroclorotiazida, besilato de anlodipino e metotrexato. Exame físico: regular estado geral, PA 94/64mmHg; FC 106bpm; T 38,2°C; FR 18irpm. Orelha esquerda com saída de secreção purulenta. Exames laboratoriais: hemoglobina 9,2g/dL; leucócitos 14.000/mm³; plaquetas 148.000/mm³; creatinina 0,8mg/dL; Proteína C reativa 240mg/dL. Iniciada expansão volêmica.

A CONDUTA A SEGUIR É REALIZAR:

- a. Tomografia computadorizada de crânio; ciprofloxacino oral por 4 semanas.
- b. Ressonância nuclear magnética de crânio; ciprofloxacino endovenoso por 6 semanas.
- c. Tomografia computadorizada de crânio; piperacilina-tazobactam e ciprofloxacino endovenoso por 6 semanas.
- d. Ressonância nuclear magnética de crânio; ceftazidima endovenosa por 4 semanas.

53. Mulher, 68 anos, é trazida ao Pronto-Socorro por rebaixamento do nível de consciência. A filha conta que ela mora sozinha e que deixou de tomar suas medicações há alguns meses. Vem apresentando confusão mental progressiva nas últimas semanas. Antecedentes pessoais: hipertensão arterial e hipotireoidismo. Exame físico: T 35,6°C; PA 98/68 mmHg; FC 42 bpm; FR 12 irpm. Edema periorbitário bilateral e pré-tibial. Ausculta cardiopulmonar normal. Exame neurológico: sonolenta, desperta aos estímulos dolorosos, hiporreflexia difusa, sem déficits motores. Exame laboratorial: gasometria venosa: pH 7,32; pO₂ 50 mmHg; pCO₂ 40 mmHg; bicarbonato 22 mmol/L; cloro 112 mmol/L; sódio 126 mEq/L; potássio 3,7 mEq/L. Iniciada reposição volêmica com solução salina 0,9%.

A CONDUTA É:

- a. Administrar noradrenalina.
- b. Prescrever levotiroxina oral.
- c. Administrar hidrocortisona.
- d. Prescrever furosemida.

54. Homem, 55 anos, é hospitalizado com queixas de febre diária, fraqueza progressiva e palidez há um mês. Tem antecedente de dislipidemia, em uso de sinvastatina 40 mg/dia. Exame físico: presença de sopro sistólico moderado em foco aórtico. Demais aparelhos sem alterações. Exames complementares: Hemocultura: *Staphylococcus aureus* sensível à meticilina. Ecocardiograma transesofágico: vegetação em válvula aórtica, sem outras alterações aparentes. Iniciado tratamento com Oxacilina endovenosa. Após três semanas de tratamento, está bem, exceto por episódios de febre intermitente, que têm ficado mais esparsas. Realizado novo eletrocardiograma (Anexo 1, Questão 54).

A CONDUTA A SER TOMADA NESTE MOMENTO É:

- a. Manter o tratamento e não realizar novos exames.
- b. Realizar novo ecocardiograma transesofágico.
- c. Mudar o antibiótico para Vancomicina.
- d. Realizar um PET-CT com fluordeoxiglicose (FDG-18F).

55. Homem, 38 anos, teve diagnóstico de infecção crônica pelo vírus da hepatite B há sete meses. Não faz uso de medicações e não tem comorbidades. Apresentava níveis normais de enzimas hepáticas há dois meses. Está assintomático. Exames laboratoriais realizados 10 dias atrás mostram: ALT 670UI/mL; AST 580UI/mL; albumina 3,8g/dL; RNI 0,99; creatinina 1,1mg/dL; potássio 4,2mEq/L; Sorologia Hepatite B: HBsAg+, AntiHBs –, HBeAg+, AntiHBe–, AntiHBc+.

A CONDUTA É:

- a. Iniciar tenofovir, que deve ser mantido mesmo após a soroconversão do HBeAg, independente da carga viral, pois o alvo é a soroconversão do HBsAg.
- b. Iniciar interferon peguilado alfa 2a, já que a chance de perda do HBeAg com este tratamento é maior que 80% .
- c. Repetir os exames antes de iniciar a terapia antiviral, pois pode ocorrer mudança na sorologia do paciente
- d. Iniciar entecavir, mesmo com o paciente assintomático, pois esta elevação de enzimas sugere mutação do gene core promoter.

56. Mulher, 48 anos, tem diagnóstico de doença renal crônica estágio 3 B. Queixa-se de cansaço aos pequenos esforços. Exame físico: descorada ++/4; PA 154/98 mmHg; edema malleolar ++/4. Restante do exame físico sem alterações. Exames laboratoriais: hemoglobina 8,8 g/dL; hematócrito 28%; leucócitos 4.500/mm³; plaquetas 160.000/mm³; ferritina 821 ng/mL; ferro 80 µg/dL; TIBC 313 mcg/dL; saturação ferro 16%; creatinina 3,2 mg/dL; ureia 98 mg/dL.

A CONDUTA É:

- a. Iniciar eritropoetina para alvo de hemoglobina entre 10 e 12
- b. Iniciar sulfato ferroso com alvo de saturação de ferro > 25%
- c. Iniciar hidróxido de ferro endovenoso com alvo de ferro sérico de 180.
- d. Iniciar eritropoetina e sulfato ferroso, com alvo de hematócrito > 40%.

57. Homem, 65 anos, refere dor lombar intensa há dois meses, pior na última semana. A dor piora com a movimentação e, há quatro dias, apresenta também dor em arcos costais e quadril. Relata constipação intestinal e náuseas nas últimas semanas. Antecedentes pessoais: hipertensão arterial, ex-tabagista. Exame físico: descorado (+2/4), eupneico. Dor à palpação de vértebras em coluna lombar e arcos costais. Exames laboratoriais: hemoglobina 9,1g/dL; leucócitos 3.200/mm³; plaquetas 152.000/mm³; creatinina 2,1mg/dL; cálcio 11,2 g/dL. Tomografia computadorizada de coluna lombar (Anexo 1, Questão 57)

CONSIDERANDO A PRINCIPAL HIPÓTESE DIAGNÓSTICA, É CORRETO AFIRMAR QUE:

- a. A principal causa de óbito nestes pacientes decorre de infecções por germes capsulados.
- b. A presença de 5% a 10% de plasmócitos na biopsia de medula óssea confirma o diagnóstico.
- c. A presença de proteinúria no exame de urina é mandatória para a confirmação diagnóstica.
- d. Gamopatia Monoclonal com acometimento renal corresponde à fase inicial da doença.

58. Homem, 68 anos, internado em Unidade de Terapia intensiva após ter apresentado convulsão tônico-clônica generalizada durante recuperação anestésica de cirurgia urológica. Pós-operatório imediato de procedimento endoscópico para retirada de cálculos ureterais e vesicais, com duração prolongada devido a dificuldades técnicas. Exames laboratoriais: sódio 123 mEq/L.

A CONDUTA É:

- a. Infusão de solução de NaCl 3%, 100 ml em *bolus*, que pode ser repetido, até elevação da natremia em 4 a 6 mEq/L, podendo ser normalizada nas próximas 24h.
- b. Infusão contínua de solução de NaCl 0,9% (1 ml/kg/hora), objetivando elevar natremia ao máximo de 8 mEq/l nas próximas 24h, mas não normalizada.
- c. Infusão contínua de solução de NaCl 3% (1 ml/kg/hora), objetivando elevar natremia ao máximo de 8 mEq/l nas próximas 24h, mas não normalizada.
- d. Normalizar a natremia em 4 a 6 horas, utilizando preferencialmente solução de NaCl 0,9% e, se disponível, tolvaptan.

59. Homem, 75 anos, procura Pronto Socorro por fraqueza e dificuldade de fala há duas horas, após ter ingerido cerca de 4 litros de cachaça. Antecedentes: hipertensão arterial e diabetes em tratamento irregular, etilista de uma garrafa destilado/dia há 40 anos. Exame físico: FC 140bpm; PA 150/92mmHg. Ausculta cardíaca: bulhas arrítmicas, taquicárdicas, normofonéticas, sem sopros. Exame neurológico: disártrico; hemiparesia e hemi-hipoestesia à esquerda; heminegligente. Tomografia computadorizada de crânio sem alterações.

A HIPÓTESE DIAGNÓSTICA E CONDUTA SÃO:

- a. Libação alcoólica; prescrever benzodiazepínicos
- b. Acidente isquêmico transitório; prescrever AAS e Clopidogrel
- c. Acidente vascular encefálico isquêmico; indicar trombólise.
- d. Encefalopatia metabólica; prescrever tiamina.

60. Homem, 58 anos, foi trazido ao Pronto-Atendimento por quadro cutâneo de 15 dias de duração. Antecedentes pessoais: hipertensão arterial, diabetes. Etilista, em programa de reabilitação, apresentou convulsões durante tratamento. Medicação atual: metformina, captopril e fenitoína. Exame físico: Regular regular estado geral; PA 140/108mmHg; FC 110bpm; FR 20irpm. Presença de eritema difuso, mais intenso na face e tronco, lesões micropapulosas no tronco e raiz dos membros e edema na face. Exames laboratoriais: hemograma: hemoglobina 12g/dL; leucócitos 3.800/mm³ (linfócitos 1.200/mm³, eosinófilos 1.850/mm³); plaquetas 150.000/mm³; AST 89U/L; ALT 112U/L; sorologias para HIV negativo; PCR para Sars-Cov 2 negativo.

É CORRETO AFIRMAR QUE:

- a. O diagnóstico de síndrome de Stevens-Johnson não pode ser afastado.
- b. Há critérios para diagnóstico de reação de hipersensibilidade a droga.
- c. A apresentação clínica e as alterações laboratoriais sugerem sepse.
- d. O quadro é compatível com pustulose exantemática aguda.

61. Homem, 65 anos, procurou Unidade Básica de Saúde na cidade de Campinas, para realizar exames de rotina. Antecedentes: natural de Salinas-MG; reside em Campinas há 45 anos. Exame físico: PA 132/84mmHg; ausculta cardíaca: bulhas ritmicas, desdobramento persistente de B2 no foco pulmonar. Eletrocardiograma (anexo 1, questão 61)

CONSIDERANDO O TRAÇADO DO ECG, É CORRETO AFIRMAR QUE:

- a. O cateterismo cardíaco mostrará obstrução da artéria coronária descendente anterior.
- b. O índice cardiotorácico no radiograma do tórax estará aumentado.
- c. Existe bloqueio de ramo esquerdo e hemibloqueio anterior direito.
- d. O tratamento com benzonidazol não altera a evolução clínica.

62. Homem, 62 anos, queixa-se de episódios de perda súbita e transitória de visão, cefaleia e astenia há cinco meses. Refere que suas pernas ficam quentes, vermelhas e dolorosas e apresenta prurido após tomar banho. Exame físico: PA 154/92mmHg; FC 74 bpm. Ausculta cardiopulmonar normal. Abdômen: fígado não palpável, baço palpável a 5 cm do rebordo costal esquerdo. Membros inferiores: pernas com aumento de temperatura e hiperemia. Exames laboratoriais: hemoglobina 19,2 g/dL; hematócrito 56,2%.

NA AVALIAÇÃO LABORATORIAL DESTE PACIENTE É ESPERADO ENCONTRAR:

- a. Níveis elevados de eritropoietina.
- b. Gasometria arterial com PaO₂ reduzida.
- c. Trombocitopenia.
- d. Aumento dos níveis de LDH.

63. Homem, 28 anos, é trazido ao Pronto Socorro com febre não medida, mal-estar e cefaleia holocraniana há duas semanas. Nega doenças prévias e uso de medicações. Exame físico: regular estado geral, acianótico, anictérico, PA 160/106mmHg, FC 58bpm, FR 18irpm, T37,5°C; glicemia capilar 100 mg/dL. Neurológico: fala lentificada, sem déficits focais ou rigidez de nuca; restante do exame físico sem alterações. Pele: lesões umbilicadas em face e tronco. Exames laboratoriais: hemoglobina 11g/dL; leucócitos 3.000/mm³ (linfócitos 10%); plaquetas 130.000/mm³; ALT 55 UI/L; K 4,0 mEq/L; creatinina 1,0 mg/dL.

EM RELAÇÃO AO CASO, É CORRETO:

- a. Realizar teste rápido ou sorologia para HIV e coleta de líquido, considerando a principal hipótese diagnóstica de meningoencefalite criptocócica.
- b. A punção de líquido mostrará aumento da pressão intracraniana, com pleocitose linfomonocítica. Contagem de leucócitos < 20/mm³ indica melhor prognóstico.
- c. A pesquisa de antígeno criptocócico sérico permite o diagnóstico da infecção fúngica cerca de três semanas antes dos sintomas neurológicos.
- d. A terapia antirretroviral deverá ser iniciada nas primeiras duas semanas após o diagnóstico da infecção fúngica, para melhor prognóstico.

64. Homem, 40 anos, procurou Pronto Socorro por cefaleia e amaurose bilateral súbita há 30 minutos. Antecedentes: diabetes mellitus tipo 1, hipertensão arterial e doença renal crônica estágio 5. Exame físico: PA 200/106 mmHg, FC 82 bpm. Ausculta cardiopulmonar com estertores crepitantes em bases. Neurológico: amaurose bilateral. Fundo de olho: retinopatia diabética não proliferativa à direita e descolamento de retina à esquerda. Ressonância nuclear magnética de crânio (anexo 1, questão 64).

O DIAGNÓSTICO E A CONDOTA NESTE MOMENTO SÃO:

- a. Acidente vascular encefálico isquêmico; iniciar AAS e clopidogrel.
- b. Síndrome de encefalopatia posterior reversível; iniciar nitroprussiato de sódio.
- c. Edema agudo hipertensivo; iniciar nitroglicerina e ventilação mecânica não invasiva.
- d. Acidente vascular encefálico hemorrágico; realizar intubação orotraqueal e hemodiálise.

65. Mulher, 23 anos, procura o pronto-socorro depois de uma festa, ansiosa e com tremores. Antecedente pessoal: depressão em uso regular de fluoxetina. Exame físico: T 38,2°C; FC 114 bpm; PA 148/84 mmHg; FR 20 irpm. Exame neurológico: alerta, orientada, tremor de extremidades, hiperreflexia, clônus em tornozelos e mioclonias espontâneas, Babinski bilateral. Movimentos oculares lentos, contínuos e horizontais. Restante do exame físico é normal. Solicitado exame toxicológico na urina.

A HIPÓTESE DIAGNÓSTICA É:

- a. Síndrome neuroléptica maligna.
- b. Intoxicação por anticolinérgico.
- c. Hipertermia maligna.
- d. Síndrome serotoninérgica.

Especialidades Clínicas

66. Homem, 46 anos, internado na Enfermaria de Psiquiatra, com sintomas psicóticos em tratamento com risperidona. Antecedente pessoal: etilismo (1 garrafa destilado/dia há 20 anos). Exame físico: bom estado geral, acianótico, anictérico, afebril, descorado +/4, hidratado, eupneico. Neurológico: Glasgow 15, agitado, sem sinais de irritação meníngea ou déficits focais, reflexos osteotendíneos e força normais, sem ataxia ou alteração de marcha, flapping ausente. Exames laboratoriais: hemoglobina 11 g/dL; VCM 110fL; sódio 138mEq/L; potássio 4,9 mEq/L; ureia 35mg/dL; creatinina 0,9 mg/dL; ALT 40UI/L; CPK 95 UI/L. Sorologias para HIV, Hepatites B e C não reagentes. VDRL 1:8. Tomografia computadorizada de crânio sem alterações.

EM RELAÇÃO AO DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO, É CORRETO AFIRMAR QUE:

- a. Trata-se de sífilis latente tardia; prescrever penicilina benzatina 7.200.000 UI via intramuscular.
- b. O VDRL reagente no líquido confirma o diagnóstico de neurosífilis; prescrever penicilina cristalina via endovenosa.
- c. Trata-se de Encefalopatia de Wernicke; prescrever tiamina via oral e nova coleta de VDRL após um mês.
- d. Trata-se de Encefalopatia hepática grau I; prescrever lactulose e benzodiazepínico via oral.

67. Homem, 46 anos, hipertenso não controlado, é admitido na Unidade de Emergência com dor torácica intensa há três horas. Realiza tomografia computadorizada de tórax. (anexo 1, Questão 67).

COM BASE NA IMAGEM, O ACHADO MENOS ESPERADO SERIA:

- a. Assimetria de pulsos de membros superiores.
- b. Infarto renal.
- c. Insuficiência aórtica.
- d. Sopros carotídeo.

68. Mulher, 75 anos, refere que nos últimos meses passou a apresentar pigmentação mais enegrecida e irregular no centro de uma mancha acastanhada, localizada nas regiões malar e geniana à direita, que estava inalterada há vários anos. Exame anatomopatológico: alterações restritas à epiderme. (anexo 1, questão 68)

EM RELAÇÃO A ESTE CASO, É CORRETO AFIRMAR QUE:

- a. Trata-se de um lentigo maligno; mais frequente nas áreas expostas ao sol.
- b. Este tumor apresenta apenas fase vertical de crescimento e alto risco de metástases.
- c. Trata-se de um melanoma nodular, que se originou de queratose seborreica.
- d. O nível de invasão de Clark deste tumor define a conduta e o prognóstico.

69. Mulher, 45 anos, comparece em consulta ambulatorial de rotina para controle de diabetes tipo 2, diagnosticado há dois anos e em uso regular de metformina 2g/dia. Traz controle de glicemia capilar domiciliar: jejum 100 a 124 mg/dL e pós-prandial 124 a 160 mg/dL. Exame físico: PA 118/72 mmHg; FC 72 bpm; IMC 33kg/m². Restante do exame físico é normal. Exames laboratoriais: Hemoglobina 9,2 g/dL; VCM 110 fL; hemoglobina glicada 7,6%; ácido fólico 8 ng/dL; vitamina B12 < 150 pg/mL. **A CONDUTA É PRESCREVER:**

- a. Insulina NPH "bed time".
- b. Gliclazida 60 mg/dia.
- c. Dapaglifozina 10 mg/dia.
- d. Vitamina B12

70. Mulher, 44 anos, assistente social em abrigo para crianças, comparece ao Pronto Socorro com queixa de febre, dor torácica ventilatório dependente e edema em membro inferior esquerdo há 10 dias. Exame físico: PA 122/78mmHg; FC 88bpm; FR 18irpm. Ausculta cardiopulmonar normal. Edema em membro inferior esquerdo pré-tibial, aumento de temperatura, empastamento de panturilha. Ultrassonografia de membro inferior esquerdo: trombose de veia poplítea e tibial posterior. Tomografia computadorizada de tórax (anexo 1, questão 70)

Biópsia de nódulo em parênquima pulmonar: processo inflamatório crônico granulomatoso, com áreas de necrose do parênquima, esparsas células de Langerhans.

CONSIDERANDO O DIAGNÓSTICO DESTA PACIENTE É CORRETO PRESCREVER:

- a. Sulfametoxazol-trimetoprima por 24 meses.
- b. Voriconazol por 12 semanas.
- c. Itraconazol por 6 meses.
- d. Rifampicina + Isoniazida + Pirazinamida + Etambutol por 6 meses.

Valor de referência exames laboratoriais:

Parâmetro	Valor de normalidade
Ácido fólico	3,1 a 20,5 ng/dL
Albumina plasmática	3,5 a 5,2 g/dL
ALT (TGP)	Homem <41UI/L; mulher < 33 UI/L
AST (TGO)	Homem < 40 UI/L; mulher < 33 UI/L
Atividade plasmática de renina	0,6 a 4,18 ng/ml/h (ortostática) 0,32 a 1,84 ng/ml/h (supino)
Bilirrubina total	0,3 a 1,2 mg/dL
Cálcio	8,8 a 10,2 mg/dL
CPK (creatina fosfoquinase)	0 a 171 UI/L
CK-mb (creatinaquinase fração mb)	0 a 24 UI/L
Cloro	98 a 106 mmol/L
Colesterol total	< 200 mg/dL
Colesterol HDL	Homem ≥ 40 mg/dL; mulher ≥ 50 mg/dL
Colesterol LDL	< 100 mg/dL
Creatinina	Homem: ≤ 1,2 mg/dL Mulher: ≤ 0,8 mg/dL
Cortisol urinário	3,5 a 4,5 mcg/24h
Ferritina	Homem: 30 a 400 ng/mL; mulher 13 a 150 ng/mL
Ferro sérico	Homem: 70 a 180 µg/dL; mulher 60 a 180µg/dL
Fibrinogênio	175 a 400 mg/dL
Fosfatase alcalina	Homem: 40 a 129UI/L; mulher 35 a 103UI/L
Fósforo	2,5 a 4,5 mg/dL
Glicemia jejum	60 a 99 mg/dL
Hemograma	Hemoglobina: homem 14-18 g/dL; mulher 12 a 16 g/dL Hematócrito: homem 41-52%; mulher 36 a 46% Leucócitos: 4.000 a 10.000/mm ³ (segmentados 2.000 a 8.000/mm ³ ; linfócitos 1.000 a 4.000/ mm ³ ; monócitos 200 a 800/mm ³ ; eosinófilos < 450/mm ³ , basófilos <200/ mm ³) Plaquetas: 150.000 a 450.000/mm ³ VCM: 80 a 99 fL HCM 27 a 32 pg Reticulócitos: 50.000 a 100.000/ mm ³
Hemoglobina glicada (HbA1c)	4,0 a 5,6%
Metanefrinas urina	< 400 mcg/24h (totais < 1300 mcg/24h)
Paratormônio (PTH)	15 a 65 pg/mL
Potássio	3,5 a 5,1 mEq/L
Proteína C reativa	Processo inflamatório: 10-50 mg/L (leve); 50-100 mg/dL (moderado); > 100 mg/dL (grave) Risco cardiovascular: < 1 mg/dL (baixo); 1-3 mg/dL (médio); > 3 mg/dL (alto)
RNI (TP)	Até 1,25
R (TTPA)	Até 1,3
Sódio	135 a 145 mEq/L
TIBC	255 a 450µg/dL

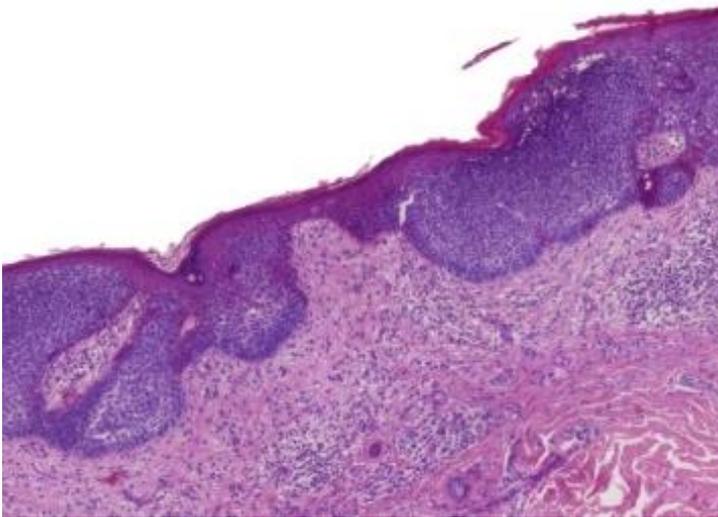
Especialidades Clínicas

Troponina T	0 a 14 ng/L
Triglicérides	< 150 mg/dL
TSH	0,3 a 4,2 µUI/mL
T4livre	0,9 a 1,7 ng/dL
Vitamina B12	200 a 900 pg/mL
Vitamina D	31 a 100 ng/mL
Ureia	17 a 43 mg/dL
Exame de urina	Leucócitos < 5/campo Hemácias < 5/campo Proteína negativo/traços
Relação albumina/creatinina urinária	< 30 mg/g
Relação proteína/creatinina urinária	< 0,20

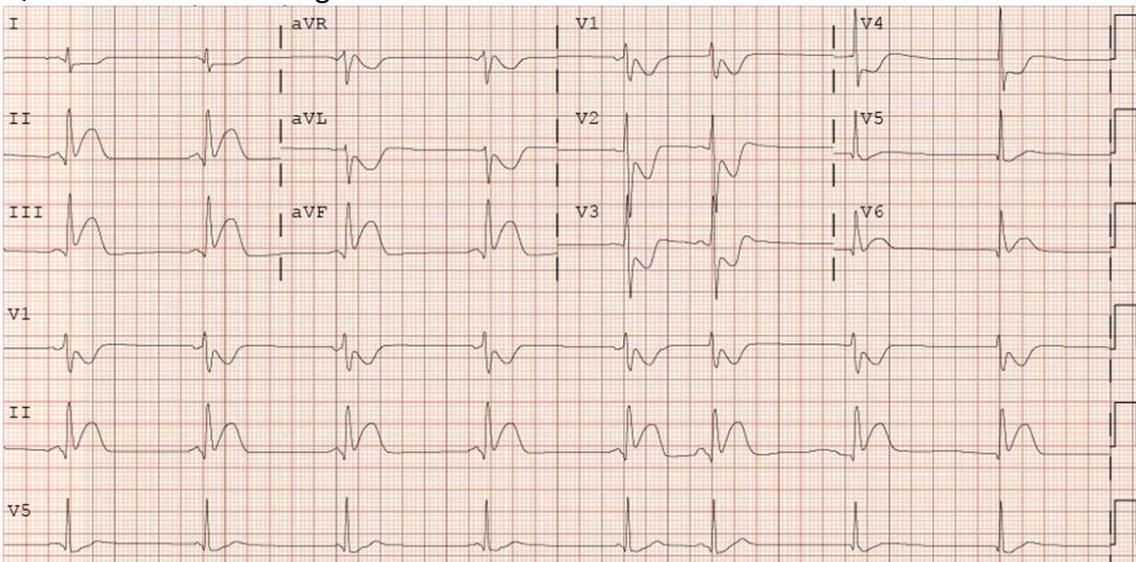
Gasometria	Arterial	venosa
pH	7,35 a 7,45	7,33 a 7,43
pO ₂	83 a 108 mmHg	38 a 50 mmHg
pCO ₂	32 a 48 mmHg	31 a 54 mmHg
HCO ₃	18 a 23 mmol/L	18 a 23 mmol/L
Lactato	0,5 a 1,6 mmol/L	0,5 a 1,6 mmol/L
Cálcio iônico	1,15 a 1,29 mmol/L	1,15 a 1,29 mmol/L

ANEXO 1- Prova de Especialidades Clínicas – Banco de Imagens

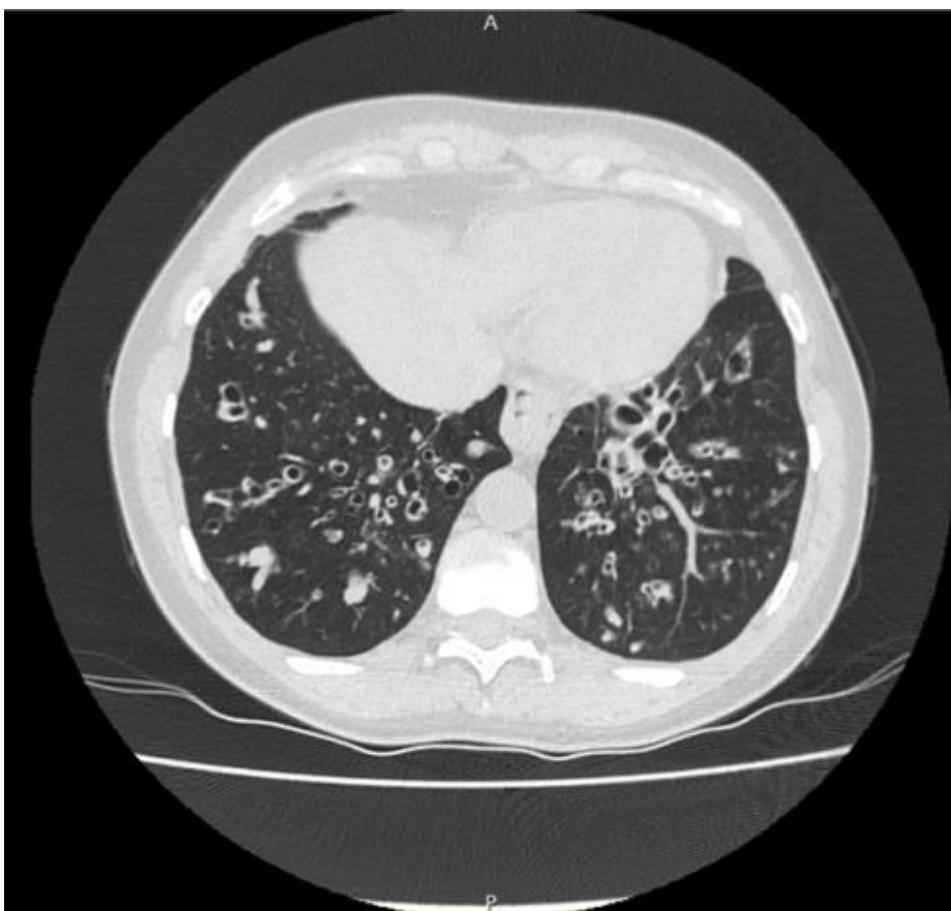
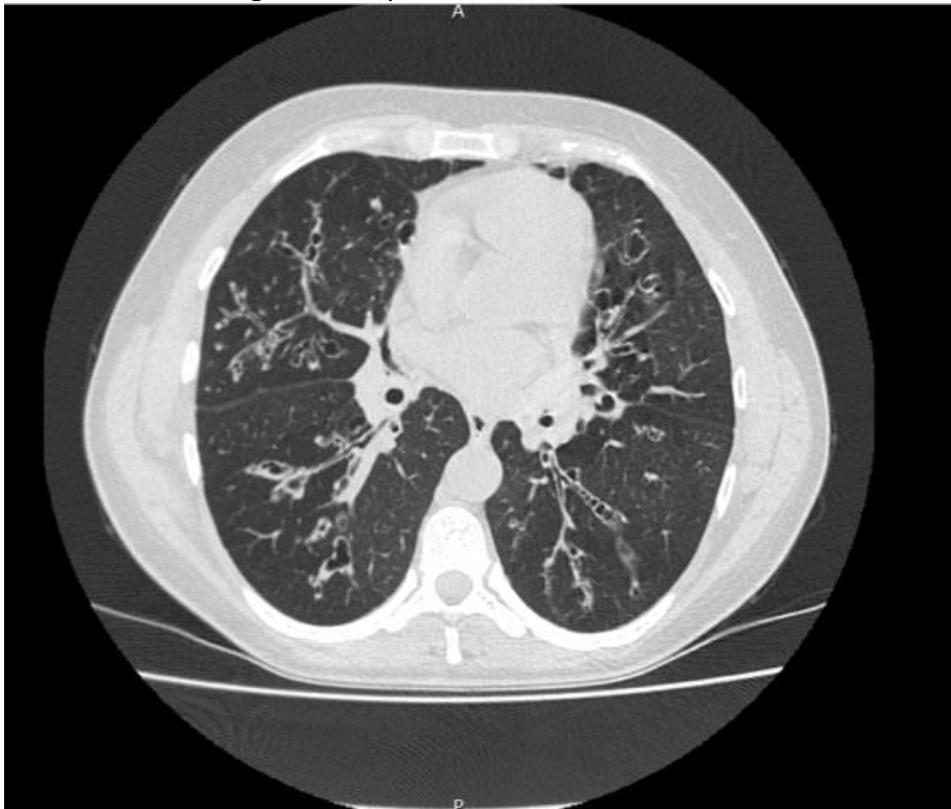
Questão 4: Imagem e biopsia de pele.



Questão 5: Eletrocardiograma



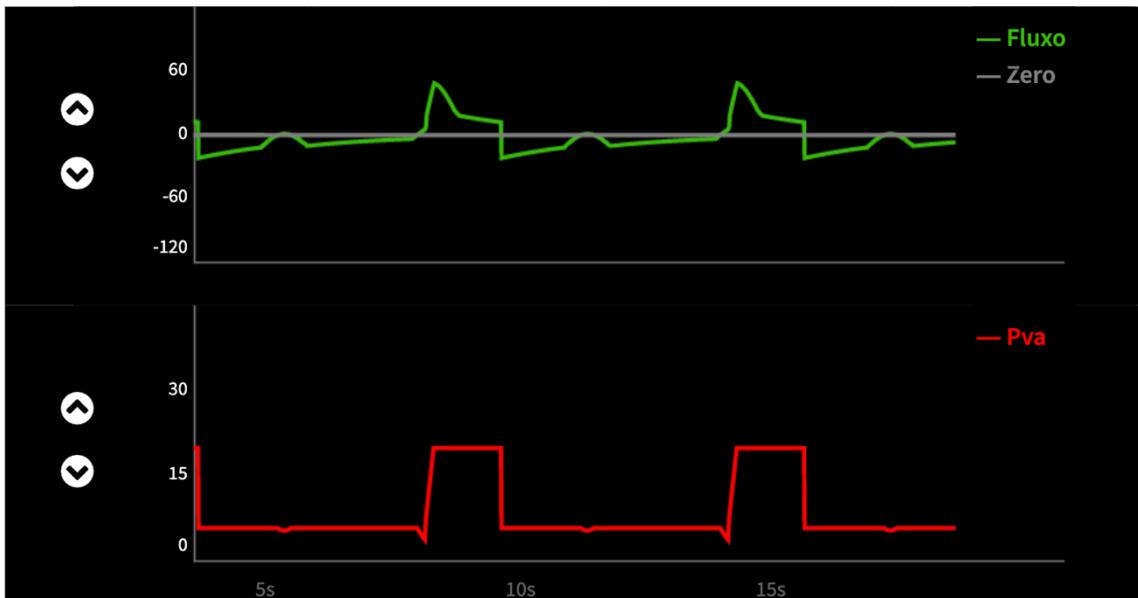
Questão 16: Tomografia computadorizada de tórax



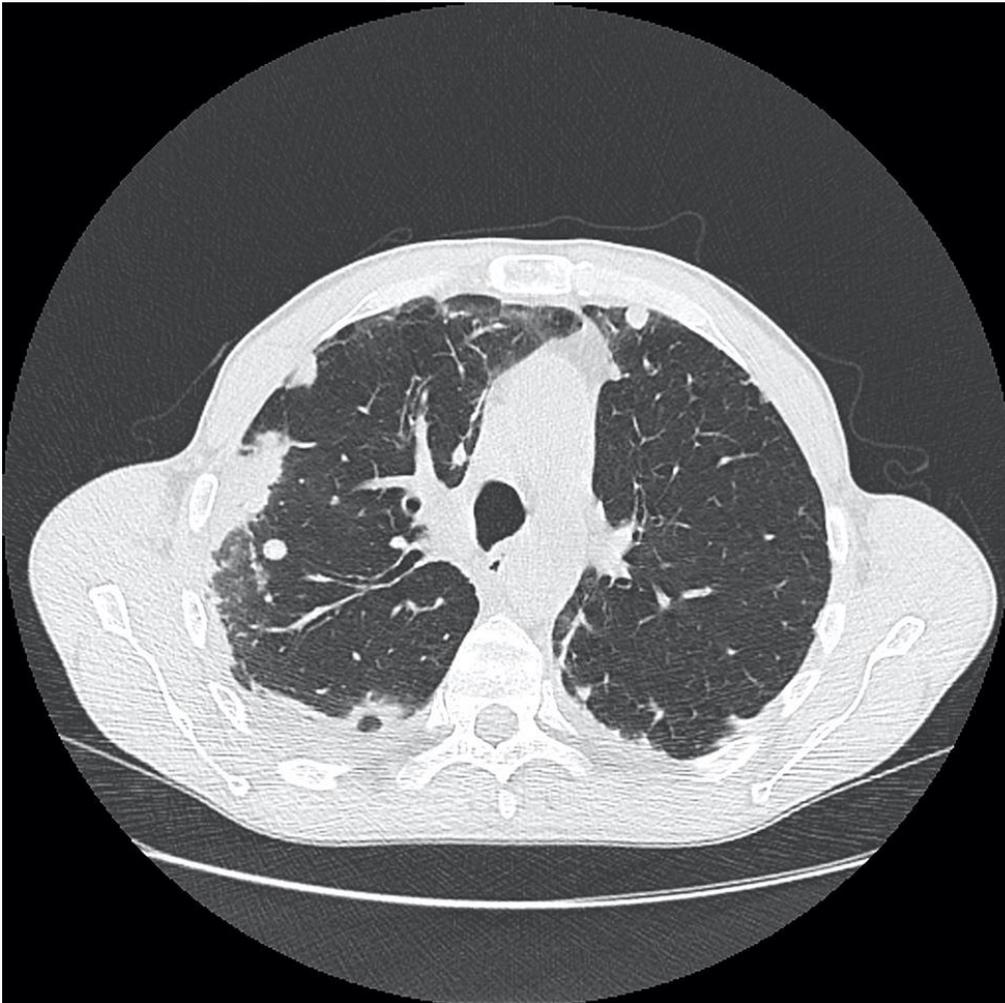
Questão 20. Imagem



Questão 23: Gráfico de fluxo e pressão



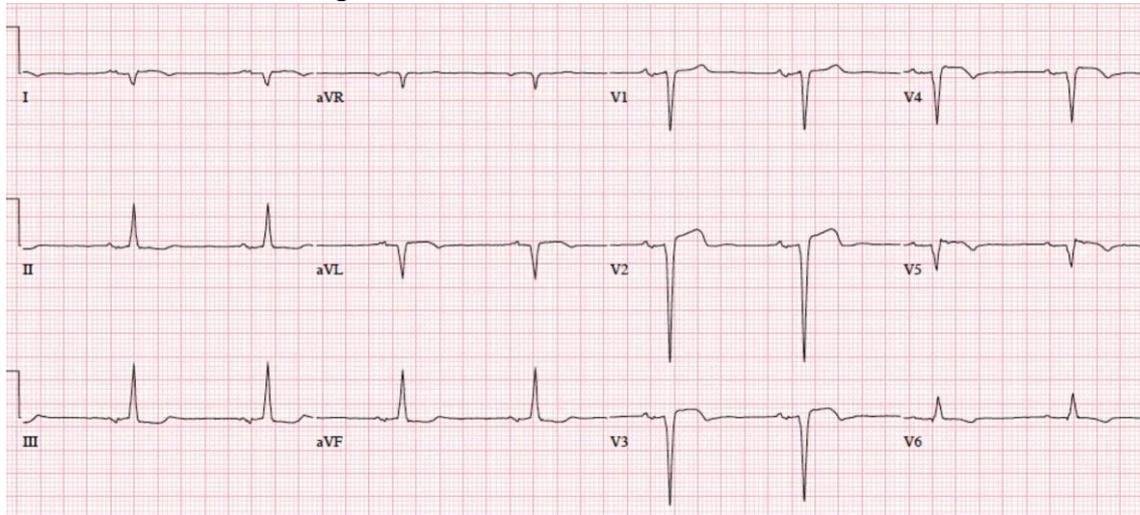
Questão 33: Tomografia computadorizada de tórax



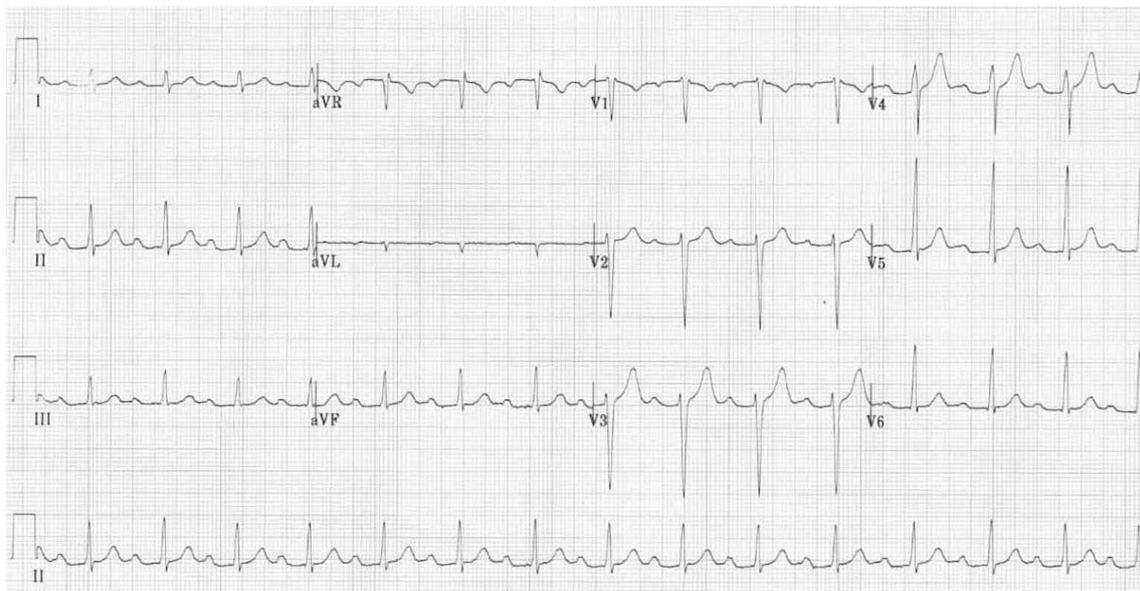
Questão 34: Imagem e biópsia de pele



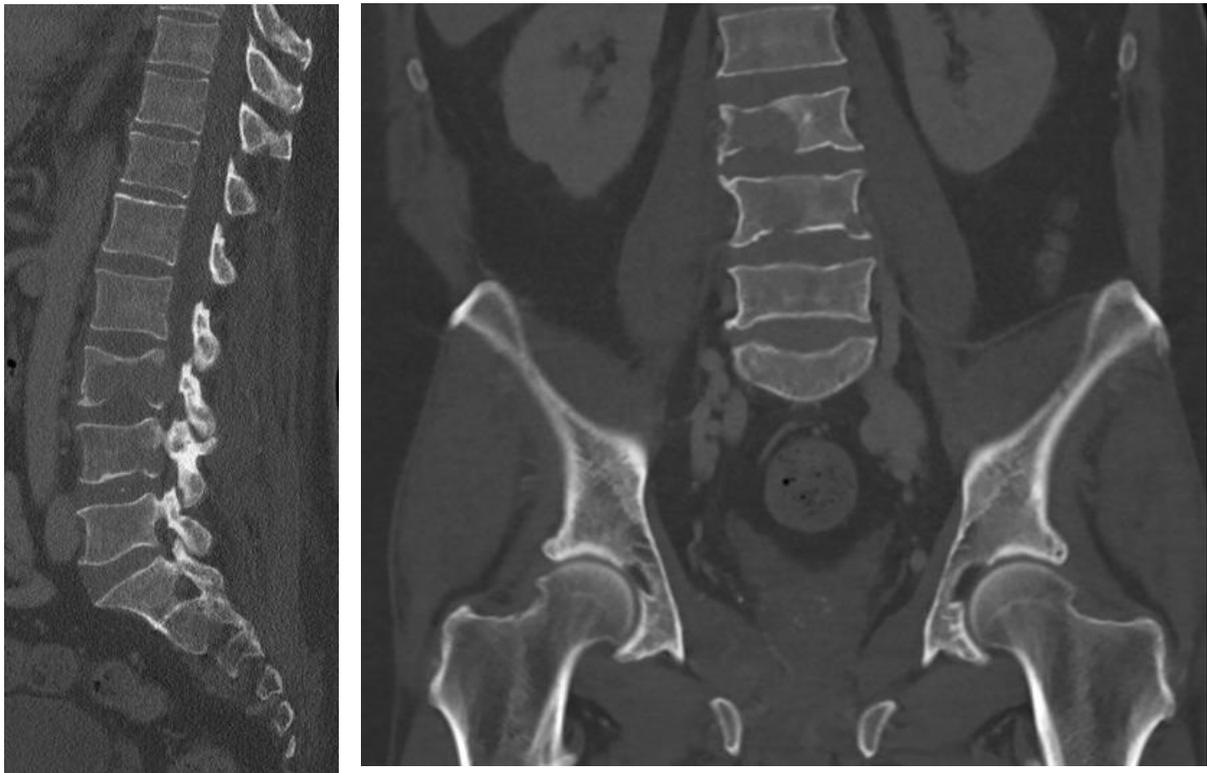
Questão 42. Eletrocardiograma



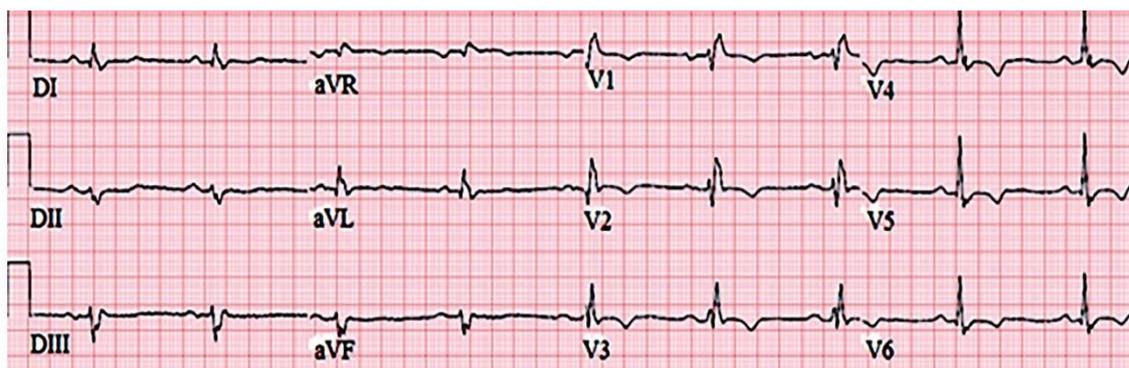
Questão 54: Eletrocardiograma



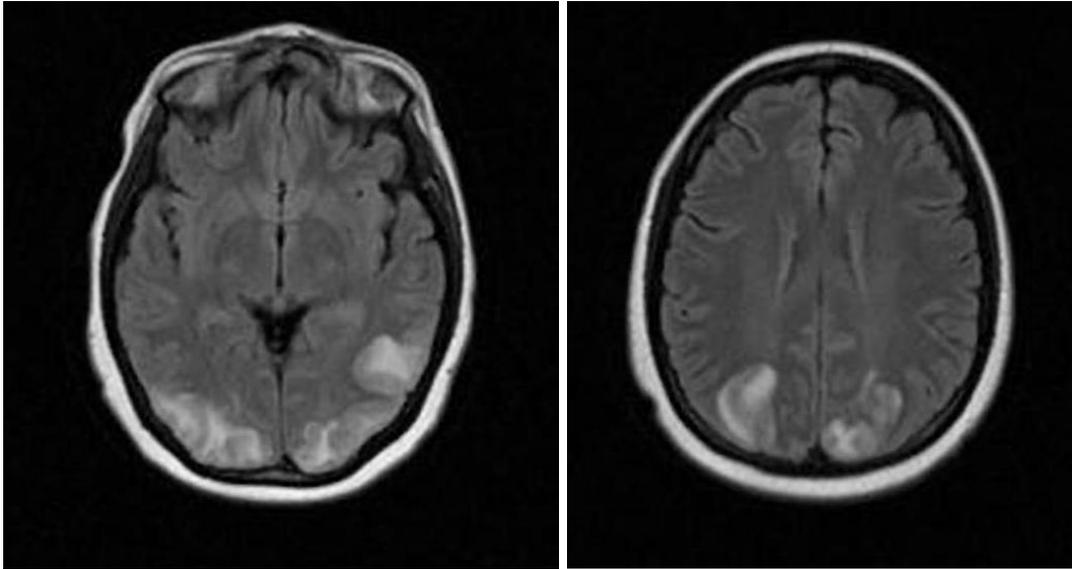
Questão 57: Tomografia computadorizada de coluna lombar



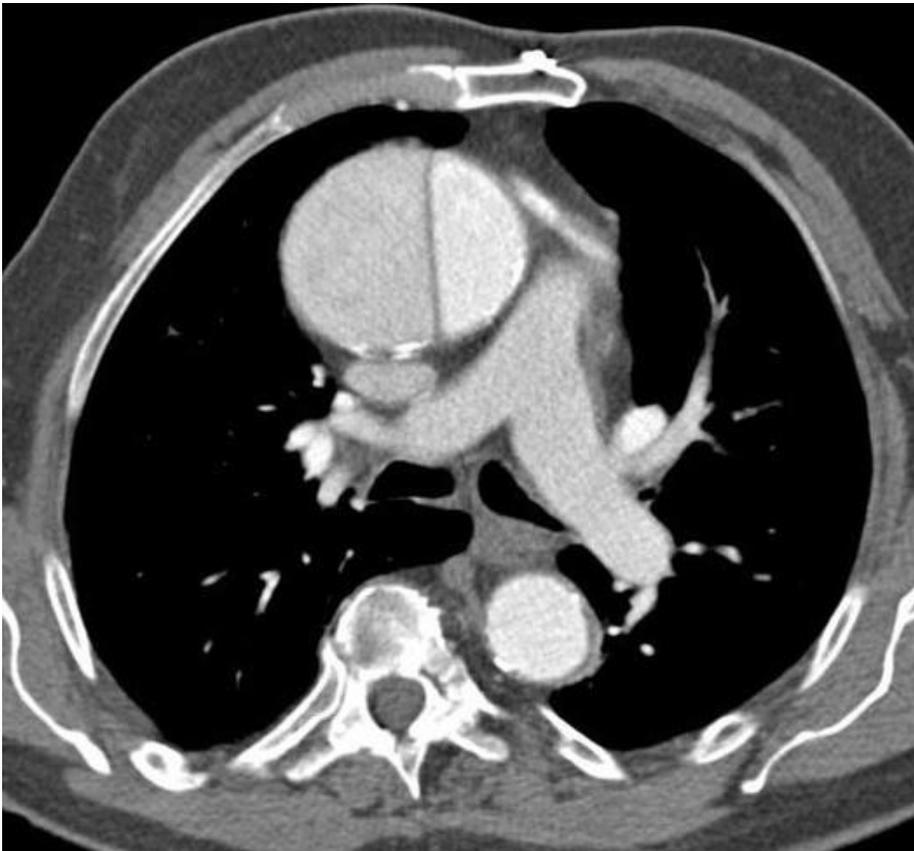
Questão 61: Eletrocardiograma



Questão 64: Ressonância nuclear magnética de crânio



Questão 67. Tomografia computadorizada de tórax.



Questão 68: Imagem



Questão 70. Tomografia computadorizada de tórax.

