

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 2023 – 1ª FASE
ESPECIALIDADES CLÍNICAS

CONTROLE DE RESPOSTAS DO CANDIDATO

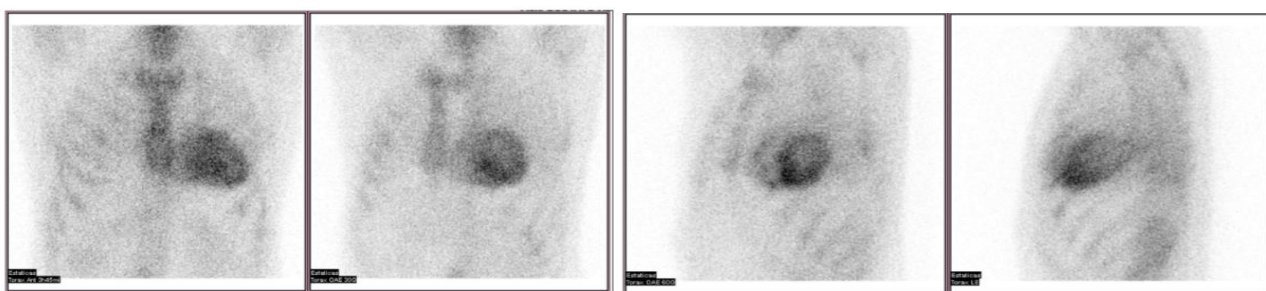
1		11		21		31		41		51		61	
2		12		22		32		42		52		62	
3		13		23		33		43		53		63	
4		14		24		34		44		54		64	
5		15		25		35		45		55		65	
6		16		26		36		46		56		66	
7		17		27		37		47		57		67	
8		18		28		38		48		58		68	
9		19		29		39		49		59		69	
10		20		30		40		50		60		70	

RASCUNHO

1- Mulher, 24a, apresenta há 10 semanas lesões pruriginosas pelo corpo todo, com características migratórias. Refere que as lesões cutâneas diárias são intermitentes e que, na maioria das vezes, são acompanhadas de edema labial. Associou este quadro a diferentes alimentos, principalmente carne de porco e corantes. Nega dispneia e sintomas gastrintestinais. Exame físico: lesões cutâneas eritematosas e eritemato-papulares em tronco e membros superiores e inferiores, além de edema em lábios e pálpebras. A avaliação respiratória e cardiovascular está normal. **É CORRETO AFIRMAR:**

- a) Trata-se de anafilaxia, pois está com edema facial; o tratamento deve ser instituído de imediato com adrenalina intramuscular.
- b) Trata-se de urticária crônica espontânea, não relacionada à ingestão de alimentos; o tratamento inicial é com anti-histamínicos de segunda geração.
- c) Trata-se de urticária crônica idiopática; o tratamento é com corticoide sistêmico e hidroxizine.
- d) Trata-se de angioedema mediado por bradicinina; o tratamento de escolha é o icatibanto, inibidor do receptor de bradicinina.

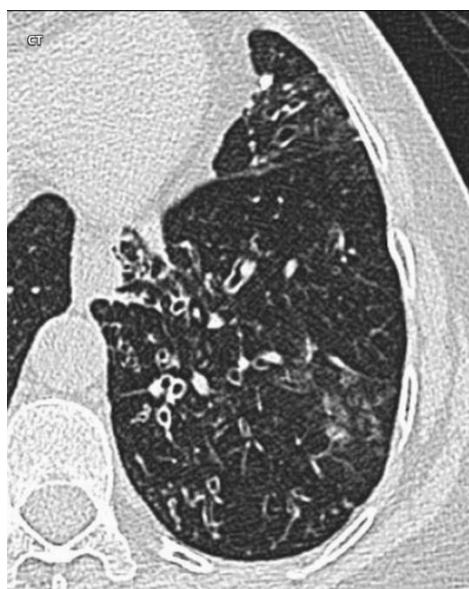
2- Homem, 73a, relata há seis meses intolerância para realizar as atividades habituais, edema de membros inferiores, ortopneia e dispneia paroxística noturna. Antecedentes pessoais: cirurgia bilateral para correção de túnel do carpo há 10 anos. ECG: ritmo de flutter atrial com critérios para baixa voltagem. Ecocardiograma: septo interventricular=14mm (VR<11mm), parede posterior=13,5mm (VR<11mm), átrio esquerdo=55mm (VR<40mm), diâmetro diastólico do ventrículo esquerdo=48mm (VR<55mm), fração de ejeção do ventrículo esquerdo=54%, ausência de disfunção segmentar do ventrículo esquerdo e apresenta sinais de disfunção diastólica. Exames laboratoriais: hemoglobina=13,5g/dL, potássio=4,5mEq/L, TSH=3,9µUI/mL, taxa de filtração glomerular=33mL/min/1,73m², relação albumina/creatinina em amostra urinária=204mg/g, ausência de proteína monoclonal sérica, relação kappa/lambda livre sérica normal e NT-proBNP=3569pg/mL (VR<125pg/mL). Cintilografia cardíaca com Pirofosfato (PYP) marcada com tecnécio-99m (99mTc-PYP), com imagens obtidas tardiamente (>3 horas).



É CORRETO AFIRMAR:

- a) A cintilografia mostra captação discreta de 99mTc-PYP no coração, não afastando a possibilidade de amiloidose por cadeia leve.
- b) A cintilografia mostra captação acentuada de 99mTc-PYP no coração, sendo sugestiva de amiloidose por transtirretina.
- c) Nesse caso, antes da realização da cintilografia, seria mandatória a realização de biópsia endomiocárdica.
- d) O padrão de remodelamento miocárdico evidenciado pelo ecocardiograma exclui a possibilidade de amiloidose cardíaca.

3- Homem, 46a, queixa-se de tosse produtiva frequente há 10 anos, iniciada após pneumonia grave. Após três anos dessa internação, recebeu o diagnóstico de bronquiectasia pós infecciosa. Última cultura de escarro realizada mostrou crescimento de *Haemophilus influenzae*, com pesquisas para fungos e micobactérias negativas. O tratamento atual compreende fisioterapia respiratória duas vezes por semana e exercícios diários com aparelho do tipo “shaker”. A imunização contra influenza e COVID-19 estão atualizadas. Iniciou há cinco meses inalação diária de solução salina hipertônica a 5%, com boa tolerabilidade. Apesar da boa adesão ao tratamento, o paciente necessitou de três cursos de antibioticoterapia nos últimos 12 meses, sem mudança no padrão da tosse. Exames: espirometria pré broncodilatador: CVF=5,2L (99% e z-score - 0,08), VEF1=4,1L (99% e z-score - 0,12), VEF1/CVF=0,79 (z-score -0,12); sem resposta após o uso de broncodilatador. Tomografia computadorizada de alta resolução.



PENSANDO EM REDUZIR O NÚMERO DE EXACERBAÇÕES DESTA PACIENTE, A CONDUTA É:

- a) Formoterol 12 mcg inalatório de 12/12h e N-acetilcisteína 600 mg por via oral, uma vez ao dia.
- b) Azitromicina 500 mg por via oral, uma tomada diária, três vezes por semana.

- c) Levofloxacina 500 mg por via oral, uma tomada diária, três vezes por semana.
- d) Formoterol/budesonida 12/400mcg de 12/12h e tiotrópio 5 mcg uma vez ao dia, inalatórios.

4- Homem, 33a, homossexual, procura atendimento por lesão em região anal há dois meses. Antecedentes: doença de Crohn em remissão. Medicamentos em uso: azatioprina. Exame físico: foto anexa (**Figura Q4** - anexo). **O EXAME COMPLEMENTAR A SER SOLICITADO É:**

- a) Biópsia de pele (exame anatomopatológico da lesão).
- b) Citologia da lesão cutânea.
- c) VDRL (Venereal Disease Research Laboratory).
- d) Pesquisa direta de fungos na lesão cutânea.

5- Mulher, 42a, portadora de hanseníase multibacilar, forma dimorfa, queixa-se de dispnéia progressiva, com piora no último mês, associada a cefaleia intensa. Medicamentos em uso: iniciou tratamento com multidroga terapia (MDT) há quatro meses. Exames laboratoriais: hemoglobina=9g/dL (o exame realizado há três meses mostrava hemoglobina=13g/dL). **TRATA-SE DE:**

- a) Reação hansênica tipo 1.
- b) Reação hansênica tipo 2.
- c) Aplasia medular pela rifampicina.
- d) Anemia hemolítica pela dapsona.

6- Mulher, 18a, é portadora de angioedema hereditário (AEH) com deficiência quantitativa do inibidor de C1 (AEH tipo 1), confirmado por diagnóstico molecular e genético. **É CORRETO AFIRMAR:**

- a) Esta doença compartilha aspectos fisiopatológicos com a urticária crônica espontânea e é induzida por mediadores mastocitários, como a histamina.
- b) O tratamento profilático disponível no Brasil é com icatibanto subcutâneo ou inibidor de C1 derivado de plasma oral.
- c) A dor abdominal recorrente é uma de suas características, podendo levar a intervenções cirúrgicas abdominais desnecessárias.
- d) O método contraceptivo recomendado é o anticoncepcional oral, com preferência pelos conjugados estrógenos e progestágenos de baixa dosagem.

7- Homem, 62a, refere que há 20 dias iniciou sensação de ardor, seguida de manchas avermelhadas, acastanhadas e dolorosas na pele que evoluíram com bolhas, apresentando queda do estado geral. Exame físico: regular estado geral, PA=110x75mmHg, FC=90bpm, FR=16irpm, temperatura=36,9°C, ausculta cardíaca e pulmonar normais. Lesões na mucosa oral, genital e pele

com desprendimento, comprometendo mais de 50% da superfície corporal (**Figura Q7-** anexo). Exames laboratoriais: hemoglobina=12,2g/dL, leucócitos=12.000/mm³ (segmentados=78%, linfócitos=20%, eosinófilos=5%), AST=42UI/L, ALT=35UI/L, creatinina=1,2mg/dL, proteína C reativa=24mg/dL. **A HIPÓTESE DIAGNÓSTICA É:**

- a) Síndrome de Stevens-Johnson.
- b) Síndrome de hipersensibilidade a drogas.
- c) Eritrodermia esfoliativa.
- d) Necrólise epidérmica tóxica.

8- Mulher, 51a, queixa-se de fraqueza intensa nas últimas três semanas com piora há dois dias. Refere aumento da ingestão hídrica e do volume urinário. Antecedentes pessoais: diagnóstico há três meses de diabetes melito e hipertensão arterial. Medicamentos em uso: enalapril 40 mg/dia, hidralazina 150 mg/dia, hidroclorotiazida 25 mg/dia e anlodipina 10 mg/dia. Exame físico: PA=172x112mmHg, FC=104bpm. Pele: *acantose nigricans* em pescoço e axilas. Hipotrofia de musculatura proximal de membros. Exames laboratoriais: potássio=1,8mEq/L, sódio=140mEq/L, hemoglobina glicada=11,3%. Gasometria arterial: pH=7,59, PCO₂=43,5mmHg, HCO₃=42,7mmol/L, BE=18,1mmol/L. **A HIPÓTESE DIAGNÓSTICA E O EXAME CONFIRMATÓRIO SÃO:**

- a) Síndrome de Bartter, dosar cálcio e magnésio em urina de 24h.
- b) Hiperaldosteronismo primário, solicitar dosagem de renina sérica.
- c) Síndrome de Cushing, coletar cortisol urinário de 24 horas.
- d) Síndrome de Fanconi, solicitar dosagem de fósforo e aminoácidos na urina.

9- Homem, 77a, queixa-se de tontura nas últimas 24 horas, com sensação de ambiente girando, associada a náuseas e que piora ao mudar de posição ou deambular. Nega zumbido, hipoacusia e sintomas gripais. Antecedentes: hipertensão arterial e dislipidemia. Medicamentos em uso: enalapril, anlodipina e sinvastatina. Exame físico: PA=160x88mmHg, FC=84bpm, demais sinais vitais normais. Exame neurológico: ausência de nistagmo; teste de impulso cefálico=normal; teste de *skew*=desvio de olhar conjugado vertical presente. **A CONDUTA É:**

- a) Solicitar audiometria.
- b) Fazer manobra de reposicionamento canalicular.
- c) Prescrever meclizina.
- d) Solicitar ressonância nuclear magnética de encéfalo.

10- Homem, 72a, foi admitido por dor intensa e difusa em dorso, sendo previamente bem controlada com oxicodona oral, paracetamol e codeína a cada 6h. Nas últimas 24 horas fez uso de seis comprimidos de codeína, sem alívio adequado. Antecedentes pessoais: câncer de pulmão

metastático para o cérebro e coluna, diabetes melito, hipertensão arterial e doença renal crônica. Laboratório: creatinina=3,4mg/dL (a creatinina anterior era 1,4 mg/dL). **A CONDUTA É:**

- a) Meperidina ou codeína.
- b) Tramadol ou morfina.
- c) Codeína ou oxicodona.
- d) Fentanil ou metadona.

11- Homem, 22a, vem ao pronto socorro com tosse produtiva, dor torácica ventilatório-dependente, dispneia e febre. Foi iniciado antibiótico, com boa resposta clínica. Antecedentes pessoais: duas internações por pneumonias e quatro sinusites tratadas nos últimos dois anos. Nega antecedentes familiares de infecções de repetição. Exame físico: regular estado geral, temperatura=36,8°C, PA=118x80mmHg, FC=100bpm, FR=27irpm, saturação de oxigênio=92% em ar ambiente. Ausculta pulmonar com roncosp e estertores em bases e em terço médio direito. Exames laboratoriais: hemograma com leucocitose moderada e trombocitopenia leve, sem anemia ou linfopenia; eletroforese de proteínas séricas com valores normais, exceto para a fração gama=0,4g/dL (VR: 0,9 a 2,1g/dL); dosagem das imunoglobulinas IgG=318mg/dL (VR:830 a 2040mg/dL), IgM=22mg/dL (VR:57 a 212mg/dL), IgA<23,6mg/dL (VR:80 a 476mg/dL) e IgE=19kU/L (VR<100kU/L). **É**

CORRETO AFIRMAR:

- a) O diagnóstico é de imunodeficiência humoral secundária refratária.
- b) O tratamento é o uso contínuo de antibióticos e transplante de medula óssea.
- c) Este quadro clínico é transitório e não requer um tratamento de longo prazo.
- d) O diagnóstico é de imunodeficiência comum variável (IDCV).

12- Homem, 79a, procura atendimento com queixa de dispneia progressiva há um mês. Tomografias computadorizadas de tórax, abdome e pelve: linfadenopatia mediastinal com 14 cm no maior diâmetro, provocando compressão de veia cava superior, traqueia e brônquio fonte direito; linfonodomegalia para-aórtica e interaortocaval medindo até 16 cm. A equipe de radiologia intervencionista fez uma biópsia de mediastino guiada por tomografia, mas o laudo anatomopatológico ainda não estava disponível quando o paciente apresentou piora da dispneia, com necessidade de traqueostomia. O médico assistente deseja iniciar o tratamento antineoplásico empírico com urgência. **OS EXAMES A SEREM SOLICITADOS SÃO:**

- a) Dosagem sérica de CEA e CA19-9.
- b) Ultrassonografia de tireoide, dosagem sérica de TSH e tireoglobulina.
- c) Dosagem sérica de Beta-2-microglobulina, desidrogenase láctica, eletroforese de proteínas séricas.
- d) Dosagem sérica de alfa feto proteína, beta-HCG e desidrogenase láctica.

13- Mulher, 39a, refere que desde a infância apresenta edema labial e palpebral, urticária difusa pelo corpo, alguns minutos a poucas horas após ingerir algumas medicações, como: dipirona, ácido acetil salicílico, diclofenaco e ibuprofeno. Apesar do uso anterior destas medicações sem reação, não as tolera mais. Usa paracetamol, quando necessário, sem qualquer reação. **TRATA-SE DE:**

- a) Intolerância a anti-inflamatórios, condição induzida pela inibição da Cox-1 por estas medicações; o manejo consiste no uso de drogas alternativas como os inibidores seletivos da Cox-2.
- b) Alergia aos anti-inflamatórios, condição mediada por IgE; orienta-se evitar o seu uso por risco de anafilaxia e, caso haja necessidade absoluta do seu uso, a dessensibilização é uma alternativa.
- c) Doença respiratória exacerbada por anti-inflamatórios, caracterizada por asma, rinossinusite crônica, polipose nasal recorrente e intolerância aos anti-inflamatórios.
- d) Doença cutânea exacerbada por anti-inflamatórios, condição que ocorre em portadores de urticária crônica espontânea, com exacerbação da urticária ao uso de anti-inflamatórios.

14- Homem, 82a, queixa-se de tontura e escurecimento da visão associados à mudança de decúbito há dois meses. Caiu três vezes no último mês. Antecedentes pessoais: hipertensão arterial, diabetes melito, dislipidemia e transtorno depressivo. Medicações em uso: hidroclorotiazida, anlodipina, losartana, metformina, dapagliflozina, trazodona e atorvastatina. Exame físico: PA=142x82mmHg deitado, PA=118x78mmHg em pé, FC=84bpm. Exame cardiopulmonar normal. Exames laboratoriais: sódio=142mEq/L, potássio=3,5mEq/L, hemoglobina glicada=7,4%, clearance de creatinina=38mL/min/1,73m². **A CONDUTA É:**

- a) Suspender trazodona e metformina; prescrever dieta rica em sódio.
- b) Suspender hidroclorotiazida e dapagliflozina; prescrever meias de compressão.
- c) Suspender hidroclorotiazida e atorvastatina; orientar paciente a aumentar hidratação oral.
- d) Suspender anlodipina e metformina; prescrever fludrocortisona.

15- Mulher, 19a, queixa-se de diplopia e fraqueza em membros inferiores com piora ao final do dia. Exame físico: fraqueza de musculatura flexora de coxas e ptose palpebral bilateral. Sensibilidade normal e reflexos normais. **É CONTRAINDICADO:**

- a) Plasmaférese.
- b) Droga anticolinérgica.
- c) Ciclofosfamida.
- d) Prednisona em altas doses.

16- Mulher, 60a, refere dor lombar há dois meses, com piora no último mês. Devido à dor, não consegue mais deambular há uma semana. Exame físico: regular estado geral, acamada, descorada

(+2/4), sem adenomegalias palpáveis. Dor à palpação de vários arcos costais e coluna vertebral. O restante do exame físico é normal. Exames laboratoriais: hemoglobina=8,6g/DI, leucócitos=8900/mm³, plaquetas=151.000/mm³, cálcio=8,1mg/dL, fosfatase alcalina=1882UI, gama GT=42UI. Realizada tomografia de coluna e pelve (**Figura Q16-** anexo). **A HIPÓTESE DIAGNÓSTICA É:**

- a) Neoplasia maligna de tireoide.
- b) Neoplasia maligna de mama.
- c) Mieloma múltiplo.
- d) Histiocitose de células de Langerhans.

17- Mulher, 66a, foi admitida no pronto socorro com quadro súbito de disartria e hemiparesia direita, negando angina, dispneia e síncope. Foi submetida à trombólise química com melhora completa dos sintomas. Medicamentos: AAS 100mg/dia, metoprolol 50mg/dia, atorvastatina 20mg/dia e valsartana 360mg/dia. Antecedentes pessoais: obesidade, hipertensão arterial e infarto agudo do miocárdio tratado com angioplastia e implante de *stent* na artéria descendente anterior há cinco anos. ECG mostrava ritmo sinusal e área inativa em parede anterior semelhante ao padrão que já apresentava anteriormente. Holter-24h mostrou ritmo sinusal e raras extrassístoles atriais. O ultrassom doppler de carótidas e vertebrais não evidenciou aterosclerose significativa. O ecocardiograma transtorácico não conseguiu avaliar o ápice do ventrículo esquerdo, devido à janela acústica desfavorável. Ressonância do crânio e do coração (**Figura Q17-** anexo). **A HIPÓTESE DIAGNÓSTICA É:**

- a) Acidente vascular encefálico isquêmico cardioembólico.
- b) Acidente vascular encefálico isquêmico de causa indeterminada.
- c) Acidente vascular encefálico hemorrágico cardioembólico.
- d) Acidente vascular encefálico aterotrombótico.

18- Homem, 39a, natural e procedente de Campinas, previamente hígido e assintomático, procura atendimento cardiológico após seu irmão mais jovem de 25 anos ter falecido subitamente. Na entrevista inicial o paciente negava uso de substâncias ilícitas, álcool ou medicações. Pratica atividade física regular de moderada intensidade. Antecedente familiar: pai diagnosticado com “doença no coração” quando era adolescente, tendo implantado cardiodesfibrilador (CDI) há cinco anos. Exame físico: normal. ECG: ritmo sinusal, FC=67bpm, sobrecargas atrial esquerda e ventricular esquerda. Ecocardiograma: aumento discreto do átrio esquerdo, função biventricular preservada, espessura do septo=31mm (VR<11mm), espessura da parede posterior=12mm (VR<11mm), sem outras alterações. Holter-24h: ritmo de base sinusal com raras extrassístoles supraventriculares e ventriculares isoladas. **A PRINCIPAL HIPÓTESE DIAGNÓSTICA É:**

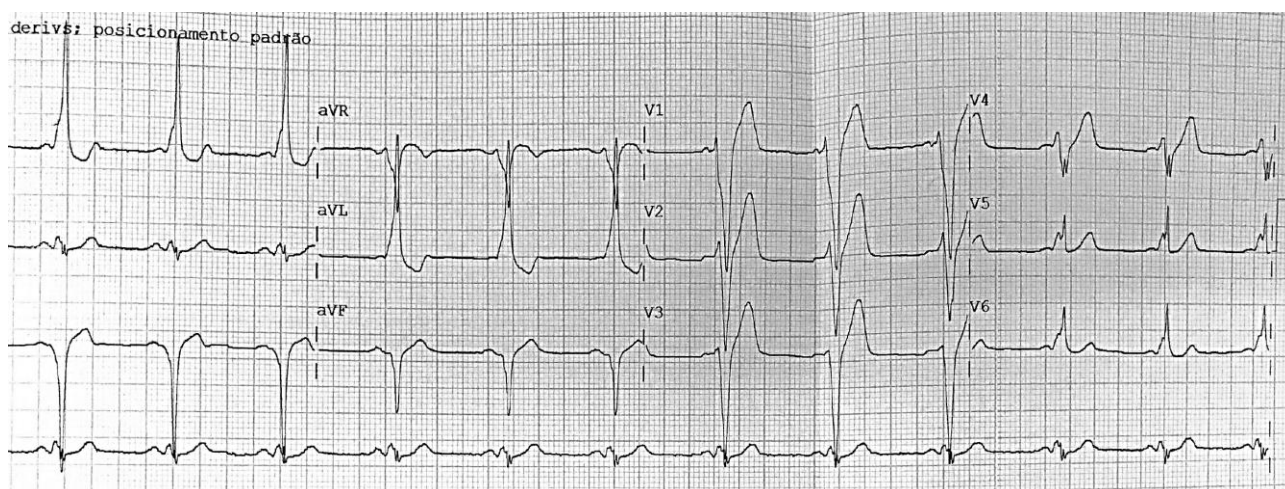
- a) Doença por Pompe.
- b) Doença de Fabry.

- c) Amiloidose cardíaca por cadeia leve.
- d) Miocardiopatia hipertrófica.

19- Homem, 58a, tabagista, é admitido na unidade de emergência com queixas de dor torácica anterior e dispneia intensa há 30 minutos, de início súbito. Exame físico: sudoreico e agitado, PA=74x42mmHg, FC=132bpm, FR=38irpm, saturação de oxigênio=81% em ar ambiente. Murmúrio vesicular presente, sem ruídos adventícios. ECG: taquicardia sinusal. Foi realizada angiotomografia computadorizada de tórax (**Figura Q19** - anexo). **A CONDUTA É:**

- a) Enoxaparina.
- b) Alteplase.
- c) Rivaroxabana.
- d) AAS e clopidogrel.

20- Mulher, 34a, refere palpitações intermitentes acompanhadas ocasionalmente de falta de ar e tonturas. Estes episódios duram de 30 a 60 minutos. Relata que há seis anos, teve sintomas similares que a fizeram ser levada à sala de emergência, onde foi diagnosticada taquicardia supraventricular. Exame físico: normal. Traz um ecocardiograma recente que não mostrou indícios de cardiopatia estrutural. Eletrocardiograma:



A CONDUTA É:

- a) Angiografia coronária.
- b) Flecainida.
- c) Diltiazem.
- d) Estudo eletrofisiológico.

21- Homem, 65a, procura a unidade de emergência por dor lombar de forte intensidade há duas semanas, associada a perda de força em membros inferiores há um dia. Antecedentes: hipertensão arterial. Exame físico: dor à mobilização de membros inferiores, força muscular grau 2 em membro

inferior direito e grau 4 em membro inferior esquerdo. Laboratório: PSA total=1054ng/mL (VR<4ng/mL). Radiograma de coluna lombar: sugestivo de múltiplas lesões blásticas. Ressonância nuclear magnética de coluna: compressão medular em L4-L5, múltiplas metástases em coluna lombossacra. Além da analgesia, **A CONDUTA É:**

- a) Terapia com ácido zoledrônico, descompressão cirúrgica medular, biópsia de próstata e prostatectomia radical.
- b) Radioterapia em L4-L5, ácido zoledrônico, biópsia de próstata e castração (química ou cirúrgica).
- c) Corticoterapia, descompressão cirúrgica medular, biópsia de próstata e radioterapia em leito prostático.
- d) Corticoterapia, radioterapia em L4-L5, biópsia de próstata, castração (química ou cirúrgica) e quimioterapia.

22- Homem, 58a, queixa-se de dispneia há três horas. Antecedentes pessoais: hipertensão arterial, dislipidemia, doença pulmonar obstrutiva crônica e tabagismo (25 anos-maço). Exame físico: PA=196x112mmHg, FC=106bpm, temperatura=36,8°C, FR=32irpm, saturação de oxigênio=89% em ar ambiente. Ausculta pulmonar com sibilos difusos e murmúrio vesicular diminuído em base esquerda. Ultrassonografia pulmonar realizada na sala de emergência, em ambos os hemitóraces (**Figura Q22** - anexo). **A CONDUTA É:**

- a) Prescrever salbutamol e iniciar ventilação não invasiva.
- b) Iniciar oxigenoterapia e fazer punção de derrame pleural.
- c) Iniciar a oxigenoterapia e fazer drenagem de tórax.
- d) Prescrever furosemida e iniciar ventilação não invasiva.

23- Mulher, 56a, comparece ao oftalmologista pelo quadro de dor e vermelhidão ocular há uma semana. Antecedentes pessoais: artrite reumatoide. Medicamentos: metotrexate e anti-fator de necrose tumoral (anti-TNF) há oito meses. Exame oftalmológico: presença de reação de câmara anterior e precipitados ceráticos, compatível com uveíte granulomatosa. **A CONDUTA É:**

- a) Suspender o anti-TNF; prescrever rifampicina + isoniazida + pirazinamida + etambutol.
- b) Suspender o anti-TNF; prescrever aciclovir endovenoso.
- c) Trocar o anti-TNF por droga biológica depletora de linfócitos B; prescrever itraconazol.
- d) Suspender o anti-TNF; prescrever pulsoterapia com metilprednisolona.

24- Mulher, 76a, refere dispneia aos médios esforços, sem outras queixas. Antecedentes pessoais: doença pulmonar obstrutiva crônica leve, neoplasia maligna de mama tratada há 15 anos em remissão. Ex-tabagista (30 anos-maço). Exame físico: Ausculta pulmonar com murmúrio vesicular reduzido globalmente e tempo expiratório prolongado. Exame das mamas normal. Radiograma de

tórax de cinco anos atrás sem sinais de recorrência de doença. Tomografia de tórax mostrou nódulo periférico de 10 mm em lobo superior esquerdo e enfisema. Ausência de adenomegalias hilar ou mediastinal. PET-CT mostra que o nódulo é hipermetabólico, sem captação em outros órgãos. **A**

CONDUTA É:

- a) Biópsia por broncoscopia.
- b) Repetir tomografia de tórax em 3 meses.
- c) Repetir tomografia de tórax em 6 meses.
- d) Ressecção cirúrgica do nódulo.

25- Mulher, 35a, procurou a unidade de emergência por dor de forte intensidade em região toracolombar. Antecedentes pessoais: lúpus eritematoso sistêmico, há quatro meses em uso de ciclofosfamida e corticoterapia em doses altas por nefrite lúpica. Ressonância nuclear magnética. Comparece ao ambulatório um mês após o atendimento, apresentando melhora do quadro algico, sem alterações de sinais vitais ou ao exame físico.



A CONDUTA É:

- a) Suplementação de cálcio e vitamina D.
- b) Suplementação de cálcio e vitamina D; iniciar bisfosfonato.
- c) PET tomografia com FDG.
- d) Cintilografia óssea com tecnécio.

26- Mulher, 82a, trazida pela filha, refere dificuldade de deambular com quedas frequentes nos últimos dez meses. Há quatro meses encontra-se apática e com dificuldade para realizar tarefas do dia a dia. Antecedentes pessoais: hipertensão arterial e dislipidemia. Medicações em uso: losartana e atorvastatina. Exame físico cardiovascular normal. Exame neurológico: marcha com base alargada e passos curtos. Apresenta dificuldade para levantar-se da cadeira. Teste de Romberg normal. Teste

calcanhar Joelho normal. Força muscular e sensibilidade normais nos quatro membros. **O**

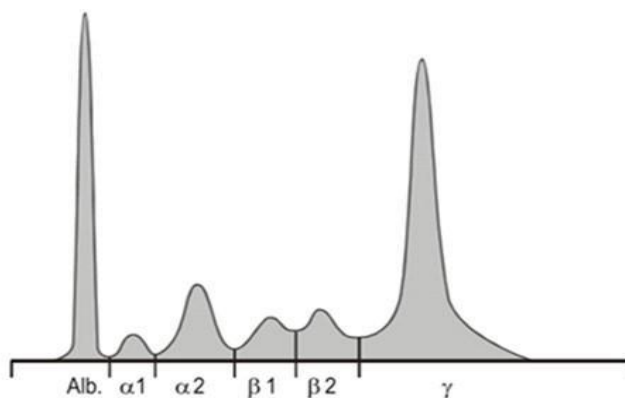
DIAGNÓSTICO É:

- a) Degeneração subaguda combinada.
- b) Atrofia de múltiplos sistemas.
- c) Hidrocefalia de pressão normal.
- d) Doença de Parkinson.

27- Mulher, 53a, está em observação na unidade de emergência por infecção do trato urinário. Antecedentes pessoais: infarto do miocárdio há dois anos e nefrolitíase com infecções urinárias de repetição. Exame físico na admissão: Peso=70Kg, temperatura=39,5°C, PA=92x56mmHg, FR=28irpm, FC=113bpm, saturação de oxigênio=96% em ar ambiente. Sente dor à palpação do flanco direito, sem sinais de irritação peritoneal. Foi administrado 700mL de ringer lactato e 1g de Meropenem nos últimos 30 minutos. Na reavaliação, a paciente relata visão escurecida e o monitor cardíaco não revela mudança do padrão prévio. Sinais vitais neste momento: PA=72x50mmHg, FC=118bpm. **A CONDUTA É:**

- a) Iniciar noradrenalina e manter ressuscitação volêmica.
- b) Iniciar hidrocortisona por via intravenosa.
- c) Aumentar a infusão de solução salina e introduzir dobutamina.
- d) Manter ressuscitação volêmica até completar 30mL/Kg.

28- Em relação a eletroforese de proteínas abaixo, **ASSINALE A ALTERNATIVA CORRETA:**



- a) Trata-se de padrão encontrado em mais de 10% dos indivíduos acima de 70 anos, habitualmente sem repercussão clínica.
- b) Trata-se de padrão encontrando em indivíduos com fratura patológica ou doença renal crônica é indicativo de mieloma múltiplo.
- c) Trata-se de achado frequente em pacientes com hepatopatia crônica, em que se observa hipoalbuminemia e hipergamaglobulinemia policlonal.
- d) Trata-se de hipergamaglobulinemia policlonal observada em pacientes com doenças autoimunes.

29- Homem, 68a, portador de doença pulmonar obstrutiva crônica, foi admitido por pneumonia e foi iniciado tratamento com cefepime. No quinto dia de internação, foi isolado *Staphylococcus aureus* resistente à metilina em hemoculturas e foi associado vancomicina. Exames laboratoriais: plaquetas: na admissão=189.000/mm³, após cinco dias=88.000/mm³ e após 10 dias=23.000/mm³. Sem alterações nos demais parâmetros do hemograma. O paciente não apresentava nenhum sinal ou sintoma hemorrágico. **É CORRETO AFIRMAR:**

- a) O quadro é sugestivo de púrpura trombocitopênica imune, sendo indicado início imediato de prednisona 1 mg/kg/dia.
- b) O achado de plaquetopenia grave impõe a realização urgente de mielograma e biópsia de medula óssea.
- c) Deve-se substituir a vancomicina devido à sua associação com púrpura trombocitopênica imune induzida por drogas.
- d) Está indicada a realização de transfusão profilática de plaquetas devido ao elevado risco de sangramento grave.

30- Mulher, 67a, em tratamento quimioterápico neoadjuvante para neoplasia de mama, evoluiu com edema e dor em membro inferior direito. O ultrassom doppler do membro evidenciou trombose venosa profunda da veia poplítea. **É CORRETO AFIRMAR:**

- a) Por se tratar de uma trombose em contexto de neoplasia ativa, não está indicada a investigação de trombofilia hereditária.
- b) Está contraindicada a anticoagulação estendida pelo risco de sangramento relacionado à plaquetopenia induzida por quimioterapia.
- c) A paciente não poderá ser submetida à mastectomia enquanto estiver em uso de anticoagulante.
- d) Os desfechos com uso de varfarina, heparina de baixo peso molecular e anticoagulantes orais diretos (DOACs) são equivalentes.

31- Homem, 28a, queixa-se de dor em articulações dos membros inferiores há dois dias, que progrediu em intensidade hoje, associada a tosse seca e dispneia. Antecedentes pessoais: anemia falciforme. Exame físico: PA=102x68mmHg, FC=122bpm, FR=26irpm, T=38,2°C, saturação de oxigênio=86% em ar ambiente. Exame laboratorial: hemoglobina=8,2g/dL. Sobre o suporte transfusional adequado deste paciente, **É CORRETO AFIRMAR:**

- a) Devem ser transfundidas hemácias filtradas e irradiadas.
- b) Não está indicada transfusão nesse momento.
- c) Transfusão de troca deve ser instituída imediatamente.
- d) Indicar transfusões simples sequenciais até atingir hemoglobina>11g/dL.

32- Mulher, 35a, queixa-se de dispneia e queda do estado geral há cinco dias. Antecedentes pessoais: lúpus eritematoso sistêmico. Medicamentos: azatioprina, iniciada há oito meses. Exame físico: PA=110x62mmHg, FC=100bpm, FR=22irpm, temperatura=36,8°C, saturação de oxigênio=93% em ar ambiente. Redução de murmúrio vesicular em base de hemitórax direito. Radiograma de tórax: derrame pleural de moderado volume à direita. Líquido pleural: desidrogenase láctica=920UI/L, proteínas=5,2g/dL, pH=7,3, glicose=76mg/dL. Proteína sérica=6,3g/dL, glicemia=86mg/dL. **A HIPÓTESE DIAGNÓSTICA E A CONDUTA SÃO:**

- a) Pleurite lúpica; prescrever prednisona 20mg/d.
- b) Empiema pleural; fazer drenagem de tórax e prescrever antibioticoterapia.
- c) Tuberculose pleural; fazer toracocentese de alívio e prescrever tratamento para tuberculose.
- d) Tromboembolismo pulmonar; iniciar anticoagulação plena.

33- Homem, 77a, deu entrada na unidade de emergência com náuseas, vômitos e rebaixamento do nível de consciência há cinco dias. Perdeu oito quilos nos últimos três meses. Antecedentes pessoais: etilista ativo e hipertenso em tratamento com anlodipina. Exame físico: regular estado geral, torporoso, desidratado (+2/4). Exames laboratoriais: hemoglobina=10,2g/dL, leucócitos=9200/mm³, plaquetas=155.000/mm³, ureia=122mg/dL, creatinina=2,2mg/dL, cálcio sérico=14mg/dL. Tomografia de abdome sem contraste: adenomegalias intra-abdominais e peri-aórticas. Realizada biópsia de gânglio intra-abdominal: granulomas de células epitelióides e gigantes do tipo Langerhans, com corpos de Schaumann. **É CORRETO AFIRMAR:**

- a) A hipercalcemia é decorrente da produção de vitamina D pelos macrófagos.
- b) A dosagem de proteína relacionada ao paratormônio (PTH-rP) deve estar elevada neste paciente.
- c) O nível de cálcio muito elevado define a hipercalcemia como maligna.
- d) Neste caso, a hipercalcúria é menos frequente que a hipercalcemia.

34- Mulher, 25a, procura unidade de emergência com dor em pontada em região precordial há cinco dias. Refere piora da dor ao inspirar. Há duas semanas apresentou quadro de infecção de vias aéreas superiores. Exame físico: bom estado geral, ausculta cardíaca com atrito pericárdico, sem sopros. A ausculta pulmonar está normal. **É CORRETO AFIRMAR:**

- a) O uso de corticoide pode aumentar a recorrência.
- b) Neoplasias malignas são a principal causa desta doença.
- c) O tratamento deve ser com AAS e colchicina por seis meses.
- d) Está indicado o uso de penicilina benzatina.

35- Homem, 58a, queixa-se de perda de 20 quilos nos últimos dois meses. Refere diarreia líquida, sem sangue ou muco há três semanas. Antecedentes pessoais: etilismo (ingere destilados diariamente) e tabagismo (30 anos-maço). Exame físico: regular estado geral. PA=102x68mmHg, FC=92bpm, peso=50kg, altura=1,74m. Abdome: globoso, maciço a 1 cm abaixo da cicatriz umbilical, ruídos hidroaéreos presentes. Membros inferiores com edema compressível (+2/4). Exames laboratoriais: hemoglobina=11,2g/dL, leucócitos=10.200/mm³, plaquetas=182.000/mm³, sódio=132mEq/L, magnésio=1,4mg/dL, fósforo=1,5mg/dL, potássio=3,1mEq/L. Tomografia de abdome em imagem anexa (**Figura Q35** - anexo). **ESTE PACIENTE DEVE RECEBER:**

- a) Dieta oral, seguida de reposição endovenosa de magnésio, potássio e fósforo.
- b) Tiamina endovenosa 500 mg 8/8h antes da dieta oral.
- c) Magnésio e fósforo quelado via oral antes de iniciar a dieta oral.
- d) Prescrever dieta parenteral e fosfato de potássio endovenoso.

36- Mulher, 49a, comparece à unidade de emergência por desequilíbrio ao andar e tontura há duas semanas, quando parou de ingerir bebida alcoólica. Antecedentes pessoais: etilismo (uma garrafa de cachaça por dia há 20 anos), tabagismo (25 anos-maço). Exame físico: PA=110x72mmHg, FC=102bpm. Emagrecida, pele escurecida e descamativa em áreas foto-expostas. Neurológico: marcha de base alargada e passos curtos. Nistagmo horizontal. Exames laboratoriais: hemoglobina=9,3g/dL, VCM=109fL, RDW=16%, leucócitos=4200/mm³, plaquetas=102.000/mm³, creatinina=0,45mg/dL, magnésio=1,36mg/dL, potássio=3,2mEq/L. Realizada ressonância nuclear magnética (**Figura Q36** - anexo). **A HIPÓTESE DIAGNÓSTICA E A CONDUTA INICIAL SÃO:**

- a) Abstinência ao álcool; prescrever diazepam 10 mg endovenoso.
- b) Encefalopatia de Wernicke; prescrever tiamina 500 mg endovenosa 8/8h.
- c) Encefalopatia hepática; prescrever lactulose e clister glicerinado.
- d) Meningoencefalite herpética; prescrever aciclovir endovenoso.

37- Homem, 58a, transferido à unidade de emergência após síncope por arritmia há dois dias, quando foi submetido à cardioversão elétrica. Queixa-se hoje de tontura e dispneia aos médios esforços. Antecedentes pessoais: hipertensão arterial sistêmica há 20 anos em tratamento irregular com losartana, ex-tabagista (40 anos-maço), etilismo (10 garrafas de cerveja aos finais de semana) há 17 anos. Exame físico: PA=90x64mmHg, FC=102bpm, tempo de enchimento capilar=4 segundos. Tórax: ritmo cardíaco regular em dois tempos, murmúrio vesicular com estertores finos em bases. Exames laboratoriais: hemoglobina=11,2g/dL, leucócitos=5.350/mm³, plaquetas=194.000/mm³, CK=890UI/L, AST=2350UI/L, ALT=2532UI/L, bilirrubina total=4,2mg/dL, bilirrubina direta=3,6mg/dL, RNI=1,28. **A HIPÓTESE DIAGNÓSTICA É:**

- a) Hepatite transinfecçiosa.
- b) Hepatite isquêmica aguda.

- c) Hepatite aguda viral.
- d) Hepatite alcoólica aguda.

38- Mulher, 67a, queixa-se de cansaço e adinamia há 15 dias. Os exames iniciais mostraram: hemoglobina=5,4g/dL, hematócrito=14,5%, VCM=95fL, HCM=30pg, RDW=28%, leucócitos=1800/mm³, neutrófilos=820/mm³, monócitos=180/mm³, linfócitos=1000/mm³, plaquetas=32.000/mm³. O esfregaço revelou frequentes macroovalócitos e alguns neutrófilos hipersegmentados. Não foram evidenciados blastos. Contagem de reticulócitos=0,08x10⁶/mm³ (4%) (VR=0,02-0,09x10⁶/mm³), bilirrubinas totais=2,0mg/dL, bilirrubina indireta=1,8mg/dL, bilirrubina direta=0,2mg/dL, AST=18UI/L, ALT=20UI/L, desidrogenase láctica=1245UI/L, proteína C reativa=0,45mg/dL. **É CORRETO AFIRMAR:**

- a) Os achados laboratoriais são indicativos de hemólise, devendo-se iniciar prednisona 1 mg/kg/dia.
- b) Por se tratar de leucemia aguda, deve ser indicada coleta de mielograma e início de tratamento quimioterápico com urgência.
- c) Deve ser iniciada reposição de vitamina B12 imediatamente, independentemente do valor da dosagem sérica desta vitamina.
- d) A idade da paciente no contexto de pancitopenia torna anemia aplásica a hipótese diagnóstica mais provável.

39- Mulher, 37a, procura a unidade de emergência por episódio de sangue nas fezes, associado a uma semana de mal-estar, febre e epistaxe. Antecedentes pessoais: etilismo (ingere quatro latas de cerveja por dia) e asma. Medicamentos em uso: budesonida inalatória. Exame físico: temperatura=38,2°C, PA=98x68mmHg, FC=110bpm, FR=20irpm, saturação de oxigênio=98% em ar ambiente. Exames laboratoriais: hemoglobina=10,2g/dL, leucócitos totais=2.300/mm³, plaquetas=22.000/mm³, TTPa=38s, TAP=15s, fibrinogênio=60mg/dL, bilirrubina total=0,9mg/dL, AST=30UI/L, ALT=35UI/L, d-dímero=25ng/mL. **A HIPÓTESE DIAGNÓSTICA É:**

- a) Anemia aplásica.
- b) Coagulopatia hepática.
- c) Púrpura trombocitopênica trombótica.
- d) Coagulação intravascular disseminada.

40- Homem, 28a, deu entrada na unidade de emergência por confusão mental há três dias. Antecedentes: infecção pelo HIV desde os 23 anos, com retorno ao uso regular da terapia antirretroviral há oito semanas. Ingere quatro garrafas de cerveja ao dia, desde o diagnóstico da infecção. Exame físico: PA=100x70mmHg, FC=70bpm, FR=16irpm, temperatura=37°C, glicemia capilar=105mg/dL. Regular estado geral, oroscopia sem lesões, ausculta cardíaca e pulmonar sem

alterações, fígado a três cm do rebordo costal direito, baço percutível, sem sinais de ascite. Exame neurológico: escala de coma de Glasgow=12, sem déficits neurológicos focais, sem sinais de irritação meníngea, presença de nistagmo bilateral. Exames laboratoriais: hemoglobina=13g/dL, sódio=136mEq/L, potássio=3,7mEq/L, creatinina=0,9mg/dL, CD4=90células/mm³ (VR: 500 a 1500/mm³), carga viral=indetectável. **A HIPÓTESE DIAGNÓSTICA E A CONDUTA SÃO:**

- a) Toxoplasmose cerebral e coleta de liquor.
- b) Encefalopatia de Wernicke e tiamina oral.
- c) Encefalopatia hepática e lactulose.
- d) Síndrome inflamatória de reconstituição imune e tomografia de crânio.

41- Mulher, 60a, queixa-se de lombalgia há quatro meses, sem história de trauma. Antecedentes pessoais: dislipidemia, menopausa há seis anos e tabagismo (40 anos-maço). Medicamentos: sinvastatina (40mg/dia). Exame físico: IMC=19Kg/m². Dor à palpação de coluna vertebral, sem outras alterações. Exames laboratoriais: creatinina=0,9mg/dL, fosfatase alcalina=120UI/L, cálcio total=11,2mg/dL, fósforo=2,3mg/dL, vitamina D=25ng/mL (VR=20 a 80ng/mL), paratormônio=50pg/mL, creatinofosfoquinase=302UI/L. Aguarda a densitometria óssea. **A HIPÓTESE DIAGNÓSTICA É:**

- a) Hiperparatireoidismo primário.
- b) Osteodistrofia relacionada à estatina.
- c) Osteoporose por deficiência de vitamina D.
- d) Osteoporose pós-menopausa.

42- Mulher, 65a, foi submetida a colectomia parcial devido a neoplasia. No sexto dia de pós-operatório, encontra-se sudoreica e confusa. Exame físico: PAS=90x70mmHg, FC=120bpm, FR=28irpm, saturação de oxigênio=88% em ar ambiente, temperatura=38,9°C. Abdome: distendido e doloroso, ruídos hidroaéreos diminuídos, saída de secreção pio-sanguinolenta em média quantidade pelo dreno abdominal. Exame complementar: hemocultura positiva para *Klebsiella pneumoniae* produtora de beta-lactamase de espectro ampliado. **É CORRETO AFIRMAR:**

- a) A paciente está em choque séptico e devem ser prescritos metronidazol e cefepime.
- b) A paciente está em choque séptico e deve ser prescrito meropenem.
- c) A paciente está em sepse e devem ser prescritos metronidazol e ceftriaxone.
- d) A paciente está em sepse e deve ser prescrita polimixina B.

43- Mulher, 70a, procura unidade de emergência com quadro de fraqueza. Antecedentes pessoais: hipertensão arterial e diabetes melito, controlados. Exame físico: regular estado geral, desidratada +/-, desnutrida. PA=122x74mmHg, FC=72bpm. Ausculta pulmonar e cardíaca sem alterações, abdome escavado, sem visceromegalias. Ausência de edemas. Exames laboratoriais: hemoglobina

glicada=6,8%, creatinina=5,2mg/dL (há três meses era 1,2mg/dL), cálcio=11,2mg/dL, hemoglobina=9,2g/dL, leucócitos=3.450/mm³. Exame de urina: pH=5,5; densidade=1010, proteína ausente, hemácias=3/campo, leucócitos=2/campo, cilindros hialinos e hialinos granulados presentes.

A HIPÓTESE DIAGNÓSTICA É:

- a) Glomerulonefrite rapidamente progressiva.
- b) Nefrite intersticial aguda por droga.
- c) Mieloma múltiplo.
- d) Doença renal do diabetes agudizada.

44- Mulher, 25a, procura a unidade de emergência por tosse com secreção amarelada, febre e calafrios há quatro dias. Antecedentes pessoais: anemia falciforme com múltiplas internações por crises álgicas. Exame físico: PA=82x46mmHg, FC=122bpm, FR=30irpm, saturação de oxigênio=89% em ar ambiente. Ausculta pulmonar com estertor fino na base esquerda. Exames laboratoriais: hemoglobina=8,6g/dL, leucócitos=16.340/mm³, plaquetas=152.000/mm³, creatinina=1,78mg/dL, ureia=120mg/dL. **A BACTÉRIA ASSOCIADA AO QUADRO DA PACIENTE É:**

- a) *Neisseria meningitidis*.
- b) *Pseudomonas aeruginosa*.
- c) *Enterococcus faecalis*.
- d) *Streptococcus pneumoniae*.

45- Homem, 53a, comparece à unidade de emergência apresentando tosse com escarro amarelado, febre e fraqueza há três dias. Nega uso recente de antibióticos. Antecedentes pessoais: hipertensão arterial e dislipidemia. Medicamentos em uso: enalapril 20 mg/dia e atorvastatina 20 mg/dia. Exame físico: PA=126x82mmHg, FC=82bpm, FR=20irpm, saturação de oxigênio=96% em ar ambiente, temperatura=38,2°C. Ausculta pulmonar com estertores crepitantes na base direita. Radiograma de tórax de tórax com condensação em lobo inferior direito com broncogramas aéreos. **A CONDUTA É:**

- a) Internar no hospital e prescrever ceftriaxone endovenoso.
- b) Coletar escarro e aguardar resultado antes de iniciar tratamento.
- c) Solicitar tomografia computadorizada de tórax.
- d) Prescrever amoxicilina-clavulanato e azitromicina por via oral.

46- Homem, 67a, previamente hígido, interna por tosse seca, febre e dispneia há sete dias. PCR positivo para SARS-CoV-2. Evoluiu com palidez e dor em repouso em membro inferior direito. Exame físico: ausência de pulso em artéria femoral direita. Foi submetido à embolectomia, sem intercorrências. Em relação à hipercoagulabilidade na COVID-19, **É CORRETO AFIRMAR:**

- a) Frequentemente há plaquetopenia, alargamento do TTPa e redução de fibrinogênio, semelhante à coagulação intravascular disseminada.
- b) As trombozes em sítios arteriais, como infarto e acidente vascular cerebral, são mais comuns do que as venosas.
- c) Fatores de risco associados à trombose arterial em pacientes com COVID-19 incluem D-dímero > 230 ng/mL e sexo masculino.
- d) Devido à hipercoagulabilidade presente na COVID-19, todos os pacientes com dispneia devem receber anticoagulação plena.

47- Mulher, 62a, assintomática, em consulta de rotina traz dosagem de sódio de 129 mEq/L. O exame físico é normal. Exames: osmolaridade sérica = 278 mOsm/Kg e osmolaridade urinária = 512 mOsm/Kg.

É ESPERADO ENCONTRAR:

- a) Hipercalemia.
- b) Uréia sérica aumentada.
- c) Desidratação.
- d) Ácido úrico sérico diminuído.

48- Mulher, 52a, queixa-se de dor abdominal difusa, intensa, sem relação com a alimentação, há seis meses, associada a náuseas e vômitos. Intercala períodos de diarreia e constipação, ficando sete dias sem evacuar. Perdeu 12 quilos nos últimos dois meses. Antecedentes pessoais: diabetes melito há 22 anos em tratamento para retinopatia. Medicamentos em uso: insulina. Exame físico: PA = 142 x 82 mmHg, FC = 98 bpm, peso = 32 Kg, altura = 1,55 m. Abdome: flácido, indolor, ruídos hidroaéreos presentes, sem massas. Exames laboratoriais: hemoglobina glicada = 9,2%, sódio = 142 mEq/L, potássio = 3,5 mEq/L, creatinina = 0,8 mg/dL, ureia = 42 mg/dL. Realizada tomografia de abdome (**Figura Q48** - anexo). **A HIPÓTESE DIAGNÓSTICA É:**

- a) Câncer de cólon.
- b) Pancreatite crônica.
- c) Gastroparesia diabética.
- d) Doença inflamatória intestinal.

49- Homem, 42a, é avaliado por esquecimento, confusão mental e dificuldade de se expressar há dois meses, com piora progressiva. Não está em uso de medicações. Exame físico: PA = 116 x 74 mmHg, FC = 72 bpm, FR = 14 irpm. Exame neurológico: obedece a comandos simples. Está desorientado no tempo e no espaço. Apresenta déficit de atenção e fala disártrica. Observadas mioclônias em membros. Exames laboratoriais: hemograma normal, sódio = 128 mEq/L, creatinina = 0,8 mg/dL, TSH e T4 livre normais. Eletroencefalograma: estado epilético não convulsivo

com crises focais iniciando em ambos os lobos temporais. Ressonância nuclear magnética (**figura Q49** – anexo). **A HIPÓTESE DIAGNÓSTICA É:**

- a) Encefalite límbica autoimune.
- b) Doença de Lyme.
- c) Leucoencefalopatia multifocal progressiva.
- d) Doença de Whipple.

50- Homem, 62a, queixa-se de dificuldade para dormir e manter o sono, três a quatro vezes por semana, nos últimos dois anos. Refere também sonolência diurna. Recebeu orientação quanto às medidas adequadas para dormir. Antecedentes pessoais: hipertensão arterial. Medicamentos em uso: losartana. Exame físico: T=36,7°C, PA=128x78mmHg, FC=72bpm, FR=14irpm, IMC=24,8Kg/m². **A CONDUTA É:**

- a) Indicar terapia cognitivo comportamental.
- b) Orientar cochilo de 15 a 30 min após o almoço.
- c) Prescrever trazodona ao deitar-se.
- d) Prescrever zolpidem ao deitar-se.

51- Homem, 75a, queixa-se de falta de ar progressiva aos esforços associada a tosse seca de difícil controle. Refere que a dispneia vem piorando nos últimos quatro meses, com classificação *Modified Medical Research Council (mMRC)*=3. Antecedentes pessoais: ex-tabagista (30 anos-maço, cessou há sete anos). Nega exposição a risco ocupacional e domiciliar para doenças pulmonares. Exames laboratoriais: hemoglobina=15,8g/dL, leucócitos=7400/mm³, segmentados=59%, linfócitos=25%, eosinófilos=6%, monócitos=10%, plaquetas=232.000/mm³, velocidade de hemossedimentação=5mm/h, painel de autoanticorpos negativos. Tomografia computadorizada (**Figura Q51** - anexo). Espirometria: redução dos volumes pulmonares e CVF=50% do previsto para o paciente. **A HIPÓTESE DIAGNÓSTICA E A CONDUTA SÃO:**

- a) Fibrose pulmonar idiopática; realizar biópsia pulmonar cirúrgica antes de iniciar tratamento específico.
- b) Fibrose pulmonar idiopática; iniciar tratamento com anti fibrótico, não sendo necessária biópsia para confirmação.
- c) Pneumonite por hipersensibilidade fibrótica; realizar broncoscopia com lavado bronco alveolar antes de iniciar terapia imunossupressora.
- d) Fibrose pulmonar idiopática; iniciar corticoide sistêmico e azatioprina, não sendo necessária biópsia para confirmação.

52- Homem, 30a, asmático, queixa-se de tosse seca, dor de garganta e cefaléia há dois dias. Não fez uso de beta agonista nas últimas quatro semanas e não apresenta limitação de suas atividades.

Vacinado para COVID-19 com três doses. Medicamentos em uso: formoterol/budesonida 6/200mcg duas vezes por dia. Exames: PCR para SARS-CoV-2=positivo. **É CORRETO AFIRMAR:**

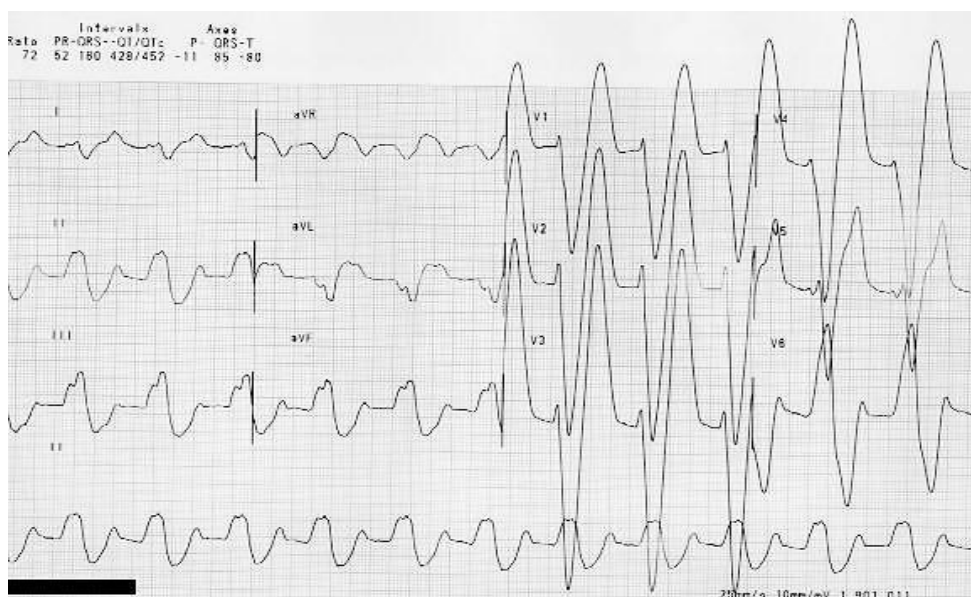
- a) O paciente deve procurar atendimento para avaliar oximetria de pulso e realizar exame de imagem pulmonar, pois a asma se associa a pior prognóstico para COVID-19.
- b) O paciente não necessita de isolamento porque recebeu três doses de vacina. Enquanto isso, deve substituir sua medicação por formoterol 6mcg 12/12h.
- c) O paciente deve fazer isolamento domiciliar. Caso apresente dispneia refratária à dose adicional de beta agonista de curta duração, deve procurar atendimento médico.
- d) O paciente deve suspender o corticoide inalatório e mudar o beta agonista de longa para curta duração.

53- Mulher, 63a, internada há sete dias por doença pulmonar obstrutiva crônica infectada, está em preparação para alta hospitalar. Antecedentes pessoais: tabagismo (36 anos-maço, parou há seis anos), diabetes melito, hipertensão arterial, doença pulmonar obstrutiva crônica e hipotireoidismo. Medicamentos em uso: metformina, losartana, hidroclorotiazida, levotiroxina, tiotrópio e salbutamol. Exame físico: temperatura=36,5°C, PA=128x82mmHg, FC=76bpm, FR=18irpm, saturação de oxigênio=89% em ar ambiente, ausculta cardíaca normal, ausculta pulmonar com murmúrio reduzido globalmente. Gasometria: pH=7,40, PCO₂=44mmHg, PO₂=54mmHg, saturação de oxigênio=88%. **A**

CONDUTA É:

- a) Indicar BIPAP domiciliar.
- b) Associar budesonida inalatória.
- c) Indicar oxigenioterapia domiciliar.
- d) Manter a medicação em uso.

54- Mulher, 50a, admitida na unidade de emergência por dispneia há uma semana, associada a palpitações e lipotimia há um dia. Nega episódios semelhantes. Antecedentes pessoais: tabagismo (27 anos-maço), hipertensão arterial e diabetes melito. Medicamentos em uso: AAS, enalapril, sinvastatina, metformina e insulina. Exame físico: temperatura=36,3°C, PA=222x114mmHg, FC=84bpm, FR=35irpm, oximetria de pulso=98% em ar ambiente. Ausculta pulmonar com crepitações em bases, edema periférico até as coxas, estase jugular. Vígil e orientada. ECG anexo

**A CONDUTA É:**

- a) Prescrever gluconato de cálcio.
- b) Indicar cardioversão elétrica sincronizada.
- c) Indicar desfibrilação.
- d) Prescrever sulfato de magnésio.

55- Homem, 39a, queixa-se há seis horas de dor epigástrica associada a sudorese profusa, além de náuseas e vômitos. Antecedentes pessoais: hipertensão arterial, tabagismo (22 anos-maço) e trabalha em lavoura. Exame físico: sudorese intensa. Temperatura=36,7°C, PA=132x78mmHg, FC=46bpm, FR=26irpm, saturação de oxigênio=96% sob cateter 2L/min. Escala de coma de Glasgow=15, pupilas isocóricas, fotorreagentes e mióticas. Ausculta cardíaca normal e roncosp difusos na ausculta pulmonar. Abdome indolor. Em áreas da coxa você percebe fasciculações. ECG: bradicardia sinusal, com um supra desnivelamento do segmento ST de 1,5mm seguido de uma onda T normal nas derivações V2 e V3. **A CONDUTA É:**

- a) Infundir 1 mg de atropina e coletar troponina; repetir ECG em três horas.
- b) Realizar tomografia de crânio e angiotomografia de aorta.
- c) Iniciar atropina em bolus e em bomba de infusão.
- d) Iniciar AAS, clopidogrel, atorvastatina e coletar troponina.

56- Homem, 44a, deu entrada na unidade de emergência por febre, prostração e dor abdominal há três dias. Antecedentes pessoais: ex-etilista (ingeria uma garrafa de destilado/dia por 20 anos, parou há dois anos). Exame físico: PA=92x66mmHg, FC=108bpm, FR=14irpm. Sonolento, telangiectasias presentes em tórax. Abdome: difusamente doloroso, semicírculo de Skoda positivo na cicatriz umbilical. Exames laboratoriais: hemoglobina=9,8g/dL, leucócitos=14.300/mm³,

plaquetas=98.000/mm³, RNI=1,75. Exame do líquido ascítico: leucócitos=864/mm³ com 42% de neutrófilos e 20% de linfócitos. **É CORRETO AFIRMAR:**

- a) O tratamento empírico inicial deve ser com meropenem.
- b) A febre ocorre em mais de 50% destes pacientes.
- c) A cultura do líquido ascítico é positiva em 90% dos casos.
- d) O principal agente etiológico é o *Enterococcus*.

57- Homem, 15a, comparece à consulta na unidade básica de saúde com sintomas de reação alérgica grave, após consumir arroz com camarão. Antecedentes pessoais: asma persistente moderada e rinite alérgica a ácaros da poeira doméstica. Exame físico: ansioso, eritema difuso cutâneo em face e tronco. PA=112x72mmHg, FC=120bpm, FR=24irpm, oximetria de pulso=96% em ar ambiente, presença de sibilos em ambos os hemitóraces. **O ALÉRGENO QUE CURSA COM REATIVIDADE CRUZADA POR SIMILARIDADE ENTRE ESPÉCIES E PODERÁ ESTAR RELACIONADO AO QUADRO CLÍNICO DO PACIENTE É:**

- a) Aldolase.
- b) Parvalbumina.
- c) Albumina sérica.
- d) Tropomiosina.

58- Mulher, 50a, comparece em consulta de acompanhamento de doença renal crônica. Antecedentes pessoais: doença renal policística. Exame físico: PA=142x76mmHg, FC=82bpm. Ausência de edemas. Exames laboratoriais: creatinina=2mg/dL, clearance de creatinina=34mL/min/1,73m², cálcio=9,1mg/dL, fósforo=4,5mg/dL, fosfatase alcalina=65UI/L, vitamina D=38ng/mL, paratormônio=154pg/mL. **A CONDUTA É:**

- a) Iniciar quelante de fósforo.
- b) Orientar restrição de alimentos ricos em fosfato.
- c) Suplementar carbonato de cálcio com vitamina D.
- d) Iniciar calcitriol para inibir a paratireoide.

59- Mulher, 40a, queixa-se de poliúria, polidipsia e nictúria. Antecedentes pessoais: distúrbio afetivo bipolar. Medicamentos em uso: carbonato de lítio 250mg, 4x/dia. Exame físico: PA=114x82mmHg, FC=82bpm. Restante do exame sem anormalidades. Exames laboratoriais: sódio=152mEq/L, potássio=4,1mEq/L, creatinina=0,8mg/dL, ureia=38mg/dL, HCO₃=28mEq/L, cloro=115mmol/L, glicose=90mg/dL, lítio=1,5mEq/L (VR 0,6-1,2mEq/L). **O MECANISMO PARA DESENCADear A POLIÚRIA É:**

- a) Secreção inapropriada do hormônio antidiurético.
- b) Resistência das células tubulares renais ao hormônio antidiurético.

- c) Aumento da ingesta hídrica pela elevação da osmolaridade sérica.
- d) Hiperfiltração glomerular.

60- Homem, 46a, vem em consulta para tratamento de obesidade. Ele está em programa de dieta e atividade física, mas permanece com IMC=35Kg/m² nos últimos seis meses. Antecedentes: hipertensão arterial, diabetes melito e nefrolitíase. Exame físico: PA=124x78mmHg, FC=76bpm, FR=12irpm. Ausculta cardíaca e respiratória normais. **A CONDUTA É:**

- a) Associar liraglutida.
- b) Associar orlistate.
- c) Associar bupropiona.
- d) Associar topiramato.

61- Homem, 61a, retorna em consulta assintomático, para avaliação de exames laboratoriais. Antecedentes pessoais: hipertensão arterial e dislipidemia. Medicamentos em uso: enalapril 20mg/d (iniciado há duas semanas), anlodipina 10mg/d e sinvastatina 20mg/d. Exames laboratoriais: creatinina=1,8mg/dL, potássio=5,8mEq/L, clearance de creatinina=32mL/min/1,73m². Há três semanas os exames eram: creatinina=1,3mg/dL, potássio=4,5mEq/L, clearance de creatinina=51mL/min/1,73m². **A CONDUTA É:**

- a) Suspender enalapril e prescrever furosemida.
- b) Manter enalapril e prescrever furosemida.
- c) Manter enalapril e repetir os exames em duas semanas.
- d) Substituir enalapril por losartana.

62- Homem, 67a, queixava-se de fraqueza em membros inferiores há dois anos. Como os exames mostravam creatinofosfoquinase=825UI/L e a eletroneuromiografia era compatível com padrão miopático, foi diagnosticado como polimiosite e iniciado prednisona 1mg/kg/dia. No retorno, dois meses depois da primeira consulta, refere piora da fraqueza em coxas, sensação de fraqueza em mãos e disfagia para sólidos. Exame físico: hipotrofia de quadríceps femoral e de região flexora dos antebraços. Força muscular grau 4 em quadríceps femoral, gastrocnêmios e flexores profundos dos dedos das mãos, de maneira simétrica. Demais músculos aparentemente sem fraqueza. A dosagem de CPK nesta consulta é de 800UI/L. **A CONDUTA É:**

- a) Solicitar biópsia muscular.
- b) Aumentar a dose da prednisona.
- c) Associar azatioprina.
- d) Solicitar estudo de condução nervosa.

63- Mulher, 78a, queixa-se de dor lombar que piora com a movimentação há mais de 10 anos. Há um mês utiliza, duas a três vezes por semana, ibuprofeno para alívio da dor. Exame físico normal. Exames laboratoriais: hemoglobina=12,3g/dL, leucócitos=8.430/mm³, plaquetas=282.000/mm³, creatinina=1,6mg/dL (creatinina do mês anterior=0,9 mg/dL). **O MECANISMO DA LESÃO RENAL AGUDA NESTE CASO ENVOLVE:**

- a) Vasoconstrição da arteríola eferente.
- b) Toxicidade tubular proximal.
- c) Vasoconstrição da arteríola aferente.
- d) Vasodilatação da arteríola aferente.

64- Mulher, 33a, queixa-se de dor abdominal em cólica com diarreia aquosa explosiva após as refeições, nos últimos seis meses. Perdeu seis quilos no período. Antecedentes pessoais: esclerose sistêmica difusa cutânea, doença do refluxo gastroesofágico, fenômeno de Raynaud e úlceras em dedos. Exame físico: esclerodactilia. Abdome com ruídos hidroaéreos aumentados, indolor e flácido.

A HIPÓTESE DIAGNÓSTICA É:

- a) Isquemia mesentérica crônica.
- b) Doença inflamatória intestinal.
- c) Supercrescimento bacteriano.
- d) Síndrome do intestino irritável.

65- Mulher, 74a, queixa-se de cansaço aos médios esforços com piora há 20 dias. Antecedentes pessoais: ex-tabagista (10 anos-maço, cessou há dois anos), hipertensão arterial há 20 anos, dislipidemia e diabetes melito há 14 anos e sedentarismo. Medicamentos em uso: losartana 50 mg/d, hidroclorotiazida 25 mg/d, anlodipina 5m/d, metformina 500mg/d e sinvastatina 20mg/d. Exame físico: eupneica, acianótica, saturação de oxigênio=95% em ar ambiente, FC=80bpm, FR=20irpm, PA=145x85mmHg. IMC=32Kg/m², cintura abdominal=98cm. Ausculta pulmonar e cardíaca sem alterações. Edema de membros inferiores=+/4+. Radiograma (**Figura Q65** - anexo). Ecocardiograma: fração de ejeção de ventrículo esquerdo=58% (VR>50%), pressão estimada arterial pulmonar=52mmHg (VR<40mmHg), hipertrofia excêntrica do ventrículo esquerdo, volume atrial esquerdo indexado=58mL/m² (VR<34mL/m²), ventrículo direito=24mm (VR<26mm). **A CONDUTA É:**

- a) Solicitar cateterismo cardíaco direito; iniciar sildenafil ou ambrisentana.
- b) Solicitar cintilografia pulmonar de perfusão, espirometria e tomografia de tórax.
- c) Solicitar ressonância nuclear magnética cardíaca; iniciar furosemida e sacubitril-valsartana.
- d) Solicitar medida ambulatorial da pressão arterial; iniciar furosemida e empagliflozina.

66- Mulher, 71a, apresenta piora cognitiva progressiva nos últimos seis meses, com importante comprometimento das atividades diárias. Apresenta tremores no tronco, dificuldade de marcha e

alteração do ciclo sono vigília. Antecedentes pessoais: dislipidemia. Medicamentos em uso: atorvastatina. Exame físico: temperatura=36,5°C, PA=126x86mmHg, FC=78bpm, FR=16irpm. Exame neurológico: vígil, confusa no tempo e espaço. Mioclonias em tronco. Ataxia cerebelar presente bilateralmente. Reflexos tendinosos profundos aumentados em membros. Ressonância nuclear magnética de encéfalo (**Figura Q66** – anexo). **A HIPÓTESE DIAGNÓSTICA É:**

- a) Demência da doença de Parkinson.
- b) Doença de Creutzfeldt-Jakob.
- c) Doença de Alzheimer.
- d) Demência vascular.

67- Mulher, 77a, queixa-se de tremores em mãos há três meses. Antecedentes pessoais: hipertensão arterial, dislipidemia e depressão. Medicações em uso: sinvastatina, anlodipina, enalapril, mirtazapina e flunarizina (há dois anos para “labirintite”). Exame físico: PA=122x86mmHg, FC=84bpm. Exame cardiopulmonar normal. Exame neurológico: tremor de repouso em mãos, rigidez com roda denteada em membros superiores. Marcha lentificada. **A CONDUTA É:**

- a) Suspender mirtazapina e iniciar levodopa.
- b) Solicitar ressonância nuclear magnética de crânio e iniciar levodopa.
- c) Suspender flunarizina e manter acompanhamento clínico.
- d) Solicitar SPECT cerebral e iniciar pramipexole.

68- Mulher, 75a, comparece em consulta na Unidade Básica de Saúde por recorrência de diarreia, quatro evacuações diárias por dia há cinco dias. Há um mês, foi tratada para infecção por *Clostridioides difficile* com metronidazol, apresentando melhora da diarreia. Antecedentes pessoais: diabetes e infecção urinária de repetição tratada com antibióticos. Exame físico: PA=120x68mmHg, FC=92bpm, levemente desidratada. O restante do exame físico está normal. **A CONDUTA É:**

- a) Dieta sem lactose.
- b) Nitazoxanida oral.
- c) Vancomicina oral.
- d) Metronidazol oral.

69- Mulher, 62a, assintomática, vem em consulta de retorno. Antecedentes pessoais: infarto agudo do miocárdio com implante de *stent* farmacológico há três semanas, insuficiência cardíaca, hipertensão arterial, dislipidemia, diabetes melito, obesidade e pancreatite. Medicamentos em uso: losartana, carvedilol, metformina, furosemida, ácido acetil salicílico, clopidogrel e atorvastatina. Exame físico: PA=134x84mmHg, FC=66bpm, FR=12irpm, saturação de oxigênio=96% em ar ambiente. Exames laboratoriais: hemoglobina glicada=8,5%, clearance de creatinina=55mL/min/1,73m². **O FÁRMACO A SER ASSOCIADO É:**

- a. Empagliflozina.
- b. Gliclazida.
- c. Liraglutida.
- d. Pioglitazona.

70- Homem, 63a, procura atendimento por dispneia e fadiga progressivamente pior nos últimos três meses. Antecedentes: tromboembolismo pulmonar ocorrido há cinco meses e hipertensão arterial. Medicamentos em uso: losartana e apixabana. Exame físico: PA=154x82mmHg, FC=92bpm, FR=20irpm, oximetria de pulso=94% em ar ambiente. Ausculta cardíaca e pulmonar sem alterações. ECG: ritmo sinusal. Ecocardiograma: hipertrofia ventricular direita e aumento de átrio direito, associados a hipertensão arterial pulmonar. **O EXAME INDICADO É:**

- a) Dosagem sérica do D-dímero.
- b) Angiotomografia arterial de tórax.
- c) Cateterismo cardíaco direito e angiografia pulmonar.
- d) Cintilografia de ventilação/perfusão.

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

Figura Q4– referente à questão 4



Figura Q7 – referente à questão 7



Figura Q16- referente à questão 16

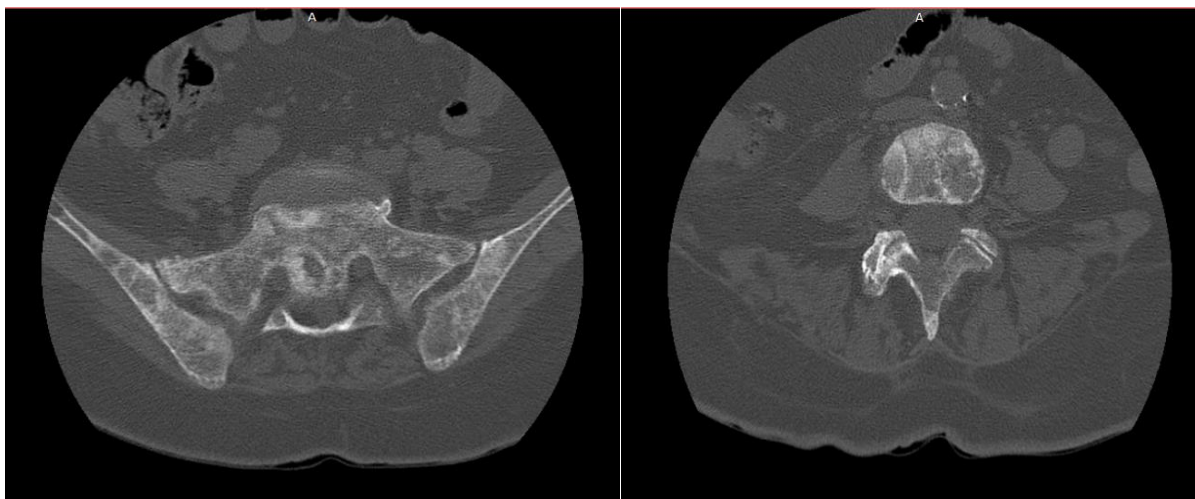


Figura Q17– referente à questão 17

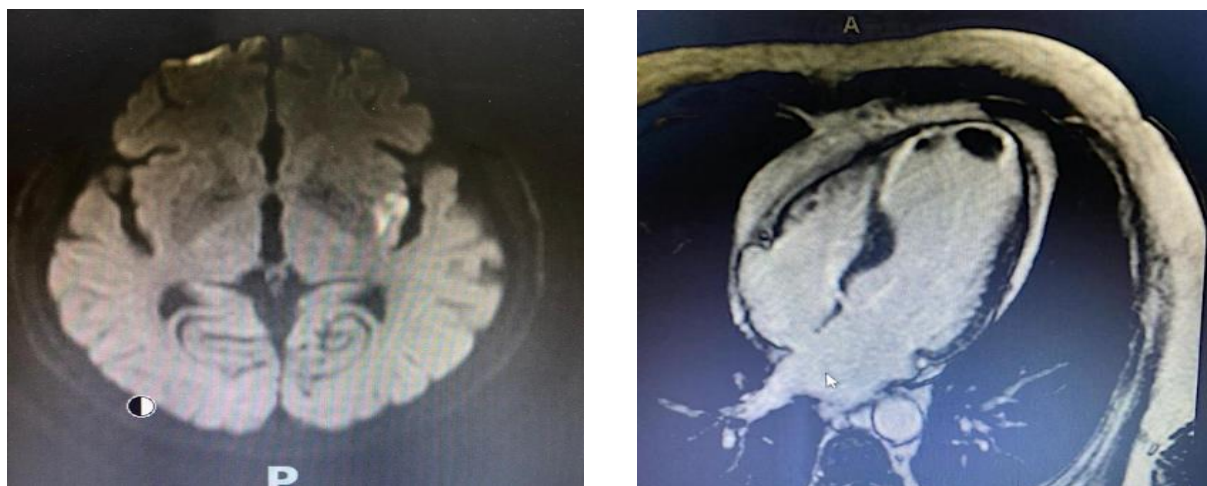


Figura Q19 – referente à questão 19



Figura Q22 – referente à questão 22

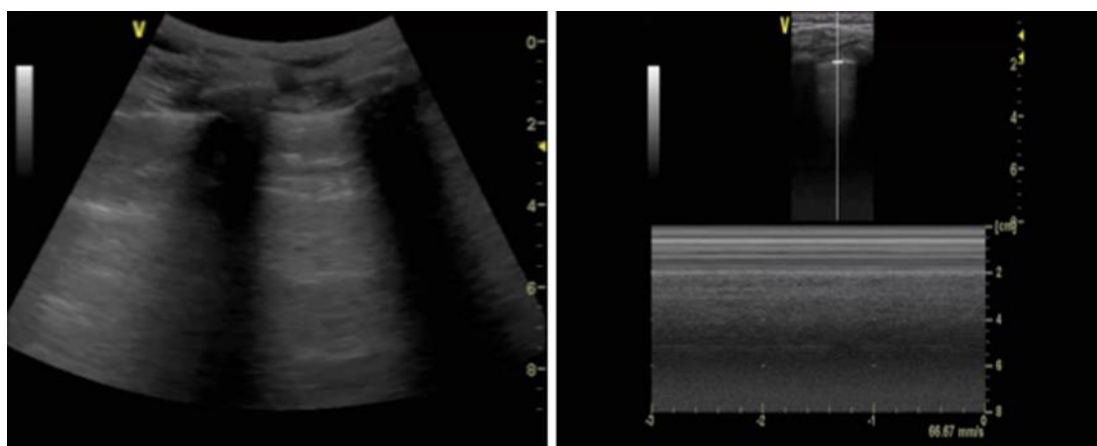


Figura Q35– referente à questão 35

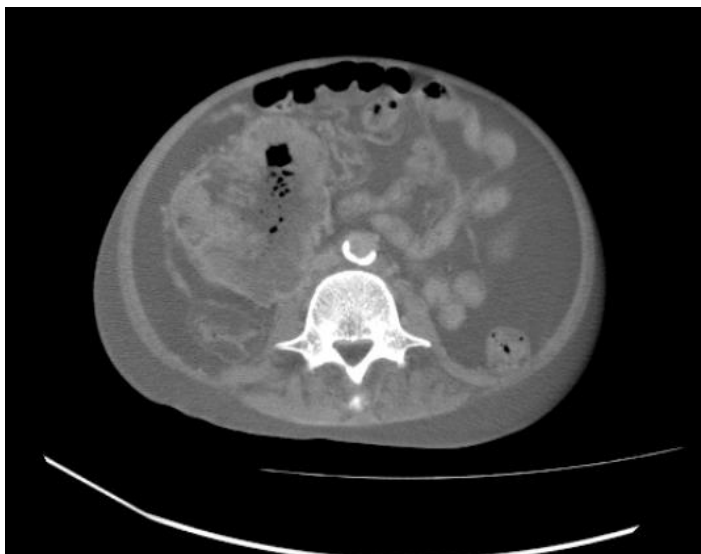


Figura Q36– referente à questão 36

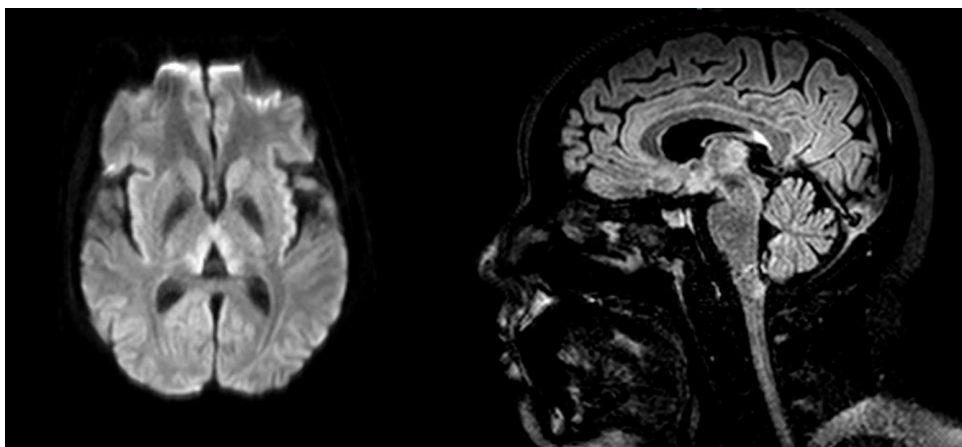
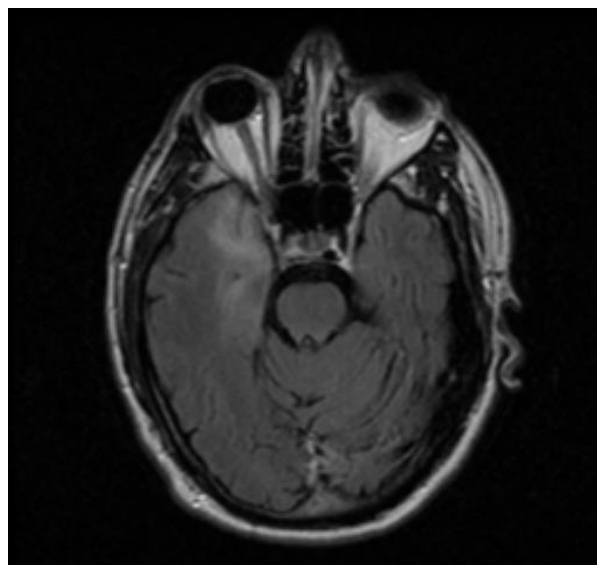


Figura Q48 – referente à questão 48



Figura Q49- referente à questão 49.



Figuras Q51 – referente à questão 51

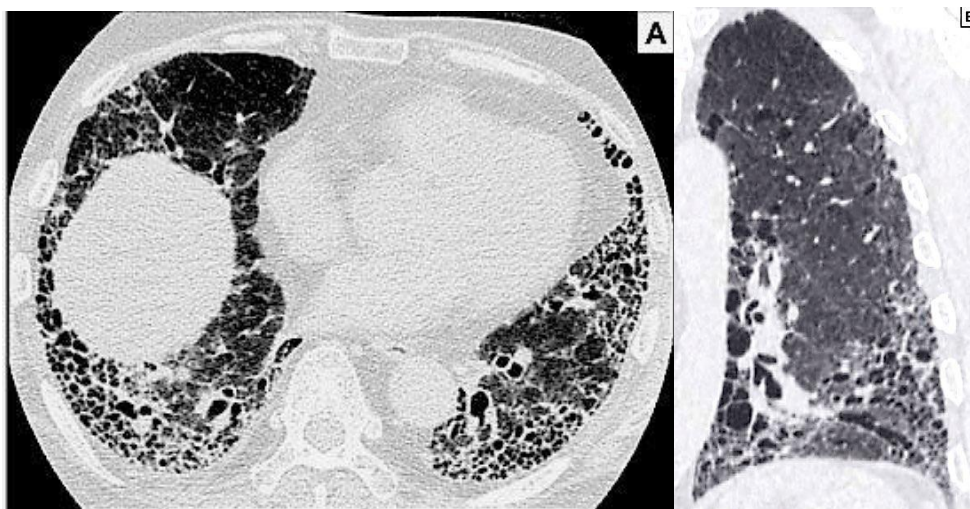


Figura Q65 – referente à questão 65



Figura Q66 – referente à questão 66

