



**ALBERT EINSTEIN**  
SOCIEDADE BENEFICENTE ISRAELITA BRASILEIRA

**HOSPITAL ISRAELITA ALBERT EINSTEIN**  
PROGRAMAS DE RESIDÊNCIA MÉDICA  
PROCESSO SELETIVO 2025

**002. PROVA ESCRITA OBJETIVA (TEÓRICA)**

**PRÉ-REQUISITO EM CLÍNICA MÉDICA**

**Programas:** Oncologia Clínica | Cardiologia | Geriatria | Hematologia e Hemoterapia | Nefrologia

- Você recebeu sua folha de respostas e este caderno contendo 50 questões objetivas.
- Confira seus dados impressos na capa deste caderno e na folha de respostas.
- Quando for permitido abrir o caderno, verifique se está completo ou se apresenta imperfeições. Caso haja algum problema, informe ao fiscal da sala para a devida substituição desse caderno.
- Leia cuidadosamente todas as questões e escolha a resposta que você considera correta.
- Marque, na folha de respostas, com caneta de tinta preta, a letra correspondente à alternativa que você escolheu.
- A duração da prova é de 2 horas e 30 minutos, já incluído o tempo para o preenchimento da folha de respostas.
- Só será permitida a saída definitiva da sala e do prédio após transcorrida 1 hora do início da prova.
- Deverão permanecer em cada uma das salas de prova os 3 últimos candidatos, até que o último deles entregue sua prova e assine o termo respectivo.
- Ao sair, você entregará ao fiscal a folha de respostas e este caderno.
- Até que você saia do prédio, todas as proibições e orientações continuam válidas.

**AGUARDE A ORDEM DO FISCAL PARA ABRIR ESTE CADERNO.**

Nome do candidato \_\_\_\_\_

RG \_\_\_\_\_

Inscrição \_\_\_\_\_

Prédio \_\_\_\_\_

Sala \_\_\_\_\_

Carteira \_\_\_\_\_



## CLÍNICA MÉDICA

01. Paciente do sexo masculino, 50 anos, com histórico prévio de hipertensão e dislipidemia, apresentou infarto agudo do miocárdio com supradesnivelamento de ST em parede anterior. Cateterismo demonstrou lesão única em artéria descendente anterior-proximal. Realizou angioplastia com sucesso após três horas do início dos sintomas. Ecocardiograma após evento: fração de ejeção do ventrículo esquerdo 45% e hipocinesia em parede anterior.

Com base no caso hipotético, assinale a alternativa que apresenta a indicação correta em relação a reabilitação cardiovascular na alta hospitalar.

- (A) Paciente não tem indicação de reabilitação cardiovascular, visto apresentar apenas lesão coronariana única já abordada em cateterismo.
- (B) Ingressar paciente no programa o quanto antes, pelo maior benefício em relação ao diâmetro ventricular e à capacidade funcional.
- (C) Aguardar pelo menos um mês após angioplastia, já que nessa fase ainda existe maior risco de novos eventos coronarianos e arritmias.
- (D) Aguardar três meses após a alta, pois o remodelamento ventricular resultará em menor chance de arritmias e descompensação da insuficiência cardíaca.

02. Paciente do sexo masculino, 45 anos, apresenta insuficiência cardíaca de fração de ejeção reduzida (ICFER), com etiologia ainda não definida, em primeira consulta no contexto ambulatorial, sem sinais de instabilidade hemodinâmica, com ausência de hipervolemia ao exame físico, porém classe funcional III. Ele está utilizando furosemida 40 mg uma vez por dia, enalapril 10 mg 12/12 horas, carvedilol 6,25 mg 12/12 horas, espirolactona 25 mg uma vez por dia e dapagliflozina 10 mg uma vez por dia, sendo que todos os medicamentos foram introduzidos em sua última descompensação hospitalar. Sinais vitais: pressão arterial: 105 x 65 mmHg; frequência cardíaca: 68 bpm; saturação O<sub>2</sub>: 97%; temperatura: 36 °C.

Com base no caso hipotético, assinale a alternativa correta sobre a conduta terapêutica mais adequada na ICFER.

- (A) O paciente já apresenta frequência cardíaca inferior a 70 bpm, o que indica que não é necessário ajustar a dose do betabloqueador em uso.
- (B) O uso de sacubitril/valsartana é uma opção nesse contexto, porém com necessidade de *washout* (intervalo) de 36 horas sem enalapril.
- (C) O uso de dapagliflozina deve ser descontinuado devido à ausência de diabetes, podendo ser reavaliado a qualquer momento conforme laboratório.
- (D) O paciente já está em uso de doses máximas recomendadas das medicações para o tratamento da insuficiência cardíaca com fração de ejeção reduzida.

03. Paciente do sexo feminino, 45 anos, apresentou-se para avaliação ambulatorial devido a quadro de dispneia progressiva com início há um mês. Após anamnese e exame físico realizados pelo médico, foram solicitados exames laboratoriais, incluindo peptídeo natriurético tipo B (BNP).

Considerando a insuficiência cardíaca como uma das hipóteses diagnósticas, assinale a alternativa correta.

- (A) A medição do BNP, nesse contexto de dispneia com possível suspeita de etiologia cardiovascular, não oferece valor incremental ao julgamento clínico e ao exame físico inconclusivo.
- (B) A medição do BNP, nesse cenário, poderia contribuir para o diagnóstico de insuficiência cardíaca, porém não auxilia em relação ao prognóstico da doença.
- (C) Níveis mais altos de BNP estão associados a um maior risco de desfechos adversos a curto e longo prazo em pacientes com insuficiência cardíaca, incluindo morte por todas as causas.
- (D) Caso a paciente necessite de admissão hospitalar, recomenda-se atingir limiar específico de BNP durante a internação, com o intuito de melhorar o desfecho da doença.

04. Paciente do sexo masculino, 55 anos, com histórico de hipertensão arterial, comparece a uma avaliação de rotina ambulatorial. Faz uso de losartana 50 mg, duas vezes por dia, e de hidroclorotiazida 25 mg, uma vez por dia.

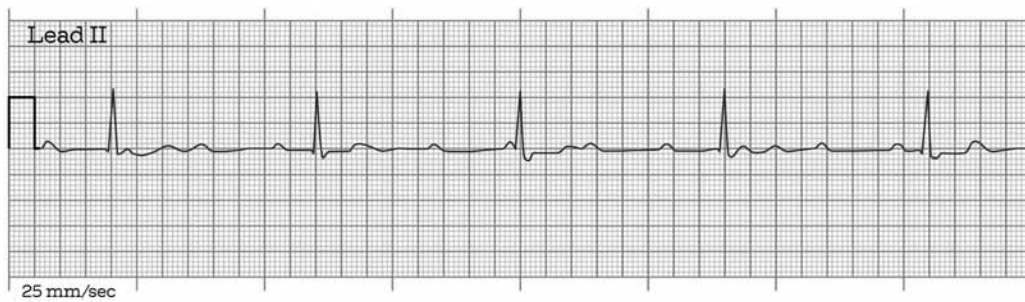
Apresenta os seguintes exames solicitados:

- CT: 240, LDL: 160, HDL: 40, TG: 180.
- Ultrassonografia *doppler* das carótidas e vertebrais: discreta placa ateromatosa (< 50%) em artéria carótida interna direita, sem repercussão em fluxo e/ou hemodinâmica.

Assinale a alternativa correta em relação à conduta a ser realizada.

- (A) O paciente é considerado de moderado risco cardiovascular, então ele necessita de estatina de moderada potência.
- (B) O médico deve orientar dieta para controle do colesterol e repetir exames em três meses para verificar necessidade de estatina.
- (C) A meta para esse paciente é reduzir o colesterol LDL, com estatina, para valores menores que 100 mg/dL.
- (D) O paciente deve utilizar, de preferência, estatina de alta potência, considerando o alto risco cardiovascular apresentado por ele.

05. Mulher, 68 anos, hipertensa e diabética. Procura pronto-socorro devido a sensação de desmaio e dor torácica. Ao exame físico, encontra-se pálida, com pulso filiforme, sudorese e tempo de enchimento capilar de cinco segundos. A pressão arterial é 60 x 40 mmHg. O eletrocardiograma (ECG) foi realizado prontamente na admissão e apresentou o seguinte resultado:



Com base no caso hipotético, assinale a alternativa correta sobre a conduta que deve ser tomada.

- (A) Administrar atropina 1 mg e solicitar marcapasso transcutâneo para estabilizar frequência cardíaca e reestabelecer perfusão.
- (B) Observar paciente por cinco minutos e repetir ECG para iniciar uma conduta precisa diante dos achados.
- (C) Devido ao ritmo do ECG e à clínica de hipoperfusão descrita, realizar cardioversão elétrica imediata.
- (D) Administrar amiodarona 150 mg para reestabelecimento do ritmo e, posteriormente, implantar marcapasso definitivo.
06. Jovem de 21 anos, atleta, sem histórico conhecido de doenças cardiovasculares ou familiares, sofreu uma parada cardiorrespiratória (PCR) súbita enquanto praticava futebol. Ele foi rapidamente atendido por um profissional de saúde, que estava no local e iniciou a reanimação cardiopulmonar (RCP). Após a chegada do desfibrilador externo automático (DEA), o dispositivo identificou ritmo passível de desfibrilação.
- A causa mais provável da PCR nesse paciente é:
- (A) doença arterial coronariana.
- (B) cardiomiopatia hipertrófica.
- (C) estenose aórtica importante.
- (D) tromboembolismo pulmonar.
07. Considere um homem com valvulopatia aórtica e classe funcional II.
- Com base nesse contexto, assinale a alternativa que apresenta corretamente uma situação em que o procedimento de implante transcater de válvula aórtica (TAVI) estaria mais indicado.
- (A) 71 anos, estenose aórtica importante, etiologia degenerativa.
- (B) 75 anos, estenose aórtica importante, etiologia reumática.
- (C) 80 anos, estenose aórtica moderada, etiologia degenerativa.
- (D) 55 anos, estenose aórtica importante, etiologia degenerativa.
08. Paciente de 56 anos, hipertenso e diabético, é admitido no hospital com queixa de dor torácica retroesternal, em aperto, com irradiação para o braço esquerdo e o pescoço, iniciada há uma hora. Sinais vitais: pressão arterial: 160 x 90 mmHg; frequência cardíaca: 90 bpm; saturação  $O_2$ : 96%; temperatura: 36,5 °C. Ausculta cardíaca e respiratória sem alterações. O eletrocardiograma realizado na admissão revelou supradesnivelamento do segmento ST em V2-V4, e a troponina está elevada. O paciente recebeu tratamento medicamentoso inicial recomendado. O cateterismo revelou lesão única de 99% no terço médio da artéria descendente anterior (DA).
- A conduta correta a ser realizada nesse momento consiste em
- (A) realizar tratamento clínico otimizado com IECA, betabloqueadores e estatinas, sem necessidade de revascularização.
- (B) indicar revascularização cirúrgica imediata devido à localização e à importância da lesão coronariana.
- (C) observar clinicamente e definir conduta após 24 horas da admissão, com base na curva de troponina e nas alterações do ecocardiograma.
- (D) realizar angioplastia coronariana com implante de *stent* em artéria descendente anterior.
09. Paciente de 52 anos é admitido no hospital apresentando dor precordial intensa.
- Considerando o diagnóstico de choque cardiogênico, assinale a alternativa que apresenta corretamente a situação mais representativa dessa condição.
- (A) Pressão arterial sistólica: 80 mmHg; índice cardíaco: 2,7 L/min/m<sup>2</sup>; saturação venosa de oxigênio: < 75%.
- (B) Dosagem de lactato: 1 mmol/L; tempo de enchimento capilar: 4 segundos; diurese: 1,0 mL/kg/hora.
- (C) Dosagem de lactato: 2 mmol/L; tempo de enchimento capilar: 1 segundo; diurese: 1,5 mL/kg/hora.
- (D) Pressão arterial sistólica: 85 mmHg; índice cardíaco: 1,5 L/min/m<sup>2</sup>; saturação venosa de oxigênio: < 60%.

10. Uma mulher de 65 anos retorna ao consultório de clínica médica para seguimento por doença renal crônica (DRC) e hipertensão arterial. A paciente apresenta uma taxa de filtração glomerular estimada de 28 mL/min/1,73 m<sup>2</sup>, razão albumina/creatinina urinária isolada de 250 mg/g e potássio sérico de 4,2 mEq/L (sem alteração significativa nos últimos seis meses). Seus sinais vitais são: FC: 78 bpm, FR: 18 irpm, PA: 120 × 84 mmHg. Exame cardíaco e pulmonar sem alterações. Ela está em uso de enalapril 20 mg de 12/12h.

Considerando as atuais evidências, assinale a alternativa que apresenta corretamente a conduta que poderia reduzir o risco de progressão da DRC ou de morte cardiovascular.

- (A) Trocar enalapril por clortalidona 25 mg uma vez ao dia.
- (B) Adicionar empagliflozina 10 mg uma vez ao dia.
- (C) Adicionar furosemida 40 mg uma vez ao dia.
- (D) Adicionar losartana 50 mg uma vez ao dia.

11. Um homem de 68 anos vai ao pronto-socorro com palpitações associadas a dispneia progressiva nos últimos dois dias. Apresentou tosse pouco produtiva no período. Exame físico: FC: 128 bpm irregular, FR: 24 irpm, PA: 82 × 54 mmHg, SatO<sub>2</sub>: 91%, T: 37,6 °C. O paciente tem um histórico de fibrilação atrial paroxística há dois anos, em uso de rivaroxabana 20 mg/dia. Exame de ultrassonografia à beira-leito evidenciou múltiplas linhas B em base do tórax à esquerda e padrão de linhas A no restante do tórax; a veia cava inferior tinha 0,7 cm de diâmetro com colapso quase completo à inspiração. O ritmo eletrocardiográfico está mostrado a seguir.



Assinale a alternativa correta em relação à conduta mais adequada nesse caso.

- (A) Cardioversão elétrica sincronizada.
- (B) Expansão volêmica e antibioticoterapia.
- (C) Metoprolol intravenoso para controle de frequência.
- (D) Reversão da anticoagulação com plasma fresco congelado.

12. Uma mulher de 25 anos procurou o pronto atendimento múltiplas vezes nos últimos 5 anos por episódios recorrentes de dor abdominal intensa e edema de face, lábios, mãos e pés. Não apresentou prurido ou lesões urticariformes durante esses episódios, que tinham duração média de três a quatro dias. Em avaliação ambulatorial, não foi identificado fator causal para os episódios, e a paciente perdeu o seguimento. Há três dias, começou a notar novamente um edema progressivo no rosto e nos lábios, além de dor abdominal difusa. Ao procurar o pronto atendimento no primeiro dia de sintomas, foi tratada com adrenalina intramuscular e metilprednisolona intravenosa, tendo recebido alta após 6 horas de observação com prescrição de prednisona, difenidramina, cimetidina e desloratadina. Não notou melhora sintomática com as medicações e agora retorna com aumento do edema facial e dificuldade para engolir.

Com base na principal hipótese diagnóstica, a terapia que tem a maior chance de ser efetiva é

- (A) icatibanto subcutâneo.
- (B) adrenalina em infusão contínua intravenosa.
- (C) pulso de metilprednisolona intravenosa por 3 dias.
- (D) infusão de imunoglobulina intravenosa.

13. Um homem de 64 anos procura o pronto atendimento com queixa de cefaleia iniciada há 4 dias. A dor é predominantemente hemicraniana, variando em intensidade entre 7 e 9 em uma escala de 0 a 10. A cefaleia é associada a náuseas e fotofobia. O paciente relata que tem utilizado dipirona 4x/dia para controle da dor. Nega febre, sintomas respiratórios, digestivos ou urinários. Sem outras queixas no período. Nega episódios prévios de cefaleia. Antecedente: hipertensão arterial sistêmica, em uso de hidroclorotiazida; sem outras comorbidades ou sintomas prévios. Os sinais vitais à entrada são: FC: 80 bpm, FR: 16 irpm, PA: 144 × 82 mmHg e T: 36,5 °C. Ao exame neurológico, apresenta nível e conteúdo da consciência sem alterações, força grau 5 nos quatro membros, sem déficits de nervos cranianos e sem sinais de irritação meníngea.

Com base no caso hipotético, assinale a alternativa que apresenta a conduta correta nesse momento.

- (A) Realizar prova terapêutica com sumatriptano.
- (B) Suspender a dipirona para controle de cefaleia por abuso de analgésicos.
- (C) Iniciar ibuprofeno para controle sintomático e propranolol para profilaxia das crises.
- (D) Prosseguir investigação com exame de imagem.

14. Um homem de 30 anos foi levado ao pronto atendimento pelo irmão e por amigos devido a rebaixamento do nível de consciência há cerca de 40 minutos. Os amigos relataram que o paciente estava em um bar, onde consumiu pelo menos 10 doses de uísque. Após uma discussão com a namorada, ingeriu uma quantidade desconhecida de comprimidos de clonazepam, há cerca de duas horas. O irmão informou que o paciente tem antecedente de epilepsia e transtorno afetivo bipolar e que estava fazendo uso irregular de clonazepam há seis meses, sem uso de outras medicações. Exame na sala de emergência: FC: 65 bpm, FR: 14 irpm, PA: 110 × 70 mmHg, T: 36,0 °C. Pupilas isocóricas, fotorreagentes, abertura ocular espontânea, resposta verbal confusa com desorientação temporoespacial, resposta motora apropriada a comandos.

Assinale a alternativa que apresenta corretamente a conduta que deve ser tomada no pronto atendimento.

- (A) Passagem de sonda nasogástrica para lavagem e administração de carvão ativado.
- (B) Administração de naloxona.
- (C) Observação em leito monitorizado.
- (D) Administração de flumazenil.

15. Um homem de 18 anos foi admitido na sala de emergência apresentando dor abdominal, náuseas, vômitos, fadiga e taquipneia. Relatou poliúria, polidipsia e perda de peso significativa nas últimas duas semanas. Na entrada, os sinais vitais eram: PA: 92 × 60 mmHg, FC: 122 bpm, FR: 32 irpm, T: 36,8 °C e  $\text{SatO}_2 = 98\%$  em ar ambiente. Exames laboratoriais revelaram: glicemia sérica: 430 mg/dL, pH: 7.14,  $\text{PaO}_2$ : 92,  $\text{PaCO}_2$ : 22, bicarbonato: 8 mEq/L, Na: 139 mEq/L, K: 3.7 mEq/L.

Assinale a alternativa que apresenta todas as terapias adequadas para esse momento.

- (A) Soro fisiológico IV, insulina regular IV e potássio IV.
- (B) Ringer lactato IV, insulina lispro SC e bicarbonato IV.
- (C) Ringer lactato IV, insulina regular IV e bicarbonato IV.
- (D) Soro fisiológico IV e insulina regular IV.

16. Um homem de 28 anos, com antecedente de Trombastenia de Glanzmann, procura o consultório médico relatando fadiga persistente há três semanas e surgimento de petéquias em mãos e pés há cerca de uma semana. Relata que teve uma infecção de vias aéreas superiores há um mês, quando utilizou anti-histamínicos, dipirona e própolis para controle sintomático, tendo os sintomas resolvidos em 5 dias. Ele pergunta se as lesões cutâneas têm relação com as medicações que utilizou e se ele está sob maior risco de sangramento no momento. O médico que o atende não tinha familiaridade com essa doença e decide utilizar uma ferramenta de inteligência artificial (IA) para saber se existe relação entre as queixas do paciente e a Trombastenia de Glanzmann, além de formular um plano de conduta.

Com base no caso hipotético, assinale a alternativa correta.

- (A) Caso o serviço de saúde disponha de um modelo próprio de IA, o médico deve utilizar esse serviço para ditar a conduta a ser tomada.
- (B) O uso de IA para raciocínio diagnóstico não preenche os requisitos éticos da boa prática médica e não deve ser estimulado.
- (C) É possível garantir a privacidade do usuário com os atuais modelos pagos de IA em nuvem, podendo-se fazer *upload* dos prontuários e fazer perguntas diretamente para o modelo.
- (D) O médico pode utilizar modelos de IA para pesquisar estudos que relacionem os sintomas descritos e a doença, verificando as informações fornecidas diretamente nos estudos referenciados.

17. Um homem de 50 anos procura o pronto atendimento com história de dor abdominal de início súbito, intensa, localizada no quadrante superior esquerdo e epigástrico, irradiando para as costas. A dor começou há cerca de 12 horas, é constante e se intensifica com a ingestão de alimentos. O paciente também se queixa de náuseas persistentes e vômitos de conteúdo biliar (8 episódios), iniciados pouco depois da dor. Nega febre no período. Sinais vitais à entrada: FC: 118 bpm, FR: 26 irpm, PA: 104 × 62 mmHg, T: 37,8 °C. Ao exame clínico, apresenta dor à palpação de todo o andar superior do abdome, sem piora da dor à descompressão brusca. Um exame de USG à beira-leito evidenciou vesícula com múltiplos cálculos móveis no seu interior, parede de 2 mm, sem líquido perivesicular, sem presença de sinal de Murphy ultrassonográfico.

Os exames laboratoriais mostram:

Hemograma:

- Hemoglobina: 15,2 g/dL (VR: 13,5 – 17,5 g/dL)
- Hematócrito: 45% (VR: 40% – 50%)
- Leucócitos: 14 500/mm<sup>3</sup> (VR: 4 000 – 11 000/mm<sup>3</sup>) com desvio à esquerda
- Plaquetas: 250 000/mm<sup>3</sup> (VR: 150 000 – 450 000/mm<sup>3</sup>)

Proteína C-reativa (PCR): 120 mg/L (VR: <5 mg/L)

Ureia: 75 mg/dL (VR: 15 – 40 mg/dL)

Creatinina: 2,1 mg/dL (VR: 0,7 – 1,3 mg/dL)

Sódio: 130 mEq/L (VR: 135 – 145 mEq/L)

Potássio: 5,2 mEq/L (VR: 3,5 – 5,0 mEq/L)

TGO (AST): 150 U/L (VR: 5 – 40 U/L)

TGP (ALT): 132 U/L (VR: 5 – 40 U/L)

Gama-GT: 140 U/L (VR: 9 – 36 U/L)

Fosfatase alcalina: 160 U/L (VR: 40 – 129 U/L)

Amilase: 800 U/L (VR: 30 – 110 U/L)

Lipase: 1 200 U/L (VR: 10 – 140 U/L)

Bilirrubina direta: 2,5 mg/dL (VR: 0,0 – 0,4 mg/dL)

Bilirrubina indireta: 1,2 mg/dL (VR: 0,0 – 0,9 mg/dL)

Urina Tipo 1:

- Densidade: 1 020 (VR: 1 005 – 1 030)
- pH: 5,5 (VR: 4,5 – 8,0)
- Proteínas: ausentes
- Leucócitos: 2-4/campo (VR: 0-5/campo)
- Hemácias: raras (VR: 0-3/campo)
- Nitrito: negativo

Considerando o quadro apresentado e os achados laboratoriais, assinale a alternativa que apresenta corretamente a conduta mais importante nesse momento.

- (A) Iniciar ceftriaxona e metronidazol.
- (B) Solicitação de tomografia computadorizada de abdome para avaliar a drenagem de possíveis coleções.
- (C) Expansão volêmica com solução cristalóide.
- (D) Colectomia videolaparoscópica.

18. Paciente do sexo feminino, de 35 anos de idade, tabagista, portadora de transtorno afetivo bipolar em uso de lítio 300 mg duas vezes ao dia, sem queixas atuais, passa em consulta médica ambulatorial para avaliação periódica de saúde após iniciar atividade física intensa para perda de peso. Exame físico geral: bom estado, peso: 95,2 kg, altura: 1,65 m, pressão arterial: 112 × 76, frequência cardíaca: 68 bpm, frequência respiratória: 16 ipm, avaliação por sistemas sem particularidades. Apresenta os seguintes resultados de exames complementares:

Creatinina: 0,8 mg/dL

Glicemia: 79 mg/dL

Colesterol total: 178 mg/dL

LDL-c: 98 mg/dL

Triglicérides: 170 mg/dL

HDL-c: 46 mg/dL

AST: 31 U/L

ALT: 30 U/L

Hemograma completo:

- Hemácias: 4,47 milhões/mm<sup>3</sup>
- Hemoglobina: 14,7g/dL
- Hematócrito: 41,6%
- Leucócitos: 14 722/mm<sup>3</sup>
- Basófilos: 58/mm<sup>3</sup>
- Eosinófilos: 61/mm<sup>3</sup>
- Mielócitos: 0/mm<sup>3</sup>
- Metamielócitos: 0/mm<sup>3</sup>
- Bastões: 0/mm<sup>3</sup>
- Segmentados: 12 763/mm<sup>3</sup>
- Linfócitos: 1 495/mm<sup>3</sup>
- Linfócitos atípicos: 0/mm<sup>3</sup>
- Monócitos: 345/mm<sup>3</sup>
- Plaquetas: 203 mil/mm<sup>3</sup>

Com base nesses resultados, o médico **NÃO** deve

- (A) repetir hemograma para monitorar evolução de leucocitose.
- (B) considerar a possibilidade de gravidez e investigar atividade sexual, métodos contraceptivos e atraso menstrual.
- (C) evitar prescrever antimicrobianos, já que não há sintomas ou sinais infecciosos percebidos e a paciente se encontra em bom estado.
- (D) solicitar mielograma e biópsia de medula óssea.

19. Considere um paciente do sexo masculino, de 49 anos de idade, usuário de testosterona via intramuscular, internado para tratamento de espondilodiscite. Foi instituída terapia empírica com vancomicina após coleta de hemoculturas, que resultaram negativas, e o paciente se manteve sem melhora clínica até que, no quinto dia de internação, desenvolve déficit motor em membro inferior esquerdo.

Entre as condutas necessárias, **NÃO** está

- (A) coleta de biópsia óssea eletiva guiada por tomografia.
- (B) abordagem cirúrgica de urgência para descompressão e coleta de material.
- (C) teste molecular para tuberculose.
- (D) coleta de soroglutinação rápida ou anticorpos totais para brucelose.

20. Paciente do sexo feminino, de 55 anos de idade, procura consulta para orientação sobre terapia hormonal da menopausa. Seu último fluxo menstrual foi aos 47 anos de idade. Ela tem útero, não tem histórico pessoal ou familiar de câncer de mama, doença arterial coronariana ou tromboembolismo venoso e não fez uso de reposição hormonal anteriormente.

Considerando esse cenário de aconselhamento, é correto afirmar:

- (A) existem melhores alternativas para manejo de sintomas vasomotores sem os efeitos deletérios da terapia hormonal, particularmente se considerando esse perfil de paciente, após 5 anos da menopausa.
- (B) a terapia de reposição hormonal assume perfil desfavorável apenas quando de início em idade superior a 60 anos, pelo progressivo aumento do risco de eventos cardiovasculares.
- (C) há recomendação de uso da terapia hormonal para a redução do risco de diabetes mellitus tipo 2 em mulheres pós-menopausa.
- (D) não há recomendação de uso de terapia hormonal para expectativa de benefícios cognitivos e da prevenção do desenvolvimento de demência.

21. Paciente do sexo masculino, de 70 anos de idade, previamente portador de diabetes mellitus tipo 2 e hipertensão arterial sistêmica, com prescrição de uso contínuo de atorvastatina 20 mg 1x ao dia, losartana 50 mg 1x ao dia, hidroclorotiazida 25 mg 1x ao dia, metformina 850 mg 3x ao dia e gliclazida 30 mg 1x ao dia, está em primeiro dia pós-operatório de prótese total de quadril eletiva. Seu peso habitual é de 70 kg. Está em leito de enfermaria, e seu débito urinário foi de 670 mL nas últimas 24 horas. Exame físico: frequência cardíaca: 98 bpm, pressão arterial: 168 x 92 mmHg, frequência respiratória: 18 ipm, temperatura: 36,8 °C, escala numérica de dor: 7, regular estado geral, com fácies de dor, hidratado, corado, bem perfundido, abdome peristáltico, flácido, indolor e sem massas palpáveis, edema 1+/-4 perimaleolar bilateral e com curativo limpo e seco sobre ferida operatória.

Sobre o manejo desse paciente, é correto afirmar:

- (A) o débito urinário é suficiente para diagnosticar lesão renal aguda em estágio KDIGO 2.
- (B) a ultrassonografia de rins e vias urinárias deve ser realizada para avaliação etiológica do quadro, independentemente de outros fatores sugestivos de etiologia pós-renal.
- (C) expansão volêmica vigorosa para estímulo de diurese é recomendada nesse paciente, e diuréticos devem ser imediatamente interrompidos.
- (D) a prescrição de anti-inflamatórios não esteroidais deve respeitar a taxa de filtração glomerular estimada, não devendo ser iniciados caso  $< 30 \text{ mL/minuto}/1.73 \text{ m}^2$ .

22. Paciente do sexo masculino, de 47 anos de idade, passa em consulta ambulatorial de rotina. É previamente portador de hipertensão arterial e diabetes mellitus tipo 2, está atualmente em uso de metformina XR 500 mg 1x ao dia, enalapril 10 mg 2x ao dia e atorvastatina 20 mg 1x ao dia. Exame físico: frequência cardíaca: 76 bpm, pressão arterial: 138 x 79 mmHg, frequência respiratória: 14 ipm, IMC: 36,7 kg/m<sup>2</sup>, acantose nigricans em axilas, pés com inspeção sem particularidades e sensibilidade preservada ao teste com monofilamento e diapasão. Apresenta os seguintes resultados de exames complementares:

Hemoglobina: 14,6g/dL

Plaquetas: 258 mil/mm<sup>3</sup>

Hemoglobina glicada: 8,2%

AST: 76 UI/L

ALT: 68 UI/L

Colesterol total: 174 mg/dL

LDL-c: 91 mg/dL

HDL-c: 36 mg/dL

Triglicérides: 235 mg/dL

Albuminúria em amostra isolada: < 30 mg/1 g de creatinina

Ultrassonografia de abdome superior: fígado de dimensões normais, contornos definidos, bordas lisas, ecogenicidade aumentada difusamente, sem lesões focais, com vasos de calibre e trajeto preservados. Vesícula biliar de conteúdo anecoico, paredes delgadas, contornos definidos e ductos biliares com calibres preservados.

Sobre o cuidado desse paciente, **NÃO** é correto afirmar que deve ser

- (A) estimulada perda de peso atingível de 10% através de mudanças de estilo de vida com apoio multiprofissional.
- (B) intensificada terapia para o diabetes mellitus tipo 2, preferencialmente com tiazolidinedionas ou análogos de GLP1.
- (C) prescrita vitamina E, pois o paciente apresenta doença hepática esteatótica associada a disfunção metabólica.
- (D) verificado o estado vacinal para hepatite B, sendo o paciente encaminhado para imunização caso necessário.

23. Paciente do sexo feminino, de 23 anos de idade, é admitida em enfermaria por suspeita de pielonefrite associada a lesão renal aguda. Durante avaliação da admissão, apresenta queixas de fadiga, febre, poliartralgia e queda de cabelo. Nega sintomas urinários baixos ou dor em flancos. Exame físico: frequência cardíaca: 95 bpm, pressão arterial: 143 x 58 mmHg, frequência respiratória: 16 ipm, estado geral regular, alopecia frontal não cicatricial, sem outras alterações de pele ou lesões orais, artrite de interfalangeanas proximais sem deformidade. Exames complementares da admissão:

Hemoglobina: 11 g/dL

Hematócrito: 33%

VCM: 82 fL

HCM: 29,2 pg

RDW: 12,5%

Leucócitos: 3 298/uL

Segmentados: 1 730/uL

Eosinófilos: 42/uL

Basófilos: 58/uL

Linfócitos: 1 384/uL

Monócitos: 84/uL

Plaquetas: 116 mil/mm<sup>3</sup>

Velocidade de hemossedimentação: 100 mm/h

Proteína C reativa: 15 mg/dL

Creatinina: 1,4 mg/dL

Urina tipo 1:

- Cor: amarela
- Aspecto: ligeiramente turvo
- Densidade: 10,014
- Proteína 1+
- Nitrito: negativo
- Hemácias: 11 000/mL
- Leucócitos: 32 000/mL

Sobre a avaliação diagnóstica dessa paciente, é correto afirmar:

- (A) neoplasias hematológicas e infecções virais, bem como outras doenças autoimunes, podem ter apresentações clínicas semelhantes e devem ser consideradas no diagnóstico diferencial.
- (B) avaliação de complemento, anti-DNA dupla hélice, pesquisa de dismorfismo eritrocitário e quantificação de proteinúria substituem biópsia na investigação do acometimento renal.
- (C) outros sítios de acometimento silente devem ser melhor avaliados por ressonância magnética de crânio, ecocardiograma e tomografia computadorizada de abdome.
- (D) a coleta de fator antinuclear e outros autoanticorpos é dispensável para o diagnóstico clínico de lúpus eritematoso sistêmico.

24. Paciente do sexo masculino, de 53 anos de idade, previamente hígido, procura atendimento ambulatorial por queixa de dor abdominal, alteração de hábito intestinal e fezes com sangue. Não apresenta febre, refere que vem notando perda de apetite e que tem estado mais pálido. Nega realização de pesquisa de sangue oculto nas fezes ou colonoscopia no passado. Exame físico: bom estado geral, eutrófico, afebril, descorado 1+/4, anictérico, sem massas abdominais palpáveis e sem outras alterações percebidas.

Sobre o cuidado e a avaliação diagnóstica desse paciente, é **INCORRETO** afirmar:

- (A) colonoscopia diagnóstica com potencial realização de biópsia deve ser feita pela suspeita de câncer colorretal vide descrição clínica.
- (B) deve ser realizada dosagem de CEA, caso confirmado câncer colorretal, pelo valor prognóstico e de resposta a terapia instituída, a despeito de valor diagnóstico insuficiente.
- (C) estadiamento por imagem, com tomografia computadorizada de tórax, abdome e pelve, é suficiente para câncer colorretal, exceto em casos de acometimento retal ou manifestação de sintomas neurológicos focais.
- (D) dosagem de transaminases, enzimas canaliculares e bilirrubinas deve ser colhida para avaliação de metástases hepáticas e reclassificação de estadiamento caso haja elevação.

25. Paciente do sexo feminino, de 43 anos de idade, sem comorbidades conhecidas e sem medicações de uso contínuo, procura atendimento médico ambulatorial, com demanda de suplementação vitamínica, por queixa de sonolência diurna e perda de performance laboral. Conta que é microempreendedora e trabalha durante 12 a 14 horas diariamente. Dorme das 22 horas às 3 horas da manhã, quando é acordada pelo despertador e inicia os afazeres domiciliares antes da jornada de trabalho. Anos mais jovem, quando não estava em sua ocupação atual, dormia das 22 horas às 6 horas da manhã e não tinha os sintomas mencionados. Relata que, quando seus filhos ficam aos cuidados dos avós e ela pode dormir até mais tarde, tem melhora transitória.

Sobre a avaliação dessa paciente, é correto afirmar:

- (A) não apenas a duração como também a qualidade do sono deve ser acessada, pois é possível haver sintomas de privação de sono mesmo em diários de sono com duração superior a 7 horas diárias, situação em que a prescrição de melatonina noturna pode ser benéfica.
- (B) cochilos breves diurnos com duração inferior a 20 minutos podem ter um efeito deletério na sonolência diurna e na fadiga, e esses efeitos devem ser evitados pelo consumo de cafeína.
- (C) prejuízos da atenção, do humor, do julgamento e da libido são sintomas esperados na privação crônica do sono e podem ser revertidos com a normalização da rotina de sono; não há papel para farmacoterapia na síndrome do sono insuficiente.
- (D) há relação entre chance de infarto e duração diária do sono, sendo que a associação é protetora nas pessoas com duração de sono entre 6 e 9 horas diárias, mas a incidência de infarto é maior entre quem tem duração de sono inferior a 6 ou superior a 9 horas diárias; a fim de modelar a duração diária do sono, pode ser benéfica a prescrição de modafinil para sonolência excessiva diurna, combinada à de zolpidem para indução do sono ao início da noite.

26. Paciente masculino de 38 anos está em acompanhamento por Apneia Obstrutiva do Sono. Ele refere que seus roncos atrapalham a esposa e por isso estão tendo que dormir em quartos separados. Também apresenta sonolência diurna excessiva e dificuldade de concentração, o que está prejudicando o seu trabalho como técnico de informática. Ele é hipertenso e está em tratamento com losartana 50 mg 12/12h, clortalidona 25 mg/dia e anlodipino 5 mg 12/12h. Apresenta rinite alérgica, para a qual tem precisado frequentemente tomar anti-histamínicos. Na consulta anterior, o paciente havia apresentado resultado de polissonografia com Índice de Apneia-Hipopneia de 46/hora, SpO<sub>2</sub> média de 89% e mínima de 60% durante o sono. Havia sido recomendado o tratamento com CPAP para o paciente naquela ocasião, mas ele está com dificuldade de se habituar ao uso da máscara e volta hoje para discutir alternativas de tratamento. Ao exame físico, paciente encontra-se em bom estado geral, corado, hidratado, anictérico, acianótico, afebril. Sinais vitais: frequência cardíaca de 80 bpm, frequência respiratória de 18 ipm, PA = 145 x 90 mmHg, SpO<sub>2</sub> = 96% em ar ambiente. Ausculta cardíaca e pulmonar sem alterações, abdome globoso, indolor. Membros inferiores sem edema ou sinais de TVP. IMC = 37 kg/m<sup>2</sup>, circunferência cervical de 43 cm, Mallampati 2, ausência de macroglossia ou micrognatia.

Assinale a alternativa correta.

- (A) Como o paciente declinou o uso da pressão positiva noturna, o tratamento cirúrgico com uvulopalatofaringoplastia seria a melhora alternativa, sendo necessário avaliar o seu risco perioperatório.
- (B) O paciente deve ser tranquilizado de que há alternativas possíveis de tratamento. Recomendar encaminhamento para cirurgia bariátrica, já que esta é capaz de curar a apneia obstrutiva do sono na maioria das vezes.
- (C) Discutir com o paciente estratégias que melhorem o conforto com o CPAP (ex: tratamento da rinite). Caso o paciente recuse o CPAP ainda assim, sugerir avaliação para uso de dispositivo de avanço mandibular.
- (D) Recomendar tratamento com análogos de GLP-1, aguardando a estabilização do peso para repetir polissonografia após emagrecimento. Até lá, manter sem tratamento específico para apneia obstrutiva do sono.

27. Paciente feminina de 52 anos é encaminhada para avaliação pré-operatória para histerectomia abdominal por mioma. Paciente com antecedente pessoal de sobreposição asma/DPOC em tratamento com formoterol + beclometasona + glicopirrônio, hipertensa em uso de valsartana e anlodipino, dislipidêmica em uso de rosuvastatina. É ex-tabagista 40 anos-maço (parou há 2 anos). Nega etilismo, nega alergias, nega cirurgias prévias. Paciente mantém dispneia basal mMRC 2, nega exacerbações no último ano, refere necessidade esporádica de uso de broncodilatador de resgate (< 1x/mês). Nega dor torácica, nega palpitação, nega síncope ou lipotimia, nega edema em membros inferiores, dispneia paroxística noturna ou ortopneia. Ao exame físico, paciente encontra-se em bom estado geral, corada, hidratada, anictérica, acianótica, afebril. Sinais vitais: frequência cardíaca de 70 bpm, frequência respiratória de 18 ipm, PA = 130 x 80 mmHg, SpO<sub>2</sub> = 92% em ar ambiente. Ausculta cardíaca sem alterações e pulmonar com murmúrios vesiculares globalmente reduzidos, sem ruídos adventícios. Abdome globoso, indolor, sem visceromegalias. Membros inferiores sem edema ou sinais de TVP. Paciente traz eletrocardiograma com ritmo sinusal, FC de 75 bpm, sem outras alterações. Exames laboratoriais com Cr = 1,1 mg/dL (Clearance estimado de 60 ml/min/1,73m<sup>2</sup>), Hb = 14,5 g/dL, contagem de plaquetas e coagulograma sem alterações, gasometria arterial com pO<sub>2</sub> = 62 mmHg, pCO<sub>2</sub> = 48 mmHg, SpO<sub>2</sub> = 92%.

Em relação a esse quadro clínico, é correto afirmar:

- (A) O risco cardíaco perioperatório é alto, sendo necessário prosseguir estratificação com teste de exercício cardiopulmonar. Em se descartando doença isquêmica, seguir para o procedimento mantendo uso das medicações atuais e preferir histerectomia aberta com anestesia de neuroeixo. Meta de SpO<sub>2</sub> em uso de oxigenoterapia suplementar de 92-95%.
- (B) O risco cardíaco perioperatório é baixo, mas dado que a paciente é portadora de sobreposição asma/DPOC, é fundamental realizar espirometria pré e pós-broncodilatador para avaliar se não há contraindicação ao procedimento proposto, e deve-se preferir cirurgia minimamente invasiva videolaparoscópica. Meta de SpO<sub>2</sub> em uso de oxigenoterapia suplementar de 88-92%.
- (C) O risco cardíaco perioperatório é alto, sendo, portanto, aconselhável a introdução de betabloqueador e aspirina, e realizar cirurgia minimamente invasiva videolaparoscópica para minimizar a chance de eventos isquêmicos perioperatórios. Meta de SpO<sub>2</sub> em uso de oxigenoterapia suplementar acima de 95%.
- (D) O risco cardíaco perioperatório é baixo. Preferir histerectomia aberta com anestesia de neuroeixo. Manter todas as medicações de uso contínuo durante todo o perioperatorio. Meta de SpO<sub>2</sub> em uso de oxigenoterapia suplementar de 88-92%.

**28.** Paciente masculino de 42 anos, natural e procedente de São Paulo, tabagista 30 anos-maço, vai ao seu consultório porque gostaria de ajuda para parar de fumar. Ele refere uma pneumonia com necessidade de internação hospitalar há, aproximadamente, 4 meses. Foi tratado com antibióticos por 7 dias na ocasião com melhora completa dos sintomas. Atualmente nega dispneia, tosse, sibilância ou dor torácica. Durante a internação conseguiu interromper o tabagismo, mas se sentia muito nervoso, ansioso e irritado, apresentava dores de cabeça frequentes e a vontade de fumar era muito forte. Então depois de 5 dias da alta hospitalar, voltou a fumar. Hoje fuma em média 10-15 cigarros por dia (sendo que, antes da internação, fumava sempre 1 maço por dia), refere que fuma o primeiro cigarro nos primeiros 30 minutos após acordar, e fuma mais pela manhã. Ele gostaria de discutir opções de tratamento para o tabagismo, incluindo a possibilidade de uso de cigarros eletrônicos.

Seu exame físico é normal, e sinais vitais estão normais. Ele nega qualquer antecedente patológico, além da pneumonia tratada.

Assinale a alternativa correta em relação ao estágio de motivação para cessação de tabagismo e a conduta a ser adotada.

- (A) O paciente está em fase de preparação. Deve-se estimular estratégias de autoeficácia, sugerir terapia cognitivo-comportamental e avaliar disposição para marcar "Dia D". Explicar que terapia de reposição de nicotina e/ou bupropiona podem ajudar a diminuir sintomas de abstinência.
- (B) O paciente está em fase de ação. O uso de cigarros eletrônicos é estratégia validada para cessação de tabagismo e pode ser recomendada para reduzir riscos futuros, com altas taxas de sucesso.
- (C) O paciente está em fase de preparação. Deve-se estimular estratégias de autoeficácia visando a redução do consumo diário de cigarros e agendar um retorno precoce para reavaliar motivação para cessação. A troca por cigarros eletrônicos pode ser recomendada nesse momento.
- (D) O paciente está em fase de ação. Ele não fecha critérios para prescrição de terapia farmacológica para cessação de tabagismo, sendo recomendável seguir o processo apenas com medidas comportamentais e terapia nesse momento.

**29.** Paciente masculino de 40 anos procura o pronto-atendimento por dor em tornozelo direito há 3 dias. Paciente nega doenças prévias, uso de drogas ou uso de medicações. Nega febre ou trauma local. Ao exame físico, paciente obeso (IMC = 36 kg/m<sup>2</sup>), em bom estado geral, corado, hidratado, anictérico, acianótico, afebril. Sinais vitais: frequência cardíaca de 98 bpm, frequência respiratória de 18 ipm, PA = 130 x 80 mmHg, SpO<sub>2</sub> = 98% em ar ambiente. Ausculta cardíaca e pulmonar sem alterações. Abdome globoso, indolor, sem visceromegalias. Membros inferiores sem edema pré-tibial ou sinais de TVP. Tornozelo direito edemaciado, com calor e rubor locais, doloroso à mobilização. Você indica a artrocentese e o resultado do líquido é dado a seguir: Líquido amarelo, contagem de leucócitos de 30 000 células/mm<sup>3</sup>, com 55% de polimorfonucleares.

Em relação ao caso clínico apresentado, assinale a alternativa correta.

- (A) Iniciar empiricamente ceftazidima + vancomicina até resultado de culturas.
- (B) Solicitar Gram, pesquisa de urato monossódico e cristais de pirofosfato de cálcio.
- (C) Indicar drenagem articular por suspeita de artrite séptica e iniciar antibioticoterapia.
- (D) Solicitar dosagem de fator reumatoide, anti-CPP, FAN, VHS e PCR no sangue.

**30.** Paciente masculino de 67 anos é internado em unidade de terapia intensiva por quadro de COVID-19 grave, com evolução em síndrome do desconforto respiratório agudo e necessidade de ventilação mecânica. Ele é de base hipertenso, obeso e tabagista. Os sintomas de COVID-19 começaram há 10 dias e paciente já está em uso de dexametasona 6 mg/dia há 3 dias, no entanto não vem apresentando melhora e hoje foi intubado.

Dentre as alternativas a seguir, assinale a melhor alternativa a ser adicionada ao tratamento atual.

- (A) Remdesivir.
- (B) Nirmatrelvir-ritonavir.
- (C) Tocilizumabe.
- (D) Plasma convalescente.

**31.** Paciente masculino de 55 anos realizou exame de rastreamento que mostrou aumento do PSA. Seu exame digital retal era normal, assim como o US de próstata, mas uma biópsia prostática foi indicada devido à persistência de valores de PSA em torno de 5 ng/mL em exames repetidos. A biópsia confirmou um adenocarcinoma de próstata com Gleason score = 5 em 2 fragmentos, com menos de 50% de acometimento neoplásico em cada um dos fragmentos positivos. A ressonância magnética de próstata e pelve não mostrou acometimento linfonodal e a densidade de PSA estimada foi de 0,13 ng/mL/gram. Paciente previamente hipertenso em uso de valsartana, sem outras comorbidades, sem queixas ativas e completamente funcional, joga tênis 2x/semana.

Assinale a alternativa que melhor descreve a(s) terapia(s) adequada(s) para esse caso.

- (A) Conduta expectante com seguimento bienal pode ser adotada.
- (B) Conduta expectante é preferível, mas radioterapia ou prostatectomia radical são alternativas.
- (C) A prostatectomia radical não está indicada nesse caso devido ao alto risco cirúrgico.
- (D) Agonistas e antagonistas do GnRH são o tratamento de primeira escolha.

**32.** Paciente de 17 anos procura o pronto-atendimento por queixa de dor abdominal e vômitos intensos há 1 dia. Paciente refere dor abdominal periumbilical intensa, nota 8/10, acompanhada de diaforese, 15 episódios de vômitos nas últimas 24 horas. Nega febre, nega alterações nas fezes ou urinárias. Paciente nega viagens recentes ou ter comido algo diferente do habitual. Nega doenças prévias ou uso de medicações, mas refere episódio semelhante, embora menos intenso há, aproximadamente, 6 meses. É tabagista 5 anos-maço e usuário de maconha diariamente há 2 anos (último cigarro de maconha há, aproximadamente, 30 horas), etilista social. Ao exame físico, paciente encontra-se em mal estado geral, corado, desidratado 3+/4, anictérico, acianótico, afebril. Sinais vitais: frequência cardíaca de 100 bpm, frequência respiratória de 16 ipm, PA = 100 x 60 mmHg, SpO<sub>2</sub> = 98% em ar ambiente, glicemia capilar de 90 mg/L, tempo de enchimento capilar de 3 segundos. Ausculta cardíaca e pulmonar sem alterações, abdome plano, difusamente doloroso à palpação, mas sem piora à descompressão brusca. Membros inferiores sem edema ou sinais de TVP.

Assinale a alternativa que combina, adequadamente, a principal hipótese diagnóstica e conduta.

- (A) Síndrome do vômito cíclico; sumatriptano.
- (B) Síndrome de abstinência de cannabis; nabiximols.
- (C) Hiperêmese por canabinoide; haloperidol.
- (D) Porfiria; hemina intravenosa.

**33.** Paciente masculino de 58 anos, ex-tabagista 40 anos-maço, com diagnóstico de adenocarcinoma de pulmão estágio IV, sem mutação driver tratável identificada. Dado que se tratava de paciente previamente hígido e funcional, há 2 meses, optou-se por iniciar tratamento com carboplatina, pemetrexed e pembrolizumab. Paciente vem em consulta de seguimento antes da realização do terceiro ciclo referindo fadiga intensa, dispneia progressiva atualmente mMRC 3 e tosse seca há 20 dias. Nega febre, dor torácica, palpitação, ortopneia ou edema em membros inferiores. Ao exame físico, paciente encontra-se em regular estado geral, corado, hidratado, anictérico, afebril. Sinais vitais: frequência cardíaca de 80 bpm, frequência respiratória de 22 ipm, PA = 130 x 80 mmHg, SpO<sub>2</sub> = 90% em ar ambiente. Ausculta cardíaca sem alterações, sem estase jugular, ausculta pulmonar reduzida em ápice do pulmão direito com estertores crepitantes em bases bilaterais, abdome plano, indolor, sem visceromegalias, membros inferiores sem edema ou sinais de TVP. Uma angiotomografia de tórax de tórax é realizada e descarta embolia pulmonar, mostra discreta redução da massa tumoral em lobo superior direito, mas evidencia surgimento de múltiplas áreas de infiltrado peribônquico e subpleural com aspecto de consolidação e vidro fosco, algumas com sinal do halo invertido, predominando em campos inferiores. Hemograma e função renal sem alterações.

Assinale a alternativa que melhor descreve a principal hipótese diagnóstica e conduta.

- (A) Pneumonia bacteriana adquirida na comunidade; internação e tratamento empírico com levofloxacino.
- (B) Pneumonia em organização; suspender pembrolizumab, descartar infecção, iniciar prednisona 1 a 2 mg/kg.
- (C) Aspergilose angioinvasiva; solicitar galactomanana sérica e iniciar tratamento empírico com voriconazol.
- (D) Progressão da doença oncológica com linfangite carcinomatosa; instituição de cuidados paliativos.

**34.** Homem de 65 anos, com diagnóstico prévio de linfoma difuso de grandes células B, apresenta-se ao pronto-socorro cinco dias após completar o primeiro ciclo de quimioterapia. Ele relata fadiga progressiva, náuseas, vômitos e diminuição significativa da diurese nas últimas 24 horas. Ao exame físico, encontra-se em bom estado geral, mas com sinais de desidratação moderada, edema periorbital e redução da turgência cutânea. Os exames laboratoriais revelam:

- Creatinina sérica: 2,5 mg/dL (valor basal há uma semana: 1,0 mg/dL).
- Potássio: 6,2 mEq/L.
- Fósforo: 6,5 mg/dL
- Ácido úrico: 10,2 mg/dL.
- Cálcio: 7,0 mg/dL.
- Lactato desidrogenase (LDH): 1 200 U/L (limite superior da normalidade: 250 U/L).

Além disso, a gasometria arterial revela pH 7,30 e bicarbonato de 18 mEq/L.

Com base nos achados clínicos e laboratoriais, qual dos seguintes distúrbios é mais compatível com o quadro apresentado, e qual é o mecanismo subjacente mais provável?

- (A) Nefrite intersticial aguda por reação imunomediada à quimioterapia.
- (B) Necrose tubular aguda por hipoperfusão renal prolongada.
- (C) Síndrome de lise tumoral por rápida destruição celular induzida pela quimioterapia.
- (D) Lesão renal aguda pré-renal secundária à hipovolemia e desidratação.

**35.** Mulher de 45 anos, previamente saudável, é levada ao pronto-socorro após uma convulsão tônico-clônica generalizada. Segundo os familiares, ela vinha se queixando de cefaleia intensa, náuseas e vômitos há dois dias, além de apresentar episódios de confusão mental e alteração de comportamento nas últimas 24 horas. Ao exame físico, não foram identificados déficits neurológicos focais. A tomografia computadorizada de crânio foi normal. Exames laboratoriais de urgência revelaram:

- Sódio sérico: 115 mEq/L.
- Osmolalidade sérica: 235 mOsm/kg.
- Osmolalidade urinária: 550 mOsm/kg.
- Sódio urinário: 90 mEq/L.

Com base no quadro clínico, exames laboratoriais e no risco potencial de complicações neurológicas, a abordagem terapêutica inicial mais apropriada, considerando a gravidade da hiponatremia e a causa provável, é

- (A) restrição hídrica rigorosa com monitoramento da diurese.
- (B) infusão imediata de solução salina hipertônica (3%) com monitorização do sódio sérico.
- (C) administração de diurético tiazídico para corrigir a retenção hídrica.
- (D) infusão de solução salina isotônica (0,9%) para reposição gradual de sódio.

**36.** Homem de 58 anos, com história de hipertensão e *diabetes mellitus* tipo 2, é admitido na UTI com diagnóstico de pneumonia grave por COVID-19. Após 48 horas de internação, ele desenvolve insuficiência respiratória aguda e é intubado. A gasometria arterial mostra PaO<sub>2</sub>/FiO<sub>2</sub> de 120 mmHg, e a radiografia de tórax revela infiltrados bilaterais difusos. O paciente foi diagnosticado com Síndrome da Angústia Respiratória Aguda (ARDS) moderada.

Considerando o momento atual da doença e o quadro clínico do paciente, a conduta terapêutica mais apropriada em relação ao uso de corticoides é

- (A) iniciar corticoide em alta dose imediatamente.
- (B) evitar o uso de corticoides devido ao risco de infecções secundárias.
- (C) iniciar corticoide em dose baixa a moderada por curto período.
- (D) corticoide deve ser considerado apenas em caso de falência múltipla de órgãos.

**37.** Homem de 58 anos com cirrose hepática devido a estilismo crônico foi submetido a transplante hepático há 7 dias. No pós-operatório, ele evoluiu com melhora clínica inicial, mas agora apresenta febre de 38,5 °C, dor abdominal difusa e leve icterícia. Ao exame físico, está alerta, com pressão arterial de 110/70 mmHg, frequência cardíaca de 92 bpm, e o abdome apresenta dor difusa à palpação sem sinais de peritonite. Os exames laboratoriais mostram:

- Bilirrubina total: 3,2 mg/dL (direta: 2,5 mg/dL).
- AST: 85 U/L.
- ALT: 70 U/L.
- Fosfatase alcalina: 350 U/L.
- Creatinina: 1,3 mg/dL.
- Leucócitos: 12 500/mm<sup>3</sup>.

A ultrassonografia com Doppler do fígado transplantado mostra boa perfusão e ausência de trombose vascular. A tomografia computadorizada de abdome não revela abscessos ou complicações cirúrgicas.

Considerando o quadro clínico e laboratorial, a melhor conduta inicial é

- (A) realizar biópsia hepática para descartar rejeição aguda.
- (B) administrar antibioticoterapia empírica para tratar possível infecção.
- (C) aumentar a dose dos inibidores de calcineurina para prevenir rejeição.
- (D) repetir exames laboratoriais em 48 horas para monitoramento da evolução clínica.

38. Homem de 42 anos, com diagnóstico prévio de *miastenia gravis* generalizada, é admitido ao pronto-socorro com fraqueza muscular progressiva há dois dias. Ao exame físico, ele apresenta ptose palpebral bilateral, voz nasal e dificuldade em elevar os braços acima da cabeça. Nas últimas horas, desenvolveu dispnéia grave e dificuldade para engolir. A gasometria arterial revela:

- pH: 7,32.
- pCO<sub>2</sub>: 50 mmHg.
- pO<sub>2</sub>: 70 mmHg.
- Bicarbonato: 24 mEq/L.

A força vital medida à beira do leito é de 12 mL/kg (valor de referência > 20 mL/kg). O paciente está em uso de prednisona e piridostigmina. A próxima intervenção mais apropriada será

- (A) aumentar a dose de piridostigmina para melhorar a força muscular.
- (B) iniciar ventilação mecânica não invasiva com pressão positiva contínua (CPAP).
- (C) administrar plasmaférese ou imunoglobulina intravenosa (IVIG) imediatamente.
- (D) realizar intubação orotraqueal e ventilação mecânica invasiva.

39. Homem de 60 anos, com histórico de obesidade grau II (IMC 37 kg/m<sup>2</sup>), apneia obstrutiva do sono e *diabetes mellitus* tipo 2, é admitido para uma cirurgia eletiva de ressecção de um tumor colônico. Durante a avaliação pré-operatória, foram identificados sinais de via aérea difícil, incluindo pescoço curto, limitação da mobilidade cervical e um escore de Mallampati classe IV. Durante a indução anestésica, com propofol, rocurônio e fentanil, a tentativa inicial de intubação com laringoscopia direta revelou uma visão de Cormack-Lehane grau 4 (nenhuma estrutura laríngea visível). A ventilação com máscara facial foi extremamente difícil, e duas tentativas de intubação falharam, seguidas de uma tentativa frustrada com videolaringoscópio. A saturação de oxigênio caiu para 85%, e o anestesista interrompeu as tentativas de intubação. A ventilação com máscara continua difícil, e o paciente não responde à manobra de elevação mandibular.

Considerando o manejo de via aérea difícil e a falha nas tentativas de intubação, qual deve ser a próxima intervenção mais apropriada?

- (A) Tentar intubação com fibrobroncoscopia flexível sob ventilação espontânea com oxigenação apneica utilizando cateter nasal de alto fluxo.
- (B) Realizar cricotireoidostomia com punção percutânea e ventilação com jato de alta frequência.
- (C) Inserir um dispositivo supraglótico, como uma máscara laríngea de segunda geração, para garantir ventilação.
- (D) Administrar bloqueadores neuromusculares adicionais e tentar intubação com videolaringoscópio usando tubo endotraqueal de menor calibre.

40. Paciente masculino de 45 anos é admitido na emergência com queixas de dor muscular intensa, fraqueza generalizada e urina de cor "chá", após um episódio de exercício físico intenso. O paciente possui histórico de diabetes tipo 2 e foi recentemente tratado com antibióticos para uma infecção respiratória aguda causada por *Haemophilus influenzae*.

Ao exame físico, o paciente está hipotenso e apresenta sinais de insuficiência renal aguda. Exames laboratoriais mostram elevação significativa da creatina quinase (CK), níveis elevados de mioglobina na urina e aumento progressivo da creatinina sérica. A função renal está deteriorando-se rapidamente.

Dada a combinação de rabdomiólise, insuficiência renal aguda e a recente infecção respiratória, qual é a abordagem terapêutica inicial mais apropriada para minimizar o risco de complicações renais graves?

- (A) Iniciar infusão intravenosa de solução salina normal com uma taxa de fluxo aumentada para garantir a hidratação adequada e promover a diurese.
- (B) Iniciar terapia com bicarbonato de sódio intravenoso para alcalinizar a urina e prevenir a formação de cristais de mioglobina nos túbulos renais, considerando a acidez metabólica potencial secundária à rabdomiólise.
- (C) Administrar manitol intravenoso para promover a diurese osmótica e reduzir a nefrotoxicidade da mioglobina, dada a associação entre a infecção respiratória e o quadro de rabdomiólise.
- (D) Realizar uma biópsia muscular para confirmar o diagnóstico de rabdomiólise e avaliar a extensão do dano muscular, e aguardar os resultados para iniciar o tratamento renal específico.

41. Paciente de 62 anos com histórico de diabetes tipo 2 e doença renal crônica é admitido na unidade de terapia intensiva com diagnóstico de sepse. O paciente apresenta febre alta, taquicardia, e pressão arterial de 85/50 mmHg. O exame físico revela sinais de choque séptico, com evidência de hipotensão persistente apesar da administração de fluidos. O cultivo de sangue revela *Pseudomonas aeruginosa*, e o teste de sensibilidade mostra resistência a vários antibióticos comuns.

O tratamento empírico inicial inclui a administração de uma combinação de antibióticos. A escolha de terapia antimicrobiana mais adequada para esse paciente, considerando a gravidade da sepse e a resistência antimicrobiana, é:

- (A) ceftriaxona + vancomicina.
- (B) piperacilina-tazobactam + ciprofloxacino.
- (C) meropenem + vancomicina.
- (D) cefepime + metronidazol.

**42.** Paciente, 81 anos, sexo feminino, apresenta hipertensão arterial, *diabetes mellitus*, hipotireoidismo e neoplasia maligna de ovário com carcinomatose peritoneal. Faz uso domiciliar de tramadol 100 mg 6/6 horas e dipirona 1 g 6/6 horas para controle de dor abdominal. Vem em consulta ambulatorial, com piora da dor abdominal, e queixando-se de náuseas, além de dificuldade de aderência com a posologia frequente. Exames laboratoriais de controle evidenciaram piora da função renal.

Com base no caso clínico, a conduta inicial mais adequada para o manejo da dor dessa paciente, após a suspensão do tramadol, é

- (A) morfina 10 mg, 4/4 horas.
- (B) metadona 5 mg, 12/12 horas.
- (C) codeína 30 mg, 4/4 horas.
- (D) oxicodona 5 mg, 12/12 horas.

**43.** Paciente do sexo feminino, 79 anos, foi encaminhada ao ambulatório para avaliação de dor crônica não controlada e quedas recorrentes, principalmente à noite ao se levantar para ir ao banheiro. Ela tem antecedentes de hipertensão arterial sistêmica, osteoartrite de joelhos, hipotireoidismo e acidente vascular cerebral isquêmico há 3 anos. É independente para as atividades básicas de vida diária e parcialmente dependente para as atividades instrumentais devido a limitação motora por dor em joelhos. Faz uso de: enalapril 20 mg, 2 vezes ao dia; hidroclorotiazida 25 mg/dia; AAS 100 mg/dia; atorvastatina 40 mg/dia; levotiroxina 88 mcg/dia; dipirona 1 g 6/6 horas; ciclobenzaprina 10 mg à noite; clonazepam 2 mg à noite. Na avaliação atual, a paciente estava em bom estado geral, porém em cadeira de rodas devido a dor em joelhos. A pressão arterial era de 140/90mmHg em decúbito e 120/80 mmHg em ortostatismo. Exames laboratoriais não revelaram alterações importantes.

Considerando o quadro clínico da paciente e os medicamentos em uso, a conduta mais apropriada é

- (A) desprezear ciclobenzaprina pelo risco de sedação e quedas.
- (B) desprezear o AAS devido a polifarmácia e risco de sangramento.
- (C) manter os anti-hipertensivos, uma vez que a paciente não apresenta hipotensão postural.
- (D) prescrever bifosfonato e vitamina D pelo risco de quedas e fraturas.

**44.** Paciente de 81 anos, sexo feminino, vem para consulta ambulatorial referindo quedas de repetição. Conta que caiu duas vezes em sua casa e teve uma terceira queda na sua rua, ao tropeçar na calçada. Nega fraturas prévias. Tem instabilidade de marcha, mas não faz uso de dispositivos de auxílio à marcha. É portadora de HAS, diabetes, dislipidemia, catarata bilateral não operada. Faz uso de losartana 50 mg 12/12 horas; hidroclorotiazida 25 mg; metformina 850 mg 2x/dia; sinvastatina 40 mg/noite. No exame clínico: bom estado geral, corada, hidratada, acianótica, anictérica, afebril. Exame neurológico normal. Pressão arterial deitada 130/90 mmHg e em pé 120/90 mmHg; FC 70 bpm; restante do exame físico normal. Exames laboratoriais sem alterações significativas. Paciente e seus filhos questionam a melhor maneira de prevenir novas quedas.

Qual orientação dever ser passada para os familiares?

- (A) Suspender anti-hipertensivos, atividade física resistida e uso de dispositivo de marcha.
- (B) Realizar densitometria óssea e iniciar bifosfonato, além de suplementar com cálcio e vitamina D.
- (C) Suspender metformina pelo risco de hipoglicemia e quedas, recomendar suplementos orais.
- (D) Adaptação ambiental, realização de cirurgia de catarata e atividade física com treino de força, marcha e equilíbrio.

**45.** Paciente sexo feminino, 83 anos, casada, escolaridade superior completo (professora universitária), vem a consulta com queixa de perda de memória há cerca de 2 anos. Sem outras queixas. Está acompanhada do esposo, que confirma a queixa. Ele refere que ela frequentemente tem esquecido o fogão aceso, está com dificuldade de usar o cartão, pois não lembra a senha e tem esquecido de tomar os seus remédios. Paciente tem antecedentes de hipotireoidismo e hipertensão arterial. Tem déficit auditivo e faz uso irregular da prótese auditiva. Sedentária. Faz uso de: levotiroxina 50 mcg e losartana 50 mg/dia. Exame físico sem alterações. Foi realizado teste cognitivo com o seguinte resultado: MEEM 22/30.

Com base no caso clínico, assinale a alternativa que contempla a principal hipótese diagnóstica e conduta inicial mais adequada.

- (A) Transtorno cognitivo subjetivo: orientar atividade física e uso de prótese auditiva.
- (B) Síndrome demencial: solicitar exames laboratoriais e ressonância magnética de crânio.
- (C) Transtorno neurocognitivo leve: iniciar anticolinérgico e orientar estímulo cognitivo.
- (D) Depressão: iniciar sertralina 50 mg, orientar psicoterapia e programar teste neuropsicológico.

46. Paciente, 59 anos, hipertenso, sedentário, obeso, em uso de enalapril 20 mg 12/12 horas, anlodipino 10 mg/dia, clortalidona 25 mg/dia, espironolactona 25 mg/dia e carvedilol 25 mg 12/12 horas. Apesar de ser aderente às medicações em uso, mantém pressão não controlada, com aferições acima de 140/90 mmHg.

Com base no caso clínico, assinale a alternativa correta em relação ao manejo ambulatorial desse paciente.

- (A) Substituir a clortalidona por hidroclorotiazida, pois é o diurético de escolha em hipertensão resistente.
- (B) Associar diurético de alça, como a furosemida e encaminhar ao cardiologista.
- (C) Suspender a espironolactona pela falha terapêutica e associar hidralazina 50 mg 8/8 horas.
- (D) Solicitar exames para investigação de causas secundárias de hipertensão e associar clonidina.

47. Paciente, 66 anos, sexo masculino, foi atendido em uma Unidade Básica de Saúde com quadro de febre há 2 dias, acompanhado de cefaleia, artralgia e dor retro-orbitária, sendo diagnóstico com dengue. Retorna 2 dias após o diagnóstico, nesse momento, ao pronto-socorro, com queixa de náuseas, vômitos persistentes e dificuldade para se alimentar. Sem sinais de sangramento e sem outros sinais de alarme na avaliação. Paciente tem antecedentes de hipertensão arterial, doença arterial coronariana com angioplastia com colocação de um Stent em descendente anterior há 2 anos e fibrilação arterial. Faz uso de enalapril 20 mg 12/12 horas; AAS 100 mg/dia; carvedilol 25 mg 12/12 horas; rivaroxabana 20 mg/dia; atorvastatina 40 mg/dia. Foi indicada internação hospitalar, iniciada reposição volêmica e solicitado exames laboratoriais: hemograma 14,6 g/dL, hematócrito 42,2%, leucócitos 2580, plaquetas 90000, TGO 29 U/L, TGP 24 U/L, bilirrubina total 0,2 mg/dL, bilirrubina direta 0,1 mg/dL, bilirrubina indireta 0,1 mg/dL, FA 62 U/L, Gama GT 44 U/L, creatinina 1,45 mg/dL, U 41 mg/dL, albumina 4 g/dL.

Com base nesse caso clínico, em relação ao uso de antiagregantes plaquetários e anticoagulantes na dengue, assinale a alternativa correta.

- (A) Suspender AAS e rivaroxabana pelo risco de sangramento.
- (B) Suspender AAS, manter rivaroxabana e fazer contagem diária de plaquetas.
- (C) Manter AAS e rivaroxabana e fazer contagem diária de plaquetas.
- (D) Manter AAS e substituir rivaroxabana por heparina não fracionada.

48. Paciente, sexo feminino, 71 anos, com antecedentes de *diabetes mellitus*, hipertensão arterial e doença renal crônica com clearance de creatina de 27 mL/min. Negou história de fraturas, uso de glicocorticoides, e tabagismo. Faz atividade física regular, caminhadas diárias e musculação duas vezes por semana. Exames laboratoriais recentes revelaram estarem normais os seguintes parâmetros: hemograma, VHS, função tireoidiana, cálcio total, fósforo, vitamina D, PTH e fosfatase alcalina e calciúria de 24 horas. Trouxe também resultado de densitometria óssea solicitado em última consulta: Densitometria óssea: – coluna lombar (L1-L4): DMO: 0,838 g/cm<sup>2</sup>; T-score: -2,8; colo do fêmur: DMO: 0,840 g/cm<sup>2</sup>; T-score: -1,4; fêmur total: DMO: 0,954 g/cm<sup>2</sup>; T-score: -0,4.

Considerando os dados apresentados, qual o diagnóstico e a opção terapêutica para essa paciente?

- (A) Osteopenia e raloxifeno.
- (B) Osteoporose e alendronato.
- (C) Osteopenia e teriparatida.
- (D) Osteoporose e denosumabe.

49. Paciente, sexo feminino 72 anos, com cognição e funcionalidade preservadas, sem comorbidades, vem à consulta acompanhada da filha. Paciente refere dor persistente, de forte intensidade, em crises de choques e queimação, em local de topografia de Herpes Zoster que teve há cerca de 3 meses. Filha está bastante preocupada com sua mãe, pois conta que a paciente já fez uso de diversas medicações sem melhora, atualmente está em uso de codeína 30 mg 8/8 horas. Além disso, refere também sonolência diurna, perda progressiva de peso, está sem apetite e sem vontade de sair de casa, deixando de fazer atividades que gostava e frequentemente a encontra chorando. Realizou investigação de perda de peso, com exames laboratoriais e rastreio das principais doenças oncológicas, sem alterações.

Com base nesse caso clínico, a conduta inicial mais adequada, em relação ao manejo dessa paciente, é

- (A) iniciar sertralina 100 mg uma vez ao dia, e associar tramal 100 mg 6/6 horas.
- (B) iniciar fluoxetina 40 mg uma vez ao dia, e aumentar codeína para 30 mg 6/6 horas.
- (C) iniciar duloxetine 30 mg uma vez ao dia, e associar pregabalina 75 mg de 12 em 12 horas.
- (D) iniciar mirtazapina 45 mg uma vez ao dia, e associar metadona 10 mg 8/8 horas.

**50.** Paciente, sexo feminino, 25 anos, procura médico da unidade básica de saúde, pois sua avó tem diagnóstico de artrite reumatoide e está preocupada em ter alguma doença reumatológica. Paciente nega comorbidades e uso de medicamentos. Traz resultado de exames laboratoriais, todos normais, exceto a presença de FAN 1:160 por imunofluorescência indireta.

Com base no caso clínico, qual a conduta inicial mais adequada?

- (A) Analisar o padrão de FAN e explorar melhor o quadro clínico da paciente.
- (B) Comunicar o diagnóstico de lúpus eritematoso sistêmico e iniciar tratamento.
- (C) Encaminhar a paciente ao reumatologista devido à suspeita de doença autoimune.
- (D) Tranquilizar a paciente, orientando repetir a dosagem de FAN em 5 anos.



