



**GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO**  
**SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SÃO PAULO**  
**SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE DO ESTADO DE SÃO PAULO – SUS/SP**

SELEÇÃO PÚBLICA | PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MÉDICA – 2026

## **002. PROVA OBJETIVA**

PRÉ-REQUISITO EM **CLÍNICA MÉDICA**

Especialidades: **Cardiologia | Endocrinologia e Metabologia | Geriatria | Hematologia/Hemoterapia | Nefrologia | Oncologia Clínica | Pneumologia**

- ◆ 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 3 horas, já incluído o tempo para o preenchimento da folha de respostas.
- ◆ Só será permitida a saída definitiva da sala e do prédio após transcorridas 2 horas 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, assinando 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.

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

RG \_\_\_\_\_

Inscrição \_\_\_\_\_

Prédio \_\_\_\_\_

Sala \_\_\_\_\_

Carteira \_\_\_\_\_

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

## CLÍNICA MÉDICA

**01.** Paciente de 58 anos com DPOC apresenta-se em condição estável. Nos últimos doze meses, ele teve duas exacerbações, uma das quais exigiu hospitalização. Ele usa regularmente tiotrópio (2,5 mg/dia) e formoterol (12 µg, duas vezes ao dia) inalatórios; a medicação oral consiste em roflumilaste (500 mg/dia). A hipertensão arterial é bem controlada com metoprolol (50 mg/dia) e ramipril (10 mg/dia).

A próxima conduta recomendada é

- (A) adicionar budesonida inalatória.
- (B) adicionar azitromicina oral.
- (C) aumentar a dose dos broncodilatadores.
- (D) trocar metoprolol por anlodipino.
- (E) trocar os broncodilatadores por brometo de umeclidí-nio + trifenanato de vilanterol.

**02.** Homem de 67 anos, com histórico de diabetes *mellitus* tipo 2 há 25 anos, apresenta-se para uma consulta de acompanhamento. O histórico é notável por obesidade, doença arterial coronariana (estado pós-cirurgia de revascularização do miocárdio há quatro meses), DPOC tratada com oxigênio domiciliar, hipertensão arterial, dislipidemia, neuropatia diabética e retinopatia diabética leve. O regime medicamentoso consiste em insulina U500 (75 UI subcutânea, três vezes ao dia), insulina glargina (75 UI ao dia) e metformina, 2.550 mg ao dia. A hemoglobina A1c atual é de 8,5%. Ele autoverifica a glicemia de duas a três vezes ao dia e afirma que seus valores estão consistentemente na faixa de 200 mg/dL. O IMC é de 39 kg/m<sup>2</sup>.

O próximo passo de escolha no tratamento desse paciente é

- (A) aumentar a dose das insulinas U500 e glargina.
- (B) encaminhar para cirurgia bariátrica.
- (C) iniciar semaglutida.
- (D) iniciar saxagliptina.
- (E) trocar a insulina U500 por insulina asparte.

**03.** Homem de 31 anos é avaliado após um diagnóstico recente de espondilite anquilosante. Ele apresenta dor lombar e pélvica que interrompe seu sono. O paracetamol não ajudou. Ao exame físico: os sinais vitais são normais; o teste Faber (flexão, abdução e rotação externa) do quadril revela dor em ambas as articulações sacroilíacas; a amplitude de movimento da coluna lombar é ligeiramente limitada; há boa amplitude de movimento da coluna cervical e das articulações periféricas, incluindo os quadris; não há edema ou sensibilidade nas articulações periféricas. Radiografias da coluna lombar mostram sacroileíte bilateral. O paciente é encaminhado para fisioterapia.

Nesse momento, o tratamento adicional mais adequado é o uso de

- (A) etanercepte.
- (B) hidroxicloroquina.
- (C) metotrexato.
- (D) naproxeno.
- (E) sulfassalazina.

**04.** Homem de 70 anos é avaliado para investigação de anormalidades urinárias. O histórico é positivo para hipertensão arterial e diabetes *mellitus* tipo 2 complicada por retinopatia, tratada com fotocoagulação a laser há um ano. Os medicamentos em uso são: insulina, ramipril, anlodipino, atorvastatina e doxazosina. Ele consome dezesseis latas de cerveja por semana e fuma dez cigarros por dia há 45 anos. Ao exame físico: pressão arterial: 151 x 88 mmHg; frequência cardíaca: 72 bpm; o restante do exame não é contributivo. Exames séricos: creatinina: 2,6 mg/dL; hemoglobina A1c: 10,5%. Razão proteína urinária/creatinina: 192 mg/mmol (normal: < 30). O exame de urina é positivo para sangue 3+ e proteína 1+ (semelhante em exames repetidos); leucócitos: 3 por campo (normal: até 10); hemácias: acima de 100 por campo (normal: até 5). Ultrassonografia de abdome: rim esquerdo: 9 cm; rim direito: 8 cm; não há obstrução.

Constitui o próximo passo diagnóstico de maior relevância:

- (A) angiotomografia renal.
- (B) biópsia renal.
- (C) cistoscopia.
- (D) renograma radioisotópico.
- (E) ressonância magnética de abdome.

**05.** Homem de 26 anos apresenta quadro progressivo de cefaleia, calafrios, febre e rigidez de nuca há oito dias. Não há histórico médico significativo. Ele fuma um maço por dia, bebe três cervejas diariamente e tem relações sexuais desprotegidas com múltiplos parceiros do sexo masculino (cerca de cinco a seis parceiros no último ano). O paciente trabalha em empresa de pintura comercial e recentemente concluiu a limpeza e a pintura de um viaduto. Ao exame físico: temperatura: 39,4 °C; frequência cardíaca: 110 bpm; pressão arterial: 102 x 62 mmHg; frequência respiratória: 18 irpm; SatO<sub>2</sub>: 95% em ar ambiente. Tomografia de crânio sem contraste: sem alteração relevante. Uma punção lombar com análise do líquido é realizada e mostra: pressão de abertura: 40 cmH<sub>2</sub>O; contagem de leucócitos: 40/mm<sup>3</sup> (21% de polimorfonucleares e 79% de células mononucleares); adenosina deaminase: 2,9 U/L; glicose: 30 mg/dL; proteínas: 102 mg/dL.

A principal hipótese diagnóstica é

- (A) criptococose.
- (B) histoplasmose.
- (C) listeria.
- (D) tuberculose.
- (E) sífilis.

**06.** Mulher de 27 anos se apresenta para acompanhamento de hipotireoidismo primário devido à tireoidite de Hashimoto. A patologia foi diagnosticada há quatro anos, e a levotiroxina foi iniciada na época. Embora os valores séricos de TSH da paciente tenham se normalizado após o início da levotiroxina, ela relata intolerância persistente ao frio, fadiga e dificuldade de concentração. O regime foi posteriormente transferido para terapia combinada com levotiroxina (100 mcg por dia) e liotironina (5 mcg duas vezes ao dia). Após o início desse novo regime, seus sintomas desapareceram, e ela permanece com o mesmo tratamento. Ela tomava pílula anticoncepcional oral, mas parou há dois meses devido ao desejo de engravidar. A última menstruação foi há três dias. Ao exame físico: IMC: 25,8 kg/m<sup>2</sup>; pressão arterial: 112 x 65 mmHg; frequência cardíaca: 62 bpm; a glândula tireoide é normal à palpação, sem nódulos; os reflexos são 2+ e simétricos em todos os aspectos. Exames séricos atuais: 2,8 TSH: mUI/L (normal: 0,5 a 5,0 mUI/L). O teste de gravidez é negativo.

O próximo passo de escolha no manejo dessa paciente é

- (A) manter a mesma dose de liotironina e levotiroxina.
- (B) manter a mesma dose de liotironina e aumentar a de levotiroxina.
- (C) manter a mesma dose de liotironina e diminuir a de levotiroxina.
- (D) suspender a liotironina e manter a mesma dose de levotiroxina.
- (E) suspender a liotironina e aumentar a dose de levotiroxina.

**07.** Mulher de 35 anos é avaliada em consulta de retorno com hipocalcemia sintomática e perda de peso ao longo de um período de oito meses. Ela nega quaisquer sintomas gastrointestinais ou urinários. Ao exame físico: pressão arterial: 105 x 60 mmHg, com queda postural de 15 mmHg; o restante do exame não apresenta alterações. Exames séricos: creatinina: 0,86 mg/dL; potássio: 2,7 mEq/L; bicarbonato: 37 mEq/L; magnésio: 2,15 mg/dL (normal: 1,82 a 2,55). A urinálise é negativa para sangue e proteínas. Urina de 24 horas: potássio: 150 mEq (normal: 25 a 120); cálcio: 280,5 mg (normal: 100 a 300).

Com maior probabilidade, o diagnóstico correto é

- (A) acidose tubular renal proximal.
- (B) síndrome de Bartter.
- (C) síndrome de Gitelman.
- (D) uso sub-reptício de diuréticos.
- (E) uso sub-reptício de laxantes.

**08.** Mulher de 32 anos, primigesta, grávida de 10 semanas, apresenta quadro de dois dias consistindo de dor abdominal aguda do lado direito associada a febre e hematúria. Ao exame físico: temperatura: 38 °C; pressão arterial: 110 x 70 mmHg; abdome: dor em flanco esquerdo. Creatinina sérica: 1,24 mg/dL. Ultrassonografia dos rins: hidronefrose do lado direito com um cálculo de 9 mm na pelve renal; rim esquerdo normal. Ceftriaxona intravenosa é iniciada.

O próximo passo mais apropriado no manejo dessa paciente é

- (A) indicar nefrostomia.
- (B) indicar terapia por ondas de choque.
- (C) prescrever fluido intravenoso e observação continuada.
- (D) prescrever fluido intravenoso e tansulosina.
- (E) solicitar tomografia computadorizada com contraste.

**09.** Mulher de 53 anos, com histórico de hipotireoidismo e doença celíaca, é atendida no ambulatório por diarreia há um ano. Ela apresenta dez evacuações líquidas por dia, com episódios ocasionais de incontinência. Há dois dias, apresentou quadro de distensão abdominal e diarreia, ocasião em que a endoscopia digestiva alta revelou achatamento das vilosidades do duodeno e as biópsias confirmaram o diagnóstico de doença celíaca. A distensão abdominal melhorou com uma dieta sem glúten e também houve melhora da diarreia. A repetição da endoscopia digestiva alta no mês passado mostrou vilosidades normais, e as biópsias não apresentaram alterações, mas ela continua com diarreia com uma dieta sem glúten. A transglutaminase tecidual sérica e os exames fecais são normais. A colonoscopia é realizada na semana anterior, revelando mucosa colônica e ileo terminal normais. Ela se sente bem, e a única medicação em uso é levotiroxina.

Com maior probabilidade, a causa mais provável da diarreia é

- (A) abuso de laxantes.
- (B) colite microscópica.
- (C) doença celíaca.
- (D) insuficiência pancreática.
- (E) síndrome do intestino irritável com predominância de diarreia.

**10.** Mulher de 56 anos, hipertensa, em tratamento recente de hemodiálise, apresenta hemorragia contínua ao redor de um novo local de cateter de diálise implantado com sucesso e sem complicação em veia jugular direita. O novo cateter foi colocado há um dia, mas ela não faz diálise há três dias. Fora isso, ela parece bem e está estável.

O melhor tratamento inicial para controlar o sangramento de forma mais rápida é

- (A) crioprecipitado.
- (B) desmopressina.
- (C) hemodiálise.
- (D) plasma fresco congelado.
- (E) transfusão de plaquetas.

**11.** Mulher de 24 anos iniciou tratamento com cabergolina para um prolactinoma que foi descoberto durante a avaliação de amenorreia secundária e infertilidade primária. A ressonância magnética da hipófise antes do tratamento revelou um microadenoma de 6 mm, localizado logo à esquerda da linha média, com desvio mínimo do infundíbulo e sem extensão do seio cavernoso. Apesar do aumento da dosagem de cabergolina para 750 mcg duas vezes por semana, ela relata amenorreia contínua. Mais recentemente, ela desenvolveu comportamentos bastante impulsivos, incluindo a compra de vários dispositivos eletrônicos pessoais, o que seu parceiro relata ser completamente fora do normal. Ela não tem histórico médico ou psiquiátrico digno de nota e não toma outros medicamentos regularmente. Ela fuma cerca de dez cigarros por dia e bebe de 10 a 15 taças de vinho (150 mL/cada) na maioria dos fins de semana. O exame físico é normal; IMC: 23,7 kg/m<sup>2</sup>. Ela tem características sexuais secundárias normais. Não há galactorreia. Os campos visuais são normais à confrontação. Exames séricos atuais: prolactina: 91 ng/mL (normal: 4 a 30); FSH: 0,4 mUI/mL (normal: 2,0 a 12,0); LH: 0,3 mUI/mL (normal: 1,0 a 18,0); estradiol: 25 pg/mL (normal: 10 a 180); cortisol sérico (8h): 16,5 µg/dL (normal: 5 a 25); T4 livre: 1,4 ng/dL (0,8 a 1,8); TSH: 2,7 mUI/L (normal: 0,5 a 5,0). A nova ressonância magnética da hipófise é semelhante à anterior.

Para essa paciente, a melhor conduta é

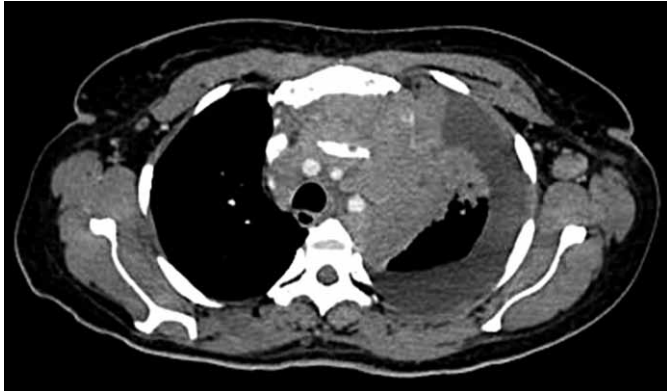
- (A) aumentar a dosagem de cabergolina para 1.000 mcg, duas vezes por semana.
- (B) interromper a cabergolina e encaminhar para cirurgia hipofisária.
- (C) interromper a cabergolina e encaminhar para radioterapia hipofisária.
- (D) reduzir a dosagem de cabergolina para 250 mcg, duas vezes por semana.
- (E) trocar a cabergolina por bromocriptina.

**12.** Mulher de 32 anos procura a clínica queixando-se de visão dupla há um mês. Ela também relata dificuldade para falar quando conversa por longos períodos e diz que suas pálpebras começam a cair no final do dia. Ao exame físico: há ptose bilateral, que piora com o olhar voltado para cima por muito tempo; o teste de sustentação do ar na boca contra resistência é alterado (ela é incapaz de manter o ar na boca contra a resistência); músculos flexores do pescoço estão paréticos.

Considerando a principal hipótese diagnóstica, é correto afirmar:

- (A) a maioria dos pacientes apresenta envolvimento muscular generalizado como sintoma inicial.
- (B) a insuficiência respiratória hipoxêmica é a apresentação mais comum dessa doença.
- (C) o envolvimento bulbar é atípico e deve sugerir uma etiologia alternativa.
- (D) pacientes com antígeno leucocitário humano B27 têm maior risco de desenvolver essa doença.
- (E) a doença tem uma idade de início bimodal e é mais comum em mulheres no grupo de início precoce.

13. Mulher de 52 anos apresenta quadro de quatro semanas de dispneia progressiva, dor torácica do lado esquerdo e tosse seca. O histórico é relevante para histerectomia para miomas uterinos há três anos. A oximetria de pulso é de 93% em ar ambiente. Exames séricos: hemoglobina: 9,8 g/dL; d-dímero: 770 ng/mL. O ultrassom mostra derrame pleural esquerdo, e a toracocentese revela: líquido amarelado e levemente turvo; proteína: 6,1 g/dL; lactato desidrogenase: 5.910 UI/L; pH: 7,44; adenosina deaminase: 12,1 UI/L; contagem de leucócitos: 157.109 células/mm<sup>3</sup> (78% linfócitos); coloração de Gram e cultura para bactérias e fungos permanecem negativos; a citologia mostra linfócitos abundantes sem células malignas. Imagens da tomografia realizada são mostradas a seguir:



(Arquivo pessoal; imagem usada com autorização)

Considerando a principal hipótese diagnóstica, o exame que mais provavelmente pode estabelecer o diagnóstico é

- (A) a biópsia pleural por toracoscopia.
- (B) a broncoscopia flexível.
- (C) a citometria de fluxo do líquido pleural.
- (D) o ensaio de liberação de interferon- $\gamma$  sérico.
- (E) a mediastinoscopia.

14. Mulher de 72 anos procura a unidade de saúde por causa de episódios de cefaleia. Ela relata que as dores de cabeça a acordam durante o sono e nunca ocorrem durante o dia. Cada crise de cefaleia dura aproximadamente três horas; são de intensidade leve a moderada, frequentemente bilaterais, mas às vezes unilaterais. Ela nega qualquer característica autonômica e não sente inquietação durante o quadro álgico. Não há quaisquer sintomas neurológicos, e seu exame clínico é normal. A paciente relata ter tido esses ataques de dor de cabeça pelo menos doze dias por mês nos últimos quatro meses.

A principal hipótese diagnóstica é

- (A) cefaleia em salvas.
- (B) cefaleia hipnótica.
- (C) cefaleia do tipo tensional.
- (D) enxaqueca sem aura.
- (E) síndrome de hipertensão intracraniana.

15. Homem de 29 anos, com histórico de transtorno psiquiátrico há seis anos, é levado ao hospital pela família devido ao agravamento das alucinações. Normalmente ele ouve vozes suaves e ocasionalmente vê ladrões mascarados, mas consegue diferenciar as alucinações da realidade. Os sintomas psicóticos geralmente são bem controlados com ziprasidona, mas as alucinações começaram a piorar há três dias, após uma briga com sua parceira. Isso culminou com ele pulando através das portas de vidro em perseguição a "ladrões mascarados" durante o jantar na casa da família. Sua fala também se tornou altamente desorganizada. Ele admite ter ideias suicidas e diz se sentir deprimido. O paciente teve três episódios no passado em que as alucinações pioraram enquanto também se sentia deprimido (todos duraram cerca de três semanas), e os sintomas psicóticos pioraram simultaneamente. A família afirma que ele foi internado três vezes e que a dose de antipsicóticos foi aumentada nas duas últimas ocasiões. Não há histórico de abuso de substâncias, e o exame toxicológico é negativo para substâncias ilícitas.

Considerando todos esses achados, com maior probabilidade, o diagnóstico correto é

- (A) esquizofrenia.
- (B) transtorno esquizofreniforme.
- (C) transtorno bipolar.
- (D) transtorno esquizoafetivo.
- (E) transtorno depressivo maior com características psicóticas.

16. Homem de 78 anos, com histórico de doença arterial coronariana, doença pulmonar obstrutiva crônica e hipertensão, é diagnosticado com síndrome mielodisplásica de alto risco com pancitopenia (hemoglobina: 8,5 g/dL; leucócitos: 800/mm<sup>3</sup>; plaquetas: 35.000/mm<sup>3</sup>). A medula óssea apresenta 11% de blastos, e a citogenética demonstra um cariótipo complexo.

Qual é a melhor opção de tratamento para esse paciente?

- (A) Agente hipometilante.
- (B) Estimulador da eritropoietina em combinação com agonista da trombopoietina.
- (C) Lenalidomida.
- (D) Transfusões periódicas de hemácias e plaquetas.
- (E) Transplante alogênico de células-tronco.

17. Assinale a alternativa que apresenta corretamente uma situação clínica com maior probabilidade de sugerir o diagnóstico de angioedema hereditário com inibidor de C1 esterase (C1INH) normal.

- (A) Angioedema recorrente; antígeno e função C4 e C1INH normais; sem resposta à cetirizina 40 mg/dia; tia paterna com histórico de edema.
- (B) Angioedema recorrente; C4 reduzido; uso de anti-histamínicos em altas doses para ataques, sem alívio; mãe com sintomas semelhantes.
- (C) Angioedema recorrente e urticária; C4 e antígeno e função de C1INH normais; sem resposta à fexofenadina 180 mg/dia; avô com histórico de edema nas mãos.
- (D) Angioedema recorrente e urticária; exames extensivos para angioedema negativos; tratamento com corticoide oral profilático com melhora dos sintomas.
- (E) Dor abdominal recorrente; exames gastrointestinais negativos; na avaliação do alergista, testes de alergia alimentar negativos.

18. Homem de 50 anos é internado com quadro de tosse há duas semanas, com expectoração clara associada a febre, anorexia e mal-estar. Não há antecedente mórbido, mas é fumante atual de vinte cigarros por dia há vinte anos. Ao exame físico: SatO<sub>2</sub>: 91% em ar ambiente; taquipneico; há sibilos bilaterais leves à ausculta. Exames séricos à chegada: proteína C reativa: 170 mg/L (normal: até 10); hemoglobina: 11,7 g/dL; neutrófilos: 24.000/mm<sup>3</sup>. A radiografia de tórax do paciente na admissão é mostrada a seguir:



(Arquivo pessoal; imagem usada com autorização)

No quinto dia de internação, a hemoglobina é 6,7 g/dL (normocrômico e normocítico). O esfregaço sanguíneo mostra acentuada aglutinação de hemácias com esferócitos, policromasia e hemácias nucleadas. Demais exames séricos: reticulócitos: 10%; lactato desidrogenase: 910 U/L; bilirrubina direta: 3,7 mg/dL; teste de antiglobulina direta é fortemente positivo (4+) para anti-C3d, mas negativo para anti-IgG.

Com esses dados descritos, qual é a principal hipótese diagnóstica ?

- (A) *Chlamydia pneumoniae*.
- (B) *Mycoplasma pneumoniae*.
- (C) *Legionella pneumophila*.
- (D) SARS-CoV-2.
- (E) Vírus Epstein-Barr.

**19.** Homem de 20 anos apresenta quadro de poliartralgias há seis meses. Os sintomas começaram após uma viagem às praias do Nordeste durante o verão e incluem rigidez e inchaço intermitente nas mãos, especialmente após o repouso e pela manhã. Ele se sente mais cansado e precisa dormir durante o dia. Relata também perda de cabelo irregular. O histórico é positivo para infecções sinusais frequentes desde uma hospitalização por pneumonia há um ano. Refere tomar ibuprofeno 400 mg duas vezes ao dia, o que alivia os sintomas. Os exames básicos revelam anemia hemolítica e linfopenia discreta, com anormalidades leves nos testes de função hepática, com função renal normal.

Com o objetivo de identificar o diagnóstico subjacente, deve ser solicitado exame de

- (A) HLA-B27.
- (B) níveis de imunoglobulina.
- (C) pesquisa de anticorpo antipeptídeo citrulinado.
- (D) sorologias virais.
- (E) teste de Coombs.

**20.** Mulher de 47 anos é avaliada por um histórico de três anos de dor em todos os músculos e articulações. Ela é motorista de caminhão comercial. Seu sono é ruim, e ela acorda sem se sentir revigorada. O questionário diagnóstico de fibromialgia é preenchido e atende aos critérios para fibromialgia. Refere ansiedade e depressão, com histórico de transtorno por abuso de opioides. Nega uso de medicamentos. Os sinais vitais são normais. Os achados do exame físico limitam-se a uma sensibilidade muscular generalizada com força normal. A avaliação laboratorial revela uma velocidade de hemossedimentação de 19 mm/h, nível de proteína C reativa sanguínea de 0,3 mg/L (normal: < 1 mg/L) e TSH de 1,6 mU/mL (normal: 0,5 a 5,0). Exercícios aeróbicos de baixo impacto são recomendados.

Uma vez optado por tratamento farmacológico, a medicação de escolha é

- (A) amitriptilina.
- (B) ciclobenzaprina.
- (C) duloxetina.
- (D) gabapentina.
- (E) pregabalina.

**21.** Homem de 18 anos é atendido com quadro de episódios febris recorrentes. Ele é portador de leucemia linfoblástica aguda recidivada. Há seis meses, foi tratado de uma infecção de cateter por *Pseudomonas aeruginosa* e *Staphylococcus epidermidis* com cefepima e vancomicina. Nessa admissão, ele inicia o tratamento com gentamicina e meropenem. Três dias após, ele apresenta febre de 38,5 °C, e novas culturas são coletadas. Em seguida, a hemocultura apresenta sinal positivo após oito horas, e a coloração de Gram mostra bastonetes gram-negativos.

Qual é o patógeno mais provável?

- (A) *Burkholderia cepacia*.
- (B) *Escherichia coli* beta-lactamase de espectro estendido (ESBL).
- (C) *Morganella morganii*.
- (D) *Proteus mirabilis*.
- (E) *Stenotrophomonas maltophilia*.

**22.** Homem de 21 anos é internado em um centro de desintoxicação devido ao uso de drogas injetáveis com heroína. Ele relata mal-estar, mas não apresenta febre ou tosse. Ao exame físico: temperatura: 37,1 °C; pressão arterial: 162 x 82 mmHg; frequência cardíaca: 100 bpm; pele: cicatrizes eritematosas nas mãos e nos braços. Um teste tuberculínico (TT) é administrado e lido em 48 horas. A área endurecida tem 8 mm de diâmetro, e o eritema tem 15 mm de diâmetro. As sorologias virais são negativas.

A conduta recomendada é

- (A) pedir uma radiografia de tórax.
- (B) pedir um teste de liberação de interferon sérico (IGRA).
- (C) prescrever isoniazida.
- (D) repetir o teste tuberculínico em quatro semanas.
- (E) seguir clinicamente sem intervenção.

23. Homem de 53 anos refere quadro de febre e dispneia progressiva há uma semana. Ele tem infecção pelo HIV, mas abandonou o tratamento há cinco anos. Não se sabe a contagem recente de linfócitos CD4 ou a carga viral do HIV. A gasometria arterial revela uma  $\text{PaO}_2$  de 51 mmHg em ar ambiente. A radiografia de tórax é mostrada a seguir:



(Arquivo pessoal; imagem usada com autorização)

O lavado broncoalveolar é positivo para material com coloração de prata metenamina.

Considerando a principal hipótese diagnóstica, constitui o tratamento antimicrobiano mais adequado:

- (A) anfotericina lipossomal.
- (B) ceftriaxona e claritromicina.
- (C) ganciclovir.
- (D) trimetoprima-sulfametoxazol.
- (E) rifampicina, isoniazida, pirazinamida e etambutol.

24. Mulher de 58 anos é atendida em consulta de retorno por osteoporose e fratura recente por compressão vertebral de L2. O antecedente é positivo para diabetes *mellitus* tipo 1 complicado por doença renal crônica em estágio 5. Há dois meses, ela sentiu dor lombar repentina ao se levantar, o que motivou avaliação em um pronto-socorro local. A radiografia da coluna lombar demonstrou uma fratura por compressão vertebral de L2. Isso foi seguido por ressonância magnética da coluna lombar, que revelou achados consistentes com uma fratura por compressão vertebral aguda. Ela recebeu analgésicos e um tratamento de curto prazo com calcitonina intranasal. A densitometria óssea revela osteoporose com um escore T de  $-3,7$  em L3-L4 e  $-2,9$  no colo do fêmur. A paciente usa calcitriol oral, 0,5 mcg por dia, para controlar o hiperparatireoidismo secundário. Exames séricos: cálcio: 8,3 mg/dL (normal: 8,2 a 10,2); fósforo: 4,9 mg/dL (normal: 2,3 a 4,7); magnésio: 2,3 mg/dL (normal: 1,5 a 2,3); albumina: 3,5 g/dL (normal: 3,5 a 5,0); creatinina: 5,1 mg/dL (taxa de filtração glomerular de 13 mL/min/1,73 m<sup>2</sup>); PTH intacto: 63 pg/mL (normal: 10 a 65); 25-hidroxivitamina D: 28 ng/mL (normal: 30 a 80).

O próximo passo de escolha no manejo dessa paciente é

- (A) aumentar a dose de calcitriol para 1 mcg por dia.
- (B) prescrever cinacalcete.
- (C) avaliar o nível sérico de C-telopeptídeo.
- (D) medir a fosfatase alcalina óssea específica no sangue.
- (E) pedir a 1,25-di-hidroxivitamina D sérica.

25. Homem de 53 anos está interessado em fazer cirurgia bariátrica. Relata que consegue perder peso ao seguir uma dieta estruturada e uma rotina de atividade física, mas recupera peso quando não segue o plano de forma consistente. Ele se descreve como um comedor emocional. Várias vezes por mês, ele se envolve em uma “compulsão alimentar”, quando come grandes quantidades de comida. Refere que não tem controle sobre sua ingestão alimentar durante esses episódios e se sente culpado depois, mas não falou sobre esses episódios com ninguém e teme que o ganho de peso contínuo possa afetar negativamente sua saúde. Ao exame físico: pressão arterial: 142 x 82 mmHg; frequência cardíaca: 70 bpm; altura: 161,3 cm; peso: 106,1 kg; não há edema periférico; a circunferência abdominal é aumentada, com extremidades relativamente magras; ausência de gordura dorsocervical. Medicamentos em uso: lisinopril (20 mg/ dia); atorvastatina (20 mg/ dia); mirtazapina (45 mg ao deitar para insônia); omeprazol (20 mg/ dia).

Além de uma avaliação psicológica, o próximo passo de escolha é

- (A) encaminhar para *bypass* gástrico em Y de Roux.
- (B) encaminhar para gastrectomia vertical.
- (C) iniciar bupropiona.
- (D) iniciar lisdexanfetamina.
- (E) suspender a mirtazapina.

26. Homem de 82 anos com frequência urinária diurna, urgência urinária, incontinência ocasional e noctúria é tratado com um anticolinérgico. A incontinência em seguida piora. O exame de urina é normal. O próximo passo de escolha é:

- (A) indicar uma cistoscopia.
- (B) medir o resíduo pós-miccional.
- (C) pedir uma ultrassonografia do trato renal.
- (D) realizar a urofluxometria.
- (E) realizar estudo de urodinâmica.

27. Mulher de 26 anos tem história de tosse crônica com secreção amarelada associada a dispnéia ao subir escadas rapidamente. Ela fuma trinta cigarros por dia, com histórico de 13 anos-maço. Os testes de função pulmonar revelam (% do previsto): VEF1: 94%; capacidade vital forçada: 94%; capacidade pulmonar total: 107%; capacidade pulmonar de difusão de monóxido de carbono (TLCO): 57%. A radiografia e tomografia realizadas são mostradas a seguir:



O exame que mais provavelmente deve confirmar a principal hipótese diagnóstica é

- (A) a biópsia transtorácica.
- (B) a dosagem de alfa-1 antitripsina.
- (C) o lavado broncoalveolar.
- (D) o teste genético.
- (E) o teste de suor para cloro.

28. Homem de 55 anos, com hipertensão arterial e apneia obstrutiva do sono, é encaminhado para avaliação de doença arterial periférica (DAP) após ser submetido a índices tornozelo-braquiais (ITBs). Ele não se exercita regularmente, mas consegue realizar as atividades diárias sem limitações. Os medicamentos em uso são: aspirina em baixa dose e anlodipino (10 mg/dia). Ao exame físico: frequência cardíaca: 68 bpm; pressão arterial: 118 x 70 mmHg; IMC: 32 kg/m<sup>2</sup>; não há sopros cardíacos, e os pulmões estão limpos à ausculta; as extremidades estão quentes, sem edema; os pulsos pedioso e tibial posterior são 1+ à direita e normais à esquerda; os pulsos femoral e poplíteo são 2+ bilateralmente. Exames séricos: sódio: 142 mEq/L; potássio: 4,0 mEq/L; creatinina: 1,0 mg/dL; hemoglobina A1c: 5,9%; colesterol total: 158 mg/dL; HDL: 38 mg/dL; LDL: 71 mg/dL; triglicerídeos: 250 mg/dL; aspartato aminotransferase: 42 U/L; alanina aminotransferase: 56 U/L. Os ITBs são 1,1 à esquerda e 0,8 à direita.

O medicamento que mais provavelmente trará maior benefício e esse paciente é a

- (A) dapaglifozina: 10 mg ao dia.
- (B) metformina de liberação prolongada: 500 mg, três vezes ao dia.
- (C) pentoxifilina: 400 mg, duas vezes ao dia.
- (D) rosuvastatina: 20 mg ao dia.
- (E) valsartana: 40 mg, duas vezes ao dia.

29. Homem de 67 anos, com histórico de doença arterial coronariana, para a qual foi submetido à cirurgia de revascularização do miocárdio há cinco anos, realiza um ecocardiograma que mostra um ventrículo esquerdo (VE) levemente aumentado com fração de ejeção de VE de 25%. Ele consegue se exercitar quatro vezes por semana durante uma hora e também faz caminhadas por algumas horas todos os fins de semana. Ele está em terapia medicamentosa com doses otimizadas de carvedilol, lisinopril, espironolactona, aspirina e atorvastatina. O eletrocardiograma mostra ritmo sinusal com bloqueio de ramo direito e duração do QRS de 138 ms.

A recomendação de escolha para esse paciente é

- (A) associar sacubitril -valsartana.
- (B) associar sotalol.
- (C) indicar um cardioversor desfibrilador implantável.
- (D) recomendar um marcapasso biventricular.
- (E) manter o tratamento atual.

30. Homem de 55 anos, com histórico de abuso de álcool, apresenta piora da dor epigástrica nos últimos dois dias. O abdome está sensível à palpação no epigástrico. Os exames laboratoriais revelam elevação da amilase e da lipase. A tomografia revela pancreatite intersticial com alterações inflamatórias peripancreáticas sem necrose. O paciente é internado, recebe fluidos intravenosos, analgesia e é mantido sem outra medicação. Ele melhora nas 72 horas seguintes e recebe alta. Dois meses após, é atendido em consulta de retorno e relata desconforto epigástrico leve, sem náuseas, vômitos ou perda de peso. Uma nova tomografia revela uma nova lesão cística de baixa atenuação, com uma parede fina adjacente ao corpo do pâncreas, medindo 7 cm.

O próximo passo mais apropriado na condução clínica desse paciente é

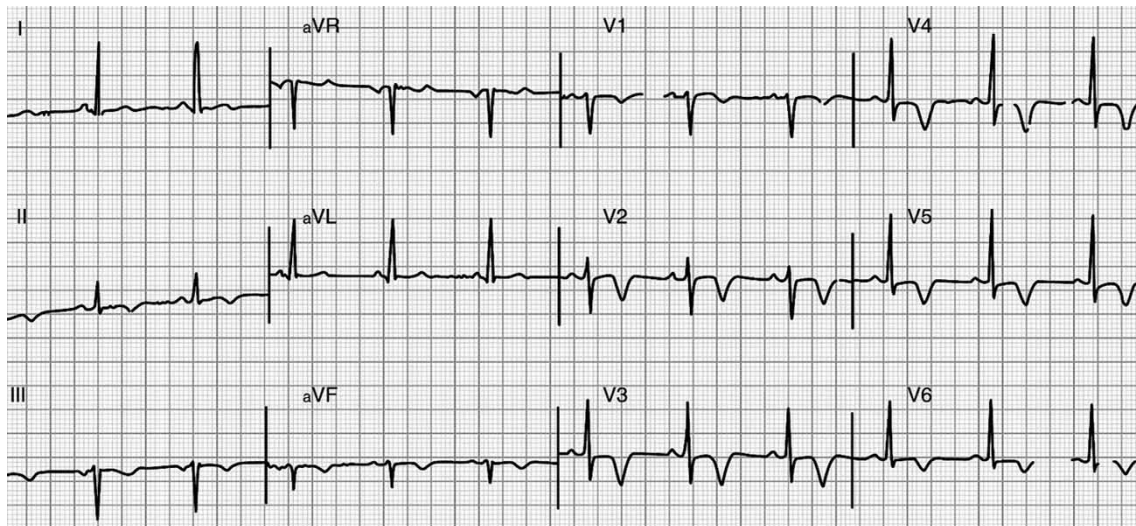
- (A) indicar manejo conservador.
- (B) iniciar ciprofloxacino e metronidazol.
- (C) pedir uma avaliação do médico-cirurgião.
- (D) solicitar cistogastrostomia endoscópica.
- (E) solicitar a aspiração do cisto guiada por tomografia.

31. Mulher de 45 anos, com doença de Crohn ileal fibroestenótica, é atendida com quadro de diarreia crônica. Ela foi submetida a uma ressecção ileal há três anos para tratamento de obstrução do intestino delgado. Há dois meses, uma ileocectomia para obstrução recorrente foi realizada. A revisão de suas anotações cirúrgicas indica que aproximadamente 120 cm de íleo foram ressecados. Desde então, ela tem evacuado diariamente, com fezes múltiplas, soltas e fétidas. Não há hematoquezia ou melena. A paciente refere perda de peso de 3,6 kg nos últimos três meses e nega tabagismo ou consumo de álcool. Ao exame físico: sinais vitais normais; IMC: 20 kg/m<sup>2</sup>; abdome: notam-se cicatrizes cirúrgicas de aspecto normal, sem dor.

A causa mais provável da diarreia é

- (A) aumento da excreção fecal de ácido biliar.
- (B) depleção de ácido biliar.
- (C) supercrescimento bacteriano do intestino delgado.
- (D) insuficiência pancreática exócrina.
- (E) recorrência da doença de Crohn.

32. Mulher de 81 anos, com antecedentes de doença renal crônica (creatinina: 3,1 mg/dL), hipertensão arterial e diabetes tipo 2, é atendida no serviço de urgência com queixa de múltiplos episódios de dor torácica retroesternal opressiva intermitente nas últimas 24 horas. Refere que o último episódio ocorreu há quatro horas, durou sessenta minutos, mas atualmente encontra-se assintomática. Ao exame físico, apresenta-se confortável, corada, eupneica; pressão arterial: 145 x 88 mmHg; frequência cardíaca: 78 bpm; saturação de oxigênio de 98% em ar ambiente; peso: 52 kg; cardiopulmonar sem alteração relevante. A troponina I de chegada é de 342 ng/L (normal: até 14). Hemoglobina sérica: 9,8 g/dL. O eletrocardiograma realizado à chegada é mostrado a seguir:



(Arquivo pessoal; imagem usada com autorização)

Quanto a essa paciente, é correto afirmar:

- (A) a anticoagulação parenteral na estratégia invasiva indicada é a bivalirudina pelo seu bom perfil de segurança nessa circunstância.
- (B) a estratificação não invasiva é a escolha, pois a paciente está assintomática, evitando-se o uso desnecessário de contraste na angiografia coronariana.
- (C) a angiografia coronária deve ser realizada, preferencialmente, em 72 horas, associando-se à redução da morbimortalidade cardiovascular.
- (D) o padrão do ECG representa um estado de reperfusão pós-isquêmica de uma estenose crítica do tronco de artéria coronária esquerda.
- (E) dupla antiagregação plaquetária deve ser iniciada com aspirina e prasugrel devido à alta carga trombótica desse grupo de paciente.

33. Mulher de 25 anos é avaliada por causa de uma mudança de personalidade nos últimos seis meses, relatada pelo marido. Ele afirma que ela frequentemente fica excessivamente preocupada com um único tema, muitas vezes de natureza religiosa (não era uma pessoa religiosa anteriormente). Refere que ela frequentemente persevera em um tema enquanto fala e que é excessivamente inclusiva em suas descrições. Por fim, ele observa que, embora antes os dois tivessem uma vida sexual satisfatória, agora a paciente parece não ter nenhum desejo sexual. O médico também considera a paciente muito intensa emocionalmente. O exame físico é normal.

Quanto a essa paciente, a principal hipótese diagnóstica é

- (A) encefalopatia de Korsakoff.
- (B) encefalite límbica.
- (C) epilepsia do lobo temporal.
- (D) transtorno esquizoafetivo.
- (E) transtorno bipolar.

34. Homem de 68 anos, com diabetes e apneia obstrutiva do sono, desenvolve síndrome do desconforto respiratório agudo (ARDS) relacionada a quase afogamento. Isso progride para infecção bacteriana sobreposta e sepse. A angiogramia de tórax é negativa para embolia pulmonar. O tratamento é realizado com vancomicina e piperacilina-tazobactam. Não há uso de droga vasopressora e não houve hipotensão durante a evolução. 48 horas após, ao exame físico, ele está euvolêmico; pressão arterial: 112 x 67 mmHg; temperatura: 38 °C. Os exames séricos atuais são: creatinina: 2,5 mg/dL (à admissão: 0,9 mg/dL); bicarbonato: 14 mEq/L. Exame de urina: sedimento incolor, sem cilindros ou cristais. O sódio urinário é 40 mEq/L.

Qual é a etiologia mais provável para a injúria renal aguda (IRA)?

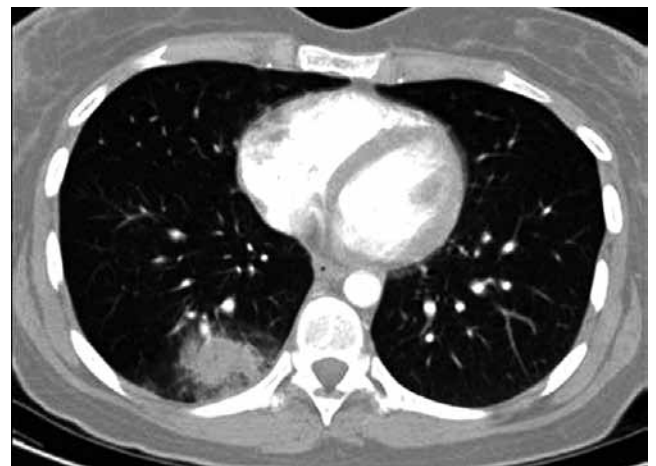
- (A) Antibioticoterapia.
- (B) Necrose cortical aguda.
- (C) Nefrite intersticial aguda.
- (D) Nefropatia induzida por contraste.
- (E) IRA pré-renal.

35. Homem de 72 anos apresenta sangramento prolongado no local da punção arterial após cateterismo cardíaco. A heparina intravenosa é descontinuada. 24 horas depois, ele apresenta um grande hematoma na virilha, e o local da punção continua a apresentar sangramento, apesar da compressão. Ele não tem histórico de sangramento anormal. O perfil metabólico básico é normal. Outros resultados laboratoriais mostram: hematócrito: 27% (na admissão: 38%); plaquetas: 210.000/mm<sup>3</sup>; razão normalizada internacional: 1,2; tempo de tromboplastina parcial ativada: 85 segundos.

A próxima conduta que deve ajudar a determinar a causa do sangramento nesse paciente é solicitar

- (A) dímero-D e produtos de degradação da fibrina.
- (B) dosagem e atividade do fator de von Willebrand.
- (C) fibrinogênio sérico.
- (D) testes de função plaquetária.
- (E) teste de mistura 1:1 com plasma normal.

36. Mulher de 31 anos, recentemente diagnosticada com leucemia mieloide aguda, é internada com neutropenia febril doze dias após o primeiro ciclo de quimioterapia de consolidação com citarabina em altas doses. Ela é tratada adequadamente com cefepima intravenosa. Sete dias após, as hemoculturas são negativas e a contagem de leucócitos está começando a se recuperar. Ela agora apresenta febre de 38 °C, tosse e desconforto torácico pleurítico. Os níveis séricos de galactomanana e beta-glucana estão elevados. A tomografia de tórax realizada agora é mostrada a seguir:



(Arquivo pessoal; imagem usada com autorização)

Com maior probabilidade, o diagnóstico é de

- (A) aspergilose invasiva.
- (B) embolia pulmonar séptica com infarto pulmonar.
- (C) histoplasmose.
- (D) infecção disseminada por *Candida albicans*.
- (E) infecção criptocócica.

37. Mulher de 38 anos, sem histórico médico prévio, procura o pronto-socorro com queixa de falta de ar e palpitações há dois dias. O eletrocardiograma mostra bloqueio do ramo direito e bloqueio fascicular anterior esquerdo. A angiotomografia de tórax é negativa para embolia pulmonar. O ecocardiograma revela: disfunção ventricular esquerda (VE) com fração de ejeção de 35%; tamanho normal de VE; espessura septal de VE de 1,4 cm. Ela é internada e inicia o tratamento com inibidor da ECA oral e furosemida intravenosa. Nos dois dias subsequentes, apesar da diurese, a dispneia piora. A telemetria mostra vários episódios de taquicardia ventricular não sustentada, e a troponina I é de 0,81 ng/mL (normal: < 0,03 ng/mL). No quarto dia de internação, ela desenvolve hipotensão progressiva, o que leva à transferência para a unidade de terapia intensiva. Um novo ecocardiograma mostra uma fração de ejeção de VE de 20%.

O teste diagnóstico mais apropriado nesse momento é

- (A) angiografia coronariana percutânea.
- (B) cateterismo cardíaco direito com biópsia endomiocárdica.
- (C) cintilografia do miocárdio com pirofosfato de tecnécio.
- (D) ressonância magnética cardíaca.
- (E) tomografia cardíaca por emissão de pósitrons.

38. Mulher de 70 anos é avaliada devido a exames de sangue anormais. Os antecedentes são notáveis para hipertensão arterial, doença cardíaca isquêmica, doença renal crônica estágio 3 e úlcera péptica prévia. Ela está tomando ramipril, furosemida, suplementos de carbonato de cálcio e vitamina D. Ela nega sintoma, exceto dor abdominal ocasional e dispepsia frequente. Ao exame físico, ela está euvolêmica e a pressão arterial é de 110 x 80 mmHg. Exames séricos: cálcio ajustado: 12,1 mg/dL (normal: 8,5 a 10,5); fosfato: 2,7 mg/dL (normal: 2,3 a 4,6); bicarbonato: 37 mEq/L (normal: 22 a 26); proteína total: 6,0 g/dL; hormônio da paratireoide: baixo; 25-hidroxicoalciferol: 50 ng/mL (normal: 20 a 48).

Constitui a explicação mais provável para os achados laboratoriais descritos:

- (A) hiperparatireoidismo terciário.
- (B) intoxicação por vitamina D.
- (C) malignidade.
- (D) síndrome leite-álcali.
- (E) uso de furosemida.

39. Homem de 81 anos é levado ao pronto-socorro devido à "fala arrastada". Ao exame físico, apresenta discreta hemiparesia esquerda. A escala de AVC do *National Institutes of Health* (NIHSS) é 3. A ressonância magnética do encéfalo revela um único infarto lacunar antigo, sem evidência de isquemia aguda ou sangramento. Eletrocardiograma: ritmo sinusal, frequência de 62 bpm, hipertrofia ventricular esquerda e alterações inespecíficas do segmento ST. Angiotomografia de vasos cervicais e cranianos: estenose < 50% das artérias carótidas internas bilaterais. Ecocardiograma mostra fração de ejeção de ventrículo esquerdo normal e hipertrofia ventricular esquerda leve.

Quanto a esse paciente, a estratégia de longo prazo mais apropriada para prevenção secundária de AVC é

- (A) aspirina e apixabana.
- (B) aspirina e clopidogrel.
- (C) clopidogrel, apenas.
- (D) dabigatrana.
- (E) ticagrelor.

40. Homem de 76 anos com DPOC é atendido em consulta de rotina. Ele é ex-fumante há quarenta anos e usa terapia inalatória combinada de tiotrópio e olodaterol. Relata piora progressiva da dispneia e aumento do volume de escarro nos últimos seis meses, além de sudorese noturna intermitente e mal-estar geral. Ao exame físico: SatO<sub>2</sub>: 94% em ar ambiente; pulmonar com murmúrio vesicular reduzido difusamente. A espirometria mostra (% do previsto): VEF1: 48%; capacidade vital forçada: 81%. Não há achados significativos nos exames de sangue de rotina. Uma de três amostras de escarro coletadas em dias separados é positiva para o complexo *Mycobacterium avium*. A tomografia de tórax é mostrada a seguir:



(Arquivo pessoal; imagem usada com autorização)

Considerando a principal hipótese diagnóstica, o próximo passo mais apropriado no manejo desse paciente é

- (A) associar corticosteroide inalatório.
- (B) iniciar antibioticoterapia específica.
- (C) realizar lavado broncoalveolar.
- (D) solicitar tomografia por emissão de pósitrons.
- (E) manter o seguimento clínico com retorno em seis meses.

41. Homem de 45 anos, com colangite esclerosante primária e cirrose, apresenta piora do prurido e da icterícia de início recente. Ele relata perda de peso de aproximadamente 7 kg no último mês. Está afebril e nega qualquer dor abdominal significativa. Exames séricos atuais: fosfatase alcalina: 644 U/L; bilirrubina total: 5,8 mg/dL; aspartato aminotransferase: 122 U/L; alanina aminotransferase: 120 U/L; razão internacional normalizada: 1,3; hematócrito: 32%; contagem de leucócitos: 5.000/mm<sup>3</sup>. Marcadores tumorais: CA 19-9: 533 U/mL (normal: até 37); alfa-fetoproteína: 23 ng/mL (normal: até 10).

Nesse momento, o próximo passo mais apropriado é

- (A) proceder com uma biópsia hepática.
- (B) solicitar tomografia de abdome com contraste.
- (C) solicitar uma ultrassonografia abdominal com Doppler.
- (D) pedir uma colangiopancreatografia por ressonância magnética.
- (E) pedir uma colangiopancreatografia retrógrada endoscópica.

42. Mulher de 24 anos apresenta quadro de dor e edema no braço esquerdo há cerca de um dia. O histórico é relevante para uso frequente de drogas ilícitas. Ao exame físico, nota-se eritema na fossa antecubital esquerda e na parte superior do braço, com dor significativa à palpação. Tomografia do braço esquerdo: há gás observado em planos fasciais sugestivo de infecção necrotizante de tecidos moles.

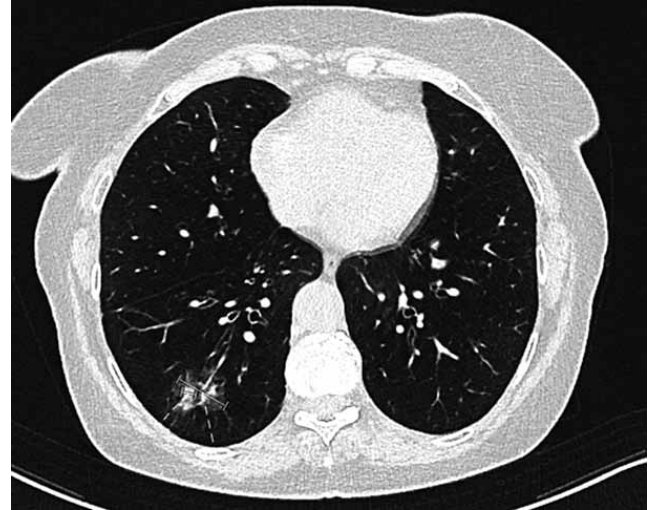
Além do desbridamento cirúrgico de emergência, qual é o regime antibiótico parenteral de escolha?

- (A) Ciprofloxacino e clindamicina.
- (B) Ceftriaxona e metronidazol.
- (C) Oxacilina e cefepima.
- (D) Penicilina e metronidazol.
- (E) Piperacilina-Tazobactam, vancomicina, clindamicina.

43. Em relação à síndrome de Sjögren (SS), assinale a alternativa correta.

- (A) A forma secundária é diagnosticada quando os sintomas da SS aparecem no contexto de hepatite C ou infecção por HIV.
- (B) A SS é uma das doenças autoimunes sistêmicas mais comuns e, entre essas doenças, é a que apresenta maior risco de desenvolvimento de linfoma.
- (C) Estruturas semelhantes a centros germinativos são formações bem definidas na biópsia das glândulas salivares menores de pacientes com SS e são associadas ao início tardio da doença.
- (D) Os critérios de classificação da SS não podem ser usados em pacientes que não apresentam xerostomia e/ou xerofthalmia, uma vez que esses sintomas são considerados a marca registrada da doença.
- (E) Os homens não são tão afetados pela SS quanto as mulheres e, mesmo quando são, apresentam sintomas mais leves.

44. Mulher de 72 anos é atendida em consulta de retorno. O histórico é positivo para tabagismo de 25 anos-maço e DPOC (grau 3; grupo B). Recentemente, ela teve pneumonia com infiltrado persistente no lobo inferior direito observado na radiografia de tórax. A paciente foi tratada com antibiótico. Seu peso permaneceu estável, e ela não apresentou febre ou sudorese noturna. Após seis semanas, uma radiografia de tórax de acompanhamento não apresentou alterações. Uma tomografia é então realizada e mostrada a seguir (a parte sólida do nódulo é de 7 mm):



(Arquivo pessoal; imagem usada com autorização)

Quanto a essa paciente, o próximo passo mais apropriado é

- (A) solicitar broncoscopia flexível.
- (B) solicitar biópsia guiada por tomografia.
- (C) solicitar tomografia por emissão de pósitrons.
- (D) repetir a tomografia de tórax após três a seis meses.
- (E) repetir a tomografia de tórax após doze meses e, a seguir, a cada dois anos até completar cinco anos.

45. Homem de 65 anos, com hepatite B crônica e cirrose, é avaliado no consultório. Ele não está em tratamento para hepatite B. A ultrassonografia abdominal recente não mostra nenhuma lesão suspeita no fígado. Exames séricos: aspartato aminotransferase: 45 U/L; alanina aminotransferase: 34 U/L; razão normalizada internacional: 1,3; bilirrubina total: 1 mg/dL. Perfil sorológico da hepatite B: HBeAg: negativo; anti-HBe: positivo; anti-HBs: negativo; HBsAg: positivo. DNA do vírus da hepatite B sérico: 3.000 UI/mL.

Nesse momento, a conduta de escolha é

- (A) indicar biópsia hepática para avaliar atividade inflamatória e/ou fibrótica.
- (B) solicitar ressonância magnética abdominal.
- (C) indicar observação continuada e monitorar testes de função hepática a cada seis meses.
- (D) iniciar tratamento antiviral com interferon.
- (E) iniciar tratamento antiviral com tenofovir.

46. Mulher de 70 anos é diagnosticada há dois meses com dermatomiosite com base em fraqueza muscular proximal, elevação de creatina quinase (CPK), miopatia irritable na eletroneuromiografia e erupção cutânea característica (sinais de Gottron e heliotrópio). O diagnóstico foi corroborado por anticorpo anti-TIF1gama positivo. Ela foi submetida a doses decrescentes de esteroides e micofenolato, com melhora da doença. Um ano depois, a paciente apresenta piora da fraqueza muscular e da erupção cutânea, associada à perda de peso de 9 kg nos últimos seis meses e novo início de tosse não produtiva. O tratamento com prednisona é iniciado novamente, mas não houve resposta. Os exames laboratoriais são significativos para marcadores inflamatórios elevados e anemia microcítica.

Constitui a causa mais provável para o quadro dessa paciente:

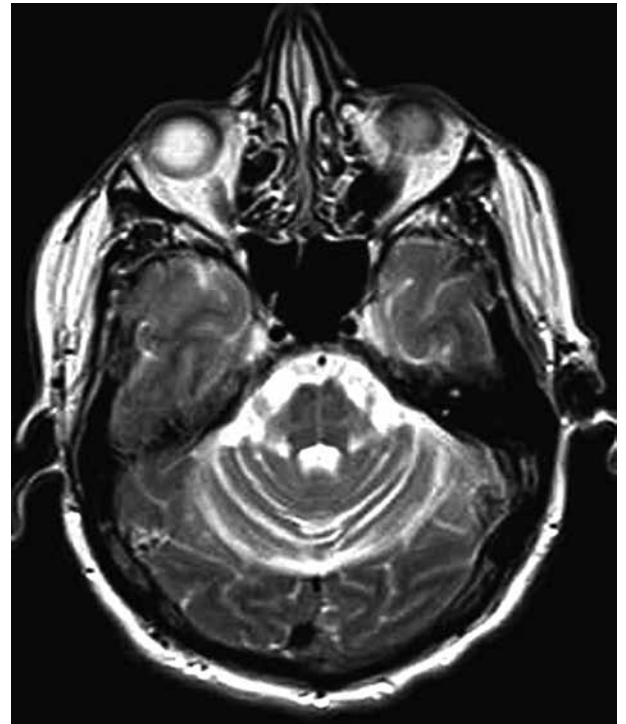
- (A) doença pulmonar intersticial.
- (B) infecção oportunista.
- (C) malignidade.
- (D) outra doença autoimune associada.
- (E) recorrência de dermatomiosite.

47. Paciente de 59 anos, com trombocitemia essencial JAK2-positiva, é reavaliado em consulta de retorno. O histórico é negativo para evento tromboembólico. Ele não toma medicamentos e não tem outros problemas médicos. Hemograma atual: contagem de plaquetas:  $1.350.000/\text{mm}^3$ ; leucograma e hemoglobina: normais.

Constitui a próxima conduta correta:

- (A) continuar o seguimento clínico e agendar retorno em um ano.
- (B) iniciar aspirina.
- (C) iniciar hidroxiureia.
- (D) iniciar apixabana.
- (E) solicitar a atividade do fator de von Willebrand.

48. Homem de 56 anos apresenta quadro de tremor de repouso bilateral nos membros superiores há seis meses. Ao exame físico, apresentava tremor de repouso bilateral de frequência moderada, ligeiramente mais acentuado no membro superior direito do que no esquerdo, e rigidez em roda dentada bilateral, que parecia ser igual em ambos os membros; bradicinesia significativa que afeta ambos os lados do corpo. Foi-lhe prescrita levodopa, que teve pouco efeito sobre os sintomas. No acompanhamento, um ano depois, ele relata instabilidade significativa na marcha. Nesse momento, o exame mostra dismetria bilateral, e sua marcha é ampla e ligeiramente cambaleante. Uma ressonância magnética (imagem axial ponderada em T2) é realizada e mostrada a seguir:



(Arquivo pessoal; imagem usada com autorização)

Qual é o diagnóstico mais provável para esse paciente?

- (A) Atrofia de múltiplos sistemas.
- (B) Degeneração ganglionar corticobasal.
- (C) Doença de Parkinson idiopática.
- (D) Insuficiência autonômica primária.
- (E) Paralisia supranuclear progressiva.

**49.** Mulher de 48 anos, na pós-menopausa, é avaliada em consulta de retorno por diabetes *mellitus* tipo 2, hipertensão, obesidade e dislipidemia (HDL baixo; LDL e triglicérides elevados). Relata estar sobrecarregada com a pouca melhora do controle glicêmico, mas se sente bem. Ela segue a dieta mediterrânea e faz exercícios desde a última consulta; perdeu 6% do peso corporal, mas agora atingiu um platô. O tratamento atual inclui: metformina, dapagliflozina, enalapril, anlodipino, indapamida e rosuvastatina. A hemoglobina A1c recente é 7,9%, abaixo dos 8,4% anteriores à perda de peso. Exame físico: pressão arterial: 128 x 72 mmHg; IMC: 34,2 kg/m<sup>2</sup>, circunferência abdominal: 97 cm. Exames séricos: hemograma e coagulograma normais; albumina: 4,4 g/dL; aspartato aminotransferase: 42 U/L; alanina aminotransferase: 36 U/L; creatinina: 0,8 mg/dL; eletrólitos normais.

Para essa paciente, a conduta correta é

- (A) associar insulina degludeca.
- (B) associar pioglitazona.
- (C) associar sitagliptina.
- (D) associar tirzepatida.
- (E) encaminhar para nutricionista, indicar psicoterapia e intensificar as mudanças no estilo de vida.

**50.** Mulher de 74 anos apresenta quadro de cefaleia e febre há quatro dias. Ela tem diabetes tipo 2 e hipertensão e está em uso de metformina e anlodipino. Não há viagem recente. O histórico é positivo para erupção cutânea com penicilina. Ao exame físico: sonolenta, confusa; temperatura: 38,2 °C; pressão arterial: 142 x 92 mmHg; frequência cardíaca: 98 bpm; há rigidez de nuca; fundo de olho sem papiledema; não há déficit neurológico focal. O líquido evidencia pleocitose com predomínio de polimorfonucleares.

Além da ceftriaxona, o agente antibacteriano que deve ser administrado é

- (A) ampicilina.
- (B) ciprofloxacino.
- (C) cloranfenicol.
- (D) doxiciclina.
- (E) trimetoprima-sulfametoxazol.

