



SÍRIO-LIBANÊS

PROCESSO SELETIVO 2026 | RESIDÊNCIA MÉDICA SÍRIO-LIBANÊS

003. PROVA OBJETIVA

PRÉ-REQUISITO EM CLÍNICA MÉDICA

Especialidades: **Cardiologia** | **Oncologia Clínica – Brasília** | **Oncologia Clínica – São Paulo**
(OPÇÕES: 003, 015 E 016)

- Você recebeu sua folha de respostas e este caderno contendo 80 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 deste 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 4 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 transcorridas 3 horas e 30 minutos 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. Homem de 27 anos com histórico de úlceras orais e genitais recorrentes é levado ao pronto-socorro com quadro agudo de hemoptise. Nas últimas 24 horas, refere que tem tossido com sangue. Ele relata também uveíte recorrente, tratada com esteroides intermitentes, e dor crônica nos joelhos, punhos e mãos. O paciente nega uso prévio de terapia imunomoduladora crônica.

Considerando a principal hipótese diagnóstica, os exames complementares, provavelmente, devem revelar

- (A) aneurismas da artéria pulmonar.
- (B) doença pulmonar intersticial.
- (C) hemorragia alveolar.
- (D) nódulos pulmonares cavitários.
- (E) sobrecarga de câmaras direitas com hipertensão pulmonar.

02. Mulher de 75 anos apresenta queixa de dor interfalângiana distal (IFD) nos dedos indicadores de ambas as mãos há 6 meses; ela nota algum inchaço e calor e esses sintomas parecem estar piorando constantemente. Refere rigidez nessas articulações, por cerca de 45 minutos, todas as manhãs, e então elas doem quando ela as flexiona. O histórico pessoal ou familiar de psoríase, espondilite anquilosante ou doença inflamatória intestinal é negativo. O exame físico mostra uma mulher saudável com edema, calor e leve eritema nas IFD dos dedos indicadores bilateralmente; há perda de espaço articular, restrição da amplitude de movimento e um leve desvio lateral da falange distal bilateralmente.

Segundo o exposto, qual achado radiográfico é fortemente associado à doença de base dessa paciente?

- (A) Cistos subcondrais na porção distal da falange média, bilateralmente.
- (B) Condrocálcinose das articulações interfalângianas afetadas, bilateralmente.
- (C) Erosões paracentrais distais nas falanges (formação de asa de gaivota).
- (D) Erosões ósseas marginais com osteofitose assimétrica.
- (E) Hiperextensão da articulação interfalângiana proximal e flexão da articulação interfalângiana distal.

03. Homem de 57 anos apresenta-se para acompanhamento de rotina de diabetes mellitus tipo 2. Ele também tem hipertensão, hiperlipidemia e obesidade. O tratamento atual é: metformina (2.000 mg/dia); empagliflozina (25 mg/dia); insulina degludeca (40 UI/dia); olmesartana (40 mg/dia); atorvastatina (80 mg/dia). Não há histórico de angina, dispneia ou eventos cardiovasculares, nem tabagismo ou etilismo. Pressão arterial: 128 x 83 mmHg; IMC: 32 kg/m². Exames séricos atuais: hemograma: normal; creatinina: 1,2 mg/dL; hemoglobina A1c: 7,1%; colesterol total: 209 mg/dL; HDL: 38 mg/dL; LDL: 109 mg/dL; triglicérides: 312 mg/dL; aspartato aminotransferase: 82 U/L; alanina aminotransferase: 68 U/L. Relação albumina/creatinina urinária: < 30 mg/g.

Com base nos dados apresentados, é correto afirmar que o conduta indicada para o manuseio desse paciente é

- (A) calcular o escore FIB-4 (Índice de Fibrose-4).
- (B) diminuir a atorvastatina para 40 mg/dia e associar ezetimiba.
- (C) realizar uma ressonância magnética do fígado.
- (D) recomendar, pelo menos, 150 minutos de exercícios por dia.
- (E) encaminhar para aconselhamento nutricional.

04. Homem de 42 anos apresenta dispneia com piora gradual nos últimos 9 meses. Não há outros sinais ou sintomas e o histórico médico é notável por artrite reumatoide de longa data. Ele também refere ter sofrido um acidente de trânsito há, aproximadamente, 1 ano. Ao exame físico: bom estado geral; há macicez à percussão em base de hemitórax esquerdo; o restante do exame é normal. A radiografia confirma um derrame pleural à esquerda. A toracocentese diagnóstica é realizada e revela: líquido turvo; nível de proteína de 3,5 g/dL; nível de triglicérides: 240 mg/dL.

Nesse contexto, a hipótese diagnóstica é

- (A) granulomatose de células de Langerhans (histiocitose X).
- (B) linfoma de Hodgkin.
- (C) derrame pleural maligno.
- (D) derrame pleural associado à artrite reumatoide.
- (E) complicação resultante do acidente de trânsito.

05. Homem de 74 anos com histórico de hipertensão, dislipidemia e diabetes mellitus tipo 2 dá entrada no pronto-socorro queixando-se de dispneia, sudorese e “pressão no peito” há 6 horas. Seus medicamentos incluem doses máximas de metformina, anlodipino, sinvastatina e lisinopril. Ao exame físico: está visivelmente dispneico e parece desconfortável em repouso; turgência jugular 2+/4; frequência cardíaca: 98 bpm; pressão arterial: 182 x 118 mmHg; saturação de oxigênio: 88% em ar ambiente; pulsos palpáveis e simétricos; não há sopro cardíaco; crepitações até metade dos campos pulmonares. Eletrocardiograma: ritmo sinusal com sobrecarga ventricular esquerda.

Além de iniciar diurético intravenoso, é correto afirmar que a conduta indicada para o tratamento farmacológico intravenoso é administrar

- (A) Esmolol.
- (B) Hidralazina.
- (C) Labetalol.
- (D) Nitroglicerina.
- (E) Nitroprussiato.

06. Homem de 58 anos com diabetes mellitus tipo 2, em tratamento com metformina e empagliflozina, procura o serviço de emergência com queixa de náuseas, dor abdominal difusa e taquipneia nas últimas 24 horas. Sinais vitais: estáveis. Exames arteriais: glicemia: 185 mg/dL; pH: 7,25; bicarbonato: 15 mEq/L; beta-hidroxibutirato: 4,5 mmol/L (normal: < 0,6); hiato aniônico: 12 mEq/L (normal: 8 a 16).

Com base nos dados apresentados e nas mais recentes diretrizes internacionais para o manejo das emergências hiperglicêmicas, é correto afirmar:

- (A) o diagnóstico de cetoacidose diabética (CAD) é afastado, pois o ânion-gap encontra-se dentro da normalidade, sendo este um critério essencial para o diagnóstico.
- (B) o diagnóstico é de CAD euglicêmica, confirmado pela presença de cetonemia significativa e acidose metabólica, em paciente com diabetes conhecido, independentemente do ânion-gap normal.
- (C) o diagnóstico de CAD é improvável pela ausência de hiperglicemia significativa (glicemia < 200 mg/dL), um critério mandatório para essa condição.
- (D) o quadro clínico é mais sugestivo de cetoacidose alcoólica, visto que o uso de inibidores de SGLT2 raramente causam cetonemia expressiva sem elevação concomitante do ânion-gap.
- (E) o diagnóstico primário é de acidose metabólica hiperclorêmica secundária ao uso de inibidor de SGLT2, e a prioridade imediata é a administração de bicarbonato para correção do pH.

07. Paciente destra de 42 anos, diabética e com miocardiopatia dilatada desenvolve quadro de “confusão” aguda. Ao exame físico: ela não obedece a comandos; fala fluentemente; diz várias frases sem sentido; parece haver um defeito visual no hemicampo direito. A ressonância magnética é realizada e mostra evidências de um acidente vascular cerebral.

Nesse caso, é correto afirmar que a oclusão vascular está

- (A) na artéria cerebral posterior.
- (B) na divisão superior da artéria cerebral média (ACM) esquerda.
- (C) na divisão inferior da ACM esquerda.
- (D) nos ramos lenticulo-estriados da ACM direita.
- (E) no tronco da ACM direita antes da bifurcação.

08. Mulher de 29 anos apresenta mal-estar geral e falta de ar. Ao exame físico: pressão arterial: 169 x 97 mmHg; oximetria de pulso com saturação de 97% em ar ambiente; tórax: normal à ausculta; nota-se edema bilateral 1+/4 em tornozelos. A tira reagente de urina mostra: proteína 2+; sangue 3+. Exames séricos: hemoglobina: 11,0 g/dL; creatinina: 10,6 mg/dL; proteína C reativa: 73 mg/L (normal < 10). Ultrassom abdominal normal, sem obstrução urinária.

Considerando o caso clínico relatado, o achado associado, se presente, que apoiaria o diagnóstico de doença antimembrana basal glomerular é

- (A) anemia hemolítica microangiopática.
- (B) cilindros hemáticos na urina.
- (C) erupção cutânea com vasculite.
- (D) hemorragias retinianas.
- (E) hipocomplementemia.

09. Mulher de 50 anos é levada ao departamento de emergência após ingerir algumas cartelas de aspirina de 500 mg há cerca de 4 horas. O histórico é notável para depressão, tentativas anteriores de suicídio e osteoartrite. Ela estava tomando escitalopram e tramadol. Ao exame físico: escala de Glasgow: 15; pressão arterial: 160 x 90 mmHg; frequência cardíaca: 86 bpm; frequência respiratória: 30 ipm; há leve sensibilidade epigástrica à palpação. Exames séricos: sódio: 135 mEq/L; potássio: 4,3 mEq/L; creatinina: 1,13 mg/dL. Gasometria arterial: pH 7,46; bicarbonato: 17 mEq/L; PCO₂: 18,8 mmHg; PO₂: 98 mmHg. Nível sérico de salicilato: 48 mg/dL (nível terapêutico: 15 a 30).

Nesse momento, além de prescrever expansão com fluídos, a conduta indicada é iniciar o tratamento com

- (A) alcalinização urinária.
- (B) carvão ativado.
- (C) furosemida.
- (D) hemodiálise.
- (E) hemoperfusão.

10. Mulher de 40 anos procura a unidade de saúde com piora da falta de ar ao esforço, fadiga e púrpuras em braços e pernas. Ela foi diagnosticada com asma na infância e relata ter rinossinusite crônica. Ao exame físico: tórax: ausculta-se sibilância leve difusamente; há erupção purpúrica predominantemente nas extremidades inferiores. Exames séricos: contagem de eosinófilos: $1.140/\text{mm}^3$; IgE elevada. Tomografia de tórax: observam-se consolidações e opacidades em vidro fosco com distribuição lobular. A histologia de uma biópsia da pele revela vasculite, necrose fibrinoide e inflamação granulomatosa extravascular rica em eosinófilos.

Considerando a principal hipótese diagnóstica para o caso, é correto afirmar que

- (A) o belimumabe é o tratamento de manutenção de escolha.
- (B) a glomerulonefrite membranoproliferativa é a forma mais comum de acometimento renal.
- (C) a mononeuropatia múltipla é observada em até 75% dos pacientes.
- (D) os níveis séricos de IgE acima de 1.500 UI/mL são típicos da doença.
- (E) os níveis elevados de antiproteinase 3 indicam atividade da doença.

11. Mulher de 67 anos é avaliada em consulta de retorno para leucemia linfocítica crônica. A condição foi descoberta incidentalmente após um hemograma apresentar: contagem de leucócitos: $23.109/\text{mm}^3$; contagem absoluta de linfócitos: $20.109/\text{mm}^3$; hemoglobina: 13 g/dL; plaquetas de $175.200/\text{mm}^3$. Ela relata que trabalha normalmente, em tempo integral, e está em seu estado de saúde basal. Ao exame físico, não há linfonodos palpáveis nem hepatoesplenomegalia.

Com base nos dados clínicos apresentados, a conduta apropriada no manuseio dessa paciente é

- (A) realizar mielograma com biópsia de medula óssea.
- (B) realizar tomografia computadorizada basal de tórax, abdome e pelve.
- (C) realizar tomografia por emissão de pósitrons (PET) basal.
- (D) sem exames adicionais, no momento, e acompanhamento com retorno em 3 meses.
- (E) realizar acompanhamento conforme necessário, quando sintomática, sem exames adicionais.

12. Mulher de 44 anos com colite ulcerativa há 20 anos está em terapia com um 4º imunobiológico após não ter respondido aos agentes anteriores devido à formação de anticorpos. Ela tem tido de 6 a 8 evacuações sem sangue, diariamente, há 6 meses. Colonoscopia de vigilância recente: inflamação grave caracterizada por erosões, eritema, friabilidade, granularidade e perda de vascularização em todo o cólon examinado. As biópsias de vigilância do ceco e das áreas ascendente, transversa, descendente e retossigmoide mostram colite crônica moderada a ativa, com ulcerações e sem granulomas. Displasia de baixo grau é identificada em amostras de biópsia aleatórias do ceco e das áreas ascendente e retossigmoide, e displasia de alto grau é identificada em amostras de biópsia aleatórias do cólon transverso.

Nesse contexto, a conduta indicada é

- (A) mudar a terapia para um biológico diferente.
- (B) realizar colonoscopia de acompanhamento em 6 meses.
- (C) solicitar cromoendoscopia.
- (D) solicitar uma ressonância de abdome e pelve com contraste.
- (E) encaminhar a paciente para o cirurgião colorretal.

13. Paciente de 55 anos com doença pulmonar obstrutiva grave é internado por exacerbação da condição. Refere que é seu primeiro episódio de exacerbação. Ele é tratado com broncodilatadores, antibióticos e corticosteroides sistêmicos e, durante sua internação, recebe oxigênio suplementar por meio de uma cânula nasal. A condição melhorou significativamente após 7 dias. À admissão, a gasometria arterial em ar ambiente mostra: pH 7,40; PCO_2 : 37 mmHg; PO_2 : 45 mmHg; bicarbonato: 24 mEq/L. Os valores arteriais à alta são: pH: 7,41; PCO_2 : 41 mmHg; PO_2 : 52 mmHg; bicarbonato: 26 mEq/L.

O tratamento ambulatorial otimizado padrão é prescrito, sendo indicada como conduta adicional

- (A) a oxigenoterapia de longo prazo por tempo indeterminado.
- (B) o oxigênio suplementar, durante o esforço físico e ao dormir.
- (C) a oxigenoterapia contínua, por 3 meses, e reavaliação.
- (D) a oxigenoterapia contínua, por 30 dias, e reavaliação.
- (E) a ventilação com pressão positiva não invasiva.

14. Homem de 50 anos é avaliado em consulta de retorno por nódulo tireoidiano esquerdo, que foi detectado acidentalmente em uma tomografia do pescoço realizada após um acidente automobilístico há 10 anos. Inicialmente, o nódulo tinha 2,4 cm, mas, cinco anos depois, aumentou para 4,0 cm e, dois anos depois, para 5,2 cm. O paciente foi submetido a uma punção aspirativa por agulha fina guiada por ultrassom no diagnóstico inicial e, novamente, cinco anos depois, ambas com resultados benignos. Ao longo do último ano, ele notou um “aumento da pressão” na parte anterior do pescoço, de tal forma que não se sente mais confortável usando gravatas e tem uma sensação de sufocamento ocasionalmente. Ele decide se submeter a uma lobectomia da tireoide esquerda para aliviar esses sintomas. Ao exame físico: sinais vitais normais; IMC: 29,4 kg/m²; há um nódulo firme na parte média a inferior do lobo esquerdo da tireoide, estendendo-se até o nível da clavícula; lobo direito da tireoide está com tamanho normal e sem nódulos. Perfil da tireoide sérico: TSH: 1,2 mUI/L (normal: 0,5 a 5,0); anticorpo anti-TPO: negativo.

Nessa circunstância, qual variável prevê a chance desse paciente permanecer eutireoideo após a cirurgia?

- (A) Concentração sérica pré-operatória de TSH.
- (B) Experiência técnica do cirurgião.
- (C) Operação com preservação do istmo.
- (D) Resultado do anticorpo anti-TPO.
- (E) Sexo masculino.

15. Homem de 45 anos apresenta uma massa cervical palpável ao exame físico. A ultrassonografia mostra um nódulo tireoidiano direito de 2,0 x 1,4 cm. Uma aspiração por agulha fina desse nódulo é realizada e mostra câncer medular de tireoide. O teste genético é positivo para mutação germinativa do proto-oncogene RET. Os níveis séricos de cálcio e hormônio da paratireoide estão dentro da faixa normal.

A partir dos dados apresentados, é correto afirmar que a conduta apropriada no manuseio desse paciente é

- (A) indicar radioterapia.
- (B) indicar tireoidectomia total.
- (C) indicar tratamento com radioiodo.
- (D) medir o nível de tireoglobulina.
- (E) medir os níveis de metanefrina livre na urina ou no plasma.

16. Mulher de 21 anos, grávida de 29 semanas, procura atendimento para tratamento de hipoparatiroidismo. O histórico é relevante para câncer papilar da tireoide diagnosticado há 7 anos e tratado com cirurgia e iodo radioativo. Ela tem um longo histórico de parestesias frequentes e câibras musculares, mas esses sintomas diminuíram nas últimas semanas. Seus medicamentos atuais são: levotiroxina (150 mcg/dia); calcitriol (0,5 mcg/duas vezes ao dia); e carbonato de cálcio (1.000 mg de cálcio elementar/duas vezes ao dia). Exames séricos: albumina: 3,2 g/dL; cálcio total: 9,5 mg/dL; creatinina: 0,78 mg/dL; TSH: 0,38 mUI/L (normal: 0,5 a 5,0); hormônio da paratireoide intacto (PTH): indetectável; 25-hidroxivitamina D: 33 ng/mL (normal: 30 a 80); fósforo: 4,7 mg/dL (normal: 2,3 a 4,6); magnésio: 1,8 mg/dL (normal: 1,5 a 2,3). Análise urinária: relação cálcio/creatinina: 0,47 mg/mg (normal: < 0,22).

Considerando o caso clínico exposto, é correto afirmar que a conduta adequada é

- (A) adicionar um agonista do receptor de PTH.
- (B) adicionar hidroclorotiazida.
- (C) reduzir a dosagem de calcitriol.
- (D) reduzir a dosagem de levotiroxina.
- (E) trocar o carbonato de cálcio por citrato de cálcio.

17. Mulher de 40 anos sem histórico relevante é atendida com quadro de mal-estar, palpitações e câibras. Não há etilismo, tabagismo ou uso de drogas ilícitas. Ao exame físico: pressão arterial: 170 x 98 mmHg; frequência cardíaca: 68 bpm; avaliação neurológica: sem déficit focal; exame cardiopulmonar: normal. Os exames são notáveis para hemograma, coagulograma, glicemia, função renal e bioquímica normais; sódio: 141 mEq/L; potássio: 3,4 mEq/L. A ultrassonografia da artéria renal demonstra aumento da velocidade à direita, com uma ligeira redução no tamanho do rim direito. A angiotomografia abdominal com contraste é apresentada a seguir:



(Arquivo pessoal; imagem usada com autorização)

Com base nos dados e na imagem apresentados, nesse momento, é prioritário, no manejo dessa paciente, realizar

- (A) angiografia por ressonância magnética abdominal.
- (B) cintilografia renal.
- (C) desnervação renal por cateter.
- (D) implante de stent na artéria renal.
- (E) terapia anti-hipertensiva.

18. Homem de 25 anos com histórico de uso de cocaína apresenta neutropenia significativa, com contagem absoluta de neutrófilos de 100 células/mm³.

Nesse cenário, a substância que, frequentemente, pode ser encontrada como contaminante na cocaína e que tem sido fortemente associada a essa descrição é

- (A) o cimento branco.
- (B) a fenacetina.
- (C) a metilamfetamina.
- (D) o levamisol.
- (E) o talco.

19. Homem de 58 anos é atendido para consulta de retorno após angioplastia recente e colocação de stent. Ele foi submetido à cirurgia de revascularização do miocárdio, aos 52 anos, após um infarto do miocárdio com elevação do segmento ST. Refere que vem apresentando angina de esforço há um ano, e a angiografia mostra estenose recorrente do enxerto. Ele não tem diabetes mellitus tipo 2 e parou de fumar após o evento cardíaco. O histórico familiar é relevante para infarto do miocárdio (pai teve aos 55 anos). Seus medicamentos atuais são: atorvastatina (80 mg/dia); ezetimiba (10 mg/dia); evolocumabe (140 mg/a cada duas semanas); metoprolol (100 mg/dia); aspirina (100 mg/dia); e clopidogrel (75 mg/dia). Ele evita alimentos ricos em gordura e limita a ingestão de açúcar, mas tem atividade física limitada devido à angina. IMC: 22 kg/m². Nota-se um arco corneano leve, mas sem xantomas tendinosos. Perfil lipídico atual em jejum: colesterol total: 122 mg/dL; HDL: 38 mg/dL; LDL: 66 mg/dL; triglicerídeos: 90 mg/dL.

Antes de recomendar quaisquer alterações no tratamento para uma maior redução do risco cardiovascular, a investigação complementar que, prioritariamente, deve ser solicitada é

- (A) a apolipoproteína B.
- (B) o fitoesterol plasmático.
- (C) a lipoproteína (a).
- (D) o número de partículas de LDL por ressonância magnética nuclear.
- (E) a proteína C reativa cardíaca (de alta sensibilidade).

20. Mulher de 25 anos é levada ao pronto-socorro após tentativa de suicídio com 100 comprimidos de amitriptilina de 25 mg. Seu peso estimado é de 50 kg. A escala de Glasgow é de 8 pontos, sendo então intubada e colocada em ventilação mecânica. O eletrocardiograma (ECG) revela taquicardia sinusal, com complexo QRS de 160 ms e QTc prolongado de 440 ms. Bicarbonato de sódio intravenoso é prescrito. O pH arterial de agora é 7,46; ela permanece taquicárdica, hipotensa e com complexo QRS alargado.

Nesse contexto, a conduta recomendada é prescrever, por via intravenosa:

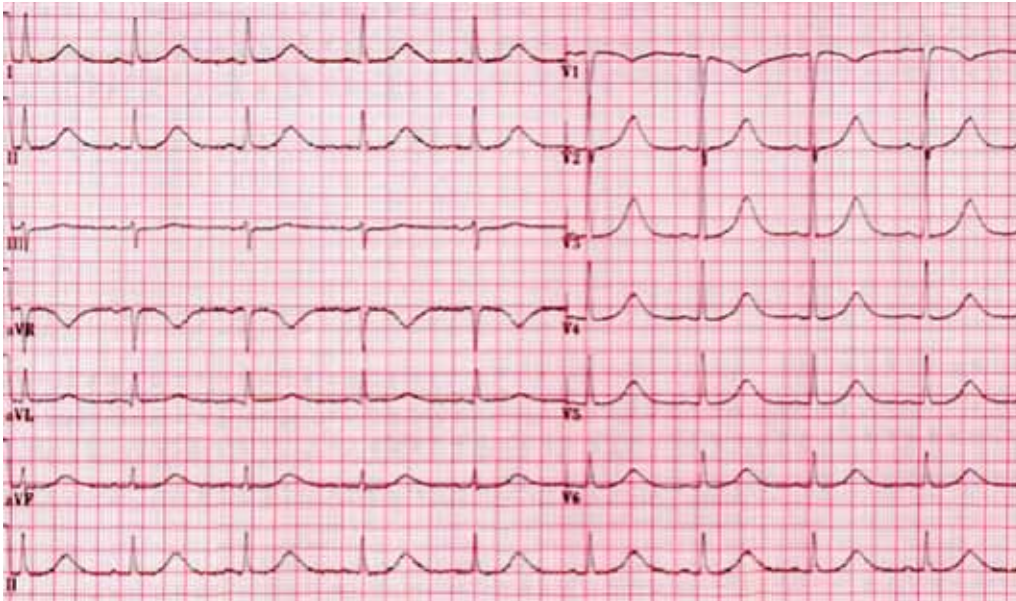
- (A) *bolus* de lidocaína, 1,5 mg/kg.
- (B) *bolus* adicional de 50 mL de bicarbonato de sódio a 8,4%.
- (C) cloreto de sódio hipertônico (*bolus* de 100 mL de solução salina a 3%).
- (D) emulsão lipídica a 20%, 1,5 mL/kg.
- (E) sulfato de magnésio a 10%, 20 mL.

21. Mulher de 82 anos é levada à consulta por sua filha, que relata duas quedas no último mês, apatia e perda de interesse em atividades sociais. A paciente mora sozinha e sempre foi independente. Na avaliação, observam-se os seguintes dados: funcionalidade: independente para Atividades Básicas da Vida Diária (ABVD), mas com nova dificuldade para gerenciar suas finanças e usar o transporte público; mobilidade: teste *Timed Up and Go* (TUG) completado em 16 segundos; humor: 8 pontos na Escala de Depressão Geriátrica (GDS-15); cognição: pontuação de 25/30 no Mini Exame do Estado Mental (MEEM), com 4 anos de escolaridade. Medicação em uso: losartana, anlodipino, metformina e zolpidem (há 6 meses, para insônia).

Com base nos resultados da Avaliação Geriátrica Ampla, a intervenção prioritária para reduzir o risco de novas quedas e melhorar o estado geral da paciente é

- (A) aumentar a dose do zolpidem para garantir um sono de melhor qualidade, prevenindo, assim, a fadiga diurna e a chance de quedas.
- (B) encaminhá-la para um programa de fisioterapia com foco no fortalecimento muscular para tratar a sarcopenia e condicionamento físico.
- (C) iniciar inibidor da acetilcolinesterase para tratar o provável declínio cognitivo indicado pelo MEEM.
- (D) revisar a medicação, com foco na desprescrição do zolpidem, e iniciar o tratamento para os sintomas depressivos.
- (E) solicitar avaliação de um assistente social para planejar a institucionalização, dada a sua dificuldade nas atividades instrumentais.

22. Mulher de 57 anos com histórico de transtorno psiquiátrico (bem controlado com tratamento) e infecções urinárias recorrentes é levada ao departamento de emergência após ser encontrada inconsciente. O eletrocardiograma (ECG) inicial não mostra ondas P; os complexos QRS ou ondas T são identificáveis, com uma frequência de cerca de 350/minuto, sendo desfibrilada com sucesso. Ela foi tratada adequadamente e estabilizada. No dia seguinte, foi realizado novo ECG, apresentado a seguir:



(Arquivo pessoal; imagem usada com autorização)

Frente ao exposto, é correto afirmar que o medicamento que tem maior probabilidade de justificar essa apresentação é

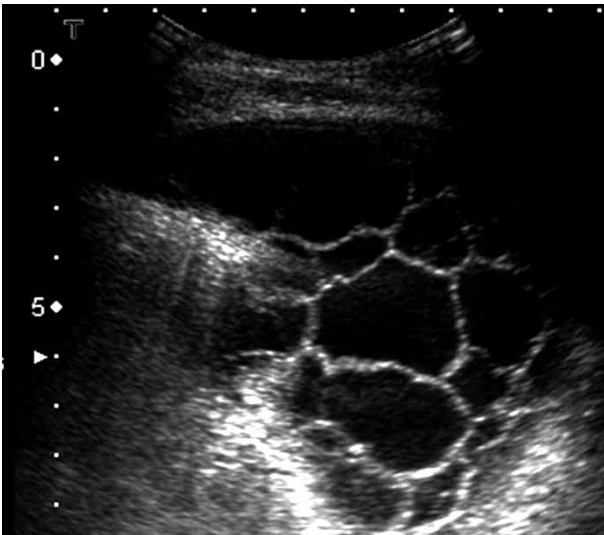
- (A) o aripiprazol.
(B) o cloridrato de bupropiona.
(C) a desvenlafaxina.
(D) a quetiapina.
(E) a sertralina.
23. Homem de 45 anos, tabagista de 20 cigarros/dia, desde os 20 anos, procura atendimento ambulatorial manifestando forte desejo de parar de fumar. Relata história de episódio convulsivo único na adolescência, sem recorrência ou necessidade de tratamento contínuo, e diagnóstico de transtorno depressivo maior, atualmente em remissão com uso de sertralina. Ao exame, apresenta-se clinicamente estável.
- Considerando as diretrizes atuais e o perfil do paciente, a conduta de primeira linha mais adequada e segura é prescrever
- (A) cloridrato de bupropiona.
(B) nortriptilina.
(C) terapia de reposição de nicotina com adesivo em monoterapia.
(D) terapia cognitivo-comportamental como monoterapia inicial.
(E) vareniclina.
24. Homem de 53 anos está internado há quatro dias, desde quando foi encontrado caído no chão de seu apartamento após quadro de intoxicação exógena. O paciente tem histórico de consumo excessivo de álcool. Ele não usa medicamentos. Os resultados do exame inicial revelaram uma laceração na língua, o que levou à suspeita de que ele poderia ter tido uma convulsão, além de obesidade, com fígado e baço normais. Exames séricos à admissão: aspartato aminotransferase (AST): 4.120 U/L; alanina aminotransferase (ALT): 698 U/L; fosfatase alcalina e bilirrubina: normais. Os resultados de hoje mostram: AST: -1.024 U/L; ALT: 334 U/L.
- Com esses dados, o diagnóstico mais provável é de
- (A) hepatite alcoólica.
(B) hepatite viral aguda.
(C) hepatotoxicidade por paracetamol.
(D) isquemia hepática.
(E) lesão muscular.

25. Homem de 50 anos é levado ao departamento de emergência com alteração do estado de consciência. Ele foi encontrado na rua em estado de embriaguez. O histórico é relevante para alcoolismo de longa data, sem outros antecedentes significativos. Ao exame físico: escala de Glasgow: 12; frequência cardíaca: 110 bpm; pressão arterial: 110 x 60 mmHg; há hiperreflexia e os sinais de Trousseau e Chvostek são positivos. Exames séricos: ureia: 12 mg/dL; creatinina: 0,3 mg/dL; sódio: 131 mEq/L; potássio: 2,9 mEq/L; albumina: 2,7 g/dL; cálcio sérico ajustado: 7,0 mg/dL (normal: 8,8 a 10,4); magnésio: 0,49 mg/dL (normal: 1,8 a 2,5); hormônio da paratireoide: 17,4 pmol/L (normal: 0,9 a 5,4).

Segundo essas informações, a hipótese diagnóstica para sua hipocalcemia é

- (A) intoxicação por metanol.
- (B) hipomagnesemia.
- (C) hipocalcemia.
- (D) hipoparatiroidismo.
- (E) nefropatia.

26. Homem de 55 anos é internado na unidade de terapia intensiva (UTI) com choque séptico e evidência de opacidade no lobo inferior direito na radiografia do tórax. Não há comorbidades, etilismo ou tabagismo. O paciente é tratado com ceftriaxona, claritromicina, fluidos intravenosos e vasopressores. É realizada uma ultrassonografia em base de hemitórax direito à beira do leito apresentada a seguir:



(Arquivo pessoal; imagem usada com autorização)

Considerando a principal hipótese diagnóstica, a conduta adequada é

- (A) indicar uma tomografia de tórax com contraste.
- (B) indicar ventilação não invasiva.
- (C) realizar a toracostomia com tubo.
- (D) solicitar uma broncoscopia flexível diagnóstica e terapêutica.
- (E) trocar a claritromicina por clindamicina.

27. Homem de 75 anos é avaliado por exames de função renal alterados. Ele relata que, há cerca de 2 semanas, fez um tratamento com cefalexina para erisipela em membro inferior esquerdo. Houve melhora, mas ele evoluiu com quadro de mal-estar, febre e erupção cutânea em ambas as pernas. Não há outros antecedentes relevantes. O exame de urina mostra positividade de 1+ para hemácias, proteínas e leucócitos. Exames: ureia sérica: 158 mg/dL; creatinina sérica: 3,62 mg/dL; relação proteína/creatinina na urina: 60 mg/mmol (normal < 30). A biópsia renal mostra: infiltrados intersticiais irregulares, com formação precoce de granuloma, edema intersticial e sinais de tubulite à microscopia óptica.

Assinale a alternativa correta com relação ao que constitui a composição predominante do infiltrado celular renal nessa patologia.

- (A) Células Gram-negativas.
- (B) Células Ziehl-Neelsen positivas.
- (C) Neutrófilos.
- (D) Linfócitos e macrófagos.
- (E) Leucócitos mieloperoxidase positivos.

28. Mulher de 63 anos apresenta quadro de dor abdominal, febre e náuseas há 4 horas. Não há antecedente de doença hepática. Ao exame físico: pressão arterial: 110 x 60 mmHg; frequência cardíaca: 104 bpm; temperatura: 38,7 °C; há icterícia e dor leve à palpação epigástrica. Exames séricos: hemoglobina: 12,9 g/dL; leucócitos: 18.100/mm³ (neutrófilos: 80%; bastonetes: 10%); fosfatase alcalina: 150 U/L; aspartato aminotransferase: 745 U/L; alanina aminotransferase: 650 U/L; bilirrubina total: 5,0 mg/dL; amilase: 270 U/L. A ultrassonografia mostra cálculos biliares, ausência de dilatação do ducto biliar e um pâncreas aparentemente normal. A paciente recebe antibióticos. As hemoculturas, 12 horas depois, são positivas para *Escherichia coli*.

Com base nesse contexto, a conduta indicada é realizar uma

- (A) colangiopancreatografia por ressonância magnética.
- (B) colangiopancreatografia retrógrada endoscópica.
- (C) colecistectomia laparoscópica.
- (D) tomografia de abdome com contraste.
- (E) ultrassonografia endoscópica.

29. Homem de 75 anos é atendido com relato de dois episódios de melena e um episódio de síncope nas últimas 12 horas. O histórico é positivo para fibrilação atrial e hipertensão em uso de losartana, anlodipino, atenolol e apixabana. Não há dor torácica, dispneia ou vômitos. Ao exame físico: palidez cutaneomucosa 3+/-4; sudorese fria; sonolento; afebril; anictérico; pressão arterial: 88 x 50 mmHg; frequência cardíaca: 115 bpm; saturação de oxigênio: 96% em ar ambiente. Exames séricos: hemoglobina: 7,2 g/dL (era 12,5 g/dL há 2 meses); plaquetas de 180.000/mm³; razão normatizada internacional: 1,8; ureia: 115 mg/dL; creatinina: 1,6 mg/dL; sódio: 140 mEq/L; potássio de 4,2 mEq/L.

A partir do caso clínico apresentado, além de estabilização clínica e hemodinâmica, a conduta correta é administrar

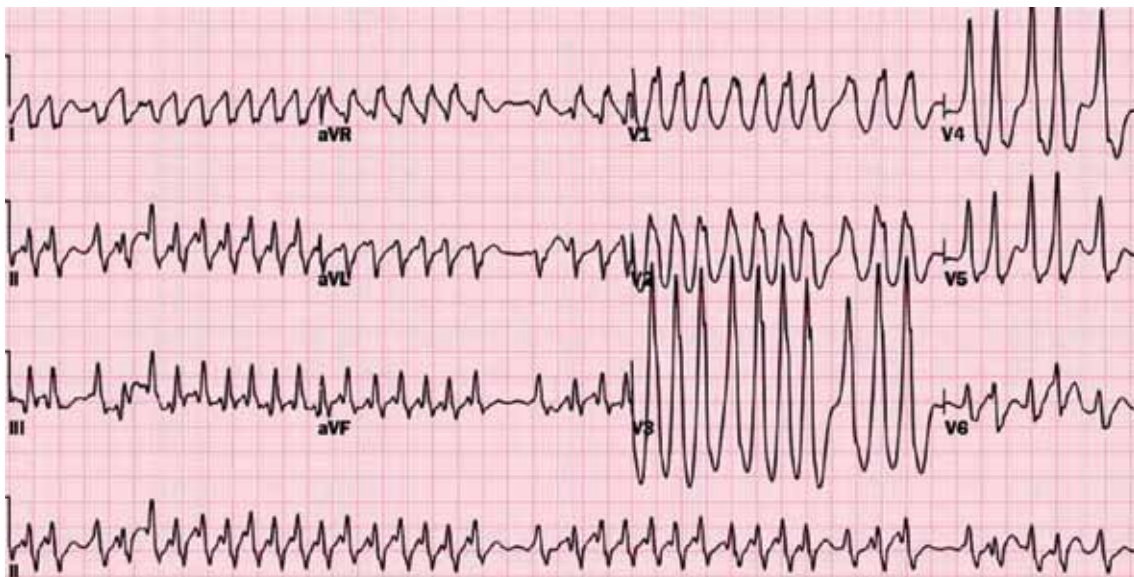
- (A) andexanet alfa em *bolus* intravenoso, seguido de infusão contínua de 2 horas.
- (B) carvão ativado por sonda nasogástrica e solicitar avaliação da endoscopia digestiva alta em caráter de urgência.
- (C) concentrado de complexo protrombínico de 4 Fatores na dose de 50 UI/kg.
- (D) vitamina K por via intravenosa e 4 unidades de plasma fresco congelado.
- (E) idarucizumabe via intravenosa, em duas doses de 2,5 g.

30. Carpinteiro de 53 anos apresenta queixas de dor no punho direito e fraqueza na preensão, dificultando seu trabalho. Ao exame físico, ele apresenta dor na face radial do punho, que se agrava com a flexão do polegar e a flexão ulnar.

A hipótese diagnóstica que justifica a apresentação descrita é

- (A) fratura do escafoide.
- (B) osteoartrose da articulação trapézio-metacárpica (rizartrose).
- (C) síndrome do pronador redondo.
- (D) síndrome do túnel do carpo.
- (E) tenossinovite De Quervain.

31. Homem de 20 anos é levado à emergência com palpitações há duas horas. Ele não tem antecedente mórbido e não toma medicamentos. Não há tabagismo, etilismo ou uso de drogas. Sinais vitais à chegada: pressão arterial: 112 x 72 mmHg; frequência cardíaca entre 190 a 220 bpm. O eletrocardiograma (ECG) realizado é apresentado a seguir:



(Arquivo pessoal; imagem usada com autorização)

Nesse contexto, a conduta inicial indicada é utilizar

- (A) cardioversão não sincronizada.
- (B) amiodarona.
- (C) diltiazem.
- (D) procainamida.
- (E) sulfato de magnésio.

32. Homem de 71 anos refere quadro de fraqueza, fadiga e piora da função renal há 4 semanas. O histórico é positivo para diabetes mellitus tipo 2, hipertensão e implante de stent na artéria renal há 6 meses. Ao exame físico: pressão arterial: 135 x 80 mmHg; frequência cardíaca: 68 bpm; turgência venosa jugular 3 cm acima do ângulo esternal; há um sopro sistólico de grau 2/6 em ápice; pulmonar: normal; edema de membros inferiores 1+/4. Exames séricos: hemoglobina: 9,8 g/dL; creatinina: 4,3 mg/dL; cálcio ajustado: 10,9 mg/dL; albumina: 3,8 g/dL; hormônio da paratireoide: 0,5 pmol/L (normal: 0,9 a 5,4). Análise urinária: relação proteína/creatinina: 200 mg/mmol (normal < 30). Ultrassom Doppler dos rins demonstra bom fluxo.

De acordo com as informações apresentadas, é correto afirmar que a biópsia renal deve indicar

- (A) nefropatia diabética.
- (B) nefroesclerose hipertensiva.
- (C) nefrite túbulo-intersticial.
- (D) doença de depósito de cadeias leves.
- (E) glomerulonefrite pauci-imune.

33. Homem de 58 anos, ex-usuário de drogas injetáveis, é avaliado para tratamento de infecção pelo genótipo 1 do vírus da hepatite C com fibrose em estágio 2. Os exames laboratoriais basais apresentam resultados normais para: hemograma, creatinina, bilirrubina, fosfatase alcalina e albumina. Outros exames séricos: alanina aminotransferase: 64 U/L, aspartato aminotransferase: 54 U/L; HIV: negativo; DNA para o vírus da hepatite B: inferior a 20 IU/mL; HBsAg: positivo. Nega uso de qualquer medicamento. O tratamento com um regime antiviral de ação direta, sem interferon, é iniciado. Após 4 semanas, ele evolui com icterícia, sem dor abdominal ou febre.

Considerando a principal hipótese diagnóstica para a evolução descrita, é correto afirmar que o próximo exame a ser solicitado é

- (A) anticorpo do músculo liso.
- (B) DNA do vírus da hepatite B.
- (C) RNA do vírus da hepatite C.
- (D) sorologia para hepatite A.
- (E) tomografia de abdome total.

34. Paciente de 68 anos é submetido a uma cirurgia de transplante hepático e desenvolve uma hemorragia difusa no campo operatório. A análise por tromboelastometria rotacional (ROTEM) apresenta os seguintes resultados: EXTEM: CT de 95 s (prolongado); CFT: 210 s (prolongado); ângulo alfa 55° (reduzido); MCF: 35 mm (muito reduzido); FIBTEM MCF (A10): 6 mm (muito reduzido); APTEM e HEPTEM: traçados idênticos ao EXTEM.

Com base nesses resultados, a intervenção terapêutica apropriada e prioritária para corrigir a coagulopatia desse paciente é prescrever

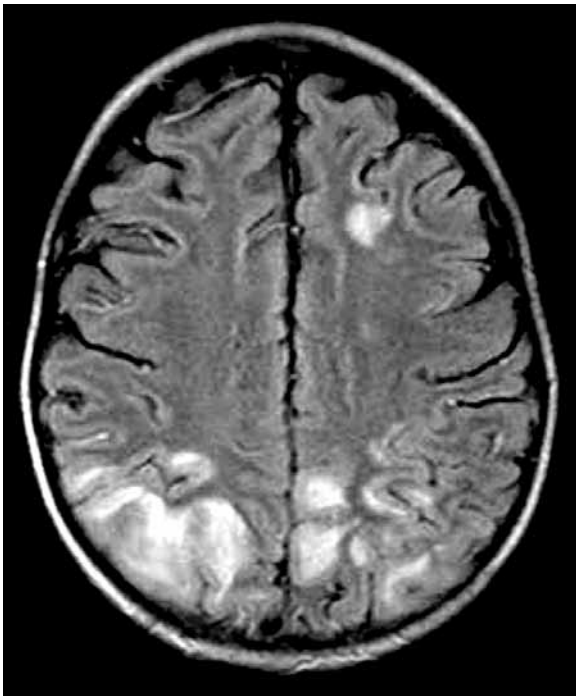
- (A) ácido tranexâmico devido ao elevado risco de fibrinólise no transplante hepático.
- (B) concentrados de plaquetas para tratar a baixa MCF do EXTEM.
- (C) crioprecipitado devido à redução crítica do fibrinogênio, indicada pela baixa MCF do FIBTEM.
- (D) plasma fresco congelado para corrigir o CT prolongado.
- (E) protamina para reverter um possível efeito residual de heparina.

35. Mulher de 58 anos é atendida com relato de fraqueza e câibras nas panturrilhas ao subir ladeiras. A dor desaparece em poucos minutos se ela para e descansa. O antecedente é relevante para hipertensão, hiperlipidemia, diabetes mellitus tipo 2, doença pulmonar obstrutiva crônica leve (GOLD estágio I) e doença renal crônica em estágio 2, todos adequadamente tratados. Ela fumou 45 maços por ano antes de parar há 1 ano. Ao exame físico: pulso: 72 bpm; pressão arterial: 134 x 90 mmHg; região cervical com sopro em carótida direita; abdome: obeso e indolor; demais não é digno de nota. Ultrassonografia Doppler da carótida mostra uma estenose de 30%-50% no lado direito e < 30% no lado esquerdo. Ultrassonografia abdominal: aneurisma de 4,0 cm em aorta infrarrenal; o índice tornozelo-braço é 1,2 à direita e não compressível à esquerda.

Com base nas informações descritas, a condição que tem maior probabilidade de ocorrer com essa paciente, nos próximos 5 anos, é

- (A) câncer de pulmão.
- (B) infarto do miocárdio.
- (C) necessidade de diálise.
- (D) revascularização do membro.
- (E) ruptura do aneurisma aórtico.

36. Homem de 45 anos com histórico de hipertensão e doença renal crônica dialítica apresenta alteração do estado mental e pressão arterial de 210 x 118 mmHg. Enquanto está na sala de emergência, ele tem uma crise tônico-clônica generalizada e necessita de intubação endotraqueal. Em seguida, é internado na unidade de terapia intensiva (UTI). Uma ressonância magnética cerebral é realizada e apresentada a seguir:



(Arquivo pessoal; imagem usada com autorização)

Para esse paciente, a principal hipótese diagnóstica é

- (A) acidente vascular cerebral embólico.
 - (B) acidente vascular cerebral hemorrágico.
 - (C) encefalomielite disseminada aguda.
 - (D) meningoencefalite viral.
 - (E) síndrome de encefalopatia posterior reversível.
37. Homem de 27 anos com histórico de trombose venosa profunda (TVP) proximal não provocada na extremidade inferior direita, há 3 anos, é internado com nova TVP sintomática na extremidade inferior esquerda. O paciente recebe tratamento com heparina intravenosa em bomba de infusão contínua e dabigatrana, mas apresenta valores laboratoriais de anti-Xa consistentemente subterapêuticos, apesar da administração de altas doses do anticoagulante parenteral. Ele evolui bem e recebe alta com anticoagulante oral. Mantém-se bem até apresentar um evento trombótico venoso recorrente ao suspender o anticoagulante e necessitar de heparina intravenosa após uma apendicectomia de urgência.

Nesse caso, a principal hipótese diagnóstica é

- (A) deficiência de antitrombina.
- (B) deficiência de proteína C.
- (C) mutação do gene do fator V Leiden.
- (D) mutação do gene da protrombina.
- (E) síndrome antifosfolípide.

38. Homem de 60 anos é atendido com quadro de dispneia. O histórico inclui doença arterial coronária, estado em pós-cirurgia de revascularização do miocárdio, tabagismo ativo e diabetes *mellitus*. Medicamentos em uso: metoprolol (25 mg/dia), lisinopril (10 mg/dia), aspirina (100 mg/dia) e atorvastatina (40 mg/dia). Ao exame físico, apresenta-se prostrado e letárgico; temperatura: 37,2 °C; pressão arterial: 100 x 70 mmHg; frequência cardíaca: 130 bpm (arrítmica); saturação de oxigênio de 88% em ar ambiente; pressão venosa jugular elevada; ausculta com estertores pulmonares bilaterais e extremidades inferiores com edema simétrico até joelhos; as mãos estão frias, com tempo de enchimento capilar acima de 5 segundos. A contagem de leucócitos, troponina e os testes de função hepática estão elevados. Eletrocardiograma: fibrilação atrial. Ecocardiograma: fração de ejeção de ventrículo esquerdo de 20%.

Nesse paciente, este é o conjunto de achados da monitorização hemodinâmica mais provável (pressões, em mmHg): átrio direito: _____; artéria pulmonar: _____; pressão capilar pulmonar: _____.

As lacunas são preenchidas, correta e respectivamente, por:

- (A) 5 ... 26 x 11 ... 10
 - (B) 14 ... 67 x 32 ... 14
 - (C) 15 ... 40 x 15 ... 15
 - (D) 12 ... 50 x 20 ... 21
 - (E) 8 ... 30 x 10 ... 27
39. Homem de 62 anos em diálise peritoneal ambulatorial contínua há 2 anos é levado ao departamento de emergência devido à deterioração de sua saúde há cerca de 5 dias. Ele queixa-se de dor abdominal baixa nos últimos 3 dias. Não há vômitos, diarreia, epigastralgia ou sintomas respiratórios. Ao exame físico: consciente, orientado, eupneico; temperatura: 38,2 °C; pressão arterial: 132 x 88 mmHg; frequência cardíaca: 92 bpm; há dor à palpação de abdome inferior, com sons intestinais (RHA) positivos; adequada perfusão periférica; tempo de enchimento capilar < 3 segundos. A radiografia abdominal em ortostase mostra pequena quantidade de ar livre.
- Considerando o exposto, a conduta apropriada é
- (A) indicar a remoção do cateter de diálise peritoneal.
 - (B) indicar uma laparotomia exploratória.
 - (C) pedir a contagem de células e cultura da amostra de dialisato.
 - (D) prescrever antibióticos empíricos.
 - (E) solicitar uma tomografia computadorizada do abdome.

40. Homem de 72 anos é internado com dois dias de febre e dor abdominal crescente. O histórico inclui hipertensão arterial e diabetes mellitus tipo 2. Ao exame físico: temperatura: 38,8 °C; pressão arterial: 116 x 74 mmHg; frequência cardíaca: 94 bpm; abdome com dor em quadrante superior direito e sons intestinais normais. Exame séricos: proteína C reativa: 330 mg/L (normal: < 10); leucócitos: 24.100/mm³; bilirrubina direta: 1,9 mg/dL; fosfatase alcalina: 450 U/L; alanina aminotransferase: 93 U/L. Ultrassom abdominal revela cálculos biliares. Nas 24 horas seguintes, apesar do tratamento adequado, ele não apresenta melhora, evoluindo com hipotensão e taquicardia. Em um novo exame, a dor abdominal se torna generalizada e os ruídos intestinais permanecem normais. É realizada nova radiografia abdominal, apresentada a seguir:



(Arquivo pessoal; imagem usada com autorização)

Com base no quadro clínico do paciente, a explicação provável para os achados descritos é a presença de

- (A) colecistite enfisematosa.
- (B) íleo biliar.
- (C) pancreatite aguda.
- (D) perfuração da vesícula biliar.
- (E) síndrome de Mirizzi.

41. Mulher de 42 anos com asma persistente tem sido tratada com prednisona oral em alta dose há mais de um ano devido às dificuldades em controlar a doença. Ela apresenta fraqueza proximal, e nota-se que tem uma aparência cushingoide.

Em relação à complicação da terapêutica da doença de base ocasionada nessa paciente, é correto afirmar que

- (A) a eletroneuromiografia mostra resultados inespecíficos.
- (B) a biópsia muscular mostra inflamação proeminente das fibras musculares.
- (C) aumentar a dose de esteroides pode ajudar na fraqueza.
- (D) há atrofia das fibras do tipo I.
- (E) os níveis de creatina quinase geralmente estão elevados.

42. Mulher de 32 anos procura a unidade de saúde com histórico de dor nas articulações, mialgias, perda de peso e edema periférico. Os exames séricos atuais são: sódio: 143 mEq/L; potássio: 3,4 mEq/L; creatinina: 1,45 mg/dL; albumina: 2,9 g/dL. A relação proteína/creatinina na urina é igual a 420 mg/mmol (normal: < 30). A biópsia renal mostra “espículas” na microscopia óptica; depósitos elétron-densos subepiteliais e mesangiais à microscopia eletrônica; coloração positiva para IgG, C3, IgA e IgM na imunofluorescência.

É mais provável que qual autoanticorpo seja positivo nessa paciente?

- (A) Anti-PLA2R1.
- (B) Anticolágeno tipo IV.
- (C) Antinuclear com padrão pontilhado.
- (D) Antitrombospondina tipo 1 (THSD7A).
- (E) Antimieloperoxidase (p-ANCA).

43. Mulher de 63 anos, com histórico de quarenta anos de artrite reumatoide soropositiva, está programada para se submeter a uma artroplastia do quadril esquerdo. O tratamento atual consiste em metotrexato oral (20 mg/semana) e adalimumabe (40 mg, a cada duas semanas). Não há outros problemas médicos, e ela se sente bem.

Qual é o próximo exame mais importante na avaliação pré-operatória?

- (A) Cintilografia do miocárdio com perfusão.
- (B) Ecocardiografia transtorácica.
- (C) Provas de função pulmonar.
- (D) Radiografia da coluna cervical em vistas de flexão/ extensão lateral.
- (E) Testes de função adrenal.

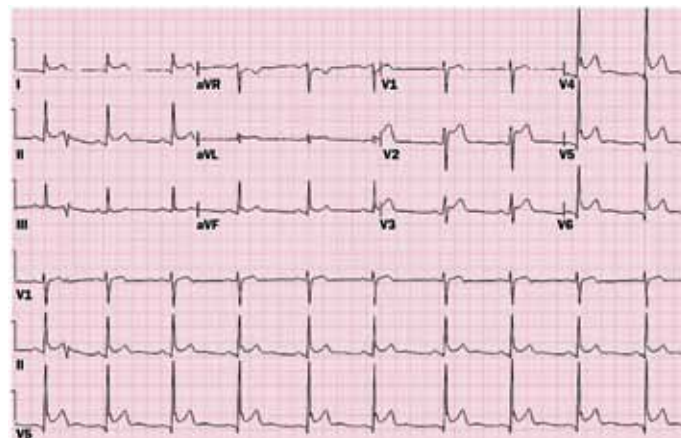
44. Mulher de 70 anos comparece a uma consulta com queixas de fadiga, distensão abdominal e edema nas extremidades inferiores. O histórico é positivo para fibrilação atrial paroxística e síndrome do nódulo sinusal, o que causa a necessidade de um marcapasso de dupla câmara. Ao exame físico, nota-se distensão venosa jugular 2+/4; cardíaco: bulhas normofonéticas, ausência de sopro; distensão abdominal com borda hepática palpável; edema simétrico em extremidades inferiores 2+/4. O ecocardiograma transtorácico revela: regurgitação tricúspide excêntrica grave com reversão do fluxo holossistólico em veias hepáticas; válvulas tricúspides: sem espessamento ou deslocamento apical, com válvulas anterior e posterior de movimento normal e presença de movimentação restrita da válvula septal; diâmetro diastólico basal de ventrículo direito: 45 mm. O cateterismo cardíaco é realizado e mostra (pressões, em mmHg): pressão atrial direita: 12 (ondas V: 35); pressão ventricular direita: 35 x 15; pressão arterial pulmonar: 35 x 12; pressão capilar pulmonar: 12.

Qual é a etiologia mais provável da regurgitação tricúspide?

- (A) Anomalia de Ebstein.
- (B) Eletrodo de marcapasso.
- (C) Embolização pulmonar crônica.
- (D) Hipertensão arterial pulmonar.
- (E) Síndrome carcinoide.

45. Mulher de 68 anos, com histórico de osteoartrite, hipertensão e edema crônico nas extremidades inferiores, apresenta dor torácica persistente há dois dias. Os medicamentos em uso são: furosemida (40 mg/dia); glicosamina/condroitina; celecoxibe (200 mg/dia). Ao exame físico, apresenta: frequência cardíaca: 90 bpm; pressão arterial: 170 x 105 mmHg; saturação de oxigênio: 98%; temperatura: 37 °C; ausculta cardiopulmonar: normal; extremidades: edema bilateral simétrico de tornozelo 1+/4; pulsos normais. Hemograma, coagulograma, eletrólitos e função renal são normais.

O ECG realizado é mostrado a seguir:



(Arquivo pessoal; imagem usada com autorização)

Considerando a principal hipótese diagnóstica, o correto tratamento inicial de escolha é

- (A) anticoagulação plena.
- (B) angioplastia coronariana percutânea primária.
- (C) combinação de aspirina, clopidogrel, enoxaparina e trombolítico.
- (D) colchicina.
- (E) nitroglicerina em bomba de infusão.

46. Mulher de 42 anos é internada com dispneia. Ela relata início da febre há uma semana, seguida de dor torácica e mialgias. O histórico médico é negativo, e não há uso de medicamentos. Ao exame físico, apresenta: pressão arterial: 98 x 76 mmHg; frequência cardíaca: 112 bpm; temperatura: 39,2 °C; saturação de oxigênio: 94% em ar ambiente; ausculta pulmonar com crepitações bibasais; bulhas taquicárdicas, sem sopros; há edema bilateral 1+/4 em membros inferiores. Eletrocardiograma: taquicardia sinusal. Os exames laboratoriais são notáveis para: leucograma: 18.200/mm³; troponina I de 8,2 ng/mL (normal: até 0,05). O ecocardiograma revela uma fração de ejeção de ventrículo esquerdo de 25%.

A etiologia mais provável para essa evolução é

- (A) autoimune.
- (B) idiopática.
- (C) micobactéria tuberculosa.
- (D) pneumococo.
- (E) parvovírus.

47. Homem de 78 anos, com doença pulmonar obstrutiva crônica (GOLD grau III; grupo (D)), é internado com piora da dispneia e aumento do volume e purulência do escarro nos últimos três dias. Ao exame físico, apresenta-se consciente e orientado; temperatura: 37,8 °C; frequência cardíaca: 110 bpm; pressão arterial: 128 x 68 mmHg; frequência respiratória: 28 ipm; há sibilância difusa à ausculta; não há edema. A radiografia de tórax mostra: campos pulmonares hiperinsuflados, sem consolidação; área cardíaca normal. Exames séricos: proteína C reativa: 45 mg/L (normal: < 10); neutrófilos: 12.109/mm³. Gasometria arterial: pH 7,31; PCO₂: 76 mmHg; bicarbonato: 31 mEq/L; PO₂: 142 mmHg.

Nesse momento, além de monitorização vigilante, constitui a melhor conduta inicial na primeira hora:

- (A) oxigenoterapia com cânula nasal de oxigênio de alto fluxo.
- (B) tratamento clínico, redução da oferta de oxigênio e monitoramento.
- (C) ventilação não invasiva com 1 nível (CPAP).
- (D) ventilação não invasiva com 2 níveis (BiPAP).
- (E) ventilação mecânica invasiva.

48. Homem de 50 anos está em hemodiálise (Kt/V: 1,2) há dois anos. O histórico é positivo para cardiopatia isquêmica, hipertensão e diabetes *mellitus* tipo 2. Ele está em uso de acetato de cálcio, rosuvastatina, olmesartana, bisoprolol, aspirina e insulina. Exames séricos: cálcio ajustado: 10,1 mg/dL (normal: 8,8 a 10,5); fósforo: 7,8 mg/dL (normal: 2,5 a 4,5); hormônio da paratireoide: 26,5 pmol/L (normal: 0,9 a 5,4); bicarbonato sérico: 22,6 mEq/L (normal: 22 a 26).

A próxima medida médica correta consiste em

- (A) aumentar o acetato de cálcio.
- (B) aumentar a duração da diálise.
- (C) prescrever alumínio.
- (D) prescrever cinacalcete.
- (E) prescrever sevelâmer.

49. Homem de 35 anos é encaminhado para avaliação de creatinina elevada em exame médico admissional. O antecedente é positivo para gota há cinco anos, e ele refere quadro de seis meses de dor abdominal intermitente. Antecedentes familiares: tia materna realizou diálise por quinze anos antes de morrer de infarto do miocárdio aos 71 anos; mãe morreu em um acidente de trânsito quando ele tinha 3 anos; nenhum outro membro da família tem doença renal conhecida. Ao exame físico: pressão arterial: 158 x 94 mmHg. Exames séricos: creatinina: 1,95 mg/dL. Ultrassom abdominal mostra cistos medulares bilaterais.

Em relação à principal hipótese diagnóstica da doença renal crônica apresentada pelo paciente, é correto afirmar:

- (A) a pesquisa da mutação no gene PKD2 é positiva.
- (B) cilindros de proteína de Tamm-Horsfall são encontrados à microscopia da urina.
- (C) existe uma secreção defeituosa de uromodulina pela alça de Henle.
- (D) há uma elevação da excreção fracionária de urato na urina.
- (E) o nível de sódio na urina é baixo.

50. Homem de 48 anos é encontrado em coma após não ser visto por pelo menos dois dias. Ele necessita de intubação endotraqueal e é internado na UTI.

A tomografia realizada é mostrada a seguir:



(Arquivo pessoal; imagem usada com autorização)

Em relação ao manuseio desse paciente, é correto afirmar que a

- (A) angiogramografia de crânio deve ser realizada seguida de clipagem do aneurisma.
- (B) anticoagulação com heparina intravenosa é indicada para prevenir a expansão do dano neurológico.
- (C) dexametasona deve ser iniciada na dose de 16 mg/dia.
- (D) hemicraniectomia precoce melhora a sobrevivência.
- (E) terapia de reperfusão endovenosa seguida de terapia endovascular é o próximo passo no tratamento.

51. Mulher de 58 anos apresenta dor abdominal intensa, no quadrante superior direito, há um dia, associada a febre, náuseas e vômitos. O histórico é notável por doença arterial coronariana com *stent* há seis meses e fibrilação atrial, em uso de aspirina, clopidogrel e dabigatrana. Ao exame físico, apresenta: temperatura: 39,4 °C; pressão arterial: 75 x 50 mmHg; frequência cardíaca: 120 bpm. Exames séricos: leucograma: 22.109/mm³; alanina aminotransferase: 420 U/L; aspartato aminotransferase: 250 U/L; bilirrubina total: 5,2 mg/dL; fosfatase alcalina: 350 U/L; razão normatizada internacional (INR): 3,5. Ultrassom: colelitíase e ducto biliar comum dilatado (16 mm) com um cálculo obstrutivo na extremidade distal. Ressuscitação com fluidos e antibióticos de amplo espectro foram iniciados.

Em relação à continuidade do tratamento dessa paciente, em seguida, deve-se

- (A) encaminhar a paciente para cirurgia para colecistectomia aberta (tradicional) de urgência.
- (B) encaminhar a paciente para colecistectomia laparoscópica de urgência.
- (C) indicar colangiopancreatografia retrógrada endoscópica (CPRE) para colocação de *stent*.
- (D) indicar CPRE com esfínterectomia para extração do cálculo.
- (E) manter o tratamento clínico e indicar cirurgia, se não houver melhora em 72 horas.

52. Mulher de 64 anos é levada ao pronto-socorro após episódio de síncope. Ela refere quadro de dispneia há seis meses, fadiga ao esforço e alguns episódios de tontura repentina recentemente. O histórico inclui hipertensão e diabetes *mellitus* bem controlados com aspirina, anlodipino, hidroclorotiazida, metformina, gliclazida, rosuvastatina e ezetimiba. Ao exame físico, apresenta: frequência cardíaca (FC): 66 bpm; pressão arterial (PA): 127 x 82 mmHg; IMC: 34 kg/m². O teste de esforço cardiopulmonar é realizado: conseguiu completar 5 minutos do protocolo de Bruce com uma FC basal de 64 bpm e uma FC máxima de 94 bpm; atingiu seu limiar anaeróbico; o teste foi interrompido devido à fadiga da paciente; ela nega quaisquer sintomas de angina no exame, e não houve alterações isquêmicas no eletrocardiograma.

Provavelmente, a seguinte condição é a responsável pelos sintomas:

- (A) descondição físico.
- (B) doença do nó sinusal.
- (C) efeito colateral da medicação.
- (D) obesidade.
- (E) resposta barorreceptora.

53. Mulher de 66 anos, com linfoma difuso de grandes células B, evolui com febre sete dias após seu primeiro ciclo de quimioterapia (R-CHOP). Ao exame físico, apresenta: temperatura: 38,4 °C. Contagem absoluta de neutrófilos: 400/mm³. Ela se queixa de mal-estar geral e mialgias, mas não apresenta sintomas localizados. A radiografia de tórax e a análise de urina não revelam anormalidades. Após a obtenção de hemoculturas, ela recebe piperacilina-tazobactam. Após 48 horas, a vancomicina é adicionada pela persistência de picos febris. No quinto dia da internação, a febre retorna. Os sinais vitais permanecem estáveis, ela continua sem apresentar sintomas localizados, e as culturas, até o momento, são negativas. A tomografia de tórax, abdome e pelve é negativa para possíveis focos infecciosos. A atual contagem de neutrófilos é 250/mm³.

A próxima conduta de escolha correta é

- (A) adicionar caspofungina.
- (B) adicionar anfotericina lipossomal.
- (C) iniciar fator de crescimento de neutrófilos.
- (D) interromper a piperacilina-tazobactam e iniciar meropenem.
- (E) interromper a vancomicina e iniciar a daptomicina.

54. Mulher de 39 anos, G2P1A0, com 30 semanas de gestação, é atendida na emergência com queixas de dores de cabeça e visão turva. O histórico médico não é relevante, e sua gravidez e parto anteriores transcorreram sem intercorrências. Os medicamentos em uso são vitaminas pré-natais e folato. Ao exame físico, apresenta: pressão arterial (PA): 180 x 110 mmHg; frequência cardíaca: 90 bpm; saturação de oxigênio: 95%; há estertores basais bilaterais leves e edema bilateral simétrico em extremidades inferiores. Os dados laboratoriais imediatos mostram uma creatinina de 1,8 mg/dL. A análise de urina mostra evidência de proteinúria.

Na primeira hora do tratamento, a conduta correta é iniciar

- (A) esmolol intravenoso para reduzir a PA sistólica para 120 mmHg.
- (B) hidralazina oral para reduzir a PA sistólica para 120 mmHg.
- (C) labetalol intravenoso para reduzir a PA sistólica para < 140 mmHg.
- (D) nitroprussiato intravenoso para reduzir a PA sistólica para < 140 mmHg.
- (E) nicardipina oral para reduzir a PA sistólica para 120 mmHg.

55. Homem de 55 anos, com diagnóstico de granulomatose com poliangiite em tratamento imunossupressor de manutenção, é atendido com o relato de “falta de ar” crescente aos mínimos esforços há três dias. A vasculite foi diagnosticada há dois anos, quando ele apresentou envolvimento leve dos seios da face e pulmões e envolvimento renal grave. Ele tem se mantido estável até o momento, sem recidivas. Além da falta de ar, ele não relata nenhum outro sintoma. Ao exame físico, apresenta: frequência cardíaca: 105 bpm; pressão arterial: 129 x 72 mmHg; frequência respiratória: 24 ipm; oximetria de pulso: 88% em ar ambiente; ausculta pulmonar normal. Urina: sangue e proteínas negativas. Exames séricos: hemoglobina: 15,1 g/dL; creatinina: 1,1 mg/dL; PCR: 9 mg/L (normal < 10); anticorpos antiproteinase-3: 8 U/mL (normal < 10). Radiografia de tórax: campos pulmonares normais. Eletrocardiograma: taquicardia sinusal.

Considerando a principal hipótese diagnóstica, o exame com maior probabilidade de confirmar o diagnóstico é

- (A) angiotomografia de tórax.
- (B) broncoscopia com lavado broncoalveolar.
- (C) ecocardiografia transtorácica com Doppler.
- (D) espirometria completa com difusão de monóxido de carbono.
- (E) tomografia de alta resolução do tórax.

56. Mulher de 69 anos é internada após um infarto do miocárdio de parede anterior. O histórico é notável por hipertensão, hiperlipidemia e tabagismo. À angiografia coronária, há trombose aguda da artéria descendente anterior esquerda, tratada com sucesso com um *stent* farmacológico. Os medicamentos atuais são: aspirina infantil; clopidogrel (75 mg/dia); atorvastatina (80 mg/dia); metoprolol (50 mg/dia). Exame físico de agora: frequência cardíaca: 58 bpm; pressão arterial: 122 x 68 mmHg; saturação de oxigênio: 97% em ar ambiente; a pressão venosa jugular não está elevada, e os pulmões estão limpos à ausculta; não há edema de membros inferiores. Os exames laboratoriais são notáveis por eletrólitos e função renal normais. Ecocardiograma: função sistólica de ventrículo esquerdo (VE) levemente reduzida, com fração de ejeção de VE de 40%; há anormalidades regionais de movimento da parede no anteroseptal, anterior e ápice; não há doença valvar.

Em relação à continuidade do tratamento dessa paciente, em seguida, deve-se iniciar

- (A) captopril, 6,25 mg três vezes ao dia.
- (B) espironolactona, 25 mg ao dia.
- (C) ivabradina, 5 mg duas vezes ao dia.
- (D) mononitrato de isossorbida, 20 mg duas vezes ao dia.
- (E) sacubitril/valsartana, 24/26 mg duas vezes ao dia.

57. Mulher de 25 anos apresenta lúpus ativo, manifestado por erupção cutânea fotossensível, derrame pericárdico moderado, vasculite cutânea de pequenos vasos nas palmas das mãos e febre baixa. Ela tem se queixado mais recentemente de diarreia aquosa há um mês. O exame físico é notável por erupção macular eritematosa em todo o rosto e na parte anterior do tórax; há pequenas lesões vasculíticas nas palmas das mãos; sons cardíacos hipofonéticos; a paciente também parece ter edema difuso dos tecidos moles, abdome distendido, sem dor, com mabilidade móvel. Os exames são negativos para infecções. O anticorpo antinúcleo é positivo 1:1280; albumina sérica: 1,5 g/dL; complementos C3 e C4 baixos. Análise da urina e testes de função hepática são normais.

Considerando a principal hipótese diagnóstica, constitui o resultado que, mais provavelmente, a paciente apresenta:

- (A) anticorpo antitransglutaminase tecidual positivo.
- (B) alfa-1 antitripsina fecal positiva.
- (C) IgG4 sérica elevada.
- (D) teste respiratório de hidrogênio positivo para intolerância à lactose.
- (E) tiroxina livre indetectável.

58. Mulher de 47 anos, com histórico de hipertensão e câncer cervical metastático diagnosticado há quatro meses, é avaliada por piora da função renal. Seus medicamentos atuais incluem: ramipril; doxazosina; e pembrolizumabe a cada três semanas, com próxima dose prevista para uma semana. Ao exame físico, apresenta: frequência cardíaca: 72 bpm; pressão arterial: 138 x 80 mmHg. Exames séricos: ureia: 114 mg/dL; creatinina: 3,9 mg/dL (há um mês, era de 1,3 mg/dL); sódio: 138 mEq/L; potássio: 4,6 mEq/L. A análise de urina não mostrou sangue nem proteína.

Em relação ao manuseio dessa paciente, em seguida, deve-se

- (A) antecipar a dose do pembrolizumabe.
- (B) indicar biópsia renal.
- (C) iniciar ciclosporina.
- (D) iniciar ciclofosfamida.
- (E) recomendar cuidados paliativos, apenas.

59. Homem de 77 anos, com doença de Parkinson, é internado na unidade de terapia intensiva após uma queda em casa, que causou uma fratura de fêmur e múltiplas fraturas de costelas. No dia seguinte à internação, ele é submetido à fixação do fêmur. O paciente dorme a maior parte do dia seguinte e, naquela noite, tenta frequentemente sair da cama, retira um soro intravenoso e torna-se agressivo com a equipe do hospital.

Uma vez optado por tratamento farmacológico, constitui a melhor escolha nessa circunstância:

- (A) haloperidol.
- (B) lorazepam.
- (C) quetiapina.
- (D) risperidona.
- (E) ziprasidona.

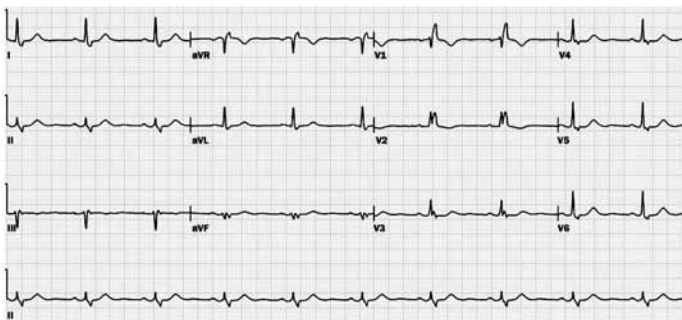
60. Homem de 67 anos apresenta tosse e dispneia há dois meses. O exame revela expansão torácica deficiente à direita, com sons respiratórios bastante diminuídos. A radiografia de tórax demonstra opacificação completa do hemitórax direito, com a traqueia deslocada para a direita. A ultrassonografia torácica demonstra um pequeno derrame pleural direito, que é punccionado, com os seguintes achados no líquido pleural: proteínas: 3,9 mg/dL (sérica: 7,9 mg/dL); desidrogenase láctica: 200 U/L (sérica: 275 U/L); pH: 7,48; as culturas e a citologia não revelam nada.

Em relação ao manuseio desse paciente, em seguida, deve-se

- (A) colocar um cateter pleural de demora (*pigtail*).
- (B) indicar uma toracoscopia com biópsia pleural.
- (C) pesquisar câncer de sítio indeterminado.
- (D) realizar uma broncoscopia.
- (E) solicitar uma angiotomografia de tórax.

61. Mulher de 73 anos é avaliada com quadro de fadiga e tonturas há cerca de dois meses. Relata que, há dois dias, teve um episódio de síncope enquanto assistia à televisão sentada no sofá. O histórico é relevante para hipertensão, dislipidemia e doença arterial coronariana, com um *stent* prévio na artéria coronária direita. Os seus medicamentos em uso incluem: aspirina em baixa dose; atorvastatina (40 mg/dia) e lisinopril (10 mg/dia). Ao exame físico, apresenta: frequência cardíaca: 60 bpm; pressão arterial: 126 x 80 mmHg, sem alterações ortostáticas; não há nistagmo, e a manobra de Epley é negativa; o restante do exame não é digno de nota.

O ECG realizado é mostrado a seguir:



(Arquivo pessoal; imagem usada com autorização)

Em relação ao manuseio dessa paciente, em seguida, deve-se solicitar

- (A) angiografia coronária percutânea.
- (B) estudo eletrofisiológico.
- (C) gravador de *loop* implantável.
- (D) marcapasso permanente.
- (E) monitor de eventos de trinta dias.

62. Mulher de 19 anos é levada ao pronto-socorro com rebaiamento agudo do nível de consciência. A glicemia capilar é de 38 mg/dL, sendo revertida com glicose a 50% intravenosa. A paciente tem diabetes *mellitus* tipo 1 há dez anos (em uso de bomba de infusão de insulina), hipotireoidismo e ansiedade, em uso de levotiroxina (100 mcg/dia) e contraceptivo oral combinado de estrogênio e progestina. Ela pratica atividades físicas regulares, mas vem referindo fadiga crescente. Relata que perdeu 3 kg nos últimos seis meses e que esse é o terceiro episódio de hipoglicemia no último mês. Ao exame físico, apresenta: pressão arterial: 94 x 61 mmHg; frequência cardíaca: 68 bpm; altura: 162,6 cm; peso: 49,9 kg; não há proptose, quemose ou retardo palpebral (*lid lag*); sua pele é bronzeada, sem plethora, estrias, erupções cutâneas ou hematomas; a glândula tireoide é pequena, sem nódulos palpáveis; não há linfadenopatia ou tremor de extremidades; demais achados são normais. Exames séricos: hemograma completo e painel metabólico: normais; hemoglobina A1c: 7,1%; TSH: 3,1 mUI/L (normal: 0,5 a 5,0); cortisol sérico (8h): 10 µg/dL (normal: 5 a 25 µg/dL).

Em relação ao manuseio dessa paciente, em seguida, deve-se

- (A) aumentar a levotiroxina para 112 mcg/dia.
- (B) realizar um teste de rastreamento para depressão.
- (C) solicitar o T4 livre.
- (D) solicitar o anticorpo antitransglutaminase tecidual.
- (E) solicitar o ACTH plasmático.

63. Considere as cinco variáveis a seguir: perda de peso inexplicável, baixa força de preensão, lentidão na caminhada, fadiga autorreferida e baixa atividade física.

Qual ferramenta define fragilidade como a presença de três das cinco variáveis citadas?

- (A) Índice de vulnerabilidade clínico-funcional.
- (B) Fenótipo de fragilidade de Fried.
- (C) Escala de clínica de fragilidade do estudo canadense de saúde e envelhecimento.
- (D) Escala de identificação de idosos em risco.
- (E) Escala de fragilidade de Edmonton.

64. Homem de 60 anos apresenta quadro de dezoito meses de diarreia não sanguinolenta com piora progressiva, consistindo de várias evacuações por dia de volume variável. Refere perda de peso de 16 kg desde o início da diarreia e episódios pouco frequentes de incontinência fecal de urgência. O histórico é relevante para fibrilação atrial com início aos 40 anos e cirurgia bilateral para síndrome do túnel do carpo. Ao exame físico, nota-se que ele é um paciente magro, com abdome normal; a inspeção anorretal mostra sensibilidade perianal intacta e tônus adequado do esfíncter anal em repouso e à contração. O painel de patógenos fecais é negativo. O resultado da coleta quantitativa de fezes em 72 horas é de 55 g de gordura fecal/24 horas.

Dado o histórico do paciente e a presença de diarreia gordurosa crônica, constitui a indicação correta para a investigação da diarreia desse paciente:

- (A) aspiração e cultura do intestino delgado proximal.
- (B) colonoscopia com biópsias aleatórias.
- (C) endoscopia digestiva alta com biópsia duodenal.
- (D) enteroscopia (cápsula endoscópica).
- (E) ressonância magnética de abdome.

65. Homem de 20 anos é encaminhado com resultados anormais em exames hepáticos. Ele se sentia bem até duas semanas atrás, quando começou a sentir fadiga e dor de garganta. Os sintomas continuaram, e ele desenvolveu icterícia. O paciente não tem histórico de doença hepática. Ele faz uso de três a quatro doses de bebidas alcoólicas por semana. Os medicamentos em uso incluem minociclina há dois meses para acne. Não há viagem recente. Ao exame físico, apresenta aparência relativamente boa, sem desconforto; temperatura: 38,2 °C; icterícia escleral leve; linfonodos cervicais aumentados e fibroelásticos; discreta esplenomegalia. Exames séricos: hemoglobina: 14 g/dL; leucócitos: 3.310/mm³ (neutrófilos: 20%; linfócitos: 60%; monócitos: 20%); plaquetas: 103.000/mm³; fosfatase alcalina: 100 U/L; aspartato aminotransferase: 202 U/L; alanina aminotransferase: 217 U/L; bilirrubina total: 3,4 mg/dL (direta: 2,1 mg/dL); anticorpo antinuclear e antimúsculo liso: negativos; hepatites A, B e C: não reagentes. A cultura de orofaringe é negativa.

A principal hipótese diagnóstica da hepatite aguda é

- (A) doença hepática medicamentosa.
- (B) hepatite autoimune.
- (C) hepatite D.
- (D) mononucleose infecciosa.
- (E) toxoplasmose.

66. Mulher de 22 anos é avaliada com quadro de dispneia ao esforço (mMRC grau 1) nos últimos dois anos e palpitações associadas, sem outros sintomas. Não há tabagismo, e o antecedente é relevante para escoliose e pneumotórax espontâneo há três anos. A oximetria mostra saturação de 97% em ar ambiente. Nota-se enoftalmia, retrognatia e hipoplasia malar. Exame torácico: peito escavado; pulmonar com sons respiratórios simétricos; cardíaco: sopro sistólico mitral 2+/4. Testes de função pulmonar (% do previsto): CVF: 72%; VEF1: 75%; VEF1/CVF: 84%; capacidade pulmonar total (TLC): 74%; volume residual/TLC: 76%; capacidade de difusão do monóxido de carbono: 82%. Ecocardiograma transtorácico: prolapso da válvula mitral; aumento da raiz aórtica; curvatura reversa da parede livre do ventrículo direito.

A tomografia de tórax é mostrada a seguir, com índice de Haller de 4,2:



(Arquivo pessoal; imagem usada com autorização)

O tratamento adequado consiste em

- (A) encaminhar para cirurgia torácica.
- (B) encaminhar para reabilitação pulmonar.
- (C) iniciar tratamento com beta-agonista de longa ação e corticoide inalatório.
- (D) iniciar tratamento com CPAP.
- (E) solicitar uma broncoscopia flexível.

67. Mulher de 32 anos (G2P1A0), com 8 semanas de gestação, é atendida em consulta de rotina. Ela tem doença de Graves diagnosticada antes da gravidez e está em uso de propiltiouracil (100 mg, duas vezes ao dia) e de uma vitamina pré-natal diariamente. Relata que se sente cansada, mas não tem outras preocupações. Não há orbitopatia ou dermatopatia de Graves. Sua mãe tem artrite reumatoide e toma metotrexato. Ao exame físico, apresenta: pressão arterial: 120 x 60 mmHg; frequência cardíaca: 72 bpm; a glândula tireoide pesa cerca 40 g, sem modularidade; não há tremor de extremidades. Exames séricos: TSH: 4,2 mUI/L (normal: 0,5 a 5,0); T3, T4 total e T4 livre são normais.

Nesse momento, constitui a melhor conduta:

- (A) aumentar a dosagem de propiltiouracil.
- (B) interromper o propiltiouracil.
- (C) reduzir a dosagem de propiltiouracil.
- (D) pedir a imunoglobulina estimulante da tireoide sérica.
- (E) trocar o propiltiouracil por metimazol.

68. Homem de 59 anos, com cirrose idiopática e ascite, intolerante a diuréticos, procura o pronto-socorro com dor abdominal. Ao exame físico, apresenta-se consciente e orientado; temperatura: 38,1 °C; frequência cardíaca: 105 bpm; pressão arterial: 90 x 59 mmHg; oximetria de pulso normal; cardiopulmonar: normal; há ascite tensa e dor abdominal difusa. Uma paracentese diagnóstica é feita, e ceftriaxona intravenosa é iniciada. Investigações: contagem de células no líquido ascítico: 5.530 células/mm³ (85% de neutrófilos); cultura do líquido ascítico em 24 horas: *Clostridium perfringens*; *Bacteroides vulgatus*; *Enterococcus faecalis*.

Nesse momento, a conduta correta consiste em

- (A) adicionar vancomicina e imipenem.
- (B) prescrever 1,5 g/kg de solução de albumina humana a 20%.
- (C) repetir a paracentese diagnóstica em 48 horas.
- (D) realizar paracentese de grande volume com reposição de albumina.
- (E) solicitar tomografia de abdome e pelve.

69. Mulher de 30 anos, com artrite psoriática, depressão grave e ansiedade, apresenta inchaço no joelho esquerdo e tornozelo direito. A articulação do joelho foi aspirada e apresenta líquido inflamatório. Até o momento, ela tem sido tratada exclusivamente com anti-inflamatório não hormonal. Sua doença de pele é leve.

Nesse contexto, o tratamento correto da paciente consiste em

- (A) apremilaste.
- (B) ciclosporina.
- (C) hidroxicloroquina.
- (D) metotrexato.
- (E) prednisona.

70. Mulher de 67 anos apresenta dor torácica intensa há duas horas. A angiografia coronária revela doença multiarterial com oclusão da artéria coronária circunflexa esquerda, tratada com sucesso com um *stent* farmacológico. Quatro horas após o procedimento, ela desenvolve falta de ar aguda e necessita de intubação e ventilação mecânica. Após isso, o exame físico mostra: frequência cardíaca: 110 bpm; frequência respiratória: 14 ipm; pressão arterial: 100 x 65 mmHg; as bulhas cardíacas são hipofonéticas e não há sopros audíveis; pulmonar: sons respiratórios ásperos em todo o campo pulmonar direito. Eletrocardiograma: sinusal; ondas Q laterais e ondas T invertidas nas derivações inferiores. O cateter na artéria pulmonar é colocado e mostra (pressões, em mmHg): pressão atrial direita (pressão venosa central): 13; pressão ventricular direita: 53 x 10; pressão da artéria pulmonar: 55 x 35; pressão capilar pulmonar: 40 (difícil de "encunhar"); onda V gigante; índice cardíaco: 1,85 L/min/m²; débito cardíaco: 3,9 L/min; saturação da artéria pulmonar 45%.

A principal hipótese diagnóstica é

- (A) insuficiência ventricular direita.
- (B) ruptura do septo ventricular.
- (C) ruptura do músculo papilar.
- (D) ruptura da parede livre do ventrículo esquerdo.
- (E) trombose aguda do *stent*.

71. Mulher de 58 anos procura assistência médica com quadro de dor no flanco direito. Relata que a dor começou há aproximadamente uma hora, quando se abaixou para pegar algo no chão, e que é constante e intensa. Ela nega disúria ou hematúria. O histórico é notável para hipertensão, artrite reumatoide, câncer de ovário metastático e trombose venosa profunda bilateral com recente colocação de filtro na veia cava inferior. Seus sinais vitais são: pressão arterial: 108 x 62 mmHg; frequência cardíaca: 121 bpm; frequência respiratória: 20 ipm; oximetria de pulso: saturação de 99%; temperatura: 37,4 °C.

É realizada uma tomografia do abdome, mostrada a seguir:



(Arquivo pessoal; imagem usada com autorização)

Nesse momento, o manuseio correto consiste em

- (A) administrar vancomicina e cefepima e coletar duas séries de hemoculturas.
- (B) consultar urgentemente um cirurgião vascular.
- (C) indicar uma laparotomia exploradora.
- (D) prescrever heparina e trombolítico.
- (E) repetir a tomografia com contraste.

72. Homem de 25 anos apresenta quadro de cefaleia, febre aferida, calafrios e fadiga generalizada de três dias de evolução. O histórico é positivo para uso de drogas injetáveis. O exame físico revela um sopro diastólico em foco aórtico 3+/4. A ressonância magnética do cérebro revela uma pequena hemorragia subaracnóidea cortical superficial na região parietal direita e áreas pontilhadas bi-hemisféricas de difusão restrita.

Considerando a principal hipótese diagnóstica, é correto afirmar:

- (A) a anticoagulação é recomendada para prevenir novos acidentes vasculares cerebrais.
- (B) a terapia antibiótica é a base do tratamento.
- (C) a angiografia cerebral é contraindicada.
- (D) aneurismas micóticos são comumente encontrados proximalmente ao círculo de Willis.
- (E) o vasoespasma ocorre em quase todos os pacientes com esse tipo de hemorragia subaracnóidea.

73. Mulher de 32 anos, sem histórico médico significativo, é atendida com quadro de três dias de dor torácica pleurítica. Refere dispneia associada. Ao exame físico, apresenta: frequência cardíaca: 110 bpm; pressão arterial: 115 x 78 mmHg; saturação de oxigênio de 98%; não consegue deitar-se devido à falta de ar; nota-se distensão de veias jugulares quando sentada na posição vertical; ausculta cardíaca e pulmonar: sem alterações; extremidades sem edema. Eletrocardiograma: elevações difusas de 1 mm no segmento ST com depressões no segmento PR. Ecocardiograma: derrame pericárdico de tamanho moderado com colapso diastólico do ventrículo direito. Ela é levada para um cateterismo cardíaco direito, e a pericardiocentese é realizada (drenados 350 mL de líquido serossanguinolento).

Após a pericardiocentese, nessa paciente, qual achado é consistente com pericardite constrictiva efusiva?

- (A) Pressão intrapericárdica de 1 mmHg.
- (B) Pressão capilar pulmonar de 9 mmHg.
- (C) Pressão atrial direita de 12 mmHg.
- (D) Pressão sistólica da artéria pulmonar acima de 50 mmHg.
- (E) Resistência vascular pulmonar maior que $320 \text{ dinas} \cdot \text{s} \cdot \text{cm}^{-5}$.

74. Homem de 34 anos com diabetes *mellitus* é atendido com relato de dor de cabeça, epistaxe e diminuição da visão. Três dias antes da consulta, ele foi atendido na unidade de pronto-atendimento e iniciou o tratamento para sinusite bacteriana com amoxicilina/clavulanato oral. Apesar de tomar os antibióticos, sua dor de cabeça piorou. Ao exame físico, nota-se proptose bilateral e escara palatina na orofaringe. Os exames laboratoriais mostram um nível de glicose no sangue de 450 mg/dL, hiato aniônico sérico de 25 mEq/L e bicarbonato arterial de 14 mEq/L. A contagem plasmática de leucócitos é de 16.109/mm³.

Além do desbridamento cirúrgico, qual é o tratamento correto de escolha?

- (A) Anidulafungina.
- (B) Anfotericina lipossomal.
- (C) Caspofungina.
- (D) Posaconazol.
- (E) Vancomicina e piperacilina-tazobactam.

75. Homem de 33 anos é internado com histórico de febre e dispneia há uma semana. O antecedente é relevante para uso de drogas injetáveis. Ao exame físico, apresenta: temperatura: 39,9 °C; frequência cardíaca: 110 bpm; pressão arterial: 102 x 60 mmHg; ele parece algo dispneico e diaforético; a pressão venosa jugular é de 10 cmH₂O; ausculta pulmonar com estertores bibasais; tórax com precórdio hiperdinâmico, galope por terceira bulha e sopro sistólico suave em foco mitral 2+/4; extremidades quentes, sem edema. Ecocardiograma: fração de ejeção do ventrículo esquerdo: 75%; vegetação de 1 cm na valva tricúspide com regurgitação moderada a grave; espessamento da valva mitral com regurgitação grave. A radiografia de tórax mostra edema pulmonar. Hemoculturas seriadas são enviadas, e vancomicina intravenosa é iniciada.

Quanto ao manejo desse paciente, em seguida, é correto

- (A) adicionar sacubitril/valsartana.
- (B) adicionar rifampicina.
- (C) adicionar dobutamina.
- (D) indicar balão intra-aórtico de contrapulsção.
- (E) indicar substituição valvar urgente.

76. Mulher de 74 anos é avaliada com quadro de perda progressiva da memória nos últimos dez anos. Recentemente, ela causou vários pequenos incêndios na cozinha por se esquecer de desligar o fogão e não tem conseguido se lembrar de como cozinhar as suas receitas favoritas. O filho relata que ela fica desorientada e confusa à noite. Ela identifica um número crescente de objetos como “aquela coisa” porque não consegue lembrar-se do nome correto. A sua força muscular e o seu equilíbrio estão intactos.

Com base nesses dados, o diagnóstico mais provável é

- (A) demência senil.
- (B) doença dos corpos de Lewi.
- (C) demência frontotemporal.
- (D) demência vascular.
- (E) doença de Alzheimer.

77. Mulher de 37 anos, com histórico de dois episódios de trombose venosa profunda, procura o departamento de emergência com queixa de perda súbita da visão no olho esquerdo ao acordar. Ela não relata dor e não apresenta outros sintomas. O exame fundoscópico do olho afetado mostra edema do disco, hemorragias retinianas extensas e manchas algodinosas; o olho direito é normal.

Considerando a principal hipótese diagnóstica, a etiologia de base mais frequente é

- (A) acidente vascular cerebral aterotrombótico.
- (B) acidente vascular cerebral embólico.
- (C) arterite temporal.
- (D) lúpus eritematoso sistêmico.
- (E) mutação do fator V de Leiden.

78. Homem de 32 anos procura o pronto-socorro após quadro de mal-estar, tontura e palpitações intensas enquanto se recuperava de uma atividade física rotineira. Relata que os sintomas iniciaram há dois anos, mas se tornaram mais frequentes nos últimos seis meses e são mais perceptíveis em repouso ou quando ele está se recuperando após exercícios físicos. Refere que consegue correr 3 km, três vezes por semana, sem limitações físicas. Nega etilismo, tabagismo ou uso de medicamentos. Ele prefere evitar terapia médica crônica, e não há outras condições médicas. O histórico familiar inclui infarto do miocárdio em seu pai aos 63 anos. Seu exame físico é normal. Eletrocardiograma: múltiplos complexos ventriculares prematuros (CVPs) com morfologia de bloqueio do ramo esquerdo e eixo inferior. Ecocardiograma transtorácico: sem alterações. Holter de 24 horas: 9.240 CVPs, bem como múltiplas séries de taquicardia ventricular não sustentada.

Nesse momento, a conduta recomendada é

- (A) iniciar metoprolol.
- (B) iniciar propafenona.
- (C) indicar ablação por cateter.
- (D) pedir um ecocardiograma transesofágico.
- (E) pedir um cateterismo cardíaco percutâneo.

79. Mulher de 40 anos apresenta quadro de náuseas, vômitos e azia que pioraram progressivamente nos últimos três meses. Relata que tomou 40 mg de omeprazol por dia, mas os sintomas não melhoraram. A endoscopia superior é realizada e mostra nodularidade e erosões na parte distal do corpo gástrico e no antro; a pesquisa de *Helicobacter pylori* é negativa. As amostras de biópsia gástrica mostram lesões granulomatosas não caseosas com células gigantes multinucleadas. Uma radiografia de tórax subsequente mostra adenopatia hilar bilateral.

Qual é o diagnóstico mais provável?

- (A) Doença de Whipple.
- (B) Gastrite granulomatosa idiopática.
- (C) Linfoma gástrico.
- (D) Sarcoidose.
- (E) Tuberculose gástrica.

80. Mulher de 57 anos é avaliada por declínio cognitivo progressivo nos últimos seis meses. Seu único medicamento é levotiroxina devido a um histórico de tireoidite de Hashimoto. À anamnese e ao exame físico, ela apresenta achados condizentes com quadro de demência leve; há vitiligo; os tornozelos e os joelhos apresentam hiperreflexia.

A causa mais provável para essa evolução é deficiência de

- (A) cobalamina.
- (B) ferro.
- (C) folato.
- (D) niacina.
- (E) tiamina.

