

CLÍNICA MÉDICA

Prova: 03/Novembro/2024

Nome Legível: _____

Assinatura do candidato: _____

INSTRUÇÕES

1 - Confira se os dados impressos acima, que identificam esta prova, estão corretos. Assine em seguida.

2 - O caderno de prova deverá conter 50 (cinquenta) questões de múltipla escolha, com 5 (cinco) alternativas, das quais 1(uma) só é correta.

3 - A duração da prova será de 3 horas (três horas). Ao final, haverá mais 15 (quinze) minutos para a marcação no cartão-resposta.

4 - A interpretação das questões é parte integrante da prova, não sendo, portanto, permitidas perguntas aos Fiscais.

5 - A prova é INDIVIDUAL, sendo vetada a comunicação entre os candidatos durante sua realização.

6 - Será eliminado o candidato que utilizar material de consulta ou qualquer sistema de comunicação.

7 - Em cada questão, há somente uma resposta correta. Cuidado quando transcrever para o cartão-resposta, não poderá haver rasuras.

8 - O caderno de prova deve ser entregue para o Fiscal, juntamente com o cartão-resposta.

9 - Ao receber seu cartão-resposta, aja da seguinte forma:

a) o cartão resposta deverá ser entregue com assinatura conforme os dados afixados na carteira;

b) assine no local indicado;

c) pinte, preenchendo por inteiro, com caneta esferográfica ponta média, tinta preta, o campo correspondente à alternativa que considera correta em cada questão.

d) não o amasse, nem dobre.

MODELO DO CARTÃO-RESPOSTA

01 (A B C D E)	21 (A B C D E)	41 (A B C D E)	61 (A B C D E)	81 (A B C D E)
02 (A B C D E)	22 (A B C D E)	42 (A B C D E)	62 (A B C D E)	82 (A B C D E)
03 (A B C D E)	23 (A B C D E)	43 (A B C D E)	63 (A B C D E)	83 (A B C D E)
04 (A B C D E)	24 (A B C D E)	44 (A B C D E)	64 (A B C D E)	84 (A B C D E)
05 (A B C D E)	25 (A B C D E)	45 (A B C D E)	65 (A B C D E)	85 (A B C D E)
06 (A B C D E)	26 (A B C D E)	46 (A B C D E)	66 (A B C D E)	86 (A B C D E)
07 (A B C D E)	27 (A B C D E)	47 (A B C D E)	67 (A B C D E)	87 (A B C D E)
08 (A B C D E)	28 (A B C D E)	48 (A B C D E)	68 (A B C D E)	88 (A B C D E)
09 (A B C D E)	29 (A B C D E)	49 (A B C D E)	69 (A B C D E)	89 (A B C D E)
10 (A B C D E)	30 (A B C D E)	50 (A B C D E)	70 (A B C D E)	90 (A B C D E)
11 (A B C D E)	31 (A B C D E)	51 (A B C D E)	71 (A B C D E)	91 (A B C D E)
12 (A B C D E)	32 (A B C D E)	52 (A B C D E)	72 (A B C D E)	92 (A B C D E)
13 (A B C D E)	33 (A B C D E)	53 (A B C D E)	73 (A B C D E)	93 (A B C D E)
14 (A B C D E)	34 (A B C D E)	54 (A B C D E)	74 (A B C D E)	94 (A B C D E)
15 (A B C D E)	35 (A B C D E)	55 (A B C D E)	75 (A B C D E)	95 (A B C D E)
16 (A B C D E)	36 (A B C D E)	56 (A B C D E)	76 (A B C D E)	96 (A B C D E)
17 (A B C D E)	37 (A B C D E)	57 (A B C D E)	77 (A B C D E)	97 (A B C D E)
18 (A B C D E)	38 (A B C D E)	58 (A B C D E)	78 (A B C D E)	98 (A B C D E)
19 (A B C D E)	39 (A B C D E)	59 (A B C D E)	79 (A B C D E)	99 (A B C D E)
20 (A B C D E)	40 (A B C D E)	60 (A B C D E)	80 (A B C D E)	100 (A B C D E)

ESPECIALIDADES:

CARDIOLOGIA

CARDIOLOGIA (ESPECIALIZAÇÃO)

ENDOCRINOLOGIA E METABOLOGIA

GASTROENTEROLOGIA

HEMATOLOGIA E HEMOTERAPIA

NEFROLOGIA

ONCOLOGIA CLÍNICA

REUMATOLOGIA

ENDOCRINOLOGIA (ESPECIALIZAÇÃO)

1. Mulher de 47 anos percebeu em casa um aumento de volume cervical e, assustada, decidiu procurar um médico generalista. Na consulta, após palpação cuidadosa, o médico disse tratar-se de um nódulo tireoidiano e prontamente indicou avaliação com seu colega, endocrinologista especialista em doenças tireoidianas, mas orientou coleta de dosagem de TSH antes da consulta com o especialista.

Acerca do caso, é correto afirmar que

- a) por tratar-se de nódulo palpável, dispensa-se os exames de imagem, exceto para guiar a aspiração por agulha.
- b) a ultrassonografia não deve ser postergada, sendo prontamente indicada caso haja alteração de TSH.
- c) caso haja supressão do TSH, a ultrassonografia pode ser dispensada, priorizando-se a realização de cintilografia com radionuclídeos.
- d) caso trate-se de nódulo hipercaptante em cintilografia, deve ter indicada biópsia excisional, devido a alto risco de malignidade.
- e) a paciente deve orientar suas parentes de primeiro grau do sexo feminino a realizar US de tireóide para triagem de nódulos.

2. Maria, 42 anos, comparece ao ambulatório de clínica médica com queixas de ganho de peso progressivo nos últimos dois anos, principalmente na região abdominal e face. Relata também aumento da pressão arterial, dificuldade para controlar a glicemia, além de fraqueza muscular e fadiga. Ao exame físico, nota-se face em “lua cheia”, obesidade central com extremidades relativamente finas, e a presença de estrias violáceas largas no abdome.

Dosagem de ACTH 45 pg/mL (normal 10-60pg/mL) e cortisol salivar noturno de 0,25mcg/dL (normal < 0,09mcg/dL).

Diante do caso clínico, qual afirmativa é verdadeira em relação a investigação etiológica do diagnóstico?

- a) Deve-se progredir investigação com teste de supressão com altas doses de dexametasona ou RM de encéfalo
- b) A dosagem sérica de ACTH é suficiente para estabelecer etiologia e define plano terapêutico definitivo
- c) A dosagem salivar noturna de cortisol elevada permite confirmar etiologia adrenal primária
- d) Hiperpigmentação em articulações de dedos e áreas de cicatrizes sugerem adenoma adrenal
- e) Nesta caso, a etiologia provável é o uso de glicocorticóides exógenos, pois trata-se da causa mais comum

3. João, 27 anos, é um jovem que comparece ao pronto-socorro com queixa de crises recorrentes de cefaleia intensa, palpitações e sudorese profusa. Relata que essas crises começaram há cerca

de seis meses e têm ocorrido de forma intermitente, com duração de alguns minutos a horas. Ele também menciona que, durante as crises, sente-se extremamente ansioso e observa uma elevação acentuada da pressão arterial, medida em casa com um aparelho automático. Não tem antecedentes pessoais significativos, mas relata que seu pai tem hipertensão desde jovem.

Ao exame físico, João apresenta pressão arterial de 180/110 mmHg, frequência cardíaca de 105 bpm, e está sudorético. A avaliação inicial indica um paciente em bom estado geral, mas com sinais de hipertensão severa. Diante do quadro clínico e das características das crises, o médico solicita exames laboratoriais e de imagem para confirmação diagnóstica e planejamento terapêutico.

Exames complementares:

Dosagem de metanefrinas plasmáticas: Níveis significativamente elevados.

Dosagem de catecolaminas urinárias de 24 horas: Valores aumentados.

Tomografia Computadorizada (TC) de abdome: Presença de uma massa adrenal de 4 cm à direita. Diante do caso clínico apresentado, qual é a conduta mais adequada para o diagnóstico e manejo inicial de João?

- a) Iniciar imediatamente tratamento com betabloqueadores para controle da frequência cardíaca e encaminhar para ressecção cirúrgica do tumor.
- b) Confirmar o diagnóstico de feocromocitoma com a dosagem de ACTH e programar biópsia da massa adrenal para definição do tratamento.
- c) Iniciar tratamento com bloqueadores alfa-adrenérgicos, seguido por bloqueadores beta-adrenérgicos, e preparar o paciente para ressecção cirúrgica do feocromocitoma.
- d) Solicitar uma ressonância magnética do crânio para excluir a possibilidade de tumor hipofisário antes de considerar cirurgia adrenal.
- e) Aguardar o resultado da ressonância magnética do abdome para confirmar a presença da massa adrenal antes de iniciar qualquer tratamento.

4. Rapaz de 17 anos sem histórico de comorbidades conhecidas chega ao pronto socorro com história de cerca de 24 horas de evolução de dor abdominal, náuseas e vômitos, mucosas secas, olhos encovados e vasos sublinguais colabados. FC 102 bpm, PA 100x66mmHg. Mãe do paciente conta que há alguns dias o jovem apresentava poliúria e muita sede, tomando cerca de 4 litros de água por dia. Chamava a atenção um padrão respiratório de Kussmaul e um hálito que lembrava cheiro de frutas.

Assinale a afirmativa que descreve uma alteração esperada na sequência da investigação, baseada na principal hipótese diagnóstica do caso.

- a) Hipernatremia
- b) Proteinúria maciça
- c) Acidose com ânion gap aumentado
- d) Alargamento de tempo de ação de protrombina
- e) Aumento na PCO2 em amostra de sangue arterial

5. Mulher de 34 anos chega ao pronto-socorro acompanhada de familiares devido a quadro de febre alta (39,5°C), taquicardia (150 bpm), tremores, agitação, sudorese intensa e confusão mental, que se iniciou há cerca de 12 horas. A paciente relata história prévia de hipertireoidismo, mas não faz uso regular de medicação. A família menciona que Ana esteve em um período de estresse intenso nas últimas semanas, além de ter suspenso a medicação por conta própria.

Ao exame físico, além da taquicardia, são notados olhos proeminentes (exoftalmia), bócio difuso e hiperreflexia. A pressão arterial é de 160/90 mmHg e a saturação de oxigênio é de 94% em ar ambiente.

Exames Solicitados

1. TSH: Indetectável.
2. T4 Livre: 6 ng/dL (valor de referência: 0,8-1,8 ng/dL).
3. T3 Livre: 8,5 pg/mL (valor de referência: 2,3-4,2 pg/mL).
4. ECG: Taquicardia sinusal, sem outras anormalidades.

Diante do caso clínico descrito, qual é a conduta mais adequada para o manejo inicial da paciente?

- a) Iniciar imediatamente betabloqueador intravenoso ou oral, propiltiouracil, iodeto estável e hidrocortisona.
- b) Iniciar bloqueio beta-adrenérgico com propranolol, suspender o uso de antitireoidianos e observar a resposta clínica.
- c) Administrar altas doses de levotiroxina para compensar a função tireoidiana suprimida e iniciar tratamento com metimazol oral.
- d) Administrar propiltiouracil via oral e aguardar estabilização clínica antes de considerar qualquer outra intervenção medicamentosa.
- e) Realizar reposição volêmica intensiva e administrar corticoide intravenoso, sem necessidade de tratamento específico para a tireotoxicose.

6. Homem de 72 anos, tabagista há 45 anos de cerca de 1 maço/dia, interna com relato de escarro esverdeado há cerca de 2 dias, piora de tosse que já apresenta cronicamente e cansaço para ir até a padaria, a duas quadras de distância. À avaliação no pronto socorro, PA 140x80mmHg, FC 94 bpm, FR 22mrpm, T 36,7°, SaO2 87%. MV difusamente diminuído sem ruídos adventícios. Gasometria arterial revela:

- PH 7,37 HCO3 32mEq/L PCO2 59mmHg PO2 49mmHg.

Com relação ao manejo do quadro, assinale a alternativa verdadeira:

- a) Deve ser ofertado O2 suplementar em alta vazão, visando obter uma SaO2 elevada, acima de 95%
- b) Está indicada espirometria nas primeiras 24h de internação, para definição de plano terapêutico
- c) Glicocorticoides sistêmicos devem ter prescrição estendida para 30 dias, para diminuir recorrência
- d) A ausência de febre e ruídos à ausculta dispensa o uso de antimicrobianos no manejo do quadro
- e) A realização de ventilação não invasiva com pressão positiva pode reduzir necessidade de intubação orotraqueal

7. Mulher de 49 anos procura atendimento com queixa de dor ventilatório-dependente há 2 dias. Nega comorbidades conhecidas ou uso de fármacos continuamente. Ao exame físico, além de FC 82bpm, FR 18mrpm, T 36,5°, percebe-se murmúrio vesicular abolido em base esquerda, macicez à percussão nesta mesma topografia e redução na expansibilidade torácica ipsilateral.

Com provável diagnóstico de derrame pleural, assinale a alternativa que descreve manejo adequado do caso:

- a) Como quadro clínico e exame físico são claros, dispensa-se imagem e deve ser procedida toracocentese guiada por ausculta
- b) Deve ser realizada prova terapêutica com diuréticos antes da toracocentese, pois Insuficiência cardíaca é a principal hipótese
- c) Caso seja realizada toracocentese diagnóstica e esta mostre padrão exsudativo, está indicada a drenagem fechada em selo d'água
- d) Caso trate-se de derrame pleural loculado, Ph abaixo de 7,2 no líquido ou glicose <60mg/dL o derrame deve ser drenado
- e) É imprescindível a dosagem de albumina no líquido pleural para definição de causa transudativa ou exsudativa

8. Paciente de 32 anos, masculino, é recebido pela equipe de emergência de um pronto-atendimento localizado no interior paranaense com história de, subitamente, evoluir com perda de consciência, abalos musculares rítmicos de membros superiores e inferiores, cianose central e liberação esfinteriana há cerca de 45 minutos. No momento da avaliação inicial encontra-se comatoso, taquicárdico, pupilas midriáticas e com nistagmo vertical, além de ligeiras contrações rítmicas apenas em membro superior direito.

Após a estabilização inicial, assinale a alternativa correta.

- a) Considera-se o quadro um estado pós-ictal típico, não necessitando neste momento de terapia endove-

nosa, porém é necessária a introdução de fármaco anti- crise sendo a carbamazepina uma boa opção inicial.

b) Considera-se o quadro um estado pós-ictal típico, necessitando neste momento de terapia endovenosa com benzodiazepínicos para profilaxia, diminuindo o risco de uma nova crise convulsiva.

c) Considera-se o quadro como estado de mal não-convulsivo, pela ausência de movimentos tônico-clônicos clássicos, sendo necessária terapia endovenosa de resgate, tendo como opção os benzodiazepínicos.

d) Considera-se o quadro como estado de mal convulsivo epiléptico generalizado a despeito da diminuição dos abalos musculares, sendo necessária terapia endovenosa de resgate, tendo como opção os benzodiazepínicos.

e) Considera-se o quadro um estado pós-ictal típico, podendo, neste momento, ser optado por tratamento conservador e observação neurológica.

9. Acerca das causas, etiologias e riscos das crises convulsivas assinale a alternativa correta.

a) O cérebro normal é capaz de sofrer uma convulsão sob as circunstâncias específicas, havendo diferenças entre as pessoas na suscetibilidade ou no limiar para as convulsões.

b) Convulsões não podem ser induzidas por estados benignos, sendo necessário excluir e identificar qual a etiologia da mesma e orientar tratamento farmacológico de escolha.

c) Condições agudas, como acidente vascular encefálico e trauma crânio-encefálico, tem menor probabilidade de acarretar um distúrbio convulsivo crônico.

d) Identificar fatores desencadeantes e removê-los não constitui um método eficaz de tratamento profilático das crises convulsivas e deve ser sempre associado ao tratamento farmacológico.

e) Tumores cerebrais e acidentes vasculares encefálicos, independente do seu subtipo, são as condições agudas com maior potencial epileptogênico, independente da idade do paciente.

10. Assinale abaixo a alternativa que corresponde à contra-indicação absoluta à trombólise química no AVE isquêmico.

a) Hematêmese há 30 dias.

b) Cirurgia de grande porte há 21 dias.

c) Infarto agudo do miocárdio há 5 meses.

d) Acidente vascular encefálico isquêmico há 6 meses.

e) Hipertensão arterial >185x110mmHg refratária ao tratamento.

11. Paciente de 24 anos, masculino, sem comorbidades prévias conhecidas comparece a emergência do pronto-atendimento municipal com queixa de cefaleia retro-orbitária direita de forte intensi-

dade associado a intensos episódios de náuseas, além de fotofobia intensa ipsilateral. Ao exame físico, nota-se lacrimejamento e hiperemia ocular direita. Relata crises semelhantes anteriormente, porém com duração menor a atual. Assinale a alternativa que corresponde ao provável diagnóstico e tratamento da condição.

a) Migrânea. Dipirona e/ou AINE's.

b) Cefaleia em salvas. Oxigênio a 100% em 10-12l/min.

c) Neuralgia trigeminal. Triptano por via parenteal ou oral.

d) Migrânea. AINE's ou triptanos por via parenteal ou oral.

e) Cefaleia em salvas. AINE's ou triptanos por via parenteal ou oral.

12. Um paciente do sexo masculino, 65 anos, com diagnóstico prévio de hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus tipo 2 e doença pulmonar obstrutiva crônica, comparece à consulta de acompanhamento ambulatorial. Faz uso regular de metformina 1000 mg no café da manhã e 1000 mg no jantar, glimepirida 4 mg/dia e dapagliflozina 10 mg/dia. Seus últimos exames laboratoriais revelam hemoglobina glicada de 10,3% e glicemia de jejum de 158 mg/dL. Considerando o perfil clínico e laboratorial do paciente, qual a conduta terapêutica mais adequada?

a) Deve-se tentar aumentar a dose de metformina para o máximo de 3000 mg ao dia.

b) O ideal é acrescentar uma quarta linha de hipoglicemiante oral, como um inibidor de DPP4.

c) Deve-se iniciar uma dose única de insulina de ação longa (0,2 - 0,4 U/kg ao dia), administrada à noite ou imediatamente antes de deitar-se.

d) Para se evitar hipoglicemia de madrugada, o ideal é iniciar uma dose fixa e relativamente baixa de insulina de ação curta (5 a 15 unidades) antes de deitar-se.

e) O correto é calcular uma dose de insulina longa (0,1 - 0,2 U/kg ao dia) e dividi-la em 2 administrações: manhã e noite.

13. Um paciente do sexo masculino, 72 anos, é conduzido à consulta médica por sua filha devido a um episódio de esquecimento, caracterizado por deixar o fogão ligado. Após a anamnese e exame físico minuciosos, o diagnóstico de demência é considerado o mais provável. Nesse contexto, assinale a alternativa correta.

a) Na demência por corpúsculos de Lewy, o paciente pode possuir como primeiro sintoma a síndrome de Capgras.

b) A doença de Alzheimer possui como primeiros sintomas a apatia, redução do julgamento/percepção, fala/linguagem.

- c) Na demência frontotemporal, o estado neuropsiquiátrico tende a ansiedade e depressão.
- d) As características predominantes nos exames de imagem na demência vascular são a atrofia parietal posterior.
- e) Na doença de Creutzfeldt-Jakob há inclusões neuronais de alfa-sinucleína.

14. Você está no Pronto Atendimento quando recebe a paciente MRFG, 81 anos, após um episódio de síncope com trauma em cabeça. De acordo com seu filho, é o terceiro episódio similar. Considerando a etiologia multifatorial da síncope em idosos e a necessidade de uma investigação diagnóstica, assinale a alternativa correta.

- a) A síncope de causa cardíaca não está associada a um risco elevado de morte súbita cardíaca e mortalidade por outras causas.
- b) A hipotensão ortostática é muitas vezes associada a insuficiência autonômica, secundária a neuropatias periféricas.
- c) Dentre os fatores de risco que indicam hospitalização por síncope estão a fibrilação atrial e história pessoal de tromboembolismo pulmonar.
- d) Dentro das síncopes de origem cardíaca, é importante descartar a hipersensibilidade do seio carotídeo.
- e) A síncope neuromediada habitualmente não apresenta sinais premonitórios como tontura, vertigem e fadiga.

15. Uma paciente feminina L.F.R., 63 anos, apresenta um quadro clínico caracterizado por prostração, dor em membros inferiores e dispneia aos grandes esforços, há três meses. Os exames laboratoriais solicitados evidenciaram cálcio sérico 11,5 mg/dl, proteína M e creatinina: 2,4 mg/dl. Diante da suspeita diagnóstica, foi realizada biópsia de medula óssea, que evidenciou mais de 10% de plasmócitos.

Em relação ao mais provável diagnóstico da paciente LFR, marque a alternativa correta.

- a) Embora algumas alterações cromossômicas tenham sido identificadas em uma parcela dos pacientes, não se estabeleceu uma via patogênica molecular comum, permanecendo a etiologia da doença desconhecida em sua maioria.
- b) A anemia normocítica e normocrômica ocorre em cerca de 50% dos pacientes e está relacionada com a substituição da medula óssea normal por células tumorais em expansão, além da inibição da hematopoiese por fatores tumorais e a produção reduzida de eritropoietina pelo rim.
- c) O quadro clínico inclui várias disfunções orgânicas e sintomas, incluindo dor óssea, insuficiência renal, disfunção hepática, anemia, hipercalcemia e, ocasionalmente, anormalidades da coagulação, sintomas neurológicos e manifestações de hiperviscosidade.

d) A insuficiência renal ocorre em quase 25% dos pacientes, e observa-se alguma patologia renal em mais de 50% dos casos. Entre os muitos fatores contribuintes, a principal causa é a lesão tubular associada à excreção das cadeias leves.

e) A dor óssea é o sintoma mais comum, acometendo quase 70% dos pacientes. A presença de dor localizada persistente indica habitualmente uma fratura patológica. As lesões ósseas do mieloma são causadas por proliferação das células tumorais, ativação dos osteoblastos, que destroem o osso.

16. Uma paciente do sexo feminino de 23 anos recebeu o diagnóstico de câncer de mama. Considerando o histórico familiar de carcinoma adrenocortical em seu irmão falecido aos 4 anos de idade e a identificação de uma variante patogênica em painel genético germinativo, assinale a alternativa correta.

- a) As mutações germinativas do gene TP53 constituem a causa da síndrome de Cowden e é associada a múltiplos cânceres de órgãos sólidos.
- b) A mutação TP53, R337H, é observada em quase todos os casos de carcinoma adrenocortical pediátrico no Brasil.
- c) A principal característica da síndrome de Li-Fraumeni é a presença de tumores colorretais.
- d) O gene mutado nessa paciente produz um fator de transcrição do tipo zíper de leucina.
- e) A presença dessa síndrome não aumenta a chance de uma segunda neoplasia.

17. O paciente H.G.R.C., de 77 anos, procurou atendimento médico devido à presença de fraqueza muscular no ombro e braço direitos, acompanhada de dor em queimação. Durante o exame físico, foram observadas alterações oculares à direita, caracterizadas por enoftalmia, ptose palpebral e miose. Além disso, o paciente relatou ausência de sudorese na hemiface direita. Diante desse quadro clínico, assinale a alternativa correta.

- a) Não é necessária uma biópsia para se confirmar o diagnóstico.
- b) A exposição de maior risco para desenvolvimento da sua doença é o amianto.
- c) De acordo com a classificação da OMS, há 5 tipos histológicos dentro dos tumores que surgem do epitélio.
- d) A mutação condutora do gene KRAS é presente em 15 a 25% dos adenocarcinomas.
- e) Menos da metade dos pacientes são diagnosticados com doença avançada localizada ou metastática.

18. Paciente do sexo feminino, 38 anos, gestante, descobriu em rotina pré-natal que seus rins são de tamanho aumentado devido presença de múltiplos

tiplos cistos renais bilaterais. Está assintomática no momento, porém relatou ter sentido dor em flancos e um episódio de hematúria macroscópica dois anos atrás. Sua mãe faz diálise peritoneal e sua avó realizava hemodiálise até falecer por infarto agudo do miocárdio aos 65 anos. Ao exame físico, estava com PA 145/90.

Sobre o caso acima, assinale a alternativa correta.

- a) Trata-se de Doença Renal Policística Autossômica Dominante (DRPAD) e somente mulheres são afetadas.
- b) Trata-se de Doença Renal Policística Autossômica Recessiva (DRPAR) e somente mulheres são afetadas.
- c) Pacientes afetados por essa doença podem ainda apresentar cistos hepáticos e pancreáticos, e a incidência de aneurismas intracranianos é maior do que na população em geral.
- d) Devido à hipertensão arterial e risco de complicações cardiovasculares, a paciente tem indicação de início imediato de IECA ou BRA.
- e) Pielonefrite aguda, infecção dos cistos e ruptura dos cistos com sangramento são complicações possíveis, porém a nefrolitíase não ocorre nesses pacientes devido às alterações na estrutura renal.

19. Paciente do sexo masculino, 28 anos, há um mês iniciou quadro de edema de membros inferiores, ascendente, com piora progressiva no período. Há uma semana apresenta edema periorbitário pior no período da manhã. Ao exame físico, apresenta edema de membros inferiores, edema de parede abdominal e edema periorbitário. Eupneico, PA 120/80 mmHg, ausculta pulmonar sem alterações, diurese espontânea.

Dosagem de creatinina 0,9 mg/dL, ureia 70 mg/dL, Hb 12,3 g/dL, proteinúria/24h 5g, albumina 2,8 g/dL.

Sobre o caso, assinale a alternativa correta.

- a) O paciente apresenta síndrome nefrítica e o manejo inicial é feito com diurético de alça.
- b) A proteinúria não-seletiva pouco influencia no estado de hipercoagulabilidade e nas desordens tireoidianas observadas nesta condição.
- c) Pacientes com essa patologia não necessitam de tratamentos para redução dos níveis séricos de lipídeos, pois não apresentam maior risco cardiovascular.
- d) Glomerulonefrite membranosa, glomeruloesclerose segmentar e focal, amiloidose, nefropatia diabética e nefrite lúpica são hipóteses diagnósticas.
- e) Em casos de GESF secundária, o tratamento de primeira linha consiste em controlar a proteinúria, associar ciclosporina ou tacrolimus, além do tratamento da causa subjacente.

20. Paciente do sexo feminino, 67 anos, previamente hígida, teve diagnóstico recente de mielo-

ma múltiplo e ainda não iniciou tratamento oncológico. Foi admitida no setor de emergência devido confusão mental e rebaixamento do nível de consciência com 3 dias de evolução. Ao exame físico: paciente sonolenta, desperta ao chamado, confusa em tempo e espaço, afebril. PA 110/70, FC 110, mucosas secas e hipocoradas.

Dosagem de creatinina 2,5 mg/dL, ureia 80 mg/dL, sódio 137 mEq/L, cálcio 14,5 mg/dL, potássio 3,4 mmol/L, fósforo 2,3 mg/dL, ácido úrico 3,5 mg/dL, Hb 8,4 g/dL, leucócitos 4000/mm³, plaquetas 320.000/mm³. Sobre o caso, assinale a alternativa correta.

- a) A confusão mental que a paciente apresenta pode ser decorrente de hipercalemia devido produção excessiva de 1,25(OH)₂D. O tratamento inicial é feito com diuréticos de alça em altas doses.
- b) A fita reagente de urina pode apresentar pouca proteinúria, apesar de grande quantidade de cadeias leves excretadas na urina.
- c) Os pacientes acometidos podem apresentar síndrome de Fanconi no curso da doença, porém é uma manifestação tardia e pouco relacionada à lesão tubular causada pelas cadeias leves.
- d) Apesar da insuficiência renal acometer até ¼ dos pacientes e ser um evento definidor do diagnóstico, ela não é uma causa de óbito importante nesta população.
- e) A diálise peritoneal deve ser iniciada com urgência nos quadros de IRA sobreposta, devido alta capacidade de remoção de cadeias leves e imunoglobulinas para reduzir a hiperviscosidade presente nesses casos.

21. Paciente do sexo masculino, 45 anos, tem diagnóstico de HIV e não realiza tratamento. Foi hospitalizado devido sangramento de mucosas, febre e anemia grave. Realizado diagnóstico de leucemia linfoblástica aguda e iniciado tratamento quimioterápico. Após sete dias do uso da medicação citotóxica, iniciou com oligúria e náuseas. Ao exame físico, não apresentava edema ou congestão pulmonar.

Dosagem de creatinina 5,1 mg/dL, ureia 153 mg/dL, ácido úrico 17,5 mg/dL, Hb 7,8 g/dL, plaquetas 10.000/mm³. Sobre o caso, assinale a alternativa correta.

- a) O paciente possui alto risco de síndrome de lise tumoral e medidas preventivas são diureticoterapia agressiva e alopurinol.
- b) A elevação sérica de ácido úrico após a lise celular não contribui para o desenvolvimento de lesão renal aguda.
- c) Na síndrome de lise tumoral é esperado que o paciente apresente hipercalemia, hipercalemia e hipofosfatemia.
- d) O diagnóstico provável é de glomeruloesclerose

segmentar e focal do tipo colapsante associada ao HIV e a biópsia renal está indicada neste momento.

e) A terapia dialítica pode ser indicada no curso desta condição, principalmente nos casos que apresentem hipercalemia grave e alteração eletrocardiográfica; a hemodiálise é o método preferível.

22. Paciente masculino, 72 anos, diabético insulino dependente há 10 anos, tem diagnóstico de doença renal crônica (DRC). Atualmente está com TFG_e (CKD-EPI) 14 ml/min/1,73m². Queixa-se frequentemente de soluços, náuseas, hiporexia e astenia. Já foi orientado pelo seu médico sobre progressão de doença renal crônica e terapias de substituição renal. Dosagem de creatinina 4,3 mg/dL, ureia 180 mg/dL, cálcio 7,1 mg/dL, potássio 5,8 mmol/L, fósforo 6,3 mg/dL, PTH 450 pg/mL, Hb 6,1 g/dL, leucócitos 6700/mm³, plaquetas 290.000/mm³, ferritina 45 ng/mL, IST 8%.

Sobre a DRC e seu manejo, assinale a alternativa correta.

a) A hiperfiltração e hipertrofia dos néfrons em resposta à um insulto renal, tem como objetivo inicial manter a TFG. À medida que a pressão e o fluxo sanguíneo aumentam dentro do néfron, há predisposição para distorção da arquitetura dos glomérulos, função anormal dos podócitos e rompimento da barreira de filtração, levando à esclerose dos néfrons remanescentes.

b) O acúmulo de ureia e creatinina é o único mecanismo responsável para os sinais e sintomas que caracterizam a síndrome urêmica na doença renal avançada.

c) A fisiopatologia do hiperparatireoidismo secundário e da doença óssea consequente ao turnover elevado está relacionada com o metabolismo mineral anormal em razão de vários fatores, entre eles o aumento da fosfatúria conforme a TFG declina.

d) O uso dos agentes estimulantes da eritropoiese evita a necessidade de realizar transfusões sanguíneas periódicas nos pacientes com DRC e anemia grave. Seu uso está indicado precocemente em todos os pacientes com DRC e TFG < 75ml/min/1,73m², independente das reservas de ferro na medula óssea.

e) A opção preferível para implante de cateter para acesso vascular de hemodiálise em pacientes com DRC estágio 5D são as veias subclávias, pois permitem ótimos fluxos com poucas complicações como estenose do vaso.

23. Mulher, 67 anos, após realizar exames laboratoriais solicitados pela Unidade Básica de Saúde, foi orientada a buscar ambulatório de triagem oncológica, pois em eletroforese de proteínas séricas foi identificado “pico monoclonal”. Pela demora para agendar, acabou buscando ambulatório de Clínica Médica. Afirma ter dores predominando em região lombar, a qual sempre relacionou a atividade laborativa de babá. Nega perda ponderal ou febre, afir-

ma apresentar sudorese noturna ocasional - em épocas de muito calor. Nega etilismo e tabagismo, pois seu pai, fumante inveterado, faleceu por neoplasia de pulmão. Refere perda de 3 kg durante os últimos 6-8 meses. Traz exames laboratoriais: Hb 13,2; Leucócitos 5.400 (neutrófilos 2.690; linfócitos 1.430); Plaquetas 136.000; Creatinina 1,4 mg/dL (VN <1,5 mg/dL); Cálcio total 9,4 mg/dL (VN <11 mg/dL); Eletroforese de proteínas séricas evidenciando pico monoclonal de 0,73 g/dL; Albumina sérica 3,9 mg/dL.

Considerando as informações acima, assinale a alternativa correta.

a) A paciente deve prosseguir investigação com dosagem de beta-2-microglobulina, o que em níveis elevados irá confirmar o diagnóstico de mieloma múltiplo.

b) Deve ser reforçado o encaminhamento para oncologia, pois ela necessita iniciar tratamento quimioterápico o quanto antes.

c) Está contraindicada a realização de biópsia de medula óssea neste momento devido a plaquetopenia, devendo realizar prévia transfusão de plaquetas visando contagem acima de 150.000/mm³.

d) Biópsia de medula óssea com >10% de células plasmáticas clonais confirmaria o diagnóstico de mieloma múltiplo neste caso.

e) Todos os casos de mieloma múltiplo são precedidos de gamopatia monoclonal de significado indeterminado.

24. Paciente recém diagnosticado com linfoma de Burkitt - ainda sem ter iniciado tratamento - chega a emergência trazido por ambulância, torporoso, apresentando oligúria de aspecto escurecido. Realiza exames laboratoriais, que evidenciam insuficiência renal, hipocalcemia, hipercalemia e acidose metabólica. Sobre a principal hipótese diagnóstica, assinale a alternativa correta.

a) Como o paciente ainda não começou tratamento quimioterápico, deve-se descartar a possibilidade de síndrome de lise tumoral.

b) A principal medida seria prevenção, com hidratação vigorosa e bicarbonato de sódio visando alcalinização urinária.

c) A principal medida seria prevenção, com hidratação vigorosa e antiuricêmicos como o alopurinol ou a rasburicase.

d) A principal medida neste momento é iniciar a quimioterapia o quanto antes, para que haja redução da carga tumoral.

e) Não se deve realizar hemodiálise neste momento, visto que o paciente necessita aporte volêmico e a consequente redução do cálcio sérico poderia causar arritmias.

25. Paciente do sexo feminino, 28 anos, internada

na enfermagem de Clínica Médica, foi encaminhada por pancitopenia. Apresenta hemograma evidenciando Hem 1,63 mm/mm³, Hb 7,4 g/dL, VG 19,8%, VCM 121,9 fL, HCM 45,6 pg, RDW 16,3; Leucócitos 3.200/mm³ (segmentados 41%, bastonetes 1%, linfócitos 51%, monócitos 6%, eosinófilos 2%); Plaquetas 96.000/mm³; Creatinina 1,2 mg/dL; RNI 1,2; . Possui histórico de colecistectomia 2 anos antes, está em uso de anticoncepcional oral. Nega etilismo e tabagismo, nega restrições dietéticas, sendo esta rica em carne vermelha, carne branca, laticínios, grãos e vegetais. Possui antecedentes de câncer na parte materna e paterna. Há cerca de 8 meses, vem apresentando diarreia e fadiga progressiva, que atribui ao estresse. A paciente encontra-se chorosa e assustada porque um médico amigo da família lhe deu diagnóstico de leucemia aguda através do hemograma. Considerando o caso clínico em questão, assinale a alternativa correta.

- a) Necessita imediata biópsia de medula óssea, onde contagem de blastos >10% confirma o diagnóstico de leucemia aguda, e tão logo possível iniciar tratamento quimioterápico.
- b) Trata-se de provável de síndrome disabsortiva, tendo em vista a diarreia e a dieta adotada pela paciente, sendo a principal conduta reposição de cobalamina e eliminar da dieta alimentos com glúten.
- c) A principal suspeita é a de anemia ferropriva, devendo-se realizar endoscopia digestiva alta e baixa para procurar foco de sangramento.
- d) O diagnóstico provável é o de púrpura trombocitopênica trombótica (PTT). Embora deva ser solicitada pesquisa de atividade ADAMTS13, deve iniciar corticoide imediatamente, antes do resultado deste exame, devido a resposta excelente a este medicamento.
- e) Trata-se de provável caso de anemia aplásica, devendo-se iniciar corticoide e timoglobulina, além de encaminhamento para transplante alogênico de medula óssea.

26. Paciente do sexo feminino de 45 anos traz o seguinte hemograma: Hem 6,15 milhões/mcL; Hb 10,5 g/dL; VG 32%; VCM 63 fL; HCM 19 pg; RDW 13,2%; Leucócitos 5.367/mm³ (basófilos 1%, eosinófilos 2%, bastonetes 2%, segmentados 62%, linfócitos 26%, monócitos 7%); Plaquetas 189.300/mm³. Nega ter percebido qualquer tipo de sangramento. Realizou teste de gravidez negativo. Por recomendação do nutricionista, vem fazendo uso de sulfato ferroso via oral há meses, sem melhora. Sobre a abordagem e conduta pertinentes ao caso apresentado, assinale a alternativa correta.

- a) Provavelmente possui foco de sangramento oculto, devendo realizar endoscopia digestiva alta e baixa.
- b) Manter reposição de ferro, em via parenteral, pois provavelmente trata-se de síndrome disabsortiva.

c) Associar reposição de cobalamina e ácido fólico, visto que a paciente mantém anemia em uso do sulfato ferroso.

d) Cessar reposição de ferro e solicitar eletroforese de hemoglobina pois trata-se de provável talassemia.

e) Orientar a paciente a aumentar ingestão de vitamina C e evitar leite e café enquanto permanecer com anemia.

27. Paciente feminina, portadora de neoplasia de mama metastática para ossos e sistema nervoso central, comparece ao ambulatório de cuidados paliativos para controle de sintomas. Não está sendo submetida a nenhum tratamento quimio ou radioterápico no momento. Refere queixas de náusea intensa, vertigem, alteração da marcha, fadiga e dor óssea refratária a analgésicos simples. Assinale a alternativa correta.

a) A dor pode ser manejada levando em conta escalas de dor, como a Escala Análoga Visual (EAV) e, a depender da intensidade do sintoma, pode ser iniciada com Morfina 5-10 mg com intervalos de 4 horas, não sendo útil a associação com analgésicos simples neste caso pois a paciente já é refratária.

b) Ao utilizar opióides contínuos deve ser prescrita dose de resgate associada, correspondendo a 10-20% da dose basal e, se o sintoma persistir sem controle após 24h, deve-se adicionar à dose basal a dose total de resgate utilizada.

c) Considerando a provável etiologia da náusea desta paciente, os antieméticos melhor indicados são os antagonistas de 5-HT₃, devendo-se evitar os anti-histamínicos e anticolinérgicos.

d) A metadona é medicação segura em caso de refratariedade aos opióides de primeira linha, devido a sua meia-vida previsível por exercer atividade nos receptores NMDA, devendo ser iniciada na dose de 10 mg a cada 12h.

e) Para a dor óssea, estaria indicada a monoterapia com glicocorticóides, como a dexametasona 8mg/dia, sendo estes também úteis para o tratamento da queixa de fadiga da paciente.

28. Um paciente de 70 anos, com histórico de hipertensão arterial e diabetes mellitus, apresenta-se na emergência com dispneia progressiva há 2 semanas e tosse noturna. No exame físico, é identificado edema em membros inferiores (2+/4+), turgência jugular positiva a 45 graus, e presença de estertores pulmonares bilaterais. O eletrocardiograma mostra sinais de sobrecarga ventricular esquerda e o ecocardiograma revela fração de ejeção de 40%. De acordo com os critérios de Framingham para o diagnóstico de insuficiência cardíaca, quais dos seguintes achados é considerado um critério maior?

- a) Tosse noturna.
- b) Turgência jugular.
- c) Dispneia ao esforço.
- d) Fração de ejeção reduzida.
- e) Edema de membros inferiores.

29. João da Silva Otávio, um homem de 62 anos, tem um histórico médico significativo de diabetes mellitus tipo 2, hipertensão arterial sistêmica e dislipidemia. Nas últimas semanas, João notou que sua angina, inicialmente ocasional, tornou-se mais frequente e debilitante. Agora, ele sente dor no peito ao realizar atividades cotidianas, como caminhar pequenas distâncias, sendo classificada como angina Classe III pela Canadian Cardiovascular Society (CCS). Preocupado com a piora dos sintomas, João procurou atendimento médico, onde foi submetido a um teste ergométrico que indicou isquemia miocárdica significativa. Posteriormente, uma coronariografia revelou as seguintes lesões: 70% terço proximal da artéria descendente anterior, 80% em artéria circunflexa em seu terço médio e 90% em artéria coronária direita não dominante. Diante do quadro clínico de João, qual seria a melhor estratégia terapêutica para otimizar seu prognóstico e melhorar sintomas?

- a) Cirurgia de revascularização miocárdica, como intervenção definitiva.
- b) Tratamento médico otimizado, com foco no controle rigoroso dos fatores de risco cardiovascular e manejo dos sintomas, sem intervenção invasiva inicial.
- c) Angioplastia coronariana percutânea com stent convencional, buscando reduzir a isquemia miocárdica e reduzir o tempo do uso de dupla antiagregação e subsequente risco hemorrágico.
- d) Angioplastia coronária percutânea (PCI) do ramo descendente anterior com stent farmacológico seguido de tratamento clínico otimizado e angioplastia dos demais ramos se não houver melhora dos sintomas.
- e) Angioplastia coronariana percutânea com stent farmacológico de todos os vasos, visando a desobstrução das artérias comprometidas, com retorno mais rápido às suas atividades e menor risco de morte em longo prazo em comparação com a cirurgia cardíaca.

30. Um paciente masculino, 20 anos, procura atendimento médico por quadro de dispneia progressiva e sensação de cansaço nas últimas 2 semanas. Refere histórico recente de febre, dor muscular e tosse seca há 4 semanas, sintomas que foram leves e se resolveram espontaneamente após cerca de 1 semana.

Nos últimos 7 dias, ele apresenta falta de ar aos mínimos esforços, dificuldade para deitar-se na cama e sensação de cansaço extrema, especialmente nas atividades diárias. Relata também palpitações e dor torácica difusa. Não apresenta histórico de doenças prévias ou uso de medicações

regulares.

No exame físico, a pressão arterial é de 110/70 mmHg, frequência cardíaca de 110 bpm, ritmo cardíaco regular, mas com estertores finos em base pulmonar esquerda, sem sinais de linfadenopatia. A palpação abdominal revela hepatomegalia. A inspeção não revela sinais de cianose, mas há leve edema nos membros inferiores.

Exames laboratoriais:

- Hemograma: leucocitose leve (13.000/mm³), sem desvio à esquerda.
- PCR: 40 mg/dL (elevada).
- Troponina I: 122,5 ng/mL (elevada).
- BNP: 643 pg/mL (elevado).
- ECG: taquicardia sinusal com sinais de sobrecarga atrial e bloqueio de ramo esquerdo.
- Ecocardiograma: fração de ejeção de 35%, com dilatação do ventrículo esquerdo e disfunção sistólica global.

Assinale a correta considerando o quadro acima.

- a) O diagnóstico é sugestivo de Miocardite Viral, sendo indicado a biópsia endomiocárdica e utilização dos Critérios de Dallas e a presença de infiltrado inflamatório linfocítico e necrose miocárdica se fazem necessários para o diagnóstico formal.
- b) O quadro clínico de dor torácica e alteração de marcadores de necrose miocárdica sugere Síndrome Coronariana Aguda com indicação imediata de cineangiocoronariografia ou terapia de reperfusão fibrinolítica se não houver laboratório de hemodinâmica disponível.
- c) A ressonância magnética cardíaca pode ajudar a elucidar o quadro com um padrão de realce tardio mesocárdico, poupando o endocárdio, diferentemente do infarto que sempre atinge a região subendocárdica.
- d) Na suspeita de miocardite viral, o tratamento precoce com anti-inflamatórios e imunossupressores estão relacionados com uma recuperação mais rápida da função ventricular.
- e) O quadro clínico sugere miocardite fulminante, com elevado risco de progressão para choque cardiogênico e insuficiência respiratória aguda e disfunção orgânica múltipla. É indicado o início precoce de inotrópicos e assistência circulatória mecânica.

31. A função de bomba do coração envolve várias características histológicas e fisiológicas do músculo cardíaco, que participam num processo harmônico que se repete por toda a vida. Avalie as alternativas seguintes sobre a fisiologia cardiovascular e assinale como verdadeira (V) ou falsa (F).

- () A pré-carga corresponde ao comprimento do músculo cardíaco imediatamente antes do início da contração.
- () A pós-carga corresponde à tensão que o músculo deve desenvolver durante a contração.
- () Fração de Ejeção do ventrículo esquerdo é um

índice sensível para avaliar a função cardíaca, obtido como a razão entre o volume diastólico final e o volume sistólico final.

() A frequência cardíaca e a concentração intramiocárdica do cálcio interferem na contratilidade miocárdica.

() Lusitropismo é a propriedade do músculo ventricular interagir com a contração atrial.

A sequência correta é:

- a) V, F, F, V, F
- b) V, V, V, F, F
- c) F, F, F, V, V
- d) V, V, F, V, F
- e) F, V, V, F, V

32. Define-se miocardiopatia como doença do músculo cardíaco. É responsável por 5 a 10% dos pacientes com insuficiência cardíaca, e pode ter diferentes tipos de apresentação. Uma miocardiopatia peculiar é a miocardiopatia de Takotsubo; em relação à qual são apresentadas as seguintes assertivas:

I. É também conhecida como Síndrome do Balançamento Apical ou como Miocardiopatia Induzida por Estresse.

II. Tem quadro benigno, com complicações intra-hospitalares e mortalidade muito inferiores ao infarto agudo do miocárdio.

III. São descritas recorrências em até 50% dos pacientes

IV. O ventrículo esquerdo apresenta dilatação global com contração basal, apresentando forma de um pote de colo estreito (takotsubo, usado no Japão para aprisionar polvos).

Escolha entre as alternativas abaixo, as assertivas corretas:

- a) I e II apenas.
- b) III e IV apenas.
- c) I, II e III apenas.
- d) II e IV apenas.
- e) I e IV apenas.

33) As arritmias cardíacas são a manifestação de anormalidades do início e/ou da propagação do impulso elétrico cardíaco. Avalie as afirmativas seguintes sobre as arritmias e assinale como verdadeira (V) ou falsa (F).

() A automaticidade, definida como despolarizações espontâneas que ocorrem durante a fase 4 do Potencial de Ação, é uma propriedade normal de tecidos como o nó SA, nó AV e o sistema His-Purkinje.

() A reentrada se refere a um movimento circular de uma frente de onda de ativação elétrica, que pode ocorrer em torno de uma barreira anatômica (reentrada anatômica) ou em torno de uma barreira funcionalmente refratária (reentrada funcional).

() Para as arritmias causadas por aumento da automaticidade podem ser usadas medicações que agem na despolarização da fase 4 (bloqueadores dos canais de cálcio, betabloqueadores ou ivabradina).

() Nas arritmias por atividade deflagrada é eficaz corrigir o fator desencadeante, introduzindo por exemplo o glicosídeo digitálico.

() Na arritmia torsade des pointes há uma pós-despolarização precoce em situação de reentrada anatômica.

A sequência correta é

- a) V, V, V, F, F.
- b) V, V, F, F, V.
- c) F, V, F, F, V.
- d) F, F, V, V, F.
- e) V, F, F, V, V.

34. Sobre o tratamento do Infarto Agudo do Miocárdio com Supra de ST (IAMCSST), assinale a alternativa correta.

a) O uso de aspirina deve ser evitado nas primeiras 24 horas após o diagnóstico de IAMCSST para prevenir efeitos colaterais gastrointestinais.

b) A angioplastia primária (ICP) é indicada como tratamento de escolha no IAMCSST, preferencialmente realizada até 90 minutos após o diagnóstico.

c) O uso de beta-bloqueadores intravenosos deve ser feito rotineiramente em todos os pacientes com IAMCSST, independentemente da presença de contraindicações.

d) A trombólise é preferível à angioplastia primária (ICP) em todos os pacientes com IAMCSST, independentemente da estrutura disponível no hospital.

e) Os nitratos intravenosos são indicados em todos os pacientes com IAMCSST para aliviar a dor torácica, mesmo em casos de pressão arterial baixa.

35. Paciente adulto jovem 38 anos, apresentou quadro súbito de dispneia, dor ventilatório dependente e febre. Procurou o pronto atendimento, realizou com Pressão Arterial 120/80 mmHg, FC 105 bpm, Temperatura axilar 37,5, Saturação arterial de Oxigênio 94%, GCS 15 e enchimento capilar < 3 segundos. Após avaliação inicial e cálculo dos Critérios e Wells, foi realizada uma Angiotomografia arterial de Tórax, que evidenciou um Tromboembolismo Pulmonar Subsegmentar e atelectasias redondas sugestivas de Enfarto pulmonar em hemitórax Esquerdo inferior bem próximo a pleura. Uma vez realizado o diagnóstico de Tromboembolismo pulmonar, assinale a melhor conduta a ser tomada.

a) Internamento hospitalar obrigatório, acionar a equipe da cirurgia vascular, e infundir trombolítico imediatamente.

b) Após o diagnóstico, realizar a estratificação do risco de morte, através do escore de PESI (Pulmonary Embolism Severity Index), e considerar tratamento ambulatorial com anticoagulantes orais, caso seja evidenciado, escores de gravidade baixos, ausência de instabilidade hemodinâmica e ou disfunção do ventrículo direito e analgésicos para controle de dor pleurítica após o infarto pulmonar.

c) Internamento hospitalar, iniciar Enoxaparina dose anticoagulante 1mg /kg SC 1x ao dia, e manter o paciente sob observação rigorosa por 1 semana.

d) Solicitar D² Dímero, calcular escore de PERC, e iniciar varfarina 5mg 1x ao dia.

e) Realizar investigação de trombofilias ainda na fase aguda do evento, uma vez que não foi identificado nenhum fator de risco como agente causal do evento embólico.

36. Um homem de 55 anos, com histórico de infarto agudo do miocárdio há 2 anos e fração de ejeção de 30%, chega ao pronto-socorro com palpitações intensas, tontura e sensação de desmaio iminente. Ao exame, ele apresenta pressão arterial de 90/60 mmHg e frequência cardíaca de 160 bpm. O eletrocardiograma revela complexos largos e regulares a uma frequência de 160 bpm, sugerindo taquicardia ventricular sustentada (TVS). O paciente está consciente, mas com sinais de má perfusão. Qual a conduta inicial mais apropriada para este paciente?

a) Administrar amiodarona intravenosa e observar a resposta.

b) Realizar cardioversão elétrica sincronizada de emergência, devido à instabilidade hemodinâmica.

c) Administrar adenosina para diferenciar entre taquicardia ventricular e supraventricular com aberrância.

d) Tentar manobras vagais inicialmente para reduzir a frequência cardíaca.

e) Administrar lidocaína intravenosa para controle imediato da arritmia.

37. Valdir 56 anos, técnico em informática, hipertenso, obeso, sedentário, recebeu diagnóstico recente de diabetes mellitus. Trouxe exames na consulta inicial mostrando: glicemia de jejum de 131 mg/dl, hemoglobina glicada (HA1C): 8,0%, colesterol total: 221mg/dL, triglicerídeos: 260 mg/dl e HDL-colesterol de 30 mg/dl. Além de ampliar a anamnese, realizar exame físico completo e prescrever plano terapêutico individualizado, seu plano de seguimento clínico para detectar ou evitar complicações crônicas será

a) exame para estabelecer ritmo de filtração glomerular e albuminúria anualmente.

b) rastreamento a cada 5 anos para retinopatia, neuropatia simétrica distal e neuropatia autonômica.

c) estabelecer metas para: HA1C de 7,5%, Glicemia

de jejum < 126mg/ dL, glicemia capilar pós prandial menor ou igual a 200 mg/dL e variabilidade da glicose (% do coeficiente de variação) menor que 33%.

d) controle ou tratamento de condições relevantes do diabetes, incluindo: Pressão arterial (medir 2-4 vezes/ano); Lipídios (mensalmente); Transaminases e função hepáticas (2-4 vezes ao ano).

e) teste de esforço, doppler de carótidas e ecocardiografia transtorácica anuais.

38. Senhor Alceu, 72 anos, com dor torácica típica, ECG normal e marcador de necrose miocárdica (troponina) 5x acima do limite superior da normalidade. Ao ser avaliado o paciente pela equipe de emergencistas, estava com sinais de baixo débito cardíaco, enchimento capilar lentificado, instabilidade hemodinâmica. Em relação a conduta a ser adotada, assinale a alternativa correta.

a) Está indicado trombólise química (rt -pa) imediata.

b) Deve ser encaminhado a estratégia invasiva imediata.

c) Deve ser realizada uma angiotomografia de coronárias, a fim de estabelecer o diagnóstico.

d) Devemos estratificar o Risco do paciente, e enviar o paciente ao cateterismo nas primeiras 24hrs.

e) Paciente deve ser encaminhado imediatamente para Unidade de Terapia Intensiva para iniciar droga inotrópica, a fim de melhorar perfusão tecidual e estabilização clínica.

39. Ana Maria, 55 anos, sentindo-se cansada e achando-se envelhecida, encontrou várias promessas nas mídias sociais para revigorar-se, usando suplementos vitamínicos, fitoterápicos e suplementação hormonal. Após consulta online recebeu vários compostos em casa e iniciou o uso como recomendado. Dois meses após o início das medicações percebeu urina escura e piora do quadro de cansaço, agora acompanhada de dor do tipo desconforto em quadrante superior direito e náuseas. O apetite diminuiu drasticamente e registrou perda de 5 quilos. Não lembra de episódios de febre e o ritmo intestinal permanece diário. O exame clínico é inespecífico, exceto pela pigmentação da pele e desconforto à palpação de abdômen. Exames laboratoriais revelaram: fosfatase alcalina 450 UI/L; bilirrubinas totais de 9,0 mg/dL, com bilirrubina direta de 6,9 mg/dL; Transaminases= AST: 560UI/L; ALT: 880. U/L. Ultrassom de abdômen mostra vesícula sem cálculos com a não visualização do ducto colédoco. A conduta mais adequada, no momento, além da suspensão das medicações suspeitas, seria solicitar

a) PET/CT com 18F-FDG.

b) sorologia para hepatites.

c) PET/CT com Dota-68 Ga.

d) sorologia para anticorpos antimitocondriais.

e) tomografia computadorizada de abdômen ou ressonância magnética de abdômen.

40. Rui, 42 anos, advogado, portador de hepatite C crônica, asmático em uso de medicações bronco-dilatadoras de resgate, veio do cardiologista com receita de estatinas para tratamento de dislipidemia, após recente diagnóstico de espessamento miointimal de carótidas. As provas de função hepática revelam: Fosfatase alcalina : 90 (VR 40-106 U/L); INR (International Normalized Ratio) 1,0 (VR 0,8 a 1,0); ALT 50 (VR 5 - 40 U/L); AST 45 (7 - 50 U/L). Temeroso por ter lido que as estatinas podem piorar a doença hepática, quer orientações de seu médico generalista sobre se deve ou não se submeter ao tratamento proposto pelo cardiologista. Qual seria a melhor conduta?

a) Orientar a reavaliação das transaminases 30 dias após o início do uso das estatinas e interromper o uso, caso se elevem.

b) Recomendar contra o uso da estatina até resultado favorável da elastografia hepática por ultrassom e os valores laboratoriais da Gama-GT e eletroforese de proteínas.

c) Calcular o FiB-4 (Índice de fibrose hepática) e caso a ferramenta indique baixo risco de cirrose, o uso das estatinas estará liberado.

d) Orientar o início do uso das estatinas comentando que espera-se que, entre 1 a 10% dos indivíduos submetidos a tratamento com estatinas, desenvolvam elevações leves e reversíveis dos valores de transaminases.

e) Substituir a prescrição das estatinas por inibidores da PCS-K9 (anticorpos monoclonais inativadores de proteína, que impede a reciclagem do receptor do LDL-colesterol) garantindo a proteção hepática.

41. Enzo Felipe, 24 anos, ansiando por um perfil mais esbelto e atraente, decidiu experimentar a dieta cetogênica, pois acredita que a ingestão de farinhas brancas e leite causam inflamação e adiposidade mesogástrica. Reclama de flatulência eventual. Desconfia que as lesões de pele pápulo vesiculares em faces extensoras e o recente diagnóstico de doença celíaca em 2 primas de primeiro grau sejam evidências de ser portador de processo digestivo peculiar, ainda não diagnosticado. Antes porém de iniciar o plano dietético e de atividade física programada, quis submeter-se a exames que pudessem comprovar sua teoria sobre ser intolerante ao glúten. As análises solicitadas pelo seu clínico geral, que melhor ajudariam a esclarecer sobre um possível quadro de doença celíaca seriam

a) swab de mucosa bucal com análise de alelos heterodiméricos HLA-DQ2 e HLA-DQ8.

b) exames sorológicos como IgA antitransglutaminase

tecidual (anti-tTG) e IGA total.

c) análise genética de mutações do gene mutações do gene NOD2/CARD15 e dosagem de Calprotectina fecal.

d) endoscopia digestiva alta com biópsias gástricas — que devem ser realizadas no fundo e antro (pelo menos 4 amostras).

e) prova do glúten com ingestão de 10 g de glúten (equivalente a 2 fatias de pão de trigo integral) por dia, durante 10 dias, com dosagem de Ac Antigliadina e Antiendomísio no momento basal e pós sobrecarga de glúten.

42. Duas horas após o almoço (regado a ceviches, sashimis, sushis, temakis e uramakis, à beira mar, em comemoração aos 10 anos de formados), várias pessoas que estiveram presentes compareceram ao pronto-atendimento. O quadro dominante era de náuseas, diarreia e alguns com queixas de queimadura solar. Mais da metade referiu ter sentido gosto metálico acentuado, porém a coloração dos peixes foi referida como habitual. O chefe de plantão cogitou o diagnóstico de intoxicação escombroides. A fisiopatologia mais provável dessa microepidemia envolve

a) a saurina, cadaverina e possivelmente a putrescina, promovendo degradação de mastócitos e liberação exagerada de histamina.

b) a superexpressão de lipopolisacarídeos no tecido epitelial intestinal, gerando reação de fase aguda.

c) a enterotoxina C no intestino delgado, que age aumentando o AMPc (via adenilciclase) com consequente degradação acelerada da Calprotectina.

d) a produção de urease, ativando o sistema de secreção tipo III e ativando aquaporinas.

e) a síndrome milk-alkali, gerada pela ingestão excessiva de elementos ricos em ergocalciferol.

43. Sr. Marcílio, 68 anos, viúvo, mora com filho e nora. Vem a procura de atendimento devido a episódios frequentes de dor abdominal, náuseas e episódios de diarreia. Portador de hipertensão arterial, DM2 e dislipidemia, toma diariamente losartana, dapagliflozina e sinvastatina. Tem histórico de gastrite crônica e foi submetido a uma endoscopia digestiva alta há dois anos, que revelou esofagite de refluxo. Desde então, ele tem feito uso crônico de inibidores da bomba de prótons (IBPs), especificamente omeprazol, 20 mg/dia, sem interrupções. Está se recuperando de uma fratura de vértebra após arrastar uma mesinha de canto, há 10 meses. Tem usado também Alendronato 70 mg e Vitamina D 10.000 UI semanalmente. Nos últimos exames realizados foram evidenciados valores de magnésio sérico diminuído e magnésio urinário dentro dos limites adequados. A medicação que

mais provavelmente está relacionada a espoliação de magnésio é

- a) losartana.
- b) omeprazol.
- c) alendronato.
- d) sinvastatina.
- e) dapagliflozina.

44. Sra. Yara, 62 anos, queixa-se de dores no corpo desde a menopausa, aos 54 anos. Por vezes sente melhora com o repouso, porém também percebeu que a prática de Pilates a alivia no dia da atividade. Já está fazendo reposição de vitamina D e aumentou a ingestão de alimentos ricos em cálcio nos últimos 6 meses. Vem nesta consulta para uma segunda opinião, trazendo densitometria óssea (DEXA) recente com valores de T-score de coluna lombar (L1-L4) de -3,2 e Z-score de -2,1. No colo do fêmur e fêmur total, os valores de T-score foram reportados como -1,0 e -1,5 respectivamente. Ao exame físico: IMC= 19; PA= 120/70 mmHg, Pulso= 68bpm; sem outras particularidades detectáveis. Sua primeira opinião sobre o caso seria

- a) solicitar ressonância magnética de coluna lombar, a fim de estabelecer a presença de fraturas morfométricas, que a classificariam como candidata a tratamento anabólico.
- b) ampliar a história clínica aplicando a ferramenta OSIRIS para auxiliar na decisão de tratamento com antirreabsortivos.
- c) solicitar exames para definir o perfil reumatológico, assim como analisar valores séricos de cálcio, fósforo e PTH.
- d) iniciar suplementação com doses de Colecalciferol para atingir valores de calcidiol sérico acima de 40 ng/mL, intensificar a prática de atividade física e solicitar marcadores de reabsorção óssea para a consulta seguinte.
- e) realizar uma anamnese detalhada, identificando fatores de risco para fraturas, lembrando que um score Z baixo aumenta a suspeita de causa secundária, mas que o valor baixo também possa ser explicado pelo tamanho corporal.

45. Sr. Gomes, 45 anos, corredor de rua nos fins de semana, faz uso frequente de anti-inflamatório não hormonal para alívio de “dores do exercício”, que acometem, tornozelos e joelho direito. Recém promovido ao cargo de gerência de representação, comercial têm sido um desafio de diminuir o peso e melhorar seu perfil metabólico. Iniciou diurético tiazídico há 2 meses, após verificação de pressão arterial elevada. Ao exame estava corado; IMC 27; Cintura abdominal 94; FC: 68 bpm; PA: 100 x 80 mmHg e temperatura axilar 36,4°C; havia presença

de edema e hiperemia de joelho direito, com sinal da tecla positivo. Assinale a alternativa correta, considerando a doença acima diagnosticada.

- a) É muito provável que o principal agente infeccioso em diabéticos nas artrites sépticas seja um germe anaeróbio.
- b) São condições predisponentes para a reagudização do quadro, o consumo de álcool, a dieta hiperproteica ou para emagrecimento, o jejum prolongado, os diuréticos e o pós-operatório.
- c) No período agudo existe acentuada linfocitose reativa inicial e as provas de atividades inflamatórias estão alteradas.
- d) Trata-se de uma síndrome periarticular e por atividade de esforço repetitivo causando lesão nos tendões e ligamentos nos grupamentos musculares. A confirmação se dá pela história e exame físico.
- e) Espera-se encontrar neste paciente C-ANCA positivo em baixos títulos e anti-Sm presente em cerca de 30% dos pacientes apenas.

46. Srta. Laura virá consultar-se na semana que vem em sua primeira visita e comentou no “direct” de sua rede social que o motivo do agendamento é porque foi diagnosticada com arterite temporal. Visando preparar-se melhor para o atendimento, você dedica um tempo a rever e atualizar conceitos sobre a doença e mentalmente imagina a srta. Laura

- a) uma jovem senhora entre 25 a 35 anos, portadora de sobrepeso, em uso de gabapentina / duloxetine para fibromialgia.
- b) senhora de meia idade com provável hipotireoidismo e/ ou vitiligo, com dificuldade para engravidar ou com história de abortos de repetição.
- c) idosa de 70 anos com queixas de polimialgia de longa data, cuja maior preocupação que lhe ocorre é a de checar se está em dia com a avaliação oftalmológica.
- d) adolescente com enxaqueca classificada como pré-menstrual, porém agravada com o uso contínuo de anticoncepcional visando amenorreia.
- e) sem qualquer faixa etária específica, já tendo sido investigada exaustivamente e com comorbidades relacionadas a osteomalácia.

47. Sr. Luiz Manoel, 50 anos, professor, queixa-se de dores musculares difusas, que se intensificam ao longo do dia e se tornam mais pronunciadas, após atividades físicas leves, de início há 6 meses. Ele também nota que a dor se agrava após períodos de inatividade, como ao ficar sentado por longos períodos preparando aulas e lendo dissertações. Além das dores musculares, o paciente menciona episódios frequentes de fadiga intensa, que o têm levado a se sentir menos produtivo no trabalho e a evitar atividades recreativas com a família. Tem se preocupado também com a nítida di-

minuição de libido. Percebeu que prefere, ao chegar em casa depois do trabalho, isolar-se jogando online no computador. Sua esposa o alertou que ele tem tomado 1/2 a 1 garrafa de vinho diário e ela gostaria muito que ele pensasse em parar de fumar. Ele não faz uso regular de medicamentos e nega alergias conhecidas. Na história familiar, menciona que seu pai teve problemas de saúde relacionados ao fígado, e era portador de diabetes. Na avaliação física, não há edema articular ou deformidades visíveis, o fígado é palpável abaixo do rebordo costal D com leve defesa abdominal. O exame das articulações, revela amplitude de movimento preservada, mas com desconforto discreto em movimentos que exigem esforço. O paciente também apresenta sinais de hiperpigmentação, embora confesse que não usa filtro solar. Com base nos dados relatados neste caso, existe alta suspeição para o seguinte diagnóstico.

- a) Gota
- b) Fibromialgia
- c) Mieloma múltiplo
- d) Hemocromatose
- e) Hiperparatireoidismo secundário

48. Paciente masculino, 34 anos, usuário de cocaína e em situação de rua. Interna com quadro de cefaleia intensa, febre, déficit neurológico focal agudo e alteração comportamental, com início há 5 dias. Assinale a alternativa correta.

- a) Neste caso deve-se considerar como principal agente etiológico o Epstein-Barr vírus (EBV)
- b) O tratamento deve ser iniciado com aciclovir endovenoso na dose de 10mg/kg de 8/8h, após a obtenção de resultado positivo para a presença de Herpes-vírus simples (HSV)
- c) Caso haja confirmação de infecção por citomegalovírus (CMV), o tratamento pode ser iniciado com Ganciclovir endovenoso na dose de 5mg/kg de 12/12h, ajustado para a função renal
- d) O achado de líquido típico esperado para este caso é de pleocitose linfocitária, ligeira hiperproteinorraquia e glicose consumida
- e) O achado de alteração focal na ressonância magnética de encéfalo afasta a possibilidade diagnóstica de encefalite viral

49. Paciente masculino, 75 anos, internado em ambiente de enfermaria em tratamento de pneumonia refratária a tratamento domiciliar. Fez uso prévio de amoxicilina e está atualmente em uso de piperacilina-tazobactam. Evoluiu com queixa de múltiplos episódios de diarreia líquida sem produtos patológicos no 5º dia de internamento. Considerando a hipótese diagnóstica de colite por Clostridium difficile, assinale a alternativa correta.

- a) Para fechar o diagnóstico, é necessária a suspeita clínica associada à detecção das toxinas A ou B nas fezes e a visualização de pseudomembranas em cólon.
- b) A exposição a antibióticos, como a clindamicina, a ampicilina, as cefalosporinas e as fluoroquinolonas, gera a susceptibilidade à infecção devido a destruição da microbiota intestinal.
- c) A transmissão se dá por ingestão de esporos do Clostridium difficile, que se multiplicam e geram toxinas. Por este motivo, deve-se manter isolamento de contato e respiratório.
- d) A higiene de mãos da equipe de saúde deve ser feita com álcool 70%
- e) O tratamento pode ser realizado com metronidazol via oral ou vancomicina endovenosa.

50. Paciente do sexo masculino, 60 anos, interna por queixa de febre recorrente há 1 mês, associada a astenia, sudorese, perda de peso, dor lombar e em joelho direito. Ao exame físico nota-se rubor e calor em joelho direito e linfonodomegalia disseminada. Realizados exames laboratoriais à admissão, sem alterações relevantes. Exames de imagem evidenciaram osteomielite de vértebras lombares. O paciente negou sintomas respiratórios e a prova tuberculínica (PPD) resultou negativa. Ao investigar fatores de risco ocupacionais, o paciente referiu ser trabalhador da área rural, tendo contato frequente com bovinos na produção de laticínios.

Sobre a principal hipótese diagnóstica, assinale a alternativa correta.

- a) A doença é causada por um protozoário transmitido por contato com ruminantes e suínos domesticados ou seus produtos derivados.
- b) A principal forma de destruição do patógeno é a exposição a baixas temperaturas via congelamento.
- c) Está indicado o isolamento respiratório se a doença estiver em fase bacilífera.
- d) Tratamento de escolha consiste em antibióticos em terapia dupla devido a alto risco de recidiva com monoterapia.
- e) São suspeitos da doença apenas os indivíduos com contato persistente com bovinos.

