EINSTEIN
Hospital Israelita

PROGRAMAS DE RESIDÊNCIA MÉDICA
PROCESSO SELETIVO 2027

002. PROVA ESCRITA OBJETIVA (TEÓRICA)

PRÉ-REQUISITO EM CLÍNICA MÉDICA

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

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

AGUARDE A ORDEM DO FISCAL PARA ABRIR ESTE CADERNO.

Nome do candidato

RG | Inscrição | Prédio | Sala | Carteira

FUNDAÇÃO vunesp

Confidencial até o momento da aplicação.

QUESTÃO 01

Paciente do sexo masculino, de 76 anos de idade, foi admitido em enfermaria para tratamento de pneumonia adquirida na comunidade, com necessidade de cateter de oxigênio, sendo iniciados ceftriaxone e claritromicina. É previamente portador de hipertensão arterial, hiperplasia prostática benigna, insônia e déficit cognitivo leve, está em uso de losartana 50 mg/dia, doxazosina 2 mg/dia e clonazepam 2 mg/dia há 5 anos. Faz uso habitual de lentes de correção por presbiopia e aparelho de amplificação sonora individual por presbiacusia. Na primeira noite de internação, manifestou inquietação e necessidade de ir para sua casa, por vezes retirando o cateter de oxigênio e também o acesso venoso. Isso motivou o acionamento médico que orientou contenção mecânica e química com haloperidol e prometazina intramusculares. Durante a visita da manhã, o paciente se apresenta sonolento, despertável ao chamado, pronunciando palavras desconexas e obedecendo a comandos motores. Sinais vitais: PA: 108/54 mmHg; FC: 68 bpm; FR: 16 ipm; SO_2: 92% em cateter de oxigênio 2 L/min; T: 37,1 °C; exame físico com crepitação em base direita compatível com a entrada e massa palpável em hipogástrio sugestiva de bexigoma, confirmada em ultrassonografia a beira leito com volume estimado de 1.000 mL.

Em relação à condução deste caso, é correto afirmar que

(A) poderia ter sido prescrita quetiapina 12,5 mg via oral, se necessário, para agitação ou insônia para profilaxia do quadro apresentado.

(B) deveria ter sido retirado o clonazepam da prescrição por ser medicação inapropriada para idoso e ter contribuído com o quadro atual do paciente.

(C) deveria ser monitorado o hábito urinário e, no momento, realizada a sondagem vesical de alívio para a retenção urinária.

(D) poderiam ter sido administradas infusões endovenosas de prometazina e haloperidol de maneira titulada, reduzindo o risco de efeitos adversos.

QUESTÃO 02

Mulher de 47 anos de idade procura consulta para revisão periódica de saúde. Tem histórico anterior de histerectomia total aos 40 anos por leiomiomatose uterina sintomática, com anatomopatológico benigno. Teve uma gestação com cesariana aos 35 anos de idade. Menarca aos 12 anos. Foi tabagista dos 20 aos 35 anos de idade com consumo de um maço de cigarro por dia. Sua mãe teve câncer de mama pré-menopausa aos 44 anos de idade e é portadora de hipertensão arterial. Seu pai é tabagista e portador de diabetes *mellitus* tipo 2 e dislipidemia, teve câncer colorretal diagnosticado aos 58 anos. Ao exame físico: altura: 173 cm; peso: 75 kg; PA: 113/56 mmHg; FC: 76 bpm; restante do exame sem alterações dignas de nota.

Traz exames recentes realizados há 1 mês:

Mamografia: densidade tipo D, BIRADS 2.

Pesquisa HPV alto risco negativa, colpocitologia oncótica negativa.

Pesquisa de sangue oculto nas fezes positiva, colonoscopia normal.

Quanto ao rastreamento oncológico recomendado e riscos de sobrediagnóstico, é correto afirmar que

(A) a colonoscopia deve ser realizada em até 1 ano, 10 anos antes da idade diagnóstica do pai.

(B) não está recomendada repetição da pesquisa do HPV de alto risco.

(C) a tomografia de tórax de baixa dose deve ser programada somente aos 50 anos de idade.

(D) não há papel para ressonância magnética de mama no rastreamento.

QUESTÃO 03

Paciente do sexo masculino, de 71 anos de idade, foi admitido em enfermaria por insuficiência cardíaca de fração de ejeção reduzida nova. À investigação de etiologia isquêmica, constatou-se não ser passível de revascularização. É analfabeto, portador de hipertensão arterial, diabetes *mellitus* e doença renal crônica estadiamento Grau 3 A A1, além de osteoartrite de joelhos sintomática, sua principal parceria de cuidado é sua esposa, atualmente vivendo com declínio cognitivo leve. Previamente, fazia uso de metformina 850 mg via oral duas vezes ao dia, losartana 50 mg via oral uma vez ao dia e sinvastatina 20 mg via oral uma vez ao dia. Após cinco dias de internação, teve quadro clínico otimizado com diureticoterapia e foi instituída terapia orientada por diretrizes, com definição de alta hospitalar em uso de AAS 100 mg via oral uma vez ao dia, atorvastatina 40 mg via oral uma vez ao dia, sacubitril-valsartana 24-26 mg uma vez ao dia, carvedilol 12,5 mg via oral duas vezes ao dia, empaglifozina 10 mg via oral uma vez ao dia, espironolactona 12,5 mg via oral uma vez ao dia e furosemida 20 mg via oral uma vez ao dia durante 05 dias. Foi readmitido após 07 dias em terapia intensiva com diagnóstico de bradicardia instável associada a lesão renal aguda com hipercalemia e necessidade de terapia de substituição renal.

Sobre o processo de desospitalização, é correto afirmar que

(A) a avaliação social precoce e a identificação de recursos na família e comunidade para responsabilização seriam necessários devido à incapacidade desse paciente idoso de cuidar de si próprio.

(B) a reconciliação medicamentosa ativa às transições de cuidado com apoio da farmácia clínica e enfermagem seria recomendada se houvesse autorização da equipe médica assistente.

(C) o contato com a unidade básica de saúde de referência estaria indicado para passagem de caso e agendamento de consulta precoce, além de monitoramento telefônico pós-alta.

(D) a indicação de clínica de cuidados pós-agudos para transição estaria indicada neste paciente com insuficiência cardíaca, uma vez que ele apresenta baixa escolaridade.

QUESTÃO 04

Paciente do sexo masculino de 66 anos de idade é admitido em enfermaria por dispneia e redução do débito urinário. É previamente tabagista 40 anos-maço e portador de hipertensão arterial e dislipidemia, em uso de enalapril 10 mg via oral duas vezes ao dia e atorvastatina 20 mg via oral uma vez ao dia. Nas últimas duas semanas, vinha percebendo astenia, mialgia e febre vespertina não medida e há um dia passou a apresentar hemoptóicos com percepção de dispneia e redução de débito urinário associado a urina escura. Ao exame físico da admissão, sinais vitais são: PA: 171/94 mmHg; FC: 95 bpm; FR: 20 ipm; SO_2: 94% em ar ambiente; descorado; ausculta pulmonar com crepitações bilateralmente; sem alterações cutâneas ou articulares identificadas. Exames complementares com creatinina 2,8 mg/dL, K: 4,7 mmol/L; ureia: 71 mg/dL; hemoglobina: 8,4 g/dL; RDW: 14,2%; VCM: 91 f; CHCM: 34 g/dL; sumário de urina: proteína ++, hematuria +++; presença de dismorfismo eritrocitário. Tomografia computadorizada de tórax com achado de opacidades em vidro fosco, bilaterais, difusas.

Sobre esse quadro clínico, é correto afirmar que

(A) a plasmaférese urgente deve ser indicada somente em caso de Anti-MBG positivo.

(B) se Anti-PR3 positivo, está indicada a indução com associação de rituximab e corticoide.

(C) a biópsia renal não é indicada caso o resultado do ANCA seja negativo.

(D) após a fase aguda, deve ser mantida alta dose de corticosteroide pela morbimortalidade associada ao desmame.

QUESTÃO 05

Paciente do sexo masculino de 77 anos de idade é admitido na sala de emergência por dispneia em repouso com dessaturação. É previamente portador de insuficiência cardíaca de fração de ejeção reduzida, classe funcional habitual NYHA II, diabetes *mellitus* tipo 2 e dislipidemia, em uso prescrito de sacubitril-valsartana 24-26 mg via oral uma vez ao dia, empaglifozina 10mg via oral uma vez ao dia, carvedilol 25 mg via oral duas vezes ao dia, metformina 850 mg via oral duas vezes ao dia, atorvastatina 40 mg via oral uma vez ao dia, além de furosemida 40 mg via oral uma vez ao dia. No último mês, vinha apresentando piora progressiva da dispneia, o que o motivou a dobrar a dose de furosemida nos últimos 5 dias, que vinha associada a dor torácica pleurítica, perda de peso não motivada, e também, na última semana, febre vespertina não medida.

Ao exame inicial, regular estado geral, PA: 94/51 mmHg; FC: 66 bpm; FR: 24 ipm; SO_2: 87% em ar ambiente, T: 37,2 °C. Ausculta pulmonar abolida base direita e reduzida a esquerda, ultrassonografia a beira leito identificou derrame anecoico moderado à esquerda e volumoso derrame à direita, inclusive com septações e loculações próximas à base. Paciente foi submetido a toracocentese diagnóstica com análise do líquido pleural com seguintes resultados:

Exame	Líquido pleural	Soro / sangue
Proteínas totais	3,2 g/dL	6,2 g/dL (6 a 8 g/dL)
Albumina	2,2 g/dL	3,2 g/dL
Glicose	60 mg/dL	143 mg/dL (70 a 99 mg/dL
Desidrogenase lática	245 U/L	302 U/L (120 a 240 U/L)
pH	7,21 (7,4 a 7,66)	7,36
Adenosina deaminase	5 U/L (< 35 U/L)	
NT pro BNP		3.500 pg/mL (< 250 pg/mL)

Com base no quadro apresentado, assinale a alternativa correta.

(A) É recomendada a realização de citologia oncótica associada a marcadores tumorais para investigação de derrame neoplásico.

(B) A presença de septações e loculações à ultrassonografia beira leito é suficiente para diagnóstico de empiema.

(C) Além do gradiente proteico sérico-pleural, a dosagem do NT-proBNP pleural permite avaliar o componente de insuficiência cardíaca do quadro.

(D) É recomendada a realização de baciloscopia e teste rápido molecular para tuberculose, com alta positividade destes testes na tuberculose pleural.

QUESTÃO 06

Paciente do sexo feminino de 59 anos de idade passa em consulta para avalição clínica. É portadora de hipertensão arterial, dislipidemia e glicemia de jejum alterada, hábito de vida sedentário, consumo de duas doses de álcool por semana, não tabagista. Em uso atual de sinvastatina 20 mg via oral uma vez ao dia, metformina 500 mg via oral uma vez ao dia e losartana 50 mg via oral uma vez ao dia. Ao exame físico: altura 165 cm; peso: 98 kg; PA: 138/84 mmHg; FC: 83 bpm; presença de acantose nigricans; restante sem alterações dignas de nota. Traz resultados de exames que mostravam: hemoglobina: 13,1 g/dL; plaquetas: 160 mil /mm³; hemoglobina glicada: 6,3%; colesterol total: 257 mg/dL; HDL-c: 41 mg/dL; LDL: 178 mg/dL; triglicérides: 180 mg/dL; AST: 30 U/L; ALT: 32 U/L; ultrassonografia de abdome superior fígado sem alterações descritas; ecogenicidade preservada; FIB-4: 1,96 (intermediário).

Sobre o quadro clínico, assinale a alternativa correta.

(A) A ultrassonografia afasta a possibilidade de doença hepática esteatótica associada a disfunção metabólica.

(B) O valor baixo de transaminases afasta a possibilidade de fibrose hepática avançada.

(C) O resultado intermediário de FIB-4 reforça a necessidade de investigação adicional.

(D) Está recomendada biópsia hepática em decorrência da síndrome metabólica associada.

QUESTÃO 07

Paciente do sexo masculino de 46 anos de idade é admitido na unidade de emergência por inchaço de joelho esquerdo e febre há 1 dia. É previamente portador de hipertensão arterial e doença renal crônica estadiamento G3b A1, com relato de episódios pregressos de inchaço de 1ª articulação metatarsofalangiana com resposta a anti-inflamatório não esteroidal. Ao exame físico: regular estado geral; PA: 146/87 mmHg; FC: 102 bpm; T: 37,9 °C, FR: 20 ipm; escala de coma de Glasgow: 15; edema; eritema; dor e restrição de mobilidade passiva e ativa de joelho esquerdo com sinal da tecla patelar.

Diante do quadro, é correto afirmar que

(A) a punção articular com achado à microscopia com luz polarizada de cristais em agulha com birrefringência negativa forte corrobora o manejo com analgesia e anti-inflamatórios como primeira linha.

(B) a punção articular com achado à microscopia com luz polarizada de cristais romboides com birrefringência positiva fraca corrobora o manejo com terapia hipouricemiante, colchicina e anti-inflamatórios.

(C) a presença de condrocalcinose requer investigação adicional de causas secundárias, mesmo que paciente seja de grupo de risco por ser portador de doença renal crônica.

(D) a suspeita de etiologia séptica na monoartrite aguda é afastada pelo quadro sugestivo pregresso de artrite microcristalina.

QUESTÃO 08

Paciente do sexo masculino de 65 anos de idade comparece a consulta médica para reavaliação de artrite reumatoide. É portador de hipertensão arterial, diabetes *mellitus* tipo 2, dislipidemia mista e é ex-tabagista há 2 anos, 40 anos.maço. Histórico pessoal de trombose venosa profunda. Há 3 meses com dose otimizada de metotrexato 25 mg /semana via oral, persistindo sinais de artrite e incapacidade funcional. DAS28-PCR de 5,43.

Sobre o manejo do quadro, é correto afirmar que

(A) DMARD biológico como etanercepte deve ser iniciado, após rastreamento de tuberculose latente e hepatites virais.

(B) DMARD sintético como upadacitinibe deve ser iniciado pela facilidade posológica oral.

(C) DMARD sintético como tofacitinibe não está indicado pela alta taxa de reativação de herpes zoster.

(D) manutenção de metotrexato na dose atual está indicada em associação com hidroxicloroquina e sulfazalazina.

QUESTÃO 09

Paciente do sexo feminino de 49 anos de idade é admitida na unidade de pronto atendimento por astenia, náuseas e hipotensão ortostática. É previamente portadora de asma, descompensada com múltiplos cursos de corticoterapia oral e doses diárias extras de resgate de formoterol – budenosida no último ano e dermatite atópica com uso frequente de clobetasol. Ao exame físico de admissão: PA: 88/46 mmHg; FC: 109 bpm; T: 37,3 °C; FR: 21 ipm; vígil e orientada; prostrada; desidratada 1+; sem hiperpigmentação de pele ou mucosas. Internada para investigação do quadro atual. Cortisol matinal de 7 mcg/dL (valor de referência: 6 a 23); ACTH basal: 8 mcg pg/mL (valor de referência: 7 a 63).

Sobre esse quadro, assinale a alternativa correta.

(A) Há indicação da realização do teste de estímulo com ACTH.

(B) Ausência de hiperpigmentação torna a principal hipótese diagnóstica menos provável.

(C) Na investigação diagnóstica, são esperadas hipercalemia e deficiência mineralocorticoide.

(D) Há indicação de reposição de hidrocortisona e fludrocortisona para compensação clínica.

QUESTÃO 10

Uma mulher de 42 anos procura o departamento de emergência acompanhada do marido por dor torácica e dispneia há 24 horas. Ela refere que a dor é do tipo pleurítica. A paciente nega comorbidades e uso de medicações, mas relata abdominoplastia há 3 semanas. Ao exame, apresenta-se confortável em repouso e esforços moderados, mas com desconforto com grandes esforços. Os sinais vitais são: PA: 122 × 74 mmHg; FC: 104 bpm; FR: 18 irpm; temperatura; 36,8 °C; saturação de oxigênio de 95% em ar ambiente.

A angiotomografia pulmonar demonstra embolia pulmonar segmentar bilateral, e a relação VD/VE é 0,8. A troponina é 12 ng/L e o BNP é 95 pg/mL.

Qual é a conduta mais apropriada?

(A) Internação breve em enfermaria (ou observação no departamento de emergência) para observação por 24 horas.

(B) Internação para anticoagulação com heparina de baixo peso molecular por 48 horas.

(C) Alta hospitalar com anticoagulação oral e seguimento ambulatorial precoce.

(D) Internação em intensiva devido à extensão do TEP e frequência cardíaca acima de 100 bpm.

QUESTÃO 11

Um homem de 81 anos é trazido ao departamento de emergência pela filha por alteração do comportamento e frases desconexas desde cedo quando acordou. Segundo ela, o paciente está estranho e não está reconhecendo as pessoas. Tem antecedente de hipertensão arterial e injúria renal crônica, estágio KDIGO 3. Na chegada, encontra-se sonolento, mas desperta ao chamado. Obedece a comandos simples, movimenta os quatro membros espontaneamente sem ataxia e não apresenta assimetria facial ou qualquer outro déficit focal. Observa-se tempo de enchimento capilar de 4 segundos. À ausculta pulmonar, observam-se discretos estertores bibasais.

Os sinais vitais são: temperatura: 37,8 °C; pressão arterial: 108 × 64 mmHg; frequência cardíaca: 112 bpm; frequência respiratória: 30 irpm; e saturação de oxigênio de 95% em ar ambiente. Os familiares relatam que, desde o dia anterior, o paciente vinha apresentando redução do apetite e permaneceu acamado durante grande parte do dia. A filha refere que ele urinou apenas uma vez desde ontem. Os exames laboratoriais mostram creatinina de 2,2 mg/dL, lactato de 3,8 mmol/L e glicemia capilar de 124 mg/dL.

Qual é o diagnóstico mais provável?

(A) Acidente vascular cerebral isquêmico.

(B) Estado de mal epiléptico não convulsivo.

(C) Hemorragia intracraniana relacionada à queda não presenciada.

(D) *Delirium* secundário à sepse.

QUESTÃO 12

Um homem de 68 anos procura o departamento de emergência por dor torácica iniciada há aproximadamente 3 horas. Descreve a dor como contínua, em aperto, de intensidade forte (10/10), irradiada para a região interescapular. Relata que a dor começou subitamente enquanto caminhava. Cerca de 30 minutos após o início da dor, passou a apresentar fraqueza progressiva em ambos os membros inferiores, evoluindo para incapacidade de permanecer em pé. Tem antecedente de hipertensão arterial e tabagismo. Nega trauma recente.

Ao exame físico: PA: 178 × 92 mmHg; FC: 92 bpm; FR: 20 irpm; $SatO_2$: 97% em ar ambiente.

Está lúcido e orientado. Os pulsos periféricos são palpáveis e simétricos. Ausculta cardíaca e pulmonar sem alterações. O exame neurológico demonstra paraplegia flácida, arreflexia em membros inferiores e redução da sensibilidade dolorosa abaixo de T10, com preservação da sensibilidade vibratória.

Qual é o diagnóstico mais provável?

(A) Hematoma epidural espinhal espontâneo.

(B) Síndrome da artéria espinal anterior por aterotrombose.

(C) Síndrome medular aguda por mielite transversa.

(D) Síndrome aórtica aguda.

QUESTÃO 13

Um homem de 59 anos é levado ao departamento de emergência pela esposa por agitação e confusão mental iniciadas nas últimas 8 horas. Segundo ela, há dois dias, o paciente apresentava indisposição, permaneceu praticamente o tempo todo no quarto e recusou alimentação. Nesta manhã passou a ficar mais agressivo, apresentou discurso confuso e tentou sair de casa repetidas vezes e então a esposa decidiu levá-lo ao serviço de emergência. A esposa refere que o paciente começou a tossir e escarrar no chão. O paciente tem antecedente de 20 anos de ingestão de 1 litro de destilado por dia.

Ao exame físico, encontra-se desorientado, intensamente sudorético e apresenta tremores grosseiros de extremidades. Os sinais vitais são: PA: 176 × 98 mmHg; FC: 124 bpm; FR:20 irpm; temperatura: 37,8 °C e saturação de oxigênio de 97% em ar ambiente. O tempo de enchimento capilar é 2 segundos. Não apresenta déficit neurológico focal nem rigidez de nuca.

Qual é a conduta inicial mais apropriada?

(A) Haloperidol intravenoso.

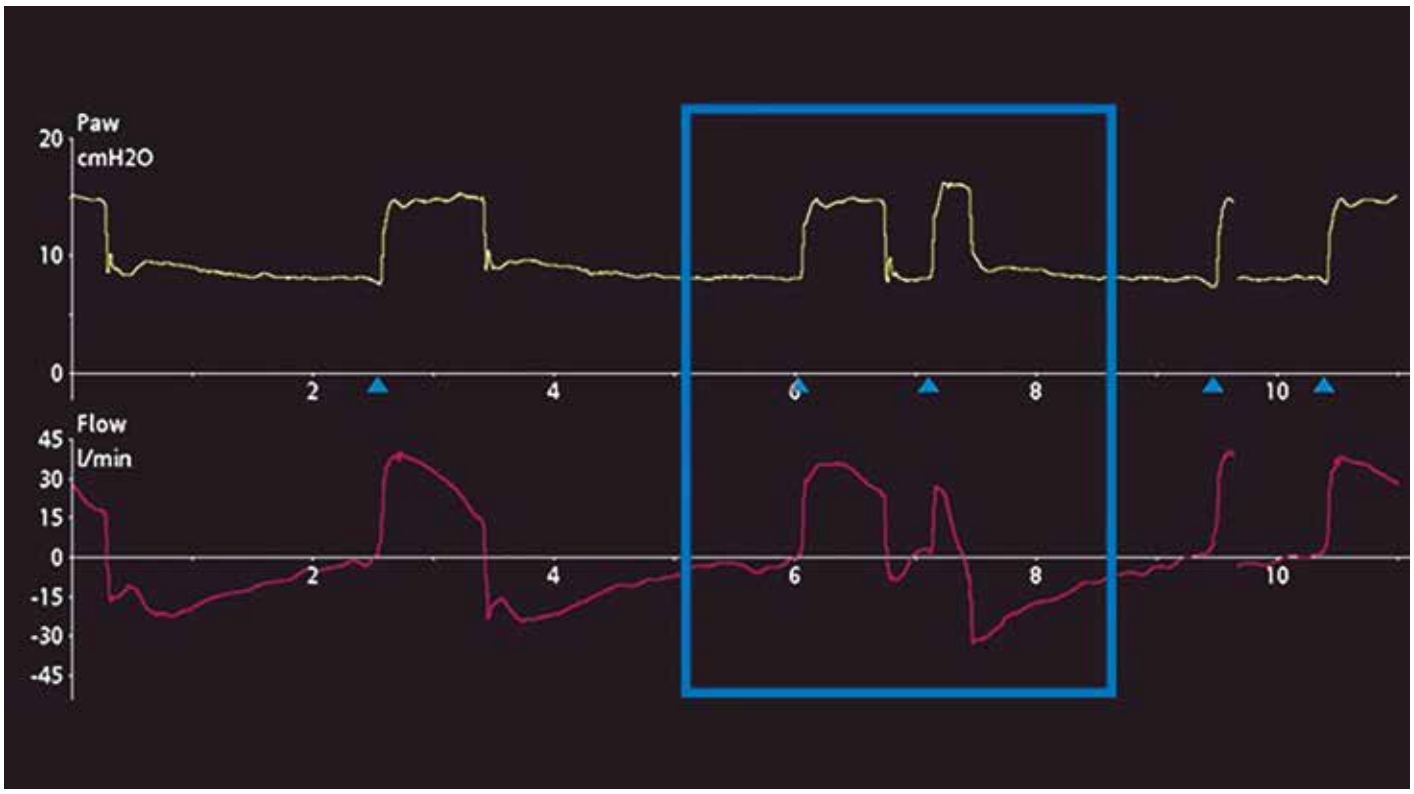
(B) Diazepam intravenoso.

(C) Cefitriaxone intravenoso em até 1 hora.

(D) Lactulose por via enteral.

QUESTÃO 14

Um paciente de 56 anos, dislipidêmico e tabagista, encontra-se internado na UTI por pneumonia grave. Está em ventilação mecânica invasiva em modo pressão controlada, com PEEP de 10 cmH_2O e sedação contínua. Mantém hipoxemia e taquipneia, com esforços inspiratórios frequentes apesar do suporte ventilatório. As curvas do ventilador são mostradas na figura a seguir:



Qual condição clínica explica mais provavelmente a assincronia observada na figura?

(A) Síndrome do desconforto respiratório agudo.

(B) Exacerbação grave de DPOC.

(C) Sedação excessiva.

(D) Fraqueza diafragmática.

QUESTÃO 15

Mulher, 58 anos, com cirrose compensada por doença hepática esteatótica associada à disfunção metabólica (Child-Pugh A5, MELD 8), assintomática, em seguimento ambulatorial. Sem história de descompensação prévia — nunca apresentou ascite, encefalopatia hepática ou hemorragia digestiva. Nega varizes conhecidas. Tem como antecedentes diabetes *mellitus* tipo 2 e IAM com supra de ST há 2 anos com colocação de *stent* farmacológico em coronária direita. Em uso de AAS 100 mg/dia, atorvastatina 80 mg/dia, metformina 850 mg 3x/dia e Gliclazida 120 mg/dia.

Ao exame físico: PA: 110 x 70 mmHg; FC: 68 bpm; anictérica; afebril; sem alterações significativas no exame cardiopulmonar ou abdominal; edema 1+/4+ simétrico em MMII.

Exames recentes: elastografia hepática transitória (FibroScan) com rigidez hepática (LSM) de 23 kPa; plaquetas 118.000/mm³; bilirrubina total 0,8 mg/dL; albumina 4,1 g/dL; INR 1,1.

Com relação à profilaxia de sangramento por varizes esofágicas, qual é a conduta mais adequada a ser tomada para esse paciente?

(A) Realizar endoscopia digestiva alta para pesquisa de varizes passíveis de ligadura elástica.

(B) Iniciar carvedilol 3,125 mg a cada 12 horas, com monitorização clínica e ajuste de dose.

(C) Observação e reavaliação em 6-12 meses com nova elastografia e exames laboratoriais.

(D) Iniciar propranolol 20 mg a cada 12 horas, com monitorização clínica e ajuste de dose.

QUESTÃO 16

Mulher, 43 anos, procura avaliação por diarreia intermitente e progressiva nos últimos 6 meses, associada a dor abdominal em cólica, distensão e perda ponderal de 5 kg no período. Refere ainda fezes volumosas, gordurosas e de odor fétido, além de episódios de fezes com sangue e muco. Nega tabagismo e etilismo. Relata internação há aproximadamente 1 ano por pancreatite aguda grave.

Exame físico: bom estado geral; afebril; PA: 110 × 70 mmHg; FC: 82 bpm; abdome doloroso difuso à palpação; sem sinais de peritonite; sem massas palpáveis.

Exames laboratoriais: hemoglobina: 11,4 g/dL; leucócitos 9.600/mm³; PCR: 10,4 mg/dL; VHS: 90 mm/h; albumina: 3,9 g/dL; glicemia de jejum: 102 mg/dL; amilase e lipase normais; leucócitos e gordura nas fezes presentes em grande quantidade; elastase fecal: 85 μg/g (VR: > 200).

Tomografia de abdome com contraste: aumento focal do corpo do pâncreas, com realce heterogêneo tardio e halo hipodenso periférico; ducto pancreático principal irregular e estreitado no segmento acometido sem dilatação à montante.

Considerando esse caso, qual das seguintes hipóteses diagnósticas é a mais provável?

(A) Adenocarcinoma de pâncreas.

(B) Pancreatite autoimune.

(C) Pancreatite obstrutiva.

(D) Tuberculose pancreática.

QUESTÃO 17

Homem, 67 anos, portador de hipertensão, diabetes *mellitus* tipo 2 e doença renal crônica, em uso de anlodipino 10 mg 1x ao dia, enalapril 20 mg 12/12h, metformina 500 mg 12/12h, vildagliptina 50 mg 12/12h, procura atendimento devido a quadro agudo de dispneia, tosse produtiva e febre. Após atendimento inicial, opta-se por internação hospitalar.

Sinais vitais na admissão: PA: 130/85 mmHg; FC: 98; FR: 24; SpO_2: 95% em ar ambiente; afebril; glicemia capilar: 230 mg/dL; peso: 70kg.

Exames laboratoriais: Hb: 11,4 g/dL; VCM: 95 fL; leucócitos: 15.600/mm³ (88% neutrófilos, sem desvio à esquerda); plaquetas: 180.000/mm³; creatinina: 2,3 mg/dL; ureia: 110 mg/dL; Na^+: 136 mEq/L; K^+: 5,2 mEq/L; gasometria venosa: pH 7,33; bicarbonato: 21,1 mEq/L; pCO_2: 35 mmHg.

Paciente apresenta boa aceitação da dieta oral.

Assinale a alternativa que apresenta a opção mais adequada para controle glicêmico inicial deste paciente.

(A) Suspender metformina e reduzir vildagliptina para 50 mg 1x ao dia; iniciar insulina NPH 8UI de manhã e 8UI à noite + insulina regular de correção antes das refeições.

(B) Suspender metformina e vildagliptina; iniciar insulina NPH 10UI de manhã e 10UI à noite + insulina regular de correção antes das refeições.

(C) Suspender metformina e manter vildagliptina; iniciar insulina NPH 10UI de manhã e 10UI à noite + insulina regular pré-prandial 4UI 3x ao dia + insulina regular de correção antes das refeições.

(D) Suspender metformina e reduzir vildagliptina para 50 mg 1x ao dia; iniciar insulina NPH 8UI de manhã e 8UI à noite + insulina regular pré-prandial 4UI 3x ao dia + insulina regular de correção antes das refeições.

QUESTÃO 18

Mulher, 78 anos, portadora de hipertensão, insuficiência cardíaca de fração de ejeção reduzida e fibrilação atrial, tem histórico de IAM há 10 anos, em uso de hidralazina 25 mg 8/8h, enalapril 20 mg 12/12h, carvedilol 25 mg 12/12h, espironolactona 25 mg 1x/dia, atorvastatina 80 mg 1x/dia, dapagliflozina 10 mg 1x/dia, furosemida 40 mg 1x/dia, rivaroxabana 20 mg 1x/dia. Paciente independente para ABVDs e AIVDs vem à consulta ambulatorial acompanhada da filha, queixando-se de episódios de tonturas ao longo do dia. Relata queda da própria altura no dia anterior.

Ao exame físico: PA: 128/76 mmHg deitada, 103/62 mmHg em pé; FC 59 arrítmico; corada; hidratada; eupneica; ausculta pulmonar limpa; MMII sem edemas.

Assinale a alternativa que apresenta a melhor estratégia para esta paciente?

(A) Suspender rivaroxabana.

(B) Suspender furosemida.

(C) Reduzir dose do carvedilol.

(D) Reduzir dose do enalapril.

QUESTÃO 19

Mulher, 38 anos, previamente hígida, procura avaliação por febre diária com picos de até 39,0 °C há 5 semanas, associada a sudorese noturna, fadiga progressiva e perda ponderal de 6 kg. Relata também episódios intermitentes de manchas no corpo, às vezes associados aos picos febris. Refere quadro gripal autolimitado cerca de 1 mês antes do início da febre. Nega uso regular de medicações, viagens ou exposições recentes. Procurou o pronto-socorro por duas vezes no período, recebendo antibioticoterapia empírica, sem melhora.

Exame físico: regular estado geral; PA: 118×76 mmHg; FC: 104 bpm; temperatura axilar: 38,6 °C; mucosas hipocoradas, rash maculopapular em tronco e membros inferiores; sem adenomegalias palpáveis; cardiopulmonar sem alterações; abdome com hepatoesplenomegalia, sem sinais de ascite.

Exames laboratoriais: hemoglobina: 8,1 g/dL; VCM: 86 fL; HCM: 29 pg; RDW: 15,1%; leucócitos: 2.900/mm³ (neutrófilos 1.000/mm³); plaquetas 58.000/mm³; TGO: 145 U/L; TGP: 92 U/L; LDH: 912 U/L; triglicerídeos 428 mg/dL; fibrinogênio: 118 mg/dL; ferritina: 7.600 ng/mL; PCR: 7,2 mg/dL; VHS: 110 mm/h. Hemoculturas e urocultura negativas; sorologias para HIV e hepatites B e C negativas; sorologia para leishmaniose negativa; IGRA negativo. Radiografia de tórax sem alterações. Tomografia de abdome com contraste: hepatoesplenomegalia, sem linfonodomegalias retroperitoneais ou massas.

Considerando o quadro, qual é a hipótese diagnóstica mais provável?

(A) Linfoma não Hodgkin.

(B) Leishmaniose visceral.

(C) Linfohistiocitose hemofagocítica.

(D) Doença de Still do adulto.

QUESTÃO 20

Homem, 68 anos, portador de insuficiência cardíaca de fração de ejeção reduzida (FE 32%) por doença de Chagas, em uso de CDI e amiodarona há 3 anos devido a TV sustentada com instabilidade hemodinâmica. Em uso também de carvedilol, sacubitril+valsartana, espironolactona, dapagliflozina e furosemida. Há 1 mês iniciou quadro de perda de peso (4 kg no período), intolerância ao calor e tremores. Exame: FC: 110 bpm; tremor fino em mãos; tireoide tópica; tamanho normal; sem nódulos à palpação; sem outras alterações significativas. Traz os seguintes exames: TSH < 0,01 mUI/L, T4 livre 2,8 ng/dL (VR: 0,8–1,9), T3 normal. TRAb negativo. Doppler da tireoide com vascularização parenquimatosa mínima.

Considerando a hipótese mais provável, qual é a conduta mais adequada?

(A) Encaminhar para radioiodoterapia.

(B) Iniciar metimazol 30 mg/dia.

(C) Iniciar prednisona 40 mg/dia.

(D) Suspender amiodarona.

QUESTÃO 21

Mulher, 45 anos, previamente hígida, relata edema generalizado progressivo há aproximadamente 3 semanas, com aumento notável de volume abdominal, associado a mal-estar, inapetência e desconforto respiratório com piora aos esforços e ao deitar. Nega febre, dor ou alteração de hábito intestinal. Refere ingesta de 1 taça de vinho quase diariamente há aproximadamente 20 anos. Nega uso de medicações.

Ao exame físico: bom estado geral, anasarca, exame cardíaco sem alterações, ausculta pulmonar com murmúrios reduzidos em bases, abdome globoso, macicez móvel presente, indolor à palpação, edema 3+/4+ em membros inferiores.

Exames complementares:

Albumina sérica: 2,2 g/dL; creatinina: 0,9 mg/dL; ureia: 32 mg/dL; radiografia de tórax com pequeno derrame pleural bilateral; USG abdome com moderada quantidade de líquido livre sem outras alterações. Análise do líquido ascítico: albumina: 1,2 g/dL; proteína total: 2,2 g/dL; colesterol 38 mg/dL; celularidade: 200 células/mm³ (12% neutrófilos, 45% linfócitos, 40% monócitos).

Considerando o quadro, o diagnóstico mais provável é

(A) síndrome nefrótica.

(B) cirrose hepática descompensada.

(C) insuficiência cardíaca congestiva.

(D) peritonite tuberculosa.

QUESTÃO 22

Mulher 52 anos, previamente hígida, com diagnóstico de asma há 5 anos, em uso de formoterol 36 mcg + budesonida 1.200 mcg/dia há 2 anos procura atendimento ambulatorial referindo manter tosse e sibilância de 3 a 4 dias por semana, ocasiões nas quais usa doses extras da medicação de base. Nos últimos 6 meses, procurou pronto atendimento por crise de broncoespasmo três vezes, sendo medicada com prednisona em todas as ocasiões, mas não necessitou internação. Nega tabagismo, a técnica inalatória é adequada e ela refere boa adesão ao tratamento. Ao exame físico: bom estado geral; eupneica; $SatO_2$: 97%; FC: 82ppm; PA: 125 x 70 mmHg; IMC: 26. Ausculta pulmonar e cardíaca inalteradas. Última espirometria do ano anterior mostrava VEF1/CVF: 0,68, com VEF1 pré-broncodilatador de 68% e pós-broncodilatador de 82% do predito. Hemograma com eosinófilos de 420 células/mm^3; IgE total: 2.40 UI/mL (normal < 100 UI/mL); IgEs específicas negativas para alérgenos inalatórios.

Segundo as diretrizes do Ministério da Saúde para tratamento desse quadro, assinale a alternativa que apresenta a melhor opção terapêutica para este paciente neste momento.

(A) Trocar medicação inalada por salmeterol-fluticasona e salbutamol de resgate.

(B) Manter tratamento inalado atual e associar omalizumabe.

(C) Manter tratamento inalado atual e associar dupilumabe.

(D) Manter tratamento inalado atual e associar benralizumabe.

QUESTÃO 23

Homem de 21 anos, saudável, universitário, procura uma UPA por quadro de cefaleia, febre alta, mialgia, indisposição há 5 dias. Negava tosse, coriza e dor de garganta. Como antecedente pessoal, referia ter tido dengue confirmada cinco anos antes. Ao exame físico, estava em bom estado geral, subfebril, sem sinais meníngeos, alguns linfonodos cervicais palpáveis de até 2 cm de diâmetro, e discreto *rash* cutâneo no tronco, face e porção proximal dos membros. Ausculta cardiopulmonar inalterada, abdome indolor à palpação, com baço percutível e fígado palpável a 1 cm do rebordo costal direito. Coletados exames que mostravam linfócitos iguais a 5.200 células/mm^3, com 10% de atípicos, TGO:175 U/L; TGP: 172 U/L.

As infecções que justificariam esse quadro são:

(A) influenza, dengue, vírus da imunodeficiência humana e vírus Epstein-Barr.

(B) vírus Epstein-Barr, citomegalovirus, toxoplasmose, vírus da imunodeficiência humana.

(C) influenza, vírus Epstein-Barr, citomegalovirus, toxoplasmose.

(D) dengue, herpes simplex, vírus Epstein-Barr, citomegalovírus.

QUESTÃO 24

Homem de 40 anos, previamente hígido, é portador apenas de rinite alérgica, que controla com anti-histamínico oral de resgate e corticoide nasal nos períodos de outono e inverno. Começou a apresentar disfagia para alguns alimentos sólidos, que compensava ingerindo líquido durante a refeição e mastigando mais lentamente. Apresentou um episódio de sensação de alimento preso no peito, o que o levou ao pronto atendimento, mas o quadro se resolveu espontaneamente enquanto se dirigia ao hospital, com alívio imediato, fazendo-o retornar a sua casa.

O critério obrigatório para definir o diagnóstico do caso é:

(A) achado de estenose esofágica numa endoscopia digestiva alta.

(B) achado de estenose esofágica num exame radiográfico contrastado.

(C) contagem de ≥ 15 eosinófilos por campo de grande aumento de uma biópsia esofágica.

(D) ausência de resposta clínica a inibidor de bomba de próton por 4 semanas.

QUESTÃO 25

Mulher de 40 anos, tem quadro de dislipidemia, em uso de atorvastatina há 4 anos, apresenta cefaleia crônica diária há 6 meses e história de abuso de analgésicos. Iniciou uso de lamotrigina como profilaxia e ficou com paracetamol como opção de resgate. Na 5ª semana do tratamento, iniciou mal estar, indisposição, febre, mialgia e agudização da cefaleia. Aumentou paracetamol para até 4 vezes ao dia. No 3º dia dos sintomas, passou a apresentar lesões eritemato-edematosas pelo corpo, pruriginosas, que se estenderam para mais de 50% da superfície corpórea, fazendo-a procurar o pronto-socorro. Na chegada, apresentava febre, regular estado geral, lesões extensamente distribuídas pelo corpo e edema facial difuso.

A melhor conduta para o caso neste momento é:

(A) adrenalina intramuscular + difenidramina + hidrocortisona intravenosas e coleta de triptase e internação se refratariedade.

(B) suspender paracetamol, coletar hemograma e bioquímica e, se exames normais, alta com loratadina 10 a 20 mg/dia.

(C) suspender paracetamol e lamotrigina, coletar hemograma e bioquímica, internação imediata, prednisona 1 mg/kg/dia.

(D) suspender paracetamol e lamotrigina e alta com prednisona 1 mg/kg/dia, coleta de hemograma e bioquímica em 48 horas se refratariedade.

QUESTÃO 26

Homem 69 anos, diabético, DPOC-GOLD 3, em tratamento regular com metformina + sitagliptina e vilanterol + umeclidínio + fluticasona, respectivamente. Procura atendimento regular periódico referindo estar sem sintomas há 6 meses. Questionado sobre imunizações, ele refere tomar vacina da gripe anual, além das vacinas para covid-19, tendo recebido ambas em 2026. Não lembra de vacinação para outros agentes nos últimos 15 anos.

Qual é a melhor orientação vacinal a ser feita a esse paciente neste momento?

(A) tríplice bacteriana, herpes zoster, vírus sincicial respiratório e pneumo 20 valente.

(B) dengue, tríplice viral, dupla adulto e herpes zoster.

(C) tríplice bacteriana, herpes zoster, dengue e pneumo 20 valente.

(D) tríplice viral, herpes zoster, vírus sincicial respiratório e pneumo 20 valente.

QUESTÃO 27

Paciente do sexo feminino, 79 anos, com antecedentes de diabetes, obesidade, hipertensão e acidente vascular isquêmico sem déficits residuais há 2 anos; procura atendimento médico com queixa de dor precordial tipo queimação com irradiação para membros superiores. Eletrocardiogramas seriados evidenciam infradesnível transitório do segmento ST nas derivações V3, V4, V5 e V6. Troponina inicial com valor de 230 ng/L (normal até 11 ng/L). Pressão arterial 138/84 mmHg. Saturação de oxigênio: 92%.

Em relação ao caso descrito, assinale a alternativa correta.

(A) A administração de oxigênio em pacientes com síndromes coronárias agudas deve ser oferecida inicialmente a todos os pacientes, independentemente dos níveis de saturação de oxigênio.

(B) Estão indicados ácido acetilsalicílico, nitratos, prasugrel, enoxaparina, estatina de alta potência, internação em leito com monitor e cineangiocoronariografia em até 24 horas.

(C) Se ocorrer instabilidade hemodinâmica, angina refratária ou instabilidade elétrica (taquicardia ventricular sustentada ou fibrilação ventricular); dispositivos de assistência ventricular como balão intra-aórtico ou ECMO venoarterial devem ser priorizados.

(D) No momento da alta, são recomendados: estatina em alta potência, participação em programas de reabilitação cardíaca e dupla antiagregação plaquetária por pelo menos 1 ano.

QUESTÃO 28

Paciente do sexo feminino, 85 anos, obesa, hipertensa, diabética e com fibrilação atrial permanente em uso de anticoagulação oral, é atendida em unidade de emergência com dispneia com grande limitação às atividades habituais, dispneia paroxística noturna e edema de membros inferiores. Ecocardiograma demonstrava fração de ejeção normal e discreta hipertensão pulmonar. Raio X de tórax com congestão pulmonar evidente e pequeno derrame pleural à direita.

Em relação ao caso descrito, assinale a alternativa correta.

(A) A administração de diuréticos não deve ser recomendada pela possibilidade de piora renal e redução das pressões de enchimento cardíaco.

(B) A idade e comorbidades sugerem grande possibilidade de doença coronária aguda como etiologia, sendo indicada a realização de cineangiocoronariografia com urgência.

(C) O quadro é compatível com insuficiência cardíaca com fração de ejeção preservada e poderia se beneficiar de inibidores de SGLT2 e finerenona.

(D) Os valores de BNP e NT-proBNP não apresentam utilidade nesta paciente devido à presença de obesidade.

QUESTÃO 29

Um paciente de 62 anos, sexo masculino, hipertenso, obeso e com episódios prévios de fibrilação atrial paroxística comparece em consulta ambulatorial queixando-se de sono de má qualidade e sonolência diurna. Trabalha como motorista de ônibus e se envolveu em acidente recente após dormir ao volante. Esposa relata ronco e pausas respiratórias.

Em relação à hipótese de apneia obstrutiva do sono, assinale a alternativa correta.

(A) O diagnóstico de apneia obstrutiva do sono é muito provável, descartando a necessidade de polissonografia.

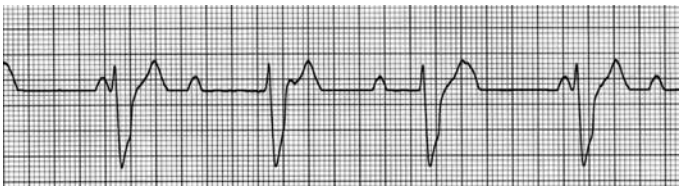
(B) Apneia do sono obstrutiva é mais comum em mulheres e sem tratamento pode se associar a acidentes, hipertensão resistente, arritmias, doença coronária, policitemia e acidente vascular cerebral.

(C) Questionários de rastreamento como “STOP-Bang” e “*Sleep apnea clinical score*” são recomendados de rotina para pacientes assintomáticos.

(D) O tratamento envolve perda de peso, inclusive com auxílio medicamentoso ou cirurgia bariátrica, dormir em posição não supina, evitar medicações sedativas e a utilização de CPAP.

QUESTÃO 30

Paciente do sexo masculino, 82 anos, procura o serviço de emergência após episódio de síncope. Possui antecedentes de hipertensão, previamente bem controlada com a combinação de olmesartana e anlodipina. Na admissão, encontrava-se hipotenso, dispneico e com extremidades frias. O eletrocardiograma é mostrado a seguir.



(Arquivo pessoal; imagem usada com autorização)

Foi administrada atropina, sem resposta clínica. Enquanto é providenciada a estimulação cardíaca temporária, assinale a alternativa que apresenta a intervenção farmacológica mais adequada.

(A) Administrar 1 mg de epinefrina endovenosa em bólus.

(B) Iniciar infusão de norepinefrina 0,1 micrograma por quilo por minuto para melhora pressórica, encaminhar para unidade de terapia intensiva e considerar a realização de cineangiocoronariografia.

(C) Iniciar a infusão de dopamina 5 microgramas por quilo por minuto.

(D) Iniciar a infusão de dobutamina 10 microgramas por quilo por minuto, podendo aumentar até 30 microgramas por quilo por minuto, dependendo da resposta clínica.

QUESTÃO 31

Paciente do sexo masculino, 57 anos, realiza eletrocardiograma durante avaliação de rotina que identifica fibrilação atrial com frequência cardíaca em torno de 100 batimentos por minuto. Completamente assintomático nos últimos dias. Não utiliza nenhuma medicação e apresentou único episódio de fibrilação atrial há 2 anos durante um teste ergométrico com reversão em 12 horas.

Assinale a alternativa que apresenta a conduta correta para este caso.

(A) Iniciar a infusão de amiodarona endovenosa em leito monitorado e anticoagulante oral direto a longo prazo.

(B) Realizar ecocardiograma transesofágico e realizar cardioversão elétrica ou química se não houver trombos. Utilizar anticoagulante periprocedimento pelo menos por mais 4 semanas.

(C) Administrar propafenona via oral e manter em leito monitorado. Se não houver reversão para ritmo sinusal, realizar cardioversão elétrica sob uso de anticoagulante subcutâneo.

(D) Iniciar infusão de amiodarona em leito monitorado. Como o escore CHA_2DS_2-VASc é zero, não há necessidade do uso de anticoagulantes.

QUESTÃO 32

Paciente masculino, 61 anos de idade, com cirrose hepática por álcool, ascite moderada e episódios prévios de encefalopatia hepática, é internado por dor abdominal, febre e piora da distensão abdominal. À admissão, apresentava-se desperto, orientado, com pressão arterial de 96/58 mmHg, FC: 104 bpm. Abdome globoso, com sinais sugestivos de ascite e presença de edema + em membros inferiores.

Exames iniciais:

Hemoglobina: 10,2 g/dL; leucócitos: 17.800/mm³; plaquetas: 78.000/mm³; creatinina: 1,0 mg/dL; ureia: 54 mg/dL; sódio: 130 mEq/L; bilirrubina total: 4,3 mg/dL; AST: 72 U/L; ALT: 38 U/L; fosfatase alcalina: 168 U/L; GGT: 214 U/L; albumina: 2,4 g/dL; INR: 1,8; e PCR: 168 mg/L. A paracentese diagnóstica mostra 1.250 células/mm^3, com 70% de polimorfonucleares. É iniciado tratamento com ceftriaxona, albumina e suspensão de diuréticos.

Após 72 horas, o paciente está afebril, com redução dos leucócitos para 9.600/mm^3 e da PCR para 74 mg/L, porém mantém PA em torno de 92/56 mmHg, oligúria e piora da função renal, com creatinina 2,2 mg/dL. Não houve uso recente de anti-inflamatórios, aminoglicosídeos ou contraste iodado. Urina 1 sem proteinúria, hematúria ou cilindros patológicos. Ultrassonografia abdominal mostra rins tópicos, de dimensões preservadas, sem hidronefrose; fígado de volume reduzido e contornos nodulares, além de ascite moderada.

Qual é a melhor interpretação e conduta neste momento?

(A) Injúria renal aguda pré-renal por hipovolemia; administrar cristaloide na dose de 30 mL/kg, reiniciar diurético para controle da ascite e reavaliar creatinina em 24 horas.

(B) Necrose tubular aguda associada à peritonite bacteriana espontânea; indicar hemodiálise precoce e evitar vasoconstritores, pois podem piorar a perfusão hepática.

(C) Síndrome hepatorrenal associada à injúria renal aguda; confirmar critérios clínicos, manter albumina, iniciar terlipressina e avaliar elegibilidade para transplante hepático.

(D) Glomerulonefrite associada à cirrose; iniciar pulsoterapia com corticoide, solicitar crioglobulinas, complemento e programar biópsia renal.

QUESTÃO 33

Paciente masculino, 46 anos, é levado ao pronto-socorro por confusão mental, dor abdominal, náuseas e turvação visual. Familiares relatam consumo de bebida alcoólica artesanal no dia anterior. Ao exame: taquipneia; PA: 108/64 mmHg; FC: 112 bpm.

Gasometria arterial: pH: 7,08; $PaCO_2$: 18 mmHg; bicarbonato: 5 mEq/L. Exames séricos: sódio: 140 mEq/L; potássio: 4,2 mEq/L; cloro: 101 mEq/L; glicemia: 180 mg/dL; ureia: 36 mg/dL; lactato: 2,1 mmol/L; creatinina: 1,6 mg/dL. Osmolalidade sérica medida: 335 mOsm/kg.

Qual é a conduta mais adequada?

(A) Trata-se de acidose com ânion GAP normal. Tratar com suporte e hidratação. Indicar diálise se não houver reversão do quadro após 24h de evolução.

(B) Trata-se de provável intoxicação por metanol, pois o gap osmolar é inferior a 10 mOsm/Kg. Iniciar hidratação endovenosa e monitorização em unidade semi-intensiva.

(C) Aguardar dosagem sérica de álcool tóxico antes de iniciar antídoto, com reposição de bicarbonato endovenoso e suporte em terapia intensiva.

(D) Iniciar fomepizol ou etanol, bicarbonato intravenoso, ácido fólico e hemodiálise urgente, em unidade de terapia intensiva.

QUESTÃO 34

Paciente feminina de 84 anos, portadora de doença renal crônica G5A3 por nefropatia diabética, vem em consulta ambulatorial com queixa de piora do edema de membros inferiores há cerca de 1 mês, além de acordar à noite para urinar. Em uso de furosemida 40 mg/dia, losartana 50 mg/dia e insulina. Familiares referem que a paciente tem sido aderente à dieta, tendo evitado comer alimentos ricos em potássio e carboidratos, porém não tolerou sulfato ferroso via oral. Nega náuseas, vômitos, prurido, sonolência, confusão mental, dispneia em repouso ou dor torácica. Sem sinais de sangramento ou hipervolemia evidente.

Exames: creatinina: 4,3 mg/dL; ureia: 145 mg/dl; taxa de filtração estimada (TFGe): 10 mL/min/1,73 m²; potássio: 5,8 mEq/L; bicarbonato: 16 mEq/L; cálcio corrigido: 7,8 mg/dL; fósforo: 5,4 mg/dL; PTH: 150 pg/mL; 25-OH-vitamina D: 14 ng/mL; hemoglobina: 9,2 g/dL; ferritina: 40 ng/mL; e saturação de transferrina: 11%.

Qual ajuste terapêutico é mais adequado neste momento?

(A) Manter losartana, associar espironolactona para melhora do edema de membros inferiores. Associar ferro via endovenosa e iniciar calcitriol oral.

(B) Suspender losartana, restringir sódio, aumentar dose de diurético de alça. Fazer reposição de vitamina D, cálcio, além de bicarbonato oral e ferro endovenoso.

(C) Encaminhar para passagem de cateter para início de hemodiálise imediata, pois TFGe de 10 mL/min/1,73 m² contraindica tratamento conservador nessa paciente.

(D) Aumentar dose de furosemida, prescrever cloridrato de Sevelamer e eritropoetina com meta de hemoglobina > 13 g/dL.

QUESTÃO 35

Paciente masculino de 49 anos de idade é acompanhado por hipertensão arterial há 2 anos. Acompanhante do paciente refere que está usando regularmente losartana 100 mg/dia, anlodipino 10 mg/dia, clortalidona 25 mg/dia e clonidina 0,1 mg a cada 12 horas. A despeito disso, PA média em MAPA de 168/104 mmHg. Nega uso de anti-inflamatórios. IMC: 29 kg/m².

Exames: hemoglobina: 15,7 g/dl; creatinina: 1,2 mg/dl; sódio: 139 mEq/l; potássio: 2,8 mEq/L; bicarbonato: 33 mEq/L. Urina 1 com proteinúria +.

Qual é a hipótese mais provável e o próximo passo diagnóstico mais adequado?

(A) Hipertensão renovascular, a presença de alcalose metabólica e proteinúria reforça esta hipótese; deve-se solicitar ultrassonografia com *doppler* de artérias renais.

(B) Hipertensão essencial resistente; pelo risco de hipertensão maligna, deve-se aumentar a dose de clonidina e associar espironolactona.

(C) Hiperaldosteronismo primário; solicitar cateterização de veias adrenais para confirmação diagnóstica.

(D) Hiperaldosteronismo primário; dosar aldosterona e renina para cálculo da relação aldosterona-renina, preferencialmente após correção da hipocalemia.

QUESTÃO 36

Paciente masculino, 67 anos de idade, com diagnóstico recente de neoplasia maligna de cólon ascendente, refere perda ponderal de aproximadamente 20 kg nos últimos meses, associada a anorexia e baixa ingesta alimentar. Foi internado por suboclusão intestinal e submetido a colectomia direita com ileotransverso-anastomose.

No pós-operatório, evoluiu com íleo adinâmico, distensão abdominal e ausência de eliminação de fezes. Permaneceu por 7 dias recebendo apenas soro glicosado e pequenas quantidades de água, sem aporte nutricional adequado. Pela persistência do íleo, foi indicada nutrição parenteral. Antes do início da nutrição, apresentava fósforo 2,5 mg/dL, potássio 3,6 mEq/L, magnésio 1,7 mg/dL, glicemia 112 mg/dL e creatinina 0,8 mg/dL.

Após 48 horas de nutrição parenteral, evoluiu com fraqueza muscular, parestesias, dispneia leve e edema periférico. Exames: fósforo: 0,8 mg/dL; potássio: 2,8 mEq/L; magnésio: 1,2 mg/dL; cálcio corrigido: 8,2 mg/dL; glicemia: 198 mg/dL; e creatinina: 0,8 mg/dL.

Qual é a melhor interpretação dos dados e qual é a conduta inicial?

(A) Hipofosfatemia por elevação de FGF-23 associada à neoplasia; manter nutrição parenteral plena, repor fósforo endovenoso e dosar cálcio, vitamina D e PTH.

(B) Complicação esperada do íleo adinâmico; suspender a nutrição parenteral, retornar soro glicosado e aguardar retorno do trânsito intestinal.

(C) Síndrome de realimentação; manter a nutrição parenteral plena, realizar eletrocardiograma diário e repor eletrólitos se houver arritmias cardíacas.

(D) Síndrome de realimentação; reduzir a oferta energética, administrar tiamina e vitaminas, monitorar e repor eletrólitos e controlar fluidos.

QUESTÃO 37

Um paciente internado para transplante hepático apresentou várias complicações cirúrgicas relacionadas às vias biliares e teve 3 reoperações. Usou carbapenêmicos, vancomicina, equinocandinas e amicacina. No 30º dia de internação, apresentou uma infecção de corrente sanguínea por *E.coli*. O laboratório reportou que a cepa era produtora de KPC.

Qual é o melhor antimicrobiano para esta situação?

(A) O reporte de produção de KPC deve ser falso positivo por não se tratar de *Klebsiella pneumoniae.*

(B) Meropenem em dose dobrada.

(C) Ceftazidime-avibactam.

(D) Ceftolozane-tazobactam.

QUESTÃO 38

Uma paciente de 35 anos, profissional do sexo, faz um diagnóstico de infecção pelo HIV durante uma internação hospitalar. Nunca havia feito testagem antes ou feito qualquer tratamento. Tinha uma contagem de CD4 de 45 /mm^3 e carga viral de 5.5000 cópias/mL. A equipe médica optou por postergar a terapia antirretroviral.

Qual é o possível motivo para tal conduta?

(A) Pode ter sido feito um diagnóstico de meningite criptocócica.

(B) Pelo risco de resistência alto preferiram esperar a genotipagem.

(C) Por ser uma contagem de carga viral muito elevada.

(D) Pode ter sido feito um diagnóstico de candidíase esofágica.

QUESTÃO 39

Um paciente de 45 anos, sem história de valvopatia prévia, apresenta febre vespertina de até 38,2 °C por 15 dias. Tinha uma história de tratamento dentário extenso 45 dias antes. Estava em uso de amoxacilina/clavulanato empiricamente há 10 dias. Tinha, além de febre, perda de peso, astenia e anemia. No exame físico, além de sopro sistólico em posição mitral evidente, não apresentava sinais de vasculites, petéquias ou evidência de embolização. Suas hemoculturas coletadas resultaram negativas. O ecocardiograma transesofágico mostrou vegetação de 1,1 cm valva mitral.

De acordo com os critério de Duke, como classificar este evento?

(A) Endocardite possível.

(B) Endocardite definitiva.

(C) Endocardite pode ser descartada.

(D) Não se aplicam os critérios de Duke em pacientes já em uso de antibióticos.

QUESTÃO 40

Uma profissional de saúde acidenta-se com sangue de paciente vivendo com HIV após tentativa de acesso venoso. Há inoculação de sangue diretamente na pele por perfuração, com saída de sangue. O paciente-fonte não fazia tratamento do HIV e sabia ser soropositivo há 3 anos. Procura atendimento médico em torno de 60 horas após o evento.

Qual é a melhor conduta para a profissional de saúde caso ela seja soronegativa para HIV?

(A) Iniciar imediatamente dolutegravir + lamivudina + tenofovir por pelo menos 4 semanas.

(B) Haveria indicação de profilaxia, mas o prazo superou o período recomendado, e a profissional deve ser direcionada para tratamento se ocorrer soroconversão.

(C) Iniciar esquema de PREP com lamivudina + tenofovir por 2 semanas e repetir testes diagnósticos após esse prazo.

(D) O acidente é de baixo risco e não há indicação de profilaxia neste momento, apenas de controle com testes diagnósticos.

QUESTÃO 41

Um paciente de 40 anos, anteriormente hígido, tem diagnóstico de leucemia mieloide aguda, sendo submetido a quimioterapia. No 2º dia do início desta, está estável e apresenta um pico de 38 °C. Está clinicamente bem, sem queixas ou exame físico que sugiram foco infeccioso. Está sem drogas vasoativas, eupneico, consciente. Descartado foco infeccioso clinicamente e por exames de imagem. Tem um cateter central sem sinais de infecção. Apresenta contagem global de leucócitos com 1.900 /mm^3 e 950 neutrófilos /mm³.

Qual é a melhor conduta?

(A) Terapia empírica para gram-negativos pela neutropenia.

(B) Terapia empírica para gram-positivos e gram-negativos pela neutropenia.

(C) Coleta de culturas e observação clínica.

(D) Terapia empírica para gram-positivos, gram-negativos e *Candida* sp pela neutropenia.

QUESTÃO 42

Paciente de 50 anos, transplantado renal, apresenta diagnóstico de tuberculose pulmonar diagnosticada por escarro positivo e imagem radiológica compatível. Apesar da intercorrência, a equipe assistente optou por manter o esquema de prevenção de rejeição com tacrolimus 1+1 mg, micofenolato 720 mg de 12 em 12 horas e prednisona 5 mg/dia. No final do primeiro mês de tratamento, com boa adesão documentada, após melhora dos sintomas respiratórios e gerais, apresenta progressiva perda visual à direita, comprometendo a qualidade da visão.

Qual é o diagnóstico mais provável?

(A) Extensão da tuberculose ao olho (uveite tuberculosa).

(B) Efeito colateral do etambutol.

(C) Uveite por reconstituição imune.

(D) Efeito colateral da rifampicina.

QUESTÃO 43

Uma mulher de 68 anos, com antecedente de hipertensão arterial sistêmica e dislipidemia, é admitida no pronto-socorro após quadro súbito de afasia e hemiplegia direita, de início há aproximadamente 90 minutos. À admissão, apresenta NIHSS 18 e pressão arterial de 198/112 mmHg. A tomografia computadorizada de crânio não demonstra hemorragia ou sinais extensos de isquemia precoce. A angiotomografia evidencia oclusão da artéria cerebral média esquerda no segmento M1. A paciente não utiliza anticoagulantes, não tem antecedentes de diátese hemorrágica e não tem história de cirurgia recente.

Considerando as estratégias atuais de tratamento do acidente vascular cerebral isquêmico agudo, qual é a conduta mais adequada?

(A) Administrar alteplase imediatamente, sem necessidade de controle adicional da pressão arterial, pois valores inferiores a 200/120 mmHg não contraindicam a trombólise.

(B) Reduzir a pressão arterial para menos de 185/110 mmHg, administrar alteplase e, devido à oclusão de grande vaso e déficit neurológico grave, encaminhar imediatamente para trombectomia mecânica.

(C) Reduzir a pressão arterial para menos de 140/90 mmHg antes de administrar alterplase e, depois, manter a pressão arterial abaixo de 120/80 mmHg para reduzir o risco de transformação hemorrágica.

(D) Priorizar a trombectomia mecânica, evitando o uso de alteplase porque a presença de oclusão de grande vaso torna essa opção terapêutica inefetiva.

QUESTÃO 44

Um homem de 56 anos apresenta acidente vascular cerebral isquêmico extenso no território da artéria cerebral média direita, com oclusão proximal da artéria. Após 48 horas de evolução, apresenta piora progressiva do nível de consciência, anisocoria e resposta motora extensora no membro superior esquerdo. A tomografia de crânio demonstra apagamento dos sulcos corticais, compressão do ventrículo lateral direito e desvio da linha média de 9 mm.

Qual é a medida mais adequada neste momento?

(A) Administrar solução salina hipertônica ou manitol, elevar a cabeceira e solicitar avaliação neurocirúrgica urgente para possível craniectomia descompressiva.

(B) Realizar punção lombar para medir a pressão de abertura e confirmar a presença de hipertensão intracraniana antes de iniciar o tratamento.

(C) Induzir hiperventilação sustentada, mantendo $PaCO_2$ abaixo de 25 mmHg, como estratégia definitiva para controlar o edema cerebral.

(D) Reduzir agressivamente a pressão arterial sistêmica para valores inferiores a 120/80 mmHg, com o objetivo de diminuir o risco de edema cerebral ou de aumento da pressão intracraniana.

QUESTÃO 45

Mulher de 44 anos, com antecedente de migrânea com aura visual. No passado, fez tratamento preventivo com topiramato por seis meses, com melhora significativa. Atualmente, tem episódios esporádicos de cefaleia, mais frequentes no período menstrual; usa anti-inflamatório não esteroide e naratriptano como tratamento sintomático.

Há uma semana, durante relação sexual, teve cefaleia de início súbito, que começou na região cervical à direita e se propagou para cabeça, sendo mais intensa à direita. Teve náuseas, sem vômitos. Nos últimos dias, fez uso de dipirona (1 g, 4 comprimidos), naproxeno (550 mg, 6 comprimidos) e naratriptano (2,5 mg, 4 comprimidos). Teve melhora parcial da dor, mas hoje voltou a ter dor hemicraniana e percebeu que “o olho direito estava meio fechado”. Quando perguntada sobre a característica da cefaleia, a paciente refere que a dor é muito semelhante às crises habituais de migrânea, porém mais prolongada e com pouca resposta ao tratamento sintomático.

À admissão, apresenta semiptose palpebral e miose à direita, com reflexo fotomotor preservado bilateralmente. Restante do exame neurológico sem anormalidades.

Considerando esse quadro, qual é a conduta mais adequada?

(A) Tratamento sintomático com sumatriptano subcutâneo e dexametasona intravenosa.

(B) Punção de líquido céfalo-raquiano.

(C) Tratamento sintomático com oxicodona 10 mg por via oral.

(D) Tomografia de crânio e angiotomografia de vasos cervicais e intracranianos.

QUESTÃO 46

Mulher de 35 anos, com história de uma semana de sensação de dormência nos pés, que progressivamente ascendeu até as pernas e coxas, bilateralmente. Há dois dias, refere fraqueza nas pernas, com dificuldade para subir escadas. Há um dia, apresenta piora na fraqueza nas pernas; começou ainda a notar fraqueza nos braços.

Exame neurológico: onsciente, orientada. Sem alterações de fala ou de linguagem.

Tetraparesia:

- Membros inferiores: força grau 3 proximal, grau 4 distal;
- Membros superiores: força grau 4 proximal e distal.

Coordenação: normal.

Reflexos abolidos em membros superiores e inferiores; reflexo cutâneo-plantar: esboça flexão bilateralmente.

Sensibilidade: discreta redução na sensibilidade vibratória em membros inferiores; restante normal.

Nervos cranianos sem alterações.

Fundo de olho sem alterações.

Em relação ao caso exposto acima, o diagnóstico mais provável e o tratamento indicado são, respectivamente:

(A) mielite inflamatória; pulsoterapia com corticoesteroides.

(B) mielite inflamatória; imunoglobulina intravenosa ou plasfamererese.

(C) polirradiculoneurite desmielinizante inflamatória aguda; imunoglobulina intravenosa ou plasfamererese.

(D) polirradiculoneurite desmielinizante inflamatória aguda; pulsoterapia com corticoesteroides.

QUESTÃO 47

Um homem de 72 anos apresenta, há aproximadamente dois anos, declínio cognitivo progressivo, inicialmente caracterizado por dificuldade para organizar tarefas financeiras e administrar suas medicações. Nos últimos meses, a família passou a observar episódios de alucinações visuais bem formadas, recorrentes, nas quais o paciente descreve pessoas e animais que não estão presentes. Também apresenta flutuações marcantes do desempenho cognitivo ao longo do dia e lentificação dos movimentos, com rigidez e redução da amplitude dos movimentos. A memória episódica está relativamente preservada na avaliação inicial.

Qual é o diagnóstico mais provável?

(A) Doença de Alzheimer, devido ao caráter progressivo do declínio cognitivo e à presença de alterações executivas e alucinações visuais.

(B) Demência frontotemporal, devido ao predomínio inicial de alterações executivas e comportamentais e lentificação dos movimentos.

(C) Demência com corpos de Lewy, devido à ocorrência de flutuações cognitivas, alucinações visuais e sinais sugestivos de parkinsonismo.

(D) Demência vascular subcortical, devido à presença de lentificação motora, disfunção executiva e flutuação do desempenho cognitivo.

QUESTÃO 48

Uma mulher de 42 anos com diagnóstico de transtorno depressivo inicia tratamento com sertralina. Após seis semanas, apresenta melhora significativa dos sintomas depressivos, porém passa a referir redução importante da libido e dificuldade para atingir o orgasmo durante as relações sexuais. Não apresenta outros efeitos adversos relevantes. A paciente deseja manter o tratamento devido à boa resposta antidepressiva.

Considerando os efeitos adversos dos medicamentos utilizados no tratamento dos transtornos do humor, assinale a alternativa correta.

(A) A disfunção sexual associada ao uso de sertralina é incomum e, quando presente, sugere toxicidade causada pelo antidepressivo.

(B) Disfunção sexual é um efeito adverso reconhecido da sertralina e pode persistir durante o tratamento, por vezes sendo necessária a substituição por outro antidepressivo, como a bupropiona.

(C) A disfunção sexual causada pela sertralina ocorre principalmente durante as primeiras semanas de tratamento e geralmente desaparece espontaneamente com a manutenção do medicamento.

(D) A substituição da sertralina por paroxetina é uma estratégia apropriada, pois a paroxetina apresenta menor risco de disfunção sexual quando comparada a outros antidepressivos.

QUESTÃO 49

Homem de 70 anos, diabético e hipertenso, foi submetido a angioplastia coronária eletiva com implante de stent farmacológico por angina estável há 2 meses. Encontra-se assintomático do ponto de vista cardiovascular, com excelente capacidade funcional, em uso regular de AAS 100 mg/dia, ticagrelor 90 mg 2x/dia, rosuvastatina 20 mg 1x/dia, metformina 850 mg 2x/dia e enalapril 10 mg 2x/dia.

Tem programação na próxima semana de colecistectomia videolaparoscópica eletiva por colelitíase sintomática, sem sinais de complicação aguda. A melhor estratégia perioperatória em relação à antiagregação plaquetária é

(A) suspender AAS e ticagrelor 7 dias antes da cirurgia e manter o procedimento na data programada.

(B) manter dupla antiagregação plaquetária durante todo o perioperatório e realizar a cirurgia conforme programado.

(C) adiar a cirurgia eletiva até completar pelo menos 6 meses da angioplastia, mantendo AAS e suspendendo ticagrelor 5 dias antes do procedimento cirúrgico.

(D) suspender ticagrelor 5 dias antes da cirurgia e substituí-lo por heparina de baixo peso molecular até 12 horas antes do procedimento.

QUESTÃO 50

Homem de 31 anos, fisiculturista competitivo, procura avaliação médica por episódios recorrentes de palpitações durante treinos de alta intensidade. Relata treinamento resistido há mais de 10 anos e uso recorrente de testosterona associada a outros esteroides anabolizantes para ganho de massa muscular nos últimos 6 anos. Nega síncope, dor torácica ou antecedentes familiares conhecidos de morte súbita. Ao exame físico: PA: 152 × 94 mmHg; FC: 56 bpm; sem outros achados. ECG: ritmo sinusal, com critérios de hipertrofia ventricular esquerda.

Ecocardiograma transtorácico: espessura septal de 15 mm; parede posterior de 14 mm; fração de ejeção do ventrículo esquerdo de 62%; diâmetro diastólico final do ventrículo esquerdo de 39 mm.

Holter de 24 horas: sinusal, baixa carga de extrassístoles ventriculares isoladas.

Teste ergométrico: excelente capacidade funcional; ausência de isquemia; ausência de arritmias complexas induzidas pelo exercício.

Foi então submetido à ressonância magnética cardíaca, que demonstrou áreas multifocais de realce tardio mesocárdico nas paredes septal e inferolateral.

Com base nos achados apresentados, é correto afirmar que

(A) os achados são compatíveis com remodelamento fisiológico do coração de atleta, não havendo evidências de doença cardíaca estrutural.

(B) a associação entre hipertrofia ventricular e realce tardio sugere remodelamento miocárdico patológico, tornando improvável a hipótese de coração de atleta isoladamente.

(C) o diagnóstico de cardiomiopatia hipertrófica está estabelecido, independentemente dos demais achados clínicos e de imagem.

(D) a presença de realce tardio aumenta a probabilidade de cardiomiopatia estrutural, porém não possui utilidade para estratificação prognóstica ou avaliação de risco arrítmico.

RASCUNHO

FUNDAÇÃO vunesp

Confidencial até o momento da aplicação.