



**PROCESSO SELETIVO
RESIDÊNCIA MÉDICA 2021**

BOLETIM DE QUESTÕES

REUMATOLOGIA

INSTRUÇÕES AO CANDIDATO

1. Este é o BOLETIM DE QUESTÕES da Prova, o qual contém 50 QUESTÕES OBJETIVAS.
2. Verifique se este BOLETIM está completo e se o mesmo corresponde ao programa de sua opção. Em caso de divergência, comunique imediatamente ao fiscal.
3. Além deste BOLETIM, você receberá o CARTÃO-RESPOSTA. Confira, cuidadosamente, o material recebido e, em caso de divergência, comunique imediatamente ao fiscal.
4. Não destaque qualquer folha do grampo. Não identifique, quer com seu nome, quer com seu número de inscrição ou de outra forma, qualquer folha destinada às suas respostas. Marque de forma legível, evitando rasuras. Use caneta esferográfica azul ou preta.
5. Para cada uma das QUESTÕES OBJETIVAS são apresentadas quatro alternativas, classificadas com as letras “A”, “B”, “C” e “D”. Só uma corresponde ao quesito proposto. Marque uma alternativa somente. A marcação de mais de uma anula a questão. As instruções para preenchimento do CARTÃO-RESPOSTA estão indicadas no mesmo. Observe a única maneira correta apresentada. Utilize caneta esferográfica azul ou preta.
6. Ao final da prova, dirija-se ao fiscal para entregar todo o material recebido: o BOLETIM DE QUESTÕES e o CARTÃO-RESPOSTA. A devolução do material é de sua inteira responsabilidade. Em seguida, assine a lista de frequência na linha correspondente ao seu nome.
7. O tempo total de prova é de 04 (quatro) horas.
8. Mantenha a calma e a tranquilidade.

BOA PROVA!

01) Paciente do sexo masculino, 46 anos, procura atendimento médico por dor em tornozelos direito e esquerdo associado à edema, estando hoje o direito maior que o esquerdo. Nos últimos 3 meses, nota que seus punhos e as articulações das mãos doem. Sente como se as dores estivessem se espalhando. O quadro tem mais de 2 anos de duração, piorando progressivamente. Conta que nesse período apresentou três episódios de dor aguda que o fizeram procurar a emergência (a primeira no pé direito, outra no joelho esquerdo e a última no tornozelo direito que desde então não normalizou). Nesses quadros, fazia medicação, melhorava, mas no último ano, os remédios que usa (anti-inflamatórios não hormonais) não funcionam. É hipertenso, diabético há 3 anos, tem obesidade grau II e dislipidemia. Não faz seguimento regular. Usa hidroclorotiazida e metformina. Ao exame físico articular, tem artrite nos dois tornozelos. Considerando os diagnósticos mais prováveis para o quadro articular, os exames a serem solicitados neste momento são:

- A) VHS, Fator reumatoide, Anti-CCP, mucoproteínas.
- B) Fator reumatoide, Ácido úrico, VHS e Proteína C reativa.
- C) Proteína C reativa, ASLO, Anti-CCP e FAN.
- D) FAN, Fator reumatóide, mucoproteínas, HLA-B27.

02) Paciente do sexo feminino, 30 anos, procura clínico da Unidade de Saúde com queixa de artralgia e fadiga há mais de um mês. Na consulta, informa ao médico de família que tem diagnóstico de lúpus eritematoso sistêmico há 4 anos e estava em uso de Hidroxicloroquina, porém parou há 4 meses, devido ter visto na televisão que a medicação causava problemas no coração. Sua consulta com reumatologista está agendada para daqui a 3 meses. Fez alguns exames por conta própria e traz os resultados: Hb= 10,9 Ht: 32,7% (normocitose e normocromia) Leucócitos: 4,980 Linfócitos: 1,100 Plaquetas: 182,000 Ureia: 32 Creatinina: 0,9 Urina: sem alterações. Parasitológico de fezes: sem presença de parasitas e outra anormalidade. Ao exame físico, tem como única alteração dor à palpação das articulações, principalmente mãos, sem edemas. A conduta a ser tomada neste atendimento é retornar com a hidroxicloroquina:

- A) explicando sobre a segurança do medicamento no tratamento da sua doença. Prescrever analgesia com paracetamol. Solicitar complemento, VHS, proteína C reativa, transaminases, bilirrubinas, DHL e teste de Coombs direto e retorno com exames.
- B) explicando seus benefícios e segurança do medicamento, introduzir prednisona 20 mg ao dia e orientar uso até consulta com reumatologia, sem pausas.
- C) quando for liberada pelo oftalmologista para uso. Prescrever prednisona 5 mg ao dia e orientar retorno com reumatologista.
- D) explicando sobre segurança medicamentosa na sua doença, prescrever prednisona 10 mg ao dia. Solicitar ferritina, DHL, bilirrubinas, teste de Coombs indireto e retorno com exames.

03) Paciente do sexo feminino, 45 anos, procura atendimento em UBS devido quadro de dor articular iniciado há 2 meses. Nega febre e perda ponderal no período. É hipertensa e tem hipotireoidismo. Faz uso de Losartana 50 mg 2 vezes ao dia e Levotiroxina 50 mcg ao dia. Ao exame físico, paciente tem ausculta cardíaca e pulmonar normais, abdome sem anormalidades. Pressão arterial 130 x 80 mmHg. Sem lesões cutâneas. Tireoide discretamente aumentada de volume, indolor. No exame articular, você observa edema das metacarpofalangeanas das duas mãos, de seis interfalangeanas proximais e do punho direito. Sobre a possibilidade do diagnóstico de Artrite Reumatoide neste caso, baseado nos critérios ACR/EULAR 2010, a conclusão adequada é:

- A) O Fator Reumatoide e anti-CCP para avaliação do perfil imunológico é necessário para a classificação, pontuando quando os dois estiverem positivos.
- B) As provas de atividade inflamatórias têm valor quando estão duplamente positivas, caracterizando processo inflamatório reumatológico, pontuando nos critérios classificatórios.
- C) Os achados clínicos e tempo dos sintomas neste caso tem pontuação que já classifica como artrite reumatoide, porém é necessário realização dos exames estabelecidos nos critérios para concluir a classificação.
- D) Além dos exames laboratoriais, o Raio X das mãos deve ser solicitado, por fazer parte dos critérios classificatórios.

04) Paciente do sexo masculino, 67 anos, comparece à emergência com queixa de dor lombar de forte intensidade com irradiação para as pernas bilateralmente há 24 horas, associada à sensação de dormência em períneo. Tem apresentado ainda dificuldade para urinar nesse período. Já teve dor lombar outras vezes, mas nada comparado ao que está apresentado no momento. Diante deste quadro, a conduta a ser realizada é:

- A) Analgesia com corticoterapia, RX de coluna lombar e repouso.
- B) Analgesia com opioide, dexametasona e TC de coluna lombar.
- C) Analgesia, fisioterapia e TC de coluna lombar.
- D) Analgesia, RM de coluna lombar e avaliação urgente do ortopedista.

05) Paciente do sexo feminino, 52 anos, procura unidade de saúde com queixa de dor nos pés há mais de 2 meses. A dor é pior pela manhã ao levantar-se, com dificuldade para firmar os pés no chão e iniciar a caminhada. Ao pedir para localizar a dor, ela aponta para a planta dos pés. Paciente tem obesidade grau I, diabetes e dislipidemia controladas. Ao exame físico articular, você não nota edemas nas articulações, apenas hálux valgo à direita, tendo dor à palpação de calcâneo bilateralmente. A principal hipótese diagnóstica é:

- A) Artrite reumatóide inicial.
- B) Osteoartrite de pés.
- C) Fasciíte plantar.
- D) Neuropatia periférica.

06) Roberta, 56 anos, portadora de diabetes tipo 2, obesidade grau 1 e hipertensão, em uso de metformina XR 2000 mg/dia e losartana 100 mg/dia, comparece à avaliação de rotina com pressão arterial de 144x92 mmHg, glicemia de jejum 145 mg/dL e hemoglobina glicada de 8,6%. Você opta por introduzir empagliflozina 10 mg/dia e anlodipino 5 mg/dia, para intensificar os controles glicêmico e pressórico da paciente. Qual dos itens abaixo contempla, respectivamente, um efeito colateral comum das novas medicações introduzidas?

- A) Insuficiência cardíaca e acidose tubular renal.
- B) Acidose láctica e edema de membros inferiores.
- C) Lipodistrofia e crises de gota.
- D) Candidíase vulvovaginal e edema de membros inferiores.

07) Sobre o manejo da hiperglicemia e diabetes no paciente hospitalizado, marque a alternativa correta:

- A) A manutenção de antidiabéticos deve ser avaliada criteriosamente quando da internação. A metformina é contraindicada para pacientes com infecção de qualquer sítio, pelo risco de acidose láctica, podendo ser mantida nos demais pacientes internados sem essa condição.
- B) Durante a reconciliação medicamentosa, o paciente que fazia uso da insulina degludeca em domicílio pode, caso não haja disponibilidade desta no serviço hospitalar, fazer uso da insulina NPH como substituta, pois ambas têm efeito de “insulinas basais”.
- C) Se houver hipoglicemia com rebaixamento do nível de consciência em ambiente hospitalar, a prioridade do tratamento deve ser com soro glicosado a 5%, podendo ser oferecido 15 gramas de glicose por via oral, caso não haja melhora em 15 minutos.
- D) Nos pacientes com insuficiência cardíaca descompensada, podem ser mantidas drogas antidiabéticas que comprovadamente tenham efeito na redução da retenção hídrica, como as gliflozinas (inibidores das SGLT-2) e as glitazonas (tiazolidinedionas).

08) Um paciente de 75 anos, em avaliação de rotina no ambulatório de Clínica Médica, com histórico de hipertensão controlada com losartana 50 mg/dia e dislipidemia em uso de sinvastatina 20 mg/dia, sem outras queixas, apresenta os seguintes exames: HDL: 54 mg/dl, LDL 70 mg/dl, TSH 6,2 mU/L [referência: 0,4 a 4,5 mU/L], T4L 1,1 ng/dL, [referência: 0,7-1,8 ng/dL], Anti-TPO 54 U/ml [referência: 60 U/ml]. A tireoide é normopalpável ao exame clínico.

Caso esses achados sejam confirmados numa segunda dosagem de controle, qual a conduta mais adequada?

- A) Trata-se de um caso de hipotireoidismo subclínico. Deve-se manter o segmento conservador, pois este caso pode corresponder à elevação fisiológica do TSH no idoso.
- B) Deve-se iniciar o metimazol em doses baixas. Essa alteração laboratorial se associa a um maior risco de demência e de fibrilação atrial em idosos.
- C) Trata-se de um caso de provável caso hipotireoidismo central. Deve-se iniciar doses baixas de levotiroxina, com ajuste semanal da dose.
- D) Iniciar levotiroxina 100 mcg/dia (1,5 mcg/kg/dia), pois, no idoso, o aumento de TSH se relaciona a pior desfecho cardiovascular e de mortalidade.

09) Josefina, 65 anos, é portadora de osteoporose, osteoartrite e hipercolesterolemia. Desde a descoberta destes diagnósticos, há dois anos, faz uso regular de 3 porções de derivados do leite por dia (leite desnatado, iogurte e/ou queijo branco), expõe-se ao sol por 15 minutos pela manhã e faz 45 minutos/dia de caminhada. Encontra-se sem queixas de dores há 6 meses. Após realizarem a prescrição ambulatorial de rotina, os alunos do internato do curso de Medicina fizeram a discussão da terapia da paciente.

Paciente: Josefina de Barros

Uso interno

1. Alendronato de sódio 70 mg ----- -- -- Uso contínuo

Tomar 1 comprimido, via oral, 1x por semana, em jejum.

Obs: Após tomar o comprimido, não deitar – fique em posição ereta (sentada, em pé ou caminhando) durante pelo menos 30 minutos.

2. Carbonato de Cálcio 500 mg + Vitamina D3 1000 UI ----- - Uso contínuo

Tomar 1 comprimido 1x dia, via oral, durante uma refeição.

3. Rosuvastatina 10 mg ----- -- - Uso contínuo

Tomar 1 comprimido 1x dia, via oral, após o jantar

4. Paracetamol 500 mg ----- 1 cx

Tomar 1 comprimido, via oral, até de 6/6 horas, somente em caso de dor.

Informe qual aluno apresentou a assertiva mais adequada acerca do plano terapêutico da paciente:

- A) “Após cinco anos da terapia com o alendronato, devem ser consideradas as ‘férias da medicação’ (drug holiday) a fim de evitar fraturas atípicas, momento em que o ácido zoledrônico deve ser introduzido à prescrição”.
- B) “Uma das razões por que a paciente deve manter-se em posição ereta após a tomada do alendronato é a prevenção de distúrbios gastrointestinais altos, como a esofagite”.
- C) “Faz-se necessário uso desta formulação de cálcio+vitamina D pelo menos 3x ao dia para que a paciente acima atinja a 'suficiência' de cálcio”.
- D) “Estatinas de alta potência apresentam como principais efeitos colaterais quadros de artralgia, razão pela qual devem ser feitos usos de doses baixas desta medicação em pacientes com doenças articulares”.

10) Pedro, 48 anos, com histórico de asma desde a adolescência, esteve em internação em unidade de terapia intensiva há 3 meses para tratamento de COVID-19 e de descompensação da doença de base, quando recebeu antibioticoterapia de amplo espectro e altas doses de corticoesteroides. Vem ao ambulatório queixando-se de ganho ponderal importante, associado à letargia, equimoses aos mínimos traumas e fraqueza de musculatura proximal de membros inferiores. Durante o exame físico, você observa a presença de pletora facial, oleosidade cutânea e giba, com pressão arterial de 152x90 mmHg e glicemia capilar ocasional de 204 mg/dL. Na inspeção do abdome, observa-se a imagem abaixo:



Chaudhry HS, Singh G. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing;
2020 Jan-. Disponível em:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK470218/>

Qual alternativa mostra-se mais pertinente neste caso:

- A) Em nosso meio, a principal causa desta síndrome é a produção excessiva de cortisol pelas glândulas adrenais, que pode ser ACTH-dependente ou ACTH-independente.
- B) Nos quadros de etiologia central desta síndrome, o tratamento de escolha é o uso de medicamentos bloqueadores da síntese de esteroides, como o cetoconazol.
- C) Uma etiologia que pode explicar os achados do paciente é a iatrogênica (exógena). Caso esteja em uso de doses altas de glicocorticoides, deve-se tentar seu desmame progressivo.
- D) Os primeiros exames na avaliação deste paciente devem ser ressonância de hipófise (para afastar adenoma hipofisário) e tomografia de adrenais (para excluir malignidades).

11) Após atender três pacientes hipertensos, em uso regular de doses máximas de quatro anti-hipertensivos (dos quais um é diurético) e sem controle pressórico adequado, você aventa a possibilidade de hipertensão secundária.

Paciente I: Masculino, 36 anos, com sopro abdominal, história prévia de edema de pulmão súbito e alteração da função renal.

Paciente II: Feminino, 47 anos, com nódulo adrenal e hipopotassemia.

Paciente III: Feminino, 32 anos, com pulsos femorais de amplitude diminuída e pressão arterial diminuída em membros inferiores.

Tendo em vista os dados apresentados, marque a assertiva correta:

- A) O diagnóstico do paciente I será confirmado com a dosagem de metanefrinas plasmáticas livres e catecolaminas séricas.
- B) Uma hipótese para a paciente II é o hiperaldosteronismo primário e as dosagens de aldosterona e atividade de renina plasmática podem fazer parte do rastreamento diagnóstico.
- C) O paciente III provavelmente tem estenose de arterial renal e um ultrassom renal com doppler deve ser solicitado.
- D) Os pacientes I e II são suspeitos para síndrome de Cushing (adenoma produtor de ACTH) e a dosagem do cortisol basal é mandatória.

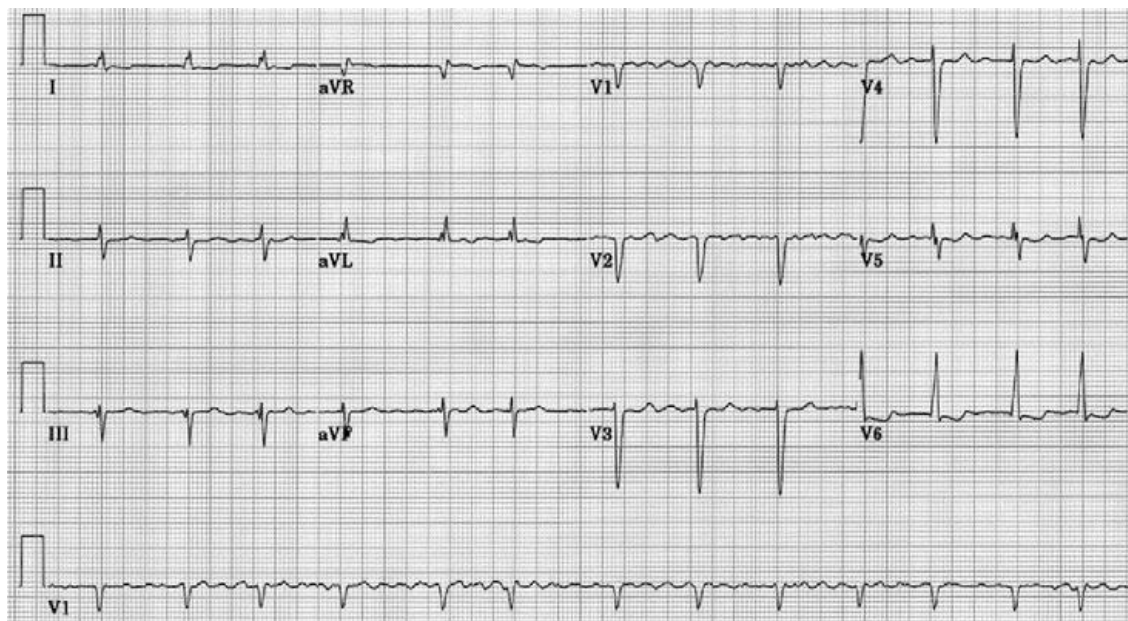
12) O envelhecimento da população e o prolongamento da vida dos pacientes cardíacos por meio de inovações terapêuticas modernas levaram a um aumento da prevalência da insuficiência cardíaca crônica (ICC). Apesar das melhorias na terapia, a taxa de mortalidade em pacientes com ICC permaneceu inaceitavelmente alta.

Fonte: Vasan RS et al. UpToDate. Waltham, MA: UpToDate Inc. <https://www.uptodate.com/contents/epidemiology-and-causes-of-heart-failure> (Acesso: 18 Out, 2020).

Qual alternativa contempla terapias medicamentosas que são comprovadamente capazes de reduzir mortalidade no paciente com insuficiência cardíaca com fração de ejeção reduzida?

- A) Ivabradina, nifedipino, carvedilol.
- B) Dapagliflozina, captopril, dabigatrana.
- C) Sacubitril+valsartana, furosemida, verapamil.
- D) Carvedilol, enalapril, espironolactona.

13) Paciente, sexo feminino, 56 anos, vem à consulta de rotina e traz o seguinte eletrocardiograma:



Para instituir a terapêutica adequada é necessário:

- A) Calcular o CHA2DS2-VASc e o HAS-BLED.
- B) Solicitar ecocardiograma transtorácico.
- C) Solicitar Cineangiocoronariografia.
- D) Instalar marcapasso transvenoso.

14) Paciente masculino, de 53 anos, sedentário, hipertenso, diabético e com histórico de ataque isquêmico transitório, vem ao consultório em uso de Enalapril 20 mg/dia, AAS 100 mg/dia, sinvastatina 40 mg/dia, dapagliflozina + metformina 10/1000 mg, Insulina glargina 20 UI/dia. Apresenta índice de massa corpórea (IMC) 31 kg/m², pressão arterial 122x78 mmHg e acantose nigricans, com os seguintes achados laboratoriais: glicose 103 mg/dL, HBA1c: 7,5%, colesterol total: 190 mg/dL, HDL-c 38 mg/dL, LDL-c 103 mg/dL, triglicerídeos 220 mg/dL.

Em relação ao caso, avalie as assertivas seguintes e marque a correta:

- A) A presença de acantose nigricans é um marcador patognomônico de síndrome metabólica.
- B) É prioritária a troca da sinvastatina para uma terapia de “alta potência” para que atinja as metas que se relacionam à redução do risco cardiovascular.
- C) Trata-se de um paciente com risco intermediário para novo evento cardiovascular e deve ser acrescentada uma droga da classe dos fibratos à terapia.
- D) O paciente não apresenta critérios para síndrome metabólica neste momento, segundo o IDF, provavelmente devido ao controle pressórico adequado.

15) Paciente do sexo masculino, 56 anos, foi levado por familiares à emergência com quadro de dor precordial de forte intensidade iniciada há 2 horas. Faz tratamento para hipertensão arterial com Losartana 50 mg 2 vezes ao dia, diabetes em uso de metformina 850 mg/dia e dislipidemia usando sinvastatina 20 mg/dia. É tabagista há 30 anos (1 maço ao dia). Na emergência, foi classificado como Killip I. Nesta unidade não há serviço de hemodinâmica. O eletrocardiograma mostrou supradesnivelamento do segmento ST de 2 mm nas derivações V1 a V6. Baseado no quadro e nessa condição, a conduta a ser realizada é:

- A) Solicitar enzimas cardíacas e seriar o eletrocardiograma para confirmar infarto agudo do miocárdio e encaminhar o paciente a hospital de referência cardíaca.
- B) Administrar AAS e heparina endovenosa e encaminhar a serviço com hemodinâmica, independente do tempo de transporte do paciente.
- C) Administrar fibrinolítico, devido tempo já transcorrido dos sintomas, inviabilizando o transporte do paciente para serviço com hemodinâmica.
- D) Administrar fibrinolítico somente se o tempo de deslocamento para um hospital dotado de hemodinâmica disponível for superior a 2 horas.

16) FRM, 66 anos de idade procura atendimento médico com queixa de dispneia iniciada há pelo menos 6 meses, inicialmente apenas quando subia a escada de sua casa e agora não consegue mais acompanhar sua esposa nas caminhadas matinais, pois anda mais devagar. Nega associação com tosse e expectoração atualmente. É tabagista atual em torno de 10 cigarros/dia há 7 anos, porém fumou 2 maços/dia por 17 anos e depois 1 maço/dia por 20 anos. Nega DM e HAS, cita uma internação há 7 meses por pneumonia. Ao exame físico: bom estado geral, dispneico (+/4+), sem edemas periféricos, acianótico, ausência de turgescência jugular patológica. AC: RCR em 2T sem sopros FC: 97bpm PA: 125 x 80mmHg AP: MV diminuído globalmente sem ruídos adventícios FR: 19 ipm abdome: normotenso, sem massas ou megalias. Trouxe o exame abaixo:

Resultados	Previstos	Limite inferior	Pré	% Pré	Pós-Bd	% Pós	% variação
CVF (L)	2,98	2,43	1,85	62	1,70	57	-8
VEF ₁ (L)	2,33	1,90	0,71	30	0,67	29	-5
VEF ₁ /CVF	0,79	0,71	0,38	49	0,39	50	3
FEF _{25-75%} (L/s)	2,18	1,31	0,21	10	0,22	10	2
FEF _{25-75%} /CVF	0,76	0,46	0,11	15	0,13	17	11
PFE (L/s)	7,66	7,51	2,88	38	3,51	46	22
CV (L)	2,98	2,43	1,79	60	1,77	59	-1
CI (L)	—	—	1,16	—	1,14	—	-2

<https://picolofanelli.wordpress.com/2015/05/21/espirometria/>

Sobre o caso, é correto afirmar:

- A) Por se tratar de um caso de DPOC, deve cessar o tabagismo e iniciar um LABA (β -2 agonista de longa ação), como o formoterol e fazer vacinas antigripal e anti pneumocócica.
- B) Por ainda não preencher critérios diagnósticos para DPOC, deve-se solicitar tomografia computadorizada de tórax e ecocardiograma, cessar tabagismo e indicar vacinas antigripal e anti pneumocócica.
- C) Apresenta carga tabágica de 57,5 maços/anos e diagnóstico de DPOC, deve suspender o tabagismo e iniciar um LAMA (anticolinérgico de longa ação) como o glicopirrônio, além de atualizar o calendário vacinal.
- D) Para fazer o diagnóstico de DPOC deve ser solicitado tomografia computadorizada de tórax e iniciar associação de corticoide inalatório (fluticasona) + LABA (β -2 agonista de longa ação), como o vilanterol.

17) RSMN, 26 anos de idade, grávida de 12 semanas, negava tabagismo e doenças prévias (diz ter tido asma na infância e que desde os 12 anos de idade não apresentou mais sintomas) chega na UPA com queixa de “falta de ar” iniciada há dois dias após quadro viral, citando tosse com expectoração branco-amarelada, negava febre. Ao exame físico dispneia (++)/4+, consciente e orientada, acianótica, sem edemas, temperatura axilar 36,7°C AP: MV rude com roncos e sibilos difusos FR: 24 ipm oximetria de pulso: 94% AC: RCR em 2T sem sopros FC: 88bpm PA: 110 x 60 mmHg abdome: nada digno de nota.

Sobre o caso, é correto afirmar:

- A) Deve iniciar SABA (β -2 agonista de curta ação) como o fenoterol, via spray dosimetrado com espaçador volumétrico e corticoide sistêmico como prednisona e oxigenoterapia por cateter nasal 2L/min.
- B) Apresenta crise de asma e deve ser prescrito aerossol com SABA como o salbutamol e SAMA (anticolinérgico de curta ação) como ipratrópio, e corticoide sistêmico como hidrocortisona. Colher hemograma.
- C) Apresenta exacerbação da asma e deve ser prescrito aerossol com SABA como o fenoterol e oxigenoterapia por cateter nasal 2L/min. Iniciar uso de amoxicilina 500mg de 8/8h VO.
- D) Iniciar SABA como o salbutamol, via spray dosimetrado sem espaçador volumétrico e corticoide sistêmico como prednisolona e oxigenoterapia por máscara 3L/min. Colher hemograma e fazer radiografia de tórax com proteção abdominal.

18) MRS, 28 anos de idade, vem em consulta médica relatando tosse produtiva com expectoração purulenta há 07 dias, acompanhada de sensação febril e dor torácica anterior direita. Nega tabagismo e pneumopatias prévias, mas é hipertenso. Nega alergias medicamentosas. A irmã cita que ele vem apresentando tosse seca em torno de 30 dias. Exame físico: eupneico, regular estado geral, sem edemas. AC: RCR em 2T sem sopros, FC: 70bpm, PA: 110 x 80 mmHg, AP: roncos em ápice direito FR: 16 ipm e realizou radiografia de tórax em PA abaixo:



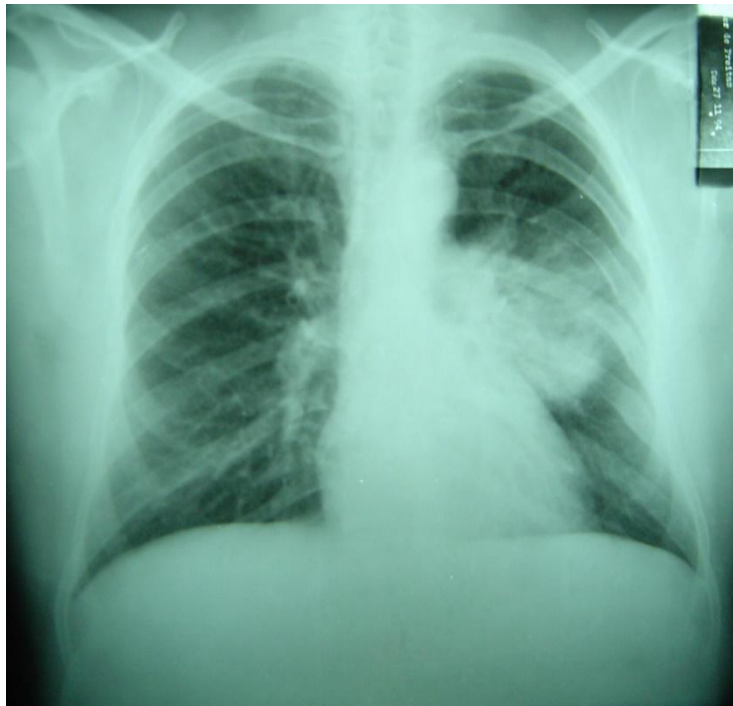
Acervo pessoal

A conduta mais adequada para o caso é:

- A) Deve ser diagnosticado como pneumonia adquirida na comunidade e iniciar azitromicina 500 mg/dia por 07 dias.
- B) Iniciar amoxicilina 500mg VO 8/8h e solicitar baciloscopia no escarro, sendo a primeira amostra colhida na consulta e outra na manhã seguinte.
- C) Na suspeita de tuberculose pulmonar, deve-se solicitar baciloscopia no escarro (02 amostras) e IGRA (Interferon Gamma Release Assay).
- D) Iniciar levofloxacin 500mg/dia por 07 dias e solicitar tomografia computadorizada de tórax (alta resolução).

19) SNB, 56 anos de idade, há mais de 20 dias evolui com dor torácica anterior esquerda, tosse produtiva com expectoração branco amarelada, citando que antes expectorava secreção mucosa e em menor quantidade. É hipertenso. Não sabia informar sobre perda de peso, negava febre e hemoptóicos. Tabagista em torno de 30 anos, fumando em média 7 cigarros de porronca/dia. Ao exame físico: temperatura axilar: 36,9°C PA: 135 x 85 mmHg FC: 85bpm FR: 18ipm regular estado geral, eupneico, consciente e orientado, hidratado, sem edemas de membros inferiores, AP: MV rude diminuído globalmente com roncosp difusos AC: RCR em 2T sem sopros abdome: plano, indolor, sem massas ou megalias.

Apresentava radiografia de tórax em PA abaixo:



Acervo pessoal

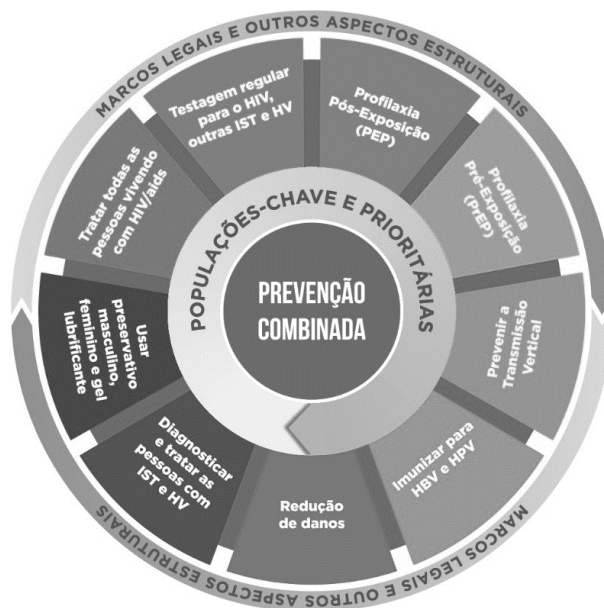
Sobre o caso, é correto afirmar:

- A) Prescrever amoxicilina 875mg 12/12h VO por 14 dias e reavaliar após completar esquema de antibiótico.
- B) Iniciar ciprofloxacino 500mg 12/12h VO por 10 dias e solicitar broncoscopia com lavado brônquico.
- C) Por apresentar CRB-65: 0 não necessita internação e deve iniciar claritromicina 500mg VO 12/12h por 07 dias.
- D) Prescrever amoxicilina+clavulanato 500mg/125mg VO 8/8h por 07 dias com prednisona 20mg VO 05 dias e solicitar tomografia computadorizada de tórax.

20) KBR, 70 anos de idade, vem para atendimento médico trazido por familiares que informaram que o paciente evolui há dois dias com hiporexia e astenia, acompanhadas de tosse, porém não consegue expectorar. Hoje não quis levantar-se da cama nem aceitou alimentação. Negam DM e HAS, mas a filha cita que o pai tem coração grande, mas não sabe quais os medicamentos que utiliza. É ex-tabagista, parou em torno de 10 anos, fumava cigarro comum e porronca, não sabem precisar a quantidade. Ao exame físico: regular estado geral, sonolento, dispneico (+/4+), acianótico, afebril, normocorado, desidratado (+/4+), edema maleolar (+/4+) AC: ritmo cardíaco irregular sugestivo de fibrilação atrial FC: 90bpm PA: 100 x 60mmHg AP: MV diminuído em ambos hemitórax com roncos e crepitações finas bibasais oximetria de pulso: 94% FR: 26ipm abdome: nada digno de nota. Sobre o caso, é correto afirmar:

- A) Necessita internação com reidratação EV vigorosa e realização de tomografia computadorizada tórax, hemograma, sódio, potássio, urina EAS.
- B) Colher laboratório, realizar radiografia de tórax e reidratação EV. Após coleta de hemocultura e urocultura, iniciar antibioticoterapia EV, internar.
- C) Solicitar radiografia de tórax, hemograma, sódio, potássio, urina EAS. Iniciar reidratação oral e prescrever amoxicilina com azitromicina VO.
- D) Internar, reidratação EV e solicitar inicialmente hemograma, sódio, potássio, urina EAS, ureia, creatinina e tomografia computadorizada de crânio.

21) O tratamento para o HIV vem evoluindo continuamente, e nos últimos anos houve uma mudança no olhar sobre a prevenção. Atualmente, é possível oferecer mais alternativas – cientificamente eficazes – em relação à única opção disponível até pouco tempo atrás: o preservativo. O Ministério da Saúde elaborou a mandala de Prevenção Combinada que associa diferentes métodos de prevenção ao HIV, às IST e às hepatites virais (ao mesmo tempo ou em sequência), conforme as características e o momento de vida de cada pessoa.



Fonte: Ministério da Saúde

Dentro da Prevenção Combinada, recomenda-se:

- A) A identificação de populações chaves que incluem homens que fazem sexo com homens, pessoas trans, população de rua, pessoas privadas de liberdade, profissionais do sexo, negros, jovens e pessoas que fazem uso de álcool e outras drogas.
- B) A PEP – profilaxia pós-exposição é recomendada em casos de violência sexual ou acidente perfuro-cortante, pode ser iniciada até 1 semana após a exposição e deve ser mantida por 3 meses contínuos.
- C) A PrEP – profilaxia pré-exposição, está indicada apenas para casais heterossexuais sorodiferentes para o HIV e para profissionais do sexo que tem alto risco de infecção.
- D) O tratamento como prevenção para todos os indivíduos vivendo com HIV, que apresentem a carga viral acima de 10.000 cópias/mm³ ou contagem de linfócito CD4+ < 500 cel/dL.

22) Paciente do sexo feminino, 32 anos, procurou clínico para iniciar tratamento para perda de peso. Tem Circunferência abdominal de 92 cm e IMC de 33. Sem história de hipertensão e diabetes ou outra morbidade. Nos exames iniciais, seu médico observou AST: 151 e ALT: 126 e alteração de todo o perfil lipídico. Prosseguiu com a investigação solicitando a sorologia para as hepatites virais com o seguinte achado:

HBsAg: positivo	Anti-HBs: negativo
Anti-HBc IgM: positivo	Anti-HCV: negativo
Anti-HBc IgG: negativo	Anti-HAV IgM negativo e IgG positivo

Este perfil sorológico nos permite chegar a que conclusão?

- A) Paciente teve contato com hepatite A e B e deve aguardar positividade subsequente do Anti-HBs, que ocorrerá em 30 dias.
- B) Paciente tem hepatite B crônica, estado de portador assintomático e já curou de hepatite A. Encaminhar a serviço de referência.
- C) Paciente está fazendo resposta vacinal ao vírus B. Teve contato com vírus A. O aumento das transaminases pode estar associado a quadros de síndrome metabólica, como a esteatohepatite.
- D) Paciente tem hepatite B aguda e A curada. Repetir exames com 15 dias, depois mensal para acompanhar status sorológico e função hepática.

23) Frente a um exame de urocultura que demonstrou crescimento bacteriano (E. coli, > 1.000.000 UFC/ml), considere os seguintes pacientes para tratamento medicamentoso (todos assintomáticos do ponto de vista de sintomas de infecção do trato urinário):

- 1) Clara: 23 anos, hígida, gestante com 8 semanas de idade gestacional.
- 2) Pedro: 65 anos, diabético tipo 2 em uso de insulina NPH e regular.
- 3) Severino: 58 anos, em pré-operatório de ressecção transuretral da próstata.
- 4) Nazaré: 60 anos, hipertensa e portadora de artrose e fibromialgia.

Com base nas recentes evidências científicas, para qual/is paciente/s você deveria instituir tratamento antimicrobiano para bacteriúria assintomática?

- A) Pedro e Nazaré.
- B) Clara e Pedro.
- C) Clara e Severino.
- D) Todos os pacientes citados.

24) Os antibióticos estão entre os medicamentos mais frequentemente prescritos na Medicina moderna. As boas práticas em antibioticoterapia perpassam pelo reconhecimento das indicações e dos efeitos colaterais de cada classe de drogas.

Relacione os antibióticos e seus possíveis efeitos colaterais e numere corretamente a coluna que apresenta a melhor associação:

- | | |
|--------------------|-----------------------------------|
| 1. Ciprofloxacino. | () Síndrome do "Homem Vermelho". |
| 2. Imipenem. | () Ototoxicidade. |
| 3. Vancomicina. | () Ruptura de tendão; tendinite. |
| 4. Amicacina. | () Crises convulsivas. |

A) 4 - 3 - 1 - 2.

B) 3 - 4 - 2 - 1.

C) 1 - 2 - 3 - 4.

D) 3 - 4 - 1 - 2.

25) D.B., 32 anos, sexo masculino, relata que há 3 dias está apresentando febre (T: 38,9°C), contínua, acompanhada de calafrio e sudorese profusa, principalmente à noite, que remite ao uso de dipirona, mas retorna antes do horário da próxima dose. Ontem, notou aparecimento de exantema em face e terço superior do tronco. Refere odinofagia, mialgia intensa e dor articular. Relata, ainda, astenia importante desde o início do quadro, assim como redução do apetite. Resolveu buscar atendimento devido piora do estado geral. Nega quadro semelhante com familiares ou vizinhos.

Sobre o caso, avalie as assertivas a seguir:

I - O exantema da dengue costuma surgir após a remissão da febre.

II - Caso apresente tosse, coriza e conjuntivite, o sarampo é uma forte hipótese diagnóstica.

III - No Chikungunya, o exantema atinge principalmente o tronco e extremidades, incluindo plantas e palmas.

IV - A síndrome retroviral aguda deve ser considerada se houver relação sexual desprotegida nos últimos meses.

Estão corretas:

A) I, II, III e IV.

B) Apenas I e III.

C) Apenas II, III e IV.

D) Apenas II.

26) Mulher, 38 anos, traz resultado de hemograma solicitado em consulta anterior durante investigação de sangramento menstrual volumoso. Relata já ter feito tratamento com reposição de ferro previamente. É diabética controlada em uso de metformina 850mg, 3x ao dia. Vivendo com HIV há 5 anos, em uso regular de terapia antiretroviral (TARV), com carga viral indetectável há 4 anos. Ao exame, apresenta circunferência abdominal de 108cm, índice de massa corpórea de 32 kg/m² e pressão arterial de 120x85 mmHg.

	Resultado	Referência		Resultado	Referência
Hemácias	4,0	3,7 – 5,3 x10 ⁶ /mm ³	Leucócitos	8.000	5 - 10 x 10 ³ /mm ³
Hemoglobina	10,5	12 a 16 g/dl	Segmentados	5680 (71%)	2,2 – 7,5 x10 ³ /mm ³ (45 a 75%)
Hematócrito	32	33% a 39%	Bastões	0%	0-500/mm ³ (0 a 5%)
VCM	82	80 a 100 fL	Mielócitos	0 %	0%
HCM	28	27 a 32 pg	Metamielócitos	0 %	0%
CHCM	33	32 a 36 g/dL	Linfócitos	2080 (26%)	1,1 – 4,0 x10 ³ /mm ³ (22 a 40%)
RDW	13	12 a 15%	Monócitos	80 (1%)	0 – 900 (0 – 9%)
			Basófilos	80 (1%)	0 – 100 mm ³ (0 – 1 %)
Plaquetograma	255.000	150-450.000	Eosinófilos	80 (1%)	0-5%

Baseado na história clínica e no hemograma, o próximo passo seria:

- A) Iniciar reposição de ferro oral, novamente.
- B) Suspender a TARV e solicitar DHL e bilirrubinas.
- C) Solicitar ferro sérico, ferritina, TIBC, índice de saturação de transferrina.
- D) Prescrever anticoncepcional e iniciar reposição de ferro endovenoso.

27) Paciente do sexo masculino, 35 anos, iniciou tratamento para tuberculose pulmonar há pouco mais de 1 mês com esquema básico (rifampicina, isoniazida, pirazinamida e etambutol) e procura a unidade de saúde para consulta de rotina com queixa de astenia. Informa que este sintoma já existia antes do tratamento, mas ainda persiste com certa intensidade, tendo melhorado da tosse, sem episódios febris e retorno do apetite. Dos exames trazidos que estavam alterados, é exposto abaixo o resultado anterior para comparação (valores de referência do laboratório):

Hemograma de início do tratamento:	Hemograma desta consulta:
Hemácias: 4,00 milh/mm (VR: 4,5 – 5,4)	Hemácias: 3,53 milhões/mm
Hemoglobina: 12,1 g/dl (VR: 11,8 – 15,6)	Hemoglobina: 10,7 g/dl
Hematócrito: 36,3% (VR: 36 – 48)	Hematócrito: 32,8 %
VCM: 92,9 fl (VR: 80 -98)	VCM: 82,9 fl
HCM: 30,3 pg (VR: 26 – 33)	HCM: 30,1 pg
CHCM: 32,6 g/dl (VR: 32 – 36)	CHCM: 32,2 g/dl
RDW: 14,1 % (VR: < 15%)	RDW: 14,8%
Transaminases	Transaminases
AST: 32 U/L (VR: 5 – 40)	AST: 42 U/L
ALT: 38 U/L (VR: 7 – 56)	ALT: 46 U/L

Baseado na definição de anemia de acordo com a Organização Mundial de Saúde e avaliando os exames trazidos pelo paciente, é possível concluir que:

- A) O paciente já tinha anemia no primeiro exame, possivelmente de doença crônica. Deve-se agora prosseguir a investigação pela piora, considerando causas como a anemia hemolítica por medicação.
- B) O paciente apresentava primeiro exame normal, evoluindo com anemia no segundo exame. Deve-se investigar a causa mais comum, que é a anemia ferropriva.
- C) O paciente apresentava anemia leve no primeiro exame e com a piora da anemia, neste momento do tratamento deve ser considerada a reposição de piridoxina (Vit.B6).
- D) O paciente apresentava-se sem anemia no primeiro exame e com essa evolução, a medicação a ser retirada é o etambutol por ser mielotóxico.

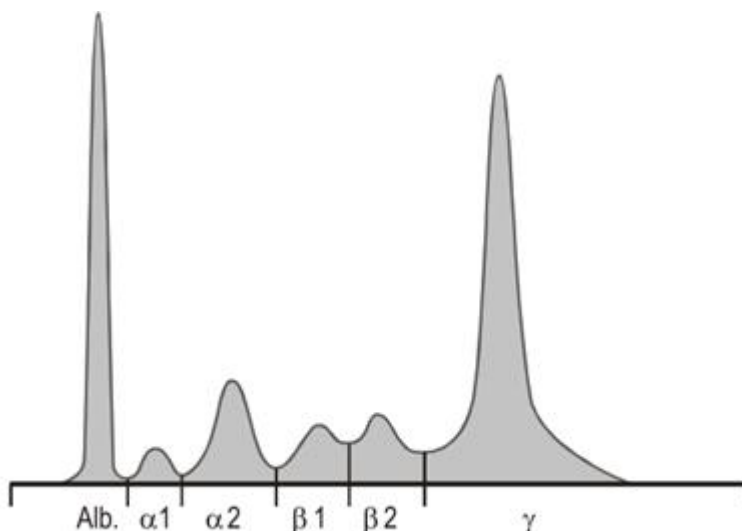
28) Paciente de 71 anos, queixando-se de astenia nos últimos meses, sem febre ou outro sintoma associado. Ao exame físico, notam-se linfonodos cervicais, menores que 1cm, móveis e indolores, abdome sem visceromegalias. Solicitado hemograma, cujo resultado encontra-se a seguir:

	Resultado	Referência		Resultado	Referência
Hemácias	3,7	3,7 – 5,3 $\times 10^6/\text{mm}^3$	Leucócitos	38.000	5 - 10 $\times 10^3/\text{mm}^3$
Hemoglobina	10,5	12 a 16 g/dl	Segmentados	14.060 (37%)	2,2 – 7,5 $\times 10^3/\text{mm}^3$ (45 a 75%)
Hematócrito	32	33% a 39%	Bastões	0%	0-500/ mm^3 (0 a 5%)
VCM	85	80 a 100 fL	Mielócitos	0 %	0%
HCM	30	27 a 32 pg	Metamielócitos	0 %	0%
CHCM	35	32 a 36 g/dL	Linfócitos	21.280 (56%)	1,1 – 4,0 $\times 10^3/\text{mm}^3$ (22 a 40%)
RDW	15	12 a 15%	Monócitos	760 (2%)	0 – 900 (0 – 9%)
			Basófilos	380 (1%)	0 – 100 mm^3 (0 - 1 %)
Plaquetograma	155.000	150-450.000	Eosinófilos	1520 (4%)	0-5%

Baseado na história e no hemograma, a principal hipótese diagnóstica é:

- A) LMC, muito comum em idosos, tem bom prognóstico.
- B) Linfoma de Hodgkin, devendo fazer biópsia dos linfonodos para fechar diagnóstico.
- C) LLC, devendo ser acompanhados com hemogramas seriados para avaliar progressão.
- D) Infecção, devendo proceder a coleta de culturas e solicitar sorologias para identificar origem.

29) Paciente masculino, 65 anos, lavrador, procedente do município de Castanhal/PA, apresenta há 3 meses, quadro de dor intensa em coluna lombar, não responsiva à analgesia simples, associada à perda ponderal de 6 kg neste ínterim. Após quadro de tosse produtiva, febre e de gengivorragia iniciada na última semana, foi internado na enfermaria de Clínica Médica para investigação diagnóstica. Na admissão, além de outros achados, foram detectados, ao exame físico, palidez cutâneo-mucosa, hepatomegalia e, na avaliação laboratorial, aumento agudo de escórias nitrogenadas e hipercalcemia. A eletroforese de proteínas séricas e a tomografia computadorizada de coluna lombosacra demonstrou os seguintes achados:



(Case cortesia do Prof. Assoc. Frank Gaillard, Radiopaedia.org, rID: 7682)

Qual a principal hipótese diagnóstica para o caso?

- A) Mieloma múltiplo.
- B) Leishmaniose visceral.
- C) Hiperparatireoidismo primário.
- D) Gamopatia monoclonal de significado indeterminado.

30) Paciente do sexo masculino, 67 anos, procura pronto atendimento por apresentar cansaço a esforços como subir as escadas em casa e tosse produtiva há 5 dias. Há 10 dias foi submetido à cirurgia de catarata. Relata que sempre tem tosse, mas com piora nos últimos dias, e já trata com pneumologia por doença obstrutiva crônica, fazendo uso de bombinha que não recorda o nome. Tem hipertensão arterial em uso de Anlodipino 10 mg ao dia. Ao exame físico, paciente em regular estado geral, afebril, com aumento de frequência respiratória e cardíaca, sem alteração em ausculta cardíaca, porém com estertores crepitantes em bases. Saturação de O₂ em ar ambiente oscilando entre 94-95%, PA: 190 x 100 mmHg. Ao internar este paciente, a medida a ser feita para aplicar a profilaxia para tromboembolismo venoso é:

- A) Melhorar saturação de oxigênio e pressão arterial.
- B) Melhorar a tosse e a pressão arterial.
- C) Suspender bombinha e avaliar plaquetas no hemograma.
- D) Melhorar a saturação de oxigênio e normalizar frequência cardíaca.

31) Mulher, 35 anos, relata que há 4 meses vem referindo cefaleia recorrente, holocraniana, dor de intensidade 7/10, associada à fotofobia, que alivia ao uso de dorflex®. Relata que os episódios se tornaram mais recorrentes durante a pandemia da Covid-19. Associado a isso, relata dor lombar de caráter mecânico, com queixa de edema generalizado, não observado ao exame físico. Durante interrogatório complementar, relata estresse excessivo, choro imotivado, sentimento de culpa, pensamentos relacionados à morte, além de sono não reparador. Exame físico sem alterações. Quanto ao manejo da paciente, deve-se:

- A) aumentar a dose do analgésico simples e associar a relaxante mais potente.
- B) prescrever um AINE, associado a um relaxante muscular mais potente.
- C) deixar um opióide fraco para as crises de cefaleia ou dor lombar.
- D) Iniciar um anti-depressivo e encaminhá-la para psicoterapia.

32) Paciente de 45 anos, pardo, vem ao ambulatório com histórico de AVE isquêmicos de repetição desde os 38 anos. Relata que os únicos exames que realizou para investigação dos eventos foram tomografias de crânio. Atualmente tem algumas sequelas motoras em reabilitação com a fisioterapia. É hipertenso em uso de losartana 50mg de 12/12h e Hidroclorotiazida 25mg/dia. A pressão arterial no momento da consulta é 140x90mmHg. FC:88bpm. Ausculta cardiopulmonar normal no momento da consulta. Sobre este paciente, é correto afirmar que:

- A) O AAS 100mg, como prevenção secundária, deve ser iniciado após descartar causas trombóticas.
- B) A provável causa dos eventos é a hipertensão arterial primária, devem-se ajustar os anti-hipertensivos.
- C) É preciso investigação etiológica mais detalhada, para definir a melhor forma de prevenção secundária.
- D) Ele deveria estar em uso de estatina de alta potência, associada a clopidogrel, independente da etiologia.

33) Paciente de 62 anos vem à consulta com queixa de vertigem, com episódios que duram menos de 1 minuto, sempre relacionados com mudança da posição da cabeça. Nega perda da consciência, emagrecimento, febre ou quadro viral recente. Levando em conta que a vertigem posicional paroxística benigna é uma causa de vertigem comum nesta faixa etária, é correto afirmar que:

- A) Deve-se solicitar tomografia de crânio para descartar origem central na gênese do quadro, devido a idade.
- B) Ao exame físico, o nistagmo provocado é esgotável e unidirecional, na maioria das vezes horizontal.
- C) Deve-se encaminhar ao otorrinolaringologista, pois a manobra de Epley deve ser realizada pelo especialista.
- D) O tratamento deve ser feito com uso de antagonista-H1 de ação central como a betaistina.

34) Homem, 28 anos, chega ao serviço de Urgência com quadro de cefaleia há 2 dias, constante, associado à febre (temperatura axilar = 38.6 °C). Relata que há alguns dias apresentou odinofagia, associada à rinossinusite e alguns episódios de diarreia. Não apresenta sinais neurológicos focais. Ao exame físico, nota-se rigidez de nuca. Apresenta PA:100x70mmHg, FC:102bpm FR:20irpm. Perfusão periférica adequada. Exame do líquor:

Características	Resultados	Valores de referência
Aspecto	Límpido	Límpido
Cor	Opalescente	Incolor, cristalino ("água de rocha")
Cloretos	715	680 a 750mEq/L
Glicose	82	45 a 100mg/dL
Proteínas totais	52	15 a 50mg/dL
Globulinas	Negativa	Negativa
Leucócitos	52 neutrófilos 94 linfócitos	0 a 5 cél/mm ³

Diante deste quadro o patógeno mais provável é:

- A) M.tuberculosis, devendo ser tratado com RHZE por 12 meses.
- B) S.pneumoniae, devendo ser tratado com Ceftriaxona 4g/dia.
- C) N. meningitidis, devendo ser tratado com Penicilina G benzatina 2.4M UI.
- D) Viral, devendo ser internado para observação e medidas de suporte.

35) Idosa, 65 anos, é trazida à urgência devido quadro de "convulsão". Familiares descrevem um episódio de perda da consciência associada a abalos tônico-clônicos em casa. Nega episódios prévios semelhantes. Familiares negam febre, tosse ou outros sintomas prévios e referem apenas que a paciente vinha apresentando-se um pouco mais sonolenta. Sem histórico de trauma recente. No Pronto-socorro, a paciente apresentava escala de Glasgow de 14 pontos, apenas desorientada, pupilas isocóricas e fotorreagentes, sem deficits focais. Ausculta cardiopulmonar normal. Perfusão periférica adequada, SatO₂:96% em ar ambiente, PA:110x70mmHg, FC:88bpm, FR:18irpm. Glicemia capilar: 115. Realizada TC de crânio normal. Dentre as condutas iniciais que devem ser tomadas para o manejo do caso está:

- A) Investigar distúrbios do sódio e infecções.
- B) Trombolizar caso não tenha contra-indicação.
- C) Realizar punção do líquido cefalorraquidiano.
- D) Proceder hidratação para evitar novas crises.

36) Homem de 55 anos é internado para limpeza cirúrgica de pé diabético infectado. Devido ao seu quadro, estava restrito ao leito. Após o procedimento, evoluiu com sangramento importante no local da cirurgia. O débito urinário quantificado estava em torno de 700ml nas últimas 12 horas. O preceptor do caso, preocupado, perguntou ao residente como estava a função renal do paciente. O residente, muito tranquilo, respondeu que o valor da creatinina sérica era de 1,0mg/dL.

Baseado na situação relatada, é correto afirmar que:

- A) O preceptor deveria ficar tranquilo, pois a creatinina estava dentro do valor de referência e o débito urinário estava normal.
- B) O residente tem razão para ficar tranquilo, pois injúria renal aguda só é caracterizada a partir de creatinina maior que 1,5mg/dL.
- C) O paciente em questão tem fator de risco apenas para injúria renal aguda de origem renal, pelo próprio diabetes.
- D) Para ficar realmente tranquilo, o residente precisaria comparar a creatinina atual com o valor basal do paciente, além de quantificar o débito urinário por Kg/h.

37) Maria Lúcia, 61 anos, é portadora de diabetes há 7 anos. Faz uso irregular de Glicazida MR 60 mg/d e Metformina 1500 mg/d. Na última visita médica, há 6 meses, apresentava creatinina 1,2 mg/dL. Na consulta atual, apresenta PA: 128x86 mmHg, IMC: 30 kg/m², glicose 180 mg/dL, hemoglobina glicada 8,8%, Ureia 40 mg/dL e creatinina 1,3 mg/dL, com taxa de filtração glomerular (TFG) 52 mL/min/1,73 m² (CKD-EPI) e microalbuminúria (relação albumina/creatinina em amostra de urina): 200 mg/g.

Considerando o diagnóstico de doença renal crônica (DRC) pelo KDIGO (Kidney Disease: Improving Global Outcomes), qual é a classificação (categoria) da DRC da paciente com base na taxa de filtração glomerular (G) e na albuminúria (A):

- A) G2A3.
- B) G3aA2.
- C) G4A2.
- D) G3bA1.

38) Além de intensificar o controle glicêmico, realizar controle de peso e perseverar medidas dietéticas, que outra terapia se mostra eficaz em prevenir a evolução da nefropatia diabética?

- A) Indapamina.
- B) Levanlodipino.
- C) Bisoprolol.
- D) Lisinopril.

39) Paciente do sexo masculino, 20 anos, é levado pela mãe para consulta clínica devido seu filho ter apresentado episódio de febre baixa e congestão nasal há 1 semana. Atualmente, paciente não tem queixas clínicas, apenas que sua urina ficou um pouco mais escura. Ele só foi à consulta porque a mãe deseja que ele realize um “check up”. Você examina o paciente, que está com bom estado geral, ausculta cardíaca e pulmonar normais, com leve dor à palpação profunda em flanco esquerdo, PA: 120 x 80 mmHg nos dois membros superiores. Você solicita exames e recebe os resultados abaixo:

Hemograma:	Urina EAS:
Hemácias: 4,53	piócitos: 2 – 4 por campo
Hemoglobina: 13, 5	Hemácias: 20 – 30 por campo
Hematócrito: 40,5%	Proteína: presença de 1 +
Leucócitos: 5,800	
Neutrófilos: 58 %	Creatinina: 0,9
Linfócitos: 40%	Ureia: 45
Plaquetas: 203.000	

A hipótese diagnóstica mais provável neste caso é:

- A) Glomerulonefrite pós estreptocócica.
- B) Nefrite lúpica.
- C) Nefropatia por IgA.
- D) Doença de lesão mínima.

40) Paciente do sexo feminino, 22 anos, com diagnóstico de lúpus eritematoso sistêmico desde os 17 anos, procura a emergência com história de edema generalizado. Nota que o edema foi progressivo nas duas últimas semanas. Queixa-se de fadiga e mal estar geral. Está em uso de hidroxicloroquina 400 mg, 6 dias na semana e vitamina D. Teve quadro viral no mês anterior que resolveu espontaneamente, sem tratamento específico. Ao exame físico, paciente em regular estado geral, palidez cutâneo mucosa, acianótica, anictérica e afebril. Peso: 58 kg e Altura: 1,62 m. AC: BCNF, em 2 tempos, ritmo regular, FC: 100 bpm. AP: MV presente, reduzido em bases. FR: 23 irpm. PA: 140 x 85 mmHg. Edema generalizado com cavidade positiva em membros inferiores. Sem lesões cutâneas. Exames:

Hemograma:	Albumina sérica: 2,9
Hb: 11,0 g/dl	Urina EAS: com cilindros hialinos
HT: 33,1 %	Proteína: 3+ / Piócitos: 8-9 p/campo
Leucócitos totais: 3,890	hemácias: 20 - 30 p/campo
Neutrófilos: 2,200	Proteinúria de 24 horas: 982 mg/24h
Linfócitos: 986	C3: 22 (consumido)
Plaquetas: 128.000	C4: 8 (consumido)
Creatinina: 1,2	

Sobre o quadro acima, a conduta inicial a ser realizada é:

- A) Prescrever ivermectina ou albendazol, IECA, pulsoterapia com metilprednisolona 1g por 3 dias seguidos, manter hidroxicloroquina.
- B) Prescrever prednisona 60 mg/dia (dose de 1mg/kg), associado a inibidor de ECA ou BRA, aumentar hidroxicloroquina para uso diário. Monitorar função renal diária para necessidade de diálise precoce.
- C) Prescrever prednisona na dose de 1 mg/kg de peso, manter hidroxicloroquina, iniciar azatioprina 100 mg/dia e monitorar função renal.
- D) Prescrever pulsoterapia com metilprednisolona 1g/dia dose única, seguida de pulsoterapia com ciclofosfamida 1 g. Reavaliar exames em 15 dias.

41) Homem com 61 anos, vem à consulta com quadro de plenitude pós-prandial e saciedade precoce nos últimos 3 meses. Nega perda de peso, vômitos, pirose ou epigastralgia. Nega alterações na consistência, cor ou volume das fezes. Usa losartana 50mg para hipertensão arterial há 5 anos. Ao exame físico, apresenta índice de massa corpórea de 31 kg/m², encontra-se em bom estado geral, normocorado, eupneico, anictérico. Ausculta cardiopulmonar normais. PA:135x80 FC:85 bpm FR:18 irpm. Abdome com ruídos hidroaéreos presentes, globoso, timpânico, sem massas palpáveis ou visceromegalias, sem sinais de ascite. Sem linfonodomegalias. Pensando no diagnóstico de síndrome dispéptica, baseado nos critérios de Roma IV, deve-se:

- A) Prescrever inibidor da bomba de prótons associado a procinético para prova terapêutica.
- B) Solicitar Endoscopia digestiva alta e iniciar procinético para síndrome do desconforto pós prandial.
- C) Solicitar endoscopia digestiva alta e, a partir do resultado, tratar *Helicobacter pylori* como prova terapêutica.
- D) Tratar parasitose intestinal e, caso os sintomas persistam, iniciar inibidor da bomba de prótons.

42) Paciente com 52 anos, já diagnosticado com cirrose de origem alcoólica, é internado devido a quadro de encefalopatia hepática. Última internação há 3 meses por hemorragia digestiva varicosa, corrigida via endoscópica. Ao exame físico, apresenta escala de coma de Glasgow com 14 pontos (apenas desorientado), com ausculta cardiopulmonar normal. Abdome é flácido, não doloroso à palpação, ruídos hidroaéreos presentes, com manobra de semicirculo de Skoda exibindo maciez até altura da cicatriz umbilical. Sobre o manejo desse paciente, é correto afirmar que:

- A) Não há necessidade de puncionar a ascite para análise do líquido.
- B) O uso de aspartato de ornitina só estaria indicado, no momento, se a etiologia da cirrose fosse viral.
- C) Deve ser investigado uso de diuréticos, distúrbios hidroeletrólíticos e desidratação na gênese do quadro.
- D) Ainda não é preciso refazer a endoscopia digestiva alta para avaliar-se novo sangramento.

43) Mulher de 48 anos vem à consulta referindo presença de sangue vivo nas fezes, associada a dor anal lancinante ao evacuar, quadro iniciado ontem. Tentou evacuar hoje, mas o esforço desencadeia dor. Nega febre, emagrecimento ou histórico familiar de câncer na família. Refere que sempre teve tendência à constipação intestinal.

A hipótese diagnóstica mais provável é:

- A) Fissura anal.
- B) Abscesso retal.
- C) Hemorróida grau II.
- D) Fístula anal.

44) Paciente de 42 anos, relata 3 episódios de vômitos com sangue vivo iniciados hoje. Relata que já tem histórico de dispepsia, mas nunca realizou acompanhamento clínico. Nega emagrecimento. Ao exame físico encontrava-se hipocorado 2+/4+, desidratado +/4, eupneico, afebril, anictérico. Tórax: presença de telangiectasias. AC: BCNF 2t sem sopros RCR, FC: 100bpm, PA: 90x75mmHg. AP: MV+ s/RA. Abdome ligeiramente globoso, flácido, não doloroso à palpação. Extremidades: eritema palmar e edema de MMII +/4. Sobre o manejo desse paciente, é correto afirmar que:

- A) Além da reposição volêmica, deve-se fazer terlipressina por 7 dias e posteriormente realizar uma endoscopia digestiva alta.
- B) Após estabilização volêmica, deve-se fazer inibidor de bomba de prótons em infusão contínua e realizar uma endoscopia digestiva alta para terapia endoscópica com eletrocautério.
- C) A endoscopia digestiva alta deve ser feita após estabilização hemodinâmica, em até 24 horas, de preferência, para terapia endoscópica combinada.
- D) A endoscopia digestiva alta deve ser feita com urgência em até 6 horas, pois é o tratamento endoscópico que garantirá a estabilidade hemodinâmica.

45) Mulher, 61 anos, refere ter notado cor amarelada nos olhos há 2 dias. Refere, ainda, que há 2 meses quadro de prurido cutâneo importante, que inicialmente aliviava com anti-histamínico e que atualmente está muito incômodo, gerando escoriações. Nega dor abdominal. Tem notado que as roupas estão mais folgadas e apresenta acolia fecal e colúria. Ao exame físico, apresenta fígado de tamanho normal, sem massas palpáveis. A investigação do quadro deve incluir:

- A) Tomografia de abdome superior, caso a suspeita seja de litíase biliar.
- B) Colangiorressonância, mesmo se a paciente apresentar alteração da função renal.
- C) Dosagem de Anti-HBC IgG e anti-HBe, caso a suspeita seja de hepatite B aguda.
- D) Colangiopancreatografia retrógrada endoscópica, caso a suspeita seja de colelitíase.

46) Você é médico da UTI e admite o Sr. Antônio 49 anos, 78 kg, com quadro grave de insuficiência respiratória aguda por quadro infeccioso, já com indicação de via aérea definitiva e ventilação mecânica. Então é feita a sedação do paciente, realizado o procedimento de intubação e ajustado o ventilador com os seguintes parâmetros:

Modo= VCV (ventilação controlada a volume), VC= 500ml; FR= 12 irpm; Fluxo= 30L/mim; PEEP= 6cmH₂O; FiO₂= 50%.

E, em seguida, solicita uma gasometria de controle e recebe este resultado abaixo:

pH= 7,58; PCO₂= 58 mmHg; HCO₃= 23mEq/L; PO₂= 85mmHg.

Analise as DUAS afirmativas seguintes:

1 - A partir da análise da gasometria arterial e o ajuste objetivando alcançar uma PCO₂≈ 40mmHg, deve-se aumentar a frequência respiratória para aproximadamente 16, PORQUE;

2 - Ao aumentar a frequência respiratória o paciente elimina maior quantidade de dióxido de carbono (CO₂). Assinale a opção correta:

- A) As duas afirmativas são proposições falsas.
- B) A primeira afirmativa é uma proposição verdadeira e a segunda é uma justificativa correta da primeira.
- C) A primeira afirmativa é falsa e a segunda é verdadeira.
- D) As duas afirmativas são verdadeiras, mas a segunda não é justificativa correta da primeira.

47) José, 35 anos, chega no Pronto Socorro gritando de dor ao nível do epigastro de início de forma súbita, com irradiação para região retro esternal, está muito agitado, taquipneico, cianose de extremidades, com náuseas e sudorese intensa. Durante sua avaliação, paciente subitamente para de falar.

Analise as afirmativas abaixo e assinale a sequência correta:

- 1) Iniciar o atendimento com avaliação das vias aéreas, instalar cateter de O₂ e realizar o exame físico detalhado. ()
- 2) Checa responsividade, chama ajuda, avalia pulso, se ausente, inicia RCP com massagem 100-120 bpm. ()
- 3) Dentre as causas de dor torácica possíveis para este paciente, podemos listar: IAM, Dissecção da Aorta, Tromboembolismo Pulmonar. ()
- 4) Iniciar o atendimento com instalação de oxigênio, monitorização, acesso venoso e solicitar ECG 12 derivações. ()
- 5) Havendo um desfibrilador disponível, imediata análise de ritmo, que se pode estar em FV ou TV, deve-se então aplicar choque 360 J (monofásico) ou 200 J (bifásico). ()

- A) V,F,F,V,F.
- B) F,V,V,V,F.
- C) F,V,V,F,V.
- D) V,V,V,F,F.

48) Ana luiza, 58 anos, 78kg, foi realizar uma urografia excretora.

Sinais vitais de chegada: PA= 124 X 77 mmHg, FC=98 bpm, FR=16ipm e SAT O₂= 97%.

Durante o exame apresentou coceira na garganta e reação com formação de pápulas e placas eritematosas, falta de ar, taquipneia. Sinais Vitais: PA= 160 x100 mmHg FC= 120 bpm FR=30 ipm SAT O₂=88%.

Foi indicado a entubação orotraqueal.

Qual a melhor opção de drogas e as suas respectivas doses para realizar o procedimento?

- A) Fentanil 500 mcg/10ml + AD 8 ml. Fazer EV 8ml; Midazolan:15 mg/3ml + AD 12 ml. Fazer EV 2ml; Succinilcolina 100mg(pó) + AD 10 ml. Fazer EV 3 ml.
- B) Tramal 50 mg -IM; Etomidato 2 amp /40 mg-fazer EV 23 ml. Succinilcolina 500mg(pó) + AD 10 ml. Fazer EV 5 ml.
- C) Morfina 2mg/ml- EV Fazer 1 ml em bolus; Propofol -100mg/100ml-fazer EV -78 mg em bolus.
- D) Fentanil 500 mcg/10ml + AD 8 ml. Fazer EV 4 ml em bolus; Quetamina 100mg /2 ml+ AD 8 ml EV fazer 8ml EV em bolus. Succinilcolina -100mg(pó) + AD 10 ml -Fazer 7 ml EV.

49) Idosa,78 anos, chega na urgência com edema agudo pulmonar. Tem antecedente de hipertensão arterial há 20 anos e hipertrofia do ventrículo esquerdo. Foi iniciado o tratamento medicamentoso com as seguintes drogas por via endovenosa: furosemida 40 mg, morfina 10 mg, cedilanide 0,4 mg e aminofilina 240 mg. A paciente evolui com hipoventilação grave e cianose de extremidades. Qual das mediações abaixo está indicada para reverter a depressão respiratória?

- A) Efedrina.
- B) Naloxona.
- C) Flumazenil.
- D) Midazolan.

50) As síndromes hipoxêmicas respiratórias refratárias são causas de grande temor no ambiente intensivo e cada vez mais frequentes pela presença em infecções respiratórias, atualmente nas gripais como no caso do SARS COV 2 (COVID 19). Assinale a alternativa correta em relação a estas síndromes:

I- Em geral, a síndrome respiratória hipoxêmica refratária deriva de uma injúria pulmonar de grande importância ou de uma evolução de uma injúria inicialmente menos grave, acentuada pela aplicação de uma ventilação mecânica inadequada.

II- A síndrome de hipoxemia refratária é relativamente incomum, mas percebida com facilidade pela equipe que assiste o paciente acometido.

III- Não existe uma definição oficial para a Síndrome Hipoxêmica Refratária.

IV- O grau de hipoxemia seguro para o tecido varia de paciente para paciente e depende de vários fatores, como débito cardíaco, hemoglobina, hemoperfusão.

Qual a resposta correta?

- A) Apenas I e III.
- B) Apenas I, III e IV.
- C) Todas estão corretas.
- D) Todas estão erradas.