



Edital Nº 02/2017

CADERNO DE QUESTÕES

Data: 05 de novembro de 2017.

PROGRAMA PRÉ-REQUISITO: CLÍNICA MÉDICA

ESPECIALIDADE: Nefrologia; Medicina Intensiva; Hematologia e Hemoterapia; Endocrinologia; Cardiologia; Pneumologia; Geriatria; Cancerologia Clínica; Gastroenterologia; Reumatologia

INSTRUÇÕES

Prezado(a) Participante,

Para assegurar a tranquilidade no ambiente de prova, a eficiência da fiscalização e a segurança no processo de avaliação, lembramos a indispensável obediência aos itens do Edital e aos que seguem:

01. Deixe sobre a carteira **APENAS caneta transparente e documento de identidade**. Os demais pertences devem ser colocados embaixo da carteira em saco entregue para tal fim. Os **celulares devem ser desligados** antes de guardados. O candidato que for apanhado portando celular será automaticamente eliminado do certame.
02. Anote o seu número de inscrição e o número da sala, na capa deste Caderno de Questões.
03. Antes de iniciar a resolução das 40 (quarenta) questões, verifique se o Caderno está completo. Qualquer reclamação de defeito no Caderno deverá ser feita nos primeiros 30 (trinta) minutos após o início da prova.
04. Ao receber a Folha de Respostas, confira os dados do cabeçalho. Havendo necessidade de correção de algum dado, chame o fiscal. Não use corretivo nem rasure a Folha de Respostas.
05. A prova tem duração de **4 (quatro) horas** e o tempo mínimo de permanência em sala de prova é de **2 (duas) horas**.
06. É terminantemente proibida a cópia do gabarito.
07. O gabarito individual do participante será disponibilizado em sua área privativa na data prevista no Anexo III, conforme subitem 8.4.14 do Edital.
08. Ao terminar a prova, não esqueça de assinar a Ata de Aplicação e a Folha de Respostas no campo destinado à assinatura e de entregar o Caderno de Questões e a Folha de Respostas ao fiscal de sala.

Atenção! Os três últimos participantes só poderão deixar a sala simultaneamente e após a assinatura da Ata de Aplicação.

Boa prova!

Inscrição

Sala

PSU-RESMED/CE - 2018

01. Sr. 24 anos, casado, motorista de ônibus, natural e procedente de Fortaleza QP: Diarreia há 8 meses HDA: Há 8 meses vem apresentando quadro de alteração no hábito intestinal, evacuando 2 a 3 x ao dia, fezes pastosas, as vezes de grande volume, com muito odor, fezes boiam no vaso sanitário, sem sangue, as vezes percebe restos alimentares. Vem com perda de mais de 10% do peso no período, apetite preservado, nega sangue nas fezes, nega febre no período. Já fez uso de Albendazol 400 mg dose única sem melhora. Retirou o leite e derivados porém não percebeu melhora. Ao exame: emagrecido, hipocorado ++/4, anictérico, afebril. Exame cardiopulmonal: normal. Abdome: plano, RHA presente, pouco exacerbado, sem dor a palpação, sem megalias ou massas espaço de Traube livre. Discreto edema de MMII. Realizou alguns exames: HTC: 34%, HB: 10 g%, VCM 110, Leucócitos: 8.600 diferencial normal, 2% eosinófilos, Plaquetas: 250.000; VHS: 15, PCR: 1,0. Glicemia: 88 mg%, Albumina: 3,0 g%, parasitológico de fezes em três amostras negativos. Sudan III positivo (+++), teste da d-xilose foi anormal. Ultrassom abdominal: normal. Anti-HIV I e II negativos.

Com base nos dados da história clínica e com os exames apresentados, podemos classificar a diarreia como:

- A) Diarreia crônica provavelmente exsudativa.
- B) Diarreia crônica provavelmente disabsortiva.
- C) Diarreia aguda prolongada de provável natureza secretória.
- D) Diarreia aguda prolongada provavelmente por alteração na digestão.

02. Sra. 24 anos, do lar, natural e procedente de Fortaleza. Procurou seus cuidados profissionais queixando de diarreia há 6 meses, evacuando 6 a 8 x ao dia, a maioria das vezes com sangue e muco, com cólicas abdominais, tenesmo, perda de 4% do peso no período. Tendo procurado um outro colega há 1 mês que fez uso de Albendazol 400 mg - 3 dias e Annita 500 mg - 2 comp ao dia, três dias. Como não melhorou, resolveu procurar outro médico. Ao exame: hipocorada ++/4, anictérica, 38 °C, FC: 100 bpm, PA: 100 x 70 mmHg. ACP: normal. Abdome: discretamente distendido, RHA aumentados, doloroso a palpação no hipogastrio e flanco esquerdo, sem irritação peritoneal. Sem edema de MMII. Exames solicitados: HTC: 28%, HB: 8g%, Leucócitos: 10.300, diferencial nl, Plaquetas: 450.000, VHS: 50, PCR: 20, Creatinina: 1,2 mg%, Glicemia: 90 mg%. Com o quadro há mais de 6 meses, optou-se por colonoscopia, cujo achado: mucosa edematosa, com perda do padrão vascular submucoso, enantema difuso, granularidade, exsudação e friabilidade, desde o reto até o ângulo esplênico do colo.

Com base nos dados da história, exames laboratoriais e endoscópico qual a opção terapêutica nesta fase?

- A) Iniciar corticoide venoso associado a azatioprina.
- B) Iniciar mesalazina (supositório ou enema) associado a forma oral, associado a corticoide oral.
- C) Iniciar mesalazina (supositório ou enema) associado a forma oral, corticoide venoso e infliximabe.
- D) Iniciar mesalazina oral que é tão eficaz quanto o supositório ou enema de mesalazina, associada a corticoide oral e metronidazol.

03. Paciente feminina, 52 anos, hipertensa, em uso de hidralazina e losartana há 1 ano. Iniciou quadro de febre, rash cutâneo difuso, adinamia, artralguas em grandes e pequenas articulações há 2 meses, evoluindo há 1 mês com dor torácica ventilatória dependente e fraqueza muscular. Nega faringite. Exames laboratoriais: FAN: 1/640 padrão nuclear homogêneo, anti-histona positivo, Fator reumatoide: negativo, VDRL: 1/4, teste de absorção de anticorpos treponêmico fluorescente: negativo, Velocidade de hemossedimentação: 35 mm, Proteína C - reativa: 2,3 mg/dl, Creatinina: 0,8 mg/dl, CPK: 195 U/L, sumário de urina e hemograma: normais.

Diante do quadro clínico e laboratorial, o diagnóstico mais provável para a paciente seria:

- A) Lúpus induzido por drogas.
- B) Sífilis secundária.
- C) Dermatomiosite.
- D) Doença de Still.

- 04.** Sr. 65 anos, casado, aposentado, natural e procedente de Fortaleza. Procurou atendimento na UPA com quadro de dor na FIE quando faz esforço há 2 dias, com alteração do hábito intestinal, defeca diariamente, mas nestes 2 dias, evacuou pouco e com certo desconforto ao evacuar, nega sangue nas fezes, relata um pouco de náuseas, teve calafrios e febre no período. Nega queixas urinárias. Refere pelo menos 3 episódios semelhantes nos últimos 4 anos, mas nunca internou. Nega perda de peso. Faz uso de Losartana 50 mg e Sinvastatina 20 mg. Ao exame: BEG, corado, anictérico, orientado, 38 °C. ACP: normal, FC: 100 bpm, PA: 130 x 85 mmHg. Abdome: plano, simétrico, RHA presentes e normais, doloroso no hipogástrio, com discreta irritação peritoneal na FIE. Hepatimetria 14 cm, borda cortante, espaço de Traube livre. Realizou exames: HTC: 40%, HB:13 g%, Leucócitos: 13.000 com 10% bastões, 70% de segmentados, 1% de eosinófilo, 10% linfócitos e 9% de monócitos. VHS: 50, PCR: 10. Realizou TC de abdome e pélvis com contraste que evidenciou divertículos no sigmoide e densificação de gordura peridiverticular.
- Com base nestes dados da história, exames complementares e achados na TC, qual a conduta terapêutica?
- A) Iniciar antibiótico venoso, dieta zero por via oral e submeter a cirurgia em 48 horas.
 - B) Não há necessidade de antibiótico e deve fazer uso de anti-inflamatório não esteroide.
 - C) Iniciar antibiótico oral ou venoso, dieta com restrição lactose e tratamento cirúrgico nesta internação.
 - D) Iniciar antibiótico oral ou venoso, dieta líquida sem resíduos, observar 24 a 48 horas a evolução, manter antibiótico 7 a 10 dias.
- 05.** Sr. 49 anos, casado, agricultor, natural e procedente de Icó - CE. Procurou seus cuidados profissionais em decorrência de aumento do volume abdominal e edema de MMII há pelo menos 6 meses, associado com prurido no corpo, perda de peso, períodos de sonolência e tremores de extremidades, além de mudança no hálito. Antecedentes: fez tratamento para infecção pulmonar durante 6 meses (remédios pegava no posto de saúde) há 4 anos atrás. Fuma 1 maço cigarro ao dia, bebe desde os 16 anos, em média 20 a 30 unidades de álcool por semana, tendo reduzido apenas durante os seis meses que realizou o tratamento da "pneumonia". Nega uso de drogas, nega transfusão sanguínea ou internações. Ao exame: icterício ++/4, hipocorado +/4, afebril, pouco sonolento. ACP: MV abolido na base pulmonar D. RR, 2T, FC: 80 BPM, PA: 100 x 60 mmHg. Aranhas vasculares no tórax, ginecomastia bilateral dolorosa. Abdome: batráquio, maciez móvel presente, fígado: 2 cm abaixo RCD, borda romba, consistência endurecida, baço 3 cm abaixo RCE. Edema de MMII ++/4, eritema palmar. Realizou exames: HTC: 30%, HB: 8,5 g%, Leucócitos: 3.000 diferencial nl, Plaquetas: 80.000, INR: 2,4; Bt: 4 mg/dl, B.direta: 3 mg/dl, Prot. totais: 7 g, Albumina 3,0 g%, Creatinina 1,4 mg/dl, anti-HBs : 100, anti-HBc IgG (-), anti-HVC (-). Realizou estudo do líquido ascítico no mesmo dia que colheu os exames de sangue: Prot. total 2 g/dl, Alb: 1,5 mg/dl. 100 leucócitos/mm, sendo 50% neutrófilos, 20% células mesoteliais, e 30% linfócitos. Ultrassom abdominal: ascite moderada, alteração na ecotextura hepática, fluxo hepatofugal, baço: 15 cm, derrame pleural moderado na base D. EGD: varizes de esôfago de médio calibre.
- Em relação aos dados da história e exames complementares como classificaria este quadro de ascite?
- A) Pelos dados disponíveis não é possível calcular o Gradiente de Albumina Soro-Ascite (GASA).
 - B) Ascite com GASA baixo (2,0) sendo compatível com o quadro de tuberculose peritoneal.
 - C) Ascite com GASA elevado (1,5) sendo compatível com hipertensão porta.
 - D) Ascite com GASA baixo (1,5) portanto compatível com hipertensão porta.
- 06.** Paciente masculino, branco, 35 anos, com quadro de lombalgia há 5 anos, com piora progressiva. Refere melhora da dor com exercícios e anti-inflamatórios. Tem dor noturna e rigidez matinal de 1h. Há 6 meses apresenta dor em região plantar e fadiga intensa. Nega artrite ou alteração renal. RNM de sacroilíacas mostra hiposinal em T1 e hipersinal em T2 na sequência STIR em região de sacroilíacas bilateral. HLAB27 ausente. PCR: 5,3.
- Diante do diagnóstico mais provável, a melhor abordagem terapêutica neste momento seria:
- A) Iniciar Tramadol.
 - B) Iniciar Naproxeno.
 - C) Iniciar Infliximabe.
 - D) Iniciar Sulfassalazina.

07. Sra. 24 anos, casada, do lar, natural e procedente de Fortaleza. Encontra-se na 20ª semana de gravidez, do primeiro filho, e ao realizar exames no pré-natal detectou HBsAg (+), sorologia para LUES (-), anti-HVC (-), anti-HIV 1 e 2 (-), assintomática, exame físico: sem icterícia, normocorada, eritema palmar, hepatimetria: 12 cm, borda cortante, espaço de Traube livre, hipogástrio aumento do útero compatível com 20ª semana. Extremidades sem edema. Realizou exames solicitado por hepatologista: AST: 30, ALT: 40, INR: 1,0, Prot. total: 7 g/dl, Albumina: 4 g/dl, B. total: 1,0 mg/dl, B. direta: 0,6 mg/dl, HBeAg (+), anti-HBe (-), PCR quantitativo do vírus B: 300.000 ui/mL. Na avaliação do marido: HBsAg (-), anti-HBs: 200, anti-HBc IgG (-). No último trimestre da gravidez foram repetidos os exames: AST: 25, ALT: 30, INR: 1,1, Prot. totais: 6,5 g/dl, Albumina: 4 g/dl, PCR quantitativo do vírus B: 310.000 ui/mL.

Diante destes dados qual a conduta em relação à mãe e ao bebê para evitar transmissão vertical do VHB?

- A) Fazer a profilaxia com gamaglobulina hiperimune e vacinação contra hepatite B no bebê nas primeiras 24 horas de nascido e iniciar adefovir 10mg na última semana de gestação da mãe.
- B) Fazer a profilaxia com gamaglobulina hiperimune e vacinação contra hepatite B no bebê nas primeiras 24 horas de nascido e iniciar tratamento da mãe com entecavir 0,5 mg após o nascimento.
- C) Fazer a profilaxia com gamaglobulina hiperimune e vacinação contra hepatite B no bebê nas primeiras 24 horas de nascido e iniciar tratamento da mãe no terceiro trimestre com entecavir 0,5 mg.
- D) Fazer a profilaxia com gamaglobulina hiperimune e vacinação contra hepatite B no bebê nas primeiras 24 horas de nascido e iniciar tratamento da mãe no terceiro trimestre com tenofovir 300 mg.

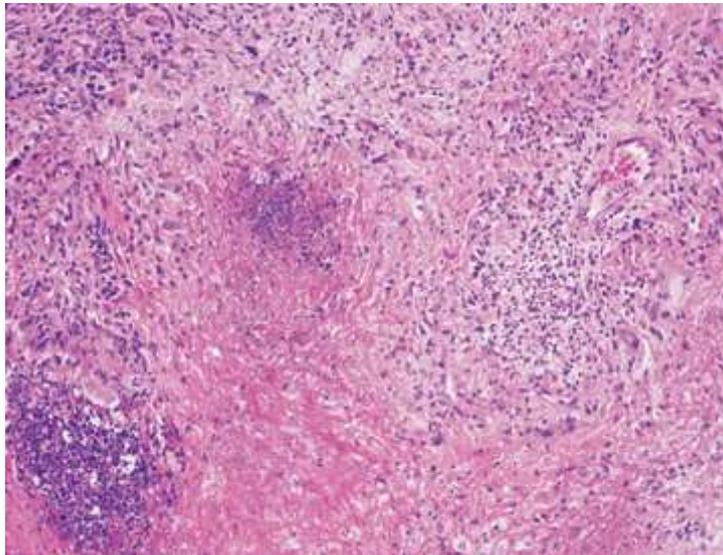
08. Paciente 45 anos, feminina, iniciou quadro de dor e edema em articulações de mãos, punhos cotovelos e joelhos há 11 meses, associado à rigidez matinal de 40 minutos. Nega boca seca, olho seco, aftas orais ou sintomas sistêmicos. Irmã tem lúpus. Nega tabagismo ou uso de álcool. Ao exame: Presença de sinovite em: punhos bilateralmente, cotovelo direito, terceira e quarta metacarpofalangeanas direitas e esquerdas, segunda interfalangeana proximal direita, terceira interfalangeana proximal esquerda e joelhos. Velocidade de hemossedimentação: 48 mm, proteína C - reativa: 6 mg/dl, fator antinuclear: 1/160 padrão nuclear pontilhado fino, fator reumatoide e anticorpo anti-peptídeo citrulinado cíclico negativos. Radiografia em AP de mãos (vide foto).



Diante do diagnóstico mais provável e do estadiamento da doença, qual a abordagem terapêutica mais adequada?

- A) Iniciar metotrexato associado à prednisona.
- B) Iniciar difosfato de cloroquina associado à prednisona.
- C) Iniciar metotrexato, sulfasalazina e cloroquina associada à prednisona.
- D) Iniciar anti-Fator de Necrose Tumoral, associado à metotrexato e prednisona.

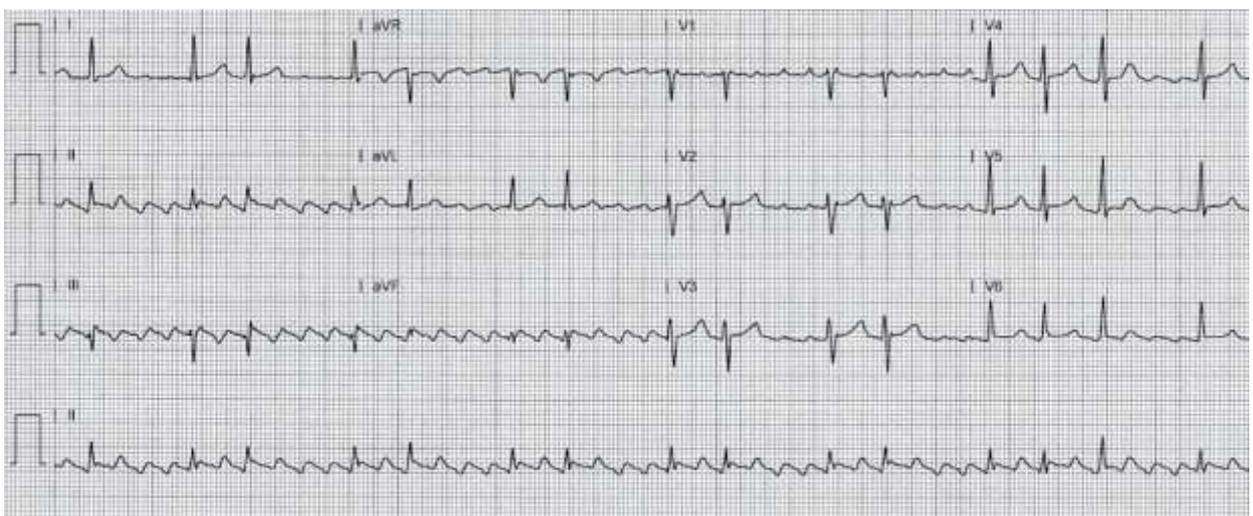
09. Paciente masculino, 42 anos, tabagista de longa data, apresenta quadro de tosse com hemoptise, febre e perda de peso há 4 meses, evoluindo há 2 meses com dispneia. Nega alterações cutâneas ou urinárias. A Tomografia de tórax evidenciou múltiplos nódulos cavitários. Realizou biópsia pulmonar (foto). Velocidade de hemossedimentação: 58 mm, Proteína C - reativa: 7,4mg/dl, Hemograma com leucocitose, Sumário de urina: normal, Creatinina: 0,8, PPD: não reator.



Conferir figura correspondente com melhor resolução no anexo (FIGURA 1)

Diante do diagnóstico mais provável, o tratamento mais apropriado seria:

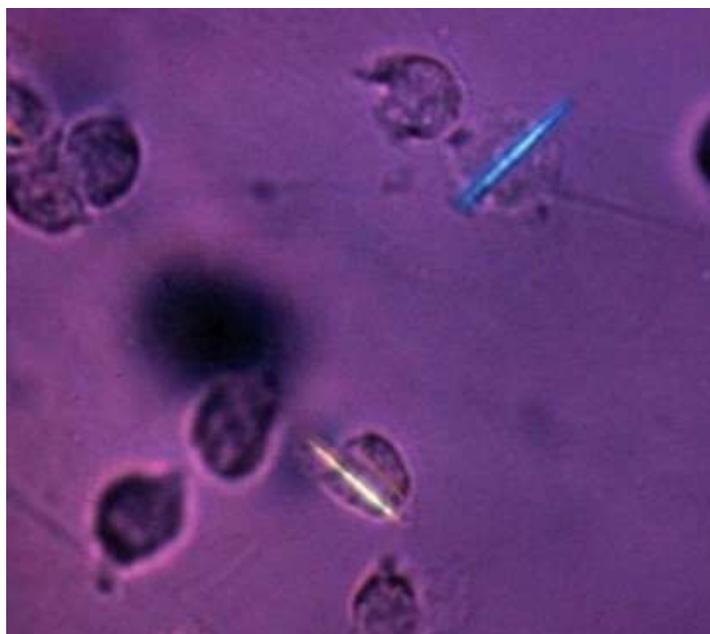
- A) Etoposídeo e Cisplatina.
 - B) Anfotericina B e Fluconazol.
 - C) Prednisona e Ciclofosfamida.
 - D) Rifampicina, Isoniazida, Pirazinamida e Etambutol.
10. Paciente 32 anos, portador de Comunicação Interatrial corrigida há 3 anos. Há 1 ano faz uso de amiodarona dose de 200 mg mas frequentemente queixa-se de palpitações e sudorese com idas a emergência sendo submetido a cardioversões elétricas em pelo menos 3-4 ocasiões. Ecocardiograma transesofágico mostrou ausência de trombos ou massas, aumento biatrial e função ventricular normal. Realizou eletrocardiograma mostrado na figura. Nega outras patologias.



Qual das opções terapêuticas abaixo estaria indicada para o quadro clínico deste paciente?

- A) Iniciar Sotalolol.
- B) Iniciar Rivaroxabana.
- C) Estudo Eletrofisiológico/Ablação Istmo Cavo Tricuspideo.
- D) Estudo Eletrofisiológico/Ablação com Isolamento de Veias Pulmonares.

11. Paciente masculino, 58 anos, procurou a emergência por quadro de dor súbita, incapacitante em joelho direito, associado à edema, rubor e calor que impossibilitava a deambulação. É hipertenso e dislipidêmico, em uso de hidroclorotiazida 25mg/dia e sinvastatina 20mg/dia. Antecedente de nefrolitíase. Ao exame: EGR, afebril, PA:140x80 mmHg, ACP: normal, artrite de joelho D. Realizada punção articular com líquido mostrado na foto. Velocidade de hemossedimentação: 35mm, Clearance de Creatinina: 29ml/min, ácido úrico: 6,5mg/dl.



Conferir figura correspondente com melhor resolução no anexo (FIGURA 2)

Considerando o diagnóstico mais provável, neste contexto o tratamento mais adequado seria:

- A) Colchicina.
 - B) Prednisona.
 - C) Alopurinol.
 - D) Naproxeno.
12. Agricultor, de 67 anos, vem à emergência com dispneia progressiva nos últimos 2 anos, associado a ortopneia, dispneia paroxística noturna e edema de membros inferiores. Realizou eletrocardiograma que mostrou ritmo sinusal, frequência cardíaca de 96bpm e presença de ondas q em toda parede anterior. Ecocardiograma mostrou fração de ejeção de 32% e hipocinesia difusa. Clearance de Creatinina 40. Potássio 5,0. Em uso de Carvedilol 50mg/dia, Captopril 150mg/dia e Espironolactona 25mg/dia. Neste contexto, qual o mecanismo de ação do medicamento que poderia ser associado ao esquema terapêutico do paciente e implicaria em redução de mortalidade?
- A) Bloqueio da Bomba de Na-K/2Cl.
 - B) Bloqueio da Bomba Na/K-ATPase.
 - C) Bloqueio do Receptor da Angiotensina.
 - D) Bloqueio Seletivo dos Canais If do Nó Sinusal.
13. Um paciente, 50 anos de idade, apresentou vários episódios de vômitos, evoluindo com fraqueza e diminuição do volume urinário. Referiu que estava em uso anti-inflamatório não-hormonal para tratamento de uma amigdalite. Ao exame físico apresentava: pressão arterial de 98/64 mmHg em decúbito dorsal e 90/52 mmHg em ortostase, pulsos finos, frequência cardíaca de 104 bpm. Exames laboratoriais parciais mostraram: ureia = 100 mg/dl e creatinina = 1,7mg/dl, sódio de 138 mEq/L; potássio: 3,8 mEq/L. Urina tipo I: densidade: 1028; pH: 5,3; elementos anormais ausentes; sedimentocopia: presença de cilindros hialinos. Qual o parâmetro laboratorial abaixo que melhor se correlaciona com o mecanismo da insuficiência renal mais provável do presente caso?
- A) Sódio urinário < 40 Meq/L.
 - B) Fração de excreção de sódio > 2%.
 - C) Osmolaridade urinária > 500mosm/Kg.
 - D) Creatinina urinária/creatinina plasmática <20.

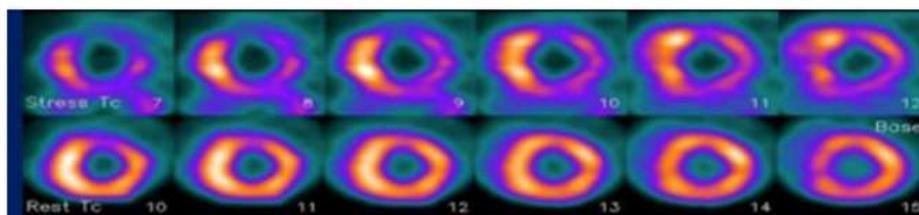
14. Jogador de basquete, de 17 anos, dá entrada no hospital com dor torácica de forte intensidade que irradia para a região dorsal, sem queixas de dispneia. O mesmo já esteve internado recentemente devido problema ocular ao qual descreve como "deslocamento de lente". Quando criança, refere ter se destacado nos esportes, devido sua altura e grande mobilidade articular. Realizou a seguinte radiografia de tórax:



Baseado no diagnóstico em questão, qual o próximo exame a ser solicitado?

- A) Angiotomografia de tórax.
 - B) Ecocardiograma Transtorácico.
 - C) Cateterismo esquerdo com Aortografia.
 - D) Cateterismo esquerdo com Coronariografia.
15. Paciente de 53 anos de idade, 70 Kg. com história de transtorno psiquiátrico e hipertensão procurou o serviço de nefrologia com queixas na boca seca, polidipsia, e poliúria. Relatou uso de carbonato de lítio, carbamazepina, prometazina e paroxetina. Sua avaliação revelou os seguintes achados: a pressão arterial era normal; creatinina plasmática = 0,8 mg / dl, ureia = 34 mg / dL, sódio = 140 mEq/L; eGFR = 92 ml / min. Sem restrição hídrica: produção de urina = 8 L / dia, osmolalidade da urina = 220 mOsm/kg; dosagem plasmática basal de vasopressina 3,8 pg/mL.
- No que se refere a principal hipótese diagnóstica, a causa mais provável e opção terapêutica são respectivamente:
- A) Carbamazepina, desmopressina.
 - B) Paroxetina, desmopressina.
 - C) Prometazina, tiazidico.
 - D) Lítio, amilorida.

16. Homem de 47 anos procura emergência devido dor torácica em aperto, com irradiação para membro superior esquerdo, de duração de 10-15 minutos que melhorava espontaneamente. É portador de Hipertensão Arterial Sistêmica, Diabetes Melitus e dislipidemia. Realizou a seguinte cintilografia (imagem A) em caráter ambulatorial. Foi solicitado coronariografia, com laudo anexo (imagem B), e após foi classificado como SYNTAX-Score de 33.



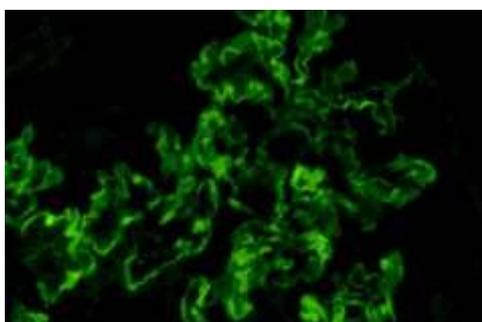
A - CINTILOGRAFIA MIOCÁRDICA - ACIMA ESTRESSE. ABAIXO REPOUSO

B- LAUDO DE CORONARIOGRAFIA DIAGNÓSTICA	
DESCENDENTE ANTERIOR	OBSTRUÇÃO DE 80% PROXIMAL, OBSTRUÇÕES NOS RAMOS DIAGONAIS MAIORES QUE 80%
CIRCUNFLEXA	OBSTRUÇÃO DE 80% PROXIMAL, OBSTRUÇÕES NOS RAMOS MARGINAIS MAIORES QUE 80%
CORONARIA DIREITA	SEM OBSTRUÇÃO

Conferir figura correspondente com melhor resolução no anexo (FIGURA 3)

Qual a conduta mais adequada a ser tomada?

- A) Cirurgia de revascularização do miocárdica.
 - B) Angioplastias com utilização de Stents Metálicos.
 - C) Angioplastias com utilização de Stents Farmacológicos.
 - D) Tratamento medicamentoso com AAS, Ticlopidina, Atenolol e Sinvastatina.
17. Paciente, sexo masculino, 30 anos de idade, relata quadro de tosse, hemoptise e dispneia há cerca de 3 meses e após um mês, quadro de hematúria macroscópica e queda da função renal. O estudo de imunofluorescência de biópsia renal evidenciou o resultado abaixo:



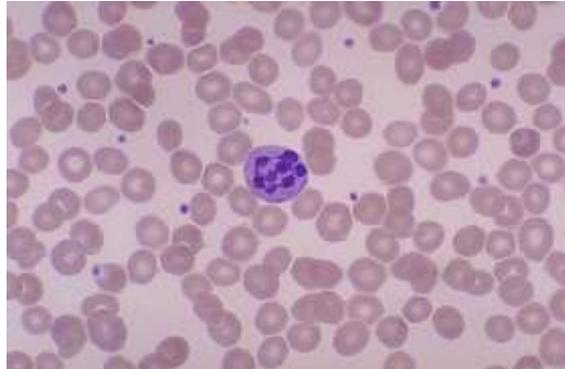
Conferir figura correspondente com melhor resolução no anexo (FIGURA 4)

A doença mais provável no caso em questão é:

- A) Doença de Goodpasture.
 - B) Poliangeíte microscópica.
 - C) Granulomatose com poliangeíte.
 - D) Crioglobulinemia mista essencial.
18. Paciente 17 anos, feminina, procura pneumologista queixando-se de dificuldade respiratória ao praticar esportes (corridas). Refere que ao final dos treinos vem apresentando "aperto no peito" e tosse, além de sibilância. Os sintomas pioram logo após o término do exercício. Tem diagnóstico de asma e vem em uso irregular de corticoide inalatório, com 2 crises noturnas de sibilância e dispneia, por semana. Dentre as opções abaixo, qual contém as estratégias mais adequadas para investigação e tratamento do provável diagnóstico nesta situação?
- A) Teste de caminhada de 6 minutos e priorizar esportes aquáticos.
 - B) Pico de fluxo expiratório pré e pós exercício e contra-indicar treinos aeróbios.
 - C) Teste de provocação com metacolina e corticoide inalatório 15 minutos antes do exercício.
 - D) Espirometria pré e pós exercício e beta agonistas de curta ação 15 minutos antes de treinos.

19. Uma paciente de 25 anos vem à consulta médica com queixa de nefrolitíase. Refere ter tido dois episódios semelhantes, porém nunca tinha realizado exames complementares. Mencionou ainda uso semanal de colecalciferol. Exame físico é normal. São requisitados os seguintes exames complementares: ureia sérica; 15 mg/dL; creatinina sérica de 1,2 mg/dL; potássio sérico de 2,9 mEq/L; cálcio sérico de 10 mg/dL; bicarbonato sérico de 20 mEq/L; cloro sérico de 112 mEq/L. Exame de urina com densidade de 1.015; pH 6,5; hemoglobina +2; proteínas – negativa, 4 hemácias por campo. Cálcio urinário de 480 mg/dL e hipocitúria. O Rx de abdome evidenciou a presença de nefrocalcinose. A causa mais provável da nefrolitíase é:
- A) Sarcoidose renal.
 - B) Uso de vitamina D.
 - C) Hipercalciúria idiopática.
 - D) Acidose tubular renal distal tipo I.
20. Paciente masculino de 37 anos iniciou com quadro de lesão cutânea com perda de sensibilidade. Procurou dermatologista que confirmou presença de três lesões em placa, hipocrômicas, com diminuição das sensibilidades térmica e tátil. Também, foi evidenciado espessamento do nervo ulnar de ambos os membros, sendo iniciado tratamento específico. Após a segunda semana de tratamento, paciente foi encaminhado desacordado à emergência do hospital após ter ingerido todos os medicamentos prescritos como tentativa de autoextermínio. À admissão, apresentava Glasgow de 9, cianose central, com saturação de O₂ (SO₂), pela oximetria de pulso, de 85%, mantida mesmo com máscara de Venturi a 50%. Foi colhido hemograma, que evidenciou Hb 11,3 g/dL, com VCM 102 fL, sem outras alterações. Gasometria arterial evidenciou PaO₂ de 252 com SO₂ 100%. Qual a terapêutica mais adequada dentre as opções abaixo para o quadro associado à maior mortalidade?
- A) Plasmaférese terapêutica.
 - B) Prescrição de azul de metileno.
 - C) Prescrição de nitroprussiato de sódio.
 - D) Transfusão simples de concentrado de hemácias.
21. Paciente masculino procura hematologista após ser encaminhado por cirurgião que evidenciou TTPa alargado (59 segundos, controle 35 segundos) em pré-operatório de colecistectomia. Relata que apresentava gengivorragia e epistaxe quando criança e que, ocasionalmente, apresenta equimoses em membros. Informa sangramento excessivo após extração dentária há dois anos, com necessidade de rebordagem pelo odontólogo. Nega outros episódios hemorrágicos. Apresenta hemograma e TAP normais e nega história familiar de sangramento. Qual o diagnóstico mais provável do distúrbio da coagulação?
- A) Hemofilia A.
 - B) Hemofilia B.
 - C) Doença de von Willebrand.
 - D) Síndrome de Bernard-Soulier.
22. Paciente de 16 anos compareceu ao ambulatório de clínica médica com queixa de mal estar e fadiga com início há duas semanas. Há dois dias com febre e odinofagia. Ao exame físico, apresentava faringite exudativa, adenomegalias cervicais simétricas, dolorosas e móveis, sendo a maior de 3 cm. Foi também esplenomegalia a 4 cm do rebordo costal esquerdo. Hemograma evidenciou Hb 11,9 g/dL, VCM 86 fL, leucócitos de 16.200/mm³, com linfocitose (9.300/mm³), e plaquetas de 310.000/mm³. Qual a abordagem diagnóstica mais indicada?
- A) Punção aspirativa do maior linfonodo identificado.
 - B) Biópsia excisional do maior linfonodo identificado.
 - C) Mielograma, com imunofenotipagem, cariótipo e biologia molecular.
 - D) Coleta de sorologia para vírus Epstein-Barr e reavaliação em uma semana.

23. Paciente feminino de 53 anos comparece a UPA queixando-se de adinamia e mal estar. Relata que o quadro se iniciou há aproximadamente um mês, evoluindo com piora progressiva. Negava febre. Ao exame físico, apresenta palidez-cutâneo mucosa, icterícia discreta, sinal de Romberg e equimoses em membros, sem outras alterações. O hemograma evidenciou hemoglobina 4,2 g/dL, volume corpuscular médio de 122 fL, leucócitos de $2200/\text{mm}^3$, com 800 neutrófilos, plaquetas de $43.000/\text{mm}^3$. A lâmina do sangue periférico está em anexo (aumento de 100x).



Conferir figura correspondente com melhor resolução no anexo (FIGURA 5)

Diante do diagnóstico mais provável, qual o tratamento a ser instituído?

- A) Glucantime.
 - B) Vitamina B12.
 - C) ATRA e Quimioterapia.
 - D) Globulina antitímocítica e Ciclosporina.
24. Paciente 47 anos, masculino, hepatopata crônico retorna a consulta para avaliação de exames solicitados previamente. Encontrava-se em avaliação para transplante hepático mas vem evoluindo com dispneia progressiva e atualmente nota-se discreta cianose de extremidades. Observou-se que a saturação medida em decúbito (94%) reduziu-se para 89% minutos após sentar-se. Traz gasometria arterial que mostra $\text{PaO}_2 = 57 \text{ mmHg}$ (colhida com o paciente em ar ambiente em altitude próxima ao nível do mar). Houve resposta parcial em relação a hipoxemia após administração de O_2 ($\text{FiO}_2 = 100\%$). A diferença alvéolo-arterial de O_2 (ar ambiente) foi de 18 mmHg.
- Qual dos mecanismos fisiopatológicos abaixo melhor justificaria o quadro do paciente?
- A) Hipóxia tissular secundária a vasodilatação sistêmica.
 - B) Shunts pulmonares por dilatação pré capilar e capilar.
 - C) Ventilação/perfusão reduzida por congestão pulmonar.
 - D) Redução da difusão de oxigênio por vasoconstricção pulmonar.
25. Paciente 54 anos, feminina, hipertensa (uso irregular de amlodipina), vem evoluindo com dispneia há 8 meses, atualmente com falta de ar aos mínimos esforços e ortopneia ocasional. Realizou ecocardiograma transtorácico que evidenciou pressão sistólica de artéria pulmonar = 57 mmHg com fração de ejeção = 54% sem valvulopatias. Retorna para o pneumologista com resultado de estudo hemodinâmico (cateterização de artéria pulmonar) que demonstrou o seguinte resultado: Pressão média de artéria pulmonar: 34 mmHg (normal até 20 mmHg) Pressão diastólica de artéria pulmonar = 28 mmHg (normal até 11,8 mmHg) Pressão de oclusão da artéria pulmonar (POAP) = 24 mmHg (normal até 10,9 mmHg) Resistência vascular pulmonar = 140 dynas.s.cm-5 (até 104 dynas.s.cm-5).
- Qual a conduta terapêutica e diagnóstica mais adequada dentre as citadas abaixo em relação ao quadro de hipertensão pulmonar desta paciente?
- A) Otimizar anti-hipertensivo e associar diurético ao esquema.
 - B) Iniciar terapia dupla sildenafil/ambrisentana e suspender amlodipina.
 - C) Iniciar bosentana e investigar etiologia da hipertensão arterial pulmonar.
 - D) Prescrever sildenafil / warfarin e solicitar cintilografia pulmonar de perfusão.

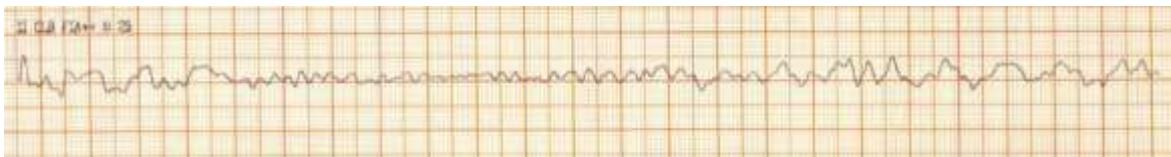
26. Paciente 46 anos, masculino, não fumante, evoluindo há 2 meses com tosse seca. Realizou radiografia de tórax em PA que mostrou opacidade para-hilar a direita, cujo perfil mostrou ser retroesternal, seguida de tomografia de tórax (imagem em anexo obtida antes da injeção do contraste endovenoso). Foi submetido à biópsia da lesão cuja microscopia evidenciou tecidos epiteliais maduros, epiderme, cartilagem e glândulas sebáceas, além de cistos.



Qual a estratégia terapêutica mais adequada para esta situação clínica?

- A) Iodoterapia radioativa.
 - B) Ressecção tumoral completa.
 - C) Quimioterapia associada a radioterapia.
 - D) Radioterapia neoadjuvante com ressecção tumoral.
27. Mulher de 71 anos, fumante (30 maços/ano), diabética, com antecedentes de ter se submetido a inserção de stent em coronária descendente anterior há 4 anos, encontrava-se em uma UTI, intubada há 6 dias. Achava-se alerta e tolerando uma ventilação com pressão de suporte de 10 cmH₂O e uma PEEP de 5 cmH₂O. Foi tentado, pela segunda vez, um teste de respiração espontânea (TRE) em tubo T, que foi interrompido aos 20 minutos por desconforto, sudorese, elevação da frequência cardíaca de 89 para 125 bpm, variação da pressão arterial sistêmica de 125x70 mmHg para 170x105 mmHg, redução da SpO₂ de 95 para 88% em uso de O₂, e mudança na frequência respiratória de 18 irpm para 33 irpm. A ausculta pulmonar no momento da intolerância ao teste evidenciou presença de ronos bilaterais e algumas crepitações grossas. O retorno à ventilação mecânica com os parâmetros ventilatórios prévios reverteu as alterações observadas em cerca de 10 minutos. Qual dos mecanismos fisiopatológicos apresentados nas opções abaixo é o mais provável para explicar o comportamento da paciente durante o TRE?
- A) Broncoespasmo.
 - B) Redução do retorno venoso.
 - C) Redução do "drive" respiratório.
 - D) Aumento da pressão capilar pulmonar.
28. Homem de 33 anos sofreu acidente automobilístico, com traumatismo crânio-encefálico, admitido em coma (Escore de Glasgow de 7), sendo intubado e transferido para a UTI onde se optou por monitorização contínua da pressão intracraniana (PIC) e da pressão arterial média invasiva (PAM). No momento, sua PAM é de 69 mmHg, após ressuscitação volêmica considerada adequada, e a PIC se encontra em 19 mmHg, com uma gasometria arterial evidenciando pH: 7,42, PaCO₂: 35 mmHg, PaO₂: 92 mmHg, SaO₂: 97% com uma FiO₂ de 50% e PEEP: 5 cmH₂O. Qual a melhor conduta terapêutica quanto à proteção de lesão cerebral secundária deste paciente, no momento?
- A) Hiperventilar.
 - B) Aumentar a PEEP.
 - C) Administrar vasopressores.
 - D) Drenar líquido cefalorraquidiano.

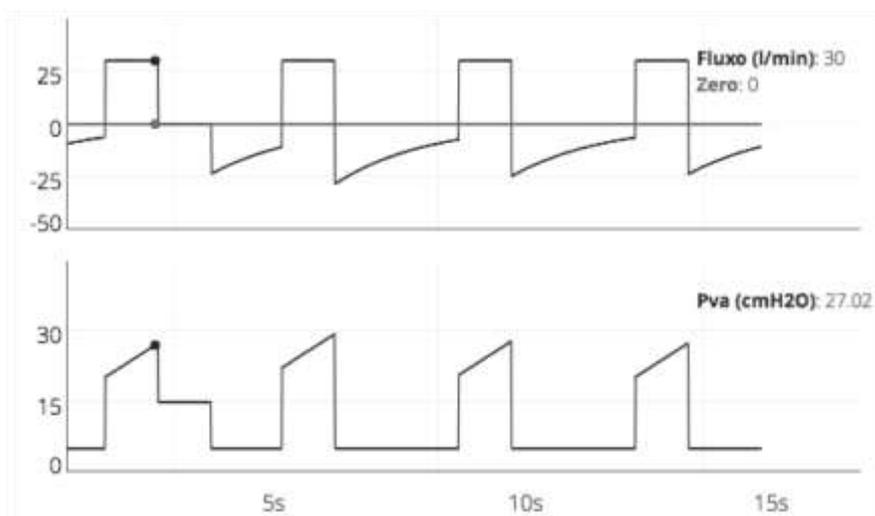
29. Paciente, 58 anos, foi trazido por familiares ao pronto-socorro em parada cardiorrespiratória. Filha relata que seu pai estava tomando café da manhã quando passou a sentir mal-estar, tontura e sudorese. Logo em seguida, ficou desacordado. Sendo assim, trouxeram-no imediatamente ao hospital mais próximo da casa deles. Ao chegar, observado ausência de pulso central e iniciado prontamente compressões torácicas eficazes, sendo obtido acesso periférico. Evidenciado o ritmo abaixo mostrado na figura, sendo submetido a tratamento elétrico em aparelho bifásico intervalado as sequências de compressões.



Conferir figura correspondente com melhor resolução no anexo (FIGURA 6)

Sobre o tratamento adequado deste tipo de parada cardiorrespiratória, marque a alternativa correta.

- A) Iniciar epinefrina na dose de 3mg , a partir daí 1mg a cada 3 minutos associada a cardioversão elétrica.
 - B) Deve-se usar atropina 1mg a cada 3 minutos e cardioversão elétrica após 2 minutos de compressões efetivas.
 - C) Deve-se usar epinefrina 1mg a cada 3 minutos. Na refratariedade aos três primeiros choques, amiodarona 300mg IV pode ser usada.
 - D) Iniciar epinefrina 1mg a cada 3 minutos, associada a sulfato de magnésio 2g em bolus após 10 minutos de ressuscitação sem sucesso.
30. Homem de 70 anos, ex-fumante, 45 maços/ano, encontra-se no primeiro dia de admissão em uma UTI por quadro de insuficiência respiratória com necessidade de intubação traqueal com piora há 3 dias da tosse com expectoração e dispneia que vem apresentando nos últimos 7 meses. O raio-x de tórax evidencia aumento de trama vascular brônquica e dos volumes pulmonares. O ventilador mecânico está programado no modo VCV e as curvas de fluxo e pressão versus tempo são apresentadas na figura abaixo. O volume corrente estava ajustado em 540ml e a PEEP em 5 cmH₂O.
Obs: Os círculos marcam o ponto para o qual são apresentados os valores de fluxo e pressão na parte direita da figura.



A partir da análise das curvas de ventilação qual a interpretação mais adequada quanto à mecânica respiratória do paciente?

- A) A resistência de vias aéreas está elevada e a complacência estática reduzida.
- B) A resistência de vias aéreas está reduzida e a complacência estática elevada.
- C) A resistência de vias aéreas e a complacência estática estão dentro da faixa de normalidade.
- D) A resistência de vias aéreas está elevada e a complacência estática dentro da faixa normal.

31. Paciente, 37 anos, sexo masculino, enfermeiro, procura atendimento médico especializado, pois relata que há dois anos vem fazendo uso constante de fentanil durante e após os seus plantões. Diz já ter desmaiado no banheiro, sendo por vezes amparado por colegas de trabalho. Frequentemente, apresenta uma vontade incontrollável de usar este tipo de fármaco, sendo que isto o faz procurar pronto-socorros simulando quadros alérgicos para obter opioide. Relata ainda que cada vez mais é necessária dose maior de fentanil para que se sinta satisfeito com o uso. Apresenta constipação, fazendo uso de laxantes diariamente, além de rinorreia e lacrimejamento excessivo nos últimos meses. Sobre o caso clínico em questão, qual a droga mais recomendável para o tratamento deste paciente dentre as opções abaixo?
- A) Codeína.
 - B) Fentanil.
 - C) Metadona.
 - D) Propiletilenoglicol.
32. Paciente do sexo feminino, 38 anos, com queixa de fraqueza em membros inferiores há dois dias, dificuldade para urinar e alteração de sensibilidade até o umbigo. Ao exame físico apresenta reflexos exaltados e sinal de Babinski bilateral. Ressonância magnética mostra lesão com hipersinal em T2 em medula torácica ao nível de T10. Solicitada ressonância magnética de crânio que revela 3 lesões com hipersinal em FLAIR periventriculares, 2 justacorticais e 1 em fossa posterior, a última com realce pós-contraste, compatíveis com desmielinização/gliose/infartos incompletos. Nega outros sinais ou sintomas. Qual o diagnóstico mais provável dessa paciente?
- A) Vasculite Lúpica.
 - B) Esclerose Múltipla.
 - C) Síndrome de Guillain Barré.
 - D) Mielite Transversa Idiopática.
33. Paciente de 19 anos dá entrada na Emergência com quadro de fraqueza iniciada há 5 dias em membros inferiores, há 2 dias com fraqueza de membros superiores e há um dia com desvio de rima labial para a direita. Queixa-se de dor nas pernas no início do quadro, nega acometimento esfinteriano. Ao exame neurológico é vista uma tetraparesia com reflexos abolidos em membros inferiores, reflexos hipoativos em membros superiores, alteração de sensibilidade superficial em ambos os pés e paralisia facial bilateral, mais pronunciada à esquerda. Qual o diagnóstico mais provável deste paciente?
- A) Mielite Transversa.
 - B) Acidente Vascular Cerebral.
 - C) Síndrome de Guillain-Barré.
 - D) Encefalite de tronco cerebral.
34. Paciente de 59 anos, hipertenso, dislipidêmico, diabético e tabagista, chega à Emergência com história de fraqueza súbita no lado direito do corpo e alteração de fala há cerca de 5 horas. TC de crânio s/contraste mostra: Hipodensidade acometendo ínsula e lobo frontal à esquerda. Doppler de carótidas e vertebrais revela oclusão completa da artéria carótida interna esquerda e estenose. Dentre as opções abaixo qual a conduta terapêutica mais adequada ao caso?
- A) Trombólise seguida de anticoagulação com heparina.
 - B) Anticoagulação com heparina seguida de anticoagulação oral.
 - C) Antiagregação plaquetária simples e tratamento dos fatores de risco.
 - D) Angioplastia ou endarterectomia da artéria carótida interna esquerda.
35. Paciente, 52 anos, sexo feminino, foi encaminhada ao ambulatório de Endocrinologia por suspeita de nódulo palpável de tireoide. Relata palpitações esporádicas. Ao exame: pescoço: nódulo palpável em lobo direito da tireoide medindo em torno de 2cm. Exame cardiorrespiratório normal. Observa-se ainda tremor fino de extremidades. A paciente trouxe resultados de exames solicitados pelo médico anterior: hemograma normal, plaquetas 250mil, TSH 11,8mU/L (valor normal 0,3 e 4,0 mU/L). Assinale a alternativa correta, avaliando melhor custo-efetividade, para o próximo passo diagnóstico da paciente citada.
- A) Ultrassonografia de tireoide.
 - B) Ressonância magnética cervical.
 - C) Cintilografia de tireoide com iodo 131.
 - D) Acompanhamento com tomografia semestral.

36. Paciente, 67 anos, deu entrada no pronto-socorro com história de há uma semana vir apresentando adinamia, febre, sonolência e diminuição da ingestão de água. Há 1 dia, passou a apresentar confusão mental, sendo trazido ao hospital por parentes. Ao exame: mau estado geral, acianótico, anictérico, febril ao toque, desidratado 3+/4+, normocorado, desorientado. Neurológico: Glasgow 14/15, confuso, sem déficit motor. Exame cardiorrespiratório normal; FC 118 bpm. PA: 90 x 60 mmHg, frequência respiratória 32 irrm. Exame abdominal sem alterações. Exames laboratoriais: Hb 14,9g/dL, Ht 45%, leucócitos 14300/mm³(3600-11000) neutrófilos 12400/mm³, linfócitos 1600/mm³, monócitos 200/mm³ e eosinófilos 100/mm³, plaquetas 550mil, Ur 153mg/dL, Cr 1,9mg/dL, Na 147mEq/L, K 4,0mEq/L; glicemia: 870mg/dL. Gasometria em ar ambiente: ph 7,32; PaO₂: 80 mmHg bicarbonato, 14meq/L; BE -5,0; PaCO₂ 30 mmHg.

Qual o tratamento mais adequado para o caso clínico em questão, dentre as alternativas abaixo?

- A) Infusão de soro fisiológico 0,9% seguido de insulina endovenosa.
- B) Infusão de fase rápida de potássio e hidratação vigorosa até controle glicêmico.
- C) Infusão de solução de glico-insulina e hidratação vigorosa com soro fisiológico.
- D) Infusão imediata de 3 litros soro com sódio a 0,45% seguido de insulina subcutânea basal-bolus.

37. Paciente, sexo feminino, 38 anos, relata que iniciou quadro de hipertensão há dois anos, atualmente com necessidade de quatro anti-hipertensivos em dose plena para controle parcial dos níveis tensionais. Notadamente, há aproximadamente seis meses vem apresentando palpitações, cefaleia e crises de rubor facial e de tronco associado a sudorese. Foi então que procurou atendimento médico, sendo iniciada investigação para o caso clínico. TSH 2,8mU/L (valor normal 0,3 e 4,0 mU/L). Dosagem de metanefrina sérica 318 pg/mL (valor normal radioimunoensaio < 65pg/mL). Apresenta ainda eletrólitos, dosagem de cortisol basal e teste de supressão com dexametasona, atividade da renina plasmática todos normais. Ao eco doppler renal não evidenciada estenose arterial.

Realizou ressonância de abdome que evidenciou o achado abaixo.



Conferir figura correspondente com melhor resolução no anexo (FIGURA 7)

Relacionado ao caso clínico citado, assinale a alternativa mais adequada quanto ao preparo pré-operatório desta paciente.

- A) Iniciar alfa-bloqueador, hidratação abundante e estimular ingestão de sal.
- B) Iniciar inibidor da enzima conversora de angiotensina e beta-bloqueador.
- C) Iniciar glicocorticoide 1mg/kg de peso, associado a betabloqueador e restrição hídrica.
- D) Iniciar benzodiazepínico associado a beta-bloqueador, restrição hídrica e dieta hipossódica.

38. Um agente penitenciário de 45 anos, procedente de Fortaleza-CE, procura a orientação de um pneumologista sobre que conduta tomar após ter realizado um teste tuberculínico (PPD) há 3 dias, orientado pelo serviço médico do seu local de trabalho. A leitura do teste mostrou uma induração de 10 mm. O paciente encontra-se assintomático e traz radiografia de tórax realizada no dia da consulta, sem alterações. Encontra-se preocupado com o resultado do exame tendo em vista que 2 meses atrás foi submetido a teste tuberculínico, cujo resultado foi não reator (0 mm). Qual das opções abaixo, descreve a conduta mais adequada para esta situação clínica?
- A) Manter conduta expectante por conta da ausência de sintomas.
 - B) Prescrever tratamento para tuberculose latente com Isoniazida.
 - C) Repetir teste em 8 semanas pois trata-se provavelmente de efeito booster.
 - D) Iniciar tratamento para tuberculose com o esquema de 4 drogas vigente no país.
39. Paciente 16 anos, masculino, procura atendimento em posto de saúde com febre, odinofagia e adinamia. Os sintomas iniciaram há 3 dias, mas há cerca de uma semana o paciente vem se queixando de fadiga. Ao exame físico, encontra-se em regular estado geral, com sinais vitais normais exceto por temperatura axilar = 37,9 °C. Palpam-se linfonodomegalias em cadeias cervicais posteriores bilaterais, dolorosas, móveis, com cerca de 1-2 cm de diâmetro. Orofaringe com hiperemia amigdaliana e secreção exsudativa associada. Restante do exame físico normal. Foi orientado a usar antitérmicos, mas retornou 01 semana depois com melhora da febre e adenomegalias, mas ainda com odinofagia e adinamia e apresenta traube ocupado e baço palpável há 3 cm do RCE. Quais as condutas diagnósticas e terapêuticas mais adequadas dentre as opções abaixo?
- A) Iniciar aciclovir por via oral por 7 dias e reavaliar clinicamente.
 - B) Prescrever ampicilina por via oral por 7 dias e reavaliar clinicamente.
 - C) Solicitar avaliação de hematologista e punção aspirativa de linfonodo.
 - D) Solicitar hemograma/ anticorpos heterófilos e manter medicação sintomática.
40. Mulher de 52 anos encontra-se há 17 dias na UTI por um quadro de choque séptico secundário a uma pneumonia adquirida na comunidade e insuficiência respiratória aguda com necessidade de suporte ventilatório mecânico invasivo. Na admissão, apresentava opacidades pulmonares bilaterais de padrão alveolar no raio-X de tórax. Na ocasião, a gasometria arterial mostrava uma PaO₂ de 83 mmHg com uma FiO₂ de 60%, com uma PEEP de 10 cmH₂O. Evoluiu com reversão do choque e, no momento, segue em ventilação mecânica, traqueostomizada, e tem uma PaO₂ de 90 mmHg com uma FiO₂ de 50%, ainda com uma PEEP de 10 cmH₂O. O raio-X de tórax mostra agora opacidades bilaterais mas com predomínio de padrão intersticial e redução de volumes pulmonares. Considerando-se o quadro respiratório atual, que estratégia ventilatória ou terapêutica é recomendável dentre as opções abaixo?
- A) Redução da FiO₂ e da PEEP.
 - B) Posição prona por 16 horas consecutivas.
 - C) Administração de bloqueador neuromuscular.
 - D) Manobra de recrutamento alveolar com altas pressões.