



PROGRAMA PRÉ-REQUISITO: CLÍNICA MÉDICA

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

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. A Folha de Respostas do participante será disponibilizada em sua área individual na data estabelecida no Anexo I, conforme subitem 11.20 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!

Fortaleza, 02 de novembro de 2023.

Inscrição

Sala

- 01.** Homem, 53 anos, procura atendimento médico por apresentar dormência em mãos e pés há mais de um ano. Ao exame, percebe-se infiltração de face, madarose, acentuação dos sulcos cutâneos e espessamento dos lóbulos de orelha, além de espessamento de nervos auricular magno, ulnar e tibial posterior, bilateralmente. Diante do caso clínico descrito, qual exame possui alta especificidade para confirmar o diagnóstico mais provável do paciente acima?
- A) Ultrassonografia de nervos periféricos.
 - B) Eletroneuromiograma dos quatro membros.
 - C) Baciloscopia direta em raspado intradérmico.
 - D) Sorologia antiantígeno glicolípídeo-fenólico (PGL) 1.
- 02.** Mulher, 58 anos, procura atendimento médico de emergência por apresentar múltiplas "feridas na boca e no corpo". O quadro teve início há 3 semanas, com surgimento de erosões em mucosa oral bastante dolorosas. Paciente fez uso de dipirona, sem melhora da dor. Após uma semana, notou bolhas flácidas em tronco, face, couro cabeludo e região proximal dos membros que rompiam facilmente. Ao exame, o sinal de Nikolsky estava presente e não havia sinais clínicos de infecção secundária. Exame histopatológico de bolha do tronco revelou acantólise na camada supra-basal da epiderme, além de infiltrado inflamatório misto. Diante do caso apresentado, qual a conduta terapêutica a ser tomada neste momento e o diagnóstico provável da paciente?
- A) Suspende dipirona, por se tratar de necrólise epidérmica tóxica.
 - B) Iniciar prednisona 1 mg/kg/dia, para tratamento de pênfigo vulgar.
 - C) Suspende glúten da dieta, para controle de dermatite herpetiforme.
 - D) Iniciar dapsona 100 mg/dia, para tratamento de penfigoide bolhoso.
- 03.** Mulher, 35 anos de idade, procura atendimento médico na UPA devido a cefaleia há 3 horas. A dor iniciou-se quando estava no seu trabalho e teve um piora gradual, atualmente holocraniana, pulsátil, de moderada intensidade associada a náuseas. Não usou nenhum analgésico até então nesta crise. Refere vários episódios prévios semelhantes nos últimos dias que melhoravam ao usar paracetamol. Apresentou episódio de vômito no início do atendimento. Ao exame pressão arterial 140x80mmHg, pulso de 90 batimentos por minuto, sem alterações em exame neurológico. O tratamento indicado, imediatamente, é a administração endovenosa de:
- A) dipirona 1g.
 - B) morfina 2mg.
 - C) clorpromazina 25mg.
 - D) dexametasona 10mg.
- 04.** Homem de 64 anos, hipertenso, diabético, com ateromatose de carótidas documentada, em uso de rosuvastatina 20mg, chegou à emergência com afasia iniciada hoje, evoluindo com recuperação completa após 45 minutos. Realizada TC de crânio sem contraste, na urgência, foi normal. Ao exame PA 150/95, FC 96, FR 20 Sat 96% em ar ambiente ACP fisiológica, extremidades bem perfundidas. Exame neurológico sem achados. Além de iniciar a investigação do mecanismo envolvido no quadro descrito, qual tratamento deve ser iniciado de imediato?
- A) Ácido acetilsalicílico ou clopidogrel.
 - B) Ácido acetilsalicílico e clopidogrel.
 - C) Anticoagulação com rivaroxabana.
 - D) Anticoagulação com heparina.
- 05.** Paciente masculino, 55 anos, caminhoneiro, obeso (IMC=41kg/m²) e hipertenso, realizou exame de polissonografia de noite inteira que demonstrou tempo total de sono de 7 horas, eficiência do sono maior que 85%, índice de apneia e hipopneia de 55,0 eventos obstrutivos por hora e saturação mínima de oxigênio de 65% (relacionada aos eventos respiratórios). Qual o diagnóstico e o respectivo tratamento?
- A) Síndrome hipoventilação-obesidade e uso de aparelho de pressão bi nível.
 - B) Apneia obstrutiva do sono moderada e cirurgia de uvulopalatofaringoplastia.
 - C) Apneia obstrutiva do sono grave e uso de aparelho de pressão positiva contínua.
 - D) Hipoventilação alveolar de origem central e uso de aparelho de pressão positiva contínua.

- 06.** Mulher, médica, 56 anos, procura atendimento devido à dificuldade de memória iniciada há dois anos. Inicialmente, esquecia onde tinha colocado objetos em casa, assim como o nome de alguns remédios que ia prescrever. Nos últimos seis meses, segundo o esposo, ela passou a ter dificuldade em dirigir, se perdendo em trajetos conhecidos, assim como passou a necessitar de suporte para usar seu aplicativo do banco, como também, a ter mais dificuldade durante a realização de suas consultas médicas. Sem antecedentes patológicos pessoais. Sem uso de medicação. Mãe faleceu devido doença de Alzheimer que se iniciou aos 60 anos e tem uma irmã que foi diagnosticada com o mesmo quadro aos 59 anos. Na avaliação cognitiva tem mini-exame do estado mental de 22 pontos. Sem outras alterações. Exames laboratoriais de triagem normais e ressonância magnética de crânio com atrofia de hipocampo e parietais maiores que o esperado para a idade. Em relação à principal suspeita diagnóstica, a paciente gostaria de saber qual exame adicional poderia ser realizado e qual(is) alterações seriam encontradas que melhorariam a acurácia diagnóstica.
- A) Tomografia com emissão de positron (PET) cerebral com FDG, evidenciando hipometabolismo fronto-temporal.
 - B) Estudo do liquor, evidenciando diminuição de beta-amiloide 42 e aumento de proteína TAU fosforilada.
 - C) Estudo do liquor, evidenciando aumento de beta-amiloide 40 e diminuição de proteína TAU total.
 - D) Dosagem plasmática de neurofilamentos de cadeia leve, evidenciando diminuição destes.
- 07.** Mulher de 30 anos, assintomática, sem história de doenças prévias, comparece a consulta médica, com resultado de ultrassonografia de tireoide que revelou tireoide com volume levemente aumentado, ecotextura difusamente heterogênea, com nódulo misto esponjiforme, com margens regulares, sem invasão extratireoidiana, sem microcalcificações, localizado em terço superior do lobo direito, medindo 1,6 x 1,5 x 1,2 cm. Não há linfonodomegalias cervicais. Não realizou outros exames. Relata que a sua mãe faz uso de levotiroxina e que também tem nódulos de tireoide. O próximo exame a ser solicitado na investigação diagnóstica da paciente é:
- A) Cintilografia de tireoide.
 - B) Dosagem de tireoglobulina.
 - C) Dosagem do hormônio tireoestimulante (TSH).
 - D) Punção aspirativa por agulha fina (PAAF) do nódulo de tireoide.
- 08.** Mulher de 38 anos, portadora de artrite reumatoide há 2 anos, em uso regular de metotrexato e ácido fólico, completou desmame de prednisona há 2 semanas. Procurou atendimento pois iniciou há 6 dias adinamia intensa, febre, dor abdominal, náuseas e diarreia, sem sangue ou muco. Ao exame, PA 90X50 mmHg, FC 81 bpm, temperatura 37,9 °C, FR 16 irpm, lentificada, ausculta cardiopulmonar normal, abdome doloroso sem irritação peritoneal. Traz os seguintes exames: hemoglobina de 12,8 g/dl, leucócitos de 8600 /mm³, neutrófilos 3200 /mm³, eosinófilos 920/mm³ e linfócitos 4400/mm³, plaquetas de 242000 /mm³, ureia 32 mg/dl, creatinina de 0,9 mg/dl, sódio 126 mmol/l, potássio 4,9 mg/dl, proteína C reativa 0,8 mg/dl, VHS 26. Diante do caso acima, a primeira conduta a ser realizada nesse momento é:
- A) Administrar hidrocortisona.
 - B) Infundir solução salina à 3%.
 - C) Prescrever antiparasitários.
 - D) Começar ceftriaxona.
- 09.** Homem de 50 anos, portador de dislipidemia, Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2) há 1 ano. Sem queixas no momento e assintomático. Há 6 meses em uso de losartana 100 mg/dia, atorvastatina 40 mg/dia, empaglifozina 25 mg/dia e metformina XR 2 g/dia. Ao exame físico: bom estado geral, acantose nigricans cervical e axilar, pressão arterial 126/74 mmHg, peso 69 Kg, IMC 27 Kg/m², circunferência abdominal 96 cm, sem outros achados relevantes. Exames realizados há 3 meses: creatinina (Cr) 1,3 mg/dL, glicemia de jejum (GJ) 101 mg/dL, albuminúria 340 mg/g. Realizou novos exames laboratoriais e veio para avaliação: Hemoglobina 13 g/dL, Cr 1,5 mg/dL, ureia 40 mg/dL, potássio 4,0 mEq/L, GJ 99 mg/dL, HbA1c 6,7%, albuminúria 320 mg/g, sumário de urina sem glicosúria nem proteinúria. Diante dos dados apresentados, qual medicação deve ser prescrita para otimizar os cuidados desse paciente com DM2?
- A) Captopril.
 - B) Eplerenona.
 - C) Finerenona.
 - D) Espironolactona.

10. Paciente de 75 anos portador de neoplasia de próstata com metástase óssea, lesões líticas em coluna lombar e arcos costais. Faz acompanhamento ambulatorial, em programação de orquiectomia. Está em uso de codeína 30mg de 6 em 6 horas para analgesia. Procura a emergência com queixa de constipação e dor lombar de intensidade 8 em 10. A conduta adequada em relação a analgesia, além da prescrição de laxativo, é:
- A) Aumentar codeína para 60mg de 6 em 6 horas e associar dipirona.
 - B) Trocar codeína por morfina 5mg de 4 em 4 horas e associar dipirona.
 - C) Trocar codeína por tramadol 50mg de 6 em 6 horas e associar anti-inflamatório.
 - D) Trocar codeína por metadona 20mg de 12 em 12 horas e associar pregabalina e dipirona.
11. Paciente masculino, 70 anos, portador de osteoporose, trazido pela família para avaliação devido episódios de quedas (duas quedas nos últimos seis meses), sem causa aparente. Nega tonturas ou precipitantes identificáveis. Relata estar menos disposto que antes, saindo menos e ficando mais restrito ao domicílio. Em uso de alendronato sódico e citrato de cálcio. Ao exame, apresenta sinais vitais normais, peso: 70 Kg (era de 75kg há seis meses) e índice de massa corpórea: $24,5\text{kg/m}^2$, circunferência da panturrilha: 30cm. Marcha com instabilidade aparente e teste do sentar e levantar por 5 vezes em 18 segundos. Considerando o processo subjacente ao quadro, qual avaliação adicional poderia estimar a gravidade?
- A) Avaliação da força de preensão palmar.
 - B) Mensuração da velocidade de marcha.
 - C) Avaliação bioquímica nutricional.
 - D) Realização de bioimpedância.
12. Paciente feminina, 65 anos, tabagista, portadora de artrite reumatoide sem seguimento, vem para avaliação ambulatorial. Queixa-se de dores em região lombar que vêm se agravando nos últimos meses, chegando a impedi-la de realizar atividades domésticas. Relata uso regular de alendronato sódico 70mg/sem há 2 anos, além de prednisona 20mg/dia para controle da artrite, citrato de cálcio 500mg (2 comprimidos por dia) e vitamina D 10000UI/semana. Radiografia de coluna de 6 meses atrás mostrava osteófitos somente e nova radiografia realizada, agora, mostra achatamento em cunha das vértebras L2 e L4, compatível com fraturas vertebrais. Nega traumas ou quedas. Considerando os dados fornecidos, qual droga traria maior benefício à paciente?
- A) Teriparatide.
 - B) Denosumabe.
 - C) Ácido zoledrônico.
 - D) Risedronato sódico.
13. Mulher de 30 anos comparece à consulta no ambulatório de infectologia interessada em iniciar PrEP (profilaxia pré-exposição) para HIV. Nega comorbidades e possui sorologia negativa para HIV. Tem união estável com homem de 40 anos soropositivo, em uso regular de Tenofovir + Lamivudina + Dolutegravir e carga viral indetectável há 2 anos. O casal planeja ter filhos em breve. De acordo com as recomendações atualmente vigentes no Brasil, qual o esquema recomendado de PrEP para essa paciente?
- A) Tenofovir + Lamivudina.
 - B) Tenofovir + Entricitabina.
 - C) Tenofovir + Lamivudina + Dolutegravir.
 - D) Tenofovir + Entricitabina + Dolutegravir.
14. Jovem de 20 anos procurou a emergência com queixa de cefaleia e dor cervical, de forte intensidade (EVA 9), sem irradiação, associada à febre, prostração e com calafrios de início há 2 dias. Ao exame físico, apresentava estado geral ruim, com desorientação temporal e espacial, frequência cardíaca de 109 bpm, pressão arterial de 130x90 mmHg, temperatura de 39°C , saída de secreção purulenta em ouvido direito e rigidez nucal com sinais de Brudzinski positivo, Lasegue e Kernig negativos. Quanto à melhor opção terapêutica, deve-se prescrever:
- A) Ceftriaxona 2g EV 12/12h agora e, após 12 horas da primeira dose, associar dexametasona EV.
 - B) Ceftriaxona 1g EV 12/12h agora e, em até 6 horas após primeira dose, associar dexametasona EV.
 - C) Ceftriaxona 1g EV 12/12h agora e, imediatamente após primeira dose, associar dexametasona EV.
 - D) Dexametasona endovenosa (EV) agora e, logo após a primeira dose, iniciar ceftriaxona 2g EV 12/12h.

15. Homem de 55 anos, procedente de Guaramiranga-CE, comparece a ambulatório de clínica médica com queixa de úlcera indolor há 1 mês em face posterior da coxa direita. Nega qualquer outra queixa. Comorbidades: portador de hipertensão arterial, Diabetes Mellitus tipo II, dislipidemia e doença renal crônica não dialítica. Taxa de filtração glomerular mais recente: 15 mL/min. Nega contato com animais. Ao exame (imagem): não há drenagem de secreção, lesões satélites ou linfonodomegalias.



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

- Considerando a principal hipótese diagnóstica para o caso, qual seria a droga de escolha para esse paciente?
- A) Miltefosina.
 - B) Itraconazol.
 - C) Anfotericina B Lipossomal.
 - D) Antimoniato de N-Metil-Glucamina.
16. Adolescente do sexo feminino, 16 anos de idade, com história de febre persistente há três dias, acompanhada de mialgia e cefaleia. Recebeu diagnóstico de “suspeita de dengue” na Unidade de Saúde em que foi previamente atendida. A mãe refere que a adolescente está piorando, mesmo após o fim do quadro febril, no dia, anterior. No quinto dia após início dos sintomas, foi levada à emergência com dor abdominal intensa e contínua, vômitos persistentes, febre e sonolência. Durante o exame físico, foram identificadas hepatomegalia dolorosa, petéquias em mucosa oral e PA=110x60mmHg. Baseado na classificação de risco, a qual grupo a paciente pertence e qual a terapia de suporte imediata a ser realizada?
- A) Grupo A, hidratação oral de 80ml/kg/dia, sendo 1/3 com solução salina oral e 2/3 com ingestão de líquidos caseiros.
 - B) Grupo B, hidratação oral supervisionada de 80ml/kg/dia, sendo 1/3 administrado em 4 horas com solução salina.
 - C) Grupo C, hidratação IV imediata de 20ml/kg/h, com soro fisiológico ou Ringer lactado.
 - D) Grupo D, administração IV imediata de plasma fresco na dose de 10ml/Kg.
17. Paciente de 55 anos, masculino, procura atendimento por queixa de astenia. Não tem doenças crônicas e fuma 1 maço de cigarro por dia desde os 25 anos. O exame físico é normal, exceto por palidez de mucosas (++/4). Exames laboratoriais iniciais mostram hemograma com Hb=8,9g/dL (VCM=89fL), com hemácias em rouleaux, sem outras alterações. VHS=102mm, Cr=2,3mg/dL, Ur=80mg/dL, Cálcio=11mg/dL, Albumina=3,9g/dL. Não havia alterações de outros eletrólitos. Sumário de urina normal. Inventário ósseo com radiografias simples detectou lesões puramente líticas difusas.
- Considerando a hipótese diagnóstica mais provável, qual o próximo exame a ser solicitado e que seria capaz de elucidar o diagnóstico?
- A) Colonoscopia.
 - B) Tomografia de tórax.
 - C) Antígeno prostático específico.
 - D) Eletroforese de proteínas séricas.

18. Mulher de 46 anos comparece ao Pronto Socorro com relato de cefaleia, astenia e fadiga progressivas há 7 dias. Não tem antecedentes mórbidos relevantes. No exame físico, há icterícia (++/4+), palidez (+++/4+), e um baço palpável a 2 cm do rebordo costal esquerdo. Exames iniciais mostram hemoglobina 6,8 g/dL, volume corpuscular médio de 98 fL, leucócitos 12.500/mm³, plaquetas 168.000/mm³, reticulócitos 130.000/mm³ e bilirrubina indireta 3,0 mg/dL. Quais dos exames abaixo definem o provável diagnóstico?
- A) Mielograma e K39.
 - B) Teste de Coombs e LDH.
 - C) Esquizócitos e ADAMTS13.
 - D) Vitamina B12 e homocisteína.
19. Paciente sexo masculino, 48 anos, tabagista, com história de infarto agudo do miocárdio há 2 meses, tendo realizado angioplastia com colocação de stent farmacológico. Em uso de AAS 100mg/dia e clopidogrel 75mg/dia desde então. Trazido para emergência por familiares, sonolento, com história de início de hematêmese há 8 horas, com múltiplos episódios eméticos. Ao exame, apresenta-se pálido 3+/4+, hipotenso (PA 80x40mmHg) e taquicárdico (FC 132bpm). Foi realizada expansão volêmica com solução fisiológica 1000mL, sem melhora dos sinais vitais e coletados exames laboratoriais, com os seguintes resultados: Hemoglobina 5,1g/dL (VR: homem ≥13g/dL) Plaquetas 88mil (VR ≥150mil) TTPa 36s R 1,28 (controle: 28s R 1,20) TAP 15s R 1,23 (controle: 12s R 1,20) fibrinogênio 201mg/dL (VR ≥150mg/dL). Além da transfusão de concentrado de hemácias, que outro(s) hemocomponente(s) deve(m) ser prescrito(s) nesse momento?
- A) Crioprecipitado.
 - B) Plasma e crioprecipitado.
 - C) Concentrado de plaquetas.
 - D) Concentrado de plaquetas e plasma.
20. Homem, 22 anos, previamente hígido, busca emergência por apresentar há cerca de 1 hora dispneia súbita, dor torácica tipo pleurítica e hemoptise. Refere que pai teve morte súbita aos 38 anos. Ao exame físico, o paciente apresentava frequência cardíaca 132bpm, frequência respiratória 36irpm, oximetria de pulso 86%. Eletrocardiograma evidenciou taquicardia sinusal. Radiografia de tórax com oligoemia e retificação do tronco da artéria pulmonar. Gasometria arterial apresentava PaO₂ 58mmHg e SaO₂ 83% em ar ambiente. Paciente foi submetido a angiotomografia de tórax que revelou falha de enchimento parcial dos vasos pulmonares centrais, sendo iniciada anticoagulação com heparina de baixo peso molecular. O(s) momento(s) oportuno(s) e os exames a serem solicitados para investigação do quadro incluem:
- A) Dosagem de proteínas C, S e antitrombina após término do período de anticoagulação terapêutica.
 - B) Dosagem de proteínas C, S e antitrombina e mutações dos genes dos fatores II e V neste momento inicial.
 - C) Dosagem de proteínas C, S e antitrombina após 3 semanas de atingido INR na faixa terapêutica pelo uso de varfarina.
 - D) Pesquisa de anticoagulante lúpico e anticardiolipina neste momento inicial e repetir após 12 semanas para confirmação.
21. Homem de 45 anos foi diagnosticado com FA paroxística em um ECG, após apresentar sintomas súbitos de dispneia. Relata dois episódios prévios dessa arritmia com retorno espontâneo ao ritmo sinusal. É obeso e asmático. No exame físico do sistema cardiovascular, não foram observadas anormalidades e o Ecocardiograma Transtorácico não evidencia cardiopatia estrutural. Com base no provável mecanismo fisiopatológico da FA da paciente em questão, qual seria a melhor intervenção médica para reduzir os efeitos deletérios dessa arritmia sobre o remodelamento atrial?
- A) Controle do ritmo.
 - B) Ablação por cateter.
 - C) Cardioversão elétrica.
 - D) Controle da frequência cardíaca.
22. Homem de 72 anos apresenta perda ponderal de 10kg (70kg - > 60kg) em 3 meses acompanhada de icterícia importante e prurido intenso, já com múltiplas escoriações. Refere ainda colúria e acolia fecal. Considerando os dados do caso, qual a provável etiologia da icterícia do paciente?
- A) Cirrose hepática.
 - B) Tumor de Klatskin.
 - C) Anemia hemolítica.
 - D) Neoplasia periampolar.

23. Homem, 45 anos, agricultor, com história de dor lombar há 1 ano, evoluindo há 6 meses com dor e edema em articulações de mãos, joelhos e tornozelos, associado a rigidez matinal de 1 hora. Há 3 meses, queixa-se de vermelhidão ocular com sensação de "areia" nos olhos e aftas orais. Nega alterações cutâneas. Irmã tem Lúpus. Ao exame: PA: 120x80mmHg, ACP: normal, artrite de metacarpofalangeanas, interfalangeanas proximais e tornozelos bilaterais. Teste Patrick/FABERE negativo, teste de Gaeslen negativo pra dor. Exames laboratoriais: Hemograma, função renal e hepática normais. VHS: 60mm1h, PCR: 5mg/dl, FAN: 1/80 padrão nuclear pontilhado, fino, denso, FR: 60, HLA-B27: não detectado. Com relação a fisiopatogenia, qual a principal citocina envolvida, sendo alvo terapêutico eficaz nessa doença?
- A) IL-17
 - B) IL -23
 - C) INF- α
 - D) TNF- α
24. Homem, 59 anos, ex-fumante, relata febre, mialgia, seguida de tosse expectoração em pouca quantidade, dor torácica há 7 dias e dispneia leve há 2 dias. Negava cardiopatias ou pneumopatias prévias. EGR, alerta, fala entrecortada PA:100 x 70. P:115 regular f:30 irpm SpO₂ 87% em ar ambiente. Temp.: 38°C. Por não responder bem ao uso de máscara de reservatório 10l/min foi intubado de urgência. A gasometria arterial coletada com FIO₂ de 60% e PEEP de 5cmH₂O 30 minutos após ajustes do ventilador mecânico mostra pH 7,47 PaCO₂ 33mmHg PaO₂ 81mmHg SaO₂ 97% HCO₃⁻ 19 mEq/l BE:-3. A radiografia de tórax mostrava opacidades alveolares e intersticiais difusas bilaterais sem evidências de derrame pleural ou aumento evidente da área cardíaca. Do ponto de vista histopatológico, que achados são esperados nas regiões pulmonares mais afetadas nesse paciente?
- A) Fibrose pulmonar com faveolamento de permeio.
 - B) Bronquiectasias de tração e formação de cistos aéreos.
 - C) Edema alveolar e intersticial e presença de membrana hialina.
 - D) Pneumonia organizada com neoformação vascular e infiltrado linfocitário.
25. Homem de 39 anos apresenta lombalgia associada a incontinência urinária e fraqueza nas pernas há 2 dois dias. Exame físico: Hiperreflexia dos membros inferiores bilateralmente. Nível sensitivo em T10. Qual o exame de escolha para a elucidação diagnóstica?
- A) Radiografia de coluna lombar.
 - B) Ressonância de coluna torácica.
 - C) Tomografia de coluna lombossacra.
 - D) Eletroneuromiografia de membros inferiores.
26. Mulher, 50 anos, refere dores em articulações das mãos e joelhos há 3 anos, com piora ao realizar as atividades de vida diária, subir escadas, associado à rigidez matinal de 15 minutos. Há 1 ano, vem apresentando dores contínuas em joelhos, com piora progressiva, principalmente ao se levantar da cadeira e ao caminhar. Refere sono prejudicado pela dor. Nega perda de peso, febre ou outras queixas. Há 3 meses, evoluiu com episódios de edema e dor em interfalangeanas distais, associado a hiperemia e aumento ósseo nessas articulações. Ao exame, apresenta alargamento ósseo em segunda e terceira articulações interfalangeadas distais da mão direita e em quarta e quinta interfalangeanas proximais da mão esquerda, associado a dor e edema nessas articulações, com crepitações e artrite de joelhos bilateral. Exames laboratoriais: Fator antinúcleo (FAN): não regente, Fator reumatoide: 8 UI/mL, Hemograma: normal, VHS: 27mm1h, PCR: 0,20mg/dl. Diante do caso, qual a principal célula envolvida na fisiopatogênese, podendo ser alvo terapêutico nas fases iniciais dessa doença?
- A) Miócitos.
 - B) Osteócitos.
 - C) Sinoviócitos.
 - D) Condrócitos.
27. Homem de 72 anos, etilista diário desde os 16 anos, apresenta quadro de diarreia há 1 ano acompanhada de dor em andar superior do abdome e diabetes recém-diagnosticado. Realizou radiografia do abdome, que evidenciou a presença de calcificações em topografia do pâncreas. Qual exame mais provavelmente estará alterado nas fezes desse paciente?
- A) Parasitológico.
 - B) Calprotectina.
 - C) Lactoferrina.
 - D) Elastase.

28. Homem de 60 anos, hipertenso há 10 anos e com níveis tensionais atualmente elevados, apresenta queixa de dispneia e angina aos esforços. Realizou um eletrocardiograma onde observou-se importante sobrecarga ventricular esquerda. Foi solicitado um ecocardiograma transtorácico onde foi evidenciada uma valva aórtica bicúspide com estenose aórtica importante. A área valvar aórtica estimada é de $0,8 \text{ cm}^2$, o gradiente transvalvar VE-Ao médio é de 35 mmHg e a função sistólica ventricular esquerda estimada é de 50%. Neste cenário clínico, qual a melhor conduta para reduzir a sintomatologia e a mortalidade cardiovascular?
- A) Intervenção cirúrgica com troca valvar imediata.
 - B) Intervenção cirúrgica se queda da PA sistólica intraesforço.
 - C) Acompanhamento clínico com prescrição de betabloqueadores.
 - D) Acompanhamento clínico com prescrição de vasodilatadores arteriais.
29. Homem, 63 anos, não vacinado contra vírus SARS-CoV-2 foi admitido no Hospital por COVID-19 com 11 dias de evolução necessitando oxigenoterapia com máscara de reservatório 10L/min. A gasometria nessas condições mostrava pH 7,45 PaCO₂ 35mmHg PaO₂ 60mmHg SaO₂% 91% HCO₃⁻ 19 mEq/l BE:-2,5. A equipe médica considerou iniciar suporte respiratório não invasivo com capacete e oferta de CPAP em torno de 10cmH₂O visando melhorar a troca gasosa pulmonar quanto à oxigenação. A tomografia de tórax é apresentada abaixo.



- Do ponto de vista fisiopatológico, qual a explicação mais provável em caso de uma boa resposta à aplicação dessa terapia de suporte respiratório?
- A) Redução do grau de shunt pulmonar.
 - B) Aumento da elastância do sistema respiratório.
 - C) Aumento do volume corrente e ventilação alveolar.
 - D) Melhora do mecanismo de vasoconstrição hipóxica.
30. Mulher de 32 anos apresenta quadro de pirose e regurgitações ácidas há 3 meses. Nega outras queixas. Exame físico sem alterações. Qual o próximo passo na abordagem dessa paciente?
- A) pHmetria.
 - B) Manometria esofágica.
 - C) Endoscopia digestiva alta.
 - D) Prova terapêutica com inibidor de bomba de prótons.
31. Homem de 72 anos, com fibrose pulmonar idiopática, realizou o teste de caminhada de 6 minutos com o resultado a seguir: Distância: 380 metros (65% do predito); SpO₂ inicial: 96%; SpO₂ final: 90%; Escala de dispneia de Borg: 8/10. Considerando o caso clínico, qual alteração melhor explicaria o resultado do teste de caminhada?
- A) Hipoventilação alveolar grave.
 - B) Fraqueza muscular respiratória.
 - C) Limitação da difusão dos gases.
 - D) Baixa tensão de oxigênio inspirado.

32. Um médico intensivista encontra-se de plantão em UTI de um hospital. Ele checa que há 4 pedidos de transferências de pacientes internados na emergência para a sua unidade. Porém, há somente um leito de UTI disponível. Qual dos 4 pacientes deve ser priorizado e ter seu pedido de internação na UTI aceito?
- A) Mulher de 66 anos intubada e com hipotensão em uso de noradrenalina IV contínua com diagnóstico de pielonefrite. Antecedentes: tabagismo e diabetes, bom status funcional previamente ao quadro.
 - B) Homem de 54 anos com AVC isquêmico com melhora neurológica após trombólise no setor de emergência e em monitorização. Antecedentes; Hipertensão e diabetes com boa aderência ao tratamento.
 - C) Homem de 19 anos com síndrome convulsiva e pneumonia. Antecedentes: sequelas neurológicas por traumatismo crânio encefálico há 10 anos. Traqueostomizado e em uso de suporte ventilatório domiciliar há 4 anos.
 - D) Homem de 75 anos intubado por insuficiência respiratória aguda e SARA por pneumonia viral (COVID-19). Antecedentes: Ex-fumante, hipertenso e Insuficiência renal crônica em terapia dialítica. Bom status funcional não dependente de terceiros para atividades de vida diária.
33. Homem de 72 anos, tabagista de 55 maços-ano, tem dispneia progressiva, atualmente, aos pequenos esforços. No exame físico, há ausência de baqueteamento digital e diminuição do murmúrio vesicular bilateralmente. A espirometria demonstrou uma relação VEF1/CVF de 0,65, VEF1 de 45%, além de ausência de resposta ao broncodilatador. VEF1: Volume expiratório forçado no primeiro segundo. CVF: Capacidade vital forçada. Considerando o diagnóstico mais provável, qual alteração seria esperada?
- A) Incremento do trabalho respiratório.
 - B) Inflamação eosinofílica mediada por IgE.
 - C) Diminuição da resistência das vias aéreas.
 - D) Redução do volume residual e capacidade pulmonar total.
34. Mulher de 22 anos com história de tosse produtiva com expectoração amarelada, perda ponderal e dispneia aos esforços desde a infância. Já foi internada por infecções respiratórias por 4 vezes, somente no último ano. Foi evidenciado um cloro elevado em iontoforese com pilocarpina no suor. A tomografia computadorizada de tórax mostrou bronquiectasias bilaterais. Considerando a principal hipótese diagnóstica, qual alteração fisiopatológica poderia estar implicada no caso?
- A) Inflamação granulomatosa com necrose caseosa.
 - B) Infiltração eosinofílica da mucosa brônquica.
 - C) Dano alveolar difuso.
 - D) Mutação do CFTR.
35. Paciente, masculino, 62 anos, há 2 meses percebeu que acordava com as pálpebras e o rosto edemaciados. Há 3 semanas evoluiu com edema nos membros inferiores e aumento de volume abdominal. Relata que ganhou cerca de 06 kg nas últimas semanas. Nega outros sintomas sistêmicos. Nega hipertensão arterial sistêmica e Diabetes Mellitus. Ao exame físico: PA = 110 x 70 mmHg, FC = 88 bpm, FR = 16 irpm. Ao exame físico: Abdômen globoso com presença de ascite. Edema 4+/4 de membros inferiores bilateral, simétrico, sem sinais flogísticos. Exames Laboratoriais: Hemoglobina 11.9 g/dL, Leucócitos 4.800/mm³, plaquetas 178.000/mm³, Cr = 1,1 mg/dL, Ureia = 40 mg/dl, Glicemia de jejum 90mg/dL, sumário de urina: proteína 4+, hemácias e leucócitos ausentes, albumina sérica = 1,4g/dL. Proteinúria de 24 horas = 11g. Dosagem de complemento C3 e C4 normais. Sorologias hepatite B, C e anti HIV normais. Anticorpo anti-receptor de fosfolipase A2 positivo. Considerando o diagnóstico mais provável, qual o achado histopatológico esperado na biópsia renal desse paciente?
- A) Glomérulo com esclerose segmentar e aderência à cápsula de Bowman.
 - B) Crescentes celulares epiteliais em pelo menos 50% dos glomérulos amostrais.
 - C) Espessamento difuso de membrana basal glomerular com presença de espículas à coloração de prata.
 - D) Glomerulonefrite proliferativa mesangial com presença de depósitos mesangiais de IgA em mesângio.
36. Mulher de 42 anos apresenta queixa de vertigem há uma semana. O sintoma ocorre de forma episódica, dura menos de 1 minuto e desencadeado por mudanças de posição. Qual o tratamento mais indicado para a provável causa da tontura da paciente?
- A) Reabilitação vestibular.
 - B) Manobra de Epley.
 - C) Flunarizina.
 - D) Betaistina.

37. Paciente, 40 anos, diabética há 02 anos, histórico de litíase recorrente e investigação para nefrocalcinose, vem apresentando boca e olhos secos. Admitida na emergência com fraqueza muscular importante, sem conseguir deambular e exames laboratoriais solicitados para elucidação diagnóstica evidenciando as seguintes alterações: Hemoglobina 12,5 g/dL, Leucócitos 4.800/mm³, plaquetas 250.000/mm³, Cr= 1,0 mg/dL, Ureia= 40mg/dl, K= 1,9, Ca=9,0, Albumina=3,5, pH=7,15, pCO₂=20 HCO₃= 10 Cl=110. Sumário de urina: pH=6,5, proteinúria, hemácias e leucócitos ausentes. Cálcio na urina de 24 horas= 350mg (normal até 250mg). Assinale a afirmativa com o diagnóstico e condição mais provável para este caso.
- A) Acidose tubular renal tipo II proximal, devendo-se investigar síndrome de Fanconi.
 - B) Acidose tubular renal tipo I distal, estando associado a cálculos de fosfato de cálcio.
 - C) Acidose tubular renal tipo II proximal, devendo-se investigar gamopatia monoclonal.
 - D) Acidose tubular renal tipo IV, estando associada a maior incidência de cálculos de ácido úrico.
38. Paciente, masculino, 58 anos, diabético, em consulta ambulatorial apresentou relato de cefaleia de forte intensidade em região occipital, de caráter pulsátil e início recente associado a elevação de níveis pressóricos. Sem uso prévio de terapia anti-hipertensiva. Apresenta os seguintes exames: Hemoglobina 11,2 g/dL, Leucócitos 4.800/mm³, plaquetas 178.000/mm³, Cr= 1.5 mg/dL (TFG estimada = 53 ml/min), Ureia= 65 mg/dl, K=4,6mg/dl, Ca=8,0 mg/dl, P= 4,5 mg/dl, PTH= 75 pg/ml (12-88 pg/ml), glicemia de jejum=146 mg/dL. US de vias urinárias demonstrava pelo menos 5 cistos renais em rim direito e 6 cistos renais em rim esquerdo, além de cálculo renal em cálice médio de RD medindo 4mm. Mãe já falecida era portadora de Doença Renal Crônica (DRC) dialítica, porém não sabe informar causa da DRC. Baseado na sua principal hipótese diagnóstica, qual a conduta mais adequada nesse contexto?
- A) Iniciar Dapaglifozina para retardar progressão da DRC.
 - B) Iniciar Calcitriol para prevenir o hiperparatireoidismo secundário.
 - C) Prescrever eritropoietina via subcutânea dose semanal para tratamento da anemia.
 - D) Iniciar bloqueador do canal de cálcio e diurético de alça para tratamento da hipertensão.
39. Mulher, 65 anos, refere quadro de lombalgia há 1 ano, evoluindo há 6 meses com dor em região de ombros e quadril, com rigidez matinal de 30 minutos. Há 2 meses, apresenta fraqueza em membros superiores, cefaleia, com piora progressiva, e artralgia em mãos, cotovelos, ombros, joelhos e tornozelos. Relata boca seca, ganho de peso, irritabilidade, insônia e prejuízo da memória há 1 mês. Os sintomas se intensificaram há 15 dias, com piora da cefaleia, dor difusa, prejudicando as atividades de vida diária, levando a procurar atendimento médico. Ao exame: PA: 130x90mmHg, ACP: normal, afebril, sem rigidez de nuca, dor a palpação de articulações de mãos, punhos e cotovelos, dor e crepitações em joelhos com edema, sem deformidades. Força grau 5 em membros superiores e inferiores. Exames laboratoriais: Hemograma: normal, VHS: 30mm1h (VR: até 20mm), PCR: 0,15 mg/dL, TSH: 2,7 mUI/l (VR:0,3 – 4,5mUI/l), FAN: 1/160 nuclear pontilhado fino denso, CPK: 200U/L (VR: 22,0 -199,0 U/L), FR: 25 UI/mL (VR: menor que 20 UI/mL).
Diante desse caso, qual o tratamento farmacológico mais indicado para a paciente?
- A) Hidroxicloroquina.
 - B) Prednisona.
 - C) Metotrexate.
 - D) Pregabalina.
40. Mulher de 72 anos, obesa, portadora de hipertensão arterial sistêmica e diabetes evoluiu com edema agudo de pulmão. Foi admitida no Pronto Socorro onde se observava, ao exame físico, níveis elevados da pressão arterial e importante congestão pulmonar. O ECG da admissão apresentava ritmo de fibrilação atrial. A dosagem de NT-pro BNP mostrou-se elevada (acima de 800 pg/ml) e no Ecocardiograma transtorácico foi evidenciada disfunção diastólica, volume do átrio esquerdo indexado de 36 ml e Fração de ejeção de 54% pelo método de Simpson. Baseando-se nas evidências científicas atuais e no fenótipo clínico da paciente em questão, qual o conjunto de estratégias terapêuticas pode trazer redução eficaz nas hospitalizações por insuficiência cardíaca?
- A) Restrição hidrossalina, reabilitação cardíaca com exercícios supervisionados e prescrição de candesartana.
 - B) Controle da pressão arterial com perindopril e nitratos e estabilização dos níveis glicêmicos com inclusão da dapaglifozina.
 - C) Redução do peso, estabilização metabólica e controle da resposta ventricular com betabloqueadores cardiosseletivos.
 - D) Controle dos fatores de risco, prescrição de dupla terapia diurética com furosemida e espironolactona e inclusão de empaglifozina.