Siglário

AAS: ácido acetilsalicílico.
ACTH: hormônio adrenocorticotrófico.
AIDS: síndrome da imunodeficiência adquirida.
AINEs: anti-inflamatórios não esteroidais.
ALT: alanina aminotransferase.
ANCA: anticorpo anti-citoplasma de neutrófilo.
AOS: apneia obstrutiva do sono.
ASCA: anticorpo anti-*Saccharomyces cerevisiae*.
ASPECTS: do inglês, *Alberta Stroke Program Early Computed Tomography Score*.
AST: aspartato aminotransferase.
BCG: bacilo de Calmette-Guérin.
BRA: bloqueador do receptor da angiotensina II.
CANVAS: do inglês, *canagliflozin and cardiovascular and renal events in type 2 diabetes*.
Cl: cloro.
CMV: citomegalovírus.
CPAP: do inglês, *continuous positive airway pressure*.
Cr: creatinina.
DPP-4: dipeptidil peptidase 4.
DTG: dolutegravir.
E: etambutol.
EBV: vírus Epstein-barr.
ECG: eletrocardiograma.
FC: frequência cardíaca.
FE: fração de ejeção.
FR: frequência respiratória.
FTA-Abs: do inglês, *fluorescent treponemal antibody- absorption test*.
Gama-GT: gama glutamiltransferase.
GDH: enzima glutamato desidrogenase.
GLP-1: do inglês, *glucagon like-peptide 1*.
H: isoniazida.
HAS: hipertensão arterial sistêmica.
Hb: hemoglobina.
HbA1c: hemoglobina glicada.
HCV: vírus da hepatite C.
HDL: do inglês, *high-density lipoprotein*.
HIV: vírus da imunodeficiência humana.
HSV: herpes simplex vírus.
INR: do inglês, *international normalized ratio*.
iECA: inibidor da enzima conversora de angiotensina.
IGRA: do inglês, *interferon-gamma release assay*.
IMC: índice de massa corporal.
IgG: imunoglobulina G.
IgM: imunoglobulina M.

ITB: índice tornozelo-braquial.
ITU: infecção do trato urinário.
IV: intravenoso.
K: potássio.
KDIGO: do inglês, *Kidney Disease Improving Global Outcomes*.
KPC: do inglês, *Klebsiella pneumoniae carbapenemase*.
LDL: do inglês, *low-density lipoprotein*.
LP-LAM: teste de antígeno lipoarabinomanano.
MELD: do inglês, *model for end-stage liver disease*.
METs: equivalente metabólico.
Na: sódio.
NaCl: cloreto de sódio.
NDM: do inglês, *New Delhi metallo-beta lactamase*.
NYHA: do inglês, *New York Heart Association*.
PA: pressão arterial.
paO₂: pressão parcial arterial de oxigênio.
pCO₂: pressão parcial de gás carbônico.
PCR: do inglês, *polymerase chain reaction*.
PCSK9: do inglês, *proprotein convertase subtilisin/kexin type 9*.
PD20: dose de estímulo para provocar queda de 20% do VEF1.
pH: potencial hidrogeniônico.
PLA2R: receptor de fosfolipase A2.
PPD: do inglês, *purified protein derivative*.
PVHA: pessoas vivendo com HIV ou AIDS.
R: rifampicina.
REM: do inglês, *rapid eye movement*.
RT-PCR: do inglês, *reverse transcription polymerase chain reaction*.
SatO₂: saturação de oxigênio.
SGLT2: do inglês, *sodium-glucose transport protein 2*.
TARV: terapia antirretroviral.
Tax: temperatura axilar.
TDF: tenofovir disoproxil fumarato.
TEP: tromboembolismo pulmonar.
TRAb: anticorpo anti-receptor do TSH.
TSH: hormônio estimulante da tireoide.
TV: taquicardia ventricular.
T3: tri-iodotironina.
T4: tiroxina.
UTI: unidade de terapia intensiva.
VDRL: do inglês, *venereal disease research laboratory*.
VEF1: volume expiratório forçado no primeiro segundo.
Z: pirazinamida.
3TC: lamivudina.

01. Sobre o microrganismo e o perfil de sensibilidade abaixo, assinale a assertiva **INCORRETA**:

Microrganismo: *Klebsiella pneumoniae*

Teste de sensibilidade

- Amicacina sensível
- Ciprofloxacino sensível
- Sulfametoxazol-trimetoprim sensível
- Amoxicilina-clavulanato resistente
- Ceftriaxone resistente
- Piperacilina-tazobactam resistente
- Cefepime resistente
- Aztreonam resistente
- Meropenem resistente
- Polimixina sensível
- Ceftazidima-avibactam sensível

Pesquisa de carbapenemase KPC positiva.

- (A) Metalo- β -lactamases, como NDM, e oxacilinases, como OXA-48, são exemplos de carbapenemases, além da KPC. Porém, são de classes do sistema de classificação molecular de Ambler diferentes.
- (B) Em caso de o microrganismo isolado ter crescido em urocultura de paciente com suspeita de cistite, é adequado utilizar ciprofloxacino em monoterapia para o tratamento.
- (C) Se o microrganismo for isolado em hemoculturas, o tratamento de escolha é realizado com ceftazidima-avibactam.
- (D) Polimixina B em associação à amicacina poderiam ser utilizadas em caso de infecção respiratória, na ausência da disponibilidade de outros agentes antibióticos mais adequados.
- (E) Apesar do perfil de sensibilidade, sulfametoxazol-trimetoprim não é uma opção de tratamento para infecções do trato urinário causadas por microrganismos produtores de KPC.

02. Assinale a assertiva correta sobre a avaliação pré-operatória de cirurgia não cardíaca:

- (A) Todos os pacientes idosos devem realizar ecocardiograma pré-operatório, independentemente de sintomas cardiovasculares.
- (B) Pacientes com capacidade funcional de 4 METs ou mais, geralmente, não necessitam de estratificação cardíaca adicional.
- (C) A avaliação de risco cardiovascular pré-operatória deve ser feita somente para pacientes com mais de 40 anos.
- (D) O uso de betabloqueadores deve ser iniciado em todos os pacientes imediatamente antes de cirurgia de alto risco, mesmo sem histórico de doenças cardíacas.
- (E) A idade avançada, por si só, é um fator que contraindica a cirurgia.

03. Mulher, 22 anos, com diagnóstico de transtorno de ansiedade, em uso de citalopram 20 mg, é trazida à emergência por vômitos, poliúria, perda de peso, desconforto abdominal de início recente. Está alerta, orientada em tempo e espaço, estável hemodinamicamente e afebril. Exames: pH 7,16, pCO₂ 35 mmHg, bicarbonato 12 mEq/L, lactato 1,6 mmol/L, glicose 647 mg/dL, cetonúria 3+/4+, Cr 1,5 mg/dL, albumina 4 g/dL, Na 120 mEq/L, K 3,5 mEq/L, Cl 75 mEq/L. Assinale a melhor assertiva:

- (A) A paciente apresenta, possivelmente, acidose metabólica com ânion gap aumentado por cetoacidose diabética, alcalose metabólica e acidose respiratória.

(B) Está indicada hidratação com NaCl 0,9% e insulina IV, mas não está recomendada reposição de potássio.

(C) Em pacientes virgens de tratamento com insulina, uma dose de 1,2 a 1,5 UI/kg/dia de insulina subcutânea deve ser iniciada após correção da acidose.

(D) Quando for iniciada insulina subcutânea, a insulina IV deve ser imediatamente interrompida para minimizar o risco de hipoglicemia.

(E) A paciente apresenta, provavelmente, acidose metabólica com ânion gap aumentado por cetoacidose diabética e alcalose respiratória.

04. Mulher, 63 anos, interna para realizar esofagectomia parcial, após avaliação no ambulatório de pré-operatório. Na manhã da cirurgia, enfermagem solicita avaliação, porque a paciente começa a apresentar dispneia e hipoxemia. Exame físico: alerta, orientada, sinais de sarcopenia, mucosas secas, esforço ventilatório com uso de musculatura acessória, SatO₂ 92% com oxigênio a 4 L/min, PA 100/70 mmHg, FC 108 bpm, FR 29 mrpm, Tax 37,6°C. Ausculta cardíaca: ritmo regular, dois tempos, bulhas normofonéticas, sem sopros. Ausculta pulmonar: murmúrio vesicular uniformemente distribuído, sem ruídos adventícios. O ultrassom à beira leito evidencia deslizamento pleural bilateral, três campos pulmonares com três ou mais linhas B à direita e predomínio de linhas A à esquerda, sinal da cortina bilateralmente, ausência de sinal da espinha; distância, durante a diástole, entre o folheto anterior da valva mitral e o septo interventricular de 0,37 cm, ausência de derrame pericárdico. Veia cava inferior com 1,63 cm e variabilidade maior que 50%. Da junção da veia safena magna com a veia femoral comum, até a veia poplítea, vasos compressíveis, sem material ecogênico em seu interior, bilateralmente. Qual, provavelmente, dentre os abaixo, é o tratamento indicado para a condição da paciente?

- (A) Anticoagulação.
- (B) Inotrópico e diurético.
- (C) Tubotoracostomia em selo d'água.
- (D) Antibioticoterapia.
- (E) Toracocentese.

05. Sobre a doença renal crônica em pacientes adultos, de acordo com o *guideline* de doença renal crônica da KDIGO de 2024, assinale a alternativa **INCORRETA**:

- (A) A doença renal crônica é definida como anormalidades estruturais ou funcionais renais por, pelo menos, 3 meses. É classificada com base na causa, taxa de filtração glomerular e albuminúria.
- (B) Os inibidores da ECA e inibidores de SGLT2 são medicamentos de primeira linha na prevenção da progressão da doença renal crônica. No entanto, ambos são contraindicados para pacientes com taxa de filtração glomerular menor que 20 mL/min/1,73 m².
- (C) O alvo de pressão arterial sistólica para pacientes com doença renal crônica deve ser menor que 120 mmHg, quando tolerado. Considera-se um alvo de pressão arterial mais elevado em pacientes idosos frágeis, com baixa expectativa de vida ou hipotensão postural sintomática.
- (D) Em pessoas com doença renal crônica, deve-se considerar o tratamento farmacológico para prevenir acidose metabólica com possíveis implicações clínicas, quando o bicarbonato sérico estiver abaixo de 18 mmol/L.
- (E) No paciente com hiperuricemia assintomática, sugere-se não utilizar terapias para reduzir o ácido úrico, como alopurinol, com o objetivo de retardar a progressão da doença renal crônica.

06. Os pacientes abaixo são portadores de obesidade e apresentam indicação de tratamento farmacológico.

Paciente 1. Mulher, 40 anos, possui esteatose hepática, HAS e dislipidemia.

Paciente 2. Mulher, 32 anos, está em tratamento de ansiedade e epilepsia.

Paciente 3. Homem, 60 anos, é portador de cardiopatia isquêmica, diabetes mellitus tipo 2 e glaucoma.

Paciente 4. Mulher, 19 anos, está em uso de dispositivo intrauterino de cobre, sem outras comorbidades. A mãe faleceu de complicações relacionadas a carcinoma folicular de tireoide aos 43 anos.

Assinale a assertiva correta:

- (A) A terapia combinada com fentermina/topiramato pode ser prescrita com segurança para os pacientes 3 e 4.
- (B) Sibutramina é uma boa opção terapêutica para os pacientes 1 e 3.
- (C) É contraindicado o uso de liraglutida no paciente 4.
- (D) A terapia combinada com bupropiona/naltrexona é adequada para os pacientes 2 e 4.
- (E) Se boa tolerância, os pacientes 1, 2 e 3 se beneficiariam de semaglutida em dose máxima semanal de 2,4 mg, por via subcutânea.

07. Quatro pessoas adultas vivendo com HIV ou AIDS (PVHA), com linfócitos CD4 <200 células/mm³, estão hospitalizadas.

Paciente 1. Diagnosticada meningoencefalite criptocócica, a terapia antirretroviral (TARV) deve ser iniciada após 4 a 6 semanas do início do tratamento com anfotericina B e flucitosina, se houver melhora neurológica e cultura negativa para fungo no líquor.

Paciente 2. Foi diagnosticada tuberculose pulmonar. Possui CD4 de 78 células/mm³. TARV deve ser iniciada somente após 8 semanas do início de RHZE.

Paciente 3. Mesmo se assintomático, está indicado teste de antígeno lipoarabinomanano (LF-LAM) em urina para rastreamento de tuberculose.

Paciente 4. IgM e IgG reagentes para citomegalovírus (CMV) em paciente com diarreia confirmam o diagnóstico de doença por CMV em aparelho digestivo.

De acordo com o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Ministério da Saúde de 2024 para manejo da infecção pelo HIV em adultos, assinale os pacientes para os quais a proposta está correta.

- (A) Pacientes 1, 2 e 3.
- (B) Pacientes 1 e 3.
- (C) Pacientes 1 e 4.
- (D) Pacientes 2, 3 e 4.
- (E) Pacientes 2 e 3.

08. Homem, 55 anos, chega à emergência às 14h30 após ter iniciado às 13 horas com hemiparesia à direita. Tem diagnóstico de obesidade, hipertensão e tabagismo. Foi submetido à angioplastia com stent há dois meses por doença arterial periférica crônica sintomática. Faz uso de enalapril, sinvastatina, AAS e clopidogrel. Exame: afebril, 150 kg, PA 170/100 mmHg, FC 107 bpm, ritmo irregular, SatO₂ 96% em ar ambiente, alerta, hemiparesia à direita, afasia, desvio do olhar conjugado para a esquerda, heminegligência direita. Glicemia capilar: 99 mg/dL. Tomografia computadorizada de crânio normal, ASPECTS 10. Assinale a melhor assertiva:

(A) Deve-se administrar alteplase 135 mg (0,9 mg/kg x 150 kg), dos quais 10% em bolus e os demais 90% durante infusão em 60 minutos.

(B) Dupla antiagregação plaquetária é contraindicação à trombólise.

(C) Há indicação de trombólise, e é necessária neuroimagem avançada (perfusão por tomografia) para indicar trombectomia.

(D) Caso o paciente seja submetido à trombólise, se não houver transformação hemorrágica na tomografia de controle após 24 horas, anticoagulante deve ser iniciado em até 48 horas do evento.

(E) Em pacientes com alto risco cardiovascular, o alvo de colesterol LDL para prevenção secundária de evento cerebrovascular, na maioria das diretrizes, deve ser inferior a 70 mg/dL.

09. Homem, 55 anos, vem à consulta por ter apresentado fraturas vertebrais após queda da própria altura. Sem história relevante de doenças familiares. Recentemente, em exames de rotina, foi diagnosticado com pré-diabetes e PA 140/90 mmHg, a qual vem controlando nas últimas semanas. Nega demais comorbidades ou uso contínuo de medicamentos. Relata fraqueza muscular proximal e perda de massa muscular nos quatro membros, além de aumento de gordura central. Durante a investigação para causas secundárias de osteoporose, foi evidenciada cortisolúria de 1000 nmol/24 horas (valor de referência: menor que 403 nmol/24 horas). Em relação ao seguimento da investigação e manejo deste caso, podemos afirmar que:

(A) Um ACTH normal ou elevado e um cortisol pós 1 mg de dexametasona >1,8 µg/dL sugerem o diagnóstico de doença de Cushing ou secreção ectópica de ACTH.

(B) A maioria dos pacientes com doença de Cushing tem um macroadenoma identificado na ressonância magnética de hipófise.

(C) Secreção ectópica de ACTH costuma cursar com menos manifestações clínicas e níveis mais baixos de ACTH que a doença de Cushing.

(D) A maioria dos casos de síndrome de Cushing ACTH-independente são causadas por carcinoma adrenocortical.

(E) Após a ressecção do tumor produtor de cortisol, o eixo hipófise-adrenal pode demorar alguns meses para recuperação, e os casos de adenomas adrenais são os que, usualmente, mais rapidamente recuperam.

10. Sobre febre de origem obscura, é correto afirmar que:

(A) A sua definição se baseia na presença de duas aferições acima de 38,3°C, em duas medidas separadas, com duração acima de 2 semanas, sem imunossupressão conhecida e sem um diagnóstico definitivo após investigação criteriosa.

(B) As causas de febre de origem obscura geralmente se devem a doenças raras, sendo menos comuns as apresentações atípicas de doenças comuns, como tuberculose, osteomielite e endocardite infecciosa.

(C) Dentre as causas neoplásicas, os tumores sólidos são as principais causas, inclusive, sobrepondo-se às doenças linfoproliferativas.

(D) Potencialmente, todas as drogas podem causar febre, incluindo antimicrobianos como vancomicina e sulfonamidas, além de outras drogas como alopurinol e furosemda.

(E) Infecções por citomegalovírus (CMV), vírus Epstein-Barr (EBV) e herpes simplex vírus (HSV) são as causas infecciosas mais comuns de febre de origem obscura em pacientes adultos.

11. A osteomielite é um processo infeccioso e inflamatório ósseo provocado por microrganismos patogênicos. Sua fisiopatologia é multifatorial e seu processo infeccioso acarreta destruição, necrose e neoformação óssea. Sobre a osteomielite em osso nativo, assinale a melhor assertiva:

- (A) É recomendada realização de cultura para identificação do agente etiológico causador da osteomielite e realização de terapia direcionada, sendo possível utilizar amostra de material coletado por *swab* de lesões em pacientes com osteomielite por contiguidade.
- (B) Deve ser rotineiramente realizado exame de imagem de controle ao término do tratamento antimicrobiano para documentar a resolução das alterações inflamatórias.
- (C) A terapia com antibióticos deve ser realizada por período prolongado, inclusive, quando é realizada amputação com ressecção completa do osso acometido, sendo recomendado, ao menos, 6 semanas de tratamento após a cirurgia.
- (D) O tratamento antibiótico da osteomielite deve ser realizado de forma integral em regime intravenoso, não sendo possível a transição para terapia por via oral devido à maioria dos antibióticos orais apresentarem baixa penetração óssea.
- (E) Sempre que possível, a biópsia óssea deve ser realizada para confirmação do diagnóstico, e, nos casos em que a biópsia não for factível, o diagnóstico presuntivo de osteomielite pode ser baseado em avaliação clínica e radiográfica.

12. Homem, 68 anos, possui diagnóstico de HAS e diabetes mellitus. É tabagista ativo. Faz uso de anlodipina 10 mg, enalapril 10 mg 2x/dia, dapagliflozina 10 mg, metformina 1,5 g. Interna por infarto agudo do miocárdio com supradesnivelamento do segmento ST, sem sinais de choque cardiogênico. Em cateterismo cardíaco, é evidenciada lesão grave em artéria descendente anterior - submetida à angioplastia com stent farmacológico - e lesão grave proximal na artéria coronária direita, que é dominante. Na admissão, exames laboratoriais demonstravam função renal normal, colesterol total 170 mg/dL, colesterol HDL 49 mg/dL e triglicérides 140 mg/dL. Ecocardiograma após angioplastia apresenta fração de ejeção do ventrículo esquerdo preservada. Sobre o caso, analise as assertivas.

- () Deve-se iniciar sinvastatina 40 mg dado o valor basal de colesterol LDL e o valor esperado de queda do colesterol com a sinvastatina, intensificando seu tratamento - isto é, prescrevendo estatina de alta potência - caso não atinja alvos para redução de risco cardiovascular.
- () Em reavaliação, 4 a 6 semanas após a alta hospitalar, caso o paciente apresente colesterol LDL de 79 mg/dL, não é necessário intensificar terapia ou associar demais medicações com vistas à redução de risco cardiovascular.
- () Visando à redução de risco cardiovascular, caso o paciente não atinja alvos de colesterol LDL com estatina, deve ser considerada associação de medicamentos como ezetimibe ou inibidores da PCSK9.
- () Diante da ausência de sinais de choque cardiogênico à admissão, estaria recomendado abordar a lesão na artéria coronária direita, idealmente, no mesmo cateterismo em que foi abordada a lesão na artéria descendente anterior ou em até 45 dias do procedimento índice.
- () Apesar de a sinvastatina e a atorvastatina serem metabolizadas pelo mesmo citocromo P450 3A4, quando o paciente está em uso de anlodipina 10 mg, um bloqueador do canal de cálcio diidropiridínico que inibe esta via enzimática, há indicação de ajustar a dose diária de sinvastatina para, no máximo, 20 mg, mas não há necessidade de ajustar a dose da atorvastatina.

Preencha as lacunas com V se afirmação verdadeira ou F se afirmação falsa, de cima para baixo, respectivamente:

- (A) F - F - V - F - F.
- (B) F - F - F - V - V.
- (C) F - F - V - V - V.
- (D) V - V - F - F - F.
- (E) V - F - V - V - V.

13. Assinale a melhor assertiva a respeito da neurosífilis:

- (A) Deve ser suspeitada em todos os pacientes com sintomas neurológicos ou oculares, quando houver um teste treponêmico, como o VDRL, ou um teste não treponêmico, como o FTA-Abs, reagente.
- (B) A sensibilidade do VDRL no líquido é elevada, porém a presença de FTA-Abs reagente no líquido é o exame de escolha para o diagnóstico de neurosífilis.
- (C) Em um paciente sem diagnóstico de HIV, com VDRL sérico reagente e sintomas neurológicos compatíveis com neurosífilis, se, no líquido, o VDRL for não reagente, a celularidade normal e a proteinorraquia elevada, não haverá indicação de tratamento de neurosífilis.
- (D) A forma de neurosífilis denominada goma sífilítica pode se caracterizar por tumorações contíguas às leptomeninges, fazendo diagnóstico diferencial com tuberculose, toxoplasmose e neoplasias de sistema nervoso central.
- (E) A apresentação da neurosífilis ocorre apenas na fase de sífilis latente tardia, e a sua principal apresentação em pacientes adultos jovens é a meningovascular.

14. Homem, 76 anos, é atendido no ambulatório para avaliação de rigidez e bradicinesia. Há suspeita de doença de Parkinson. Qual dos achados abaixo sugere que o diagnóstico é de outro tipo de parkinsonismo, isto é, de um parkinsonismo atípico?

- (A) Anosmia.
- (B) Hipotensão ortostática.
- (C) Oftalmoplegia.
- (D) Transtorno comportamental do sono REM.
- (E) Tremor em repouso.

15. Homem, 60 anos, com história de cirrose por HCV, é admitido à emergência por hematêmese e melena. Exame: afebril, hipocorado, confuso, PA 80/50 mmHg, FC 120 bpm, ascite moderada. Em relação às condutas iniciais, assinale a assertiva correta:

- (A) Devido à instabilidade hemodinâmica e à alta probabilidade de coagulopatia associada à doença hepática, está indicada a transfusão de plasma e plaquetas, independentemente do resultado do coagulograma.
- (B) O uso de antibioticoprofilaxia é recomendado somente após a realização de paracentese diagnóstica e exclusão de peritonite bacteriana espontânea.
- (C) Há necessidade de realização da endoscopia digestiva alta dentro de 6 horas, devido à alta probabilidade de sangramento variceal.
- (D) Se o paciente for usuário de betabloqueador como profilaxia primária de sangramento variceal, o betabloqueador não deve ser suspenso neste momento, pois tem benefício na prevenção de ressangramento.
- (E) O paciente deve receber vasoconstritores esplâncnicos, como terlipressina, para diminuir o fluxo sanguíneo portal antes da realização da endoscopia.

16. Dentre as alternativas abaixo, qual é a vacina mais eficaz na prevenção de pneumonia em adultos com mais de 65 anos de idade?

- (A) Influenza com variante Yamagata.
- (B) Influenza com alta carga antigênica.
- (C) Antipneumocócica polissacarídea (PPSV23).
- (D) Influenza seguida de Pneumo 13.
- (E) Antipneumocócica 20-valente.

17. Mulher, 40 anos, com transtorno por uso de álcool, procura o pronto socorro por mal-estar, hipotensão e taquicardia. Logo na chegada, identifica-se taquicardia com FC aproximada de 220 bpm. Encaminhada para leito monitorizado, com pás de desfibrilador instaladas. Evolui com parada cardiorrespiratória. Monitor demonstra taquicardia ventricular (TV) polimórfica, sendo, então, _____, seguida(s) de _____. Após 2 minutos, intervalo no qual é obtido acesso venoso periférico, é realizada nova avaliação de ritmo. Paciente segue com ritmo de TV polimórfica. Neste momento, administra(m)-se _____. Após mais 2 minutos, período em que via aérea avançada foi obtida, paciente segue em TV polimórfica. Chega a informação de que, em exame da semana passada, magnésio sérico estava em 0,8 mg/dL (valor de referência: 1,6 a 2,6 mg/dL). É aplicada nova desfibrilação, _____ e _____ na tentativa de reverter a causa. Após 2 minutos, paciente está com ritmo regular e presença de pulso carotídeo, PA de 100/60 mmHg. Para o manejo da paciente acima, assinale a alternativa que preenche correta e respectivamente as lacunas.

- (A) Administrada desfibrilação bifásica com 200 J - início de compressões e ventilações com bolsa-valva-máscara - nova desfibrilação e adrenalina 1 mg em *bolus* - amiodarona 300 mg em *bolus* - sulfato de magnésio 2 g em *bolus*.
- (B) Iniciadas compressões e ventilações com bolsa-valva-máscara - desfibrilação bifásica com 200 J - nova desfibrilação e adrenalina 1 mg em *bolus* - amiodarona 150 mg em *bolus* - sulfato de magnésio 2 g em infusão em 10 minutos.
- (C) Iniciadas compressões e ventilações com bolsa-valva-máscara - desfibrilação bifásica com 200 J - adrenalina 1 mg em *bolus* - amiodarona 300 mg em *bolus* - sulfato de magnésio 2 g em *bolus*.
- (D) Administrada desfibrilação bifásica com 200 J - início de compressões e ventilações com bolsa-valva-máscara - nova desfibrilação e adrenalina 1 mg em *bolus* - amiodarona 150 mg em *bolus* - sulfato de magnésio 2 g em infusão em 10 minutos.
- (E) Administrada desfibrilação bifásica com 200 J - início de compressões e ventilações com bolsa-valva-máscara - adrenalina 1 mg em *bolus* - amiodarona 300 mg em *bolus* - sulfato de magnésio 2 g em infusão em 10 minutos.

18. Mulher, 58 anos, está no primeiro dia de hospitalização na emergência. Apresenta diagnóstico confirmado de doença pulmonar obstrutiva crônica e atualmente enfrenta exacerbação da doença, com piora da dispneia, aumento de quantidade e purulência do escarro, além de taquicardia, taquipneia e esforço ventilatório. Assinale a melhor assertiva:

- (A) Caso apresente saturação de oxi-hemoglobina de 87%, não se indica oxigenoterapia pelo risco de hipercarbia e de narcose carbônica.
- (B) A utilização de ventilação mecânica não invasiva por insuficiência respiratória com hipercarbia está associada à

redução de mortalidade, de necessidade de intubação e de duração da hospitalização.

(C) A corticoterapia sistêmica reduz a chance de nova exacerbação ou relapso, e o tempo de tratamento por 14 dias parece ser superior a 5 dias.

(D) O tratamento broncodilatador é, preferencialmente, realizado por via intravenosa, por ser mais fácil de ser usado em pacientes com dificuldade respiratória, além de apresentar maior potência e menos efeitos adversos que o tratamento por via inalatória.

(E) O tratamento antimicrobiano deve ser dirigido, especialmente, contra *Staphylococcus aureus*, *Stenotrophomonas maltophilia* e *Corynebacterium diphtheriae*.

19. A obra de Guimarães Rosa, médico e escritor, era permeada de referências à tuberculose, também chamada de tísica no passado. O autor viveu em uma época cujo tratamento consistia apenas em repouso, alimentação reforçada e resguardo contra o vento. O tratamento específico começou a partir da década de 1940 com o uso da estreptomicina. No seguinte trecho, da obra "Grande sertão: veredas", o personagem Riobaldo relata o sofrimento de uma criança acometida pela doença: "O menino já rebaixou de magreza, os olhos entrando, carinha de ossos, encaveirada, e entisicou, o tempo todo tosse, tossura da que puxa secos peitos." [Rosa, 1994, v.2, p.15]. Atualmente, a despeito do tratamento disponível, a tuberculose ainda é muito prevalente no Brasil e é um desafio para a saúde pública. Assinale a alternativa correta em relação à tuberculose:

- (A) Os sintomas neurológicos advindos do uso da isoniazida em doses terapêuticas podem ser minimizados com a administração de vitamina B12.
- (B) Dentre os exames diagnósticos para detecção de tuberculose latente, tanto o teste tuberculínico por PPD (*Purified Protein Derivative*), quanto o IGRA (*Interferon-Gamma Release Assay*), permitem a diferenciação entre infecção latente e doença ativa por tuberculose.
- (C) Considerando os exames diagnósticos para detecção de tuberculose latente, um resultado falso-positivo do exame de teste tuberculínico pode ser ocasionado pela vacina BCG nos dois primeiros anos após a sua aplicação.
- (D) Nos pacientes assintomáticos, sem doença hepática prévia, que tiveram de interromper RHZE por aminotransferases acima de cinco vezes o limite superior da normalidade, o esquema deve ser reintroduzido a cada sete dias na seguinte ordem: ZE, HZE e RHZE, respectivamente.
- (E) Paciente com 60 kg com diagnóstico de tuberculose pulmonar ativa deve receber 5 comprimidos ao dia de RHZE nos primeiros dois meses de tratamento.

20. Em relação ao manejo do paciente com doença de Graves, assinale a assertiva correta:

- (A) As máximas taxas de remissão com o uso do metimazol ou propiltiouracil são alcançadas com 6 a 8 meses de tratamento.
- (B) Se após 40 dias do início do tratamento, o TSH não tiver normalizado, devemos dobrar a dose do metimazol.
- (C) Uma minoria dos pacientes pode apresentar elevações apenas do T3 sem alterar o T4.
- (D) A medida do TRAb é essencial para o diagnóstico em todos os pacientes com doença de Graves.
- (E) Após o início do tratamento, a função tireoidiana deve ser solicitada a cada 8-10 semanas para ajuste da dose do metimazol ou propiltiouracil.

21. Considere as afirmações abaixo sobre o tratamento de manutenção na insuficiência cardíaca em adultos. Preencha as lacunas com V se afirmação verdadeira ou F se afirmação falsa, de cima para baixo, respectivamente:

() Inibidor da ECA (iECA), bloqueador do receptor da angiotensina II, betabloqueador, antagonista da aldosterona, inibidor de SGLT2 e digoxina são medicamentos modificadores de doença com redução de mortalidade na insuficiência cardíaca com fração de ejeção reduzida.

() Em grupos específicos, a combinação de hidralazina e nitrato está associada com aumento de sobrevida na insuficiência cardíaca com fração de ejeção reduzida.

() Na transição de iECA para valsartana/sacubitril, é necessário um período de "washout" (tempo entre as medicações) de, pelo menos, 36 horas, enquanto, na transição de pacientes em uso prévio de BRA, esse período não é necessário.

() O melhor nível de evidência para prevenção primária de morte súbita cardíaca com cardiodesfibrilador implantável é quando o paciente apresenta FE <45% apesar de terapia medicamentosa otimizada por ≥3 meses, classe funcional NYHA II-IV, especialmente, em pacientes com insuficiência cardíaca por etiologia isquêmica.

() A indicação de terapia de ressincronização cardíaca é bem estabelecida, com grau de recomendação A na maioria dos *guidelines* em pacientes com classe funcional NYHA II-III, apesar de terapia medicamentosa otimizada por ≥3 meses, em ritmo sinusal, com QRS >120 ms e bloqueio de ramo direito ou esquerdo.

Marque a alternativa com a sequência correta:

- (A) F - V - V - V - F.
- (B) F - V - V - F - F.
- (C) F - F - V - F - F.
- (D) F - V - V - F - V.
- (E) V - V - F - F - F.

22. Homem, 50 anos, com história de doença do refluxo gastroesofágico, está em uso de omeprazol 40 mg/dia. Apresentou, nos últimos 30 dias, pneumonia adquirida na comunidade, tendo feito uso de amoxicilina-clavulanato por 5 dias, com melhora dos sintomas. Iniciou com mal-estar, febre, diarreia líquida e volumosa, distensão abdominal e hipotensão, sendo encaminhado à emergência. Foi aventada a hipótese diagnóstica de infecção por *Clostridioides difficile*. Sobre os testes diagnósticos desta infecção, analise as afirmativas abaixo:

1. O teste com a enzima glutamato desidrogenase (GDH) é um teste altamente sensível para o diagnóstico sendo boa ferramenta de *screening*, afastando a infecção quando negativo.
2. A coleta de toxina A e B para *Clostridioides difficile* tem taxas relativamente altas de falsos negativos, não sendo o melhor exame para rastreio da infecção.
3. Idealmente, o exame de PCR para *Clostridioides difficile*, quando positivo, deveria ser confirmado com testagem para toxinas A e B.
4. PCR para *Clostridioides difficile* deve ser realizado ao término do tratamento para controle de cura da infecção.

Assinale as assertivas corretas:

- (A) Apenas 2 e 3.
- (B) Apenas 1, 3 e 4.
- (C) Apenas 1, 2 e 4.
- (D) Apenas 1, 2 e 3.
- (E) Todas estão corretas.

23. Homem, 73 anos, possui HAS, diabetes mellitus e doença renal crônica G3bA2. Apresentou infarto agudo do miocárdio há 4 anos com colocação de stent farmacológico, que complicou com hemorragia digestiva alta por doença ulcerosa gástrica. Faz uso de enalapril 10 mg 2x/dia, sinvastatina 40 mg, glibenclâmida 5 mg e metformina 1 g e AAS 100 mg. Procura atendimento por palpitações há alguns meses. ECG: fibrilação atrial, FC 115 bpm. Ecocardiograma transtorácico: fração de ejeção de 58%, átrio esquerdo de 46 mm, hipertrofia concêntrica de ventrículo esquerdo, sem doença valvar significativa e sem outros achados dignos de nota. Exames laboratoriais: função renal e potássio normais, Hb1Ac 6,1%. Pensando em controle de frequência cardíaca, complicações e manejo de comorbidades, qual prescrição, dentre as abaixo, é a mais adequada para o manejo a longo prazo do paciente:

- (A) AAS 100 mg, rivaroxabana 20 mg, sinvastatina 40 mg, enalapril 10 mg 2x/dia, metoprolol succinato 50 mg e metformina 2 g.
- (B) AAS 100 mg, sinvastatina 40 mg, enalapril 10 mg 2x/dia e dapagliflozina 10 mg.
- (C) Rivaroxabana 15 mg, atorvastatina 20 mg, enalapril 10 mg 2x/dia, metoprolol succinato 50 mg e dapagliflozina 10 mg.
- (D) Rivaroxabana 20 mg, atorvastatina 40 mg, enalapril 10 mg 2x/dia, metoprolol succinato 50 mg e metformina 2 g.
- (E) Rivaroxabana 15 mg, atorvastatina 40 mg, enalapril 10 mg 2x/dia, metoprolol succinato 50 mg e dapagliflozina 10 mg.

24. Homem, 68 anos, com HAS, diabetes mellitus (última HbA1c de 8,5%), fibrilação atrial permanente e tabagismo, interna por lesão ulcerada em primeiro pododáctilo direito com infecção associada. Relata que a lesão surgiu após trauma, há cerca de 3 meses, e não apresentou cicatrização satisfatória desde então. Há alguns anos, apresenta dor em aspecto de câibras em panturrilhas ao deambular certas distâncias, progressivamente menores. No último ano, refere necessidade de repouso, por dor em membros inferiores, após percorrer cerca de 50 metros no plano. Sobre o caso acima, considere as seguintes alternativas e assinale a mais correta:

- (A) Deve-se evitar o uso de inibidores de SGLT2 para tratamento de diabetes mellitus nesse perfil de pacientes devido ao aumento no risco de amputação evidenciado no *trial* CANVAS, e confirmado em publicações posteriores.
- (B) Um índice tornozelo-braquial (ITB) ao repouso menor que 0,9, associado à clínica de claudicação intermitente, torna o diagnóstico de doença arterial periférica de alta probabilidade. Já um resultado maior que 1,4 exclui a doença, devendo-se procurar alternativas diagnósticas para o quadro de dor do paciente.
- (C) O uso de AAS 100 mg/dia associado à rivaroxabana 2,5 mg 2x/dia está associado a melhores desfechos cardiovasculares, a despeito de um potencial aumento no risco de sangramento, e devem ser prescritos para esse paciente.
- (D) O tratamento de dislipidemia com estatinas e/ou ezetimibe está indicado com o objetivo de reduzir o colesterol LDL em, pelo menos, 50% de seu valor basal.
- (E) Caso diagnosticada doença arterial periférica e indicada revascularização cirúrgica, faz-se necessária avaliação invasiva de doença arterial coronariana para revascularização cardíaca antes do procedimento cirúrgico vascular, para redução de risco de morte e complicações cardiovasculares.

25. Homem, 75 anos, internou por insuficiência cardíaca descompensada com necessidade de inserção de cateter vesical de demora para controle de balanço hídrico no primeiro dia de internação. Após 20 dias, apresentou prostração, febre e piúria na bolsa coletora. Neste contexto, e sobre infecção do trato urinário (ITU) associada a cateter vesical, assinale a melhor assertiva:

- (A) Cateter vesical de demora e cateterização vesical intermitente conferem o mesmo risco de ITU.
- (B) Para a coleta da urocultura, o cateter vesical de demora deve ser, idealmente, trocado, e a coleta da amostra deve ser feita durante a passagem do novo cateter.
- (C) Está indicado solicitar urocultura a cada três semanas para rastreamento e tratamento de ITU em paciente com cateter vesical de demora.
- (D) O cateter vesical de demora deve ser trocado sempre que a urina estiver turva ou com grumos.
- (E) O uso de *checklists* e lembretes eletrônicos para alertar a equipe quanto à retirada precoce do cateter vesical não reduz as taxas de infecção urinária.

26. Indivíduos com diabetes mellitus tipo 1 apresentam maior risco de comorbidades autoimunes. Qual a afirmativa **INCORRETA** em relação ao rastreamento de tais comorbidades?

- (A) Em crianças, o rastreamento de doença celíaca é recomendado ao se diagnosticar diabetes mellitus tipo 1.
- (B) Em adultos com diabetes mellitus tipo 1, o rastreamento de doença celíaca deve ser feito na presença de sintomas gastrointestinais.
- (C) O rastreamento de insuficiência adrenal primária deve ser feito no momento do diagnóstico do diabetes mellitus tipo 1, independente de sintomas suspeitos.
- (D) O rastreamento de gastrite autoimune não é recomendado rotineiramente, exceto quando há suspeita clínica.
- (E) Avaliação da função tireoidiana deve ocorrer no momento do diagnóstico do diabetes mellitus tipo 1, independente de sintomas suspeitos.

27. Assinale a alternativa correta a respeito de hipertensão pulmonar:

- (A) Doença pulmonar obstrutiva crônica e/ou hipoxemia compõem o grupo 3 de hipertensão pulmonar.
- (B) A presença de insuficiência cardíaca ventricular esquerda com fração de ejeção reduzida torna improvável que haja hipertensão pulmonar.
- (C) Oxigenoterapia domiciliar deve ser indicada nos casos em que a pressão parcial de oxigênio (paO₂) for menor do que 70 mmHg, havendo pressão sistólica da artéria pulmonar estimada em mais de 80 mmHg.
- (D) Fenfluramina, um agente anorexígeno, comprovou-se não estar associada a risco de hipertensão pulmonar.
- (E) Hipertensão pulmonar do grupo 5 é a mais frequente, seguida do grupo 2.

28. Homem, 64 anos, com diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2, internou por infarto agudo do miocárdio com supradesnivelamento do segmento ST, Killip 2. Foi submetido à angioplastia com dois stents farmacológicos na artéria descendente anterior, sem intercorrências. Possui diagnóstico de HAS, dislipidemia e fibrilação atrial paroxística. Nega consumo de álcool, história de sangramento digestivo. Ecocardiograma evidenciou fração de ejeção do ventrículo esquerdo de 51%. Possui

coagulograma e funções renal e hepática normais. Assinale a melhor opção antitrombótica dentre as abaixo:

- (A) Ticagrelor e apixabana por 12 meses. Após um ano, apixabana *ad eternum*.
- (B) Clopidogrel e apixabana *ad eternum*.
- (C) Apixabana em monoterapia *ad eternum*.
- (D) AAS, clopidogrel e apixabana por 7 a 30 dias. Após esse período, clopidogrel e apixabana por 12 meses. Após um ano, apixabana *ad eternum*.
- (E) AAS, clopidogrel e apixabana por 3 meses. Após esse período, clopidogrel e apixabana por 12 meses. Após um ano, apixabana *ad eternum*.

29. Homem, 70 anos, com HAS bem controlada em uso de anlodipina 5 mg, interna com quadro de hemiparesia direita e disartria há cerca de 8 horas. À admissão, FC 107 bpm, Tax 38,3°C, glicemia capilar 127 mg/dL. Ausculta cardíaca: ritmo regular, dois tempos, bulhas normofonéticas, sopro sistólico em borda esternal superior direita 2+/6+. Demais aspectos do exame clínico sem particularidades. Tomografia de crânio sem contraste evidencia lesão cerebral isquêmica. Conforme relato de familiar, paciente apresentava febre, inapetência e mal-estar, iniciados há cerca de 1 semana. Exames: Hb 11,3 g/dL, leucócitos 16,700/mm³ com 7% de bastonados, proteína C reativa 150 mg/L, função renal e eletrólitos dentro dos valores de referência, exame qualitativo de urina sem particularidades, exceto por proteínas 2+. Foram coletadas hemoculturas e prescrita ampicilina-sulbactam. No segundo dia de internação, foi obtido resultado das hemoculturas, com crescimento de *Streptococcus gallolyticus* multissensível. Sobre o caso e o manejo de endocardite infecciosa, considere as seguintes alternativas e assinale a correta:

- I. Dada a ausência de resistência antimicrobiana em hemocultura, pode-se manter tratamento com aminopenicilina isolada, sem inibidor de betalactamase.
- II. Se o paciente apresentar alergia a betalactâmico, o tratamento poderá ser realizado com vancomicina. Em casos selecionados de endocardite infecciosa por *Streptococcus gallolyticus*, pode-se utilizar gentamicina em associação nas primeiras duas semanas.
- III. Um ecocardiograma transtorácico sem evidência de vegetações exclui o diagnóstico de endocardite infecciosa.

- (A) Apenas a I está correta.
- (B) Apenas a II está correta.
- (C) Apenas I e II estão corretas.
- (D) Apenas I e III estão corretas.
- (E) I, II e III estão corretas.

30. Mulher, 32 anos, apresenta história de valvulopatia reumática e cirurgia de troca valvar mitral por prótese mecânica há 3 anos. À avaliação, queixa-se de palpitações e dispneia leve, sem outros sintomas. Exame: PA 110/70 mmHg, FC 88 bpm, ritmo irregular. ECG confirma fibrilação atrial. A melhor opção antitrombótica dentre as abaixo, nesse caso, é:

- (A) AAS 325 mg ao dia.
- (B) Apixabana 5 mg de 12 em 12 horas.
- (C) Varfarina com alvo de INR entre 2,5 e 3,5.
- (D) Varfarina com alvo de INR entre 2,0 e 3,0.
- (E) Varfarina, com alvo de INR entre 2,0 e 3,0, e AAS 100 mg ao dia.

31. Assinale a situação abaixo em que **NÃO** está indicada a solicitação de densitometria óssea:

- (A) Homem, 70 anos, assintomático, com diagnóstico de HIV há 10 anos e em uso regular de lamivudina (3TC), tenofovir (TDF) e dolutegravir (DTG).
- (B) Mulher, 52 anos, com hipotireoidismo e dislipidemia.
- (C) Homem, 55 anos, com histórico de fratura vertebral há 1 ano após queda da própria altura.
- (D) Mulher, 51 anos, em tratamento de artrite reumatoide com metotrexato e prednisona 7,5 mg/dia há 1 ano.
- (E) Mulher, 66 anos, assintomática e sem comorbidades.

32. Sobre as infecções fúngicas e o seu tratamento, é **INCORRETO** afirmar que:

- (A) O itraconazol pode ser utilizado como medicamento de primeira linha no tratamento de histoplasmoze leve a moderada, mas não deve ser utilizado em caso de disseminação para sistema nervoso central devido à sua baixa penetração no líquido.
- (B) O voriconazol apresenta boa penetração em fluidos corporais, como sistema nervoso central, podendo ser utilizado no tratamento da aspergilose. É fundamental a monitorização de seu nível sérico, pois apresenta diversas interações medicamentosas e é metabolizado pelo citocromo P450 3A4, entre outras enzimas.
- (C) As equinocandinas, como caspofungina, micafungina e anidulafungina, têm eficácia e perfil de toxicidade semelhantes, tendo ação fungistática para *Candida* e fungicida para *Aspergillus*.
- (D) A principal indicação para uso de flucitosina é em associação com anfotericina B no tratamento de indução da meningite criptocócica, podendo causar supressão medular e toxicidade hepática ao longo do tratamento.
- (E) O fluconazol tem um papel importante no tratamento de diversas infecções fúngicas, principalmente, por estar disponível na formulação oral e intravenosa, raramente causando toxicidade hepática clinicamente significativa.

33. A doença glomerular pode resultar de muitos distúrbios hereditários ou adquiridos e pode se manifestar de diversas maneiras, variando em gravidade, desde anormalidades urinárias assintomáticas até injúria renal aguda ou doença renal em estágio terminal. Sobre as doenças glomerulares, relacione as colunas, de cima para baixo, respectivamente:

1. Glomerulopatia por lesão mínima.
2. Glomerulonefrite membranosa.
3. Glomeruloesclerose segmentar e focal.
4. Glomerulonefrite rapidamente progressiva.

() É uma lesão histopatológica prevalente em adultos com síndrome nefrótica. É a doença glomerular primária mais comum em pacientes com doença renal em estágio terminal nos Estados Unidos.

() Pode ser primária ou secundária a algumas condições como infecções, neoplasias, doenças autoimunes e uso de algumas medicações, como AINEs. Anticorpo anti-receptor da fosfolipase A2 (PLA2R) é identificado em cerca de 70% dos pacientes com sua forma primária e pode estar associado com atividade da doença.

() É uma síndrome clínica manifestada por características de doença glomerular no exame de urina e pela perda progressiva da função renal durante um período de tempo comparativamente curto (dias, semanas ou alguns meses). É mais comumente caracterizada morfolologicamente por

extensa formação crescente (proliferação extracapilar no espaço de Bowman).

() É a principal causa de síndrome nefrótica em crianças. Está relacionada a mecanismo fisiopatológico que afeta predominantemente os podócitos, causando aumento na permeabilidade da membrana basal glomerular e proteinúria.

- (A) 4, 2, 3, 1.
- (B) 2, 3, 1, 4.
- (C) 2, 3, 4, 1.
- (D) 3, 2, 4, 1.
- (E) 3, 4, 1, 2.

34. Assinale a assertiva correta em relação à solicitação de exames laboratoriais na avaliação pré-operatória de cirurgia não cardíaca:

- (A) Todo paciente deve realizar exames de sangue, como hemograma, eletrólitos, função hepática e renal, independentemente do tipo de cirurgia ou condição clínica.
- (B) Pacientes jovens e saudáveis que vão se submeter a cirurgias de baixo risco precisam de coagulograma completo.
- (C) A solicitação de exames laboratoriais deve ser individualizada, baseada na condição clínica do paciente e no tipo de cirurgia a ser realizada.
- (D) Exames de função hepática são necessários para os pacientes com mais de 60 anos, mesmo sem histórico de doenças hepáticas.
- (E) A creatinina sérica deve ser solicitada em pacientes adultos independentemente da função renal anterior ou do tipo de cirurgia.

35. Em pacientes hospitalizados ao longo dos anos, a insulina foi o pilar do tratamento do diabetes mellitus. No entanto, recentemente, houve a introdução de novos antidiabéticos e algumas mudanças nas orientações do manejo do paciente internado com diabetes. Assinale a melhor assertiva:

- (A) A metformina, geralmente, é segura para pacientes não críticos hospitalizados desde que não haja doença renal avançada, ou situações como choque.
- (B) Os inibidores da DPP-4 devem ser suspensos no contexto de internação pelo alto risco de hipoglicemia associado a seu uso.
- (C) Os inibidores de SGLT2 são medicamentos provavelmente seguros para uso intra-hospitalar, porém devem ser suspensos 24 horas antes de cirurgias.
- (D) Os agonistas do receptor de GLP-1 podem ser mantidos em pacientes que já faziam uso destes medicamentos e que estão hospitalizados, inclusive, podendo ser mantidos no contexto do perioperatório.
- (E) O uso de sulfonilureias, geralmente, é contraindicado durante a internação, especialmente, no contexto de injúria renal aguda, dado o metabolismo renal das drogas, o que pode levar a maior risco de hiperglicemia nos pacientes que fazem uso dessa classe de medicamentos.

36. Tromboembolismo pulmonar (TEP) é uma doença frequente e potencialmente fatal. A avaliação destes pacientes precisa ser eficiente para evitar o risco de que exames desnecessários atrasem o início do tratamento. Sobre o manejo de TEP, assinale a melhor assertiva:

(A) Os pacientes que possuem diagnóstico de neoplasia maligna no sistema nervoso central apresentam contraindicação absoluta ao uso de terapia com trombolítico.

(B) Pacientes que já faziam uso de terapia anticoagulante com varfarina por outro motivo e que são diagnosticados com TEP cursando com disfunção de ventrículo direito e instabilidade hemodinâmica apresentam contraindicação absoluta ao uso de trombolítico.

(C) Hemoptise não é uma manifestação clínica associada ao TEP, e a presença de hemoptise menor contraindica o início da terapia com anticoagulante.

(D) Os inibidores diretos da trombina e os inibidores do fator Xa são os anticoagulantes de escolha mesmo no cenário de instabilidade hemodinâmica, devido ao seu perfil de segurança e à presença de antídotos.

(E) É comum a manifestação de alteração no eletrocardiograma, sendo o achado mais frequente o padrão S1Q3T3, encontrado em cerca de 80% dos pacientes com TEP.

37. Trombofilias, estados de hipercoagulabilidade, abrangem um grupo de condições congênitas ou adquiridas que aumentam o risco de trombose. Os estados de hipercoagulabilidade primários são anormalidades pró-trombóticas quantitativas ou qualitativas em proteínas específicas. Sobre estas condições, assinale a alternativa **INCORRETA**:

(A) Enquanto o paciente estiver em uso de varfarina, não é recomendada a análise dos testes para avaliar deficiências de proteínas C e S.

(B) O uso prolongado de terapia anticoagulante pode interferir na interpretação dos exames para diagnóstico das trombofilias, sendo recomendada a realização precoce dos testes, como proteína S e antitrombina III, ainda durante a apresentação aguda da trombose.

(C) Tromboses manifestadas em sítios não usuais, como veias porta, hepática ou mesentérica, têm indicação de rastreamento de trombofilias hereditárias.

(D) A heparina pode reduzir a atividade da antitrombina III, dando a falsa impressão de que o paciente apresenta deficiência de antitrombina III. Este efeito é melhor documentado na heparina não fracionada, mas também pode ocorrer com heparinas de baixo peso molecular.

(E) Na mutação do gene da protrombina, o risco de tromboembolismo venoso é aumentado tanto para homocigotos quanto para heterocigotos, sendo o maior risco provavelmente relacionado aos homocigotos.

38. Homem, 67 anos, procura atendimento ambulatorial por dispneia e tosse seca. Apresenta quadro progressivo há cerca de 6 meses. Já foi tratado para “bronquite, coração fraco e doença do refluxo”, não apresentando melhora. O exame físico demonstra crepitações em terços inferiores de ambos hemitóraces, e a radiografia de tórax apresenta infiltrado reticular bilateral, índice cardiotorácico normal e ausência de sinais de derrame pleural. Suspeita-se de doença intersticial pulmonar. Assinale a assertiva correta:

(A) O curso inicial das doenças intersticiais inclui dispneia, tosse seca e presença, ao exame físico, de cianose, hipocratismo digital e sinais de *cor pulmonale*.

(B) A pneumonia intersticial aguda (síndrome de Hamman-Rich) apresenta baixa mortalidade em 6 meses, inferior a 5%, a partir do uso de corticoterapia sistêmica, e é incomum a recorrência do quadro.

(C) A síndrome antissintetase cursa com doença intersticial pulmonar progressiva, fenômeno de Raynaud, artrite, miosite, febre, “mãos de mecânico” e anticorpos antissintetase reagentes.

(D) Como características, a fibrose pulmonar idiopática apresenta predomínio abaixo dos 50 anos de idade, ausência de relação com tabagismo ou outras exposições ambientais.

(E) A biópsia por broncoscopia de fibra óptica ou cirúrgica do pulmão apresenta melhor rendimento quando realizadas após o tratamento farmacológico da doença pulmonar intersticial.

39. Em relação aos fenótipos da asma brônquica e à apneia obstrutiva do sono (AOS), assinale a assertiva correta:

(A) O fenótipo paucigranulocítico da asma costuma se beneficiar marcadamente de corticosteroides inalatórios.

(B) O diagnóstico de AOS requer polissonografia, com índice de apneia-hipopneia ≥ 15 episódios por hora, ou ≥ 5 episódios por hora associado a manifestações clínicas, como sonolência diurna, fadiga, interrupções do sono notadas por acompanhante na cama.

(C) Para definir o fenótipo asmático, é necessário teste de broncoprovocação com metacolina com PD20 ≤ 200 μg .

(D) O tratamento com CPAP (do inglês, *continuous positive airway pressure*) tem sido substituído pela uvulopalatofaringoplastia devido à sua maior eficácia em reduzir episódios de apneia.

(E) A definição fenotípica tem utilidade clínica restrita à prescrição e seleção de agentes terapêuticos biológicos.

40. Mulher, 45 anos, procura serviço de emergência por icterícia, febre de 38,4°C, dor abdominal em hipocôndrio direito e astenia. Nega comorbidades prévias, mas refere que faz uso de álcool diariamente há, pelo menos, 10 anos, com aumento no consumo há 15 dias após demissão, chegando a consumir cerca de 1 L de destilado ao dia. Exame físico: escleras icterícas, emagrecida (IMC 16,2 kg/m²), com hepatomegalia dolorosa. Não há outros estigmas de hepatopatia crônica. Exames da admissão: AST 170 UI/L, ALT 68 UI/L, gama-GT 260 UI/L, fosfatase alcalina 98 UI/L, bilirrubinas totais 3,5 mg/dL e INR 1,3. Assinale a melhor assertiva:

(A) O diagnóstico de hepatite alcoólica está confirmado, e a paciente apresenta escores de gravidade baixos (escore Maddrey menor que 32), sendo candidata a tratamento com corticoides.

(B) Está indicada antibioticoterapia profilática em todos os casos, pois melhora a sobrevida.

(C) Devido à história clínica de consumo de álcool a longo prazo, está indicada, nesse momento, a realização de biópsia hepática para avaliação do grau de fibrose hepática.

(D) A paciente tem diagnóstico provável de hepatite alcoólica.

(E) Pentoxifilina deve ser iniciada para tratamento.

41. Homem, 37 anos, está internado há 30 dias por quadro de pancreatite aguda grave de origem biliar, com necessidade de passagem pela UTI e uso de drogas vasopressoras. Está em uso de nutrição parenteral total há 12 dias por cateter venoso central duplo lúmen em veia axilar direita. No momento, encontra-se em leito de enfermaria, estável. Inicia com quadro febril há 48 horas. Coletadas hemoculturas periféricas pareadas com duas vias do cateter central. Ocorreu crescimento em 8 horas no lúmen distal, 9 horas no lúmen proximal e 16 horas em cultura periférica de *Candida spp.*, ainda sem definição da espécie. Sobre a infecção de corrente sanguínea acima, considere as seguintes afirmações e assinale a melhor assertiva:

- (A) Equinocandina intravenosa por 5 a 7 dias, seguida de fluconazol até finalização de tempo de tratamento caso suscetibilidade demonstrada em antifungograma e trato gastrointestinal funcional, e cultura de controle negativa, são possibilidades para o caso acima.
- (B) O tempo de tratamento é de 14 dias após o início do antifúngico.
- (C) Quando indicada, a terapia antifúngica empírica deve consistir em associação medicamentosa de equinocandina com anfotericina B devido à emergência de organismos resistentes aos azólicos.
- (D) A *Candida auris* é um organismo mais suscetível aos antimicrobianos, sendo o fluconazol a droga de escolha para tratamento, com a possibilidade de troca para terapia via oral visando à desospitalização precoce do paciente.
- (E) Em pacientes não neutropênicos com crescimento de *Candida spp.* em uma única amostra de hemocultura e que estejam estáveis hemodinamicamente, sem sinais de sepse, este microrganismo pode ser considerado contaminante e se deve apenas retirar o cateter venoso central caso presente.

42. Sobre sepse, choque séptico e manejo farmacológico na intubação em sequência rápida, preencha as lacunas com V se afirmação verdadeira ou com F se afirmação falsa, de cima para baixo, respectivamente:

- () O sítio mais comumente envolvido nos casos de sepse é o pulmonar, seguido das infecções intra-abdominais e genitourinárias, apresentando hemoculturas positivas na maioria dos casos.
- () A cetamina é um anestésico dissociativo que causa amnésia associada ao seu efeito sedativo, estimulando a contratilidade miocárdica, frequência cardíaca e com aumento de fluxo cerebral, sendo uma opção para pacientes instáveis hemodinamicamente.
- () No manejo do choque séptico, os critérios para avaliar uma ressuscitação volêmica adequada são a obtenção de uma saturação venosa central maior do que 70% e um *clearance* de lactato de, pelo menos, 10%.
- () Nos casos em que a succinilcolina está contraindicada, uma alternativa seria o uso do pancurônio, que apresenta um início de efeito mais rápido e menos prolongado do que o rocurônio.
- () O critério proposto para choque séptico inclui a presença de sepse, necessidade de vasopressores para manter uma pressão arterial média maior ou igual a 65 mmHg e hiperlactatemia (maior ou igual a 2 mmol/L ou 18 mg/dL), após ressuscitação volêmica adequada.
- () O etomidato é a droga com o perfil hemodinâmico mais neutro em relação aos outros sedativos, sendo utilizado em situações de hipotensão e colapso circulatório, também apresentando efeito analgésico associado.

- (A) F - V - V - V - V - V.
- (B) V - F - F - F - V - V.
- (C) F - V - V - F - F - F.
- (D) F - V - F - F - V - F.
- (E) V - F - F - V - V - F.

43. Mulher, 19 anos, com história de sintomas dispépticos e diarreia muco-sanguinolenta há 1 ano, apresenta perda de peso de 8 kg no período, que equivalem a 10% de seu peso corporal; anemia ferropriva; e dor abdominal em baixo ventre. Procurou diversas vezes atendimento médico e fez uso de múltiplos cursos de antibioticoterapia, antiparasitários e probióticos, sem melhora dos sintomas. Interna para investigação de diarreia e quadro consumptivo. À admissão, apresenta dor abdominal difusa associada a mais de 5 evacuações líquidas muco-sanguinolentas ao dia e cansaço. Exames: Hb 10,5 g/dL e proteína C reativa 150 mg/L. Submetida à colonoscopia com biópsia, que evidencia presença de edema e enantema associado a úlceras profundas, estreladas, recobertas por fibrina, medindo cerca de 2 cm cada, acometendo difusamente mucosas de reto e cólon transverso. Considerando a principal hipótese diagnóstica, assinale a melhor assertiva:

- (A) Considerando a principal hipótese diagnóstica ser doença inflamatória intestinal, a paciente não tem indicação de realizar endoscopia digestiva alta para avaliação da extensão da doença em trato gastrointestinal.
- (B) Pacientes com diagnóstico novo de doença de Crohn devem se submeter à avaliação de extensão de doença em intestino delgado apenas se apresentarem sinais de oclusão/subocclusão intestinal.
- (C) Marcadores sorológicos como ANCA e ASCA são amplamente utilizados na prática clínica por auxiliarem na diferenciação entre retocolite ulcerativa e doença de Crohn.
- (D) A calprotectina fecal tem alta sensibilidade para o rastreio de doença inflamatória intestinal, porém baixa especificidade, o que limita seu uso como teste diagnóstico.
- (E) O achado histológico de granuloma nas biópsias colônicas é necessário para diagnóstico de doença de Crohn.

44. Em relação ao tratamento do paciente com diabetes mellitus tipo 2, assinale a melhor assertiva:

- (A) Os inibidores de SGLT2 são, geralmente, mais potentes em reduzir a hemoglobina glicada que os agonistas do receptor de GLP-1, podendo reduzi-la em até 1,5%.
- (B) Os inibidores da DPP-4 não são aprovados para uso em monoterapia.
- (C) De todos os tratamentos disponíveis para o diabetes, ficou demonstrada redução de risco cardiovascular apenas com a metformina e com os inibidores de SGLT2.
- (D) Se após 3 meses de uso de dois antidiabéticos orais, a meta glicêmica não for atingida, podemos associar um terceiro antidiabético oral, um agonista do receptor de GLP-1 ou uma insulina basal.
- (E) Considerando a eficácia no emagrecimento, os agonistas do receptor de GLP-1 e os inibidores da SGLT2 são igualmente efetivos.

45. Considere as assertivas abaixo sobre cirrose:

I. No paciente com cirrose, a ascite é considerada como resistente se existir dificuldade em mobilizar o líquido ascítico apesar da dose máxima tolerada de diuréticos e controle na ingestão de sódio na dieta (até 2 gramas por dia). A análise do sódio urinário de 24 horas pode ajudar na avaliação de aderência à dieta com restrição de sódio e resposta ao uso dos diuréticos.

II. O MELD 3.0, recentemente priorizado por organizações de transplante hepático no mundo, considera bilirrubina total, INR, creatinina, sódio, sexo e albumina como variáveis.

III. Num paciente com cirrose, se a hemorragia digestiva for por doença ulcerosa péptica, não há indicação de antibioticoprofilaxia.

Quais estão corretas?

- (A) Apenas a II.
- (B) Apenas a III.
- (C) Apenas a I e II.
- (D) Apenas a II e III.
- (E) Todas as alternativas.

46. Homem, 45 anos, queixa-se de dispneia. Ao exame clínico, apresenta *ictus cordis* desviado para a esquerda e para baixo, presença de primeira bulha hipofonética, segunda bulha hiperfonética, com sopro sistólico regurgitante (4+/6+). ECG: fibrilação atrial, FC 87 bpm, sobrecarga de átrio esquerdo e de ventrículo esquerdo. Raio-x de tórax: índice cardiotorácico aumentado e sinais compatíveis com congestão pulmonar. A lesão valvar mais provável neste caso é:

- (A) Estenose mitral.
- (B) Estenose aórtica.
- (C) Regurgitação tricúspide.
- (D) Regurgitação aórtica.
- (E) Regurgitação mitral.

47. Mulher, 55 anos, com diagnóstico de HAS aos 45 anos, está em uso de enalapril 20 mg 2x/dia, clortalidona 25 mg e anlodipina 10 mg. Não consulta há mais de 5 anos, pois está se sentindo bem com o tratamento. Exame físico: peso 65 kg; altura 1,66 m; IMC 23,5 kg/m²; pressão arterial nos dois braços 140/100 mmHg; demais aspectos do exame físico sem alterações. ECG realizado hoje: ritmo sinusal, FC 67 bpm, dentro dos limites da normalidade. Com base no caso acima, dentre as abaixo, na sequência, qual é a melhor conduta?

- (A) Excluir causas de pseudorresistência e confirmar o controle inadequado da pressão arterial.
- (B) Solicitar polissonografia.
- (C) Solicitar ecocardiograma transtorácico.
- (D) Acrescentar hidralazina ao esquema terapêutico.
- (E) Solicitar tomografia de abdome para investigação de doenças de adrenais.

48. Mulher, 59 anos, apresenta cefaleia, HAS, vertigem, prurido quando exposto à água quente e epistaxe. Nega tromboembolismo venoso, sangramentos e história familiar de neoplasias hematológicas. Iniciada investigação de policitemia, a partir de hemograma que apresenta hemoglobina de 18,0 g/dL. Assinale a assertiva correta:

- (A) Se a massa eritrocitária do indivíduo estiver normal, o diagnóstico é policitemia vera.
- (B) Se o nível de eritropoetina do indivíduo for baixo ou imensurável, o diagnóstico é eritrocitose relativa.
- (C) Se a paciente for tabagista e apresentar níveis baixos de carboxi-hemoglobina, o diagnóstico é policitemia do fumante.
- (D) Se a paciente apresentar baixa saturação de oxihemoglobina em cenário de baixo nível de eritropoetina, o diagnóstico diferencial inclui doenças pulmonares e cardíacas.
- (E) Se a paciente apresentar eritropoetina elevada, o diagnóstico diferencial inclui policitemia associada a tumores, como carcinoma de células renais e leiomioma uterino.

49. Considere as afirmações abaixo sobre dengue de acordo com o documento Dengue: Diagnóstico e Manejo Clínico - adultos e crianças, do Ministério da Saúde, atualizado em 2024. Preencha as lacunas com V se afirmação verdadeira ou com F se afirmação falsa, de cima para baixo, respectivamente:

- () Existem 4 sorotipos de vírus da dengue conhecidos, e uma reinfecção por um sorotipo diferente apresenta risco aumentado para o desenvolvimento de doença grave.
- () O aparecimento de *rash* maculopapular geralmente coincide com o período de defervescência e período no qual pode haver evolução para quadro de dengue grave.
- () O diagnóstico na fase aguda é melhor realizado por identificação viral através de RT-PCR ou teste de antígeno e após o 5º dia do início dos sintomas através da detecção de anticorpo IgM.
- () Dor abdominal e vômitos persistentes são considerados sinais de alarme para dengue grave.
- () Leucopenia, plaquetopenia e aumento do hematócrito são considerados sinais de alarme para dengue grave.
- () Na presença de sinais de alarme, deve-se iniciar imediatamente hidratação oral e solicitar hemograma para avaliação do hematócrito.

Marque a alternativa com a sequência correta:

- (A) V - V - V - V - F - F.
- (B) F - V - V - F - F - V.
- (C) F - F - V - F - F - V.
- (D) V - F - F - V - V - F.
- (E) V - V - V - F - F - F.

50. Com relação à terapia nutricional no paciente hospitalizado, assinale a melhor assertiva:

- (A) A ausência de ruídos hidroaéreos não é uma contraindicação absoluta ao início de dieta enteral em pacientes em pós-operatório.
- (B) A terapia nutricional otimizada é capaz de reverter a hipoalbuminemia, independentemente da presença de inflamação sistêmica.
- (C) Diarreia é a complicação mais comum da nutrição enteral, cujo manejo inclui a interrupção imediata da infusão da dieta e a prescrição de antidiarreicos.
- (D) A administração contínua de dieta enteral é mais associada a intolerâncias gastrointestinais que a infusão intermitente.
- (E) Síndrome de realimentação é uma complicação que está associada exclusivamente à nutrição parenteral.