

ESPECIALIZAÇÃO NA ÁREA MÉDICA PUC-SP • 2026

Com Pré-Requisito
CLÍNICA MÉDICA



O conteúdo desta prova é de propriedade da Fundação São Paulo. É expressamente proibida a sua reprodução, utilização em outros concursos, bem como o uso em sala de aula ou qualquer outro tipo, na totalidade ou em parte, sem a prévia autorização por escrito, estando o infrator sujeito à responsabilidade civil e penal.

Instruções

- A duração da prova é de 2h30min, devendo o candidato permanecer na sala por, no mínimo, 1 hora.
- A prova contém 50 questões objetivas, cada uma com quatro respostas, das quais apenas uma é correta.
- Assinale na folha óptica de respostas a alternativa que julgar correta, preenchendo com caneta esferográfica (azul ou preta), com traço forte, dentro do espaço. Evite amassar e rasurar.
- Não serão computadas as questões que contenham mais de uma resposta assinalada na folha óptica. Também não serão computadas aquelas respostas com emenda ou rasura, ainda que legíveis, assinaladas com traço fraco ou em branco.
- Desligue o celular, similares e quaisquer outros equipamentos eletrônicos e coloque-os no envelope designado para este fim.
- Não é permitido o uso de relógio, seja digital, seja analógico, com calculadoras ou outros recursos. Coloque-o no envelope também.
- Será excluído da seleção o candidato que lançar mão de meios ilícitos para a execução da prova.
- Ao término da prova, o candidato deverá devolver ao fiscal o caderno de questões e a folha óptica de respostas.

Boa prova!



• Questão 01 •

Um paciente de 68 anos, hipertenso e diabético, procura o pronto-socorro com dispneia súbita há 24 horas. Encontra-se em ventilação espontânea, taquipneico, SatO₂ 88% em ar ambiente. À ausculta, há estertores bibasais. O médico realiza ultrassom pulmonar à beira do leito conforme protocolo sistematizado The Bedside Lung Ultrasound in Emergency (BLUE) protocol para investigação de insuficiência respiratória aguda (IRA).

Assinale a alternativa **correta**, referente a utilização do ultrassom pulmonar na emergência como ferramenta para o auxílio diagnóstico.

- a) O ultrassom pulmonar apresenta baixa sensibilidade para diagnóstico de edema pulmonar cardiogênico, devendo ser sempre complementado por tomografia computadorizada.
- b) O protocolo de ultrassom pulmonar demonstrou alta acurácia diagnóstica para as principais causas de insuficiência respiratória aguda em pacientes em ventilação espontânea, especialmente para edema pulmonar e pneumotórax.
- c) O método mostrou-se útil apenas para diagnóstico de consolidações pulmonares, não sendo adequado para avaliação de causas intersticiais.
- d) A acurácia diagnóstica do ultrassom pulmonar foi inferior à da radiografia de tórax na diferenciação das causas de insuficiência respiratória aguda.

• Questão 02 •

Um homem de 45 anos com asma grave apresenta sintomas persistentes e **duas exacerbações graves no último ano** apesar de terapia otimizada com corticosteroide inalatório (CI) em alta dose + antagonistas Beta 2 de longa ação (LABA), com boa adesão e técnica de uso. Os exames mostram eosinofilia periférica persistente (380 células/ μ L) e fração exalada de óxido Nítrico (FeNO) elevada. Não há evidências de atopia significativa.

De acordo com as recomendações da **GINA 2025** para asma grave, qual das seguintes afirmações é **CORRETA**?

- a) O início de terapias biologicamente direcionadas não depende da presença de biomarcadores tipo 2 como eosinófilos ou FeNO.
- b) Imunobiológicos específicos para asma tipo 2 podem ser considerados em pacientes com eosinofilia elevada e exacerbações frequentes apesar de tratamento otimizado.
- c) O uso de omalizumabe é a primeira opção de imunobiológico em todos os pacientes com asma grave, independentemente do perfil inflamatório.
- d) A *Global Initiative for Asthma* (GINA 2025) desaconselha o uso de agentes anti-IL-5 ou anti-IL-5R em pacientes com níveis elevados de eosinófilos.

• Questão 03 •

Paciente masculino, 68 anos, ex-tabagista (60 maços-ano), com diagnóstico prévio de DPOC confirmada por espirometria ($VEF1/CVF$ pós-BD $< 0,70$), em uso regular de antagonistas muscarínicos de longa ação (LAMA) e agonistas Beta 2 de longa ação (LABA), procura o pronto atendimento com piora da dispneia há 2 dias. Refere aumento do volume do escarro e mudança da coloração para amarelado. Nega dor torácica ou edema de membros inferiores. Ao exame: FR 26 irpm, $SatO_2$ 89% em ar ambiente (basal 93%), sibilos difusos. Radiografia de tórax sem infiltrado novo.

Segundo o Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD 2026), o diagnóstico de exacerbação da DPOC é estabelecido principalmente por:

- a) Redução $\geq 10\%$ do VEF1 em relação ao último exame espirométrico.
- b) Presença de infiltrado pulmonar novo na radiografia de tórax associado à piora clínica.
- c) Piora aguda e sustentada dos sintomas respiratórios além da variabilidade diária habitual, exigindo mudança na medicação.
- d) Elevação de PCR acima de 10 mg/L associada a leucocitose.

• Questão 04 •

Homem de 67 anos, ex-tabagista (35 anos-maço), assintomático, realiza espirometria de rotina.

Resultados pré-broncodilatador:

- CVF: 3,70 L (94% previsto)
- VEF1: 2,70 L (88% previsto)
- VEF1/CVF: 0,72
- LLN (Limite Inferior da Normalidade) para VEF1/CVF: 0,68

Resultados pós-broncodilatador:

- CVF: 3,80 L (96% previsto)
- VEF1: 2,85 L (92% previsto)
- VEF1/CVF: 0,75
- LLN (Limite Inferior da Normalidade) para VEF1/CVF: 0,68

Considerando as recomendações da Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia - SBPT 2025, a interpretação **correta** é:

- a) Distúrbio Ventilatório Obstrutivo Leve, pois $VEF1/CVF < 0,70$.
- b) Espirometria Normal, pois $VEF1/CVF$ está acima do LLN.
- c) Distúrbio Ventilatório Restritivo.
- d) DPOC estágio inicial.

• Questão 05 •

Paciente masculino, 64 anos, previamente hígido, é admitido na UTI com quadro de pneumonia grave comunitária. Evolui com insuficiência respiratória aguda hipoxêmica, sendo submetido à intubação orotraqueal.

Gasometria pré-intubação em máscara com reservatório (FiO_2 estimada 0,80):

- pH 7,46
- $PaCO_2$ 32 mmHg
- PaO_2 55 mmHg

Após intubação, você inicia ventilação mecânica invasiva.

Segundo as Orientações Práticas em Ventilação Mecânica 2024, elaboradas pela Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia e pela Associação de Medicina Intensiva Brasileira, a estratégia ventilatória inicial mais adequada nesse cenário é:

- a) Volume corrente de 10 mL/kg de peso predito para evitar atelectasias.
- b) Volume corrente de 6 mL/kg de peso predito e ajuste de PEEP conforme gravidade da hipoxemia.
- c) Volume corrente de 8–10 mL/kg e FiO_2 100% contínua nas primeiras 24 horas.
- d) Ventilação controlada com volume corrente baseado no peso real do paciente.

• Questão 06 •

Sobre o tratamento de hanseníase é **correto** afirmar:

- a) Talidomida é a primeira escolha para tratar o surto reacional tipo 1.
- b) Corticóide oral é a primeira linha para tratar dor neuropática crônica.
- c) Minociclina e ofloxacina são tratamentos alternativos.
- d) A amamentação deve ser suspensa durante a poliquimioterapia.

• Questão 07 •

Jovem, masculino, com história de “furunculose” de repetição (mais de 4 vezes no ano) em ambas as axilas. Ao exame físico, apresenta em axila direita 2 lesões de meio cm cada, com sinais flogísticos, sem flutuação, sem fístula ou ulceração.

Assinale a conduta preconizada:

- a) Usar cefalexina via oral por 7 dias.
- b) Clindamicina tópica.
- c) Drenagem das lesões e antibiótico via oral.
- d) Exérese e anatomopatológico.

• Questão 08 •

Observe a foto (úlcera indolor em lábio inferior) e faça suas hipóteses.



Assinale qual das patologias abaixo **SERIA MAIS IMPROVÁVEL** como suspeição diagnóstica:

- a) Leishmaniose.
- b) Paracoccidiodomicose.
- c) Carcinoma espinocelular.
- d) Herpes labial.

• Questão 09 •

Homem, 28 anos, DM1 desde os 14 anos, em uso de insulina em esquema basal-bolus. Comparece ao PS com náuseas, vômitos e dor abdominal há 24h. Relata que está com “gripe forte” e reduziu as doses de insulina por estar se alimentando pouco.

- Exame físico: desidratado, sonolento, respiração de Kussmaul
- PA 92x58 mmHg, FC 124 bpm
- Gasometria arterial: pH: 7,08, HCO_3^- : 6 mEq/L, Lactato: 1,8 mmol/L
- Laboratório: glicemia: 410 mg/dL, cetonas séricas: positivas (+++), K^+ : 3,1 mEq/L, creatinina: 1,9 mg/dL

Conduta inicial MAIS apropriada:

- a) Iniciar insulina regular EV imediatamente e administrar bicarbonato.
- b) Repor potássio antes de iniciar insulina EV.
- c) Administrar bolus de insulina SC e observar resposta em 2h.
- d) Iniciar solução glicosada 5% para evitar hipoglicemia precoce.

• Questão 10 •

Mulher, 63 anos, IMC: 32 kg/m², retorna ao ambulatório de endocrinologia após alta hospitalar por quadro de IAM com colocação de stent há 6 semanas. Antecedentes: HAS, DM2, obesidade grau I, DRC estágio 3a. Medicamentos em uso: metformina 1 g 1x/dia, losartana 100 mg/d, carvedilol 25 mg/d, atorvastatina 40 mg, AAS 100 mg e clopidogrel 75 mg. Últimos exames coletados no hospital: HbA1c: 8,4%, TFG: 48 mL/min. Relata episódios de hipoglicemia prévia com sulfonilureia.

Melhor opção para intensificação terapêutica:

- a) Adicionar gliclazida, pois reduz HbA1c com baixo custo.
- b) Suspender metformina por eTFG < 60 e iniciar NPH.
- c) Adicionar empagliflozina, pelo benefício cardiovascular e renal.
- d) Adicionar pioglitazona, pois melhora resistência insulínica pós-IAM.

• Questão 11 •

Mulher, 46 anos, assintomática, realizou USG por achado incidental. Sem história familiar de câncer de tireoide e sem irradiação cervical prévia. Ultrassom de tireoide: nódulo em $\frac{1}{3}$ médio do lobo direito de 0,5x0,3x0,3 cm sólido hipoeoico, mais alto que largo, margens irregulares, presença de microcalcificações. TSH normal.

Qual a conduta mais apropriada?

- Punção aspirativa por agulha fina guiada por ultrassom, pois apresenta alto risco de malignidade.
- Seguimento ultrassonográfico, pois o nódulo é menor que 1 cm e a paciente não apresenta fatores clínicos adicionais.
- Solicitar cintilografia antes de decidir punção.
- Indicar tireoidectomia parcial pelo padrão suspeito.

• Questão 12 •

Homem de 54 anos vem em consulta de rotina para avaliação de exames laboratoriais, sem queixas. Antecedentes pessoais: Obesidade grau I (IMC = 33 kg/m²), Pré-diabetes (HbA1c = 6,1%), Hipertensão arterial e Dislipidemia. Nega consumo significativo de álcool (<10 g/dia). Medicamentos em uso: metformina 1 g/dia, losartana 100 mg/d, atorvastatina 40 mg/d. Sem história de hepatite viral conhecida.

Exame físico: PA = 132 x 82 mmHg, Circunferência abdominal = 112 cm, Sem icterícia.

Exames laboratoriais: AST (TGO) = 68 U/L, ALT (TGP) = 74 U/L, Plaquetas = 128.000/mm³, Albumina = 4,1 g/dL, INR = 1,0, Ferritina = 680 ng/mL (elevada), Saturação de transferrina = 32%, Sorologias para hepatites B e C: negativas. Ultrassonografia abdominal: Esteatose hepática moderada. FIB-4 = 2,3.

Considerando o quadro clínico, qual é o próximo passo mais apropriado na investigação diagnóstica?

- Solicitar tomografia computadorizada de abdome com contraste para estadiamento da esteatose e pesquisa de cirrose.
- Solicitar ressonância magnética com quantificação de ferro hepático, devido à hiperferritinemia e plaquetopenia.
- Indicar biópsia hepática, pois a presença de ferritina elevada confirma esteatohepatite avançada.
- Solicitar elastografia hepática para estratificação de fibrose e definição de necessidade de encaminhamento especializado.

• Questão 13 •

Mulher de 52 anos refere que ganhou 5 kg no último ano. Vem, assintomática para perda de peso. Refere ciclos menstruais regulares, sem ondas de calor. Nega constipação importante ou depressão. Sono: normal, pele normal, nega queda de cabelo. Antecedentes pessoais: hipertensão arterial controlada. História familiar: mãe com psoríase. Medicamentos: losartana 50 mg/dia.

Exame físico: PA = 128 x 78 mmHg, FC = 72 bpm, IMC = 36 kg/m². Tireóide: normal à palpação.

Exames laboratoriais: TSH = 5,6 mUI/L (VR: 0,4-4,5), T4 livre = 1,1 ng/dL (normal), Anti-TPO = 06 UI/mL (negativo).

Assinale a alternativa que representa a conduta mais apropriada:

- Não tratar, pois o T4 livre está normal e o TSH é <10 mUI/L; repetir exames em 5 anos.
- Iniciar levotiroxina, pois há hipotireoidismo subclínico com TSH persistentemente elevado e fatores de risco cardiometabólico.
- Solicitar cintilografia tireoidiana antes de qualquer decisão terapêutica.
- Iniciar levotiroxina apenas se houver bradicardia (<60 bpm) ou mixedema.

• Questão 14 •

De acordo com as diretrizes atuais do Instituto Nacional de Distúrbios Neurológicos e AVC dos EUA (NINDS) os tempos preconizados para avaliação neurológica imediata, aquisição e análise da tomografia de crânio e realização de trombólise após admissão no serviço, caso indicada no AVC não hemorrágico seriam:

- a) 25 minutos, 45 minutos, 60 minutos.
- b) 10 minutos, 30 minutos, 60 minutos.
- c) 15 minutos, 45 minutos, 90 minutos.
- d) 25 minutos, 40 minutos, 90 minutos.

• Questão 15 •

Paciente com quadro de piora recente da dispneia dos moderados esforços para repouso, aumento do edema de membros inferiores e história de cardiopatia, chega à emergência com seguintes sinais clínicos: PA 144/90 mmHg, FR 24 ipm, estertores finos em terços inferiores de ambos os pulmões, estase jugular presente e edema simétrico em membros inferiores com tempo de enchimento capilar menor que três segundos.

Podemos classificar seu perfil hemodinâmico e ter como base de tratamento a seguinte alternativa abaixo:

- a) Perfil B (quente e úmido), diuréticos de alça e vasodilatadores.
- b) Perfil C (frio e úmido), diuréticos tiazídicos e vasodilatadores.
- c) Perfil B (frio e seco), drogas inotrópicas e diuréticos de alça.
- d) Perfil L (frio e seco), cristalóides e vasodilatadores.

• Questão 16 •

Durante o atendimento de uma parada cardiorrespiratória em ambiente hospitalar podemos considerar **correta** a alternativa:

- a) Aumento súbito de ETCO_2 (taxa de CO_2 exalado) maior que 10 mmHg pode ser considerado sinal de RCE (Retorno de circulação espontânea).
- b) FCT (fração de compressão torácica) ideal seria acima de 60%.
- c) Gasping pode indicar sinal de RCE (recuperação de circulação espontânea).
- d) PPC (pressão de perfusão coronariana) maior que 15 mmHg pode indicar recuperação de circulação espontânea.

• Questão 17 •

Paciente masculino de 27 anos, usuário de drogas injetáveis, interna com dor em aperto no peito há 2 semanas, piora há 3 dias, com febre elevada. Emagrecimento de 7 Kg em 3 meses. Sem outros achados, ausência de sintomas/sinais respiratórios e/ou neurológicos. Diagnosticado espessamento pericárdico no ecocardiograma, rastreamento evidenciou anti HIV + e VDRL 1:64 (desconhecidos pelo paciente). Evoluindo com um pico febril diário vespertino de 39°C , posteriormente evidenciado quimiocitológico de LCR normal, HIV RNA PCR quantitativo de 80 mil cópias, CD4 de 450 células e IGRA +.

Podemos afirmar que:

- a) Ausência de quadro neurológico descarta neurosífilis.
- b) Tratar inicialmente lues e tuberculose, aguardar 8 semanas para início da terapia antirretroviral.
- c) Solicitar VDRL no LCR, tratar sífilis, tuberculose e iniciar terapia antirretroviral.
- d) Iniciar ceftriaxona e esquema antirretroviral e aguardar 4 semanas para o tratamento de tuberculose.

• Questão 18 •

Paciente feminina de 64 anos, com carcinoma mamário metastático (cólon) tratado recentemente evolui com quadro de confusão mental e agitação psicomotora. No atendimento inicial evidenciada meningite bacteriana (liquor com 2.000 leucócitos, 85% de neutrófilos, proteína 450 mg, glicose de 20 mg e com bacterioscopia evidenciando bacilos Gram-positivos).

Até o resultado de culturas em andamento, qual alternativa é mais provável, pensando no agente bacteriano envolvido e o seu tratamento mais adequado?

- a) Enterococo / vancomicina.
- b) Listeria / ampicilina.
- c) Estreptococo / penicilina cristalina.
- d) Haemophilus / ceftriaxona.

• Questão 19 •

Paciente feminina de 82 anos, com quadro de ITU recorrente, submetida a seis tratamentos com antimicrobianos nos últimos três meses apresenta-se confusa, febril e toxemiada há 2 dias. Sedimento urinário com padrão infeccioso e urocultura que evidenciou crescimento de *P. aeruginosa* (> 1.000.000 UFC). Teste rápido evidencia KPC Classe A. Antibiógrama em andamento. Aberto protocolo de sepsis.

Até o resultado de culturas em andamento, qual alternativa é mais provável, pensando no agente bacteriano envolvido e o seu tratamento mais adequado?

- a) Meropenem + polimixina.
- b) Ceftazidima.
- c) Ceftazidima/avibactam + aztreonam.
- d) Ceftolozana/tazobactam.

• Questão 20 •

Paciente masculino de 47 anos fez teste rápido na UBS que resultou positivo para hepatite C. Referenciado para serviço especializado, refere nunca ter apresentado hepatite e ser assintomático. Exames evidenciaram HCV RNA PCR maior que 1 milhão UI/ml, transaminases e US de abdome normais. Plaquetas 200.000/mm³.

Qual a melhor conduta?

- a) Tratar com sofosbuvir mais daclatasvir por 12 semanas.
- b) Solicitar biópsia e elastografia hepáticas.
- c) Solicitar genotipagem do HCV para determinar a terapia específica.
- d) Acompanhamento ambulatorial inicialmente semestral.

• Questão 21 •

Paciente feminina de 32 anos com litíase renal há 5 anos, interna com sepsis de foco urinário. Iniciado ceftriaxona. Hemo e urocultura mostram crescimento de *K. pneumoniae* CTX-M+. Paciente dependente de droga vasoativa com 48 horas de internação.

Devemos:

- a) Manter ceftriaxona.
- b) Trocar para ceftazidima.
- c) Trocar para ciprofloxacina.
- d) Trocar para meropenem.

• Questão 22 •

Dr. Ademar está implementando suas mídias sociais como dermatologista e, de acordo com Resolução do CFM nº 2336/2023, ele PODE:

- a) Utilizar imagens com paciente, desde que este o autorize por escrito e as imagens sejam modificadas para não permitir identificá-lo.
- b) Publicar conteúdos educativos, mas não aqueles de cunho pessoal que visem aproximá-lo do público.
- c) Compartilhar depoimentos, mesmo aqueles elogiosos ou de agradecimento.
- d) Se intitular especialista em dermatologia porque cursou pós-graduação *lato sensu* de 360 horas.

• Questão 23 •

João tem 20 anos. Foi internado em UTI após cirurgia neurológica por fratura de base de crânio acompanhado de paralisia facial total devido à briga e queda no bar, após jogo de futebol entre times rivais. No 5º dia de internação começou com tosse, dispneia, febre, estertores pulmonares difusos, hemograma com leucocitose e desvio à E, PCR aumentado, sendo diagnosticado com pneumonia nosocomial. Mesmo com tratamento adequado, evoluiu com sepse de foco pulmonar foi a óbito no 10º dia de internação.

Nessa situação, ocorrida em seu plantão, a declaração de óbito deverá ser assinada:

- a) Por você, que é o médico plantonista do dia do óbito na UTI.
- b) Pelo médico diarista da UTI que o acompanhou transversalmente.
- c) Pelo neurocirurgião, que fez a cirurgia e era o médico assistente.
- d) Pelo médico perito do IML.

• Questão 24 •

Com relação às principais mudanças na Diretriz Brasileira de Hipertensão 2025, podemos afirmar:

- a) A faixa de 120-139/80-89 mmHg é classificada como pré-hipertensão, substituindo a "faixa considerada ótima".
- b) A meta terapêutica foi reduzida para <120/80 mmHg, tornando-se mais rigorosa para reduzir riscos de doença cardiovascular e renal.
- c) Hipertensão Estágio 1 é definida por valores $\geq 130/80$ mmHg.
- d) Uso do escore europeu SCORE é preconizado para estimativa do risco cardiovascular de longo prazo.

• Questão 25 •

Paula tem hipertensão desde a menopausa. Em seu tratamento medicamentoso ela utiliza um desses medicamentos, cujo mecanismo de ação principal é:

- a) Clonidina, que é um simpatolítico alfa-agonista de ação central.
- b) Hidroclorotiazida, que é um diurético que age no túbulo proximal.
- c) Amlodipina, que é um betabloqueador periférico e central.
- d) Hidralazina, que é um bloqueador dos canais lentos de cálcio.

• Questão 26 •

Homem de 56 anos, hipertenso, obeso, apresenta dor súbita, intensa, com edema e hiperemia em 1ª metatarsofalângica direita, iniciada há 24 horas. Refere consumo recente de bebida alcoólica e carne vermelha em excesso. Não há febre. O exame físico mostra dor importante à mobilização passiva da articulação acometida.

Qual o diagnóstico mais provável?

- a) Artrite séptica.
- b) Artrite reumatoide soronegativa.
- c) Gota aguda.
- d) Pseudogota.

• Questão 27 •

Mulher de 42 anos apresenta artralgia inflamatória há 6 meses, com rigidez matinal superior a 1 hora, acometendo mãos e punhos de forma simétrica. O FR é negativo e o anticorpo anti peptídeo citrulinado cíclico (Anti-CCP) é positivo em altos títulos. Radiografias iniciais sem erosões.

A positividade do anti-CCP, nesse contexto, está mais associada a:

- Maior chance de remissão espontânea.
- Predomínio de manifestações extra-articulares pulmonares.
- Evolução mais agressiva e maior risco de erosões.
- Baixa resposta a terapias biológicas.

• Questão 28 •

Paciente, mulher de 68 anos, em avaliação de rotina pós-menopausa, sem história prévia de fraturas, apresenta no exame de densitometria, T-score de -2,4 em coluna lombar e -2,0 em colo femoral. O FRAX associado a estratégia nogg estima risco de fratura em 10 anos como alto risco.

De acordo com recomendações atuais, a melhor conduta é:

- Observação clínica e medidas não farmacológicas.
- Iniciar bisfosfonato oral.
- Iniciar romusosumabe.
- Iniciar teriparatida.

• Questão 29 •

Mulher de 28 anos, com LES há 3 anos, em uso de hidroxicloroquina e prednisona 5 mg/dia, apresenta proteinúria de 2,3 g/24h, sedimento urinário positivo e creatinina normal. A biópsia renal revela nefrite classe IV.

Qual a melhor estratégia terapêutica de indução nesse caso?

- Pulsoterapia com metilprednisolona isoladamente.
- Prednisona oral em altas doses associada à azatioprina.
- Micofenolato de mofetila associado a corticoide.
- Ciclofosfamida oral contínua por 12 meses.

• Questão 30 •

Homem de 34 anos, com dor lombar inflamatória há 5 anos, melhora com exercício e piora com repouso. Apresenta limitação de mobilidade lombar e dor glútea alternante. HLA-B27 positivo. Rx de sacroilíacas e coluna lombar sem alterações, Ressonância nuclear magnética mostra edema ósseo em articulações sacroilíacas, sem outras lesões estruturais.

Segundo os critérios atuais, esse paciente se enquadra em:

- Espondiloartrite axial radiográfica.
- Espondiloartrite periférica.
- Artrite reativa crônica.
- Espondiloartrite axial não radiográfica.

• Questão 31 •

Paciente de 25 anos, casada há 2 meses, deu entrada na Unidade de Emergência por metrorragia importante há 6h. Sem comorbidades, referia fluxo menstrual normal desde a menarca. Estava assustada com este episódio hemorrágico intenso que teve início durante a madrugada, após ato sexual com seu marido. Ao exame físico, regular estado geral e descorada (+3/4). PA = 92/56 mmHg, FC = 120 bpm, FR = 20 irpm. Abdômen flácido, indolor, ruídos hidroaéreos positivos. Avaliação ginecológica prejudicada pelo sangramento.

Exames laboratoriais na urgência: Hemoglobina = 9,5 g/dL; VCM = 72 fL; HCM = 28 pg; Reticulócitos = 5,5%, Leucócitos = 15.500/mm³ com neutrofilia sem desvio à esquerda, plaquetas = 1.350.000/mm³, com frequentes macro plaquetas; INR = 0,92; TTPa = 28"; creatinina 0,9 mg/dL; DHL 465 mg/dL. US Pélvico: sem miomas ou alterações significativas.

Qual exame é importante para elucidar o mais provável diagnóstico?

- Pesquisa da translocação BCR-ABL; Leucemia mieloide aguda.
- Pesquisa de mutação JAK2; trombocitemia essencial.
- Atividade do cofator de ristocetina; Síndrome de von Willebrand adquirida.
- Anticoagulante lúpico; síndrome antifosfolípide.

Um jovem de 22 anos, procurou atendimento na Unidade de Emergência em uma manhã de domingo por febre e prostração importante. Antecedentes pessoais: diagnóstico de leucemia linfóide aguda há pouco mais de 3 meses. O paciente teria retorno ambulatorial no dia seguinte para controle após quimioterapia de consolidação realizada há 5 dias, mas como teve febre durante toda a noite e notou que o local do portocath estava mais quente e avermelhado, resolveu procurar a URE. Medicações em uso: Sulfametoxazol profilático, Filgrastim SC e allopurinol. Ao exame físico: FC = 128 bpm; FR = 24 irpm; temperatura axilar = 38,9°C; PA = 90/65 mmHg; oximetria de pulso = 92% em ar ambiente. Mucosa oral com algumas úlceras e placas esbranquiçadas; sem linfonodomegalias palpáveis; ausculta pulmonar e cardíaca normais; abdome discretamente doloroso à palpação, sem sinais de irritação peritoneal. Foi iniciada expansão volêmica, coleta de culturas e hemograma.

A CONDUTA É:

- Manter a medicação atual e alta com retorno na consulta agendada no dia seguinte para ver os resultados dos exames.
- Manter expansão volêmica e aguardar o resultado dos exames antes de iniciar antibioticoterapia.
- Iniciar antibioticoterapia com piperacilina+tazobactam e vancomicina associada a nistatina oral e fluconazol EV.
- Iniciar antibioticoterapia com amoxicilina+clavulanato, metronidazol e fluconazol EV.

• Questão 33 •

Você está no ambulatório de cardiologia e atende o paciente F, masculino, negro, 67 anos, portador de Insuficiência Cardíaca com Fração de Ejeção Reduzida. Ele mantém-se sintomático, em IC Classe III (NYHA), mesmo com as doses recomendadas de Sacubitril, Valsartana, Espironolactona, Carvedilol e Dapagliflozina. O eletrocardiograma apresenta ritmo sinusal, frequência cardíaca de 54 bpm e sinais de sobrecarga ventricular esquerda.

Qual estratégia terapêutica adicional é a recomendada?

- Terapia de Ressincronização Cardíaca.
- Nitrato e Hidralazina.
- Digoxina.
- Ivabradina.

• Questão 34 •

Entre as ferramentas disponíveis para o atendimento do paciente com Dor Torácica na unidade de emergência temos o Escore HEART: História, Eletrocardiograma, Anos (Idade), Risco (fatores) e Troponina. Em qual dos momentos abaixo o escore é de maior utilidade?

- Elaboração de diagnósticos diferenciais.
- Indicação de terapia trombolítica.
- Decisão de alta hospitalar.
- Classificação do IAM quanto ao Killip.

• Questão 35 •

A tríade sintomática formada por dispneia, síncope e dor torácica anginosa está comumente associada a qual doença cardiovascular?

- Estenose Aórtica.
- Prolapso da válvula Mitral.
- Cardiomiopatia Hipertrófica.
- Síndrome de Takotsubo.

• Questão 36 •

Qual a intervenção apropriada para o tratamento do paciente com Taquicardia com QRS largo, Monomórfica, e com instabilidade hemodinâmica?

- a) Cardioversão Elétrica.
- b) Adenosina.
- c) Manobra vagal.
- d) Amiodarona.

• Questão 37 •

Os inibidores de SGLT2 são medicamentos muito utilizados para o tratamento da proteinúria e da insuficiência cardíaca. Alguns cuidados, entretanto, devem ser tomados com esses medicamentos. Anote qual das alternativas abaixo está **correta** em relação a esses cuidados:

- a) Os inibidores de SGLT2 não devem ser usados conjuntamente com a metformina.
- b) Os inibidores de SGLT2 não devem ser iniciados em pacientes que já tiveram pelo menos duas infecções urinárias.
- c) Não devem ser iniciados com ritmo de filtração glomerular abaixo de 20 mL/min.
- d) Devem ser usados tanto em pacientes com diabetes tipo 1 ou 2.

• Questão 38 •

Em relação a hiponatremia, qual das alternativas abaixo está **correta**:

- a) A hiponatremia hipotônica é a principal causa de hiponatremia e, em sua correção, deve-se fazer oferta hídrica oral e intravenosa abundante.
- b) A taxa de correção para a hiponatremia crônica (ou de tempo indeterminado) em pacientes com poucos sintomas deve ser limitada a um aumento de 6-8 mEq/L de sódio sérico em 24 horas.
- c) Pacientes hiponatremicos severos e que estejam apresentando convulsões e déficits neurológicos sem outra causa aparente devem iniciar o tratamento com pelo menos 100 mL de uma solução de NaCl a 20% em cerca de 10 minutos.
- d) Pelo menos 100 mL de NaCl a 20% devem ser infundidos em todos os pacientes que apresentem níveis plasmáticos de sódio inferior a 115 mEq/L.

• Questão 39 •

Em relação ao equilíbrio ácido básico, qual das alternativas abaixo está **correta**:

- a) As acidoses metabólicas com anion gap elevado são hiperclorêmicas.
- b) As acidoses metabólicas com bicarbonato inferior a 17 mEq/L devem ser tratadas com reposição intravenosa imediata de bicarbonato de sódio, especialmente em pacientes com cálcio sérico baixo.
- c) As acidoses metabólicas com pCO_2 inferior a 38 mmHg confirmam a hipótese de que há, também, uma alcalose metabólica associada.
- d) As acidoses láticas severas, tanto do tipo A (ex: choque hipovolêmico) ou tipo B (ex: uso de metformina em pacientes com ritmo de filtração glomerular muito baixo), são ambas do tipo normoclorêmicas.

• Questão 40 •

Carlos tem 52 anos e refere ter boa saúde. Apesar disso, tem hipertensão arterial e usa losartana, hidroclorotiazida, anlodipina e metoprolol. Nega outras patologias. Recentemente, Carlos apresentou, por alguns dias, uma dor de média a forte intensidade em região lombar e flanco abdominal direito. Por causa dessas dores, foi submetido a uma tomografia abdominal, que acusou pequeno cálculo ureteral D, mas na tomografia foi notada também a presença de um nódulo de 1,3 cm na adrenal esquerda.

Esse nódulo pode ser considerado como um incidentaloma (achado não esperado em um exame de imagem).

Em relação a esse nódulo adrenal, qual das afirmativas abaixo está **correta**:

- a) Trata-se de um incidentaloma e não há necessidade de se fazer nada, a não ser observação clínica ao longo do tempo, porque o tamanho do nódulo é menor do que 2 cm.
- b) Trata-se de um incidentaloma e deve-se fazer dosagens de cortisol, relação aldosterona/atividade plasmática de renina, catecolaminas e metanefrinas.
- c) Trata-se de um incidentaloma e exige a realização de biópsia do nódulo.
- d) O tamanho do nódulo praticamente afasta a possibilidade de benignidade e a adrenal direita deve ser removida cirurgicamente.

• Questão 41 •

João Pedro, tem 38 anos. Ele compareceu ao pronto socorro com queixas de que estava com intensa fraqueza, apresentando parestesias de extremidades e dificuldade moderada a intensa para movimentar os membros. Até mesmo sua respiração estava difícil (*sic*). Seus exames laboratoriais acusaram: Sódio 142, Potássio 1,6 mEq/L, glicemia, TSH e creatinina normais.

Considerando a necessidade (ou não) de reposição de potássio para João Pedro, qual das alternativas abaixo melhor se ajusta para iniciar a reposição de potássio, lembrando que há necessidade de se acompanhar os níveis séricos de potássio rigorosamente ao longo da reposição?

- a) KCl a 19,1% - 10 mL via IV direto (em 1 a 2 minutos) e depois, 10 mL de KCl a 19,1% diluídos em 100 mL de soro fisiológico a cada hora, até a melhora clínica do paciente.
- b) KCl via oral - 2 comprimidos a cada 6 horas.
- c) KCl a 19,1% - 20 ml diluídos em 200 mL de soro glicosado. Correr em veia periférica até 50 mL dessa solução por hora.
- d) KCl 19,1% - 20 mL diluídos em 200 mL de NaCl a 0,9% . Correr cerca de 100 mL da solução por hora, via venosa. Esse volume pode ser aumentado até fornecer 40 mEq de potássio por hora, se necessário.

• Questão 42 •

O mieloma múltiplo frequentemente é complicado por alterações renais. Uma dessas alterações é a síndrome nefrótica. Qual das complicações abaixo, comuns no mieloma múltiplo, costuma desencadear a síndrome nefrótica?

- a) Nefropatia de cadeias leves.
- b) Cilindros de plasmócitos.
- c) Nefropatia hipercalcêmica.
- d) Deposição tubular de ácido úrico decorrente da destruição de plasmócitos.

• Questão 43 •

Em relação à vacina recombinante para Herpes Zoster (Shingrix), cite a alternativa **correta**:

- a) É recomendada para os seguintes grupos: mais de 50 anos (2 doses), mais de 19 anos imunossuprimidos (2 doses).
- b) É eficaz proteção contra o herpes zoster, mas não contra a neuropatia herpética.
- c) Não deve ser usada em pacientes imunossuprimidos, de qualquer idade.
- d) Deve ser feita inclusive nas fases agudas do herpes zoster.

• Questão 44 •

A respeito da síndrome da lise tumoral, qual das alternativas abaixo melhor representa os distúrbios laboratoriais esperados:

- a) Aumento dos níveis plasmáticos de ácido úrico, cálcio e potássio, diminuição do fósforo.
- b) Aumento dos níveis plasmáticos de cálcio e fósforo, diminuição do potássio.
- c) Aumento dos níveis plasmáticos de fósforo e potássio, diminuição do cálcio.
- d) Aumento dos níveis plasmáticos de ácido úrico, cálcio e fósforo, diminuição do potássio e do magnésio.

• Questão 45 •

Um paciente de 48 anos se apresenta no pronto socorro com edema generalizado (peso normal: 74 Kg; atual, 98 Kg). Tal quadro de inchaço se iniciou há cerca de 3 meses, mas progrediu para o estágio atual há cerca de 2 dias. Vem urinando pouco, apesar de estar tomando bastante água. Sua pressão arterial está em 124/76 mmHg e a frequência cardíaca em 72 bpm. Seus exames laboratoriais mostram: creatinina = 0,9; Potássio 3,8. Glicemia e hemograma normal, albumina sérica = 1,8 g/dL (Valor Referência: 3,5 a 5,4). Seu exame de urina acusa proteinúria +++, hemácias e leucócitos normais. Ao exame físico, apresenta-se em anasarca e com redução significativa do murmúrio vesicular em metade inferior tórax direito. Você conclui que o paciente tem síndrome nefrótica.

Qual das alternativas abaixo está de acordo com o melhor tratamento inicial, para deixar o paciente mais confortável?

- a) 1 frasco de albumina seguido por furosemida endovenosa.
- b) 1 frasco de albumina seguido por furosemida e terlipressina endovenosa.
- c) Furosemida endovenosa seguida por 1 frasco de albumina e restrição hídrica.
- d) Furosemida endovenosa e dieta hipossódica.

• Questão 46 •

Qual das alternativas abaixo melhor exprime como devem estar, respectivamente, os valores das relações urinárias de albumina/creatinina e de proteinúria/creatinina, ambas em amostra isolada de urina?

- a) Maior que 500 mg/grama e maior que 3,5.
- b) Menor que 500 mg/grama e menor que 3,5.
- c) Entre 30 a 500 mg/grama e entre 0,150 e 0,5.
- d) Depende do momento da coleta, pois a furosemida pode modificar de forma acentuada esses parâmetros.

• Questão 47 •

Glauco, de 39 anos é um paciente que teve 2 episódios de pancreatite aguda, quando tinha 30 e 32 anos de idade. Em ambos os episódios, as pancreatites foram consideradas graves. A causa das pancreatites provavelmente foi uso abusivo de álcool e, desde então, Glauco não usa mais bebidas alcoólicas. Glauco evolui há 3 anos com diabetes mellitus mal controlado (fazendo hiper e hipoglicemias eventuais, cada vez mais frequentes). Ele apresenta também diarreia, esteatorréia, flatulência e perda de peso. Seu IMC é 22 Kg/m²; Está em uso de metformina, inibidor de SGLT2 e gliptina. Sua HBA1C está em 10,2%.

Lembrando que o pâncreas tem funções endócrinas e exócrinas e entendendo que Glauco necessita uma série de medidas (não uma única) para melhor controlar o seu quadro clínico e laboratorial, qual das alternativas abaixo pode ser considerada **correta** para o caso de Glauco:

- a) O diabete desse paciente deve ser tratado preferencialmente por inibidores de SGLT2, em doses mais elevadas que as habitualmente utilizadas.
- b) Deve ser feita uma dosagem de elastase fecal 1 nas fezes. Se os níveis estiverem bastante baixos, deve ser feita reposição de enzimas pancreáticas.
- c) O uso de semaglutidas e de gliptinas associadas à Insulina é o melhor esquema para o controle do diabetes nesse paciente.
- d) Se os valores de elastase fecal 1 vierem diminuídos, provavelmente a causa dos sintomas digestivos é a metformina, que deverá ser retirada.

• Questão 48 •

Paciente sexo masculino, 25 anos, procura atendimento médico no ambulatório com queixa de tremores em membros superiores há mais de 1 ano. Recentemente começou a trabalhar em indústria de autopeças e sentiu que o tremor causa dificuldades para executar alguns movimentos. Recentemente durante uma apresentação para a equipe do trabalho ficou mais nervoso e o tremor se acentuou bastante. Relata que o pai apresenta tremores semelhantes.

Ao exame físico, Dr. Jose observou que o tremor ocorria de maneira simétrica bilateralmente durante o movimento e não ocorria ao repouso com força muscular grau 5 em todos os membros com reflexos profundos simétricos e Babinsky negativo. Apresentava tônus normal e sinal de roda denteada ausente. A coordenação motora estava preservada.

Pergunta-se: qual a hipótese diagnóstica mais provável? Qual tratamento medicamentoso seria recomendado?

- a) Tremor rubral, Gabapentina.
- b) Doença de Parkinson, Levodopa.
- c) Tremor essencial, Propranolol.
- d) Ataxia cerebelar, Baclofeno.

• Questão 49 •

Paciente do sexo masculino, 68 anos procurou atendimento médico no ambulatório. Ao entrar na sala o médico notou que ele andava lentamente com passos curtos e tronco encurvado para frente.

O paciente relatou ao médico que vinha apresentando tremores há 2 anos com aumento progressivo de intensidade. Ao se sentar o ele apresentava tremores em mão esquerda, como se estivesse contando moedas. Ele percebeu que o tremor o atrapalha nas atividades diárias e está mais lento para se vestir e amarrar o sapato. O médico aventou a hipótese diagnóstica de síndrome parkinsoniana.

Quais os achados no exame físico neurológico ele deve constatar para confirmar sua possibilidade?

- a) Espasticidade e tremor de repouso.
- b) Instabilidade postural e bradicinesia.
- c) Tremor de repouso e sinal de Babinsky.
- d) Tremor cinético postural e sinal do canivete.

• Questão 50 •

Paciente do sexo feminino, 78 anos apresentou primeiro episódio de crise epilética. Apresentou repuxamentos em mão esquerda associado à confusão mental, sem perda de consciência.

Durante a investigação realizou ressonância magnética do crânio que evidenciou imagem nodular em região fronto- parietal direita medindo 3 cm de diâmetro, com edema perilesional.

O médico deve definir o diagnóstico de epilepsia? Por quê?

- a) Não, é necessário apresentar ao menos duas crises não provocadas com intervalo de 24 horas.
- b) Não, pois não houve perda de consciência.
- c) Sim, toda crise epilética é epilepsia.
- d) Sim, existe a probabilidade de recorrência superior a 60%.



FUNDAÇÃO SÃO PAULO

NucVest
vestibulares e concursos

www.nucvest.com.br