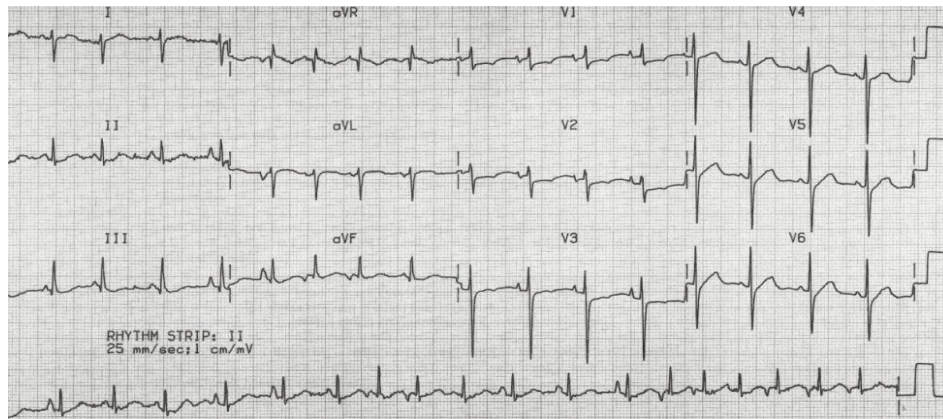
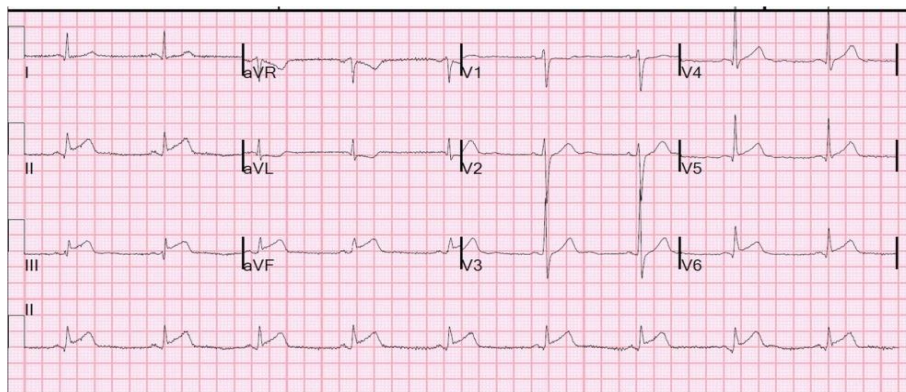


1. O ritmo observado no eletrocardiograma (ECG) a seguir é de:



- a) flutter atrial
- b) fibrilação atrial
- c) taquicardia sinusal
- d) taquicardia atrial multifocal

2. Homem, 60 anos, tabagista e com hipertensão arterial sistêmica (HAS) em tratamento irregular, refere dor torácica súbita retroesternal com irradiação para o pescoço, que começou ao tentar levantar um armário em sua casa há cerca de 2 horas. Exame físico: fácies de dor aguda, pálido, taquidispneico e sudoreico. Frequência respiratória (FR) = 32irpm; FC = 55bpm; PA = 102 x 68mmHg no membro superior esquerdo e 80x50mmHg no membro superior direito, MV com crepitações em ambas as metades inferiores. RCR em 3T (B3), bulhas hipofonéticas, sopro diastólico em borda esternal esquerda 2+/6+, turgência jugular patológica a 90°. Abdome flácido, discretamente doloroso no hipocôndrio direito. Membros inferiores com pulsos pediosos filiformes. No ECG apresenta:



A conduta mais adequada é:

- a) ventilação não-invasiva, administrar AAS, heparina de baixo peso molecular, realizar trombólise com alteplase, suporte hemodinâmico com dobutamina
- b) intubação orotraqueal, suporte hemodinâmico com vasopressores, realizar ECO transesofágico e considerar cirurgia de emergência
- c) ventilação não-invasiva, administrar AAS, clopidogrel, iniciar suporte hemodinâmico com dobutamina, realizar angioplastia primária, se factível, em até 120 minutos após o primeiro atendimento
- d) intubação orotraqueal e suporte hemodinâmico com reposição volêmica, vasopressores, inserir o balão intra-aórtico, realizar ecocardiogramatranstorácico e cirurgia de emergência

**3. Mulher, 58 anos, relata dor torácica retroesternal, em aperto, de início há 90 minutos, associada à dispneia, que começou logo após ser informada do falecimento de seu irmão. Nega qualquer sintoma prévio ou uso de medicamentos. Exame físico: taquidispneia em ar ambiente, sudoreica, corada, acianótica, frequência cardíaca (FC) = 120bpm; pressão arterial (PA) = 118 x 64mmHg. Murmúrio vesicular (MV) com crepitações até os 2/3 superiores bilateralmente. Ritmo cardíaco regular (RCR) em 3 tempos (B3), bulhas normofonéticas, sem sopros ou turgência jugular patológica a 90°. ECG de entrada com supradesnivelamento (supra) de 2mm do segmento ST de V1-V4. Ecocardiograma (ECO) transtorácico à beira do leito mostra disfunção sistólica moderada do VE, com acinesia anterio-apical e hipercinesia das regiões basais. Coronariografia de urgência mostra lesão de 70% no 1/3 médio da coronária direita, sem outras obstruções. O diagnóstico mais provável é:**

- a) dissecação aórtica
- b) infarto agudo do miocárdio (IAM) de parede anterior com supra de ST
- c) angina de *Prinzmetal*
- d) miocardiopatia adrenérgica ("Takotsubo")

**4. Mulher, 68 anos, hipertensa e diabética, com diagnóstico de IAM com supra de ST de parede anterior, em Killip II. É submetida à angioplastia primária com stent farmacológico da artéria descendente anterior (DA) com delta T de 3 horas e obtém sucesso angiográfico. A lesão de 40% na coronária direita (CD) não é abordada. Evolui no pós-procedimento com estabilidade hemodinâmica, sendo mantida apenas com ticagrelor, devido a passado de alergia a aspirina. ECO pós-procedimento mostra**

**disfunção sistólica leve do VE e o ECG revela redução do supra de ST. Doze horas após o procedimento evolui com dor torácica seguida de rebaixamento do nível de consciência, instabilidade hemodinâmica e necessidade crescente de aminas vasopressoras. Novo ECG mostra aumento do supra de ST na parede anterior. O diagnóstico mais provável e sua respectiva conduta terapêutica são:**

- a) embolia pulmonar / trombólise sistêmica com rt-PA
- b) trombose aguda de *stent* / coronariografia de emergência e angioplastia intra-stent na DA
- c) IAM associado à lesão na coronária direita / coronariografia de emergência e angioplastia da CD
- d) pericardite pós-infarto / aspirina em dose anti-inflamatória

**5. Homem, 27 anos, cirrose hepática sem etiologia definida, com desorientação aguda, disartria, incoordenação e tremores. Endoscopia digestiva alta (EDA) com varizes de esôfago sem estigmas de sangramento. Infecção é descartada pelos exames laboratoriais. Há presença de glicoseúria e aminoacidúria. Ressonância magnética (RM) de crânio: imagem ponderada em T2 e nos cortes axiais, hiperintensidade de sinal nos gânglios da base e tálamo. O exame que pode contribuir para esclarecimento da principal hipótese diagnóstica é:**

- a) exame oftalmológico com lâmpada de fenda
- b) teste genético para mutação C282Y
- c) dosagem de FAN e anti-LKM
- d) dosagem de tirosina sérica

**6. Paciente com hiperaldosteronismo primário apresenta:**

- a) hiponatremia
- b) hipercalemia
- c) acidose metabólica

d) redução dos níveis de renina

**7. Homem, 55 anos, evolui, de maneira insidiosa nos últimos 6 meses, com desconforto abdominal, esteatorreia e perda de 4kg no período. Relata também, quadros repetidos de poliartralgias simétricas, migratórias e de curta duração há cerca de 3 anos sem esclarecimento diagnóstico. Exame físico: normal. Solicitada EDA que evidencia na segunda porção duodenal espessamento de pregas, exsudatos esbranquiçados confluentes com erosões e friabilidade de mucosa. São realizadas biópsias duodenais. Espera-se encontrar no exame histopatológico:**

- a) identificação de *Strongyloides*
- b) hiperplasia de criptas com atrofia vilositária
- c) presença de macrófagos com inclusões PAS positivos
- d) acúmulo de eosinófilos

**8. Homem, 57 anos, diabético, há um ano com episódios de dor abdominal de média intensidade e diversas idas ao Pronto Socorro sendo feito diagnóstico de pancreatite aguda. Ecoendoscopia: aumento difuso do pâncreas com estreitamento e irregularidade do ducto pancreático. Punção do local revela importante infiltrado linfoplasmocitário, com densa fibrose em torno do ducto pancreático. A hipótese diagnóstica mais provável é:**

- a) linfoma pancreático
- b) pancreatite autoimune
- c) fibrose cística
- d) neoplasia papilar intraductal

**9. Homem, 65 anos, hipertenso, diabético, alcoólatra e obeso, com sepse urinária por *Escherichia coli*, necessita de intubação orotraqueal e aminas vasopressoras devido a choque séptico. Exames laboratoriais: hematócrito (HTc) = 32%, hemoglobina(Hb) = 11 g%, TGO = 1250U/L, TGP = 1170 U/L, albumina= 3,3 g%, bilirrubina total (BT)= 2,0mg/dL (direta= 1,2mg/dL e indireta = 0,8mg/dL). Em relação ao quadro hepático, o provável diagnóstico é:**

- a) colangite aguda supurativa
- b) hepatite alcoólica agudizada
- c) hepatite isquêmica
- d) hepatite C agudizada

**10. Na avaliação da injúria renal aguda em paciente que foi submetido recentemente a troca de válvula mitral com *by-pass* cardiopulmonar, o achado no sedimento urinário sugestivo de embolia por colesterol, como causa da insuficiência renal, é:**

- a) cilindros hialinos
- b) eosinofilia
- c) cilindros leucocitários
- d) cristais de oxalato de cálcio

**11. Em paciente que apresenta anemia hemolítica microangiopática, trombocitopenia, alterações neurológicas, febre e insuficiência renal, a hipótese diagnóstica provável é:**

- a) macroglobulinemia de *Waldenstrom*
- b) síndrome hemolítico-urêmica
- c) púrpura trombocitopênica trombótica
- d) síndrome do anticorpo antifosfolipídico

12. Homem, 58 anos, com doença de *Crohn* em uso de adalimumabe há seis meses. Há três semanas inicia febre, hiporexia, emagrecimento e tosse seca. Exame físico: hepatoesplenomegalia. Radiografia (RX) de tórax: opacidades micronodulares difusas em ambos os pulmões. PPD não reator. A principal hipótese diagnóstica é:

- a) tuberculose disseminada
- b) aspergilose invasiva
- c) pneumonite de hipersensibilidade
- d) sarcoidose

13. Mulher, 24 anos, diagnosticada com asma brônquica há 4 meses. Iniciou tratamento com albuterol inalatório durante as crises. Sente-se bem mas necessita usar o broncodilatador de 4 a 7 vezes por semana quando perto de gatos ou na prática de exercícios no ar frio. Não fuma e não usa outra medicação. Baseada nas informações a conduta é:

- a) adicionar beclometasona inalatória
- b) iniciar salmeterol inalatório duas vezes por dia
- c) acrescentar tiotrópium inalatório
- d) manter a terapia vigente

14. Mulher, 84 anos, com mialgia, febrícula e queda do estado geral. Ausculta pulmonar: discretos estertores nas bases pulmonares. O RX de tórax, a seguir, mostra, além seios costofrênicos obliterados:



- a) pulmões hiperaerados, sem sinais de consolidação pulmonar
- b) infiltrado intersticial peri-hilar bilateral poupando as bases
- c) aumento dos hilos e consolidações triangulares
- d) consolidação alveolar no lobo médio e na língula

**15. O microorganismo relacionado à bradicardia durante episódio febril é:**

- a) *Streptococcus pyogenes*
- b) *Pseudomonasaeruginosa*
- c) *Staphylococcus aureus*
- d) *Salmonellatyphi*

**16. Homem, 24 anos, diabetes mellitus diagnosticado através de leve hiperglicemia ocasional, assintomático e índice de massa corpórea (IMC) = 22 kg/m<sup>2</sup>. Refere história familiar de diabetes mellitus (avó paterna, pai, tia paterna e irmão mais velho), todos sem complicações relacionadas ao diabetes. A hipótese diagnóstica mais provável é:**

- a) Síndrome de *Smith*
- b) diabetes mitocondrial
- c) Síndrome de *Wolfram*
- d) mutação do gene da glucoquinase

**17. Entre as ações da 1,25 (OH)<sub>2</sub> vitamina D, destaca-se:**

- a) estímulo à secreção da paratormônio
- b) redução da absorção intestinal de cálcio
- c) aumento da fosfatúria
- d) estímulo à reabsorção óssea

**18. Homem, 32 anos, portador de HIV, em uso de tenofovir, lamivudina e efavirenz apresenta duas cargas virais com valores de 1200 e 2050 cópias/mL. Para a determinação da resistência do HIV e formulação do esquema de resgate adequado, o exame de escolha é:**

- a) antígeno para p24
- b) cultura e antibiograma
- c) genotipagem do HIV
- d) contagem de LT-CD4

**19. Homem, 38 anos, com quadro agudo de dor lombar intensa e febre (38°C) há 48 horas. Hemograma: leucocitose e neutrofilia e proteína C reativa (PCR) = 80 mg/L. Tomografia computadorizada (TC) de abdome normal. Ressonância magnética (RM) da coluna lombar: imagem sugestiva de abscesso em L2 a L4, com instabilidade e comprometimento de raízes nervosas. Os procedimentos indicados para diagnóstico definitivo neste caso são:**

- a) colheita de hemoculturas para aeróbios, anaeróbios, fungos e micobactérias, prova tuberculínica e pesquisa de lipoarabinomanan na urina
- b) biópsia óssea guiada por TC, envio da amostra para culturas para aeróbios, anaeróbios e micobactérias e *polymerase chain reaction* para chikungunya
- c) biópsia óssea guiada por TC, envio da amostra para histopatológico e culturas para aeróbios, anaeróbios, fungos e micobactérias
- d) colheita de hemoculturas para aeróbios, anaeróbios, fungos e micobactérias e cintilografia com leucócitos marcados com Tc<sup>99m</sup> do corpo inteiro

**20. Em pacientes submetidos a transplante de células-tronco hematopoiéticas, a profilaxia das doenças causadas pela reativação do vírus herpes simplex-1 pode ser feita com:**

- a) valaciclovir
- b) lamivudina
- c) ribavirina
- d) ganciclovir

21. Mulher, 32 anos, com nódulo de tireóide palpável, assintomática. Exame físico: adenomegalia cervical homolateral. Punção aspirativa por agulha fina (PAAF) com diagnóstico de *Bethesda V*. Exame histopatológico: carcinoma com células de núcleos irregulares, clivados, de cromatina clara e psammomas com metástase para linfonodos cervicais. A hipótese mais provável do diagnóstico histopatológico é:

- a) adenoma folicular da tireóide
- b) carcinoma papilífero da tireóide
- c) adenoma trabecularhialinizante
- d) hiperplasia nodular da tireoide

22. A presença de proteinúria = 2,5g/24h e hematúria, com biópsia renal revelando na imunofluorescência, depósitos de IgG e C3 em mesângio; microscopia eletrônica com depósitos fibrilares maiores que 30nm e coloração do vermelho congo negativa sugerem:

- a) síndrome unha-patela
- b) doença de *Fabry*
- c) doença da membrana basal fina
- d) glomerulonefriteimunotactoide

23. No câncer de bexiga, o dado histológico de biópsia por ressecção transuretral que define a conduta é a invasão:

- a) da membrana basal
- b) vascular
- c) muscular
- d) perineural

24. Homem, 29 anos, com dor abdominal episódica e edema de lábios, língua e laringe induzido por stress. O quadro sugere deficiência de:

- a) inibidor da C1-esterase
- b) ciclooxigenase
- c) imunoglobulina E
- d) receptor de células T, cadeia  $\alpha$

25. Em relação à fisiopatogenia da anemia falciforme é **CORRETO** afirmar que:

- a) a síntese de cadeias beta é afetada, o que leva à diminuição da formação de hemoglobina
- b) há variação estrutural da cadeia beta da hemoglobina que altera a solubilidade da molécula
- c) o distúrbio primário é a anormalidade do heme com consequente alteração da cinética de ferro
- d) o defeito principal é na cadeia alfa da globina, o que resulta na alteração de todos os tipos de hemoglobina

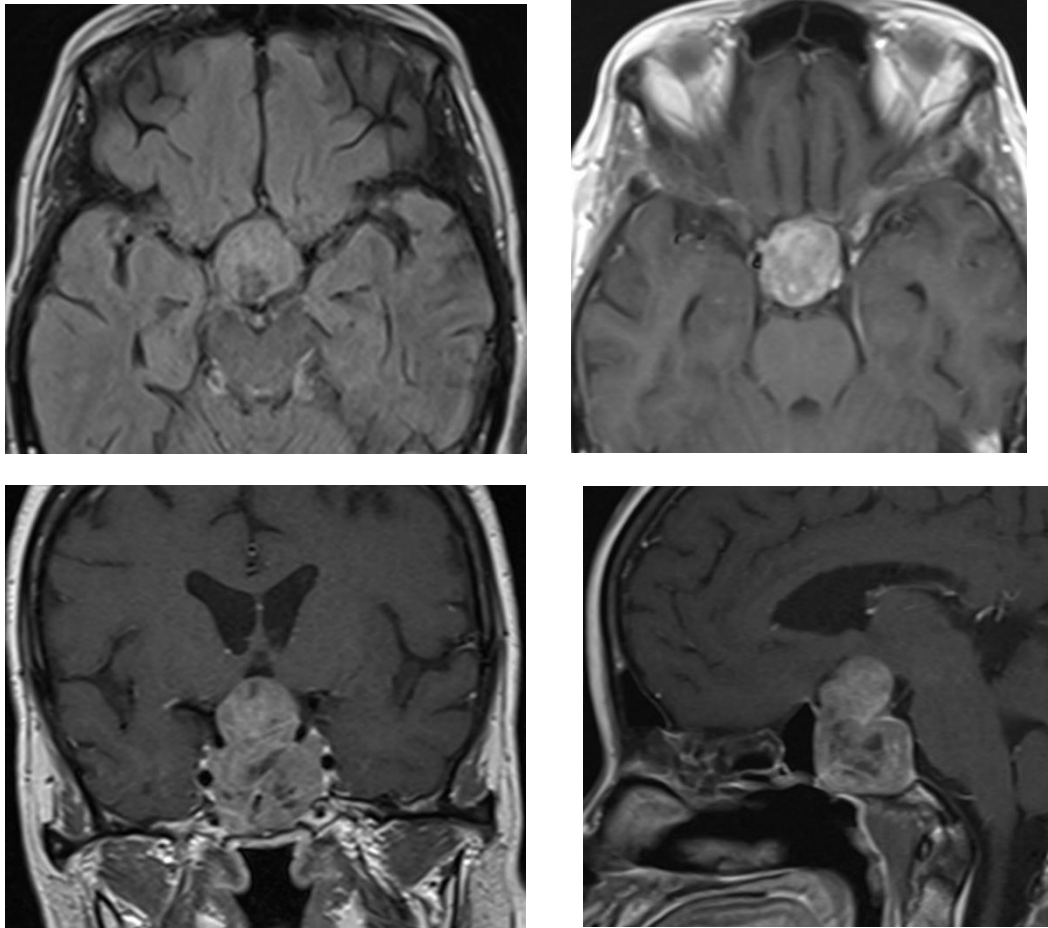
26. Homem, 63 anos, assintomático, realiza por conta própria, 2 hemogramas com intervalo de 1 mês entre eles, com resultados semelhantes, a saber: hemoglobina = 13 g/dL; hematócrito = 40%, leucócitos = 88.000/mm<sup>3</sup> (basófilos 5%, eosinófilos 1%, blastos 3%, promielócitos 2%, metamielócitos 5%, mielócitos 11%, bastões 10%, segmentados 53%, linfócitos 7%, monócitos 3%); plaquetas = 528.000/mm<sup>3</sup>. Apresenta baço palpável a três com do rebordo costal esquerdo no exame abdominal. O exame diagnóstico a ser feito é:

- a) hemocultura e ecocardiograma
- b) imunofenotipagem leucocitária
- c) pesquisa do cromossomo *Philadelphia*
- d) pesquisa da mutação *JAK-2*

27. A transfusão profilática de plaquetas está indicada em:

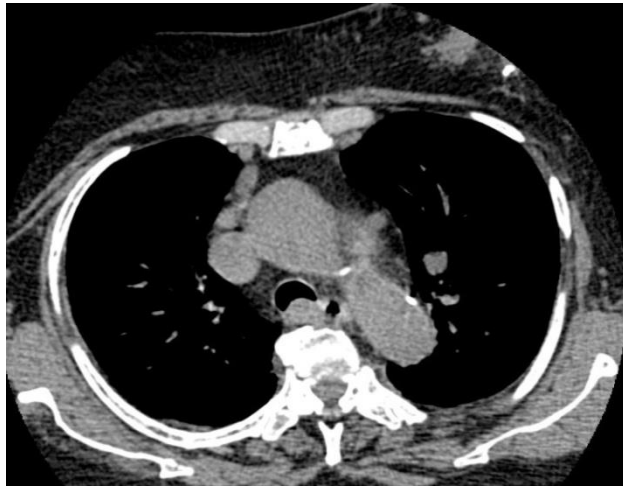
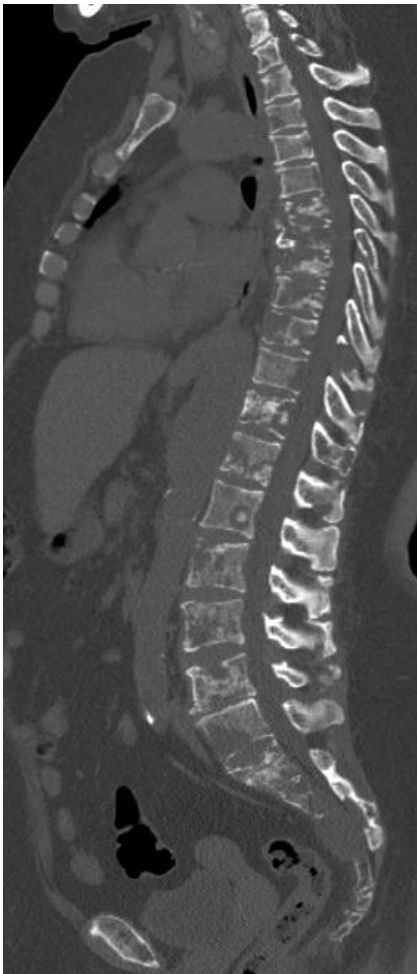
- a) tratamento de leucemia mielóide aguda com 18.000 plaquetas/mm<sup>3</sup>
- b) colocação de dreno de tórax em paciente com 30.000 plaquetas/mm<sup>3</sup>
- c) púrpura trombocitopênica trombótica com plaquetas 10.000/mm<sup>3</sup>
- d) uso de *warfarine* com plaquetas 100.000/mm<sup>3</sup>

28. Homem, 76 anos, apresenta redução da acuidade visual com piora nos últimos 3 meses. Exame físico: amaurose completa à direita e importante redução do campo visual esquerdo. Frente às imagens da ressonância magnética abaixo, a hipótese diagnóstica mais provável é:



- a) sangramento de macroadenomahipofisário ocasionando compressão do quiasma óptico
- b) aneurismas gigantes de carótidas com trombose, ocasionando compressão do quiasma óptico
- c) hemorragia no terceiro ventrículo ocasionando dilatação dos ventrículos cerebrais
- d) crescimento de craniofaringeomasupra-selar ocasionando distúrbio visual e olfatório

29. Mulher, 64 anos, com dor na coluna torácica e no hemitórax direito. Frente às imagens apresentadas, o diagnóstico mais provável é:



- a) acunhamento de vértebras dorsais médias e fuso perivertebral
- b) metástases blásticas disseminadas na coluna dorsal e lombar, além de nódulo para-hilar à esquerda
- c) fraturas osteoporóticas na coluna dorsal e lombar, com lesão expansiva adjacente à tireoide



- d) metástases líticas disseminadas na coluna dorsal, lombar, e arco costal, além de nódulo na mama esquerda

30. Mulher, 70 anos, com dor pélvica de início súbito na fossa ilíaca esquerda associada a vômitos. Diante do quadro clínico e das imagens da TC, a hipótese diagnóstica mais provável é:



- a) formação cística na pelve associada a líquido livre na cavidade e cistos renais
- b) cálculo impactado no ureter distal à esquerda, dilatação da pelve renal correspondente e calcificações vasculares
- c) espessamento da parede do sigmoide com densificação da gordura circunjacente e pelve extra-renal à esquerda.
- d) coleção contendo gás situada no flanco esquerdo e infarto renal à esquerda.



31. Homem, 64 anos, há um mês com lombalgia de intensidade progressiva, em uso de anti-inflamatório não esteróide (AINES) diariamente sem alívio da dor. RX de coluna lombossacra: colapso total de vértebra lombar (L4). Densitometria óssea da coluna lombar e fêmur compatível com osteoporose. Hematócrito=30%; hemoglobina = 10g/dL; volume corpuscular médio (VCM)=80, leucócitos e plaquetas normais; ureia=68mg/dL; creatinina=1,8mg/dL, transaminases e fosfatase alcalina normais; TSH normal, cálcio sérico=12,1mg/dL(normal=8-10,5mg/dl); fósforo=3,3mg/dl(normal=3-4,5mg/dl), PTH=5,2ng/dL (normal=10-60ng/dl); proteínas totais =9,4mg/dL com albumina=3,4mg/dL; cálcio urinário 24 horas= 980mg/dL (sem dieta especial, normal=100-300mg/dl). O diagnóstico mais provável é:

- a) neoplasia metastática prostática
- b) hipoparatiroidismo primário
- c) doença de *Paget*
- d) mieloma múltiplo

32. Uma das drogas indicadas para o tratamento da síndrome das pernas inquietas é:

- a) amitriptilina
- b) pregabalina
- c) quetiapina
- d) sertralina

33. Homem, 78 anos, com HAS e osteoartrite, usando regularmente lisinopril 10mg/dia e indometacina por conta própria para alívio das dores articulares. Apresenta prostração e perda do apetite. Exames laboratoriais: hematócrito =34%, hemoglobina = 11g/dL, VCM =78, CHCM= 28; RDW=12%; leucócitos=10400/mm<sup>3</sup> com contagem diferencial normal; plaquetas=150.00/mm<sup>3</sup>, glicose= 87 mg/dL; ureia= 76mg/dL, creatinina =2,8mg/dL; sódio= 134mEq/L; potássio= 5,1mEq/L; HCO<sub>3</sub><sup>-</sup> = 20mEq/L; PCR= 2,4. EAS:proteinúria ++/4; presença de cilindros leucocitários e hemácias 20/campo. Cultura negativa para germes comuns. Fração de sódio urinário= 43mEq/L e excreção de sódio calculada 1,9%. A principal hipótese diagnóstica é:

- a) infecção renal por micobactéria
- b) nefrite intersticial por AINES
- c) necrose tubular aguda
- d) doença ateroembólica renal

34. No tratamento das crises epilépticas na população idosa, o uso de:

- a) ácido valpróico é eficaz em controlar todos os tipos de crise, causa frequentemente tremor, mas tem baixo potencial para distúrbios cognitivos
- b) lamotrigina apresenta um maior risco de interação medicamentosa quando comparada a outras drogas antiepilépticas
- c) oxcarbazepina tem a vantagem sobre a carbamazepina por induzir menos hiponatremia nos idosos
- d) difenilhidantoína é indicada no tratamento de crise de ausência típica

**35. Homem, 40 anos, alcoólatra, procura equipe de saúde da família porque sua esposa avisou “que sairá de casa se ele não se cuidar”. O mesmo não identifica o uso de álcool como um problema. É proposta a *Intervenção Breve*. Em relação a esta estratégia terapêutica pode-se afirmar que:**

- a) a identificação de que se trata de uso abusivo ou dependência do álcool, não interfere no tipo de estratégia terapêutica utilizada
- b) trata-se de terapia que só pode ser conduzida pelo profissional médico, necessitando de tempo e espaço reservado para isso
- c) o oferecimento de aconselhamento, orientação e monitoramento periódico do sucesso, para atingir as metas definidas pelo profissional, é uma das etapas dessa terapia
- d) é realizada em atendimento de rotina quando o profissional perceber relação entre a queixa apresentada e o uso de alguma substância

**36. Para a construção do Projeto Terapêutico Singular (PTS), uma das ferramentas utilizadas é o *familiograma (genograma)*, onde são identificados:**

- a) renda familiar, condição de moradia e padrões transgeracionais de doenças
- b) renda familiar, relações familiares e comorbidades
- c) condição de moradia, padrões transgeracionais de doenças e comorbidades
- d) relações familiares, padrões transgeracionais de doenças e comorbidades

**37. Homem, 55 anos, alcoólatra, com confusão mental, oftalmoplegia e ataxia há 2 dias após vários episódios de vômitos. O**

**diagnóstico mais provável está relacionado com a deficiência de:**

- a) cianocobalamina
- b) piridoxina
- c) tiamina
- d) niacina

**38. O agente comunitário de saúde traz para a reunião de equipe o caso de uma família: jovem usuário de *crack* e pai alcoólatra. Atualmente a criança mais jovem tem problemas de aprendizado e relacionamento na escola. A provedora da família não suporta mais a situação em casa e deseja que a equipe a ajude antes que opte por sair de casa. Considerando a complexidade do caso, a equipe de saúde opta por elaborar um Projeto Terapêutico Singular (PTS). Dentre as opções abaixo, a que melhor descreve os momentos do PTS é:**

- a) reavaliação: neste momento, programado, discute-se a evolução do caso, revisão de metas e ações, e a execução das devidas correções de rumo, caso sejam necessárias
- b) divisão de responsabilidades: definição das tarefas de cada um. O médico será a pessoa de referência para o caso por ser a pessoa mais capacitada a lidar com as questões clínicas do usuário e de sua família.
- c) definição de ações e metas: a equipe de saúde faz propostas de curto, médio e longo prazo, que serão informadas ao usuário e sua rede de apoio.
- d) diagnóstico e análise: avaliação ampla que considera a integralidade do sujeito e que forneça informações sobre riscos, vulnerabilidades... Feito exclusivamente pela equipe de saúde, sem participação do sujeito ou de sua família

**39. Mulher, 50 anos, há dois dias, apresenta febre, cefaleia e vômitos. Exame físico: rigidez de nuca. Exame do líquido cefalorraquiano: 2000 células/mm<sup>3</sup>, proteína 115mg/dL e**

- glicose 20mg/dL. O tratamento empírico de escolha neste caso é:**
- a) aciclovir e lamivudina
  - b) ceftriaxone e vancomicina
  - c) rifampicina, isoniazida, pirazinamida e etambutol
  - d) anfotericina b
- 40. Em pacientes com hipertensão intracraniana, o nervo craniano acometido e que dá falso sinal de localização é:**
- a) facial
  - b) troclear
  - c) abducente
  - d) hipoglosso
- 41. O tratamento de escolha para o tratamento da crise gotosa aguda é:**
- a) uricosurico e colchicina
  - b) AINH e colchicina
  - c) AINH e anti maláricos
  - d) corticoide e alopurinol
- 42. A manifestação extra muscular que está frequentemente associada a presença de anticorpo antisintetase (anti-Jo-1) em paciente com polimiosite é:**
- a) refluxo gastro-esofágico
  - b) bloqueio atrio-ventricular total
  - c) doença intersticial pulmonar
  - d) necrose cutânea
- 43. Paciente, 70 anos, com perda ponderal de 5kg e febre baixa há quatro meses. Evolui com cefaleia temporal bilateral e dor mandibular ao mastigar que começou há 1 mês. Há 24 horas apresenta cegueira completa em olho direito. De acordo com a principal hipótese diagnóstica, a alteração laboratorial esperada é:**
- a) presença de crioglobulinas no soro
  - b) FAN positivo
  - c) ANCA positivo
  - d) VHS elevado
- 44. O retorno da circulação espontânea durante as manobras de reanimação cardiopulmonar**
- pode ser previsto pela monitorização do CO<sub>2</sub> expirado, quando este for maior do que:**
- a) 10 mmHg
  - b) 20 mmHg
  - c) 30 mmHg
  - d) 40 mmHg
- 45. Mulher, 55 anos, em tratamento para depressão com fluoxetina 60mg/dia. Como ainda estava se sentindo triste e sem energia após seis meses de tratamento, começa a fazer uso, por conta própria, de sertralina 50mg/dia, medicação utilizada por uma amiga que também estava em tratamento antidepressivo e sentia-se bem melhor. Poucos dias depois de começar a fazer uso da nova medicação, a paciente apresenta agitação, febre, dor abdominal, e aumento da pressão arterial. O diagnóstico mais provável é:**
- a) hepatite medicamentosa aguda
  - b) síndrome neuroléptica maligna
  - c) síndrome serotoninérgica
  - d) surto maníaco do transtorno bipolar
- 46. Mulher, 50 anos, obesa, em tratamento para depressão há dois meses comescitalopram 20mg/dia, relata estar sentindo melhora da tristeza, da falta de energia e do choro fácil que a levaram a procurar tratamento. Entretanto, queixa-se de não ter vontade de ter relações sexuais, apesar de apresentar uma vida sexual que considerava satisfatória antes do início do tratamento. A opção farmacológica que pode auxiliá-la a lidar com este efeito colateral é a adição, ao esquema terapêutico, de:**
- a) bupropiona 150mg/dia

- b) fluoxetina 20mg/dia
- c) paroxetina 20mg/dia
- d) venlafaxina 75mg/dia

- b) anti-anfifisina
- c) anti-Yo
- d) anti-Ma

47. Homem, 42 anos, em uso irregular de diclofenaco por quadro de lombociatalgia. Refere surgimento intermitente de mancha eritemato-marrom, única, no dorso da mão, sempre no mesmo local, quando faz uso do anti-inflamatório. A hipótese mais provável para esta reação cutânea é:

- a) eritema pigmentar fixo
- b) eritema multiforme major
- c) pustulose exantemática aguda
- d) síndrome de *Sweet*

48. Jovem, 24 anos, após acidente automobilístico com trauma de face, inicia quadro de congestão conjuntival, aumento da pressão intra-ocular, proptose no olho direito e diplopia. A principal hipótese diagnóstica é:

- a) fístula carótido-cavernosa
- b) pseudotumor orbitário
- c) celulite orbitária
- d) oftalmopatia de *Graves*

49. Homem, 60 anos, com câncer de pulmão de pequenas células apresenta rigidez muscular progressiva, principalmente em tronco e membros inferiores e espasmos dolorosos, desencadeados por estresse emocional e estímulos auditivos. Estudo eletrofisiológico: atividade da unidade motora contínua. O anticorpo associado ao quadro clínico acima é:

- a) anti-HU

50. Mulher, 25 anos, diagnosticada com *osteogenesis imperfecta* após três fraturas na infância. Possui queixa de palpitações há um ano. Ausculta cardíaca com *click* e sopro mesossistólico mitral. Ambos pioram com valsalva e melhoram com a posição de cócoras. O diagnóstico mais provável é:

- a) CIA tipo ostium primum
- b) comunicação interatrial (CIA) tipo seio venoso
- c) prolapso de válvula mitral
- d) anomalia de *Ebstein*