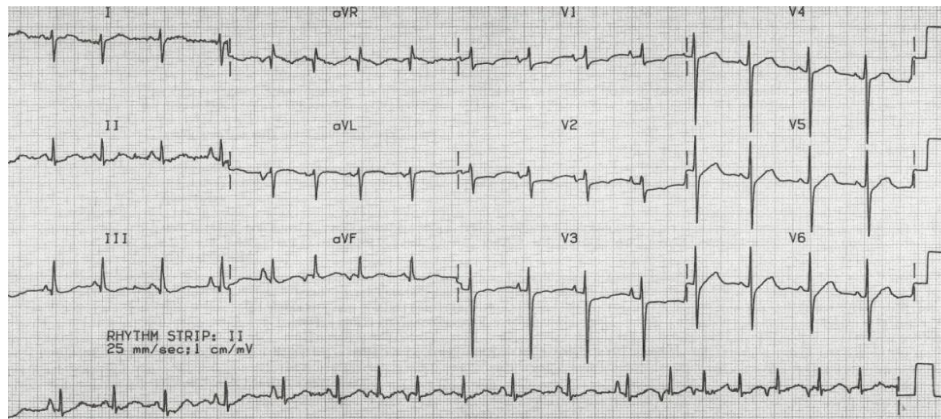
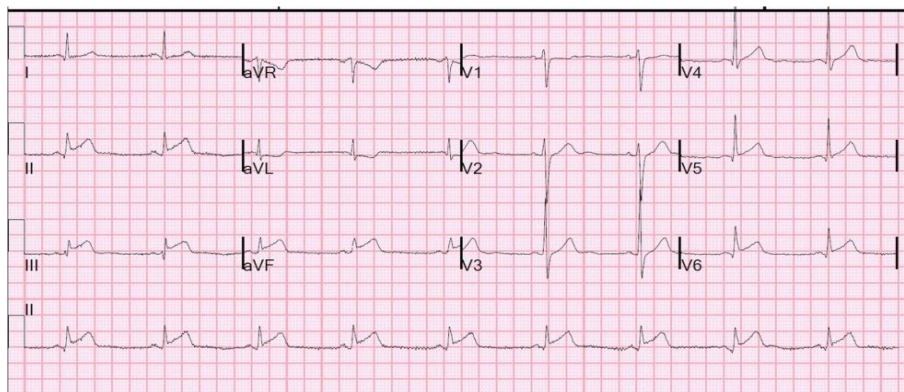


1. O ritmo observado no eletrocardiograma (ECG) a seguir é de:



- 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) eosinofílica
- 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/m². 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)₂ 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^{99m} 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) glomerulonefrite imunotactóide

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 α

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

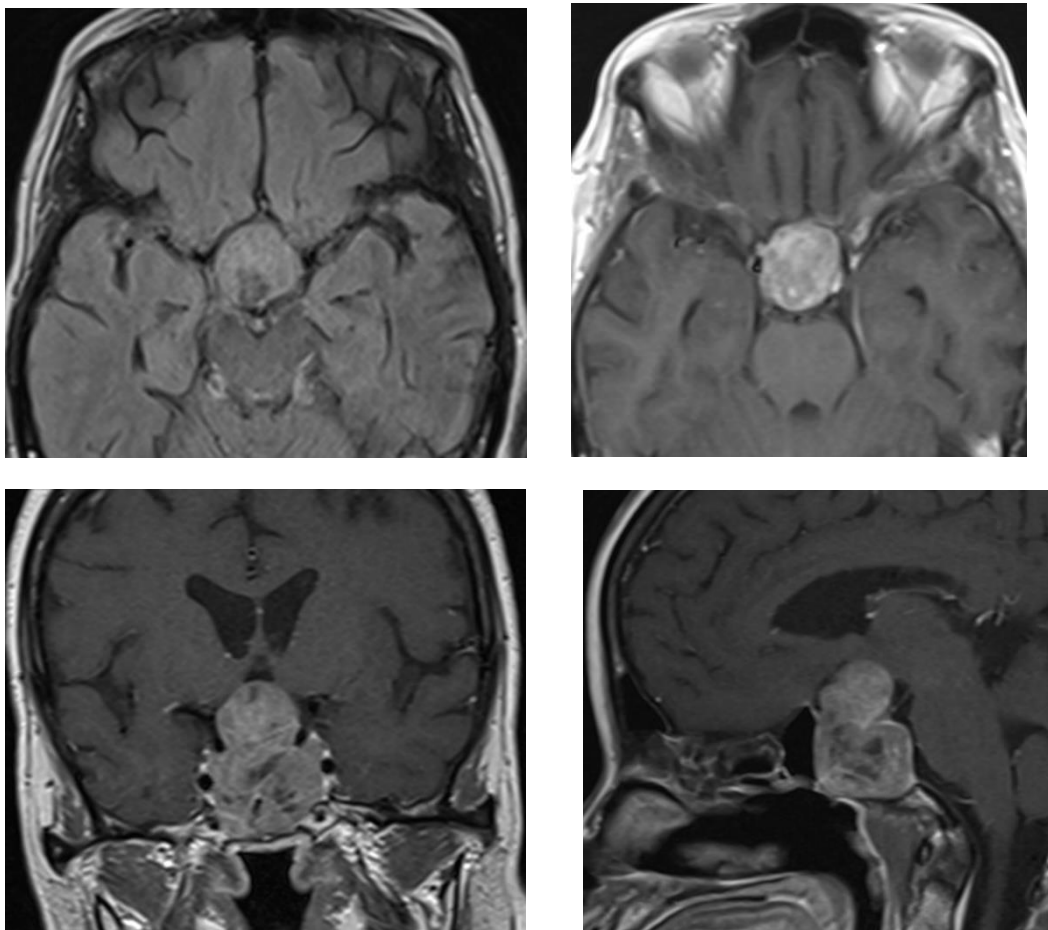
26. Homem, 63 anos, assintomático, realiza por conta própria, 2 hemogramas com intervalo de 1 mês entre eles, com resultados semelhantes, a saber: hemoglobina = 13 g/dL; hematócrito = 40%, leucócitos = 88.000/mm³ (basófilos 5%, eosinófilos 1%, blastos 3%, promielócitos 2%, metamielócitos 5%, mielócitos 11%, bastões 10%, segmentados 53%, linfócitos 7%, monócitos 3%); plaquetas = 528.000/mm³. 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:

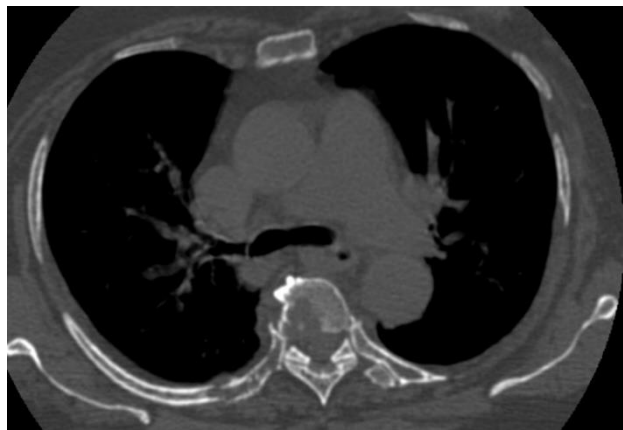
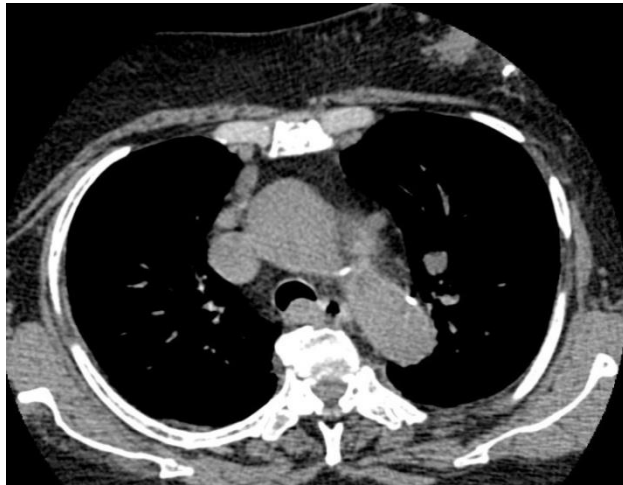
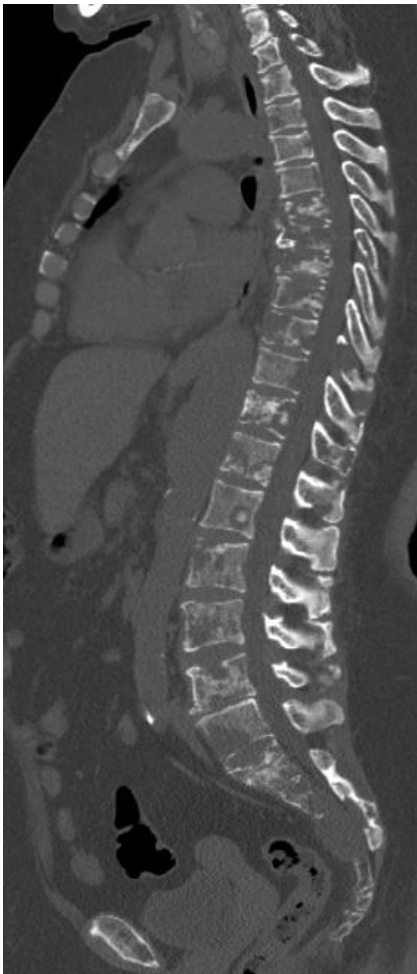
- a) tratamento de leucemia mielóide aguda com 18.000 plaquetas/mm³
- b) colocação de dreno de tórax em paciente com 30.000 plaquetas/mm³
- c) púrpura trombocitopênica trombótica com plaquetas 10.000/mm³
- d) uso de *warfarine* com plaquetas 100.000/mm³

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/mm³ com contagem diferencial normal; plaquetas= 150.00/mm³, glicose= 87 mg/dL; ureia= 76mg/dL, creatinina =2,8mg/dL; sódio= 134mEq/L; potássio= 5,1mEq/L; HCO₃⁻ = 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/mm³, proteína 115mg/dL e

- glicose 20mg/dL. O tratamento empírico de escolha neste caso é:**
- aciclovir e lamivudina
 - ceftriaxone e vancomicina
 - rifampicina, isoniazida, pirazinamida e etambutol
 - anfotericina b
- 40. Em pacientes com hipertensão intracraniana, o nervo craniano acometido e que dá falso sinal de localização é:**
- facial
 - troclear
 - abducente
 - hipoglosso
- 41. O tratamento de escolha para o tratamento da crise gotosa aguda é:**
- uricosurico e colchicina
 - AINH e colchicina
 - AINH e anti maláricos
 - 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:**
- refluxo gastro-esofágico
 - bloqueio atrio-ventricular total
 - doença intersticial pulmonar
 - 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:**
- presença de crioglobulinas no soro
 - FAN positivo
 - ANCA positivo
 - VHS elevado
- 44. O retorno da circulação espontânea durante as manobras de reanimação cardiopulmonar pode ser previsto pela monitorização do CO₂ expirado, quando este for maior do que:**
- 10 mmHg
 - 20 mmHg
 - 30 mmHg
 - 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:**
- hepatite medicamentosa aguda
 - síndrome neuroléptica maligna
 - síndrome serotoninérgica
 - surto maníaco do transtorno bipolar
- 46. Mulher, 50 anos, obesa, em tratamento para depressão há dois meses com escitalopram 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:**
- 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*