



Domingo de manhã

**PROCESSO SELETIVO SES-RJ 2026  
RESIDÊNCIA MÉDICA E PARCEIROS SMSDC/FMSN  
EDITAL DE ABERTURA Nº 01/2025**

**28, 31 E 32 – PRÉ-REQUISITO EM CLÍNICA MÉDICA: CARDIOLOGIA,  
ENDOCRINOLOGIA E METABOLOGIA, HEMATOLOGIA E HEMOTERAPIA**

**Instruções**

Leia atentamente e cumpra rigorosamente as instruções que seguem, pois elas são parte integrante das provas e das normas que regem esse certame.

1. ATENTE-SE AOS AVISOS CONTIDOS NO QUADRO DA SALA E **AGUARDE O 2º SINAL SONORO PARA ABRIR ESTE CADERNO DE QUESTÕES E INICIAR A PROVA.**
2. Seus **pertences deverão estar armazenados dentro do saco plástico fornecido pelo fiscal**, permanecendo em sua posse somente caneta esferográfica de ponta grossa, de material transparente, com tinta preferencialmente preta, lanche e água, se houver. A UTILIZAÇÃO DE QUALQUER MATERIAL NÃO PERMITIDO EM EDITAL É EXPRESSAMENTE PROIBIDA, **ACARRETANDO A SUA IMEDIATA EXCLUSÃO DO CERTAME.**
3. APÓS O 2º SINAL, CERTIFIQUE-SE QUE:
  - ESTE CADERNO DE QUESTÕES CONTÉM **30 QUESTÕES LEGÍVEIS**;
  - ESTE CADERNO DE QUESTÕES REFERE-SE AO **NÚMERO E AO PROGRAMA** PARA O QUAL REALIZOU A INSCRIÇÃO;
  - OS FISCALIS INFORMARAM CORRETAMENTE O **TEMPO PARA REALIZAÇÃO DE PROVA DE 02:00 HORAS.**
4. Cada questão oferece **5 alternativas** de respostas, representadas pelas letras **A, B, C, D e E**, sendo apenas 1 (uma) a resposta correta.
5. O CANDIDATO **DEVE ASSINAR** A(S) SUA(S) FOLHA(S) DEFINITIVA(S) DE RESPOSTA(S), **SOB PENA DE ELIMINAÇÃO.**
6. Será respeitado o tempo para realização da prova conforme previsto em edital, incluindo o preenchimento da grade de respostas.
7. **Haverá o toque do 3º sinal sonoro de encerramento das provas**, conforme controle do quadro de sala.
8. Os três últimos candidatos deverão retirar-se da sala de prova ao mesmo tempo, devendo assinar a Ata de Prova.
9. **A RESPONSABILIDADE REFERENTE À INTERPRETAÇÃO DOS CONTEÚDOS DAS QUESTÕES É EXCLUSIVA DO CANDIDATO.**
10. No caderno de questões, você poderá rabiscar, riscar e calcular.
11. Os gabaritos preliminares da prova objetiva serão divulgados na data descrita no Cronograma de Execução desse certame.

Controle de  
**QUALIDADE**  
Fundatec



V1\_10/10/2025 14:02:24



Eco  
Friendly

A Fundatec utiliza papel  
com certificação florestal  
e tinta biodegradável.



Concursos

**fundatec**

ISO 9001



**QUESTÃO 01** – Mulher, 59 anos, com histórico de Diabetes Mellitus 2 (DM2) e hipertensão, chega à emergência com confusão mental progressiva há 2 dias. Refere poliúria, polidipsia e inapetência. Ao exame físico apresentou PA: 95/60 mmHg, FC: 118 bpm, FR: 22 irpm, Glasgow 13. Não apresenta respiração de Kussmaul evidente.

Exames laboratoriais:

- Glicemia: 865 mg/dL.
- pH arterial: 7,35.
- $\text{HCO}_3^-$  : 22 mEq/L.
- Osmolaridade plasmática calculada: 348 mOsm/kg.
- Cetonúria: traços.

Considerando o caso apresentado, assinale a alternativa que indica o provável diagnóstico e a conduta inicial correta, respectivamente.

- A) Cetoacidose diabética – iniciar reposição de insulina endovenosa imediata em altas doses, sem hidratação prévia.
- B) Estado hiperglicêmico hiperosmolar (EHH) – iniciar hidratação vigorosa com solução salina isotônica, corrigindo volemia antes da insulina EV.
- C) Cetoacidose diabética – iniciar reposição de bicarbonato EV precoce, mesmo sem acidose grave, para corrigir o distúrbio.
- D) EHH – iniciar antibióticos de amplo espectro imediatamente, pois são obrigatórios em todo paciente com EHH.
- E) EHH – iniciar insulina subcutânea em baixas doses associada a fluidos hipertônicos para correção rápida da osmolaridade.

**QUESTÃO 02** – Homem, 71 anos, com DPOC GOLD IV ( $\text{VEF}_1 = 28\%$  previsto), chega à emergência com dispneia intensa, uso de musculatura acessória e confusão mental. Histórico de tabagismo pesado, em oxigenoterapia domiciliar contínua. Ao exame físico, apresenta FC: 128 bpm, FR: 34 irpm, PA: 92/58 mmHg,  $\text{SatO}_2$ : 74% em ar ambiente, estertores difusos + sibilância. Gasometria arterial em  $\text{O}_2$  suplementar a 2 L/min por cateter: pH: 7,21,  $\text{PaCO}_2$ : 82 mmHg,  $\text{PaO}_2$ : 48 mmHg,  $\text{HCO}_3^-$  : 33 mEq/L. Qual é a conduta mais apropriada nesse momento?

- A) Aumentar  $\text{O}_2$  suplementar para manter  $\text{SatO}_2 > 98\%$ , prevenindo hipóxia tecidual imediata.
- B) Iniciar antibiótico empírico de amplo espectro isoladamente, visto que a exacerbação provavelmente é infecciosa.
- C) Indicar Ventilação Mecânica Invasiva (VMI) imediata, pois a presença de acidose respiratória grave é contra-indicação à Ventilação Não Invasiva (VNI).
- D) Iniciar VNI com máscara facial, além de broncodilatadores de curta ação e corticoide sistêmico.
- E) Administrar diurético de alça em alta dose, pois o quadro sugere congestão pulmonar como principal fator descompensador.

**QUESTÃO 03** – Homem, 64 anos, portador de doença renal crônica estágio V, em hemodiálise, apresenta-se à emergência após faltar à última sessão. Refere fraqueza muscular e palpitações. O exame físico indica PA: 158/92 mmHg, FC: 46 bpm,  $\text{SatO}_2$ : 95% em ar ambiente, ECG: ondas T apiculadas difusas, alargamento do QRS e bradicardia sinusal. Laboratório indica potássio sérico: 7,4 mEq/L e creatinina: 9,8 mg/dL. Qual é a conduta inicial mais apropriada no caso?

- A) Administrar resina de troca catiônica (poliestirenosulfonato de cálcio) VO, como primeira medida isolada para reduzir o potássio.
- B) Iniciar diurético de alça em altas doses para promover excreção urinária de potássio.
- C) Encaminhar diretamente para hemodiálise sem medidas adicionais, pois é a única terapia definitiva para esse paciente.
- D) Administrar bicarbonato de sódio VO, pois corrige rapidamente a hipercalemia grave em pacientes com acidose.
- E) Administrar gluconato de cálcio EV, seguido de medidas para deslocar potássio para o intracelular (insulina + glicose, beta-agonista inalatório).

**QUESTÃO 04** – Homem, 58 anos, portador de prótese valvar aórtica mecânica implantada há 14 meses, apresenta febre persistente há 10 dias, fadiga e perda de peso. O exame físico indica PA: 118/70 mmHg e FC: 102 bpm. Apresenta sopros cardíacos múltiplos, inclusive novo sopro regurgitativo, esplenomegalia discreta e lesões de Janeway nas extremidades. Exames de laboratório indicam leucocitose discreta e VHS elevado. Ao ecocardiograma transesofágico, apresentada vegetação de 1,3 cm aderida à prótese valvar. Hemoculturas positivas para *Staphylococcus epidermidis* em múltiplas amostras. Qual é a conduta inicial mais apropriada, considerado o caso apresentado?

- A) Iniciar antibioticoterapia empírica de amplo espectro apenas após confirmação histopatológica do material valvar removido cirurgicamente.
- B) Iniciar vancomicina associada à rifampicina e gentamicina, ajustando-se a medicação conforme resultado da cultura e sensibilidade.
- C) Tratar apenas com vancomicina isolada por 2 semanas, pois *S. epidermidis* costuma ser sensível.
- D) Iniciar anticoagulação plena imediata para prevenir trombose valvar, postergando antibioticoterapia para depois do controle do risco tromboembólico.
- E) Optar por tratamento clínico exclusivo com antibióticos orais, pois a presença de vegetação <2 cm exclui indicação cirúrgica.

**QUESTÃO 05** – Mulher, 58 anos, refere tosse seca progressiva e dispneia aos esforços há 18 meses. Nega febre ou produção de escarro. História de artrite reumatoide controlada há 10 anos. Exame físico indica PA: 122/78 mmHg, FC: 88 bpm, FR: 20 irpm e crepitações "velcro" bibasais.

Exames adicionais:

- Radiografia de tórax: padrão reticulonodular basal.
- Tomografia computadorizada de alta resolução: faveolamento subpleural, bronquiectasias tracionais e discreto padrão em favo de mel basal.
- Função pulmonar: capacidade vital forçada 58% do previsto, volume expiratório forçado no primeiro segundo 60% do previsto, difusão pulmonar do monóxido de carbono 45% do previsto.
- Sorologias: anticorpo antinuclear negativo, fator reumatoide discretamente positivo.

Qual é o diagnóstico mais provável e a conduta inicial recomendada, respectivamente?

- A) Pneumonia intersticial não específica – iniciar antibiótico de amplo espectro para evitar progressão da fibrose.
- B) Fibrose pulmonar idiopática com padrão usual de pneumonia intersticial – encaminhar para avaliação de transplante pulmonar precoce, associando terapia antifibrótica com pirfenidona ou nintedanibe.
- C) Fibrose pulmonar secundária à artrite reumatoide – iniciar corticoide em altas doses para reversão da fibrose.
- D) Sarcoidose pulmonar crônica – iniciar metotrexato sistêmico como primeira linha terapêutica.
- E) Pneumonite por hipersensibilidade crônica – suspender exposição ambiental e iniciar corticoide sistêmico, sem necessidade de antifibróticos.

**QUESTÃO 06** – Mulher, 74 anos, hipertensa, DM2 e com fibrilação atrial paroxística. Apresenta dispneia progressiva aos esforços e edema vespertino de membros inferiores. Ecocardiograma: fração de ejeção do ventrículo esquerdo: 58%, aumento do átrio esquerdo, hipertrofia concêntrica do ventrículo esquerdo e padrão de enchimento compatível com disfunção diastólica. BNP: elevado. Considerando o cenário clínico descrito, assinale a alternativa que melhor representa a estratégia terapêutica com benefício comprovado na Insuficiência Cardíaca com Fração de Ejeção Preservada (ICFEP).

- A) Introduzir um inibidor SGLT2, como dapagliflozina ou empagliflozina, visto que estudos recentes mostraram redução de hospitalizações por insuficiência cardíaca nesse fenótipo.
- B) Utilizar betabloqueadores como terapia de primeira linha, visto que reduzem mortalidade em ICFEP da mesma forma que na Insuficiência Cardíaca com Fração de Ejeção Reduzida (ICEFER).
- C) Iniciar inibidor da neprilisina associado à antagonista do receptor de angiotensina II, pois essa combinação já demonstrou redução consistente de mortalidade cardiovascular em ICFEP.
- D) Prescrever digitálico, pois é a única droga capaz de melhorar a função diastólica e reduzir risco de desconpensões na ICFEP.
- E) Utilizar espironolactona em todos os pacientes, já que o bloqueio do receptor mineralocorticoide comprovadamente reduz mortalidade global na insuficiência cardíaca, com fração de ejeção preservada.

**QUESTÃO 07** – Mulher, 34 anos, previamente saudável, procura atendimento com icterícia, fadiga intensa e dor abdominal leve. Relata náuseas nas últimas semanas. Não usa drogas ilícitas, mas refere uso esporádico de dipirona. Nega transfusões. Ao exame físico, apresenta PA: 112/72 mmHg, FC: 94 bpm, icterícia ++/4+ e fígado palpável a 3 cm do RCD, doloroso.

Exames laboratoriais:

- AST: 980 U/L.
- ALT: 1.120 U/L.
- Bilirrubina total: 6,2 mg/dL (direta 4,9).
- INR: 1,6.
- Sorologias virais: HBsAg negativo, anti-HBc total negativo, anti-HCV negativo, anti-HAV IgM negativo.
- FAN: 1:640 (padrão homogêneo).
- Anti-LKM1 positivo.
- IgG sérica: 2.100 mg/dL (elevada).

Considerando as informações apresentadas, qual é o diagnóstico mais provável e a conduta inicial adequada, respectivamente?

- A) Hepatite autoimune – iniciar corticoterapia sistêmica (prednisona), podendo-se associar azatioprina conforme resposta.
- B) Hepatite viral aguda fulminante – iniciar tenofovir EV imediatamente.
- C) Hepatite medicamentosa aguda grave – suspender dipirona e manter apenas medidas de suporte clínico.
- D) Hepatite B aguda anictérica – manter observação ambulatorial expectante.
- E) Hepatite C crônica – iniciar sofosbuvir + velpatasvir precocemente para impedir progressão.

**QUESTÃO 08** – Homem, 62 anos, hipertenso há 15 anos, em uso de losartana 100 mg/dia, anlodipino 10 mg/dia e hidroclorotiazida 25 mg/dia. Refere adesão adequada, dieta hipossódica relativa, não consome álcool, mas apresenta obesidade (IMC 33 kg/m<sup>2</sup>) e apneia obstrutiva do sono, em tratamento irregular com CPAP. Na consulta, PA: 164/98 mmHg em repouso.

Exames adicionais:

- Potássio sérico: 3,2 mEq/L.
- Creatinina: 1,2 mg/dL.
- Aldosterona plasmática elevada com renina suprimida.
- Ecocardiograma: hipertrofia ventricular esquerda concêntrica.
- Microalbuminúria positiva.

Qual é a conduta mais apropriada para o caso?

- A) Aumentar a dose da hidroclorotiazida para 50 mg/dia, visto que o aumento da diurese costuma normalizar a pressão arterial resistente em pacientes obesos.
- B) Associar espironolactona, após confirmação do diagnóstico de hiperaldosteronismo primário, mantendo os demais anti-hipertensivos sem alteração.
- C) Suspender o antagonista da angiotensina II e substituir por betabloqueador não seletivo, visto que o hiperaldosteronismo não responde ao bloqueio do sistema renina-angiotensina.
- D) Realizar investigação complementar com cateterismo de veias adrenais para lateralização, considerando possibilidade de tratamento cirúrgico, mas iniciar bloqueio mineralocorticoide já neste momento.
- E) Substituir a espironolactona por eplerenona desde o início, uma vez que a espironolactona aumenta risco de nefrotoxicidade e é contraindicada em hipertensos com microalbuminúria.

**QUESTÃO 09** – Homem, 67 anos, hipertenso e ex-tabagista, procura emergência com dor torácica opressiva há 3 horas, irradiada para o braço esquerdo, associada a náuseas e diaforese. ECG: supradesnivelamento de ST em V2–V4 e depressão de ST em DII, DIII e aVF. Diagnóstico: IAM com supra de ST anterior. O serviço dispõe de ICP primária em 60 minutos. Foi administrado AAS 300 mg, VO, sem outras medicações antitrombóticas. Considerando as recomendações atuais para terapia antitrombótica antes da ICP primária, assinale a alternativa que apresenta a conduta correta para o caso.

- A) Administrar trombolítico (tenecteplase) imediatamente e encaminhar para ICP subsequente, pois a combinação reduz mortalidade em relação à ICP isolada.
- B) Não iniciar antagonista de P2Y12 até após a angioplastia, para reduzir risco de sangramento periprocedimento.
- C) Administrar clopidogrel 600 mg, VO, como carga, por ser a droga preferencial em todos os pacientes submetidos à ICP primária.
- D) Administrar prasugrel 60 mg, VO, imediatamente, independentemente de idade ou comorbidades, pois é o antagonista P2Y12 de escolha universal na ICP primária.
- E) Administrar ticagrelor 180 mg, VO, em carga, associado à heparina não fracionada IV, antes do encaminhamento à hemodinâmica, em conjunto com o AAS já administrado.

**QUESTÃO 10** – Mulher, 38 anos, previamente saudável, é trazida ao pronto-socorro com confusão mental progressiva há 24 horas, febre discreta e petéquias difusas. Há 2 dias, apresentou mal-estar e náuseas, sem diarreia profusa. Ao exame físico, PA: 140/85 mmHg, FC: 110 bpm, taquipneica, saturação 96% em ar ambiente. Pele com petéquias e algumas equimoses recentes.

Exames laboratoriais iniciais:

- Hemoglobina: 7,8 g/dL (queda aguda em comparação a exame há 6 meses).
- Plaquetas: 18.000/mm<sup>3</sup>.
- Bilirrubina indireta: elevada.
- Lactato desidrogenase (LDH): marcadamente elevada.
- Reticulócitos: aumentados.
- Esfregaço de sangue periférico: presença de esquizócitos (*fragmentocytes*) em número significativo.
- Creatinina: 1,6 mg/dL (leve alteração).
- Tempo de protrombina (TP) e tempo de tromboplastina parcial ativada (TTPa): normais.
- Fibrinogênio: normal.
- Pesquisa de hemocultura e hemograma viral iniciais negativos.

Qual é a conduta inicial mais apropriada diante desse quadro, considerando o diagnóstico mais provável?

- A) Iniciar transfusão de plaquetas e aguardar resultados adicionais – pois a trombocitopenia grave justifica reposição antes de qualquer outra intervenção.
- B) Iniciar anticoagulação plena com heparina IV, pois o quadro sugere coagulação intravascular disseminada subclínica responsável pela trombocitopenia e microtrombose.
- C) Iniciar imediatamente eculizumabe (anticorpo anti-C5) por suspeita de síndrome hemolítico-urêmica atípica, e postergar plasmaférese até confirmação genética.
- D) Tratar com antibióticos de amplo espectro e manter suporte clínico, pois a causa mais provável é sepse com CIVD precoce, e essa é a medida que reduz mortalidade.
- E) Solicitar dosagem de atividade ADAMTS13 e, enquanto aguarda o resultado, iniciar plasmaférese (troca plasmática) urgente combinado com corticoterapia; evitar transfusão de plaquetas salvo hemorragia controlável.

**QUESTÃO 11** – Homem, 69 anos, portador de Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) grave (ex-fumante), é admitido na emergência com piora progressiva da dispneia nas últimas 48 horas, tosse com escarro amarelado e uso de musculatura acessória. Em casa, usa oxigenoterapia noturna. Ao exame físico, TA: 120/70 mmHg, FC: 110 bpm, FR: 30 irpm, SatO<sub>2</sub>: 86% com oxigênio por cateter nasal, 3 L/min. Paciente está ansioso, orientado (Glasgow 14), sem sinais de choque. Gasometria arterial em O<sub>2</sub> a 3 L/min, pH: 7,27, PaCO<sub>2</sub>: 78 mmHg, PaO<sub>2</sub>: 58 mmHg, HCO<sub>3</sub><sup>-</sup> : 31 mEq/L. Qual é a conduta inicial mais apropriada na UTI para esse paciente, considerando que apresenta insuficiência respiratória aguda hipercápnica sobre DPOC?

- A) Intubação orotraqueal imediata e VMI, pois pH <7,30 e PaCO<sub>2</sub> elevada contraindicam tentativa de VNI.
- B) Iniciar VNI com interface facial (pressão de suporte inicial 10-15 cmH<sub>2</sub>O e PEEP/CPAP 4-6 cmH<sub>2</sub>O), associada a broncodilatadores inalatórios, corticoide sistêmico e antibioticoterapia conforme suspeita — monitorizar resposta nas primeiras 1-2 horas e intubar se houver falha.
- C) Suspende oxigênio e manter apenas expiração forçada e fisioterapia respiratória, pois O<sub>2</sub> agrava retenção de CO<sub>2</sub> na DPOC e deverá ser evitado; aguardar melhora espontânea.
- D) Iniciar oxigenação por cânula nasal de alto fluxo (*high-flow nasal cannula*) em fluxo máximo, sem VNI, por reduzir trabalho respiratório e permitir retirada gradual do CO<sub>2</sub>.
- E) Administrar sedação profunda e bloqueio neuromuscular para reduzir o trabalho respiratório enquanto se aguarda efeito dos broncodilatadores, evitando VNI, por risco de aspiração.

**QUESTÃO 12** – Homem, 72 anos, internado por pneumonia há 6 dias, evolui subitamente com taquicardia (FC: 124 bpm), taquipneia (FR: 28/min) e dessaturação (SatO<sub>2</sub>: 84% em oxigênio suplementar 2 L/min). Está hemodinamicamente estável (PA: 110/70 mmHg). Há história prévia de doença renal crônica, com creatinina basal de 3,1 mg/dL. A equipe considera que angiotomografia pulmonar com contraste iodado é contraindicada por risco de nefropatia aguda por contraste. A probabilidade clínica de TEP é considerada alta (escala clínica compatível). Qual é a conduta diagnóstica mais apropriada para confirmar ou excluir tromboembolismo pulmonar nesse paciente?

- A) Solicitar dosagem de D-dímero e, se elevada, iniciar anticoagulação empírica sem realizar exames de imagem adicionais, visto que D-dímero elevado em alta probabilidade clínica é diagnóstico.
- B) Realizar apenas ultrassonografia venosa de membros inferiores; se negativa, descartar TEP definitivamente, pois ausência de trombo venoso profundo torna TEP muito improvável.
- C) Prosseguir imediatamente para arteriografia pulmonar (angiografia por cateter), pois é padrão-ouro e não utiliza contraste iodado que agrava a função renal.
- D) Iniciar anticoagulação plena e evitar qualquer exame de imagem adicional até recuperação renal, já que a anticoagulação empírica é preferível e mais segura que investigações complementares em pacientes com função renal comprometida.
- E) Realizar cintilografia de ventilação-perfusão (V/Q scan) como exame de imagem não contrastado de escolha; se o estudo for alta probabilidade, tratar como TEP; se for indeterminado, prosseguir com ultrassom venoso dos membros inferiores e considerar angiografia pulmonar invasiva conforme necessidade.

**QUESTÃO 13** – Mulher, 72 anos, refere palpitações intermitentes e perda ponderal discreta nas últimas semanas. Em avaliação ambulatorial, encontra-se assintomática exceto pelas palpitações. Exames laboratoriais repetidos (intervalo de 6 semanas): TSH: 0,02 mIU/L (referência 0,4–4,0), T<sub>4</sub> e T<sub>3</sub> livres dentro da faixa normal. ECG: fibrilação atrial de nova detecção. Densitometria óssea prévia mostrou osteopenia. Qual é a conduta inicial mais apropriada para essa paciente?

- A) Adiar qualquer tratamento específico e acompanhar clinicamente e laboratorialmente (TSH) a cada 3-6 meses, pois os hormônios tireoidianos estão normais (subclínico).
- B) Prescrever apenas betabloqueador para controle das palpitações e fibrilação atrial, repetindo TSH em 12 meses; não iniciar tratamento antitireoideano nem modalidades definitivas.
- C) Tratar o hipertireoidismo subclínico para normalizar o TSH (iniciar avaliação etiológica – cintilografia e ultrassom – e, dependendo da causa, instituir tratamento: por exemplo, terapia com iodo radioativo para bócio multinodular tóxico ou metimazol/terapia definitiva conforme contexto), visto que paciente tem TSH persistentemente <0,1 mIU/L, idade >65 anos e complicações (fibrilação atrial e osteopenia).
- D) Iniciar levotiroxina em dose baixa para elevar o TSH até faixa normal, reduzindo o risco de fibrilação atrial e perda óssea.
- E) Iniciar eculizumabe imediatamente, uma vez que normalizar o TSH não altera risco cardiovascular em idosos.

**QUESTÃO 14** – Homem, 58 anos, internado por pneumonia, apresenta hiponatremia ( $\text{Na}^+$  sérico: 118 mEq/L). Ao exame físico, sem edemas, sem sinais de desidratação, PA: 110/70 mmHg, pulso: 90 bpm. Exames adicionais indicam osmolaridade sérica: 260 mOsm/kg, osmolaridade urinária: 500 mOsm/kg, sódio urinário: 60 mEq/L. TSH e cortisol sérico normais. Qual é o diagnóstico mais provável, considerando as informações apresentadas?

- A) Hiponatremia por insuficiência adrenal primária.
- B) Hiponatremia secundária a hipotireoidismo.
- C) Hiponatremia dilucional em insuficiência cardíaca congestiva.
- D) Síndrome da secreção inapropriada de hormônio antidiurético (SIADH).
- E) Hiponatremia induzida por excesso de polidipsia primária.

**QUESTÃO 15** – Homem, 42 anos, previamente hígido, apresenta icterícia súbita há 5 dias, confusão mental progressiva e sangramento gengival. Exames indicam INR: 3,2, bilirrubina total: 18 mg/dL, AST/ALT: >2.000 U/L e creatinina: 2,1 mg/dL. Sorologias virais negativas. História de uso de paracetamol em altas doses. Considerando as informações apresentadas, qual é o fator mais determinante de prognóstico e indicação de transplante hepático urgente?

- A) Nível absoluto de transaminases (AST/ALT).
- B) Grau de icterícia (bilirrubina sérica).
- C) História de uso de paracetamol.
- D) Nível sérico de creatinina isoladamente.
- E) Presença de coagulopatia e encefalopatia (critérios de insuficiência hepática aguda).

**QUESTÃO 16** – Homem, 34 anos, previamente hígido, apresenta linfonodomegalia inguinal dolorosa, unilateral, com flutuação, febre baixa e perda ponderal discreta. Refere episódio, 3 semanas antes, de uma pequena úlcera genital indolor e autolimitada, que cicatrizou espontaneamente em poucos dias. Sorologia para HIV é negativa. Qual é a hipótese diagnóstica mais provável e a conduta inicial recomendada, respectivamente?

- A) Cancroide – iniciar azitromicina, VO, dose única ou ceftriaxona IM dose única.
- B) Linfogranuloma venéreo – iniciar doxiciclina, VO, por 21 dias.
- C) Donovanose – iniciar azitromicina VO até regressão completa das lesões.
- D) Sífilis secundária – iniciar penicilina benzatina em dose única intramuscular.
- E) Tuberculose ganglionar – iniciar esquema de tuberculostáticos após biópsia confirmatória.

**QUESTÃO 17** – Homem, 48 anos, previamente saudável, apresenta edema generalizado e oligúria há 5 dias. Refere astenia. Apresenta PA: 150/95 mmHg.

Exames laboratoriais:

- Creatinina: 3,2 mg/dL (baseline 1,0).
- Urina 24h: proteinúria 6 g.
- Albumina sérica: 2,1 g/dL.
- Colesterol total: 380 mg/dL.
- Hemograma: normal.
- Sorologias virais e autoimunes: negativas.

Qual é a conduta inicial mais adequada para avaliação diagnóstica?

- A) Iniciar hemodiálise imediatamente, pois creatinina >3 mg/dL indica falência renal irreversível.
- B) Solicitar biópsia renal percutânea para caracterizar o tipo de glomerulopatia e guiar tratamento específico, considerando síndrome nefrótica com insuficiência renal aguda.
- C) Tratar empiricamente com corticoide de alta dose sem biópsia, pois todas as síndromes nefróticas respondem à imunossupressão inicial.
- D) Prescrever apenas diurético de alça e restrição hídrica, aguardando evolução da função renal antes de exames invasivos.
- E) Solicitar ultrassonografia renal isoladamente; se rins normais, tratar como síndrome nefrótica idiopática, sem necessidade de biópsia.

**QUESTÃO 18** – Homem, 58 anos, hipertenso e obeso (IMC 32 kg/m<sup>2</sup>), DM2 há 12 anos, apresenta HbA1c 9,2% apesar de uso de metformina 2 g/dia e glibenclamida 10 mg/dia. Refere episódios de hipoglicemia leves nos últimos meses. Sem doença renal crônica, função hepática normal, histórico cardiovascular positivo para infarto agudo do miocárdio há 5 anos. Para otimização do controle glicêmico e redução de risco cardiovascular, qual é a conduta terapêutica mais apropriada no caso desse paciente?

- A) Intensificar sulfonilureia, aumentando a dose acima da máxima recomendada, visando atingir HbA1c <7%.
- B) Manter esquema atual e adicionar dieta restritiva; evitar introdução de novos medicamentos devido ao risco de hipoglicemia.
- C) Adicionar inibidor de SGLT2 ou agonista GLP-1 à terapia atual, visando controle glicêmico e benefícios cardiovasculares, ajustando sulfonilureia para reduzir risco de hipoglicemia.
- D) Iniciar insulina basal em monoterapia, suspendendo os hipoglicemiantes orais.
- E) Prescrever apenas um inibidor de DPP-4, mantendo a sulfonilureia em dose máxima, sem considerar histórico cardiovascular.

**QUESTÃO 19** – Gestante, 28 anos, 22 semanas de gestação, comparece ao pré-natal. Refere que nunca fez tratamento prévio para sífilis. Sorologia indica VDRL reagente 1:64 e teste treponêmico (FTA-Abs) positivo. Nega alergia a medicamentos. Não há sinais clínicos de sífilis secundária. Parceiro sexual não realizou testagem. Considerando as recomendações atuais para manejo da sífilis na gestação, qual é a conduta mais adequada no caso apresentado?

- A) Iniciar azitromicina, VO, por 7 dias, pois é segura na gestação e eficaz contra *Treponema pallidum*.
- B) Administrar penicilina benzatina 2,4 milhões UI, intramuscular, dose única, pois se trata de sífilis recente.
- C) Administrar penicilina benzatina 2,4 milhões UI, intramuscular, 1 dose semanal por 3 semanas, e orientar tratamento do parceiro.
- D) Iniciar doxiciclina, VO, por 14 dias, pois apresenta eficácia semelhante à penicilina em gestantes sem alergia.
- E) Aguardar o resultado de repetição do VDRL em 30 dias para confirmar atividade da doença antes de iniciar o tratamento.

**QUESTÃO 20** – Mulher, 44 anos, há 8 meses apresenta dor e rigidez matinal >1 hora nas mãos e punhos, com piora progressiva. Ao exame, nota-se edema simétrico em articulações metacarpofalângicas e interfalângicas proximais, com limitação funcional. Exames de laboratório indicam fator reumatoide positivo, anticorpo anti-CCP positivo, VHS elevado. Radiografia das mãos revela erosões ósseas iniciais. Com base no quadro clínico e laboratorial, qual é a conduta mais apropriada para o caso?

- A) Iniciar apenas anti-inflamatório não esteroide, pois o tratamento da artrite reumatoide deve ser sintomático na fase inicial.
- B) Indicar glicocorticoide sistêmico em baixa dose como tratamento exclusivo, já que o uso prolongado garante controle sustentado da doença.
- C) Prescrever imunossupressores potentes como ciclofosfamida em primeira linha, dada a presença de erosões articulares.
- D) Iniciar precocemente terapia com drogas modificadoras do curso da doença (DMARDs), preferencialmente metotrexato, podendo associar corticoide como ponte terapêutica.
- E) Optar apenas por fisioterapia e reabilitação articular, postergando início de imunossupressão até confirmação de falha terapêutica clínica.

**QUESTÃO 21** – Homem, 52 anos, com doença renal crônica estágio 5, em hemodiálise há 4 anos, apresenta fadiga, dor óssea difusa e prurido. Exames laboratoriais indicam cálcio sérico: 7,9 mg/dL, fósforo sérico: 6,5 mg/dL, PTH: 1.200 pg/mL (VR: 15–65) e fosfatase alcalina elevada. Qual é a alteração do metabolismo mineral mais compatível com o quadro descrito e qual é a conduta inicial mais adequada, respectivamente?

- A) Osteíte fibrosa cística por hiperparatireoidismo secundário – manejo com quelantes de fósforo e calcimiméticos.
- B) Hipoparatiroidismo secundário – iniciar reposição de cálcio oral e vitamina D ativa.
- C) Doença óssea adinâmica – reduzir dose de vitamina D ativa e cálcio para evitar supressão do PTH.
- D) Osteomalácia por deficiência de vitamina D – iniciar suplementação exclusiva de colecalciferol em altas doses.
- E) Hiperparatiroidismo terciário – indicação de paratiroidectomia imediata.

**QUESTÃO 22** – Homem, 67 anos, apresenta tremor em repouso, de início unilateral, rigidez, bradicinesia e instabilidade postural progressiva há 3 anos. Nega quedas frequentes, mas refere piora da lentidão motora no dia a dia. Exame neurológico confirma sinais extrapiramidais típicos. Não há déficit cognitivo significativo. Qual é a conduta farmacológica inicial mais adequada para esse paciente, considerando idade, perfil clínico e evidências atuais?

- A) Iniciar levodopa associada a inibidor periférico da descarboxilase, como carbidopa ou benserazida, como terapia de escolha.
- B) Prescrever agonista dopaminérgico (como pramipexol ou ropinirol) em monoterapia, reservando levodopa para fases avançadas da doença.
- C) Utilizar amantadina como monoterapia inicial, devido ao benefício predominante sobre tremor e rigidez.
- D) Indicar selegilina (inibidor da monoamina oxidase tipo B) como tratamento isolado, pois retarda comprovadamente a progressão neurodegenerativa.
- E) Instituir tratamento com anticolinérgicos (como biperideno), principalmente para melhorar bradicinesia e rigidez em pacientes idosos.

**QUESTÃO 23** – Homem, 52 anos, obeso, hipertenso e tabagista, relata sonolência excessiva diurna, roncos altos durante a noite e episódios de despertar súbito referidos pela esposa, associados a engasgos. Relata ainda cefaleia matinal frequente e dificuldade de concentração no trabalho. No exame físico, apresenta circunferência do pescoço aumentada e PA: 160/95 mmHg. Qual é o diagnóstico mais provável e a conduta inicial recomendada, respectivamente?

- A) Insônia primária – prescrever hipnóticos de uso contínuo como tratamento inicial.
- B) Narcolepsia – iniciar tratamento com modafinil e evitar medidas adicionais.
- C) Síndrome das pernas inquietas – iniciar ferro oral independentemente dos níveis de ferritina.
- D) Hipersonia idiopática – recomendar higiene do sono e suspender tabagismo, sem necessidade de exames adicionais.
- E) Síndrome da apneia obstrutiva do sono – solicitar polissonografia e indicar pressão positiva contínua nas vias aéreas (CPAP).

**QUESTÃO 24** – Idoso, 78 anos, hipertenso e diabético, internado há 5 dias após pneumonia comunitária grave. Evolui com alteração aguda do nível de consciência, desorientação, flutuação do estado mental ao longo do dia, agitação e dificuldade para manter atenção. Medicações incluem ceftriaxona, paracetamol e diurético. Exames laboratoriais: discreta hiponatremia (132 mEq/L), glicemia 180 mg/dL e função renal preservada. Qual é a conduta mais apropriada no manejo inicial desse paciente?

- A) Iniciar antipsicótico em dose alta imediatamente, sem investigação adicional, para controle da agitação.
- B) Suspender todos os medicamentos, incluindo antibióticos, e aguardar normalização espontânea do estado mental.
- C) Avaliar e corrigir fatores precipitantes (infecção, distúrbios eletrolíticos, polifarmácia), fornecer ambiente seguro e suporte não farmacológico, recorrendo a antipsicóticos apenas se sintomas agudos graves persistirem.
- D) Solicitar tomografia de crânio de urgência antes de qualquer intervenção, pois *delirium* é quase sempre secundário à lesão estrutural.
- E) Administrar benzodiazepínico de início, pois é o tratamento de escolha em todos os casos de *delirium* em idosos.

**QUESTÃO 25** – Homem, 78 anos, com hipertensão arterial e DM bem controlados, há 1 ano apresenta perda urinária. Relata urgência súbita, seguida de incapacidade de chegar ao banheiro a tempo. Refere também noctúria frequente. Ao exame físico, apresenta próstata discretamente aumentada, sem nodularidade. Não há déficit motor ou sensitivo. O resíduo pós-miccional medido por ultrassonografia é mínimo. Qual é o diagnóstico mais provável de acordo com as informações apresentadas?

- A) Incontinência urinária de esforço, frequentemente associada a aumento da pressão abdominal (ex.: tosse, espirro).
- B) Incontinência urinária funcional, caracterizada pela incapacidade de chegar ao banheiro por limitações físicas ou cognitivas, sem disfunção do trato urinário inferior.
- C) Incontinência urinária de urgência, usualmente relacionada à hiperatividade do músculo detrusor, com queixas de urgência súbita, noctúria e baixa associação com resíduo pós-miccional.
- D) Incontinência urinária por transbordamento, típica de obstrução crônica do trato urinário inferior, com grande resíduo pós-miccional e esvaziamento vesical incompleto.
- E) Incontinência urinária mista, definida pela associação documentada de sintomas de esforço e urgência em proporções semelhantes.

**QUESTÃO 26** – Homem, 48 anos, hipertenso e sedentário, procura consulta de rotina. Relata ganho ponderal nos últimos 5 anos, principalmente em região abdominal. Exames laboratoriais recentes mostram glicemia de jejum: 112 mg/dL, triglicerídeos: 210 mg/dL, HDL: 38 mg/dL, PA: 145/92 mmHg, IMC 29 kg/m<sup>2</sup> e circunferência abdominal de 104 cm. Com base nos critérios diagnósticos de síndrome metabólica e suas implicações fisiopatológicas, qual é a conduta mais adequada no caso?

- A) Prescrever estatina isoladamente, pois o risco cardiovascular do paciente depende apenas do perfil lipídico.
- B) Iniciar metformina e estatina de imediato, sem mudanças no estilo de vida, já que dieta e exercício não influenciam a fisiopatologia.
- C) Iniciar apenas anti-hipertensivo, pois o paciente ainda não apresenta diabetes, sendo o controle pressórico suficiente.
- D) Diagnosticar síndrome metabólica, orientar mudanças no estilo de vida (atividade física regular, dieta hipocalórica), controlar hipertensão e avaliar risco cardiovascular global.
- E) Prescrever fibrato isoladamente, focando na redução de triglicerídeos, já que é o marcador mais importante da síndrome metabólica.

**QUESTÃO 27** – Homem, 68 anos, cardiopata isquêmico com infarto prévio, está em seguimento ambulatorial por insuficiência cardíaca crônica com fração de ejeção reduzida (HFrEF). Usa atualmente enalapril 10 mg/dia, carvedilol 25 mg duas vezes/dia, espirolactona 25 mg/dia, furosemida 40 mg/dia. Permanece sintomático, com dispneia aos esforços correspondendo a NYHA classe II-III. Ecocardiograma: fração de ejeção do ventrículo esquerdo 30%. ECG: ritmo sinusal, bloqueio de ramo esquerdo com QRS 160 ms. Função renal estável (creatinina: 1,3 mg/dL), potássio: 4,5 mEq/L. Considerando diretrizes atuais e o manejo otimizado da HFrEF, qual é a melhor conduta terapêutica a ser adotada nesse ponto?

- A) Avaliar indicação de terapia de ressincronização cardíaca com inclusão para implante de cardiodesfibrilador, e substituir enalapril por sacubitril/valsartana após *washout* de 36 horas (se for eleito), além de considerar adição de inibidor SGLT2.
- B) Acrescentar um inibidor SGLT2 e manter enalapril; adotar conduta expectante quanto à terapia de ressincronização cardíaca.
- C) Substituir imediatamente enalapril por sacubitril/valsartana (iniciar no dia seguinte sem intervalo), mantendo os demais fármacos, pois é comprovadamente superior ao IECA.
- D) Suspender espirolactona e aumentar dose de furosemida para tentar melhorar sintomas, adiando mudanças em terapias neuro-hormonais.
- E) Iniciar ivabradina como próxima etapa, substituindo carvedilol, já que a redução isolada da frequência cardíaca é prioritária para melhora de sobrevida.

**QUESTÃO 28** – Homem, 76 anos, com histórico de insuficiência cardíaca, hipertensão arterial e DM2, faz uso regular de furosemida, enalapril, espironolactona, metformina, insulina NPH, AAS e clonazepam. Nos últimos meses, apresenta quedas frequentes, episódios de confusão mental e sonolência diurna. Exames laboratoriais revelam função renal preservada e potássio sérico de 5,6 mEq/L. Qual das condutas a seguir representa a abordagem mais adequada em relação à polifarmácia apresentada pelo paciente?

- A) Reavaliar o uso de clonazepam, devido ao risco aumentado de quedas, confusão e sonolência em idosos, além de rever a combinação de diuréticos poupadores de potássio pelo risco de hipercalemia.
- B) Manter todos os fármacos, pois estão indicados para as comorbidades descritas, e apenas monitorar potássio sérico regularmente.
- C) Suspender metformina imediatamente, pois é contraindicada em todo idoso com mais de 75 anos, independentemente da função renal.
- D) Interromper o uso de enalapril, já que inibidores da enzima conversora de angiotensina não devem ser utilizados em idosos com insuficiência cardíaca.
- E) Substituir furosemida por hidroclorotiazida, pois diuréticos de alça são formalmente contraindicados na população idosa.

**QUESTÃO 29** – Homem, 35 anos, é encontrado inconsciente em casa, ao lado de frascos vazios de antidepressivos tricíclicos. No pronto-socorro, apresenta PA: 90/60 mmHg, FC: 128 bpm, pupilas midriáticas, pele seca, Glasgow 9 e ritmo cardíaco irregular. O eletrocardiograma mostra QRS alargado (>120 ms) e taquicardia sinusal. Gasometria evidencia acidose metabólica leve. Qual é a conduta imediata mais apropriada?

- A) Administrar flumazenil, antagonista de benzodiazepínicos, para reversão rápida da depressão do sistema nervoso central.
- B) Indicar hemodiálise de urgência, principal método de depuração dos antidepressivos tricíclicos em intoxicações graves.
- C) Realizar lavagem gástrica imediata, procedimento indicado em qualquer paciente inconsciente após ingestão de fármacos.
- D) Iniciar infusão de bicarbonato de sódio intravenoso, que atua corrigindo a acidose e reduzindo a toxicidade cardíaca dos tricíclicos.
- E) Administrar naloxona intravenosa, antagonista opioide, para reverter rapidamente o quadro de depressão do sistema nervoso central.

**QUESTÃO 30** – Mulher, 28 anos, foi trazida ao pronto-socorro após ingestão voluntária de aproximadamente 20 g de paracetamol há 6 horas. Apresenta náuseas, mal-estar e discreta dor abdominal. Exame físico: afebril, hemodinamicamente estável, sem sinais neurológicos. Laboratório inicial indica AST: 45 U/L, ALT: 50 U/L, bilirrubina total normal, função renal preservada. Qual é a conduta mais adequada nesse ponto?

- A) Aguardar 24 horas para iniciar tratamento, já que as transaminases estão discretamente elevadas.
- B) Iniciar imediatamente N-acetilcisteína intravenosa, sem necessidade de dosar níveis séricos de paracetamol.
- C) Solicitar nível sérico de paracetamol entre 4 e 24 horas após a ingestão e iniciar N-acetilcisteína se o valor estiver acima do limiar da tabela de Rumack-Matthew.
- D) Indicar lavagem gástrica apenas, pois o tempo decorrido (<12 horas) garante eficácia máxima.
- E) Administrar carvão ativado como única medida terapêutica, dispensando a N-acetilcisteína se o paciente estiver assintomático.