



PROCESSO SELETIVO 2026  
PROGRAMAS DE RESIDÊNCIA MÉDICA

## 003. PROVA OBJETIVA

### PRÉ-REQUISITO EM CLÍNICA MÉDICA

---

Cardiologia | Endocrinologia e Metabologia | Geriatria |  
Hematologia e Hemoterapia | Reumatologia

- Você recebeu sua folha de respostas e este caderno contendo 50 questões objetivas.
- Confira seus dados impressos na capa deste caderno e na folha de respostas.
- Quando for permitido abrir o caderno, verifique se está completo ou se apresenta imperfeições. Caso haja algum problema, informe ao fiscal da sala para a devida substituição desse caderno.
- Leia cuidadosamente todas as questões e escolha a resposta que você considera correta.
- Marque, na folha de respostas, com caneta de tinta preta, a letra correspondente à alternativa que você escolheu.
- A duração da prova é de 3 horas, já incluído o tempo para o preenchimento da folha de respostas.
- Só será permitida a saída definitiva da sala e do prédio após transcorridas 2 horas do início da prova.
- Deverão permanecer em cada uma das salas de prova os 3 últimos candidatos, até que o último deles entregue sua prova, assinando termo respectivo.
- Ao sair, você entregará ao fiscal a folha de respostas e este caderno.
- Até que você saia do prédio, todas as proibições e orientações continuam válidas.

**AGUARDE A ORDEM DO FISCAL PARA ABRIR ESTE CADERNO.**

Nome do candidato \_\_\_\_\_

RG \_\_\_\_\_ Inscrição \_\_\_\_\_ Prédio \_\_\_\_\_ Sala \_\_\_\_\_ Carteira \_\_\_\_\_

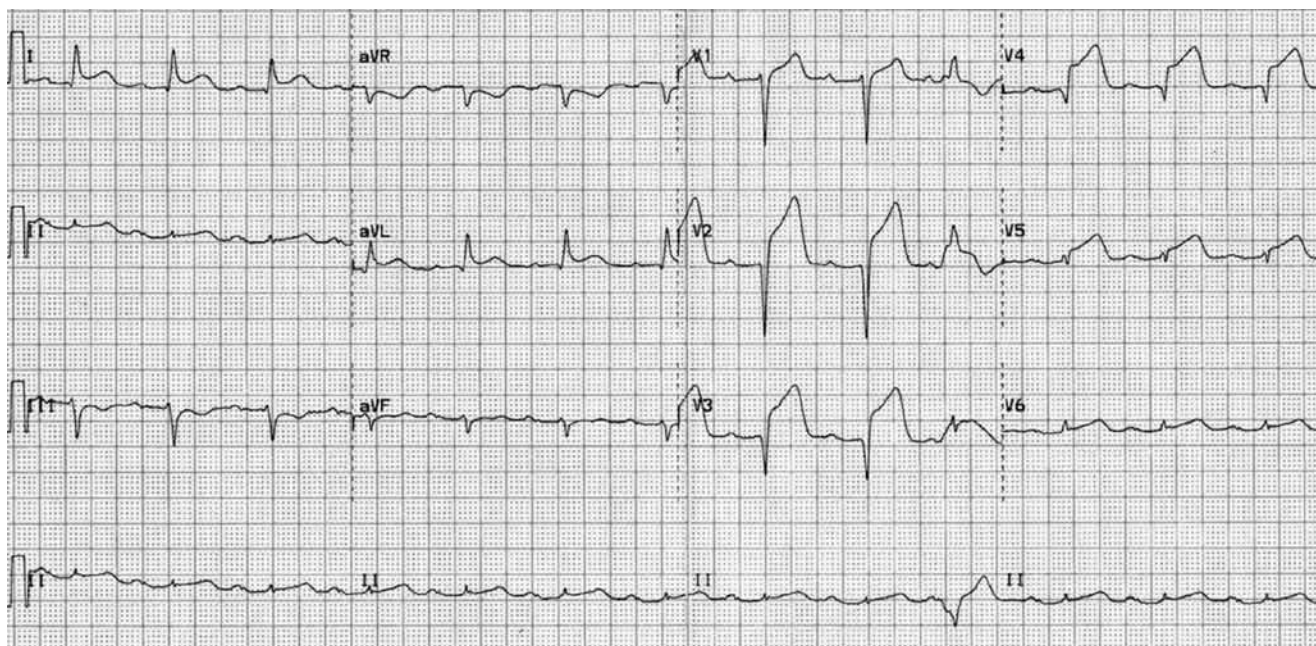
## CONHECIMENTOS ESPECÍFICOS

### CLÍNICA MÉDICA

Leia o caso clínico a seguir para responder às questões 01 e 02:

- 01.** Paciente do sexo masculino, 64 anos, portador de hipertensão arterial, obesidade grau 2, diabetes *mellitus* tipo 2, com história de dor torácica retroesternal opressiva iniciada há 90 minutos, irradiando para braço esquerdo e mandíbula, associada a náuseas, vômitos e sudorese intensa. Foi levado ao pronto-socorro pelo SAMU. Na chegada, encontra-se ansioso, dispneico e sudorese fria. Ao exame físico: PA: 86 × 58 mmHg FC: 112 bpm. Consciente e orientado, sem déficits motores. Ritmo cardíaco regular 2 tempos sem sopros. Murmúrio vesicular presente com estertores crepitantes bibasais. Extremidades frias, tempo de enchimento capilar de 5 s.

Realizou o eletrocardiograma a seguir:



(Arquivo pessoal; arquivo usado com autorização)

Qual a conduta correta em relação à antiagregação plaquetária nesse paciente?

- (A) Administrar apenas aspirina em dose de ataque, pois o risco de dupla antiagregação supera os benefícios em pacientes instáveis.
  - (B) Associar aspirina em dose de ataque com ticagrelor ou prasugrel, desde que não haja contraindicação para intervenção percutânea.
  - (C) Substituir aspirina por inibidores da glicoproteína IIb/IIIa como terapia inicial, reservando o P2Y12 para após o procedimento.
  - (D) Adiar a antiagregação até a cinecoronariografia, devido ao risco de necessidade de cirurgia de revascularização imediata.
- 02.** Qual a conduta correta em relação à reperfusão nesse paciente?
- (A) Indicar fibrinólise imediata, mesmo com disponibilidade de angioplastia primária em < 120 minutos.
  - (B) Utilizar fibrinólise como primeira escolha em pacientes com choque cardiogênico.
  - (C) Manter apenas suporte clínico otimizado, adiando a reperfusão até a estabilização hemodinâmica.
  - (D) Realizar angioplastia primária imediata.

**03.** Uma paciente internada na unidade de terapia intensiva com quadro séptico de foco urinário, sem história de diarreia, vômitos ou uso de diuréticos, que apresenta os seguintes exames laboratoriais pH: 7,25; PaCO<sub>2</sub>: 28 mmHg; HCO<sub>3</sub><sup>-</sup>: 12 mEq/L; Na<sup>+</sup>: 140; Cl<sup>-</sup>: 102; albumina: 4 g/dL. N. lactato sérico: 6,1 mmol/L.

Qual a interpretação correta do distúrbio ácido-básico?

- (A) Trata-se de uma acidose metabólica com *anion gap* normal, provavelmente secundária à perda gastrointestinal de bicarbonato.
- (B) Trata-se de uma acidose metabólica com *anion gap* elevado, sugestiva de acidose láctica, com compensação respiratória adequada.
- (C) O quadro é compatível com acidose respiratória aguda, já que a queda do pH decorre da hipoventilação alveolar.
- (D) O paciente apresenta alcalose metabólica compensada, associada à hiperventilação secundária.

**04.** Paciente, sem comorbidades, apresenta sorologia: HBsAg positivo, anti-HBc total positivo, anti-HBc IgM negativo, anti-HBs negativo, HBeAg positivo.

Qual a interpretação do quadro infeccioso?

- (A) Infecção aguda por hepatite B, em fase precoce, com alta transmissibilidade.
- (B) Resposta vacinal adequada, sem exposição prévia ao vírus.
- (C) Imunidade por infecção passada, com soroconversão completa.
- (D) Infecção crônica por hepatite B em fase imunotolerante, com elevada replicação viral.

Leia o caso clínico a seguir para responder às questões **05** e **06**:

**05.** Paciente do sexo feminino, 64 anos, portadora de diabetes *mellitus* insulino dependente, foi submetida à colectomia segmentar por neoplasia de cólon há 5 dias. Evoluiu com febre persistente, inapetência e dor abdominal progressiva nas últimas 48 horas na enfermaria. Nas últimas 9 horas, apresentou vômitos biliosos, rebaixamento do nível de consciência e piora clínica, sendo transferida para UTI.

Exame físico na admissão: T: 38,9 °C, PA: 82 × 54 mmHg, FC: 124 bpm. Responsiva a solicitações, com escala de Glasgow: 12. Abdome: distendido, dor difusa com defesa involuntária, descompressão brusca dolorosa.

Pele fria, tempo de enchimento capilar: 5 s.

Exames laboratoriais: leucócitos: 22.800/mm<sup>3</sup>; plaquetas: 92.000/mm<sup>3</sup>.

Creatinina: 2,1 mg/dL; lactato: 5,4 mmol/L; bilirrubina total: 2,2 mg/dL.

Tomografia computadorizada de abdome com contraste: líquido livre difuso, múltiplas coleções perianastomóticas com presença de gás e extravasamento de contraste.

Qual a principal condição que explica o quadro clínico-laboratorial da paciente?

- (A) Sepsis de origem abdominal complicada por peritonite difusa e disfunção orgânica.
- (B) Choque hipovolêmico secundário a sangramento da anastomose.
- (C) Pancreatite aguda grave com necrose infectada.
- (D) Obstrução intestinal simples sem complicações infecciosas.

**06.** Qual deve ser a prioridade terapêutica para essa paciente, considerando os achados clínicos e tomográficos?

- (A) Reposição volêmica com cristaloides balanceados e início precoce de noradrenalina, reservando a abordagem cirúrgica apenas após estabilização hemodinâmica.
- (B) Início imediato de antibióticos de amplo espectro e controle glicêmico rigoroso, com programação de reintervenção apenas se houver falha clínica.
- (C) Reabordagem cirúrgica urgente para controle do foco (lavagem, revisão da anastomose e drenagem de coleções), realizada em conjunto com suporte hemodinâmico e antibióticos.
- (D) Administração precoce de corticoides em dose de estresse e suporte ventilatório invasivo, deixando o controle de foco para avaliação posterior da equipe cirúrgica.

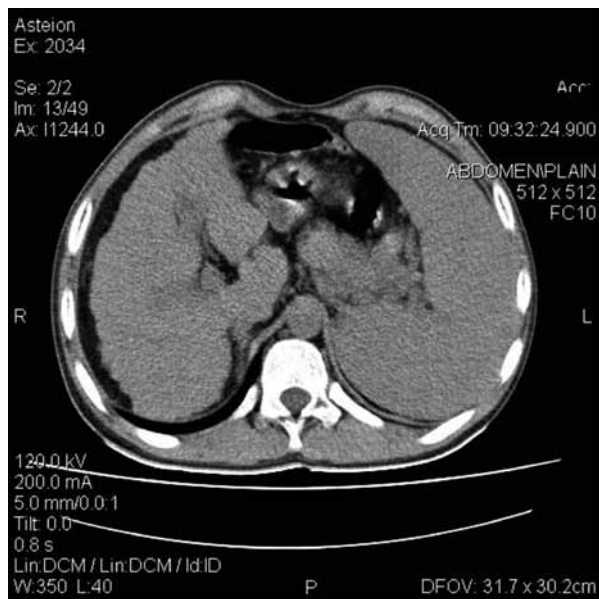
Leia o caso clínico a seguir para responder às questões 07 e 08:

07. Paciente, sexo masculino, 62 anos, etilista, cirrose hepática (child-pugh B) em acompanhamento há 3 anos, chega ao pronto atendimento por hematêmese volumosa e melena de início há 4h, associadas a tontura, sudorese, lipotimia, há 30 minutos.

Ao exame físico: PA: 86 × 54 mmHg, FC: 122 bpm, pele fria, Glasgow 14. Abdome ascítico, circulação colateral, baqueteamento digital.

Exames complementares: Hb: 7,4 g/dL, plaquetas: 86.000, INR: 1,8, creatinina: 1,6 mg/dL, bilirrubina total: 4,0 mg/dL, Na<sup>+</sup>: 131 mEq/L.

Realizou a tomografia de abdome a seguir:



(Arquivo pessoal; imagem usada com autorização)

A conduta terapêutica inicial é:

- (A) reposição volêmica agressiva com alvo de Hb > 10 g/dL; inibidor de bomba de prótons orais (IBP) e endoscopia digestiva alta (EDA) eletiva em 24–48h.
- (B) vasoconstritor esplâncnico (terlipressina ou octreotídeo) + antibiótico profilático (ceftriaxona) + reposição para Hb-alvo 7–8 g/dL + endoscopia terapêutica urgente (até 12h).
- (C) heparinização profilática para prevenir trombose portal e EDA somente após estabilização completa.
- (D) apenas IBP e transfusão de plaquetas.

08. Em qual situação o *Transjugular Infrahepatic Portosystemic Shunt* (TIPS) deve ser considerado de forma apropriada, segundo as diretrizes atuais?

- (A) Apenas após dois episódios distintos de hemorragia digestiva, independentemente da gravidade inicial.
- (B) Somente nos pacientes child-pugh A, já que o procedimento está contraindicado nos casos mais graves.
- (C) Como terapia de resgate em falha de controle com drogas vasoativas e ligadura endoscópica, ou de forma precoce em pacientes de alto risco (child C ≤ 13 ou child B com sangramento ativo à endoscopia).
- (D) Imediatamente em todos os casos de hemorragia digestiva varicosa, antes mesmo da realização de endoscopia terapêutica.

09. Paciente do sexo feminino, 48 anos, previamente saudável, apresenta nódulo tireoidiano de 1,8 cm identificado em ultrassonografia cervical solicitada por disfagia leve. As características ultrassonográficas de um nódulo sólido, hipoeicoico, com microcalcificações e margens irregulares. Não há adenomegalias cervicais. Apresenta TSH e T4 livre normais.

No seguimento dessa paciente, assinale a alternativa que apresenta corretamente a orientação das diretrizes atuais.

- (A) Acompanhar com nova ultrassonografia em 6 a 12 meses, pois o nódulo tem menos de 2 cm.
- (B) Solicitar cintilografia da tireoide com iodo radioativo, independentemente da função tireoidiana.
- (C) Indicar punção aspirativa por agulha fina (PAAF), devido ao padrão ultrassonográfico de alto risco.
- (D) Iniciar terapia empírica com levotiroxina supressiva para reduzir o tamanho do nódulo.

Leia o caso clínico a seguir para responder às questões 10 e 11:

10. Paciente do sexo masculino, 58 anos, tabagista de 40 maços/ano, portador de DPOC moderado.

Procura pronto-socorro com febre há 3 dias, tosse produtiva com expectoração purulenta e dispneia progressiva. Nas últimas 6 horas, evoluiu com rebaixamento do sensorio e intensa dificuldade respiratória. O exame físico na sala de emergência apresenta: PA: 92 × 60 mmHg; FC: 128 bpm; FR: 38 irpm; SatO<sub>2</sub>: 82% em cateter nasal 5 L/min; T: 38,6 °C.

Escala de Glasgow: 12.

Estertores crepitantes difusos em hemitórax esquerdo e abolido em base.

Uso de musculatura acessória e tiragem intercostal.

Apresenta exames complementares: leucócitos: 18.400/mm<sup>3</sup>; creatinina: 1,9 mg/dL.

Gasometria em O<sub>2</sub>: 5 L/min; pH: 7,28; PaO<sub>2</sub>: 52 mmHg; PaCO<sub>2</sub>: 58 mmHg; HCO<sub>3</sub><sup>-</sup>: 20 mEq/L; relação PaO<sub>2</sub>/FiO<sub>2</sub>:110.

Radiografia de tórax a seguir:



(Arquivo pessoal; imagem usada com autorização)

Qual a conduta ventilatória mais adequada para esse paciente?

- (A) Manter oxigenoterapia em cateter nasal de alto fluxo, aguardando resposta clínica.
- (B) Iniciar ventilação não invasiva imediatamente, pois a gasometria mostra apenas hipoxemia leve.
- (C) Indicar intubação orotraqueal e ventilação mecânica protetora (VC: 6 mL/kg, platô ≤ 30 cmH<sub>2</sub>O), com PEEP titulada.
- (D) Optar por ventilação mecânica com VC elevado (10 mL/kg), para garantir melhor ventilação alveolar frente à acidose respiratória.

11. Qual fator está mais associado à mortalidade nesse quadro e qual é o principal mecanismo fisiopatológico?

- (A) Idade avançada é o principal determinante prognóstico; o mecanismo central é a obstrução brônquica difusa.
- (B) Hipotensão arterial sistêmica é um marcador de maior mortalidade; o mecanismo é desequilíbrio ventilação/perfusão com shunt intrapulmonar.
- (C) História prévia de DPOC é o fator mais importante para mortalidade; o mecanismo fisiopatológico é hipoventilação alveolar pura.
- (D) A presença de leucocitose é o determinante prognóstico central; o mecanismo fisiopatológico é redução da complacência por fibrose pulmonar.

12. As diretrizes de tratamento de diabetes têm novos medicamentos no arsenal terapêutico.

Em relação ao mecanismo de ação dos agonistas do receptor de GLP-1, assinale a alternativa correta.

- (A) Atuam estimulando a secreção de insulina de forma independente da glicemia, aumentando o risco de hipoglicemia significativa mesmo em monoterapia.
- (B) Ligam-se ao receptor de GLP-1 em células β pancreáticas, promovendo secreção de insulina dependente da glicose, reduzem a secreção de glucagon, retardam o esvaziamento gástrico e promovem saciedade, com impacto benéfico sobre perda ponderal.
- (C) Inibem a DPP-4 de forma direta, aumentando a meia-vida endógena do GLP-1, sendo classificados como inibidores enzimáticos orais.
- (D) Agem bloqueando o receptor de glucagon no fígado, reduzindo gliconeogênese e glicogenólise, sem efeito relevante sobre o pâncreas ou o trato gastrointestinal.

13. Qual a recomendação atual para vacinação contra zóster em adultos imunocompetentes, segundo diretrizes internacionais (CDC/ACIP)?

- (A) Uma dose única de vacina zóster atenuada, recomendada universalmente após os 50 anos.
- (B) Duas doses da vacina recombinante inativada entre 50 e 64 anos apenas se imunodeprimidos.
- (C) Duas doses da vacina recombinante inativada para todos ≥ 50 anos, independentemente de história prévia de zóster.
- (D) Não há benefício de vacinação em imunocompetentes, sendo indicada apenas em transplantados.

Leia o caso clínico a seguir para responder às questões de 14 a 16:

14. Paciente do sexo masculino, 58 anos, antecedente de infarto agudo do miocárdio em parede inferior aos 52 anos, portador de hipertensão arterial, tabagismo ativo, dislipidemia mista, obesidade grau 1, diabetes *mellitus* tipo 2. Evolui há 3 anos com dispneia progressiva aos esforços. Atualmente, refere dispneia, aos mínimos esforços, e ortopneia, associadas a edema de membros inferiores, inapetência e sarcopenia. Com internação recente, há 2 meses, por descompensação clínica secundária à infecção pulmonar. Apresenta-se no atendimento ambulatorial, com piora da dispneia.

Ao exame físico: PA: 100 × 64 mmHg; FC: 84 bpm; FR: 20 irpm; SatO<sub>2</sub>: 95% AA.

*Ictus* palpável em 6<sup>a</sup> EIE, desviado para a esquerda B3 audível, sopro mitral holossistólico 2+/6+.

Estertores finos bibasais.

Edema de MMII ++/4+.

Ascite moderada.

Exames complementares:

Cateterismo prévio: coronárias sem reestenose significativa.

BNP: 1.250 pg/mL.

ECG: bloqueio de ramo direito e ritmo de fibrilação atrial com resposta ventricular 86 bpm.

Ecocardiograma de repouso: fração de ejeção do VE 25%, DDVE 68 mm, insuficiência mitral moderada.

Qual mecanismo fisiopatológico explica a progressão da insuficiência cardíaca nesse paciente?

- (A) Redução da pré-carga devido à hipertensão portal.
- (B) Ativação neuro-hormonal, levando à remodelamento ventricular progressivo.
- (C) Disfunção diastólica isolada por hipertrofia concêntrica.
- (D) Obstrução dinâmica da via de saída do VE, típica da cardiomiopatia hipertrófica.

15. Qual regime terapêutico otimizado deve ser instituído nesse paciente, segundo as diretrizes da Sociedade Europeia de Cardiologia 2021 e Sociedade Brasileira de Cardiologia 2022?

- (A) Inibidor da ECA (ou BRA em caso de intolerância), betabloqueador e antagonista mineralocorticoide, associados a diurético de alça, conforme sintomas, reservando o sacubitril-valsartana apenas para pacientes que não responderem ao IECA.
- (B) Terapia baseada em hidralazina + dinitrato de isossorbida como primeira escolha universal, devendo ser utilizada antes de qualquer bloqueador do sistema renina-angiotensina-aldosterona.
- (C) Betabloqueador isolado em doses plenas, já que é a única droga comprovadamente capaz de reduzir mortalidade em IC com FE reduzida, adicionando diuréticos conforme sintomas.
- (D) Associação de betabloqueador, antagonista mineralocorticoide, sacubitril-valsartana (em substituição ao IECA) e inibidor de SGLT2, compondo a chamada “terapia quádrupla”, mesmo em pacientes sintomáticos graves.

16. Qual critério reforça a indicação formal de transplante cardíaco nesse paciente?

- (A) Persistência de sintomas graves (NYHA IV), apesar do tratamento otimizado, com VO<sub>2</sub> pico < 12 mL/kg/min, sugerindo prognóstico reservado.
- (B) FEVE < 30% isoladamente, independentemente de classe funcional ou resposta terapêutica, já configura indicação de transplante.
- (C) História prévia de IAM e presença de insuficiência mitral moderada em paciente em uso de diurético em altas doses, ainda que em classe funcional II.
- (D) Presença de bloqueio de ramo direito e fibrilação atrial permanente com resposta ventricular controlada, mesmo sem deterioração clínica recente.

17. Paciente de 30 anos, com diagnóstico de transtorno afetivo bipolar tipo I, apresenta história de múltiplos episódios de mania com prejuízo funcional importante, intercalados a episódios depressivos graves. Atualmente, encontra-se em fase eufímica após estabilização em internação recente. Deseja orientações quanto ao tratamento de manutenção.

Qual estratégia é adequada segundo as principais diretrizes internacionais?

- (A) Prescrever antidepressivo ISRS de forma contínua, associado à psicoterapia cognitivo-comportamental, como principal medida de prevenção de novos episódios depressivos, independentemente do risco de mania.
- (B) Utilizar antipsicótico típico (ex.: haloperidol) como monoterapia de manutenção, pois controla sintomas de mania e reduz recaídas depressivas de forma semelhante aos estabilizadores clássicos.
- (C) Instituir terapia de manutenção com estabilizador do humor (ex.: lítio, valproato ou lamotrigina), eventualmente associado a antipsicótico atípico, considerando que apenas estabilizadores têm efeito profilático comprovado tanto para mania quanto para depressão.
- (D) Manter benzodiazepínico de longa ação (ex.: clonazepam) de forma contínua para reduzir ansiedade e risco de insônia, sendo considerado abordagem eficaz e segura no controle do curso da doença.

18. Paciente de 42 anos, professora, apresenta dor musculoesquelética difusa há mais de 8 meses, acompanhada de fadiga intensa, distúrbios do sono, humor deprimido e dificuldade de concentração. Já realizou múltiplos exames laboratoriais (hemograma, VHS, PCR, TSH, FAN, CK), todos normais.

Qual a conduta terapêutica adequada para essa paciente?

- (A) Prescrição de opioides em baixas doses, já que representam a principal medicação para controle da dor crônica difusa.
- (B) Instituir tratamento multimodal, combinando atividade física aeróbica regular, terapia cognitivo-comportamental e uso de moduladores centrais da dor.
- (C) Indicar corticoterapia em baixa dose contínua, pois o quadro se assemelha a doenças reumatológicas autoimunes.
- (D) Solicitar biópsia muscular para afastar miopatias ocultas antes de iniciar qualquer tratamento.

19. Paciente, sexo feminino, 28 anos, refere episódios recorrentes de cefaleia pulsátil unilateral, acompanhados de náuseas, fotofobia e fonofobia. Os episódios duram de 6 a 24h. Nos últimos três meses, apresentou crises precedidas por escotomas cintilantes transitórios.

Qual a estratégia terapêutica preconizada?

- (A) Indicar triptanos durante a crise e avaliar profilaxia medicamentosa caso a frequência seja  $\geq 4$  episódios/mês.
- (B) Utilizar opioides nas crises, já que triptanos estão contraindicados em pacientes jovens sem comorbidades.
- (C) Indicar betabloqueadores profiláticos independentemente da frequência das crises.
- (D) Solicitar tomografia computadorizada de crânio a cada crise, pois a presença de aura exige investigação por imagem repetida.

20. Sobre a síndrome denominada INOCA (*Ischemia with Non-Obstructive Coronary Arteries*), assinale a alternativa correta.

- (A) INOCA é definida pela presença de angina típica, evidência de isquemia miocárdica em testes funcionais e obstrução coronariana  $\geq 50\%$  em angiografia coronária, sendo equivalente clínico da DAC clássica.
- (B) A fisiopatologia da INOCA envolve predominantemente mecanismos como disfunção microvascular coronariana e vasoespasma epicárdico, justificando sintomas anginosos mesmo na ausência de estenoses significativas.
- (C) O prognóstico da INOCA é benigno e semelhante ao de indivíduos assintomáticos, não havendo aumento de risco cardiovascular a longo prazo.
- (D) O tratamento da INOCA é baseado exclusivamente em angioplastia percutânea com stent farmacológico, independentemente do mecanismo fisiopatológico envolvido.

21. Paciente, sexo masculino, 65 anos, portador de hipertensão arterial e tabagista, colapsa dentro de casa após dor torácica súbita. A esposa inicia massagem cardíaca básica após 5 minutos, e os familiares acionam o SAMU. Ao chegar, a equipe de suporte encontra paciente inconsciente, cianótico, sem pulso central. O monitor do DEA evidencia a presença do ritmo a seguir.



(Arquivo pessoal; imagem usada com autorização)

Qual deve ser a conduta imediata da equipe ao identificar esse ritmo cardíaco em um paciente em PCR?

- (A) Iniciar adrenalina 1 mg EV, imediatamente, antes da desfibrilação, já que drogas são mais eficazes para reverter FV.
  - (B) Realizar desfibrilação imediata (200 J bifásico), seguida de RCP por 2 minutos, com nova reavaliação do ritmo, introduzindo adrenalina após o segundo choque e amiodarona após o terceiro.
  - (C) Priorizar intubação orotraqueal e acesso venoso profundo antes de qualquer tentativa de desfibrilação.
  - (D) Realizar 2 minutos de RCP inicial, obrigatoriamente, antes de desfibrilar, pois o choque precoce não aumenta sobrevida.
22. Após medidas de reanimação cardiopulmonar com retorno da circulação espontânea (RCE) após 12 minutos, o paciente chega no serviço hospitalar. Na UTI, o paciente encontra-se sob ventilação mecânica, comatoso, temperatura central 36,5 °C, sem sedação, escala de coma de Glasgow 5, sem sinais de comando.

Qual é a conduta recomendada, segundo diretrizes atuais para manejo da temperatura?

- (A) Iniciar hipotermia terapêutica direcionada, mantendo temperatura-alvo entre 32–36 °C por, pelo menos, 24 horas, para neuroproteção.
- (B) Evitar qualquer controle de temperatura, permitindo febre, pois hipertermia estimula recuperação neuronal.
- (C) Iniciar aquecimento rápido para manter normotermia > 37,5 °C, pois a hipotermia aumenta risco de arritmias e infecção.
- (D) Aplicar resfriamento apenas em pacientes com Glasgow  $\geq$  8 após RCE, pois não há benefício em casos mais graves.

23. Sobre a esteato-hepatite associada à disfunção metabólica (MASH), assinale a alternativa correta.

- (A) O diagnóstico de MASH exige obrigatoriamente biópsia hepática, já que nenhum exame de imagem ou escore clínico possui acurácia suficiente para triagem ou acompanhamento.
- (B) A fisiopatologia do MASH envolve resistência insulínica, inflamação hepática e fibrose progressiva, sendo o grau de fibrose o principal determinante de prognóstico.
- (C) O tratamento específico do MASH é baseado no uso universal de estatinas em altas doses, pois reduzem o acúmulo de gordura hepática e têm efeito antifibrótico comprovado.
- (D) A perda de peso não influencia na evolução do MASH, motivo pelo qual a abordagem do estilo de vida não é recomendada nas diretrizes atuais.

24. Paciente, sexo masculino, 26 anos, previamente saudável, procura pronto atendimento por edema em face e membros inferiores há 7 dias, associado à oligúria, urina “cor de Coca-Cola” e cefaleia. Relata faringoamigdalite purulenta há 3 semanas, tratada apenas com sintomáticos. Nega doenças crônicas prévias, uso de drogas ilícitas ou história familiar de nefropatias.

Exame físico: PA: 168 x 102 mmHg; FC: 88 bpm.

Edema periorbitário + edema de MMII ++/4+.

Ausculta cardíaca e pulmonar sem alterações significativas.

Exames laboratoriais:

Urina 1: proteinúria 1,8 g/24h; hematúria dismórfica; cilindros hemáticos.

Creatinina: 2,0 mg/dL (prévia desconhecida).

Ureia: 65 mg/dL.

Complemento sérico: C3 reduzido, C4 normal.

ASLO: 820 UI (elevado).

Ultrassonografia renal: rins de tamanho normal, sem alterações estruturais significativas.



(Arquivo pessoal; imagem usada com autorização)

Assinale a alternativa que apresenta corretamente o diagnóstico para o caso desse paciente.

- (A) Glomerulonefrite rapidamente progressiva, caracterizada por evolução fulminante e insuficiência renal oligúrica em semanas, geralmente com crescentes na biópsia.
- (B) Nefropatia por IgA, que se manifesta com hematúria macroscópica recorrente, tipicamente logo após infecções de vias aéreas superiores.
- (C) Glomerulonefrite pós-estreptocócica, típica em jovens, associada à infecção prévia de orofaringe ou pele com consumo de complemento e títulos elevados de ASLO.
- (D) Síndrome nefrótica por glomerulosclerose segmentar e focal, com proteinúria maciça isolada e ausência de hematúria significativa.

Leia o caso clínico a seguir para responder às questões 25 e 26:

25. Paciente idoso, 71 anos, com internação por pneumonia há 14 dias. Foram administradas no hospital ceftriaxona e claritromicina por 7 dias e, após alta, o término do tratamento com amoxicilina/clavulanato por mais 5 dias em casa. Retornou ao hospital com história de diarreia aquosa profusa (10–12 evacuações/dia), cólicas e febre baixa há 4 dias, evoluindo com piora, hoje, associada a hipotensão arterial leve e dor abdominal difusa.

Ao exame físico: PA: 98 x 60 mmHg; FC: 110 bpm; T: 38,3 °C; FR: 22 irpm; abdome distendido, dor difusa, ruídos reduzidos.

Exames laboratoriais com leucócitos: 18.900/mm<sup>3</sup>; creatinina: 1,8 mg/dL (basal 1,0).

Qual a estratégia diagnóstica apropriada nesse cenário?

- (A) Solicitar colonoscopia imediatamente.
  - (B) Realizar algoritmo em fezes com teste imunoenzimático rápido para glutamato desidrogenase (GDH) e toxina A/B e confirmação por teste PCR quando discordantes, coletando a amostra antes de iniciar antibiótico específico.
  - (C) Solicitar coprocultura e pesquisa de leucócitos fecais; PCR não tem papel no diagnóstico de *C. difficile*.
  - (D) Dosar VDRL e calprotectina fecal; caso positivos, tratar empiricamente para colite pseudomembranosa.
26. Qual o tratamento inicial indicado pelas diretrizes atuais, diante da suspeita diagnóstica?
- (A) Vancomicina VO 125 mg 6/6h VO, reposição volêmica, suspender antibiótico precipitante.
  - (B) Metronidazol EV isolado como escolha preferencial em todos os casos, por melhor penetração sistêmica.
  - (C) Vancomicina EV 1 g 12/12h, pois a forma intravenosa atinge altas concentrações no lúmen colônico.
  - (D) Iniciar cirurgia (colectomia subtotal) frente à leucocitose e hipoalbuminemia, independentemente de falha clínica.
27. Em relação ao lúpus eritematoso sistêmico (LES), assinale a alternativa correta.
- (A) O LES é caracterizado apenas por autoanticorpos anti-DNA de dupla hélice, que definem diagnóstico em todos os casos.
  - (B) A nefrite lúpica deve ser classificada exclusivamente por critérios clínicos de proteinúria e hematúria, sem necessidade de biópsia renal.
  - (C) Os critérios de classificação EULAR/ACR 2019 exigem a presença de FAN positivo como critério de entrada, seguido de critérios clínicos e imunológicos ponderados.
  - (D) O uso de hidroxiquina deve ser reservado apenas para pacientes com envolvimento cutâneo-articular, não sendo indicado no manejo sistêmico.

**28.** Sobre a dupla antiagregação plaquetária (AAS + inibidor P2Y12) em síndrome coronariana aguda (SCA), assinale a alternativa correta.

- (A) Após ICP em SCA, a DUAP deve durar indefinidamente, pois eventos trombóticos tardios persistem ao longo da vida.
- (B) Em SCA com ICP, recomenda-se DUAP por 12 meses (classe I), podendo encurtar (3–6 meses) se alto risco de sangramento, ou prolongar se risco isquêmico alto e baixo sangramento.
- (C) Após fibrinólise, o inibidor P2Y12 de escolha é prasugrel, independentemente da idade e do peso.
- (D) Em ICP eletiva com stent farmacológico, a DUAP mínima é 24 meses para prevenir trombose subaguda.

**29.** Paciente de 45 anos, com queixa de nova cefaleia intensa “pior da vida”, início abrupto há 1 hora, associada a vômitos e rigidez nuchal. Nega história prévia de enxaqueca.

A abordagem terapêutica correta nesse caso é:

- (A) tratar como enxaqueca com triptano; apenas se sintomas persistirem por 72h.
- (B) solicitar angiorressonância magnética eletiva em 2 semanas, pois hemorragia subaracnoide (HSA) não cursa com rigidez nuchal.
- (C) administrar anti-inflamatórios não hormonais e antiemético e observar por 6–8h na sala de recuperação.
- (D) solicitar TC de crânio sem contraste, imediatamente; se negativa e alta suspeita, puncionar líquido para excluir HSA.

**30.** Em relação à insuficiência cardíaca com fração de ejeção preservada (HFpEF), assinale a alternativa correta.

- (A) HFpEF é definida por sintomas de IC em pacientes com FEVE  $\geq$  50%, evidência de disfunção diastólica e/ou elevação de peptídeos natriuréticos, sendo considerada entidade de prognóstico benigno.
- (B) O tratamento da HFpEF baseia-se principalmente em betabloqueadores, que demonstraram redução consistente de mortalidade em ensaios clínicos randomizados.
- (C) Estudos recentes demonstraram benefício prognóstico dos inibidores de SGLT2 (dapagliflozina, empagliflozina) na HFpEF, reduzindo hospitalizações e eventos cardiovasculares.
- (D) A fisiopatologia da HFpEF é caracterizada exclusivamente por obstrução coronariana epicárdica, que justifica os sintomas de congestão.

**31.** Em relação à fisiopatologia da tireoidite de Hashimoto, assinale a alternativa correta.

- (A) É uma doença autoimune mediada predominantemente por anticorpos estimulantes do receptor de TSH, que aumentam a síntese e liberação de hormônios tireoidianos.
- (B) Ocorre destruição progressiva dos folículos tireoidianos por linfócitos T autorreativos, com produção de autoanticorpos anti-TPO e antitireoglobulina, levando a hipotireoidismo.
- (C) Está associada à produção de imunocomplexos circulantes que se depositam na tireoide, gerando inflamação granulomatosa dolorosa e transitória.
- (D) Caracteriza-se por hipersecreção de TRH pelo hipotálamo, que leva à hiperplasia tireoidiana e hipertireoidismo persistente.

Leia o caso clínico a seguir para responder às questões **32** e **33**:

**32.** Paciente jovem, sexo masculino, 32 anos, procura a Unidade Básica de Saúde com história de úlcera genital indolor há 10 dias, bordas endurecidas, base limpa e indolor, associada a linfonodos inguinais aumentados, elásticos, indolores. Nega febre. Tem parceiro fixo, relata relação sexual sem preservativo há 4 semanas.

Ao exame físico: lesão única em sulco balanoprepucial, 1,2 cm; não exsudativa. Sem outras lesões.

Assinale a alternativa que apresenta a abordagem diagnóstica.

- (A) Realizar cultura da secreção da lesão para treponema *pallidum*, associada à pesquisa direta de anticorpos.
- (B) Solicitar teste não treponêmico (VDRL ou RPR), isoladamente.
- (C) Solicitar testes treponêmicos (ex.: FTA-Abs, TPHA, EIA treponêmico ou teste rápido treponêmico) e não treponêmicos (VDRL/RPR) de forma combinada.
- (D) Realizar exclusivamente PCR para HSV 1 e 2.

**33.** Qual é a conduta terapêutica nesse momento?

- (A) Iniciar penicilina benzatina 2,4 milhões UI IM em dose única, aplicar metade em cada glúteo, associar orientação sobre notificação e tratamento de parceiros e repetir o VDRL em 3, 6 e 12 meses para monitorar resposta.
- (B) Indicar penicilina cristalina EV 4 milhões UI a cada 4h por 14 dias.
- (C) Prescrever doxiciclina 100 mg VO 12/12h por 30 dias como primeira escolha, já que tem eficácia semelhante e menor risco de reação de Jarisch–Herxheimer.
- (D) Administrar azitromicina 1 g VO dose única, opção amplamente utilizada por sua conveniência e equivalência comprovada à penicilina em todas as fases da doença.

**34.** Paciente, 45 anos, admitido no pronto-socorro após relatar náuseas intensas, vômitos, dor epigástrica e visão turva (“visão de névoa”) nas últimas 12 horas, após ingestão de bebida alcoólica em um bar em São Paulo. Ao exame físico: PA: 110 × 70 mmHg; FC: 98 bpm.

Agitado, queixa de dor em epigastro, sem sinais de hepatomegalia ou icterícia.

Fundo de olho: pupilas midriáticas, sem reflexo fotomotor preservado.

Sem alterações focais neurológicas evidentes.

Exames laboratoriais:

Gasometria arterial: pH: 7,12; PaCO<sub>2</sub>: 24 mmHg | HCO<sub>3</sub><sup>-</sup>: 8 mEq/L; Anion gap: elevado.

Etanol plasmático = 0,5 g/L (nível baixo).

Diante do aumento epidemiológico no Brasil, qual a abordagem terapêutica nesse caso?

- (A) O diagnóstico de intoxicação por metanol é confirmado apenas pela presença de etanol detectável na gasometria; o manejo inicial deve ser exclusivamente suporte clínico, sem antídotos.
- (B) Embora a intoxicação por metanol cause acidose metabólica com ânion gap e elevado risco de cegueira, o antídoto de escolha ainda é o etanol oral de alta dose, que compete com o metanol pela enzima álcool-desidrogenase.
- (C) O diagnóstico é clínico-laboratorial (acidose metabólica com ânion gap, baixa concentração de etanol, sintomas visuais), e a conduta inicial inclui administrar fomepizol (ou etanol IV se indisponível), conduzir hemodiálise urgente para remoção do metanol e suporte ácido-básico, além de correção de eletrólitos.
- (D) A hemodiálise não tem papel no tratamento; o principal tratamento é baixar a temperatura corporal e induzir hipóxia controlada para reduzir o consumo celular de oxigênio.

**35.** Sobre a profilaxia antibiótica para endocardite em procedimentos odontológicos, assinale a alternativa correta.

- (A) Deve ser oferecida a todos os pacientes com sopro cardíaco ao exame.
- (B) Está indicada apenas em grupos de muito alto risco (prótese valvar, endocardite prévia, cardiopatias congênitas cianóticas não corrigidas/recém-corrigidas), quando o procedimento envolve manipulação gengival/periapical ou perfuração de mucosa.
- (C) Está contraindicada em qualquer prótese valvar devido ao risco de resistência bacteriana.
- (D) É obrigatória para portadores de valvopatias reumáticas leves e para todos os portadores de marcapasso.

**36.** Paciente de 27 anos, sexo feminino, previamente saudável, com história de disúria, polaciúria e urgência urinária há 24h. Nega febre, lombalgia, náusea ou corrimento vaginal. Sem comorbidades.

Assinale a alternativa que apresenta a conduta médica apropriada.

- (A) Solicitar urocultura obrigatoriamente antes do tratamento.
- (B) Iniciar antibiótico empírico (nitrofurantoína 100 mg VO 12/12h por 5 dias ou fosfomicina 3 g VO dose única), sem necessidade de urocultura prévia.
- (C) Iniciar ciprofloxacino 500 mg 12/12h por 10 dias como primeira escolha.
- (D) Adiar antibiótico, até resultado da cultura, pelo baixo risco de complicação.

Leia o caso clínico a seguir para responder às questões 37 e 38:

37. Paciente de 67 anos, tabagista 40 maços/ano, ex-fumante há 3 anos, diagnosticado com doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), classificado como GOLD D há 4 anos ( $VEF_1$ : 38% do previsto). Faz uso de tiotrópio e formoterol regularmente, sem oxigenoterapia domiciliar. Chega ao pronto atendimento com dispneia intensa e aumento de volume de escarro purulento há 3 dias, evoluindo com cansaço progressivo e confusão mental nas últimas horas.

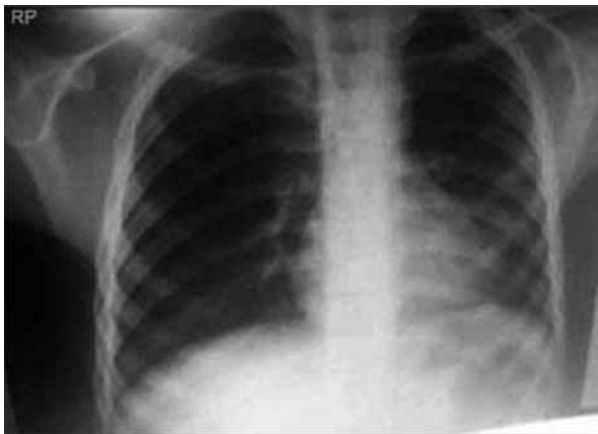
Ao exame físico: FR: 28 irpm, uso de musculatura acessória  $SatO_2$ : 82% em ar ambiente.

PA: 138 × 86 mmHg; FC: 112 bpm; T: 37,8 °C.

Ausculta pulmonar com roncos difusos e sibilos esparsos.

Gasometria arterial pH: 7,28;  $PaCO_2$ : 68 mmHg;  $PaO_2$ : 54 mmHg;  $HCO_3^-$ : 31 mEq/L.

Radiografia de tórax a seguir:



(Arquivo pessoal; imagem usada com autorização)

Qual o diagnóstico funcional mais provável, segundo a gasometria arterial?

- (A) Acidose metabólica compensada com hipoxemia grave.
- (B) Acidose mista respiratória e metabólica, típica de choque séptico.
- (C) Alcalose respiratória aguda compensada por acidose metabólica.
- (D) Acidose respiratória agudizada sobre a crônica.

38. Qual é a conduta inicial para esse paciente?

- (A) Intubação orotraqueal imediata e ventilação invasiva, pois há acidose e hipercapnia.
- (B) Oxigenoterapia com  $FiO_2$  100% via máscara de Venturi, até saturação  $\geq 98\%$ .
- (C) Iniciar ventilação não invasiva (VNI) com controle rigoroso de  $PaCO_2$ , ofertando  $O_2$  para manter  $SatO_2$  entre 88–92%, além de broncodilatadores e corticoide sistêmico.
- (D) Suspender broncodilatadores para evitar taquiarritmias e usar apenas corticoide inalatório.

39. Paciente, 42 anos, com história familiar de pai falecido de infarto agudo do miocárdio aos 57 anos, apresenta sobrepeso e nega atividade física regular. Realizou exames que apresentaram colesterol total: 252 mg/dL; HDL: 38 mg/dL; LDL: 167 mg/dL; triglicerídeos: 180 mg/dL.

Glicemia: 105 mg/dL e PCR us: 4,2 mg/dL. Na avaliação ambulatorial, apresentava escore PREVENT (AHA/ACC 2023): risco cardiovascular global estimado: 14% em 10 anos e SCORE2 (ESC 2024): risco estimado  $\approx 11\%$  em 10 anos.

Com base nos dados clínicos e laboratoriais, qual a classificação de risco cardiovascular global e o diagnóstico mais adequado, segundo as diretrizes atuais?

- (A) Risco moderado; dislipidemia leve associada a sobrepeso; acompanhamento anual.
- (B) Risco alto; dislipidemia mista de predominância LDL, sem DAC estabelecida; requer intervenção farmacológica.
- (C) Risco muito alto; dislipidemia familiar heterozigótica com necessidade de dupla terapia.
- (D) Risco baixo; sem necessidade de estatina, apenas medidas comportamentais.

40. Qual o padrão laboratorial clássico da anemia ferropriva?

- (A) Ferritina aumentada e TIBC reduzida.
- (B) Ferro sérico normal e saturação aumentada.
- (C) Ferritina baixa, ferro sérico baixo e TIBC (capacidade total de ligação do ferro) aumentada.
- (D) Ferritina normal e reticulócitos altos.

41. Qual a primeira medida terapêutica específica no *status* epiléptico (> 5 minutos de crise contínua)?

- (A) Fenitoína endovenoso (EV) 20 mg/kg.
- (B) Propofol EV como 1ª linha de escolha.
- (C) Midazolam intramuscular como melhor opção ao acesso venoso periférico.
- (D) Benzodiazepínico EV seguido de anticonvulsivante de manutenção.

Leia o caso clínico a seguir para responder às questões 42 e 43:

42. Paciente de 56 anos, previamente hígido, é encontrado inconsciente em casa, sem respiração e sem pulso palpável. O SAMU chega 5 minutos após o chamado. Durante o atendimento, o paciente está cianótico, com Glasgow 3, apneico, sem pulso central, pupilas midriáticas fixas. Equipe inicia manobras de reanimação cardiopulmonar, conforme protocolo, com ritmo visualizado no desfibrilador externo automático com o seguinte traçado eletrocardiográfico:



(Arquivo pessoal; imagem usada com autorização)

Após 3 choques, 3 doses de adrenalina EV e 1 de amiodarona EV, obtém-se retorno da circulação espontânea (RCE) após 18 minutos de reanimação. Submetido à intubação orotraqueal, mantido sob ventilação mecânica e encaminhado para o serviço médico de referência.

Qual das condutas a seguir está corretamente indicada durante a abordagem inicial desse paciente?

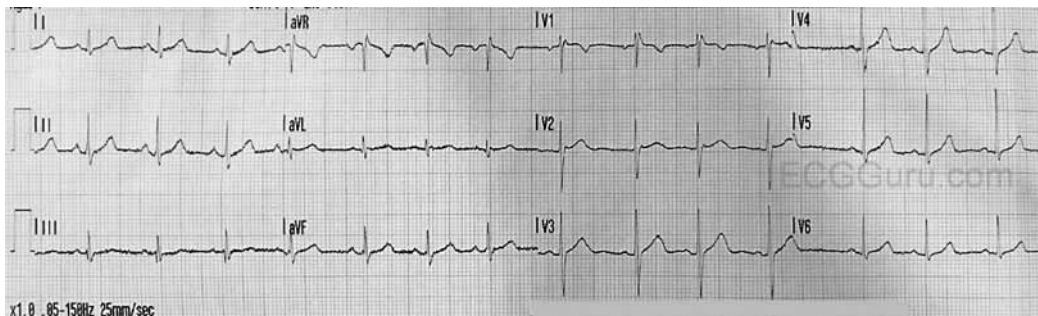
- (A) Iniciar imediatamente compressões torácicas de alta qualidade, desfibrilação precoce, administração de adrenalina e amiodarona.
  - (B) Realizar atropina 1 mg endovenosa a cada 3 minutos até reversão do ritmo.
  - (C) Priorizar ventilação com oxigênio a 100% e só iniciar compressões após intubação orotraqueal.
  - (D) Administrar lidocaína antes do primeiro choque para potencializar reversão elétrica.
43. Após 72 horas do evento, o paciente permanece em coma não reativo, com ausência completa de reflexos do tronco encefálico. Está normotérmico, normotenso e sem uso de sedação há mais de 24 horas.
- Segundo a Resolução CFM nº 2.324/2022, quais são os critérios obrigatórios para a confirmação da morte encefálica nesse cenário?
- (A) Avaliação clínica única por médico assistente, desde que exame de imagem mostre herniação cerebral.
  - (B) Glasgow 3 por 6 horas e ausência de atividade elétrica cortical em EEG único.
  - (C) PaCO<sub>2</sub> > 40 mmHg após 5 minutos de apneia, sem necessidade de exames adicionais.
  - (D) Coma irreversível e ausência de reflexos de tronco, confirmados por dois médicos não pertencentes à equipe de transplante, com teste de apneia positivo e exame complementar compatível.

- 44.** Paciente do sexo masculino de 38 anos, após infecção respiratória há 2 semanas, apresenta fraqueza progressiva ascendente, arreflexia e parestesia em membros inferiores. Sem alterações de consciência.
- Realizou exame do líquido: proteínas 220 mg/dL, 5 células/mm<sup>3</sup>.
- Qual o mecanismo fisiopatológico predominante e o padrão esperado na eletroneuromiografia (ENMG)?
- (A) Infecção direta viral do nervo periférico; ENMG com padrão axonal.
  - (B) Reação autoimune contra bainha de mielina; ENMG com latência aumentada e velocidade de condução reduzida.
  - (C) Deposição amiloide periférica; ENMG com potencial de ação normal.
  - (D) Deficiência de tiamina; ENMG com amplitude normal e bloqueios de condução.
- 45.** De acordo com a Portaria de Consolidação nº 4/2017 do Ministério da Saúde (Anexo V) e atualizações de 2024, assinale a alternativa que apresenta situações em que a notificação compulsória da dengue é obrigatória e imediata.
- (A) Somente quando houver confirmação laboratorial do sorotipo viral.
  - (B) Apenas em casos de dengue com sinais de alarme confirmados clinicamente.
  - (C) Todo caso suspeito de dengue, independentemente de confirmação laboratorial, deve ser notificado em até 24 horas na suspeita de dengue grave ou óbito, e em até 7 dias nos demais casos.
  - (D) Casos confirmados laboratorialmente durante surtos epidêmicos, mediante relatório semanal consolidado.
- 46.** Segundo as diretrizes ESC 2023/SBC 2024, quais são os pilares farmacológicos do tratamento da ICFER com redução de mortalidade comprovada?
- (A) Betabloqueador, IECA, digoxina e diurético.
  - (B) IECA, bloqueador de canal de cálcio, inibidor de SGLT2 e nitrato.
  - (C) Betabloqueador, inibidor de SGLT2, antagonista do receptor de mineralocorticoide e ARNI.
  - (D) Diurético, antiagregante, nitrato e estatina.
- 47.** A amiloidose cerebral, especialmente na doença de Alzheimer, está relacionada ao acúmulo anormal de proteínas amiloides.
- Qual é o principal mecanismo fisiopatológico envolvido na deposição dessas proteínas?
- (A) Superprodução hepática de proteínas amiloides com deposição no parênquima cerebral.
  - (B) Deposição extracelular de proteínas normais parcialmente degradadas pela ativação microglial excessiva.
  - (C) Desbalanço entre produção e depuração da proteína  $\beta$ -amiloide, levando à agregação de peptídeos insolúveis ( $A\beta_{42}$ ) e deposição em placas neuríticas.
  - (D) Mutações mitocondriais neuronais que levam à precipitação intracelular de proteínas tau.
- 48.** De acordo com a Associação americana de diabetes (ADA 2024), qual é a meta de HbA1c ideal em paciente de meia-idade, sem comorbidades e boa adesão?
- (A) 7,5–8,0%.
  - (B) < 7,0%.
  - (C) < 6,0%.
  - (D) 8,5%.

Leia o caso clínico a seguir para responder às questões 49 e 50:

**49.** Paciente, sexo masculino, 61 anos, portador de hipertensão arterial há 20 anos, com irregular uso de medicação. Relata dor torácica súbita, em “rasgo”, irradiando para dorso e região interescapular, de início há 40 minutos, acompanhada de sudorese intensa e sensação de desmaio. Na chegada ao pronto-socorro, está pálido, ansioso e referindo dor intensa (EVA 10/10). Ao exame físico: PA: 192 × 100 mmHg no braço direito e 156 × 88 mmHg no braço esquerdo. FC: 112 bpm. Bulhas normofonéticas, sem sopros valvares evidentes. Pulsos femorais assimétricos (pulso esquerdo diminuído). Pulsos radiais com amplitude diferente entre os braços. Ausência de déficit motor focal. Exames complementares apresentava D-dímero elevado e troponina ultrasensível normal.

O eletrocardiograma a seguir:



(Arquivo pessoal; imagem usada com autorização)

O paciente encontra-se hemodinamicamente estável, mas com dor intensa refratária aos analgésicos usuais.

Com base na suspeita clínica e nos achados iniciais, qual o exame de imagem de escolha?

- (A) Angiotomografia de aorta torácica com contraste iodado.
- (B) Cateterismo cardíaco de urgência.
- (C) Angiotomografia de artérias pulmonares com contraste.
- (D) Ressonância magnética cardíaca.

**50.** Qual deve ser a conduta terapêutica imediata mais adequada nesse momento, antes da abordagem cirúrgica?

- (A) Observar clinicamente nas próximas horas e introduzir betabloqueador oral se a pressão permanecer elevada.
- (B) Iniciar nitroprussiato de sódio EV isolado para redução rápida da PA abaixo de 100 mmHg, mantendo FC livre.
- (C) Administrar antiagregante plaquetário e heparina profilática até definição da conduta.
- (D) Controle rigoroso da frequência e da pressão arterial com betabloqueador EV, visando FC < 60 bpm e PAS 100–120 mmHg, associado à analgesia opioide e ao preparo imediato para cirurgia.

