



**INSTITUTO DO CÂNCER DO CEARÁ
COORDENAÇÃO DE RESIDÊNCIA MÉDICA**

PROCESSO SELETIVO PARA RESIDÊNCIA MÉDICA

LEIA COM ATENÇÃO TODAS AS INSTRUÇÕES DESTA PÁGINA

LOCAL DE PROVA

ICC/Faculdade Rodolfo Teófilo

PROVA DE CLÍNICA MÉDICA (RM EM CANCEROLOGIA CLINICA)

Data da Prova: 12/10/2025

Tempo: 2h30min (duas horas e meia)

Nº de Questões: 40 (quarenta)

Valor de Cada Questão: 2,5 (dois e meio) pontos

Nº DE INSCRIÇÃO

- INSTRUÇÕES -

1. Para fazer sua prova você está recebendo: um caderno com as questões da prova, cada uma delas apresentando um enunciado seguido de 4 (quatro) alternativas, designadas pelas letras **A, B, C e D**.
2. Examine se o caderno de prova está completo e se há falhas ou imperfeições gráficas que causem dúvidas. Nenhuma reclamação será aceita após 30 (trinta) minutos do início da prova.
3. Decorrido o tempo determinado pela Comissão Coordenadora, será distribuído a folha de resposta a qual será o único documento válido para a correção da prova.
4. Ao receber a folha de resposta, verifique se seu nome está correto.
5. Para cada uma de todas as questões, você deve marcar uma e somente uma das quadrículas; não haverá pontos negativos.
6. Assine a folha de resposta no espaço reservado no cabeçalho. Não haverá substituição da folha de resposta.
7. Não amasse nem dobre a folha de resposta, para que não seja rejeitada pelo “scanner”.
8. Será anulada a resposta que contiver emenda, rasura ou, ainda, a que apresentar mais de uma alternativa assinalada.
9. É vedado o uso de qualquer material, além da caneta esferográfica (tinta azul) escrita grossa para marcação das respostas; qualquer forma de comunicação entre os candidatos também implicará a sua eliminação.
10. O candidato, ao sair da sala, deverá entregar, definitivamente, a folha de resposta e o caderno de prova, devendo ainda assinar a folha de presença.

BOA PROVA!

PROVA DE CLÍNICA MÉDICA

CM 01.

Mesmo com diversas formas de apresentação, *diabetes mellitus* é hoje classificada em tipo 1 e tipo 2. Diabetes tipo 1 tem como uma das características universais

- A) sempre se manifesta na infância.
- B) estar associada com dislipidemia.
- C) necessidade de insulina para o tratamento.
- D) ter fatores de risco amplamente conhecidos.

CM 02.

Mulher de 32 anos, solteira, procurou assistência médica porque há cerca de seis meses vem apresentando rigidez matinal, dor edema e calor nas articulações metacarpo falangeanas e nas articulações interfalangeanas proximais em ambas as mãos. Logo depois do início da sintomatologia nas mãos, passou a perceber sinais e sintomas semelhantes em ambos os pés. Nega traumatismos. Refere que mais recentemente passou a sentir dor nos punhos. Associados a esse quadro vem sentindo adinamia, fadiga fácil e algumas vezes se sente febril. Qual a principal hipótese diagnóstica para o quadro dessa paciente?

- A) Osteoartrose.
- B) Artrite reumatoide.
- C) Polimialgia reumática.
- D) Lúpus eritematoso sistêmico.

CM 03.

Qual dos itens citados a seguir é fator de risco para aquisição de infecção pelo bacilo da tuberculose e também para a progressão da infecção para doença?

- A) Contato domiciliar com paciente com tuberculose pulmonar.
- B) Receptor de transplante de órgão sólido.
- C) pessoas que trabalham em hospitais.
- D) Pessoas com infecção por HIV.

CM 04.

Qual a causa mais frequente de anemia microcítica e hipocrômica?

- A) Hemólise.
- B) Inflamação crônica.
- C) Deficiência de ferro.
- D) Deficiência de vitamina B₁₂.

CM 05.

Paciente de 36 anos, feminino, procura assistência médica por ter apresentado fezes negras, inicialmente bem formadas, seguidas de fezes amolecidas também enegrecidas e de odor fétido. Ao tentar levantar sentiu tontura e foi obrigada a sentar novamente para não cair. Encontrava-se pálida (2+/4+), PA sentada de 120 X 70 mmHg e em pé de 90 X 50 mmHg. Solicitados hemograma e exames bioquímicos séricos que evidenciaram anemia. Qual o exame mais indicado para a evidenciação da origem dessas manifestações clínicas?

- A) Colonoscopia.
- B) Retossigmoidoscopia
- C) Endoscopia gastroduodenal.
- D) Ultrassonografia abdominal.

CM 06.

Paciente de 23 anos, sexo masculino, procurou assistência médica porque há cerca de um mês vem sentindo dor à deglutição o que tem piorado e contribuído para que não se alimente. Já perdeu cerca de 6 quilos nesse período. O exame endoscópico do esôfago evidenciou úlceras e mucosa friável, predominantemente na porção distal do esôfago. A biopsia da mucosa demonstrou inclusões intranucleares. Considerando esse quadro, qual seria o tratamento de escolha?

- A) Aciclovir.
- B) Fluconazol.
- C) Ganciclovir.
- D) Claritromicina.

CM 07.

O paciente com insuficiência cardíaca e seus familiares devem tomar conhecimento de alguns comportamentos em relação a seu tratamento para ter maior adesão e melhor qualidade de vida. É informação verdadeira a seguinte

- A) redução da ingesta hídrica é necessária desde o diagnóstico.
- B) exercícios aeróbicos supervisionados são desejáveis.
- C) a dieta é livre, em quantidade e qualidade.
- D) ingesta de álcool deve ser zero.

CM 08.

Homem, 72 anos de idade, procurou atendimento médico edema de membros inferiores que compromete apenas os tornozelos á é percebido até o Joelho. Paciente diz saber ser hipertensa há anos e que

faz uso irregular de anti-hipertensivo. Informa ainda que tem “cansaço” quando sobe escadas ou caminha muito. Nega alcoolismo e tabagismo. Ao exame apresenta discretas subcrepitações nas bases pulmonares e edema de membros inferiores, bilateralmente, sem sinais inflamatórios e circunferência abdominal de 120 cm. Qual o medicamento de escolha para iniciar o tratamento deste paciente?

- A) Digitálico.
- B) Diurético de alça.
- C) Beta-bloqueador.
- D) Inibidor da enzima conversora de angiotensina.

CM 09.

Paciente de 42 anos, do sexo feminino, procurou atendimento com queixa dor no peito, palpitações, tontura, sensação de fraqueza generalizada e dispneia após atividades físicas mais intensas. Ao exame apresenta-se com bom estado geral, cooperativa. Ausculta pulmonar sem alterações. Ausculta cardíaca com ritmo regular em dois tempos, percebe-se um clique mesossistólico e um discreto sopro ao final da sístole mais audível no foco mitral. Diante desse quadro, qual a melhor intervenção terapêutica?

- A) Apenas seguimento e observação.
- B) Beta-bloqueador.
- C) Digitálicos.
- D) Ansiolítico.

CM 10.

Paciente 23 anos procurou a UPA com história de dispneia que se associou a dor intensa no hemitórax esquerdo enquanto estava jogando futebol com os amigos. Paciente longilíneo, francamente taquidispneico. Acianótico. Apresenta murmúrio vesicular abolido à esquerda, Frêmito toracovocal reduzido à esquerda e som timpânico `percussão do hemitórax esquerdo. Qual é a principal hipótese diagnóstica para esse caso?

- A) Pneumonia.
- B) Pneumotórax.
- C) Derrame pleural.
- D) Embolia pulmonar.

CM 11.

Diabetes mellitus é uma doença crônica com uma heterogeneidade de fenótipos, entretanto está correto afirmar que

- A) as complicações vasculares ocorrem em consequência do controle inadequado da glicemia.
- B) os portadores de diabetes tipo 1 produzem insulina suficiente para suas necessidades.
- C) as complicações neuropáticas não tem relação com o controle da glicemia.
- D) inexistem fatores genéticos protetores contra os efeitos da hiperglicemia.

CM 12.

Paciente procurou assistência médica porque passou a apresentar episódios de rubor facial que, em geral, regredem rapidamente, mas que se associam a lacrimejamento e edema periorbital quando se prolongam. Passou também a apresentar borborigmos e cólicas abdominais, eventualmente associados com diarreia e tontura. Considerando a possibilidade de síndrome carcinoide, qual seria a principal substância responsável por esta sintomatologia?

- A) Álcool.
- B) Serotonina.
- C) Corticosteroide.
- D) Anti-histamínico.

CM 13.

Mulher de 20 anos de idade procurou atendimento médico por estar apresentando eritema facial na região malar bilateralmente, incluindo a proeminência nasal e poupando a dobra nasolabial. A lesão surgiu após exposição ao sol, no entanto não desapareceu. Alguns dias fica mais clara, e logo depois recrudescer. Refere também cefaleia, fadiga, perda de peso, mialgia e artralgia. Considerando a hipótese de lúpus eritematoso sistêmico, o que é esperado em exames complementares?

- A) Lesões erosivas em articulações.
- B) Anticorpos antiantígenos nucleares.
- C) Anemia, leucocitose, plaquetas sem alterações.
- D) Níveis de complemento (C3 e/ou C4) elevados.

CM 14.

Paciente do sexo masculino, 12 anos, estudante, natural e procedente de Fortaleza, foi conduzido à Unidade de Pronto Atendimento porque desde ontem está apresentando febre alta (39,5°C), cefaleia holo craniana intensa que não cede com analgésicos comuns. Hoje passou a apresentar manchas violáceas de tamanhos variáveis que não desaparecem com a vitropressão e vômitos. Sinais de irritação meníngea presentes. Deve ser aplicada alguma conduta quimioprofilática aos familiares e aos colegas do colégio?

- A) Não, apenas uso de máscara.
- B) Sim, ciprofloxacina para todos.
- C) Sim, tetraciclina para familiares e para os que residem na mesma casa.
- D) Sim, rifampicina para os colegas mais próximos na escola e contactantes intradomiciliares.

CM 15.

Paciente de 38 anos, masculino, foi encaminhado pelo Hemocentro ao ambulatório de Doenças Sexualmente Transmissíveis por ter um DRL positivo com titulação de 1:64. Informa relação sexual desprotegida há cerca de 8 meses, tendo posteriormente surgido uma pequena ulceração peniana indolor que cicatrizou espontaneamente e por esse motivo não procurou tratamento. Nega qualquer outra sintomatologia atualmente. Qual deve ser a conduta em relação a esse paciente?

- A) Observar a evolução e repetir a sorologia depois de seis meses.
- B) Duas ampolas de penicilina cristalina, (2,4 milhões de unidades) em dose única, intramuscular.
- C) Penicilina G cristalina aquosa (2,4 milhões de unidades) intravenosa, a cada 4 horas por pelo menos 10 dias.
- D) Total de 7,4 milhões de unidades de penicilina cristalina, tomando 2,4 milhões de unidades a cada 7 dias (total de 21 dias) intramuscular.

CM 16.

Plaquetopenia pode ser um fator de risco para sangramento dependendo da qualidade e da quantidade de plaquetas circulantes. Qual a quantidade mínima de plaquetas necessária para a realização de uma biópsia hepática?

- A) 10.000.
- B) 30.000.
- C) 50.000.
- D) 100.000.

CM 17.

A insuficiência renal é um marcador de gravidade em pacientes internados em unidade de terapia intensiva. Entre as causas listadas a seguir, qual é a mais comumente responsável por insuficiência renal aguda?

- A) Hipoperfusão.
- B) Obstrução ureteral.
- C) Nefrite intersticial.
- D) Uso de aminoglicosídeo.

CM 18.

Mulher de 42 anos, com queixa de dor aguda, tipo cólica, na região lombar esquerda que se irradia para fossa ilíaca esquerda. Nega febre. Sinais de irritação peritoneal negativos. Sinal de Giordano positivo. Considerando a principal hipótese diagnóstica, qual a assertiva verdadeira em relação aos exames complementares?

- A) Pielografia venosa é o exame indicado para o diagnóstico inicial.
- B) Ultrassonografia é um exame excelente para a visualização de cálculo ureteral.
- C) Radiografia simples de abdome tem sensibilidade e especificidade acima de 75%.
- D) Tomografia computadorizada de vias urinárias é o exame mais sensível e específico.

CM 19.

A insuficiência renal crônica costuma ser insidiosa e vai se desenvolvendo de forma assintomática ou com manifestações clínicas inespecíficas. Considerando os níveis de taxa de filtração glomerular, marque a assertiva correta.

- A) Pacientes com taxas de filtração glomerular entre 30-59 mL/min/1,73m³ podem se beneficiar de redução de ingestão de proteína.
- B) Cerca de 50% dos pacientes com taxas de filtração glomerular entre 15-29 mL/min/1,73m³, além de anemia (69%), hipertensão (75%).
- C) O controle da hipertensão arterial pode reverter a insuficiência renal crônica de pessoas com taxas de filtração glomerular entre 15-29 mL/min/1,73m³.
- D) Hálito urêmico, náuseas, vômitos, perda de apetite, além de fadiga, perda de concentração e edema são frequentes com taxas de filtração glomerular entre 15-29 mL/min/1,73m³.

CM 20.

A prevalência de gastrite está diretamente relacionada com a prevalência de infecção por *Helicobacter pylori*. Marque a opção correta em relação a sua evolução e tratamento.

- A) A gastrite ativa crônica persiste enquanto o indivíduo estiver infectado.
- B) O aumento da acidez gástrica contribui para eliminação mais rápida de *H. pylori*.
- C) O processo inflamatório cessa logo depois que o tratamento etiológico é completado.
- D) Doxiciclina e Nitazoxanida estão entre os antimicrobianos utilizados no tratamento padrão inicial.

CM 21.

A deficiência adquirida de lactase é a causa mais comum de má-absorção de carboidratos. Marque a opção verdadeira em relação a essa deficiência.

- A) É causa de grande perda de peso.
- B) Dor abdominal ocorre rotineiramente.
- C) Constipação é uma das manifestações clínicas mais frequentes.
- D) Sensação de plenitude e de borborigmo pós ingestão de produtos lácteos são comuns.

CM 22.

Entre as causas conhecidas mais frequentes de síncope estão as de origem vasovagal, hipotensão ortostática, redução do débito cardíaco, arritmias e distúrbios psiquiátricos. Para diferenciar entre essas possíveis causas em uma pessoa previamente hígida são necessários uma boa anamnese, ECG e se possível ecocardiograma e teste de esforço. O paciente tem 42 anos de idade, masculino, previamente hígido com queixa de palpitações seguidas de perda temporária da consciência. Ele está numa fase de estresse no trabalho e não tem feito exercícios. O ECG mostrou ausência de ondas P, intervalos irregulares entre os QRS. Frequência cardíaca estimada 45 bpm. Qual a causa mais provável para este quadro?

- A) Fibrilação atrial.
- B) Distúrbio vasovagal.
- C) Hipotensão ortostática.
- D) Isquemia miocárdica aguda.

CM 23.

O cateterismo cardíaco constitui um avanço no diagnóstico e no tratamento de doenças do coração. Marque, entre as opções que se seguem, uma em que esse método está indicado e é muito valioso para a avaliação e da saúde cardíaca do paciente.

- A) Arritmia ventricular.
- B) Hipertensão arterial não controlada.
- C) Acidente vascular cerebral recente.
- D) Suspeita de doença coronariana extensa.

CM 24.

Paciente com história de três meses de adinamia, febre vespertina, perda de peso, tosse seca, procurou atendimento médico porque passou a sentir dispneia aos esforços e dor ao respirar fundo. Ao exame, observam-se expansibilidade reduzida à direita, redução do frêmito toracovocal, macicez à percussão,

diminuição do murmúrio vesicular. Qual o significado mais provável destes achados?

- A) Pneumotórax.
- B) Derrame pleural.
- C) Pneumonia atípica.
- D) Pneumonia pneumocócica.

CM 25.

O tratamento do paciente com asma visa permitir que ele faça suas atividades do dia a dia sem a interferência dessa doença, que durma sem ser acordado por sintomas asmáticos, e mantenha sua função pulmonar razoavelmente normal. Qual o principal medicamento para contribuir para que esses objetivos sejam alcançados?

- A) Corticosteroides inalatórios.
- B) Agentes beta-adrenérgicos.
- C) Expansor plasmático.
- D) Anti-histamínico.

CM 26.

A Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) é uma condição progressiva, com obstrução irreversível do fluxo respiratório. Qual é a causa mais frequentemente associada a esta condição clínica?

- A) Inalação de pó em depósitos de grãos.
- B) Infecções respiratórias recorrentes.
- C) Trabalho em minas.
- D) Fumo.

CM 27.

Paciente de 55 anos, cirrose por hepatite C tratada, apresenta ascite moderada controlada com espirolactona e furosemida. Não há encefalopatia. Realiza endoscopia com varizes esofágicas médias, sem sinais de sangramento. Segundo recomendações atuais, qual a melhor conduta para profilaxia primária de hemorragia digestiva?

- A) Iniciar propranolol oral em baixa dose e titular conforme tolerância.
- B) Usar propranolol associado à ligadura endoscópica.
- C) Prescrever carvedilol em dose única diária.
- D) Ligar varizes endoscopicamente.

CM 28.

Homem de 58 anos, diabético há 10 anos, em uso de metformina e gliclazida, apresenta HbA1c de 8,2%. Tem hipertensão e insuficiência cardíaca com fração de ejeção de 35%, além de doença renal crônica

estágio 3b (TFG estimada 38 mL/min). Nega hipoglicemias. Segundo recomendações atuais (ADA/EASD 2023–2025), qual a melhor opção para intensificação do tratamento hipoglicemiante neste caso?

- A) Trocar gliclazida por sitagliptina.
- B) Iniciar insulina NPH noturna.
- C) Introduzir dapagliflozina.
- D) Introduzir pioglitazona.

CM 29.

Paciente de 40 anos, previamente hígido, dá entrada com náuseas, vômitos e cefaleia. Está confuso, PA 110/70 mmHg, FC 90 bpm. Laboratório: Na⁺ = 114 mEq/L, K⁺ = 4,2 mEq/L, osmolaridade sérica = 260 mOsm/kg, osmolaridade urinária = 600 mOsm/kg, Na⁺ urinário = 40 mEq/L. Exame físico: sem edema, mucosas úmidas. Quais o diagnóstico mais provável e a conduta inicial adequada?

- A) SIADH; iniciar restrição hídrica.
- B) Insuficiência adrenal; iniciar hidrocortisona.
- C) Hiponatremia hipovolêmica por vômitos; repor SF 0,9%.
- D) Hiponatremia crônica grave; corrigir rapidamente com NaCl 3% até normonatremia.

CM 30.

Mulher de 28 anos, portadora de lúpus eritematoso sistêmico há 3 anos, faz uso de hidroxiquina. Apresenta proteinúria de 2 g/24h, creatinina sérica de 1,6 mg/dL (prévia 0,8), sedimento urinário com cilindros hemáticos. Sorologias: FAN positivo, anti-DNA dupla-hélice positivo, complemento baixo. Qual é a melhor conduta neste momento?

- A) Manter hidroxiquina e repetir exames em 3 meses.
- B) Introduzir prednisona em dose baixa (≤ 10 mg/dia).
- C) Realizar pulsoterapia e imunossupressor.
- D) Indicar hemodiálise imediata.

CM 31.

Paciente de 82 anos, com história de fibrilação atrial crônica em warfarina (INR habitual ~2,5), DM2 e DPOC, é trazido ao pronto-socorro com dor torácica subaguda há 6 horas, diaforese e náuseas. ECG mostra supradesnivelamento de ST em V2–V4. PA 110/60 mmHg, FC 92 bpm. INR medido na admissão = 3,2. Qual é a conduta imediata mais adequada?

- A) Não indicar trombólise por risco hemorrágico e aguardar angioplastia primária.
- B) Administrar ácido tranexâmico antes de fibrinolítico para reduzir sangramento.
- C) Reverter anticoagulação com vitamina K e aguardar 12–24 h para TCA normalizar antes de angioplastia.
- D) Direcionar para angioplastia percutânea (ICP) de emergência sem trombólise; discutir correção de INR com equipe de hemostasia conforme risco.

CM 32.

Mulher de 56 anos, obesa, internada por fratura de fêmur há 10 dias, apresenta dispneia súbita e síncope. PA: 85/50 mmHg, FC: 120 bpm, SpO₂ 86% em ar ambiente. TC de tórax com contraste mostra trombo central em artéria pulmonar direita e dilatação de VD em ecocardiograma. Não há contraindicação absoluta à trombólise exceto recente cirurgia ortopédica (10 dias). Qual a conduta mais adequada?

- A) Trombólise sistêmica imediata com alteplase.
- B) Anticoagulação plena com heparina e monitorizar; considerar trombectomia.
- C) Administração de heparina em dose profilática e iniciar suporte ventilatório.
- D) Não anticoagular por risco cirúrgico e indicar filtro permanente na veia cava inferior (IVC).

CM 33.

Homem de 60 anos, cirrótico por álcool, chega com hematêmese e hipotensão (PA 85/50 mmHg). Foi ressuscitado com cristalóide; Hgb = 6,8 g/dL. Endoscopia de urgência demonstra varizes esofágicas grandes com sangramento ativo. Qual o manejo imediato mais apropriado?

- A) Ligadura endoscópica de varizes + iniciar octreotida e antibiótico profilático.
- B) Transfundir apenas até Hgb 9 g/dL e aguardar novo sangramento.
- C) Realizar sonda de Sengstaken-Blakemore antes da endoscopia.
- D) Injetar epinefrina local e observar.

CM 34.

Homem de 71 anos, com fibrilação atrial em apixabana, apresenta déficit neurológico súbito há 90 minutos. Tomografia sem contraste sem hemorragia. Qual a conduta referente à trombólise com alteplase?

- A) Administrar alteplase imediatamente, independentemente do uso de apixabana.
- B) Contraindicar alteplase se último uso de apixabana foi nas últimas 48 horas.

- C) Reverter apixabana com antídoto (andexanet alfa) e aplicar alteplase.
D) Aguardar 24 horas sem tratamento.

CM 35.

Paciente de 68 anos com IAM STEMI submetido à angioplastia com contraste desenvolve oligúria progressiva e elevação de creatinina (de 1,0 para 2,6 mg/dL) nas primeiras 48 horas. Está em uso de vasopressores por choque cardiogênico. Qual a melhor estratégia para prevenir piora da lesão renal aguda e manejo inicial?

- A) Iniciar manitol e fenoldopam rotineiramente.
B) Administrar alto fluxo de bicarbonato para neutralizar contraste.
C) Forçar alta diurese com grandes volumes de solução salina para “lavar” o contraste.
D) Otimizar perfusão renal, evitar nefrotóxicos, ajuste de medicações e considerar diálise se sinais de sobrecarga volêmica refratária ou uremia grave.

CM 36.

Homem de 72 anos com insuficiência cardíaca com fração de ejeção reduzida (FEVE 28%), interna há 48 h por descompensação com congestão periférica e dispneia em repouso. Em uso de enalapril 10 mg BID, carvedilol 25 mg BID e espironolactona 25 mg/d. Creatinina prévia 1,1 mg/dL; na admissão 1,9 mg/dL; kaliemia 4,3 mEq/L. Após diurese agressiva, melhora clínica, mas creatinina estabiliza em 1,8–2,0 mg/dL. Qual a conduta mais apropriada para otimização terapêutica visando redução de mortalidade a longo prazo?

- A) Iniciar sacubitril/valsartana substituindo o IECA e considerar introdução de inibidor de SGLT2.
B) Suspender espironolactona por causa da creatinina elevada e introduzir hidralazina + nitrato.
C) Suspender IECA e manter apenas betabloqueador até normalização da creatinina.
D) Indicar diálise precoce para permitir terapia farmacológica otimizada.

CM 37.

Paciente de 63 anos, submetida à CPRE para cálculo de coledocolitíase 24 horas atrás, desenvolve febre alta, icterícia e hipotensão. Hemoculturas colhidas. Qual a conduta empírica imediata mais indicada?

- A) Anticoagulação plena com heparina.
B) Apenas trocar o *stent* endoscópico e observar sem ATB.
C) Adiar antibiótico até resultados de cultura; iniciar fluidoterapia apenas.
D) Iniciar antibioticoterapia empírica de amplo espectro e avaliar descompressão biliar.

CM 38.

Homem de 70 anos com câncer de pulmão apresenta náuseas, confusão e calciúria; cálcio total corrigido = 15,2 mg/dL. Quais medidas imediatas e de segunda linha são apropriadas?

- A) Iniciar hidratação vigorosa com solução salina isotônica e furosemida imediata.
B) Dieta pobre em cálcio e aguardar reavaliação.
C) Iniciar hemodiálise imediata em todos os casos.
D) Apenas administração de calcitonina nasal.

CM 39.

Mulher de 34 anos com PTI (púrpura trombocitopênica imune) apresenta petéquias generalizadas e sangramento gengival ativo. Plaquetas = 8.000/mm³. Qual a conduta inicial mais adequada?

- A) Esplenectomia imediata.
B) Observação apenas se sangramento leve.
C) Terapia imediata com transfusão de plaquetas isolada e sem imunomodulação.
D) Iniciar prednisona em dose alta (ou metilprednisolona IV) + imunoglobulina IV (IVIG) se sangramento ativo; transfusão de plaquetas se sangramento ameaçador.

CM 40.

Homem de 82 anos com história de hipertensão, fibrilação atrial (em apixabana), doença de Alzheimer leve e insuficiência cardíaca chega ao hospital por infecção urinária complicada. No 2º dia de internação, apresenta agitação, desorientação para tempo e local, alterações do sono e flutuações do nível de consciência — CAM (*Confusion Assessment Method*) positivo. A equipe relata que nas últimas 48 h ele recebeu tramadol PRN para dor e um benzodiazepínico oral para insônia. Exame: sem sinais locais de focalidade neurológica. Quais são as medidas prioritárias de manejo imediato e quais agentes farmacológicos devem ser evitados como rotina?

- A) Parar medicamentos precipitantes e investigar causas agudas.
B) Transferir imediatamente para a UTI e iniciar sedação profunda.
C) Dar risperidona de rotina para todos os casos de *delirium* em idosos.
D) Iniciar haloperidol profilático por 7 dias para prevenir complicações; manter benzodiazepínicos para insônia.