

## CLÍNICA MÉDICA

Prova: 02/Novembro/2025

Nome Legível: \_\_\_\_\_

Assinatura do candidato: \_\_\_\_\_

### INSTRUÇÕES

- 1 - Confira se os dados impressos acima, que identificam esta prova, estão corretos. Assine em seguida.
- 2 - O caderno de prova deverá conter 50 (cinquenta) questões de múltipla escolha, com 5 (cinco) alternativas, das quais 1(uma) só é correta.
- 3 - A duração da prova será de 3 horas (três horas). Ao final, haverá mais 15 (quinze) minutos para a marcação no cartão-resposta.
- 4 - A interpretação das questões é parte integrante da prova, não sendo, portanto, permitidas perguntas aos Fiscais.
- 5 - A prova é INDIVIDUAL, sendo vetada a comunicação entre os candidatos durante sua realização.
- 6 - Será eliminado o candidato que utilizar material de consulta ou qualquer sistema de comunicação.

7 - Em cada questão, há somente uma resposta correta. Cuidado quando transcrever para o cartão-resposta, não poderá haver rasuras.

8 - O caderno de prova deve ser entregue para o Fiscal, juntamente com o cartão-resposta.

9 - Ao receber seu cartão-resposta, aja da seguinte forma:

- a) o cartão resposta deverá ser entregue com assinatura conforme os dados afixados na carteira;
- b) assine no local indicado;
- c) pinte, preenchendo por inteiro, com caneta esferográfica ponta média, tinta preta, o campo correspondente à alternativa que considera correta em cada questão.
- d) não o amasse, nem dobre.

### MODELO DO CARTÃO-RESPOSTA

01 (A) (B) (C) (D) (E)	21 (A) (B) (C) (D) (E)	41 (A) (B) (C) (D) (E)	61 (A) (B) (C) (D) (E)	81 (A) (B) (C) (D) (E)
02 (A) (B) (C) (D) (E)	22 (A) (B) (C) (D) (E)	42 (A) (B) (C) (D) (E)	62 (A) (B) (C) (D) (E)	82 (A) (B) (C) (D) (E)
03 (A) (B) (C) (D) (E)	23 (A) (B) (C) (D) (E)	43 (A) (B) (C) (D) (E)	63 (A) (B) (C) (D) (E)	83 (A) (B) (C) (D) (E)
04 (A) (B) (C) (D) (E)	24 (A) (B) (C) (D) (E)	44 (A) (B) (C) (D) (E)	64 (A) (B) (C) (D) (E)	84 (A) (B) (C) (D) (E)
05 (A) (B) (C) (D) (E)	25 (A) (B) (C) (D) (E)	45 (A) (B) (C) (D) (E)	65 (A) (B) (C) (D) (E)	85 (A) (B) (C) (D) (E)
06 (A) (B) (C) (D) (E)	26 (A) (B) (C) (D) (E)	46 (A) (B) (C) (D) (E)	66 (A) (B) (C) (D) (E)	86 (A) (B) (C) (D) (E)
07 (A) (B) (C) (D) (E)	27 (A) (B) (C) (D) (E)	47 (A) (B) (C) (D) (E)	67 (A) (B) (C) (D) (E)	87 (A) (B) (C) (D) (E)
08 (A) (B) (C) (D) (E)	28 (A) (B) (C) (D) (E)	48 (A) (B) (C) (D) (E)	68 (A) (B) (C) (D) (E)	88 (A) (B) (C) (D) (E)
09 (A) (B) (C) (D) (E)	29 (A) (B) (C) (D) (E)	49 (A) (B) (C) (D) (E)	69 (A) (B) (C) (D) (E)	89 (A) (B) (C) (D) (E)
10 (A) (B) (C) (D) (E)	30 (A) (B) (C) (D) (E)	50 (A) (B) (C) (D) (E)	70 (A) (B) (C) (D) (E)	90 (A) (B) (C) (D) (E)
11 (A) (B) (C) (D) (E)	31 (A) (B) (C) (D) (E)	51 (A) (B) (C) (D) (E)	71 (A) (B) (C) (D) (E)	91 (A) (B) (C) (D) (E)
12 (A) (B) (C) (D) (E)	32 (A) (B) (C) (D) (E)	52 (A) (B) (C) (D) (E)	72 (A) (B) (C) (D) (E)	92 (A) (B) (C) (D) (E)
13 (A) (B) (C) (D) (E)	33 (A) (B) (C) (D) (E)	53 (A) (B) (C) (D) (E)	73 (A) (B) (C) (D) (E)	93 (A) (B) (C) (D) (E)
14 (A) (B) (C) (D) (E)	34 (A) (B) (C) (D) (E)	54 (A) (B) (C) (D) (E)	74 (A) (B) (C) (D) (E)	94 (A) (B) (C) (D) (E)
15 (A) (B) (C) (D) (E)	35 (A) (B) (C) (D) (E)	55 (A) (B) (C) (D) (E)	75 (A) (B) (C) (D) (E)	95 (A) (B) (C) (D) (E)
16 (A) (B) (C) (D) (E)	36 (A) (B) (C) (D) (E)	56 (A) (B) (C) (D) (E)	76 (A) (B) (C) (D) (E)	96 (A) (B) (C) (D) (E)
17 (A) (B) (C) (D) (E)	37 (A) (B) (C) (D) (E)	57 (A) (B) (C) (D) (E)	77 (A) (B) (C) (D) (E)	97 (A) (B) (C) (D) (E)
18 (A) (B) (C) (D) (E)	38 (A) (B) (C) (D) (E)	58 (A) (B) (C) (D) (E)	78 (A) (B) (C) (D) (E)	98 (A) (B) (C) (D) (E)
19 (A) (B) (C) (D) (E)	39 (A) (B) (C) (D) (E)	59 (A) (B) (C) (D) (E)	79 (A) (B) (C) (D) (E)	99 (A) (B) (C) (D) (E)
20 (A) (B) (C) (D) (E)	40 (A) (B) (C) (D) (E)	60 (A) (B) (C) (D) (E)	80 (A) (B) (C) (D) (E)	100 (A) (B) (C) (D) (E)

## **ESPECIALIDADES:**

CARDIOLOGIA

GASTROENTEROLOGIA

HEMATOLOGIA E HEMOTERAPIA

NEFROLOGIA

ONCOLOGIA CLÍNICA

ENDOCRINOLOGIA (ESPECIALIZAÇÃO)

**1) Sra. Mildred, 55 anos, queixa-se que há quase 3 semanas notou dor na mão D quando tenta descascar alimentos. Percebeu que a dor surge principalmente ao apertar o polegar contra os dedos da mão D quando apóia a faca. De história relevante comenta que aposentou-se recentemente e tem dedicado grande parte de seu tempo livre navegando na internet e atualizando-se sobre as notícias diárias nas redes sociais. Descobriu que ao dar “likes” as redes oferecem cada vez mais conteúdo sobre o assunto e confessa que já ficou mais de duas horas seguidas fazendo scrolling (palavra que agora domina após a filha alertá-la sobre posições viciosas que podem causar problemas). Ao exame físico apresenta edema discreto e sensibilidade dolorosa na região do processo estilóide do rádio a D. A manobra de Phalen e o sinal de Tinel são negativas, mas refere agudização da dor quando coloca o polegar na palma da mão e fecha os dedos sobre ele. Qual destes diagnósticos é o mais provável frente ao conjunto de informações acima?**

- A) Trata-se de provável fasceíte palmar.
- B) Trata-se de tenossinovite de Quervain.
- C) Trata-se de artrite gotosa da primeira articulação metacarpofalangeana.
- D) Trata-se de artrite de pequenas articulações, muito provavelmente artrite reumatoide.
- E) Trata-se de síndrome do túnel do carpo com provável artrose de punho concomitante.

**2) Sr. Clodoaldo, 65 anos, conseguiu finalmente reduzir a massa gordurosa em 5 kg, com dieta, prática de Pilates e uso de GLP1ar. Vem a consulta relatando que iniciou com dor em coluna lombar há 2 dias, após empurrar armário na limpeza da casa. Você solicita a ressonância magnética de coluna lombossacra e identifica a presença de fratura de L4. Os exames laboratoriais que realizou há 1 mês não sugerem presença de doença secundária e a densitometria óssea que realizou há 6 meses mostrou score T em coluna lombar ( L1 - L4) de -1,5 e de fêmur total de -0,5: Qual proposta abaixo se correlaciona ao melhor tratamento neste momento?**

- A) Iniciar bisfosfonados orais como o alendronato (70 mg/semana) ou risedronato (35 mg/sem) cujos estudos na população masculina mostrou redução do risco de fraturas vertebrais e não vertebrais em até 70 %.
- B) Suplementar com cálcio (1000 a 1200 mg /dia) e colecalciferol 50 mil UI semanal por 8 semanas e depois manter 15.000 UI semanais de maneira contínua com previsão de redução do risco de fraturas vertebrais em 20 a 30 %.
- C) Prescrever o denosumabe (60 mg/semestral) cujos estudos de 3 anos mostraram reduzir as fraturas vertebrais em 70%, com aumento da massa óssea e redução da ocorrência de fraturas atípicas e de osteone-

crose de mandíbula.

D) Introduzir calcitonina nasal (200 mg/d) que suprime a atividade osteoclástica pela ação direta sobre o receptor da calcitonina nos osteoclastos, reduz a dor, com previsão de redução de risco de fraturas vertebrais e de quadril em até 40 %.

E) Administrar anualmente o ácido zoledrônico, que embora esteja correlacionado a ocorrência de osteonecrose de mandíbula em pacientes sob tratamento antineoplásico, reduziu o risco de fraturas vertebrais em 70% e mostrou uma redução de 28% na mortalidade.

**3) Erica, 42 anos, diabética e hipertensa bem controlada há 2 anos, em uso de anticoncepcional oral contínuo, assintomática, traz exames de rotina: colesterol= 230mg/dL; HDL colesterol= 31mg/dL; triglicerídios= 125 mg/dL; glicemia de jejum= 102 mg/dl; TSH= 1,5 UI/mL; HA1C=6,4; ácido úrico= 4,5mg/dL; vitamina D= 30 ng/mL. Qual atitude medicamentosa seria mais adequada nesta consulta?**

- A) Considerar terapia com estatina de intensidade alta para obter níveis de colesterol LDL < 70 mg/d.
- B) Considerar terapia com estatina de intensidade moderada para obter níveis de colesterol LDL < 100 mg/dL.
- C) Considerar terapia com estatina de intensidade alta, associada a ezetimiba para obter níveis de colesterol LDL < 50 mg/dL.
- D) Considerar tratamento combinado com estatina de intensidade alta, ezetimiba e fenofibrato também visando elevação do HDL e diminuição do risco CV.
- E) Considerar terapia com ômega 3 [ácido eicosapentaenoico (EPA) e ácido docosaexaenoico (DHA)] evitando, no início, o uso da estatina que pode aumentar discretamente o risco de descompensação do diabetes.

**4) Helena, 24 anos, recebeu diagnóstico de doença de Graves há 3 meses e encontra-se em uso de metimazol 10 mg /dia. Vem à consulta, nesta UBS, muita ansiosa, pois teve notícia que está grávida de 8 semanas. Ao exame apresenta-se com pequeno bócio palpável liso e indolor, tremores finos, mãos frias e úmidas e nenhum sinal de oftalmopatia de Graves. Trouxe exames coletados há 5 dias com os seguintes valores: TSH= 0,1 (0.9-2.2 ng/dL); T4 livre= 1,6 ng/dL (0.9-2.0); T3 livre= 0,4 ng/dL (0,30 a 0,47); TRAb 0,55 UI/L (até 0,55). A melhor conduta neste momento, além de reencaminhá-la ao endocrinologista que solicitou estes exames de controle, será**

- A) trocar o metimazol pelo propiltiouracil na proporção de 100 mg para 1 mg de metimazol, podendo mantê-lo até o final da gestação, se necessário.

B) trocar o metimazol por propiltiouracil e acrescentar levotiroxina em baixas dosagens devido a ação inibitória do fármaco sobre a conversão de T3 em T4.

C) aumentar a dose de metimazol para 20 mg /d, pois as imunoglobulinas estimulantes da tireoide tendem a aumentar no transcorrer do período gestacional.

D) suspender a medicação antitireoidiana, pois considera-se que além dos riscos de teratogenicidade do metimazol, os exames atuais estão compatíveis com o bom controle da doença.

E) manter o metimazol na dose de 10 mg e acrescentar levotiroxina em baixas dosagens (esquema de bloqueio-reposição) para manter níveis normais de T4 livre sem prejuízo ao feto.

**5) Sra. Rita, 65 anos, diabética, obesa, em tratamento com metformina 2 g ao dia, vem a consulta solicitando informações. Relata ter ouvido uma entrevista sobre as complicações crônicas do diabetes e ficou preocupada, pois nunca fora orientada a consultar-se com um nefrologista. Seus últimos exames mostraram glicemia 2 horas após o almoço de 165 mg/dL; HA1c de 6,3; ureia de 40 mg/dl e creatinina de 1,12 mg/dl. Após analisar o caso você informa que o encaminhamento será realizado em caso de**

A) hipertensão arterial resistente ao controle com 2 ou mais drogas antihipertensivas.

B) desejo de transplante de células beta (ilhotas) com ou sem transplante renal simultâneo.

C) necessidade de orientação sobre acesso vascular para a hemodiálise ou diálise peritoneal.

D) inclusão no sistema SUS para recebimento de medicação contínua de inibidores do SGLT-2.

E) a taxa de filtração glomerular estimada for < 30 mL/min por 1,73 m<sup>2</sup> ou a proteinúria se mostrar > 3 g/dia.

**6) Paciente sexo masculino, acorda com déficit motor à direita e fala arrastada. Há 5 horas do último momento assintomático conhecido. Realizou tomografia computadorizada de crânio com ausência de hemorragia, e no estudo da perfusão demonstra uma área de penumbra significativa. Qual é a conduta mais adequada?**

A) Iniciar anticoagulação oral imediata.

B) Apenas suporte clínico e posteriormente investigação da etiologia do AVE.

C) Craniectomia descompressiva, a fim de reduzir a hipertensão intracraniana.

D) Não indicar trombólise, pois acima de 4,5 horas sempre está contraindicado.

E) Considerar trombólise, uma vez que protocolos avançados permitem trombolisar se houver ressonância magnética de crânio com DWI/FLAIR mismatch (restrição da difusão sem alteração no FLAIR) .

**7) Paciente de 65 anos de idade com diagnóstico**

**de insuficiência cardíaca com fração de ejeção reduzida (FE 28%) secundária a miocardiopatia isquêmica. No momento está em uso de carvedilol 25mg, enalapril 10mg, espironolactona 25mg /dia e uso de diurético de alça conforme a necessidade. Mesmo otimizado clinicamente, permanece sintomático (NYHA 3) e foi recentemente internado por descompensação. Ecocardio transtorácico demonstra dilatação ventricular esquerda, eletrocardiograma um QRS de 112 ms em ritmo sinusal. Função renal estável, creatinina 1,3mg/dl. Considerando evidências e recomendações atuais, a melhor próxima intervenção farmacológica que provavelmente reduzirá hospitalizações e mortalidade deste paciente?**

A) Suspender a espironolactona e iniciar ivabradina.

B) Avaliar o uso de inotrópico, com infusão ambulatorial crônica para melhora dos sintomas.

C) Trocar carvedilol por um betabloqueador cardiosseletivo (bisoprolol) como primeira medida.

D) Introduzir inibidor SGLT2 (por exemplo empagliflozina) , e após estabilização clínica avaliar a troca de IECA por sacubitril/valsartana (ARNI).

E) Realizar a troca de enalapril e espironolactona, e iniciar vasodilatadores que reduzem pré e pós carga como hidralazina e monocordil.

**8) Paciente dá entrada na sala de emergência referindo dispneia intensa e desconforto torácico. Ao monitorar paciente percebemos PA 160/70, FC 160bpm, FR 32, sat 88%, na ausculta pulmonar presença de estertores crepitantes até terço médio bilateral. Realizado eletrocardiograma, percebemos ausência da onda P e ritmo irregular. Diante do quadro clínico e da interpretação eletrocardiográfica, qual a melhor conduta a ser tomada?**

A) Cardioversão elétrica com 50J no desfibrilador monofásico

B) Cardioversão elétrica com 200J no desfibrilador monofásico.

C) Realizar manobra vagal se o paciente não responder infusão de adenosina 6mg EV.

D) Investigar causas secundárias que possam estar levando ao aumento da frequência cardíaca.

E) Amiodarona dose de ataque, seguido da dose manutenção 1mg/min nas primeiras 6 horas e 0,5mg/min nas próximas 18h.

**9) Nem sempre quem tem uma artéria coronária ocluída apresenta o supradesnivelamento clássico no ST no ECG. Estudos mostram que cerca de 50-60% dos pacientes com oclusão coronariana aguda (OCA) não se enquadram nos critérios tradicionais de IAM com supra de ST. Isso pode atrasar o diagnóstico de reperfusão e piorar o desfecho clínico. Baseado neste contexto, qual a melhor conduta diante de uma paciente com dor**

**torácica típica e eletrocardiograma sem supra do segmento ST?**

- A) Está indicado trombólise química ( rt pa ) imediata.
- B) Deve ser encaminhado a estratégia invasiva imediata.
- C) Deve ser realizada uma angiotomografia de coronárias a fim de estabelecer o diagnóstico.
- D) Paciente deve ser encaminhado imediatamente para Unidade de Terapia Intensiva para iniciar droga inotrópica a fim de melhorar perfusão tecidual e estabilização clínica.
- E) Estratificar o risco do paciente, realizar eletrocardiograma seriados, coletar marcadores de necrose miocárdica e procurar ativamente no eletrocardiograma novos padrões que sugiram obstrução coronariana aguda.

**10) Os médicos costumam se referir a qualquer doença febril sem uma etiologia óbvia inicial como Febre de Origem Obscura (FOO) . A maioria das doenças febris melhora antes que um diagnóstico possa ser feito ou que desenvolva características que possibilitem o diagnóstico. O termo FOO deve ser reservado para doenças febris prolongadas sem uma etiologia estabelecida apesar da avaliação e exames diagnósticos intensivos. Diante do exposto, analise as afirmativas abaixo**

**I - Na população idosa três diagnósticos possíveis de FOO, arterite de células temporais associada à polimialgia reumática, doença de Still e neoplasia colon retal devem ser consideradas.**

**II - A febre com sinais de endocardite e hemoculturas negativas representa um problema especial. A endocardite com culturas negativas pode ser causada por bactérias de difícil cultivo, como bactérias nutricionalmente variantes, os microrganismos do grupo HACEK.**

**III - A febre de origem obscura é definida como febre > 37,8 em pelo menos duas ocasiões, duração de doença maior que 1 semana, presença de imunocomprometimento conhecido, diagnóstico que permanece incerto após anamnese e exame físico detalhados e os seguintes exames obrigatórios: determinação de VHS e proteína C reativa, contagem de plaquetas, contagem total e diferencial de leucócitos, medidas dos níveis de hemoglobina, eletrólitos, creatinina, proteínas totais, fosfatase alcalina, FAN, fator reumatoide, eletroforese de proteínas, parcial de urina com urocultura, hemoculturas , radiografia de tórax, ultrassonografia abdominal e teste cutâneo com tuberculina ou IGRA teste.**

- A) As afirmativas I e II estão corretas, a III está incorreta.
- B) As afirmativas I e III estão corretas, a II está incorreta.

C) As afirmativas II e III estão corretas, a I está incorreta.

D) As afirmativas I, II e III estão corretas.

E) As afirmativas I, II e III estão incorretas.

**11) O câncer de pele não melanoma (CPNM) é o câncer mais comum nos Estados Unidos. A respeito do tema assinale a alternativa correta com V (verdadeiro) ou F (falso).**

**I ) Os carcinomas basocelulares ( CBC ) são responsáveis por 70 a 80% dos casos, enquanto os carcinomas de células escamosas (CCE) representam 20% dos casos.**

**II) A maioria dos tumores se desenvolve em áreas da cabeça e do pescoço expostas ao sol. O risco de CCE labial ou oral aumenta com o tabagismo e a semelhança do CCE da orelha, apresenta prognóstico mais sombrio do que aquele observado em outros locais do corpo.**

**III ) O carcinoma basocelular ( CBC ) é uma neoplasia cutânea que se origina de células basais epiteliais imaturas pluripotentes, que perderam sua capacidade de diferenciação e queratinização normais.**

**IV ) A forma nódulo-ulcerativa é mais comum, geralmente única, acomete sobretudo cabeça e pescoço. Caracteriza-se como pápula ou nódulo com aspecto perolado, muitas vezes com telangectasias de padrão característico à dermatoscopia.**

A) VFFV.

B) VVFF.

C) FFFF.

D) VVVF.

E) VVVV.

**12) A classificação da Organização Mundial da Saúde (OMS) das neoplasias mieloproliferativas (NMPs) crônicas inclui distúrbios, alguns dos quais raros ou pouco caracterizados, mas todos compartilhando uma origem a partir de uma célula hematopoiética, a superprodução de um ou mais elementos do sangue sem displasia importante e uma predileção por hematopoiese extramedular, mielofibrose e transformação, em taxas variadas, em leucemia aguda. Considerando as neoplasias mieloproliferativas sem fenótipo mielocítico (mielofibrose primária, trombocitose essencial e policitemia vera), julgue as alternativas a seguir sobre a correta.**

A) Na trombocitose essencial, em contagens de plaquetas muito elevadas, especialmente quando acima de 1.000.000/mm<sup>3</sup>, existe risco elevado de hemorragia causada por doença de von Willebrand.

B) A policitemia vera é limitada a eritrocitose isolada, por vezes associada a prurido aquagênico, e a presença de trombocitose isolada, leucocitose ou esple-

nomegalia devem direcionar a investigação a outras neoplasias mieloproliferativas.

C) As três doenças citadas apresentam quadros clínicos extremamente variados entre si, sendo que a policitemia vera, a mais rara das três, tem a sintomatologia mais grave e agressiva, rotineiramente cursando com sintomas constitucionais e esplenomegalia.

D) A trombocitose essencial, que apresenta alta chance de evolução para leucemia mieloide aguda, requer tratamento, na maior parte dos casos envolvendo quimioterapia, exceto em casos de intolerabilidade do paciente, que neste caso deve receber transplante alogênico de medula óssea

E) Paradoxalmente à alcinha de mieloproliferação estabelecida pela OMS, a mielofibrose primária comumente cursa com pancitopenia já em estágio inicial, em decorrência da perda de tecido medular para eritropoese eficaz, associada a sintomas constitucionais como perda ponderal e sudorese noturna.

**13) Paciente de 62 anos, tabagista de longa data, apresenta dispneia progressiva, tosse e edema facial que piora em decúbito dorsal. Ao exame, observa-se pletora facial, dilatação de veias cervicais e colaterais torácicas anteriores. A tomografia computadorizada de tórax mostra massa mediastinal com compressão da veia cava superior. Sobre a síndrome da veia cava superior, assinale a alternativa correta.**

A) O achado mais significativo nas radiografias de tórax é o de derrame pleural, em geral localizado à direita.

B) Em geral, os pacientes com síndrome de veia cava superior apresentam edema da face e do pescoço e os sintomas são progressivos, mas, em alguns casos, eles podem melhorar com o desenvolvimento de circulação colateral.

C) Para seu diagnóstico é essencial a realização de exame de imagem - idealmente ressonância magnética de tórax e cervical, entretanto a tomografia de tórax pode ser considerada se impossibilidade de realização daquele exame.

D) O desenvolvimento de varizes esofágicas, particularmente no contexto de uso de cateter de hemodiálise, deve direcionar a investigação a outras etiologias como síndrome hepatorenal, na qual há deficiência na produção de fatores de coagulação e aumento da pressão portal.

E) Embora classicamente fosse considerada uma síndrome relacionada a obstrução direta da veia cava superior por neoplasias malignas, hoje sabe-se que existe predominância de etiologias benignas como uso de cateteres de acesso venoso central de longa duração, marca-passos e doenças auto-imunes, particularmente a síndrome de Behçet.

**14) As células neoplásicas podem produzir uma variedade de produtos capazes de estimular res-**

**postas hormonais, hematológicas, dermatológicas, reumatológicas, renais e neurológicas. Dentre as síndromes paraneoplásicas mais comuns, considere as alternativas a seguir e indique a correta.**

A) Trombocitose, eosinofilia e granulocitose são achados frequentes em pacientes neoplásicos e, excluídas causas secundárias como infecções ou parasitoses, não requerem tratamento direto além do direcionado ao câncer.

B) A hipercalcemia humoral do câncer pode cursar com aumento acentuado do cálcio sérico levando a fadiga, alteração do estado mental, desidratação e nefrolitíase - nestes casos observa-se grande aumento do PTH sérico.

C) Em neoplasias malignas onde ocorre produção ectópica de gonadotrofina coriônica humana (hCG) é necessária a ablação completa de órgãos germinativos em homens ou mulheres, devido ao risco de recidiva tumoral futura.

D) Fraqueza, letargia, náuseas, alteração do estado mental e convulsões podem ser sintomas de SIADH associada a neoplasia, no qual o excesso de vasopressina provoca níveis supra fisiológicos de sódio, chegando a níveis superiores a 150 mEq/L em casos graves.

E) A trombose venosa profunda e a embolia pulmonar são os distúrbios trombóticos mais comuns nos pacientes com câncer e pacientes com diagnóstico neoplásico devem receber quimioprofilaxia contra TEV durante o tratamento, mesmo fora do ambiente hospitalar.

**15) As infecções constituem uma causa comum de morte e uma causa ainda mais comum de morbidade em pacientes que apresentam ampla variedade de neoplasias malignas – a depender do tipo de neoplasia, os óbitos relacionados a infecção podem chegar a 50% dos casos. A evolução da abordagem na prevenção e no tratamento das complicações infecciosas do câncer tem diminuído as taxas de mortalidade associadas às infecções e provavelmente continuará a fazê-lo. Julgue as alternativas a seguir e aponte a correta.**

A) Vacinas de vírus vivos (ou de bactérias vivas) não devem ser administradas a pacientes durante a quimioterapia intensiva, devido ao risco de infecção disseminada.

B) Na neutropenia febril em terapia inicial sem foco definido, recomenda-se o uso empírico de vancomicina, reavaliando a manutenção deste tratamento após resultados de culturas.

C) Pacientes com febre e neutropenia devem receber terapia intravenosa com cobertura de amplo espectro contra bactérias gram-negativas e gram-positivas e pseudomonas; o tratamento ambulatorial com antibióticos via oral nesta situação é contraindicado.

D) Os esquemas de antibióticos recomendados empiricamente para o tratamento de pacientes febris nos quais se espera uma neutropenia de longa duração (> 7 dias) incluem cefalosporina de terceira geração, macrolídeo e sulfametoxazol/trimetoprima, frequentemente em associação.

E) Cateteres intravenosos que são usados na quimioterapia estão propensos a causar infecção e representam um problema importante no tratamento destes pacientes; infecções de cateteres são tratadas com antibióticos e é contraindicada a remoção cirúrgica, tanto pela necessidade de via terapêutica para quimioterapia quanto pelo risco de disseminação séptica na manipulação dos mesmos.

**16) Paciente de 28 anos internado em hospital terciário após fratura de membro inferior após acidente de moto, realizando profilaxia contra trombose com heparina de baixo peso molecular, após cinco dias apresenta plaquetopenia, sem sangramento. Mantido o tratamento, após quatro dias evolui com trombose do membro inferior contralateral à fratura e verifica-se queda de contagem de plaquetas para 32.000/mm<sup>3</sup>, eritrograma e leucograma sem alterações. O médico assistente observa que o exame laboratorial prévio ao internamento do paciente era normal. Avalie a alternativa correta perante o caso clínico.**

A) A melhor terapia neste momento seria a de esplenectomia, entretanto apenas após a transfusão de plaquetas devido ao risco de sangramento

B) É imprescindível a realização o quanto antes de plasmaférese neste caso pois o diagnóstico mais plausível é o de púrpura trombocitopênica trombótica (PTT).

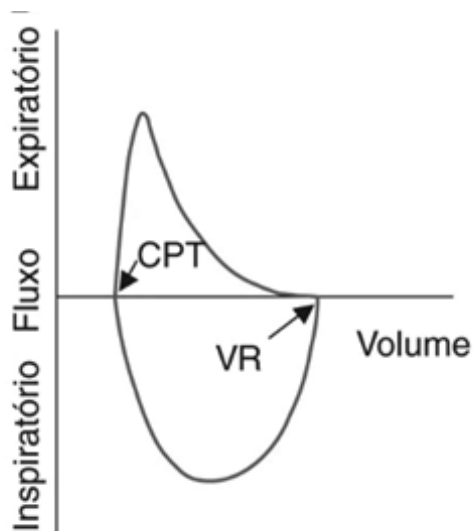
C) A hipótese mais plausível neste caso é a de púrpura trombocitopênica imune (PTI) e deve-se iniciar imediatamente o tratamento de primeira linha com prednisona 1 mg/kg/dia.

D) Neste momento, deve-se suspender a heparina (pelo risco de sangramento) e tão logo seja possível a realização de aspirado e biópsia de medula óssea para investigação de leucemias agudas ou síndrome mielodisplásica.

E) Trata-se de provável caso de trombocitopenia induzida por heparina (TIH), cuja complicação mais frequente é a de trombose, ainda que com contagens baixas nas plaquetas, e deve-se interromper imediatamente o uso de heparina e sua substituição por anticoagulante alternativo como varfarina.

**17) M.R.S, 16 anos, compareceu ao pronto-socorro acompanhado pela mãe, com queixa de tosse persistente e falta de ar, especialmente à noite e durante a prática de exercícios físicos. Os sintomas se iniciaram há cerca de 6 meses e têm se tornado mais frequentes e intensos. A mãe relata que o paciente acorda algumas noites com tosse,**

**o que o impede de ter uma boa noite de sono. O paciente nega tabagismo, febre, dor no peito, perda de peso ou outros sintomas sistêmicos. Após consulta com a clínica médica foi requisitada uma espirometria com prova broncodilatadora (b.d.) cujo resultado se apresenta abaixo. Em relação ao diagnóstico marque a alternativa correta.**



CPT	100%
CRF	104%
VR	120%
CVF	90%
VEF1	35% PRÉ B.D 75% PÓS B.D

A) O uso frequente de  $\beta_2$ -agonistas de curta ação não é associado com aumento da mortalidade.

B) Alguns diagnósticos diferenciais são a bronquiolite obliterante, a doença pulmonar obstrutiva crônica e fibrose cística.

C) Os  $\beta_2$ -Agonistas de longa ação (LABAs) apresentam duração de ação de cerca de 12 horas e são recomendados para uso como monoterapia.

D) Pacientes com diagnóstico no início da vida adulta deve-se descartar causas secundárias como uso de medicamentos (betabloqueadores, AAS e IECAs).

E) A sua fisiopatologia evidencia a inflamação crônica das vias aéreas mais comumente de natureza linfocítica, sendo a infiltração mastocitária também frequente.

**18) J.S.A., 45 anos, técnico em informática, comparece à consulta com queixas de sonolência diurna excessiva, ansiedade e cefaleia cedo pela manhã. A esposa relata que ele ronca alto e tem episódios frequentes de pausas respiratórias durante o sono, seguidos por “engasgos” ou pequenos despertares. O paciente nega dor torácica, febre ou tosse. Os sintomas têm se intensificado nos últimos dois anos. Ele refere que costumava fazer pequenas caminhadas, mas agora se cansa**

com facilidade, mesmo em atividades leves como subir um lance de escadas ou caminhar no plano por poucos metros. Ele atribui a falta de ar ao “sedentarismo” e ao aumento de peso, que tem sido constante na última década. Ao exame físico apresenta Índice de Massa Corporal (IMC) de 47,4 kg/m<sup>2</sup>, frequência cardíaca: 95 bpm. Frequência respiratória: 20 cpm. Saturação de O<sub>2</sub>: 89% em ar ambiente. Pressão arterial: 145/90 mmHg. Em relação ao diagnóstico marque a alternativa correta.

A) No indivíduo sadio, o nível arterial de dióxido de carbono (PaCO<sub>2</sub>) é mantido entre 27 e 33 mmHg ao nível do mar. Todos os distúrbios de ventilação resultam em alteração nas medições da PaCO<sub>2</sub>.

B) Na síndrome de hipoventilação por obesidade a carga da parede torácica é menor do que a força dos músculos ventilatórios, resultando em uma troca anormal de gases após input neural ser transmitido às bombas musculares da respiração.

C) A ventilação não invasiva com pressão positiva (VNIPP) noturna tem sido usada com sucesso no tratamento da hipoventilação e das apneias obstrutivas, porém sem sucesso nas hipoventilações de origem central.

D) O diagnóstico mais possível é de síndrome de hipoventilação por obesidade uma vez que o paciente possui IMC > 30 kg/m<sup>2</sup>, sintomas de hipoventilação crônica e evidência de distúrbio respiratório relacionado ao sono.

E) As doenças que reduzem a ventilação-minuto ou aumentam o espaço morto podem ser classificadas em quatro categorias principais: doença do parênquima pulmonar e da parede torácica, distúrbio respiratório do sono, doença neuromuscular e cor pulmonale.

**19) M.A.C., 68 anos, foi admitida na UTI devido a uma hemorragia digestiva alta grave, secundária a uma úlcera gástrica. Seu quadro inicial evoluiu para choque hipovolêmico, exigindo múltiplas transfusões de concentrado de hemácias, nas 4 horas seguintes ao final da última transfusão, a paciente desenvolveu dispneia progressiva e taquipneia. A ausculta pulmonar revelou estertores finos bilaterais, e a saturação de oxigênio caiu para 88% em ar ambiente. Ao exame físico a pressão arterial permaneceu estável, e não havia sinais de sobrecarga hídrica e nem febre. Os exames complementares mostraram uma relação PaO<sub>2</sub>/FiO<sub>2</sub> (P/F): 110 e radiografia de tórax abaixo.**

Em relação ao diagnóstico assinale a alternativa correta.



A) Caso a paciente evolua para ventilação mecânica deve-se optar por ventilações com alto volume corrente por quilo para se obter uma melhora da sobrevida.

B) Embora muitas doenças clínicas e cirúrgicas estejam associadas ao desenvolvimento de SARA, a maioria dos casos (> 80%) é causada por pneumonia e sepse (cerca de 40 a 60%).

C) Caso a paciente evolua para ventilação mecânica, não haveria benefício em mantê-la em posição prona uma vez que melhora a oxigenação arterial sem benefício na mortalidade.

D) Pacientes com SARA devem ser manejados evitando a restrição hídrica uma vez que a diminuição do enchimento atrial esquerdo é associado com maior mortalidade por hipoperfusão renal.

E) Trata-se de uma SARA (síndrome da angústia respiratória aguda) grave por lesão pulmonar direta ocasionado pelo aumento de volume circulante gerado pelas múltiplas transfusões de sangue.

**20) C.F.A., 58 anos foi admitida no pronto socorro por hipotensão e sensação de lipotímia. A sintomatologia iniciou-se há aproximadamente 12 horas, de forma insidiosa, mas com rápida progressão. A paciente relatou, inicialmente, uma sensação de calafrios intensos. Paciente nega náuseas, vômitos ou exteriorização de sangramento. A equipe de enfermagem percebeu que a paciente estava confusa, respondendo lentamente às perguntas e parecendo desorientada. A paciente está em vigência de quimioterapia para câncer de ovário metastático sendo seu último ciclo há 10 dias. Ela não faz uso de uso de cateter central. Ao exame físico pressão arterial 85/40 mmHg, frequência cardíaca 125 bpm, frequência respiratória 26 cpm, temperatura 38°C. O hemograma apresenta contagem de neutrófilos de 200/mm<sup>3</sup>. Em relação ao diagnóstico acima marque a alternativa correta.**

A) Há quatro principais processos que levam à redução no transporte de oxigênio e à hipoxia celular, sendo esses os quatro principais tipos de choque: distri-



butivo, cardiogênico, hipovolêmico e hemorrágico.

B) Após adequada reposição volêmica (30 mL/kg nas primeiras 3 horas) a paciente manteve hipotensão necessitando de suporte de vasopressores. Assim, a hipótese mais provável é de choque hipovolêmico.

C) A taquicardia observada na paciente é uma resposta secundária a hipotensão na tentativa de manter o transporte do oxigênio. Como esclarece a equação:  $DO_2$  (determinantes do transporte de oxigênio) =  $(FC \text{ (frequência cardíaca)} \times VS \text{ (volume sistólico)} \times CaO_2 \text{ (conteúdo arterial de oxigênio)})$ .

D) Com o objetivo de aumentar a resistência vascular periférica, caso se comprove o choque da paciente, deve-se iniciar um vasopressor sendo a dopamina o agente de primeira escolha.

E) Os antibióticos intravenosos devem ser iniciados assim que possível (dentro de 2 horas); especificamente com esquema de amplo espectro como cefepima 2 gramas a cada 8/8 horas.

**21) L.S., 68 anos é admitido no ambulatório de clínica médica pois há aproximadamente seis meses sua família percebeu mudanças sutis em seu comportamento e na sua capacidade motora. Inicialmente, L.S. apresentava uma lentidão geral em suas atividades diárias: ele caminhava arrastando os pés, com passos curtos, e instabilidade de postura. Sua expressão facial se tornou inexpressiva. A família relatou que ele tinha dificuldade para iniciar movimentos, como se levantar de uma cadeira. Sua caligrafia também diminuiu de tamanho e se tornou menos legível. Ele possui hipertensão arterial sistêmica e esquizofrenia, e faz uso de losartana 25 mg 12/12 horas, hidroclorotiazida 25 mg/dia e clorpromazina 300 mg/dia por mais de 15 anos. Ele possui bom controle de seus sintomas. Nega etilismo. Em relação ao caso acima assinale a alternativa correta:**

A) Na ataxia sensitiva é característica a desestabilização da postura ortostática ao olhar para baixo

B) Parkinsonismo é um termo genérico empregado para definir uma síndrome manifestada por ataxia, bradicinesia com rigidez e/ou tremor.

C) A distonia é um distúrbio que se caracteriza por relaxamentos musculares sustentados que resultam em movimentos de torção repetitivos.

D) A fisiopatologia desse caso é o bloqueio dos receptores GABAérgicos pelo uso de neuroléptico (antipsicóticos típicos) de longa data.

E) Uma das características da doença de Parkinson é o andar com postura curvada e a marcha arrastada que melhoram com a reposição de dopamina.

**22) J.S., 55 anos, procurou o serviço de cardiologia com queixa de cefaleia occipital frequente, palpitações e tontura. Ele relata que há cerca de um ano sua pressão arterial, que sempre foi controlada com um único medicamento (losartana 50mg/**

**dia), começou a subir de forma progressiva e descontrolada. Atualmente, apesar de estar usando três classes de medicamentos anti-hipertensivos em doses máximas (losartana 100mg/dia, anlodipino 10mg/dia e hidroclorotiazida 25mg/dia), sua pressão arterial domiciliar frequentemente atinge valores acima de 160/100 mmHg. O paciente nega tabagismo, etilismo ou uso de drogas ilícitas. Em relação ao caso acima assinale a alternativa correta:**

A) No aldosteronismo primário há retenção de sódio, potássio e a atividade de renina plasmática é baixa.

B) Na suspeita de síndrome de Cushing é indicado realizar a medida do cortisol sérico às 8:00 horas da manhã.

C) É importante perguntar sobre roncopatia pois a apnéia obstrutiva do sono pode ser causa de hipertensão resistente.

D) Caso o paciente apresente a tríade clássica de palpitação, cefaléia e sudorese profusa é importante pensar em hiperparatireoidismo.

E) Caso haja um sopro sistólico de intensidade moderada em flanco direito a fisiopatologia mais provável da doença é a displasia fibromuscular.

**23) Paciente feminina, 25 anos, comparece ao pronto atendimento com queixa de febre de início há 3 dias, odinofagia, coriza e exantema cutâneo de início hoje. Durante a avaliação, observadas lesões cutâneas maculopapulares e morbiliformes em região de tronco, membros superiores e face. Realizados exames laboratoriais que demonstraram apenas leucocitose às custas de linfócitos e eosinofilia, sem outras alterações orgânicas. Paciente relata início de uso de fenitoína há 2 meses. Sobre o caso, assinale a alternativa correta:**

A) No caso em questão deve-se evitar o uso de glicocorticóides sistêmicos, sob o risco de piora do acometimento sistêmico.

B) As erupções morbiliformes e maculopapulares são as menos comuns entre as reações induzidas por fármacos. Exantema viral é um diagnóstico diferencial considerável.

C) Considerando que a paciente apresenta febre e linfocitose, é possível excluir a possibilidade de reação induzida por fármaco, uma vez que a principal hipótese diagnóstica é de exantema viral.

D) Não se deve considerar a possibilidade de Síndrome de Stevens-Johnson (SSJ) ou Necrólise epidérmica tóxica (NET), uma vez que febre e sintomas gripais não são comuns nestes casos e as lesões já se iniciam com descolamento epidérmico ou mucoso.

E) A principal hipótese diagnóstica é a Síndrome de Hipersensibilidade Induzida por Fármacos (DIHS), podendo evoluir para manifestações sistêmicas como hepatite, nefrite, miosite, pneumonite e gastroenterite. Alterações laboratoriais incluem leucocitose com eosi-

nofilia ou linfocitose atípica.

**24) Os distúrbios da motilidade esofágica são doenças atribuíveis à disfunção neuromuscular do esôfago. Sobre a acalasia, responda a alternativa incorreta:**

- A) Manifestações clássicas características são disfagia, dor torácica e emagrecimento.
- B) O diagnóstico de acalasia é feito por meio de manometria esofágica e radiografia com bário deglutido.
- C) As características manométricas da acalasia podem ser vistas em usuários crônicos de opióides, podendo ser confundidas com acalasia primária.
- D) É caracterizada pela dilatação progressiva do esôfago, ausência de contratilidade do corpo esofágico e hipotonia do esfíncter esofágico inferior.
- E) Dentre os diagnósticos diferenciais de acalasia incluem-se esôfago Hipercontrátil, dismotilidade esofágica induzida por opióides e pseudoacalasia.

**25) A esofagite eosinofílica é um distúrbio imunológico induzido pela sensibilização antigênica dos indivíduos susceptíveis. Alérgenos alimentares e aeroalérgenos são os principais desencadeantes. Sobre essa patologia esofágica, assinale a alternativa correta:**

- A) A estenose de esôfago não está associada ao tempo de evolução da doença.
- B) As manifestações digestivas são semelhantes em adultos e crianças, sendo a disfagia pouco frequente.
- C) Dentre as doenças associadas destaca-se o diagnóstico de atopias, incluindo asma, rinite alérgica e alergia mediada por imunoglobulina E.
- D) Dentre as terapias destacam-se a dieta de eliminação de alérgenos, inibidores de bomba de prótons e corticoides sistêmicos como a prednisona.
- E) A confirmação histológica do diagnóstico é realizada por meio da contagem de eosinófilos em mucosa esofágica igual ou superior a 12 eosinófilos por campo de grande aumento.

**26) Modificações de estilo de vida são recomendadas rotineiramente no manejo da doença do refluxo gastroesofágico, pelo seu curso crônico. Dentre elas, assinale a alternativa que não contempla uma recomendação correta aos portadores dessa patologia:**

- A) Evitar álcool e pimenta.
- B) Realizar atividades físicas.
- C) Consumir frutas cítricas e a base de tomate.
- D) Elevar a cabeceira da cama em refluxo predominantemente noturno.
- E) Realizar refeições de forma lenta, evitando consumo de líquidos durante as refeições.

**27) A doença ulcerosa péptica engloba as úlceras**

**gástricas e duodenais. As suas principais complicações são sangramento e perfuração de trato digestivo. Sobre essa patologia, assinale a alternativa correta:**

- A) *Helicobacter pylori* e uso de corticoides são as causas mais comuns de úlcera péptica.
- B) O uso de anti-inflamatórios não esteroidais (AINE) podem induzir a úlceras pépticas, mas não é causa frequente dessa patologia.
- C) As úlceras são definidas por solução de continuidade da superfície mucosa, de qualquer tamanho, com profundidade até a muscular da mucosa.
- D) Uma vez identificado o *Helicobacter pylori* como fator etiológico, o seu tratamento é condicionado a pacientes com fatores de risco para câncer gástrico apenas.
- E) As úlceras gástricas são classificadas de acordo com a sua localização em: tipo I, que ocorrem no corpo gástrico; tipo II, que ocorrem no antro gástrico e por fim tipo III que ocorrem a uma distância de 3 cm do piloro.

**28) A infecção pelo *Helicobacter pylori* ocorre pela via oro-oral ou fecal-oral, geralmente a primoinfecção ocorre na infância. O risco de infecção por este agente bacteriano vem reduzindo em países em desenvolvimento. Após o término do tratamento é mandatório, pelos consensos nacionais e internacionais, o controle da erradicação dessa infecção. Assinale qual o teste não deve ser realizado por baixa acurácia e sensibilidade, para controle de erradicação:**

- A) Teste respiratório de ureia marcada.
- B) Histologia por biópsia gástrica.
- C) Antígeno fecal.
- D) Sorologia.
- E) Cultura.

**29) Homem de 54 anos, agricultor, com história de poliartralgia migratória há 2 anos, evoluindo há 1 ano com diarreia crônica (esteatorreia), dor abdominal e perda ponderal de 15 kg. Apresenta ainda hiperpigmentação cutânea e linfadenopatia generalizada. A biópsia de duodeno revelou atrofia com a presença de macrófagos com inclusões citoplasmáticas granulares, coradas em magenta pela coloração de Ácido Periódico-Schiff (PAS). Qual o diagnóstico?**

- A) Espru tropical.
- B) Doença Celíaca.
- C) Doença de Whipple.
- D) Enteropatia perdedora de proteínas.
- E) Supercrescimento bacteriano de intestino delgado.

**30) A Doença celíaca é uma enteropatia do intestino delgado que resulta da resposta imune à in-**

**gestão de glúten. A incidência e prevalência vêm aumentando no mundo. Sobre essa patologia, assinale a alternativa incorreta:**

- A) Diarreia, perda de peso e crescimento insuficiente são manifestações comuns, especialmente nas crianças e adolescentes.
- B) A atrofia ocorre em intestino delgado proximal, podendo-se desenvolver esteatorreia e deficiência secundária de lactase.
- C) Portadores de doença celíaca tem maior incidência de doenças autoimunes concomitantes, principalmente da tireoide.
- D) A dermatite atópica é a manifestação cutânea mais comumente associada ao diagnóstico de doença celíaca.
- E) A base do tratamento é a instituição de uma dieta estrita sem glúten.

**31) As doenças inflamatórias intestinais englobam a Retocolite Ulcerativa e a Doença de Crohn. Ambas com as suas semelhanças e peculiaridades. Doenças intestinais com manifestações sistêmicas nas quais as extra digestivas são comuns. Dentre as manifestações extra-intestinais abaixo, qual delas está associada a atividade inflamatória da doença intestinal?**

- A) Uveíte.
- B) Sacroileíte.
- C) Pioderma gangrenoso.
- D) Espondilite anquilosante.
- E) Artrite de grandes articulações.

**32) As terapias imunobiológicas para o tratamento das doenças inflamatórias intestinais estão cada vez mais sendo utilizadas no manejo de pacientes jovens e com doenças moderada-grave. Baseado nas classes de imunobiológicos disponíveis atualmente, assinale a alternativa que correlaciona a medicação com a sua respectivamente classe.**

**I - Anti-TNF.  
II - Anti integrina.  
III - Pequenas moléculas.**

- ( ) Tofacitinibe.
- ( ) Infliximabe.
- ( ) Vedolizumabe.
- ( ) Ustekinumabe.
- ( ) Adalimumabe.

- A) I, III, II, II, III
- B) II, II, I, II, III
- C) II, I, II, I, I
- D) III, I, II, II, I
- E) III, II, I, I, III

**33) Paciente masculino, 19 anos, chega ao pronto-socorro com dor abdominal há 36 horas, inicial-**

**mente periumbilical e agora contínua e bem localizada em fossa ilíaca direita, acompanhada de náuseas e febre baixa. Ao exame físico, com o paciente posicionado em decúbito lateral esquerdo, o examinador realiza a extensão passiva da coxa direita, manobra que desperta uma dor aguda e intensa na fossa ilíaca direita. Qual sinal semiológico, frequentemente associado à apendicite com localização retrocecal, foi pesquisado e considerado positivo no enunciado?**

- A) Sinal do Psoas.
- B) Sinal de Dunphy.
- C) Sinal de Rovsing.
- D) Sinal de Blumberg.
- E) Sinal do Obturador.

**34) Paciente de 65 anos, etilista crônico e com histórico de baixa ingestão alimentar, é trazido ao ambulatório com queixas de lesões de pele ásperas e hiperpigmentadas em áreas expostas ao sol (dorso das mãos e pescoço), diarreia crônica aquosa há 3 meses e um quadro de confusão mental e apatia que se instalou progressivamente. Baseado na tríade de sintomas apresentada, qual é a deficiência de micronutriente mais provável?**

- A) Tiamina (Vitamina B1).
- B) Niacina (Vitamina B3).
- C) Cobalamina (Vitamina B12).
- D) Vitamina C.
- E) Vitamina A e K.

**35) Um homem de 72 anos, viúvo, que vive sozinho e relata uma dieta muito restrita, baseada em pão, enlatados e chá, procura o serviço de saúde com queixa de fadiga extrema, dores musculares e o aparecimento de “manchas roxas” espontâneas nas pernas. Ao exame físico, nota-se sangramento e hipertrofia gengival, além de múltiplas petéquias e equimoses nos membros inferiores, especialmente ao redor dos folículos pilosos (hemorragia perifolicular). Considerando o quadro clínico e o histórico alimentar, qual a deficiência de micronutriente mais provável?**

- A) Vitamina A
- B) Niacina (Vitamina B3)
- C) Tiamina (Vitamina B1)
- D) Vitamina C
- E) Ferro

**36) Um profissional de saúde realiza seus exames sorológicos de rotina para verificar seu status de imunidade contra a Hepatite B, referindo ter completado o esquema vacinal há vários anos e não ter tido contato de risco. Assinale a alternativa que apresenta o perfil sorológico esperado para um paciente com imunidade contra o vírus da hepatite**

**B (VHB) adquirida exclusivamente por vacinação.**

- A) HBsAg: negativo; Anti-HBs: positivo; Anti-HBc total: positivo.
- B) HBsAg: positivo; Anti-HBs: negativo; Anti-HBc total: positivo.
- C) HBsAg: negativo; Anti-HBs: positivo; Anti-HBc total: negativo.
- D) HBsAg: negativo; Anti-HBs: negativo; Anti-HBc total: positivo.
- E) HBsAg: positivo; Anti-HBs: negativo; Anti-HBc total: negativo.

**37) Paciente de 48 anos, assintomático, comparece à consulta para mostrar exames de rotina solicitados pela empresa. Ele nega comorbidades, mas relata ter recebido uma transfusão de sangue em 1990, após um acidente automobilístico. O painel sorológico para hepatites virais apresenta o seguinte resultado: HBsAg: não reagente; Anti-HBs: reagente; Anti-HBc total: não reagente; Anti-HCV: reagente. Diante deste quadro sorológico, qual é a conduta imediata e indispensável para confirmar se há uma infecção ativa pelo vírus da hepatite C?**

- A) Solicitar a genotipagem do vírus da hepatite C.
- B) Encaminhar o paciente para a realização de uma biópsia hepática.
- C) Repetir o teste Anti-HCV em seis meses para confirmar o resultado.
- D) Solicitar a pesquisa e quantificação do RNA do vírus da hepatite C (HCV-RNA por PCR).
- E) Considerar o paciente curado, pois a presença de anticorpos (Anti-HCV) confere imunidade.

**38) Uma paciente do sexo feminino, de 22 anos, previamente hígida, procura atendimento por um quadro de fadiga progressiva, icterícia e colúria iniciado há 3 meses. Ela nega etilismo, uso de drogas ilícitas ou de medicamentos hepatotóxicos. Os exames laboratoriais revelam um aumento acentuado de aminotransferases (AST/TGP > 10 vezes o limite superior da normalidade), hipergamaglobulinemia policlonal com predomínio de IgG e a presença de anticorpos antinucleares (FAN) e anti-músculo liso (AML) em títulos elevados. As sorologias para hepatites virais (A, B e C) foram negativas. Qual é o diagnóstico mais provável para esta paciente?**

- A) Doença de Wilson.
- B) Hepatite autoimune.
- C) Hepatite viral aguda.
- D) Deficiência de alfa-1-antitripsina.
- E) Colangite biliar primária.

**39) Paciente M.J., 72 anos, sexo masculino, procura o serviço de cardiologia com queixas de fadiga, dispneia aos esforços e múltiplos episódios de**

**pré-síncope nos últimos três meses. Ele faz uso contínuo de metoprolol devido a um histórico de Fibrilação Atrial (FA) de alta resposta, considerada uma medicação essencial. O monitoramento prolongado revelou a Síndrome Taquicardia-Bradycardia (Tachy-Brady Syndrome), com episódios de FA alternando com pausas sinusais sintomáticas de até 5,8 segundos após a cessação da taquicardia. As pausas são exacerbadas pelo beta-bloqueador. Após a exclusão de todas as causas reversíveis conhecidas de bradicardia, como a apneia do sono e o hipotireoidismo, considere a conduta terapêutica definitiva e mais indicada para este paciente. Qual é a principal e mais confiável intervenção terapêutica para o manejo crônico da condição do paciente?**

- A) Suspensão imediata e permanente do metoprolol e observação clínica.
- B) Implante de Marcapasso Permanente (PPM), preferencialmente de dupla câmara.
- C) Implante de Cardioversor-Desfibrilador (CDI) para prevenção de Morte Súbita Cardíaca.
- D) Início do tratamento com teofilina oral para determinação diagnóstica da resposta sintomática.
- E) Suporte farmacológico temporário com Agonistas Beta-1 Adrenérgicos até a recuperação do Nó Sinusal.

**40) Paciente M.R., 65 anos, sobrevivente de infarto do miocárdio (IM) há 6 meses. Apresenta dispneia e palpitações. O ecocardiograma revela Disfunção Ventricular Esquerda grave (Fração de Ejeção de 30%). O monitoramento Holter mostra episódios frequentes de Taquicardia Ventricular Não Sustentada (NSVT), além de ectopia ventricular significativa. Ele recebe terapia farmacológica otimizada para insuficiência cardíaca (incluindo betabloqueador). Considerando que este paciente se encontra no grupo de alto risco para Morte Súbita Cardíaca (MSC) (pós-IM e FEVE baixa), qual a conduta terapêutica definitiva mais indicada que comprovadamente reduz a mortalidade total?**

- A) Implante de Cardioversor-Desfibrilador (CDI).
- B) Ablação por Cateter para supressão do substrato de NSVT.
- C) Início de tratamento com um bloqueador do canal de sódio (ex: Flecainida ou Propafenona).
- D) Intensificação da terapia com Amiodarona para supressão completa da ectopia ventricular.
- E) Aumento da dose do Betabloqueador (BB) para o máximo tolerado sem outra intervenção.

**41) Paciente J.S., 58 anos, diabético tipo 2 com diagnóstico de Hipertensão Arterial (HA) Estágio 2 (PA  $\geq$ 140/90 mmHg). Sua pressão arterial média no consultório é 150/95 mmHg. Ele apresenta microalbuminúria (30–300 mg/g), indicativa de lesão renal incipiente. O paciente refere intolerância a**

inibidores da enzima conversora de angiotensina (IECA) devido à tosse seca. Considerando que o controle da hipertensão é a intervenção mais eficaz para retardar a progressão da doença renal, e que este paciente possui alto risco cardiovascular (ASCVD), ele necessita de uma estratégia que, além de reduzir a PA para o alvo <130/80 mmHg, ofereça proteção específica ao órgão-alvo.

Qual classe de agente anti-hipertensivo deve ser priorizada no esquema terapêutico de J.S. para retardar a taxa de progressão da doença renal e diminuir a proteinúria, sendo uma alternativa eficaz aos IECA?

- A) Diuréticos de Alça (Ex: Furosemida).
- B) Bloqueadores Beta-Adrenérgicos (Ex: Metoprolol).
- C) Bloqueadores Alfa-1 Adrenérgicos Seletivos (Ex: Doxazosina).
- D) Antagonistas do Receptor de Angiotensina II (ARA-II) (Ex: Losartan).
- E) Bloqueadores de Canais de Cálcio Não Di-hidropiridínicos (Ex: Verapamil).

**42) Paciente R.C., 45 anos, sexo feminino, apresenta Hipertensão Arterial (HA) de difícil controle há dois anos. Apesar da terapia tripla (incluindo um inibidor da enzima conversora de angiotensina, um betabloqueador e um diurético tiazídico), sua pressão arterial média permanece em 155/98 mmHg. A hipertensão resistente ou de difícil controle é uma pista para formas secundárias. Ela nega o uso de substâncias ilícitas ou medicamentos que possam elevar a PA (como descongestionantes ou AINEs). O exame laboratorial de rotina, obtido antes da introdução dos diuréticos, revelou hipocalcemia persistente e não provocada (Potássio sérico = 2,9 mEq/L), e a paciente relata fraqueza muscular ocasional. A doença renal primária é a etiologia mais comum de HA secundária, mas a hipocalcemia não provocada sugere uma causa menos comum, porém potencialmente curável.**

**Diante da suspeita de hipertensão arterial secundária em um paciente com HA resistente e hipocalcemia não provocada, qual é o teste de rastreio (screening test) mais indicado para a etiologia secundária mais provável neste cenário?**

- A) Ultrassonografia com Doppler das artérias renais.
- B) Eletrocardiograma de 12 derivações e painel metabólico básico.
- C) Dosagem de metanefrinas plasmáticas livres ou urinárias de 24 horas.
- D) Determinação da velocidade da onda de pulso (VOP) entre as artérias carótida e femoral.
- E) Dosagem da relação Aldosterona Plasmática/Atividade de Renina Plasmática (PA/PRA).

**43) Paciente M.G., 68 anos, procura atendimento com história de fadiga progressiva, edema perifé-**

**rico e ascite proeminente há mais de oito meses. O paciente foi inicialmente tratado com diuréticos, mas a melhora sintomática foi mínima. O exame físico revela distensão jugular persistente, que falha em declinar durante a inspiração (Sinal de Kussmaul). Um “pericardial knock” é auscultado no ápice. A investigação avançada, incluindo Ressonância Magnética Cardíaca (RMC), confirmou a presença de espessamento e rigidez do pericárdio. O diagnóstico estabelecido é de Pericardite Constrictiva Crônica, uma condição onde o pericárdio fibrótico e cicatrizado impede o enchimento ventricular.**

**Qual é a única intervenção terapêutica definitiva indicada para a Pericardite Constrictiva Crônica, que visa reverter a fisiopatologia restritiva e é geralmente corretiva?**

- A) Pericardiocentese com drenagem completa do líquido pericárdico.
- B) Terapia anti-inflamatória intensiva com Glicocorticoides e Colchicina.
- C) Ressecção Pericárdica (Pericardiectomy), que deve ser o mais completa possível.
- D) Intensificação do tratamento diurético e introdução de agentes inotrópicos positivos.
- E) Início de quimioterapia antituberculose empírica, devido à etiologia infecciosa crônica.

**44) Paciente R.V., 48 anos, sexo feminino, com diagnóstico de Regurgitação Mitral (RM) primária (degenerativa) severa, confirmada por Ecocardiograma com Orifício Regurgitante Efetivo (ERO) de 0.42 cm<sup>2</sup> e Volume Regurgitante de 65 mL/batimento. A paciente está assintomática e normotensa, e sua função ventricular esquerda (VE) está preservada (Fração de Ejeção do VE (FEVE) de 68%; Diâmetro Sistólico Final do VE (ESD) de 34 mm). Como ela não preenche os critérios hemodinâmicos ou sintomáticos para intervenção cirúrgica imediata, o foco do manejo é a vigilância clínica e o tratamento não cirúrgico, visando evitar a progressão da disfunção ventricular.**

**Qual é a conduta terapêutica clínica mais apropriada para este paciente assintomático com Regurgitação Mitral primária severa e função sistólica preservada?**

- A) Início de anticoagulação oral com um Agente Oral Direto (DOAC) devido à alta carga de volume atrial.
- B) Início de terapia vasodilatadora crônica (ex: Inibidores da ECA/ARA-II) para reduzir o volume regurgitante.
- C) Orientação para evitar exercícios isométricos e monitoramento ecocardiográfico periódico do VE.
- D) Recomendar profilaxia antibiótica para Endocardite Infecciosa (IE) antes de todos os procedimentos dentários.
- E) Início de um Betabloqueador (BB) em doses bai-

xas para controle da frequência cardíaca e redução da pós-carga.

**45) Paciente J.L., 62 anos, com histórico de hipertensão e doença arterial coronariana, apresenta progressiva fadiga e dispneia aos esforços (classificado como NYHA Classe II). O diagnóstico de Insuficiência Cardíaca (IC) é confirmado por sintomas típicos e evidências de disfunção cardíaca. O ecocardiograma revela Disfunção Ventricular Esquerda grave, com Fração de Ejeção do Ventrículo Esquerdo (FEVE) de 35%. A IC é uma complexa síndrome clínica que resulta de qualquer comprometimento estrutural ou funcional do enchimento ou ejeção ventricular. A classificação dos pacientes com IC baseada na FEVE (Reduzida vs. Preservada) é fundamental devido às diferenças no perfil demográfico, comorbidades e, crucialmente, na resposta às terapias.**

**Para este paciente com Insuficiência Cardíaca e Fração de Ejeção Reduzida (HFrEF, FEVE  $\leq$ 40%) sintomática, qual é o pilar terapêutico que comprovadamente atenua ou reverte o remodelamento ventricular e reduz a morbidade e mortalidade, conforme as diretrizes atuais?**

A) Implante de Cardiodesfibrilador (CDI) como a única intervenção de primeira linha para prevenir Morte Súbita Cardíaca.

B) Apenas o tratamento de comorbidades, como o controle rigoroso da hipertensão e diabetes e observação clínica.

C) Início de terapia com Inibidores do SGLT-2 (SGLT-2i) em monoterapia, devido ao seu perfil favorável de proteção cardiorrenal.

D) Terapia focada em sintomas com Diuréticos de Alça e introdução de Bloqueadores de Canais de Cálcio Não Di-hidropiridínicos (BCC).

E) Antagonismo Neuro-Hormonal escalonado, incluindo Antagonistas do Sistema Renina-Angiotensina-Alдостерона (SRAA) e Betabloqueadores.

**46) Paciente R.S., 35 anos, previamente saudável, procura o pronto-socorro com história de fadiga e dispneia progressivas nos últimos 10 dias, evoluindo rapidamente para choque cardiogênico. O ecocardiograma revela Disfunção Ventricular Esquerda grave (FEVE 20%). Diante da suspeita de miocardite fulminante, e devido à rápida deterioração hemodinâmica, é realizada a biópsia endomiocárdica (EMB). A histopatologia revela extensa infiltração inflamatória mononuclear e células gigantes multinucleadas, consistente com Miocardite de Células Gigantes (Giant Cell Myocarditis). Essa forma de miocardite não infecciosa, embora rara, se apresenta de maneira fulminante e, em contraste com a miocardite viral típica, tem implicações terapêuticas específicas.**

**Dada a confirmação diagnóstica de Miocardite de**

**Células Gigantes, qual é a conduta terapêutica específica, além do suporte hemodinâmico (que pode incluir suporte circulatório mecânico), que é fundamental para melhorar o prognóstico a curto prazo desta condição?**

A) Pericardiocentese de urgência para alívio do tamponamento cardíaco.

B) Uso exclusivo de Inibidores de Ciclo-oxigenase Não-Esteroidais (AINEs) e Colchicina para controlar a inflamação e a dor.

C) Uso de Glicocorticoides em dose alta e prolongada, combinados com outros agentes imunossupressores, como a ciclosporina.

D) Início imediato de terapia antiviral de amplo espectro, pois a Miocardite de Células Gigantes é frequentemente causada por vírus desconhecidos.

E) Terapia de suporte guiada por diretrizes de Insuficiência Cardíaca com Fração de Ejeção Reduzida (HFrEF) (ex: Beta-Bloqueadores e IECA/ARA-II).

**47) Paciente M.A., 68 anos, com histórico de Diabetes Mellitus e dislipidemia, procura o pronto-socorro com dor torácica intensa em repouso, com duração superior a 10 minutos. O eletrocardiograma (ECG) inicial mostra infradesnivelamento do segmento ST. Os biomarcadores cardíacos (Troponina I) estão elevados, confirmando o diagnóstico de Infarto do Miocárdio sem Supradesnivelamento do Segmento ST (NSTEMI). Devido à idade, comorbidades (diabetes), e alterações no ECG, o paciente é classificado como de alto risco, sendo indicada a estratégia invasiva precoce (< 24 horas). O tratamento inicial visa estabilizar a lesão culpada e prevenir a progressão do quadro.**

**Considerando o manejo farmacológico agudo e antitrombótico para este paciente de alto risco com NSTEMI, qual é a combinação de terapia antiplaquetária e anticoagulante mais apropriada para ser iniciada imediatamente?**

A) Anticoagulação com Fondaparinux em monoterapia, aguardando a angiografia para iniciar a terapia antiplaquetária.

B) Dose de ataque de Aspirina e um inibidor de P2Y<sub>12</sub> mais potente (Prasugrel ou Ticagrelor), além de um anticoagulante parenteral.

C) Início de terapia antiplaquetária tripla de rotina, utilizando Aspirina, Clopidogrel e um inibidor da Glicoproteína IIb/IIIa, devido ao alto risco.

D) Monoterapia com Aspirina (75–100 mg/dia) combinada com um Beta-Bloqueador (BB) oral (ex: Metoprolol) para reduzir o consumo de oxigênio.

E) Início de um Bloqueador de Canal de Cálcio não Di-hidropiridínico (ex: Diltiazem), pois os Beta-Bloqueadores são contraindicados em pacientes com diabetes.

**48) Paciente C.L., 32 anos, sexo feminino, diagnosticada com Síndrome de Marfan. O aneurisma da aorta ascendente é uma complicação comum dessa condição, frequentemente associada à degeneração medial. Em acompanhamento cardiológico, exames de imagem mostram aneurisma fusiforme da aorta ascendente com diâmetro de 4.7 cm, sem dissecção ou sintomas de regurgitação aórtica. Embora o diâmetro ainda esteja abaixo do limite absoluto para intervenção cirúrgica imediata ( $\geq 5.5$  cm para a maioria dos casos de valva não bicúspide), a patologia subjacente exige uma terapia médica agressiva para reduzir o estresse na parede aórtica e modular as vias moleculares que causam a expansão, reduzindo o risco de dissecção ou ruptura.**

**Qual é a intervenção farmacológica, além do controle de hipertensão, que é especificamente recomendada para pacientes com aneurisma da aorta ascendente associado à Síndrome de Marfan, visando reduzir a taxa de expansão do aneurisma?**

- A) Reparo endovascular com implante de stent graft aórtico para evitar a expansão.
- B) Início de Estatinas em dose máxima (ex: Atorvastatina) para combater a aterosclerose subjacente.
- C) Administração de Diuréticos de Alça (ex: Furose-mida) para reduzir a volemia e, conseqüentemente, o estresse de parede sistólico.
- D) Uso de Bloqueadores de Canais de Cálcio (BCC) não di-hidropiridínicos para controle da frequência cardíaca e redução da pós-carga.
- E) Início de terapia com Bloqueadores do Receptor de Angiotensina II (ARA-II) para bloquear a sinalização do Fator de Crescimento Transformador- $\beta$  (TGF- $\beta$ ).

**49) O Prolapso da Valva Mitral (PVM) é uma síndrome clínica comum, com apresentações clínicas muito variáveis. Analise as assertivas relacionadas ao PVM:**

- I. Um achado frequente na ausculta é o clique meso ou telessistólico (não ejetivo), que ocorre 0,14 segundos ou mais após a primeira bulha.
- II. Os cliques sistólicos podem ser múltiplos, causados pela súbita distensão das cordas tendíneas, e seguidos por um sopro meso-telessistólico.
- III. A irradiação do sopro irá depender do folheto envolvido. Com o prolapso do folheto posterior, o jato regurgitante é dirigido posteriormente e o sopro se irradia para axila e costas.
- IV. Com o prolapso do folheto anterior o jato se dirige anteriormente e o sopro irá se irradiar para a base do coração.

**Escolha entre as alternativas abaixo, as assertivas corretas:**

- A) I e II apenas.

- B) I e IV apenas.
- C) II e III apenas.
- D) I, III e IV apenas.
- E) Todas as assertivas estão corretas.

**50) Estima-se que o número de adultos com cardiopatia congênita vivendo nos Estados Unidos seja de pelo menos 1,4 milhão. Uma das cardiopatias congênitas mais comuns é a presença de defeito do septo atrial (DSA). Avalie as alternativas seguintes sobre os DSA e assinale como verdadeira (V) ou falsa (F).**

- ( ) O tipo mais comum de DSA é o DSA ostium primum.
- ( ) Forame oval patente (FOP) é a persistência de patência da aba valvulada da fossa oval e persiste em até 25% dos adultos.
- ( ) O DSA tipo ostium secundum frequentemente pode ser fechado com um dispositivo oclutor colocado por via percutânea.
- ( ) O DSA tipo ostium secundum é geralmente associado a um desenvolvimento anormal das valvas atrioventriculares (fenda na valva mitral).
- ( ) O achado clássico do exame físico nos DSA é um desdobramento amplo e fixo da segunda bulha cardíaca.

**A sequência correta é:**

- A) V, F, F, V, F
- B) V, V, V, F, F
- C) F, F, F, V, V
- D) V, V, F, V, F
- E) F, V, V, F, V

