



# EINSTEIN

## Hospital Israelita

**PROGRAMAS DE RESIDÊNCIA MÉDICA**  
**PROCESSO SELETIVO 2026**

## 002. PROVA ESCRITA OBJETIVA (TEÓRICA)

### PRÉ-REQUISITO EM CLÍNICA MÉDICA

---

**Programas:** Cardiologia | Geriatria | Hematologia e Hemoterapia | Nefrologia | Oncologia Clínica

- 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 2 horas e 30 minutos, já incluído o tempo para o preenchimento da folha de respostas.
- Só será permitida a saída definitiva da sala e do prédio após transcorrida 1 hora 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 e assine o 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 \_\_\_\_\_



**01.** Paciente do sexo feminino, de 25 anos, previamente hígida, exceto por migrânea de padrão menstrual, foi admitida em consulta para discutir alternativas de profilaxia medicamentosa. Iniciou uso de levonorgestrel 0,15 mg + etinilestradiol 0,03 mg por 21 dias, há três ciclos, porém persiste com cefaleia.

São alternativas corretas todas a seguir, **exceto**:

- (A) miniprofilaxia com triptanos desde que haja previsibilidade de ciclo menstrual para manutenção da medicação por intervalos programados de cinco a sete dias.
- (B) miniprofilaxia com anti-inflamatórios não esteroidais desde que haja previsibilidade de ciclo menstrual para manutenção da medicação por intervalos programados de cinco a sete dias.
- (C) terapia hormonal combinada contínua para inibir a flutuação de estrógeno.
- (D) terapia hormonal com pílula de progestágeno, a menos que a manifestação da migrânea inclua aura.

**02.** Um paciente de 73 anos de idade, do sexo masculino, que vem em acompanhamento por queixa de perda de memória, é diagnosticado com comprometimento cognitivo leve, MoCA 23/30, sem fatores reversíveis identificados, previamente hígido, e questiona sobre a possibilidade de terapia medicamentosa antiamiloide.

Para avaliar a indicação clínica dessa classe, é possível afirmar todas as seguintes, **exceto**:

- (A) realização de PET-CT para placas amiloides para identificação de depósitos marcadores da doença de Alzheimer.
- (B) genotipagem da apolipoproteína E, independentemente de histórico familiar, para avaliação de risco do tratamento.
- (C) dosagem da proteína tau fosforilada 217 no líquido ou no sangue seriada para avaliação de resposta.
- (D) ressonância magnética de encéfalo para avaliação de contraindicações à terapia.

**03.** Na tomada de decisão terapêutica em pacientes com espondiloartropatias, são boas alternativas todas a seguir, **exceto**:

- (A) para paciente portador de artrite psoriática com manifestação de artrite periférica, a introdução de metotrexato (DMARD convencional).
- (B) para paciente portador de espondiloartrite axial sem resposta à terapia com anti-inflamatórios não esteroidais, o uso de etanercept (TNFi).
- (C) para paciente portador de artrite psoriática com acometimento cutâneo importante associado, o uso de ixequizumab (IL17i).
- (D) para paciente portador de espondiloartrite relacionada à doença inflamatória intestinal, o uso de secuquimumab (IL17i).

**04.** Um paciente do sexo masculino, de 24 anos, previamente hígido, que trabalha no mercado financeiro, comparece ao consultório com queixas de dificuldade de atenção com prejuízo laboral e questiona alternativas de terapia medicamentosa, pois está preocupado com a queda de performance sinalizada pelo chefe e a possibilidade de perder o emprego.

Sobre o diagnóstico do transtorno do déficit de atenção e hiperatividade, é correto afirmar:

- (A) a aplicação de questionário estruturado, como a Escala de Autoavaliação para Diagnóstico do Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade em Adultos, pode apoiar a confirmação diagnóstica.
- (B) independentemente de histórico familiar ou presença de TDAH na infância ou histórico de performance acadêmica e laboral anterior, a confirmação diagnóstica deve passar por avaliação neuropsicológica formal ante a suspeita clínica compatível.
- (C) não se aplica a realização de questionários validados para diagnóstico diferencial, como Transtorno de Ansiedade Generalizada de 7 itens (GAD-7) ou Questionário de Saúde do Paciente-9 (PHQ-9).
- (D) a boa resposta clínica à prova terapêutica com psicoestimulante é bastante para a confirmação do diagnóstico clínico.

**05.** Com relação ao manejo de anticoagulação oral, **não é** correto afirmar que pacientes

- (A) submetidos a ablação por cateter de fibrilação atrial, sem evidência de recorrência da arritmia, devem manter anticoagulação para prevenção de embolização sistêmica.
- (B) que apresentaram tromboembolismo pulmonar provocado, com fator de risco persistente, beneficiam-se de prolongamento de anticoagulação com apixabana dose reduzida por doze meses.
- (C) com síndrome coronariana crônica, com colocação de *stent* anteriormente e com necessidade de anticoagulação atual, não devem ter ácido acetilsalicílico associado.
- (D) portadores de síndrome antifosfolípide têm benefício do uso de antagonista de vitamina K, em vez de anticoagulante direto, pela redução de risco de fenômenos arteriais.

06. Paciente do sexo feminino, de 73 anos, previamente portadora de osteoartrose de quadril, é admitida na enfermaria em pós-operatório de artroplastia total de quadril.

Referente ao manejo analgésico dessa paciente, assinale a alternativa correta.

- (A) Não está indicada a prescrição de anti-inflamatórios não esteroidais ante o risco de desidratação e injúria renal aguda.
- (B) Não há necessidade de avaliação de fatores de risco do transtorno de uso de opioides antes da prescrição dessa classe medicamentosa ante a indicação evidente e etiologia aguda.
- (C) O bloqueio periférico do nervo obturador guiado por ultrassom é suficiente para a analgesia locorregional pós-operatória.
- (D) Paralelamente à prescrição de opioide, é mandatória a orientação sobre efeitos colaterais, assim como seu monitoramento e tratamento, tais como náuseas, obstipação e depressão respiratória.

07. Referente à suspeita etiológica de quadros de arboviroses, além do perfil epidemiológico local, a sintomatologia apresentada pode corroborar a identificação do vírus implicado.

Nesse contexto, é correto afirmar que

- (A) manifestações hemorrágicas devem aumentar a suspeição quanto a Zika vírus.
- (B) a presença de conjuntivite é sugestiva de febre Oropouche.
- (C) dor predominantemente retro-orbitária é compatível com febre amarela.
- (D) a instalação de artrite, com cronificação do sintoma, é presente na febre Chikungunya.

08. Uma paciente do sexo feminino, de 65 anos, menopausa aos 45 anos, portadora de artrite reumatoide, em uso de prednisona 10 mg/dia e de metotrexato 15 mg/semana, passa em consulta ambulatorial.

Referente à avaliação do risco de osteoporose nessa paciente, **não** é correto afirmar:

- (A) o aumento de risco de fratura em portadores de artrite reumatoide é explicado pela frequência de uso de glucocorticoides sistêmicos.
- (B) deve ser realizada avaliação de sedentarismo e redução da força de preensão manual, pois são fatores de risco adicionais a serem avaliados.
- (C) características pessoais, tais como sexo feminino e estado pós-menopausa, são fatores independentes de risco de osteoporose.
- (D) os principais marcadores de risco de fratura são idade avançada e ocorrência de fratura anterior.

09. Paciente do sexo masculino, de 68 anos, portador de doença pulmonar obstrutiva crônica, atualmente em uso de formoterol-budesonida 12-400 mcg (uma inalação oral duas vezes ao dia) e tiotrópio 2,5 mcg (duas inalações orais uma vez ao dia), passa em consulta ambulatorial de reavaliação terapêutica. Já teve três exacerbações com necessidade de corticoterapia no último ano, sendo que, na última, foi admitido no hospital e permaneceu internado por cinco dias, sem necessidade de ventilação mecânica ou UTI. É ex-tabagista, segue abstinência, é aderente à medicação, com técnica adequada de uso. Na avaliação clínica, não foram encontradas outras comorbidades a serem otimizadas.

As próximas alternativas terapêuticas adequadas a esse paciente, considerando particularidades de apresentação, são as seguintes, **exceto**:

- (A) dupilumab 300 mg subcutâneo quinzenal, caso tenha eosinofilia superior a 300 células/microL.
- (B) azitromicina 500 mg via oral três vezes na semana, particularmente caso tenha infecções bacterianas recorrentes.
- (C) mepolizumab 100 mg subcutâneo mensal, caso tenha eosinofilia superior a 300 células/microL.
- (D) roflumilast 250 mcg via oral uma vez ao dia com bronquite crônica e obstrução moderada a grave na espirometria.

10. Sobre a reabilitação cardíaca, assinale a alternativa correta.

- (A) É indicada apenas para pacientes com infarto agudo do miocárdio tratado por angioplastia primária, sem benefício comprovado em outras condições.
- (B) Os principais benefícios estão restritos ao condicionamento físico, não havendo impacto sobre mortalidade ou reinternações.
- (C) É indicada em situações como infarto agudo do miocárdio, insuficiência cardíaca crônica, cirurgia de revascularização miocárdica e valvopatias, com melhora da qualidade de vida e redução de eventos cardiovasculares.
- (D) Deve ser evitada em pacientes idosos e com comorbidades, pois não há evidência de segurança nesse grupo.

11. Homem de 68 anos apresenta síndrome nefrótica com proteinúria maciça, além de neuropatia periférica progressiva e cardiomiopatia restritiva. A biópsia renal mostra depósito de material eosinofílico amorfo na microscopia de luz, com birrefringência em verde-maça após coloração com vermelho Congo.

Qual é o diagnóstico provável?

- (A) Amiloidose.
- (B) Glomerulonefrite pós-estreptocócica.
- (C) Síndrome nefrótica por lesão mínima.
- (D) Doença renal policística.

12. Homem de 45 anos, previamente hígido, procura o pronto-socorro após consumir cachaça em um bar de alto padrão. Relata visão borrada, cefaleia intensa e náuseas iniciadas algumas horas após a ingestão. No exame físico, apresenta taquipneia e hálito alcoólico.

Exames laboratoriais:

- Na: 140 mEq/L;
- Cl: 100 mEq/L;
- HCO<sub>3</sub>: 10 mEq/L;
- glicemia: 90 mg/dL;
- ureia: 40 mg/dL;
- creatinina: 1,0 mg/dL;
- osmolaridade medida: 340 mOsm/kg.

Gasometria arterial:

- pH: 7,20;
- pCO<sub>2</sub>: 25 mmHg;
- HCO<sub>3</sub>: 10 mEq/L;
- pO<sub>2</sub>: 90 mmHg.

**Dado:** fórmula para osmolaridade predita:  
 $2 \times \text{Na} + \text{glicose}/18 + \text{ureia}/2,8$

Qual é o diagnóstico mais provável?

- (A) Hipoglicemia alcoólica.
- (B) Acidente vascular cerebral isquêmico.
- (C) Intoxicação por metanol.
- (D) Intoxicação por etanol.

13. Considerando um paciente com insuficiência respiratória aguda, o diagnóstico diferencial pode incluir os seguintes itens:

- (A) insuficiência cardíaca, DPOC, lombalgia e TEP.
- (B) TEP, miastenia gravis, cetoacidose diabética e hérnia hiatal.
- (C) costochondrite, DPOC, pneumonia e síndrome coronariana aguda.
- (D) insuficiência cardíaca, pneumonia, estenose mitral grave e anemia.

14. Um homem de 76 anos é portador de fibrilação atrial permanente, hipertensão arterial e insuficiência renal crônica moderada (TFG: 35 mL/min/1,73m<sup>2</sup>). Apresenta antecedente de sangramento digestivo há seis meses e usa AAS por conta própria. Escore CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VA: 4.

Qual é a melhor conduta em relação à anticoagulação nesse paciente com risco aumentado de sangramento?

- (A) Não anticoagular, pois o risco de sangramento é maior que o risco de AVC.
- (B) Manter apenas o AAS, pois já confere proteção semelhante à anticoagulação.
- (C) Suspender o AAS, investigar e tratar sangramento digestivo e iniciar apixabana.
- (D) Suspender o AAS e iniciar antagonista de vitamina K, pois é a única opção indicada nessa situação.

15. Homem de 62 anos, tabagista e hipertenso, apresenta dor torácica iniciada há trinta horas. Chega ao pronto-socorro com pressão arterial de 80 x 50 mmHg, extremidades frias, estertores pulmonares difusos e rebaixamento do nível de consciência. O ECG mostra ondas Q em parede anterior e elevação residual do segmento ST.

Qual é a conduta mais adequada?

- (A) Administrar rapidamente um litro de solução fisiológica em bolus para restaurar a pressão arterial.
- (B) Realizar reperfusão coronariana imediata associada a suporte hemodinâmico.
- (C) Iniciar noradrenalina como primeira escolha para estabilização hemodinâmica.
- (D) Usar betabloqueador EV para reduzir a demanda miocárdica de oxigênio.

16. Homem de 72 anos, portador de fibrilação atrial crônica, está em uso regular de Marevan<sup>TM</sup> (warfarina) com INR terapêutico de 2,5. Está programado para colecistectomia eletiva daqui a sete dias. Não tem prótese valvar mecânica nem história de AVC ou tromboembolismo recente.

Qual é a conduta mais adequada em relação ao manejo da anticoagulação pré-operatória?

- (A) Suspender a warfarina cinco dias antes da cirurgia, sem necessidade de ponte, e reintroduzir após o procedimento.
- (B) Suspender a warfarina cinco dias antes da cirurgia e realizar ponte com heparina de baixo peso molecular.
- (C) Manter a warfarina até o dia da cirurgia, já que o INR está dentro da faixa terapêutica.
- (D) Trocar a warfarina por um anticoagulante oral direto dois dias antes da cirurgia.

17. Mulher de 54 anos, com histórico de troca valvar mitral, refere febre reumática na infância. Está assintomática, em acompanhamento ambulatorial, e será submetida a colonoscopia eletiva para rastreamento de câncer colorretal.

Qual é a conduta correta em relação à profilaxia para endocardite infecciosa nesse caso?

- (A) Realizar profilaxia antibiótica endovenosa uma hora antes do procedimento com 2 g de ampicilina e 90 mg de gentamicina.
- (B) Realizar profilaxia antibiótica apenas se houver biópsia ou polipectomia durante a colonoscopia.
- (C) Não realizar profilaxia antibiótica, pois não há clara evidência de benefício em procedimento gastrointestinal.
- (D) Realizar profilaxia antibiótica via oral com 2 g de amoxicilina uma hora antes da colonoscopia.

**18.** Homem de 58 anos vai a uma consulta de retorno no ambulatório de clínica médica. Relata ser portador de bronquiectasias difusas, com diagnóstico após episódios de pneumonia de repetição na adolescência. Apresentou três episódios de exacerbação dos sintomas respiratórios no último ano. Ao exame clínico, apresenta: FC: 84 bpm; FR: 18 irpm; PA: 126 x 78 mmHg; T: 36,6 °C. À ausculta pulmonar, identificam-se roncos difusos e estertores em bases. A espirometria mostra VEF1 68% do predito (VR: > 80%). Relata limitação importante nas atividades diárias devido à tosse produtiva crônica e à recorrência de infecções.

Considerando as estratégias terapêuticas a seguir, qual tem a melhor expectativa de benefício?

- (A) Iniciar prednisona em dose baixa (< 10 mg/dia) em uso contínuo.
- (B) Associar macrolídeo por tempo prolongado.
- (C) Realizar teste terapêutico com inibidor de bomba de prótons.
- (D) Iniciar teste terapêutico com dornase alfa.

**19.** Homem de 88 anos, portador de câncer de cólon e carcinomatose peritoneal, está em seguimento ambulatorial para cuidados paliativos. Foi admitido no pronto atendimento com diagnóstico confirmado de covid-19 há sete dias, evoluindo com dispneia progressiva. A família relata que já foram discutidas diretivas antecipadas de vontade, estando definida a recusa a medidas invasivas de suporte à vida, como intubação orotraqueal, uso de droga vasoativa, terapia renal substitutiva e transferência para unidade de terapia intensiva. Ao exame clínico, apresenta: FR: 32 irpm; FC: 118 bpm; PA: 100 x 65 mmHg; T: 37,9 °C; SpO<sub>2</sub>: 70%. Ausculta: murmúrio vesicular diminuído difusamente com crepitações bilaterais. Após instalação de máscara de não reinalação a 15 L/min, apresentou SpO<sub>2</sub> de 86%. Gasometria arterial com esse suporte: PaO<sub>2</sub>: 52 mmHg (VR: 80-100); PaCO<sub>2</sub>: 32 mmHg (VR: 35-45); pH: 7,45 (VR: 7,35-7,45).

Assinale a alternativa que apresenta corretamente a conduta mais adequada nesse cenário.

- (A) Iniciar morfina para controle da dispneia e reduzir fluxo de oxigênio para permitir o uso de cateter nasal.
- (B) Discutir com a família a possibilidade de intubação orotraqueal como forma de controle da dispneia, associada a fentanil em infusão contínua.
- (C) Iniciar sedação paliativa com midazolam.
- (D) Introduzir cateter nasal de alto fluxo.

**20.** Homem de 45 anos, hipertenso e diabético, em uso de hidroclorotiazida 25 mg/dia e metformina 850 mg 2x/dia, comparece ao ambulatório para atualização vacinal. Refere apendicectomia há vinte anos e esplenectomia há quinze anos por trauma abdominal. Nega alergias medicamentosas, tabagismo ou etilismo. PA: 130 x 80 mmHg; FC: 78 bpm; FR: 16 irpm; T: 36,6 °C. Exame físico sem alterações relevantes.

Qual o regime vacinal recomendado para esse paciente, considerando que ele nunca recebeu vacina pneumocócica?

- (A) VPC13 seguida de VPP23 após oito semanas, com reforço da VPP23 em cinco anos.
- (B) Apenas VPC13, em dose única, sem reforços.
- (C) VPP23 imediata, sem necessidade de VPC13.
- (D) Esquema de duas doses de VPC13 com intervalo de seis meses.

**21.** Homem de 78 anos, portador de hipertensão arterial, diabetes *mellitus* tipo 2 e doença pulmonar obstrutiva crônica GOLD B, tem histórico de melanoma cutâneo em região escapular ressecado há três anos. Procura o ambulatório com queixa de dor abdominal difusa, inapetência e perda de 7 kg nos últimos dois meses – atualmente, pesa 63 kg e fica restrito ao leito na maior parte do dia, sendo parcialmente dependente para atividades básicas de vida diária. TC de abdome com evidência de múltiplas metástases hepáticas difusas. Biópsia hepática confirma melanoma metastático.

Considerando as alternativas a seguir, assinale a que apresenta corretamente a conduta sistêmica inicial mais adequada para esse paciente.

- (A) Hepatectomia parcial seguida de quimioterapia com dacarbazina.
- (B) Imunoterapia com pembrolizumabe.
- (C) Quimioterapia isolada com dacarbazina.
- (D) Radioterapia abdominal paliativa para controle da dor.

22. Uma mulher de 61 anos procura a unidade de emergência após episódio súbito, ocorrido há seis horas, de fraqueza em membro superior esquerdo associada a disartria. O quadro teve duração aproximada de 70 minutos, com resolução completa e espontânea. Nega doenças conhecidas ou uso de medicações e relata tabagismo de um maço por dia há trinta anos. No momento da avaliação, encontra-se assintomática e sem déficit neurológico ao exame físico, com NIH-SS de 0. Seus sinais vitais são: frequência cardíaca de 82 bpm, frequência respiratória de 16 irpm, pressão arterial de 152 x 94 mmHg e temperatura de 36,5 °C. A tomografia de crânio não mostrou sinais de hemorragia. A angiotomografia de crânio mostrou ASPECTS (Alberta Stroke Program Early CT Score) de 10, e a angiotomografia de carótidas evidenciou estenose de 30% da carótida interna esquerda. O ECG mostra ritmo sinusal com sobrecarga de ventrículo esquerdo. Os exames laboratoriais revelam LDL-C de 168 mg/dL (VR: 0-100), glicemia de 98 mg/dL (VR: 70-99), creatinina de 1,0 mg/dL (VR: 0,6-1,3) e plaquetas de 200.000/mm<sup>3</sup> (VR: 150.000-400.000).

Diante desse quadro clínico, assinale a alternativa que apresenta a conduta adequada para a paciente.

- (A) Iniciar AAS e clopidogrel.
- (B) Iniciar rivaroxabana até resultado do Holter.
- (C) Considerar trombectomia mecânica.
- (D) Indicar endarterectomia de carótida em até catorze dias.

23. Homem de 42 anos é levado ao pronto-socorro pela esposa após apresentar duas crises tônico-clônicas generalizadas em casa, ambas com duração de cinco minutos. A esposa relata que o paciente se manteve sonolento após a segunda crise, que terminou há cerca de trinta minutos. Na admissão à sala de emergência, o paciente apresenta: PA: 130 x 85 mmHg; FC: 112 bpm; FR: 24 irpm; T: 36,8 °C; SatO<sub>2</sub>: 94% em ar ambiente. Exame neurológico: paciente com retirada inespecífica à dor, sem resposta ocular ou verbal, pupilas isocóricas e reativas, com discretas mioclônias palpebrais. Sem rigidez de nuca. Glicemia capilar: 76 mg/dL.

Assinale a alternativa que apresenta as condutas adequadas na emergência.

- (A) Manter monitorizado em observação clínica, com elevação da cabeceira até recobrar a consciência, por provável estado pós-ictal prolongado.
- (B) Administrar glicose e tiamina IV, inserir cânula orofaríngea e encaminhar para TC de crânio.
- (C) Administrar glicose IV, seguido de coleta de líquido cefalorraquidiano.
- (D) Introduzir benzodiazepínico IV, seguido por levetiracetam e eletroencefalograma de urgência.

24. Homem de 62 anos, previamente hipertenso, foi admitido na unidade de terapia intensiva (UTI) por pneumonia adquirida na comunidade. Na sala de emergência, havia recebido ceftriaxona e azitromicina, além de expansão volêmica com ringer lactato em um volume total de 30 mL/kg. Devido à manutenção da instabilidade hemodinâmica, foi iniciada norepinefrina, com a qual se obteve uma pressão arterial média de 67 mmHg. Na admissão à UTI, apresenta débito urinário de apenas 10 mL/h, extremidades frias, tempo de enchimento capilar de 6 segundos e lactato sérico de 5,8 mmol/L (VR: 0,5-2,0). Para avaliar melhor o estado hemodinâmico, a equipe realizou ultrassonografia à beira do leito, que revelou ventrículo esquerdo dilatado, com padrão hipodinâmico e com presença de líquido posterior à aorta descendente no eixo paraesternal longo. A veia cava inferior apresentava diâmetro de 2,2 cm, sem colapsabilidade significativa.

Diante desse cenário, qual conduta deve ser priorizada para otimizar a perfusão do paciente?

- (A) Realizar pericardiocentese guiada por ultrassonografia.
- (B) Administrar dobutamina associada a norepinefrina.
- (C) Otimizar dose de norepinefrina com o objetivo de manter PAM acima de 80 mmHg e diurese acima de 0,5 mL/kg/h.
- (D) Realizar expansão volêmica em alíquotas de 20 mL/kg até melhora do débito urinário.

25. Homem de 42 anos, previamente hígido, procura o pronto atendimento com queixa de dor abdominal difusa e diarreia sanguinolenta de há sete dias, associada a febre de até 38 °C. Tem cerca de dez a doze evacuações por dia, associadas a cólicas intensas e perda de 5 kg no último mês. Ao exame clínico, apresenta: FC: 118 bpm; FR: 24 irpm; PA: 95 x 60 mmHg; T: 38,9 °C; abdome difusamente doloroso à palpação, sem sinais de peritonite. Exames laboratoriais: Hb: 8,9 g/dL (VR: 12-16); leucócitos: 16.500/mm<sup>3</sup> (VR: 4.000-10.000); proteína C-reativa de 120 mg/L (VR: < 5); colonoscopia realizada no início do quadro mostrou úlceras extensas e profundas em cólon direito; calprotectina fecal: 1.200 µg/g (VR: < 50); coprocultura negativa para patógenos bacterianos comuns; pesquisa de *Clostridioides difficile* negativa; tomografia de abdome com contraste mostra espessamento difuso da parede do cólon direito associado a hipercaptação mucosa e densificação da gordura adjacente, sem sinais de abscesso ou perfuração.

Qual é a conduta inicial mais adequada nesse cenário?

- (A) Budesonida oral.
- (B) Corticosteroide intravenoso.
- (C) Azatioprina isolada.
- (D) Infliximabe em dose única imediata.

26. Paciente de 65 anos, com diagnóstico de doença pulmonar obstrutiva crônica, usuário de oxigênio domiciliar contínuo, terapia medicamentosa otimizada, vem ao pronto atendimento por febre, piora da tosse e do aspecto de sua secreção e piora da dispneia. Foi realizado raio X de tórax, que revelou pneumonia. O paciente encontra-se em franco desconforto respiratório, com uso de musculatura acessória; saturação de oxigênio de 76%. O prontuário do paciente traz a diretriz antecipada de não intubação e não ressuscitação cardiopulmonar; o paciente e os familiares reiteram esse desejo.

Qual é a conduta indicada diante desse cenário?

- (A) Apesar da diretriz antecipada, o paciente nessa situação apresenta-se ao pronto-socorro com quadro potencialmente reversível, se adequadamente tratado, e, portanto, dado que não se trata de progressão da doença de base, nesse momento é compassiva nova reunião familiar, com a presença do paciente, para rediscutir as diretrizes antecipadas e ponderar sobre a intubação orotraqueal nesse contexto.
- (B) O paciente encontra-se em franco desconforto respiratório, já com terapia medicamentosa otimizada, quadro irreversível e incurável. Após reunião com os familiares e oportunidade de despedirem-se, deve-se, prontamente, iniciar sedação paliativa para evitar sofrimento provocado por medidas fúteis.
- (C) Nesse cenário, o principal objetivo é o controle de sintomas, o que deve ser prontamente instituído com a instalação de oxigênio, dada a presença de hipoxemia, corticoide endovenoso, medicações inalatórias em *spray* com espaçador e início de morfina.
- (D) Ao contrário do cenário ambulatorial, no contexto de emergência clínica associada a doença pulmonar obstrutiva crônica, tanto a morfina quanto os benzodiazepínicos são reconhecidamente associados a piores desfechos, em especial pelo seu potencial de induzir bradipneia e, assim, inibindo os processos compensatórios, aumentando pressão parcial de dióxido de carbônio. Dessa maneira, essas duas medicações devem ser evitadas nesse contexto.

27. Paciente do sexo feminino, 63 anos, procura atendimento ambulatorial devido a edema de membros inferiores e dispneia aos pequenos esforços, assim como tosse no período noturno. Traz exames complementares: ecocardiografia com fração de ejeção de ventrículo esquerdo de 52%; pressão sistólica em artéria pulmonar de 40 mmHg e E/e' 17; massa de ventrículo esquerdo 150 g/m<sup>2</sup>, sem alterações valvares; hemoglobina glicada 5,4%; creatinina 1,4 mg/dL; ureia 50 mg/dL; potássio 5,1 mg/dL; sódio 140 mg/dL; BNP 200 pg/mL. Está em uso de furosemida 40 mg, 2 vezes ao dia; empagliflozina 10 mg/dia. Ao exame físico, apresenta estertores crepitantes em bases, turgência jugular, pressão arterial 118 x 65 mmHg, índice de massa corporal 38 kg/m<sup>2</sup>.

Com base nos mais recentes estudos, qual modificação de prescrição deve ser realizada?

- (A) Introdução de enalapril.
- (B) Introdução de finerenona.
- (C) Suspensão de furosemida.
- (D) Introdução de semaglutida.

28. Paciente de 65 anos dá entrada ao pronto atendimento por convulsões tônico clônicas generalizadas. Relato do pré-hospitalar de que o paciente apresentou 4 crises com duração aproximada de 3 minutos durante o trajeto, sem recuperação no nível de consciência. Atualmente, encontra-se sem abertura ocular, sem resposta motora ou verbal. Realizada glicemia capilar com resultado de 160 mg/dL e 10 mg de diazepam endovenoso, seguida de fenitoína 20 mg/kg em taxa de infusão 50 mg/min, sem mudança do quadro clínico.

Qual é a abordagem adequada a partir desse momento?

- (A) Administrar mais 10 mg/kg de fenitoína, coletar exames laboratoriais, incluindo eletrólitos, função renal e hepática, e encaminhar para tomografia de crânio assim que possível.
- (B) Por se tratar de um potencial quadro de acidente vascular encefálico, com possível tempo de trombólise, deve-se encaminhar o paciente imediatamente para a ressonância magnética com estudo de perfusão para avaliar trombólise.
- (C) Manter o paciente em monitorização contínua, com exame neurológico detalhado seriado nos próximos 120 minutos, pela alta probabilidade de o paciente encontrar-se em pós-ictal, devendo-se postergar ao máximo a intubação orotraqueal. Assim que estável, encaminhar para realização de exame de imagem para descartar acometimentos estruturais.
- (D) Dada a aparente ausência de resposta ao tratamento instituído, deve-se revisar o quadro clínico, comorbidades, medicações em uso e solicitar um eletroencefalograma contínuo antes de qualquer medida adicional, evitando sobremedicação que acarrete em deterioração clínica.

**29.** Paciente do sexo feminino, portadora de artrite reumatoide, em uso de leflunomida, associada a prednisona 30 mg/dia há 3 meses, é internada por quadro de colecistite aguda, com indicação de cirurgia de urgência.

Qual é a correta recomendação a ser dada à equipe cirúrgica no manejo perioperatório dessa paciente?

- (A) Administrar a dose habitual de corticoide pela manhã, seguida de dose adicional intravenosa de hidrocortisona antes do procedimento e a cada 8 horas, por 24 horas.
- (B) Manter a dose de corticoide de uso habitual da paciente, uma vez que 30 mg de prednisona uma vez ao dia não está associada à supressão do eixo hipotálamo-hipófise-adrenal.
- (C) Por se tratar de cirurgia de pequeno porte, ainda que exista supressão do eixo hipotálamo-hipófise-adrenal, não há indicação de modificação da dose usual de corticoide.
- (D) Orientar a postergar a cirurgia para avaliação do eixo hipotálamo-hipófise-adrenal, por meio da dosagem de cortisol sérico pela manhã. Caso a dosagem seja < 5 µg/dL, indicar dose adicional de corticoide no perioperatório.

**30.** O paciente S.G.M., sexo masculino, 76 anos, apresenta-se à unidade de pronto atendimento com dispneia aos esforços progressiva, associada a tontura aos esforços e, ocasionalmente, dor torácica, que melhoram no repouso. Nega síncope. Ao exame físico, apresenta estertores em 1/3 inferior de ambos hemitórax, turgência jugular e sopro de ejeção crescendo-decrescendo no segundo espaço intercostal do rebordo costal direito. Frequência cardíaca de 80 batimentos por minuto; pressão arterial de 96 x 56 mmHg. Realizada eletrocardiografia: ritmo sinusal, sem evidências de isquemia aguda.

Qual é a melhor conduta para esse paciente, nesse momento?

- (A) Seriar eletrocardiografia e troponina.
- (B) Indicar estratificação não invasiva com angiotomografia de coronárias diante do quadro de angina estável com dispneia como equivalente anginoso.
- (C) Indicar implante percutâneo de válvula aórtica por quadro sintomático em paciente idoso.
- (D) Solicitar ecocardiografia transtorácica, BNP. A depender do resultado, pode-se indicar ecocardiografia com estresse (dobutamina).

**31.** Durante a investigação de um paciente com insuficiência cardíaca direita sintomática, o cateterismo cardíaco direito revela elevação da pressão média de artéria pulmonar, redução da pressão de oclusão da artéria pulmonar e aumento da resistência vascular pulmonar.

Assinale a alternativa correta no que se refere aos achados descritos.

- (A) Sugerem hipertensão pulmonar pós-capilar, provocada por doenças valvares, fibrilação atrial, insuficiência cardíaca de fração de ejeção preservada ou reduzida, e seu tratamento deverá ser prescrito conforme a doença de base.
- (B) Sugerem hipertensão pulmonar pré-capilar, condição que inclui a hipertensão pulmonar associada a doenças pulmonares e/ou hipoxemia (grupo 3), como a doença pulmonar obstrutiva crônica que, nesse cenário, apresenta potencial benefício da introdução de inibidores da fosfodiesterase 5.
- (C) São compatíveis com hipertensão pulmonar pós capilar, devendo-se, na ausência de doenças que justifiquem esse achado, prosseguir investigação com cintilografia de ventilação/perfusão, para afastar tromboembolismo pulmonar crônico.
- (D) São compatíveis com hipertensão pulmonar pré-capilar, condição que inclui a hipertensão arterial pulmonar idiopática (grupo 1). Diante da suspeita de doença idiopática, hereditária ou induzida por drogas, realiza-se o teste de vasorreatividade, cuja positividade indica potencial benefício da introdução de bloqueadores de canal de cálcio.

**32.** Após uma internação prolongada por quadro de acidente vascular cerebral, que evoluiu com crises convulsivas que levaram a intubação orotraqueal, pneumonia associada à ventilação mecânica e traqueostomia, o paciente V.F.B. encontra-se em processo de reabilitação, decanulado, porém, ainda com dificuldade de deglutição, em alimentação por sonda nasointestinal, além de dificuldade de mobilidade associada a polineuropatia do doente crítico, e das limitações provocadas pelo evento vascular. O núcleo de desospitalização do hospital interroga o médico assistente se não seria possível iniciar o planejamento de alta hospitalar.

Quais são as ponderações necessárias para essa ação?

- (A) O planejamento de alta é um processo essencialmente médico. Diante da debilidade do paciente, é fundamental a avaliação pela fisioterapia para que se possa elaborar um detalhado planejamento de reabilitação a ser implementado pela equipe multidisciplinar.
- (B) A desospitalização é um processo multidisciplinar, que pode incluir tanto a modalidade de atenção domiciliar como a transferência para uma instituição de longa permanência ou hospice em seu planejamento, podendo ser uma alternativa para o caso em questão.
- (C) Nesse caso, a manutenção da dieta enteral configura o principal impedimento para a alta hospitalar. Além de não ser um recurso disponibilizado pelo Sistema Único de Saúde, representando assim um importante ônus para a família, trata-se de um processo que deve ser planejado precocemente durante a internação, com a definição do cuidador principal, a fim de garantir segurança no momento da alta.
- (D) No contexto específico desse paciente, por se tratar de um acidente vascular cerebral, situação na qual a reabilitação precoce, intensiva e multidisciplinar acarreta melhores desfechos clínicos, a desospitalização não está indicada.

**33.** O paciente H.G., 82 anos, encontra-se internado em enfermaria, por pneumonia associada a insuficiência cardíaca descompensada perfil B, em tratamento para congestão com furosemida, além de ceftriaxona e azitromicina. Ao longo da internação, desenvolve hiponatremia progressiva, atualmente com sódio sérico de 127 mEq/L. A investigação revela os seguintes resultados: glicemia sérica 146 mg/dL; creatinina sérica 1,1 mg/dL; sódio urinário: 25 mEq/L; osmolaridade urinária: 90 mOsm/kg.

Qual é a causa provável da hiponatremia?

- (A) Hipervolemia.
- (B) Hipovolemia.
- (C) Síndrome da antidiurese inapropriada.
- (D) Uso de macrolídeo.

**34.** Mulher de 74 anos, IMC 29 kg/m<sup>2</sup>, com hipertensão controlada, doença coronariana estável e taxa de filtração glomerular estimada (TFGe) de 52 mL/min/1,73m<sup>2</sup>. Apresenta HbA1c de 7,3% em uso de metformina.

Levando-se em conta o cenário clínico e as evidências atuais sobre o uso de análogos de GLP-1 em idosos, qual das condutas a seguir é a mais adequada?

- (A) Iniciar análogo de GLP-1 de ação prolongada, visando benefício cardiovascular e controle glicêmico, sem necessidade de preocupação quanto ao risco de sarcopenia, já que o efeito é predominantemente metabólico.
- (B) Considerar o análogo de GLP-1 apenas se houver falha de múltiplas classes orais, uma vez que sua segurança em idosos com função renal reduzida é limitada.
- (C) Avaliar com cautela o uso de análogo de GLP-1, ponderando benefício cardiovascular e renal, mas atentar para risco aumentado de perda de massa magra e piora da sarcopenia em pacientes idosos, devendo a decisão ser individualizada.
- (D) Evitar análogos de GLP-1 em qualquer paciente com mais de 70 anos, devido ao risco elevado de eventos adversos e ausência de benefício cardiovascular documentado nessa faixa etária.

**35.** Homem de 78 anos, IMC 27 kg/m<sup>2</sup>, diabético tipo 2 há 12 anos, em uso de metformina e sulfonilureia, apresenta HbA1c de 7,8%. Tem doença cardiovascular aterosclerótica estabelecida, TFGe de 58 mL/min/1,73m<sup>2</sup> e episódios recentes de hipotensão postural. Refere perda de apetite progressiva.

Considerando as recomendações atuais, qual das seguintes estratégias é a mais adequada para otimizar seu tratamento?

- (A) Priorizar a introdução de iSGLT2, pela maior eficácia no controle glicêmico em idosos frágeis e pela ausência de risco de desidratação ou hipotensão.
- (B) Introduzir análogo de GLP-1 como opção preferencial, pelos benefícios cardiovasculares documentados, avaliando risco de inapetência e perda de massa magra, especialmente relevante em idosos.
- (C) Evitar tanto iSGLT2 quanto análogo de GLP-1, pois nenhum deles demonstrou benefício cardiovascular significativo em pacientes acima de 75 anos.
- (D) Reservar tanto iSGLT2 quanto análogo de GLP-1 apenas para pacientes idosos em estágio avançado de doença renal crônica, uma vez que seus efeitos são restritos à nefroproteção.

**36.** Mulher de 55 anos, IMC 37 kg/m<sup>2</sup>, sem diabetes, apresenta hipertensão controlada e dislipidemia. Já tentou perda de peso com mudanças intensivas no estilo de vida, sem sucesso. Considera-se agora terapia farmacológica para obesidade.

Com relação às evidências atuais sobre semaglutida e tirzepatida, assinale a alternativa que apresenta a conduta mais adequada para esse caso.

- (A) Prescrever semaglutida, uma vez que já possui aprovação consolidada para o tratamento da obesidade e demonstrou reduções ponderais clinicamente significativas, porém com benefícios cardiovasculares questionáveis.
- (B) Optar por tirzepatida, pois estudos mostraram maior redução de peso em comparação direta com semaglutida, sendo considerada a droga mais eficaz até o momento.
- (C) Priorizar semaglutida, já que tirzepatida ainda não demonstrou benefício em pacientes sem diabetes, devendo seu uso restringir-se a diabéticos com obesidade.
- (D) Utilizar tirzepatida apenas em casos de obesidade refratária após falha documentada da semaglutida, considerando-se que não existem estudos comparativos entre as duas drogas no manejo inicial.

**37.** Homem de 72 anos, portador de diabetes tipo 2 de longa data, é admitido no pronto-socorro com sonolência progressiva, desidratação intensa e taquipneia leve. Exames laboratoriais mostram: glicemia 980 mg/dL; sódio sérico 152 mEq/L; potássio sérico 4,1 mEq/L; bicarbonato 20 mEq/L; osmolaridade plasmática calculada 360 mOsm/kg; corpos cetônicos negativos no sangue e urina.

Tendo em vista tais informações, qual das condutas a seguir é a mais adequada?

- (A) Iniciar reposição volêmica com solução salina 0,45%, garantindo correção da hipernatremia e hipovolemia nas primeiras 6 horas de tratamento.
- (B) Corrigir a hiperglicemia com bólus inicial de insulina intravenosa, seguido de infusão contínua, concomitante à reposição volêmica, para reduzir a osmolaridade plasmática.
- (C) Iniciar reposição volêmica associada à reposição de potássio e insulino-terapia endovenosa em infusão contínua, objetivando glicemias entre 200 e 250 mg/dL.
- (D) Evitar a administração de potássio até que os níveis séricos estejam <3,5 mEq/L, já que, na ausência de cetoacidose, não ocorre depleção significativa de potássio em estado hiperglicêmico hiperosmolar.

**38.** Mulher de 49 anos, G3P3, em perimenopausa, apresenta ciclos menstruais irregulares há 10 meses, ondas de calor intensas, insônia e irritabilidade. Tem história familiar de câncer de mama em irmã aos 58 anos. Seu IMC é 27 kg/m<sup>2</sup>, não fuma, não tem comorbidades relevantes e seus exames laboratoriais são normais.

Considerando o manejo adequado dos sintomas climáticos na perimenopausa, qual é a conduta mais apropriada?

- (A) Iniciar terapia hormonal combinada estroprogestagênica em esquema contínuo, já que ainda menstrua irregularmente, o que garante maior estabilidade do ciclo.
- (B) Optar por terapia hormonal estrogênica isolada, pois a paciente está em transição menopausal e ainda não apresenta risco aumentado de hiperplasia endometrial.
- (C) Considerar terapia hormonal cíclica com estrogênio e progesterona, avaliando risco-benefício individual, visto que ainda há função ovariana intermitente.
- (D) Evitar terapia hormonal em qualquer paciente com história familiar de câncer de mama, restringindo-se a fitoterápicos e antidepressivos como primeira linha para sintomas vasomotores.

**39.** Homem de 58 anos, não tabagista, sem antecedentes familiares de fratura por fragilidade, apresenta fratura de rádio distal após queda da própria altura. Relata fadiga crônica e diminuição da libido nos últimos anos. Não faz uso de corticoides, álcool em excesso ou outras medicações sabidamente relacionadas a osteoporose. Exames laboratoriais prévios mostram função renal normal.

De acordo com as recomendações para investigação de osteoporose em homens, qual é a conduta diagnóstica mais adequada?

- (A) Realizar densitometria óssea (DXA) como exame inicial isolado, visto que a confirmação de baixa densidade mineral já direciona a conduta terapêutica, sendo a pesquisa laboratorial de causas secundárias opcional e geralmente restrita a casos refratários ao tratamento.
- (B) Considerar que a presença de fratura por fragilidade, mesmo sem densitometria prévia, já configura diagnóstico de osteoporose e, portanto, iniciar tratamento farmacológico empírico; a investigação de causas secundárias poderia ser adiada para um segundo momento, apenas em caso de falha terapêutica.
- (C) Solicitar densitometria óssea (DXA) associada a uma investigação laboratorial inicial abrangente, incluindo testosterona total, cálcio sérico e urinário, fósforo, fosfatase alcalina, vitamina D e função renal, reconhecendo que até metade dos casos em homens adultos está relacionada a etiologias secundárias.
- (D) Direcionar a investigação inicial para neoplasias ocultas, como mieloma múltiplo ou câncer de próstata, com exames como PSA, eletroforese de proteínas séricas/urinárias e, eventualmente, imagem avançada, uma vez que, em homens, a osteoporose frequentemente representa manifestação secundária de doenças malignas subjacentes.

40. Homem de 64 anos, sem comorbidades relevantes, apresenta tremor progressivo nas mãos há 8 anos, que piora ao escrever e ao segurar objetos, interferindo em atividades de vida diária. Refere que o tremor melhora discretamente após ingestão de pequenas quantidades de álcool. Não apresenta rigidez, bradicinesia ou alterações posturais. Seu exame neurológico é normal, exceto pelo tremor de predomínio cinético e postural nos membros superiores, simétrico.

Levando-se em conta o diagnóstico diferencial e as opções de tratamento, qual é a conduta mais apropriada?

- (A) Considerar diagnóstico de doença de Parkinson, dado que tremor é o sintoma cardinal inicial mais comum, e iniciar levodopa em baixa dose como teste terapêutico; caso haja resposta favorável, confirmar o diagnóstico.
- (B) Avaliar possibilidade de tremor secundário a medicações, como broncodilatadores e antidepressivos tricíclicos, ou ainda associado a hipertireoidismo; caso os exames laboratoriais sejam normais e não haja drogas implicadas, pode-se optar por acompanhamento clínico expectante, já que o tremor essencial não costuma ter impacto funcional significativo.
- (C) Suspeitar de tremor distônico, uma vez que o quadro é crônico e simétrico; a melhor abordagem inicial seria encaminhar o paciente para aplicação de toxina botulínica nos músculos acometidos, pois essa estratégia é a primeira linha no controle do tremor essencial refratário.
- (D) Estabelecer o diagnóstico de tremor essencial pela clínica, dada a ausência de sinais extrapiramidais e a melhora com álcool, e iniciar tratamento farmacológico de primeira linha com propranolol ou primidona, considerando que ambos têm eficácia comprovada na redução da intensidade do tremor e impacto funcional.

41. Mulher de 62 anos, previamente saudável, apresenta dor crônica em quadril direito há 2 anos, com limitação progressiva da mobilidade. Radiografia mostra redução do espaço articular e osteófitos marginais.

Considerando o conhecimento atual sobre fatores de risco para osteoartrose de quadril, qual das afirmações a seguir é a mais correta?

- (A) A obesidade, embora classicamente associada à osteoartrose de joelhos e coluna, não apresenta correlação consistente com osteoartrose de quadril, pois o quadril é uma articulação mais estável e menos vulnerável à sobrecarga mecânica direta do peso corporal.
- (B) O sexo feminino é um fator de risco para osteoartrose de quadril, sobretudo em mulheres na pós-menopausa, em virtude da queda dos níveis de estrogênio, que desempenha papel protetor na cartilagem articular.
- (C) Alterações anatômicas do quadril, como impacto femoroacetabular ou displasia acetabular, raramente estão associados ao desenvolvimento de osteoartrose e são mais frequentes no sexo masculino.
- (D) História familiar de osteoartrose de joelho ou mãos não tem associação com osteoartrose de quadril, uma vez que o determinante genético parece ser específico para cada articulação e não compartilhado entre diferentes locais.

42. Homem, 63 anos, com hipertensão arterial sistêmica, diabetes *mellitus* tipo 2 e artrite reumatoide (tratada previamente com rituximabe, cuja infusão foi suspensa após reação grave), desenvolveu síndrome coronariana aguda tratada com *stent* farmacológico há 7 meses, e vem em seguimento ambulatorial desde então.

Atualmente, está em uso de: rosuvastatina, 20 mg/dia; ezetimiba, 10 mg/dia; AAS, 100 mg; ticagrelor, 90 mg; bisoprolol, 2,5 mg 12/12 h; enalapril, 20 mg, 12/12 h; dapagliflozina, 10 mg; metotrexato 20 mg/semana; ácido fólico 5 mg/semana.

Exames atuais: LDL-C basal (antes do tratamento) = 192 mg/dL; LDL-C atual = 88 mg/dL; creatinina = 0,96 mg/dL.

Qual é a conduta apropriada no manejo da dislipidemia?

- (A) Manter o tratamento atual, já que houve redução > 50% do LDL-C.
- (B) Aumentar rosuvastatina para 40 mg/dia e manter ezetimiba.
- (C) Associar ácido bempedoico, pois o paciente permanece acima da meta de LDL-C.
- (D) Iniciar evolocumabe, uma vez que o LDL-C ainda está acima da meta.

43. Homem de 68 anos, com antecedente de trombose venosa profunda há 3 anos, é avaliado em ambulatório por queixas de cefaleia, prurido após banho quente e episódios mais frequentes nos últimos dias de queimação seguida de vermelhidão nas mãos e pés. Exame físico com ausculta pulmonar e cardíaca normais, com saturação de O<sub>2</sub> = 97%, em ar ambiente; abdome: não há alterações; tem edema de mmi maior à esquerda, sem sinal de Godet, com dermatite ocre, e presença de úlceras no terço anterior distal da perna e em maléolo, dolorosas e cobertas com curativos. Exames laboratoriais: hemoglobina 19,2 g/dL; hematócrito 57%; leucócitos 13.000/mm<sup>3</sup>; plaquetas 600.000/mm<sup>3</sup>.

Assinale a alternativa que contempla as opções diagnóstica e terapêutica corretas.

- (A) Investigar doenças pulmonares e cardíacas concomitantes, solicitar pesquisa de mutação JAK2 V617F, e iniciar flebotomia com meta de hematócrito < 45% associada a aspirina em baixa dose.
- (B) Investigar doenças pulmonares e cardíacas concomitantes, solicitar mutação CALR e, se positiva, indicar flebotomia associada a aspirina e hidroxiureia como primeira linha.
- (C) Confirmar diagnóstico pela dosagem de eritropoetina diminuída, iniciar AAS dose baixa, e manter anticoagulação crônica pelo antecedente de trombose.
- (D) Investigar doenças pulmonares e cardíacas concomitantes, solicitar pesquisa de mutação JAK2 V617F, e iniciar flebotomia com meta de hematócrito < 45% associada a aspirina em baixa dose e hidroxiureia.

44. Homem, 82 anos, residente na comunidade, procura avaliação em consulta de rotina. Relata duas quedas no último ano e fadiga para atividades habituais. Mora com a esposa, consegue realizar atividades básicas, mas vem percebendo que o caminhar está mais lento do que a companheira nos últimos meses.

Antecedentes pessoais: hipertensão arterial controlada com losartana, dislipidemia previamente tratada com estatina (suspensa há 1 ano, por mialgia), sem história prévia de infarto ou AVC. Nega tabagismo.

Ao Exame físico: pressão arterial = 128 x 70 mmHg; IMC = 22 kg/m<sup>2</sup>; peso = 72 kg (peso da consulta há 6 meses: 77 kg). Quanto aos demais aparelhos, nada foi digno de nota. Exame laboratorial: colesterol total = 205 mg/dL; LDL = 118 mg/dL; HbA1c = 6,0%.

Com relação à prevenção de risco cardiovascular, qual é a conduta correta?

- (A) Reintroduzir estatina em alta intensidade, visando LDL < 70 mg/dL, independentemente da tolerância, dado o risco elevado pela idade.
- (B) Não indicar prevenção farmacológica, pois há fragilidade estabelecida e ausência de benefício comprovado nessa população.
- (C) Considerar reintrodução de estatina e individualizar meta lipídica, priorizando qualidade de vida e tolerabilidade.
- (D) Associar aspirina em baixa dose como prevenção primária, dado o risco aumentado pelo envelhecimento.

45. Homem de 46 anos procura atendimento por apresentar dispepsia crônica. Há 6 meses, realizou endoscopia digestiva alta, que revelou gastrite crônica ativa, e a biópsia foi positiva para *Helicobacter pylori*. Foi tratado, nessa ocasião, com claritromicina + amoxicilina + IBP por 14 dias, e realizou o teste respiratório com ureia 2 meses após o término, persistindo positivo mesmo após o tratamento. Retorna com manutenção de queixa de dor epigástrica leve, esporádica, sem outros sinais de alerta. Nova endoscopia foi realizada, demonstrando apenas gastrite difusa, sem úlcera ou lesão suspeita para neoplasia. Antecedentes pessoais: nega tabagismo e etilismo, não faz uso crônico de AINEs. Alergias: anafilaxia à penicilina na adolescência.

Considere as diretrizes atuais sobre regimes de resgate e teste de erradicação e assinale a alternativa correta.

- (A) Repetir esquema tríplice substituindo a amoxicilina por metronidazol, associado à claritromicina e IBP, e realizar novo teste respiratório 4 semanas após o tratamento.
- (B) Indicar esquema quádruplo (IBP + tetraciclina + metronidazol + bismuto), por 14 dias, e solicitar teste respiratório da ureia ou antígeno fecal após 4 semanas.
- (C) Repetir esquema tríplice substituindo a amoxicilina por metronidazol, associado à claritromicina e IBP, e realizar nova endoscopia 4 semanas após o tratamento.
- (D) Prescrever levofloxacino + amoxicilina + IBP por 14 dias, já que não envolve claritromicina, e verificar controle de cura com sorologia IgG anti-*H. pylori*.

46. Homem, 58 anos, com história de uso abusivo de álcool, foi internado em enfermaria há 48 horas por quadro de tremores, ansiedade e alucinações visuais. Durante as últimas 24 horas, houve piora da confusão mental, com menor aceitação da dieta, agitação psicomotora, tosse e sudorese intensa. Exame físico: PA = 170 x 100 mmHg; FC = 132 bpm; temperatura = 38,2 °C. Ausculta cardíaca rítmica e sem sopros; ausculta pulmonar com roncos difusos. Exame neurológico: sem aparentes déficits motores, mas não sustenta atenção, ausência de nistagmo. Exames laboratoriais: hemograma = Hb 13,8 g/dL; leucócitos = 11.000/mm<sup>3</sup>; plaquetas = 120.000/mm<sup>3</sup>; sódio = 134 mEq/L; potássio = 3,1 mEq/L; magnésio = 1,5 mg/dL; creatinina = 1,1 mg/dL; AST = 210 U/L; ALT = 85 U/L; fosfatase alcalina = 190 U/L; bilirrubinas totais = 3,1 mg/dL; INR = 1,4.

A conduta adequada para o quadro apresentado é iniciar

- (A) uso de benzodiazepínicos, internação em UTI, e correção de distúrbios eletrolíticos. Considerar uso de antipsicóticos e gabapentinóides, em caso de agitação refratária.
- (B) prednisolona 40 mg, 1 vez por dia, e suporte nutricional, com internação para controle de agitação psicomotora. Utilizar antipsicótico como primeira opção para controle de agitação e benzodiazepínico para casos refratários.
- (C) antibiótico, visando cobertura de sistema nervoso central, coletar líquido, internar em UTI, corrigir distúrbios eletrolíticos, e utilizar benzodiazepínicos com cautela, para evitar rebaixamento de nível de consciência.
- (D) haloperidol para controle da agitação e antibiótico de amplo espectro com cobertura de sistema nervoso central. Evitar benzodiazepínicos devido ao risco de depressão respiratória.

47. Homem de 35 anos, asmático desde a infância, vem em uso de budesonida-formoterol (Symbicort® Turbuhaler) 12/400 mcg, 2 jatos, 2 vezes por dia, com técnica inalatória adequada.

Atualmente, está assintomático, não apresentou crises nem exacerbação nos últimos 6 meses, e não tem limitação para realizar atividades físicas. Vem para a consulta ambulatorial querendo orientações sobre a manutenção da medicação e traz consigo exames que foram solicitados para esse retorno:

- Espirometria:  $VEF_1 = 98\%$  do previsto, pós-broncodilatador sem resposta significativa;
- FeNO: 12 ppb;
- Eosinófilos séricos: 80 céls/ $\mu$ L;
- IgE total: dentro da normalidade.

Qual alternativa indica a classificação e a conduta corretas com relação ao tratamento da asma para esse paciente?

- (A) Paciente apresenta critérios de cura, com baixa chance de remissão e deve-se suspender totalmente a medicação inalatória.
- (B) Paciente apresenta critérios de remissão, com baixa chance de exacerbação e, nesse caso, deve-se reduzir a dose para budesonida-formoterol 6/200 mcg, conforme necessidade, e manter vigilância por 6-12 meses.
- (C) Paciente apresenta critérios de remissão, com baixa chance de exacerbação e, portanto, deve-se manter a dose de budesonida-formoterol por mais 6 meses antes de considerar redução da medicação.
- (D) Paciente não tem critérios de remissão e deve iniciar avaliação para biológico, considerando que já usou budesonida-formoterol em alta dose previamente.

48. Paciente, 39 anos, com diagnóstico de depressão maior, em seguimento ambulatorial há 3 anos, já utilizou dois antidepressivos de classes diferentes em doses terapêuticas adequadas, obtendo apenas resposta parcial. Atualmente, encontra-se em uso de duloxetina, 120 mg/dia, e lítio, 900 mg/dia, mantendo melhora de cerca de 40% dos sintomas, porém, ainda apresenta anedonia, fadiga marcante e prejuízo funcional no trabalho.

Diante da persistência de sintomas e considerando-se a disponibilidade da esketamina intranasal (Spravato®) no Brasil, qual é a conduta correta para o caso?

- (A) A esketamina intranasal não deve ser considerada nesse momento, pois está indicada em casos de reatividade absoluta ao tratamento prévio.
- (B) Considerar esketamina intranasal em associação a antidepressivo oral, aplicada em serviço de saúde com monitorização, por ao menos 2 horas.
- (C) A ketamina intravenosa seria preferível para esse caso, por já contar com aprovação ampla e permitir tratamento ambulatorial sem monitorização.
- (D) Suspender os antidepressivos orais e iniciar esketamina intranasal em monoterapia, desde que em ambiente hospitalar monitorado.

49. Homem de 32 anos procura atendimento por quadro de dor abdominal difusa, em cólica, associada a diarreia intermitente há 6 meses. Refere piora após períodos de estresse e melhora parcial após evacuação. Nega perda ponderal significativa, febre, hematoquezia ou manifestações extraintestinais.

Exames laboratoriais (hemograma, função renal, eletrólitos, provas de função hepática), PCR e VHS encontram-se dentro da normalidade. A tomografia de abdome não mostrou alterações relevantes. Calprotectina fecal: negativa.

Diante do quadro clínico e dos exames apresentados, qual é a conduta indicada nesse momento?

- (A) Indicar colonoscopia com biópsias múltiplas para descartar doença inflamatória intestinal.
- (B) Solicitar sorologia para anticorpos anti-transglutaminase IgA e, se positivo, indicar dieta isenta de glúten como diagnóstico e tratamento de doença celíaca.
- (C) Considerar intolerância à lactose como hipótese principal e instituir dieta de exclusão da lactose com eventual teste respiratório para confirmação.
- (D) Considerar intestino irritável, iniciar redução de alimentos ricos em fermentáveis e prescrever antiespasmódicos ou antidepressivos tricíclicos em dose baixa.

50. Homem de 65 anos, sem comorbidades graves, independente para atividades da vida diária, comparece em consulta de rotina. Refere estar em bom estado de saúde, sem sintomas urinários ou ósseos. Em exames de rotina, teve PSA dosado com valor de 3,2 ng/mL, valor que se manteve inalterado após 6 meses da primeira dosagem.

Em discussão com seu médico, e considerando as recomendações atuais sobre o rastreamento do câncer de próstata, optou-se pela realização de ressonância da próstata para complementar o diagnóstico.

Em face do exposto, assinale a alternativa correta.

- (A) Nesse paciente, a indicação principal ocorreria apenas com PSA  $\geq 6$  ng/mL. Nessa situação, a ressonância serviria para localizar lesões suspeitas que justifiquem biópsia.
- (B) Com o PSA nesse valor (3,2 ng/mL) e inalterado nos últimos 6 meses, não se faz necessário a realização de exame complementar para seguimento da investigação.
- (C) Para esse caso, a biópsia transretal guiada por ultrassom poderia substituir a ressonância, pois teria sensibilidade/acurácia semelhantes e menor custo para o paciente.
- (D) Com PSA 3,2 ng/mL persistente, a ressonância é indicada para reduzir biópsias desnecessárias, sem comprometer a detecção de tumores clinicamente significativos.



