



Prova objetiva - R+CM

FAMERP 2026

NOME DO CANDIDATO

ASSINATURA

SALA:

CARTEIRA:

INSTRUÇÕES

1. Controle seu tempo

O tempo estimado é de aproximadamente **5h 54min** para **80** questões. Evite gastar mais de 4 minutos em uma única questão.

2. Leia o enunciado com atenção

Antes de analisar as alternativas, compreenda completamente o que está sendo perguntado. Observe palavras-chave como "EXCETO", "INCORRETA", "MAIS PROVÁVEL".

3. Analise todas as alternativas

Mesmo que uma alternativa pareça correta à primeira vista, leia todas as opções antes de marcar sua resposta definitiva.

4. Consultas externas

Não será permitida qualquer espécie de consulta nem o uso de aparelhos eletrônicos.

5. Marcação da resposta

Use caneta preta para marcar suas respostas na folha definitiva de gabarito. Use o gabarito presente nesta prova para preencher seu rascunho, você poderá levar este gabarito ao final de sua prova.

Boa prova!

QUESTÃO 01

Paciente de 35 anos, gênero masculino, procura atendimento ambulatorial assintomático para exames de "check up" com resultados dentro dos parâmetros de referência exceto por $\text{Ca}^{2+}=11,2$ (VR=8,8 a 10,2). Desconhece comorbidades e fazia apenas uso de polivitamínicos regularmente. Foi optada pela investigação da hipercalcemia com exames suplementares: PTH=45 pg/ml (VR=15 a 65), 1,25(OH) $_2$ vitamina D=65 pg/ml (VR=18-72), 25(OH) vitamina D=45 ng/ml (VR=30 a 60) calciúria=70mg/24h (VR=100 a 300mg/24h). Diante deste caso, qual é o provável mecanismo fisiopatológico da hipercalcemia?

- ☐ (A) Produção de PTHrp
 - ☐ (B) Mutação receptor sensor Ca^{2+}
 - ☐ (C) Intoxicação de vitamina A e D.
 - ☐ (D) Produção autônoma de PTH
-

QUESTÃO 02

Paciente de 58 anos, gênero masculino, etilista importante é admitido em unidade de emergência por apresentar episódio de crise convulsiva após grande ingesta alcoólica. Ao exame físico, apresenta-se confuso no tempo e espaço. Exames complementares colhidos para investigação diagnóstica evidenciaram $\text{Mg}^{2+} = 0,9\text{mg/dl}$. Considerando este caso clínico, qual outro achado dentre os abaixo seria esperado encontrar?

- ☐ (A) Aumento da liberação de PTH
 - ☐ (B) Fração de excreção de K^{+} reduzida
 - ☐ (C) Fração excreção de Mg^{2+} aumentada
 - ☐ (D) Inibição do receptor sensor do Ca^{2+}
-

QUESTÃO 03

Paciente de 68 anos, gênero feminino, foi admitida em unidade de emergência por quadro de confusão mental iniciado há 6 horas. Exceto pelo quadro neurológico, paciente não apresentava outras alterações em exame físico. Família alegava que a única comorbidade em tratamento regular era HAS em uso de hidroclorotiazida e losartan. Foram colhidos eletrólitos admissionais com seguintes resultados: $\text{Na}^{+} = 132\text{mEq/l}$, $\text{Ca}^{2+} = 13,2\text{mg/dl}$, $\text{K}^{+} = 3,8\text{mEq/l}$, $\text{Cl}^{-} = 100\text{mEq/l}$, $\text{P} = 2,5\text{mg/dl}$. Gasometria venosa com $\text{pH} = 7,35$ $\text{HCO}_3^{-} = 20$ $\text{pCO}_2 = 38$, glicemia = 122mg/dl e creatinina 1,4mg/dl. Considerando que no 2º dia de internação o valor de PTH era 8 pg/ml (VR = 15 a 65) e que 1,25(OH) $_2$ vitamina D, 25(OH)vitamina D e eletroforese de proteínas ainda não tinham sido colhidas, qual é a principal hipótese diagnóstica apenas com os exames disponíveis?

- ☐ (A) Mieloma múltiplo
- ☐ (B) Doença granulomatosa
- ☐ (C) Síndrome linfoproliferativa
- ☐ (D) Neoplasia produtora de PTHrp

QUESTÃO 04

Paciente 78 anos, gênero masculino, é trazido à unidade de emergência por quadro iniciado há 10 horas caracterizado por dores abdominais difusas associado a vômitos. Evoluiu com sonolência 30 minutos após sua admissão. Ao exame físico apresenta-se desidratado, taquicárdico, taquipneico e com abdome doloroso, porém sem visceromegalias e com ruídos hidroaéreos presentes. Família relata que paciente faz tratamento apenas para diabetes e hipertensão. O resultado dos exames colhidos mostraram gasometria arterial: $\text{pH} = 7,15$ $\text{pO}_2 = 88$ $\text{pCO}_2 = 20$ $\text{HCO}_3 = 8$ lactato = 1,5, $\text{Na} = 135\text{mEq/l}$; $\text{K} = 3,8\text{mEq/l}$; glicemia 115mg/dl, creatinina = 2,0mg/dl; Urina I: proteínas +1/+4, glicose +4/+4, corpos cetônicos +3/+4, ausência de leucocitúria. Dentre os potenciais fármacos utilizados pelo paciente, qual poderia ter causado o quadro clínico apresentado?

- ☐ (A) Metformina
 - ☐ (B) Pioglitazona
 - ☐ (C) Dapaglifozina
 - ☐ (D) Hidroclorotiazida
-

QUESTÃO 05

Paciente de 30 anos, gênero feminino, procura atendimento ambulatorial após realização de tomografia de abdome com contraste para investigar litíase renal com achado de lesão nodular em adrenal direita, de 2,5cm, com densidade de 5UH (unidades de Hounsfield) e washout do contraste de 70%. Está assintomática. Nega uso de fármacos. Sinais vitais: PA=110X70, FC=75bpm e FR=15ipm. Não apresenta alterações no restante de exame físico. Qual conduta, dentre as abaixo, deve ser tomada diante deste caso?

- ☐ (A) Indicar biópsia aspirativa guiada por tomografia
 - ☐ (B) Coletar cortisol após supressão com 1mg de dexametasona
 - ☐ (C) Solicitar aldosterona e atividade plasmática de renina
 - ☐ (D) Solicitar metanefrinas e catecolaminas urinárias em urina de 24h
-

QUESTÃO 06

Paciente de 27 anos, gênero feminino, retorna para atendimento ambulatorial em investigação de palpitações e tremores nos membros superiores. Realizou exames de triagem com achado TSH = 0,1 mU/L VR 0,5 a 4,5) sucedido por Ultrassom de tireoide cuja imagem evidencia nódulo tireoidiano em lobo direito de 3.0cm, classificado como TIRADS 3. O exame físico encontra-se sem alterações, exceto por discreta taquicardia (FC = 105bpm) e da nodulação cervical. Diante deste caso, qual deve ser sua conduta?

- ☐ (A) T4 e T3 livres
- ☐ (B) Cintilografia de tireoide
- ☐ (C) PAAF guiada por US
- ☐ (D) Anticorpo anti-receptor de TSH (TRAB)

QUESTÃO 07

Paciente de 59 anos, sexo masculino, barbeiro. Tabagista há 45 anos, fumando em média 20 cigarros diariamente. Há 2 anos com queixa de dispneia relacionada aos esforços e atualmente MRC (Escala de Dispneia Modificada) 3. Não refere ortopneia e nem dispneia paroxística noturna. Tosse com expectoração clara e chiadeira no peito com piora nos meses de outono/inverno. Antecedentes: nega doenças pulmonares prévias. HAS, em uso de hidroclorotiazida. Nega internações mas procurou unidade de pronto atendimento, por 4 vezes no último ano, devido piora sintomática, fazendo uso de antibióticos e prednisona nestes atendimentos. Ao exame físico: BEG, eupneico, acianótico, sem hipocratismo digital. Tórax com diâmetro ântero-posterior aumentado, bulhas rítmicas e normofonéticas, ausência de sopros cardíacos, sons pulmonares reduzidos bilateralmente e sem ruídos pulmonares adventícios. Abdômen normotenso. Ausência de edemas periféricos. Exames complementares prévios: - Radiografia simples de tórax com sinais de hiper aeração pulmonar. - Espirometria: presença de distúrbio ventilatório do tipo obstrutivo de grau moderado e sem resposta farmacológica, relação $VEF1/CVF = 50\%$ e $VEF1$ após prova farmacológica de 50% do previsto e hemograma com eosinófilos = 90 células. Com diagnóstico de doença pulmonar obstrutiva crônica, sendo LABA: beta 2 agonista inalatório de ação prolongada, LAMA: anti-muscarínico inalatório de ação prolongada, a prescrição de LABA/LAMA estará indicada na seguinte condição abaixo:

- ☐ (A) DPOC E (exacerbador)
- ☐ (B) DPOC A (Dispneia MRCm 1, sem exacerbações)
- ☐ (C) DPOC E (exacerbador) somente com eosinofilia ou imunoglobulina E elevada associados
- ☐ (D) Somente se associado a asma (A - DPOC)

QUESTÃO 08

Paciente do sexo feminino, 49 anos, técnica de laboratório, não tabagista. Em tratamento ambulatorial com reumatologista devido esclerodermia. Queixa-se de dispneia há 12 meses, progressiva aos esforços e atualmente classe funcional III. Com os seguintes exames complementares: Ecocardiograma, sugerindo presença de hipertensão pulmonar (PSVD = 60 mmHg) - Tomografia computadorizada de tórax, sem alterações parenquimatosas e ausência de falhas de enchimento de artérias pulmonares - Espirometria, dentro dos limites da normalidade, DLCO = 55 % do previsto. Devido suspeita de hipertensão arterial pulmonar associada a esclerodermia, solicitado estudo hemodinâmico (cateterismo de câmaras cardíacas direitas, Swan-Ganz), comprovando Hipertensão Arterial Pulmonar, sendo proposta terapêutica específica combinada. A medicação abaixo promove vasodilatação arterial pulmonar atuando a nível de receptores de endotelina (antagonista de receptores de endotelina):

- ☐ (A) Sildenafil
- ☐ (B) Bosentana
- ☐ (C) Epoprostenol
- ☐ (D) Sotatercept

QUESTÃO 09

Paciente do sexo feminino, 48 anos, técnica de farmácia, não tabagista, com queixa de dispneia progressiva aos esforços há 3 anos, atualmente em classe funcional 2. Nega tosse, expectoração, dor torácica ou sibilância. Sem vícios ou hábitos. Sem histórico do uso de medicamentos ou drogas. Sem histórico familiar de pneumopatias. Avaliada em consulta por clínico geral e submetida a uma série de exames complementares (- TC tórax e espirometria normais, exames laboratoriais - hemograma, função renal, hormônios tireoideanos, função hepática, FAN, sorologias virais para hepatite e HIV, gasometria arterial - todos normais) e encaminhada com ecocardiograma transtorácico sugerindo presença de hipertensão pulmonar (Pressão sistólica de ventrículo direito 55 mmHg) Ao exame físico: normolinea, eupneica, acianótica, ausência de hipocratismo digital. Tórax com bulhas rítmicas, com hiperfonese de B2, sem sopros, ausculta pulmonar normal. Abdômen normotenso e sem visceromegalias. Ausência de edemas periféricos. Solicitado cateterismo cardíaco de câmaras cardíacas direitas com medidas de Swan Ganz, sendo então confirmada a presença de Hipertensão Arterial Pulmonar, idiopática. Neste exame são parâmetros para definição de gravidade e prognóstico:

- ☐ (A) Pro-BNP e DC (Débito Cardíaco).
- ☐ (B) Pressão Media da Artéria Pulmonar somente
- ☐ (C) IC (Índice Cardíaco) e PAD (Pressão de Átrio Direito)
- ☐ (D) PCP (Pressão Capilar Pulmonar) e IC (Índice Cardíaco)

QUESTÃO 10

Paciente do sexo masculino, 65 anos, farmacêutico aposentado, fumante ativo há 50 anos (um maço fumado diariamente). Queixa de tosse matinal há 2 anos, porem há 18 meses, com dispneia ainda MRC (Escala de Dispneia Modificada) 1. Ao exame físico: BEG, corado, hidratado, eupneico, normolíneo, ausculta cardiopulmonar normais, sem edemas periféricos. RX tórax normal. Com suspeição clínica de DPOC, solicitado prova ventilatória pulmonar (espirometria), com laudo de distúrbio ventilatório do tipo obstrutivo de grau moderado (sem resposta farmacológica, conforme resultado abaixo: CVF = Capacidade Vital Forçada VEF1 = Volume Expiratório Forçado no 1º Segundo

- ☐ (A) VEF1/CVF = 55%, CVF = 86% do previsto, VEF 1 = 56% do previsto. Após prova farmacológica: VEF1/CVF = 56%, CVF = 87% do previsto, VEF1 = 57% do previsto.
- ☐ (B) VEF1/CVF = 74%, CVF = 89% do previsto, VEF 1 = 78% do previsto. Após prova farmacológica: VEF/CVF = 80%, CVF = 90% do previsto, VEF1 = 88 % do previsto
- ☐ (C) VEF1/CVF = 80%, CVF = 88% do previsto, VEF 1 = 85% do previsto. Após prova farmacológica: VEF/CVF = 85%, CVF = 89% do previsto, VEF1 = 86% do previsto,
- ☐ (D) VEF1/CVF = 90%, CVF = 56% do previsto, VEF 1 = 55% do previsto. Após prova farmacológica: VEF/CVF = 89%, CVF = 58% do previsto, VEF1 = 56% do previsto

QUESTÃO 11

Paciente sexo feminino 72 anos, tabagista ativa, 10 cigarros ao dia, desde 18 anos de idade (Carga Tabágica: 27 anos/maço), da entrada no pronto socorro com quadro de dispneia aos mínimos esforços, MRC (Escala de Dispneia Modificada) 4, com início há três dias e tosse com expectoração purulenta. Realizado RX de tórax com presença de hiperareação pulmonar. Realizado Tomografia de tórax com presença de enfisema apical centrolobular. Após tratamento, paciente tem alta e retorna para primeira consulta pós-internação após quatro meses, estável e indaga sobre as vacinas necessárias, seguindo a diretriz do GOLD2025. Quais as vacinas indicadas, (paciente sem vacinação nos últimos 20 anos)?

- (A) Influenza, Covid-19 Pneumocócica 13 isolada, vírus sincicial respiratório, Vacina tríplice bacteriana acelular do tipo adulto, vacina para herpes zoster
 - (B) Influenza, Covid-19, Pneumocócica 23 isolada, vírus sincicial respiratório, Vacina dupla bacteriana acelular do tipo adulto, vacina para herpes zoster
 - (C) Influenza, Covid-19 Pneumocócica 20 isolada, vírus sincicial respiratório, Vacina tríplice bacteriana acelular do tipo adulto, vacina para herpes zoster
 - (D) Influenza, Covid-19, Pneumocócica 25 isolada, vírus sincicial respiratório, Vacina dupla bacteriana acelular do tipo adulto, vacina Pentavalente
-

QUESTÃO 12

Paciente de 22 anos, com diagnóstico de asma confirmado na infância, é encaminhado para avaliação especializada devido à suspeita de asma grave. Segundo a SBPT, qual é a definição de asma grave, após confirmar boa adesão, técnica inalatória adequada e manejo de fatores agravantes e comorbidades?

- (A) Paciente com asma confirmada por método objetivo, que permanece não controlada, apresentando exposições ambientais/ocupacionais e comorbidades ainda sem tratamento específico, necessitando etapa com corticoide inalatório em dose média/alta associado a uma segunda droga de controle para atingir controle, sendo classificada como grave pela persistência desses fatores e uso de corticoide oral pelo menos $\geq 75\%$ dos dias no ano anterior
- (B) Paciente com asma confirmada por método objetivo, com boa adesão ao tratamento, e que, a despeito de serem eliminados ou minimizados fatores associados à falta de controle da doença, necessita utilizar corticoide inalatório em dose alta, associado a uma segunda droga de controle ou corticoide oral $\geq 50\%$ dos dias no ano anterior para manter o controle da doença, ou que, apesar desse tratamento, permanece não controlada devido a sua gravidade intrínseca.
- (C) Paciente com asma confirmada por método objetivo, com $VEF1 < 60\%$ do previsto, sintomas diários e ≥ 2 exacerbações no último ano, sendo definida como grave por/critérios de função pulmonar e frequência de crises, sem necessidade otimização de tratamento e fatores modificáveis, sendo necessário uso de corticoide oral $\geq 75\%$ dos dias no ano anterior
- (D) Paciente com asma confirmada por método objetivo, com eosinofilia sanguínea ≥ 300 células/uL ou Fração exalada de óxido nítrico elevado e indicação de terapia biológica, ainda que controlada com corticoide inalatório em baixa dose e sem necessidade de associação com segunda droga de controle, sendo definida como grave pelo perfil de biomarcadores e uso de corticoide inalatório $\geq 50\%$ dos dias no ano anterior

QUESTÃO 13

Homem, 45 anos, tabagista ativo desde os 15 anos, comparece em consulta médica com desejo de auxílio na cessação de tabagismo. Fuma atualmente 30 cigarros ao dia. Refere acender o primeiro cigarro imediatamente ao acordar antes mesmo de se levantar da cama e não consegue ficar sem fumar durante o trabalho e dentro do hospital e mesmo em consulta médica com Especialidade Clínica ao lado. É portador de hipertensão arterial sistêmica em uso de enalapril 5mg ao dia, diabetes mellitus tipo 2 em uso de metformina 200mg duas vezes ao dia e epilepsia bem controlada com uso de carbamazepina 200mg duas vezes ao dia. Refere acender em média de 35 cigarros ao dia (50 maços-ano). Ao exame físico encontra-se sem alteração. Diante do quadro clínico, qual o tratamento farmacológico de primeira linha mais indicado para o auxílio na cessação de tabagismo deste paciente dentre as alternativas?

- ☐ (A) Clonidina
 - ☐ (B) Nortriptilina
 - ☐ (C) Cloridrato de Bupropiona
 - ☐ (D) Terapia de reposição de nicotina
-

QUESTÃO 14

Homem, 68 anos de idade, hipertenso, diabético e ex-tabagista com carga tabágica de 50 maços-ano comparece em consulta com queixa de dispneia progressiva e tosse seca há um ano. Ao exame físico apresenta como alteração saturação de oxigênio de 91% em ar ambiente, crepitações do tipo velcro na inspiração á ausculta pulmonar em bases pulmonares e baqueteamento digital. Realizada investigação com tomografia computadorizada de tórax de alta resolução, compatível com padrão de pneumonia intersticial usual e, espirometria apresentando distúrbio ventilatório restritivo. Atualmente é aposentado e trabalhou previamente como porteiro. Não foi identificado exposição a mofo ou aves. Possui 2 gatos há 5 anos. Em exames laboratoriais apresenta fator antinúcleo, fator reumatoide e anticorpos anti-peptídeo citrulinado cíclico não reagentes. Em relação ao caso apresentado, qual o diagnóstico mais provável?

- ☐ (A) Sarcoidose
 - ☐ (B) Fibrose pulmonar idiopática
 - ☐ (C) Síndrome anti-sintetase
 - ☐ (D) Pneumonite de hipersensibilidade fibrótica
-

QUESTÃO 15

Paciente masculino, 38 anos, vendedor autônomo, teve o diagnóstico de infecção pelo HIV há cinco anos, com realização de tratamento antirretroviral de forma irregular até quatro meses atrás. Foi internado em Serviço da Saúde com quadro de cefaleia, emagrecimento, apresentação de lesões cutâneas em evolução há 30 dias, febre e sensação de falta de ar progressiva há sete dias. O exame físico revelou um paciente febril ($T^{\circ}C = 39^{\circ}C$), taquicárdico ($FC = 120/min$), bastante emagrecido, deambulando com auxílio, com candidíase oral e apresentando lesões papulares violáceas disseminadas de tamanho variável (0,5 – 1,2 cm), adenomegalia cervical e hepatoesplenomegalia. O exame dos demais órgãos e sistemas não evidenciou alterações. Assinale a alternativa que descreve a conduta correta para investigação do quadro à internação.

- ☐ (A) O médico solicitou amostra de sangue para detecção de antígeno criptocócico (LF-CrAg) para investigar doença criptocócica.
- ☐ (B) O médico solicitou amostra de liquor e de sangue para detecção de antígeno criptocócico (LF-CrAg) e para cultura de fungos.
- ☐ (C) médico solicitou amostra de sangue para detecção do lipoarabinomanano por fluxo lateral (LF-LAM) e hemocultura para micobactéria.
- ☐ (D) O médico solicitou a realização de IGRA para definir a necessidade de exames subsequentes para investigação de tuberculose.

QUESTÃO 16

Paciente proveniente do Maranhão, com 11 anos de idade, masculino, com emagrecimento importante há 5 meses e aumento do volume abdominal. Refere episódios de fezes amolecidas, sem muco, sangue ou pus, que frequentemente melhora somente com medicação caseira. No exame físico, apresenta-se descorado (2+/4+), astênico, com pele seca e descamativa, com fígado palpável a 6 cm do rebordo costal direito e 8 cm do apêndice xifoide e, baço a 7 cm do rebordo costal esquerdo. O hemograma mostra hemoglobina de 8,0 g/dl, hematócrito de 27%, leucócitos de 2.500/mm³, plaquetas de 60.000/mm³ e o parasitológico de fezes positivo para ovos de *Schistosoma mansoni*. A conduta mais adequada neste caso é:

- ☐ (A) Medicação com Praziquantel e observar.
 - ☐ (B) Solicitar a esplenoportografia para investigar uma possível hipertensão portal.
 - ☐ (C) Solicitar mielograma com biópsia da medula óssea, para elucidar o diagnóstico.
 - ☐ (D) Proceder a esplenectomia, para impedir um sequestro ainda maior de elementos sanguíneos.
-

QUESTÃO 17

Paciente masculino, 36 anos, com antecedente de privação de liberdade por cinco anos. Há nove meses, sem sintomas respiratórios ou constitucionais, teve indicação de uso de medicamento imunobiológico para tratamento de artrite psoriática, onde foi submetido a investigação de tuberculose latente, que resultou em teste tuberculínico com medida de 12 mm. O exame de imagem do tórax detectou lesão consolidativa apical à esquerda e o exame de secreção respiratória, obtida por indução de escarro com teste rápido molecular para *Mycobacterium tuberculosis*, resultou detectável, inclusive para gene que confere resistência à Rifampicina. Assinale a alternativa que descreve conduta correta para tuberculose nesse paciente.

- ☐ (A) Prescrever Isoniazida isoladamente, por nove meses, pois não existia evidência de doença em atividade.
 - ☐ (B) Prescrever tratamento com Levofloxacina, Isoniazida, Etambutol e Pirazinamida por dois meses e programar reavaliar teste de sensibilidade para definir os medicamentos a serem usados na fase de manutenção.
 - ☐ (C) Prescrever tratamento com Rifampicina, Isoniazida, Pirazinamida e Etambutol até liberação de teste de sensibilidade para adequação dos medicamentos.
 - ☐ (D) Prescrever tratamento com Bedaquilina, Linezolida e Pretonamida com monitoramento de cultura de secreção respiratória para avaliação de indicação de prolongamento do tratamento além de seis meses.
-

QUESTÃO 18

Paciente sexo masculino, 40 anos idade, caminhoneiro, trazendo carga de Rondônia, chega ao Hospital, referindo mal-estar geral, intensa cefaleia, astenia, mialgia generalizada há 6 dias. Há 2 dias apresentou episódio de febre alta que respondeu após uso de dipirona® (sic), seguido de sudorese e sensações de extensa fraqueza. Desde então, tem apresentado sensação febril praticamente contínua. Hoje após episódio de febre alta, teve rebaixamento progressivo do nível de consciência acompanhado de náuseas e vômitos e logo entrou em coma. Exame físico: descorado 2+/4+; Glasgow = 9; fígado palpável na borda direita; baço palpável há 3 cm da borda costal esquerda. Qual a principal hipótese diagnóstica e o exame complementar indicado?

- ☐ (A) Dengue e sorologia específica.
- ☐ (B) Malária e pesquisa de plasmódio em gota espessa de sangue.
- ☐ (C) Encefalite por herpesvirus e ressonância magnética.
- ☐ (D) Meningite bacteriana e punção do LCR (líquor cefalorraquiano).

QUESTÃO 19

Homem, 27 anos, 2º dia de febre alta, mialgia intensa e náuseas. PA 110×70 mmHg, FC 96 bpm, sem sangramento. Hemograma: Ht 41% (prévio 40%), plaquetas 80.000/mm³, leucocitos 4.200/mm³. NSI positivo sem outros achados. Vive em área com surtos de dengue. Qual a conduta inicial mais apropriada?

- ☐ (A) Confirmar dengue provável; orientar hidratação oral, analgésico seguro, antiemético e retorno diário com sinais de alarme claros.
- ☐ (B) Internar diretamente em unidade intensiva, apesar da estabilidade clínica e ausência de choque ou sangramento significativo ativo.
- ☐ (C) Indicar ácido acetilsalicílico para analgesia e anticoagulação, mesmo no contexto típico de dengue aguda sem contraindicações aparentes.
- ☐ (D) Solicitar apenas sorologia IgM/IgG e aguardar resultado, aguardando para o manejo clínico e orientação imediata ao paciente quando diagnóstico confirmado

QUESTÃO 20

Mulher, 34 anos, 5º dia de dengue: febre cedeu há um dia; agora com dor abdominal contínua, vômitos e tontura. PA 98×62mmHg, FC 108bpm, extremidades frias, pulsos finos. Ht 46% (antes 39%), plaquetas 58.000/mm³, creatinina normal. Qual a conduta imediata mais apropriada?

- ☐ (A) Dar alta com hidratação oral, analgesia simples e reavaliação no dia seguinte, afinal paciente com mais de 50.000/mm³ plaquetas e sem sinais de baixa perfusão.
- ☐ (B) Transfundir concentrado de plaquetas profilaticamente, pela contagem baixa, mesmo sem sangramento significativo ou instabilidade hemodinâmica documentada atual.
- ☐ (C) Administrar corticoide intravenoso para reduzir extravasamento, apesar da ausência de benefício estabelecido em dengue, não recomendado rotineiramente.
- ☐ (D) Internar, classificar como sinais de alarme, iniciar cristalóide isotônico guiado por perfusão, diurese e hematócrito seriados frequentes.

QUESTÃO 21

Caso clínico para as questões de 21 a 22: Paciente do sexo masculino, 73 anos previamente portador de hipertensão e diabetes, em uso regular de losartana, hidroclorotiazida e metformina, independente para atividades básicas de vida diárias e instrumentais, é admitido no Hospital com relato de hemiparesia direita e afasia motora há 2 horas. Paciente colocado em maca na sala de emergência e aferido os seguintes sinais vitais: pressão arterial 197×110mmHg, glicemia capilar 256 mg/dL, saturação 97% em ar ambiente e frequência cardíaca 110bpm. Diante da principal hipótese diagnóstica, após realização do exame físico neurológico direcionado, qual a primeira conduta a ser realizada?

- ☐ (A) Encaminhar o paciente para realização de tomografia computadorizada (TC) de crânio.
- ☐ (B) Controlar a pressão arterial e a frequência cardíaca, antes da realização dos exames complementares.
- ☐ (C) Solicitar exames laboratoriais para investigação de diagnósticos diferenciais, mesmo que esta conduta atrase o tratamento inicial.
- ☐ (D) Controlar a pressão arterial com medicação oral e após, encaminhar o paciente para realização de tomografia computadorizada de crânio.

QUESTÃO 22

De acordo com o caso clínico anterior, após a realização dos exames complementares, não foram detectados sinais de hemorragia intracraniana. Esse paciente teria indicação de trombólise intravenosa?

- ☐ (A) Sim, desde que mantida a pressão arterial <220/120mmHg durante a infusão do trombolítico.
- ☐ (B) Sim, após redução da pressão arterial para <185/110mmHg com medicação endovenosa antes de iniciar a infusão.
- ☐ (C) Sim, esse paciente não possui contraindicações absolutas ou relativas do tratamento de reperfusão.
- ☐ (D) Não, o paciente não tem indicação de trombólise intravenosa devido idade >70 anos.

QUESTÃO 23

Paciente do sexo feminino, 52 anos, transplantada renal há 1 ano, em uso de tacrolimo e micofenolato, refere que há 2 dias iniciou quadro súbito de cefaleia unilateral, pulsátil, associado a náuseas e vômitos, e fotofobia. Nega história prévia de cefaleia e nega febre associada. Ao exame físico neurológico, não havia déficits neurológicos focais, nem rigidez de nuca ou alterações na fundoscopia. Conforme o Protocolo Nacional para Diagnóstico e Manejo das Cefaleias nas Unidades de Urgência do Brasil de 2018, assinale a alternativa correta:

- ☐ (A) A paciente possui 1 sinal de alerta para cefaleia secundária, e, portanto, deve ser realizada a investigação complementar e manejo da dor antes da alta hospitalar.
- ☐ (B) A paciente possui 2 sinais de alerta para cefaleia secundária, e, portanto, deve ser realizada a investigação complementar e manejo da dor antes da alta hospitalar.
- ☐ (C) A paciente possui ao menos 3 sinais de alerta para cefaleia secundária, e, portanto, deve ser realizada a investigação complementar e manejo da dor antes da alta hospitalar.
- ☐ (D) A paciente não possui sinais de alerta para cefaleia secundária, e, portanto, pode ser liberada após manejo da dor.

QUESTÃO 24

Paciente do sexo masculino, 72 anos, com história prévia de AVC isquêmico e sequela de afasia motora e hemiparesia direita, admitido na emergência devido episódio súbito de movimentos involuntários clônicos de membro superior e inferior direito, seguido de perda da consciência, eversão ocular e abalos nos 4 membros, com duração de 3 minutos, cessação espontânea e período de sonolência após. Realizada investigação inicial que descartou alterações infecciosas ou metabólicas, e tomografia de crânio sem lesões agudas mostrando área de gliose em território de artéria cerebral média esquerda compatível com o AVC prévio. Diante do exposto, assinale a conduta mais adequada:

- ☐ (A) Orientar a família que o paciente possui epilepsia e é indicado uso de fármaco anticrise.
- ☐ (B) Solicitar RM de crânio, e aguardar resultado para definição sobre o uso do fármaco anticrise.
- ☐ (C) Solicitar o eletroencefalograma, e aguardar resultado para definição sobre o uso do fármaco anticrise.
- ☐ (D) Manter conduta observacional, e iniciar fármaco anticrise se o paciente apresentar novo episódio.

QUESTÃO 25

Paciente do sexo feminino, 69 anos, com diagnóstico prévio de hipertensão arterial e vertigem, em uso de indapamida, losartana, carvedilol e flunarizina. Procurou atendimento ambulatorial com queixa de bradicinesia, tremor em repouso em mão direita e rigidez muscular. Considerando a hipótese de parkinsonismo induzido por medicamentos, assinale a alternativa que corresponde ao medicamento que pode ter induzido ao quadro nessa paciente:

- ☐ (A) Losartana.
 - ☐ (B) Flunarizina.
 - ☐ (C) Indapamida.
 - ☐ (D) Carvedilol.
-

QUESTÃO 26

Homem de 47 anos, pedreiro, apresenta há cerca de um ano mudanças comportamentais progressivas. Segundo a esposa, ele era carinhoso, introvertido e muito organizado, mas passou a agir de forma impulsiva e desinibida. Nesse mesmo período, iniciou consumo excessivo de álcool aos fins de semana, o que levou a esposa a relacionar o comportamento à bebida. Há seis meses, o paciente interrompeu o uso de álcool, sem melhora. Observa-se também apatia e redução do afeto, com evolução lenta e gradual dos sintomas. Atualmente o paciente está afastado do trabalho, pois não conseguia mais realizá-lo como antes. Conforme o caso clínico apresentado, qual seria a principal hipótese diagnóstica?

- ☐ (A) Delirium.
 - ☐ (B) Esquizofrenia.
 - ☐ (C) Demência frontotemporal.
 - ☐ (D) Transtorno afetivo bipolar.
-

QUESTÃO 27

Paciente do sexo feminino 32 anos, previamente hígida, apresenta episódios recorrentes de déficits neurológicos focais há 1 ano. Refere episódios de visão turva unilateral há 3 meses, seguido por hipoestesia em membros inferiores há 1 mês e, há 1 semana, início de diplopia. Ao exame neurológico direcionado, observa-se hiperreflexia em reflexos patelar e Aquileu bilateral, sinal de Babinski presente bilateral e paralisia do VI par craniano a esquerda. Com base no caso clínico descrito, qual a principal hipótese diagnóstica?

- ☐ (A) Esclerose múltipla.
- ☐ (B) Transtorno funcional.
- ☐ (C) Ataques isquêmicos transitórios.
- ☐ (D) Lupus eritematoso sistêmico com acometimento neurológico.

QUESTÃO 28

Mulher de 17 anos procura atendimento médico na emergência de um hospital secundário por dor abdominal difusa de forte intensidade há 1 dia associada a náuseas vômitos. Não tem comorbidades conhecidas, porém refere que há 1 mês apresenta polidipsia, poliúria e emagrecimento. É admitida sonolenta, desidratada, taquicárdica, aquecentom abdome flácido. PA = 107x69 mmHg, FC = 118 bpm, FR = 26 irpm. Exames laboratoriais revelam: Hemoglobina = 12,7 g/dL, hematócrito = 38,8%, leucócitos 10070/mm³ e plaquetas = 182.000/mm³, creatinina = 1,1 mg/dL, sódio = 142 mmol/L, potássio = 2,9 mmol/L, pH = 7,21, pO₂ 76 mmHg, pCO₂ = 26 mmHg, HCO₃ = 11 mmol/L, BE = -12 mmol/L, cloro = 107 mmol/L, glicemia = 298 mg/dL, urina tipo I com pH = 5,0, densidade = 1015, glicosúria +++/4+, cetonúria +++/4+, proteínas ausentes, nitrito negativo, leucócitos = 4000/ml, eritrócitos = 6000/ml. A abordagem inicial mais adequada para o caso apresentado é:

- (A) Reposição volêmica com solução salina ζ otônica 30ml/kg/h por 6h e início imekato de insulina regular endovenosa 0,1UI/kg/h. Repetir dosagem de potássio em 2h para confirmar hipocalemia e então definir reposição;
- (B) Reposição volêmica com solução salina isotônica 15 a 20ml/kg na primeira hora e reavaliação periódica do status volêmico. Reposição endovenosa de potássio. Iniciar a administração de insulina após atingir K $\geq$ 3,3 mmol/L;
- (C) Reposição volêmica com solução salina isotônica 15 a 20ml/kg na primeira hora com reavaliação periódica do status volêmico. Iniciar imediatamente insulina NPH 0,1UI/kg/h, assim como reposição endovenosa de potássio;
- (D) Reposição volêmica com solução salina isotônica 1000ml em 6h e repetir se sinais de desidratação. Iniciar reposição endovenosa de potássio imediatamente e, quando K $\geq$ 3,3 mmol/L, iniciar insulina NPK 0,1UI/kg/h.

QUESTÃO 29

Homem de 76 anos é levado por familiares até uma unidade de pronto atendimento (UPA) devido quadro de confusão mental e sonolência há 2 dias. Há 10 dias, passou em consulta com médico da saúde da família e, após diagnóstico de hipertensão arterial, iniciou uso de clortalidona 50 mg/dia. Familiares negam outras doenças ou uso de outros medicamentos. Há 1 dia paciente já havia sido atendido nesta UPA pelo mesmo quadro e, na ocasião, foram realizados exames laboratoriais que revelaram: Hemoglobina = 12,1g/dL, hematócrito = 37,8%, leucócitos = 5100/mm³ e plaquetas = 222000/mm³, creatinina = 1,4 mg/dL, sódio 112 mmol/L, potássio = 4,3 mmol/L, glicemia = 137 mg/dL. Durante a avaliação, paciente evolui com crise tônico-clônica generalizada. Nesse cenário, a conduta inicial para manejo do distúrbio hidroeletrólítico é:

- (A) 100ml solução de salina 0,9% EV em bolus. Repetir até mais 2x se necessário;
- (B) 100ml de solução salina 3% EV em bolus. Repetir até mais 2x se necessário;
- (C) 500ml de solução salina 3% EV em bolus. Repetir até mais 2x se necessário.
- (D) Fenitoína 100mg EV em bolus dose única e suspender clortalidona imediatamente;

QUESTÃO 30

Mulher de 29 anos, procura atendimento médico na emergência de um hospital terciário devido "infecção de urina". Refere disúria e polaciúria há 5 dias, sem melhora com uso de ciprofloxacino prescrito na UBS. Evoluiu com dor lombar à esquerda de forte intensidade e irradiada para região vulvar há 1 dia, associado a febre, náuseas e vômitos. Paciente nega doenças conhecidas, porém relata que já foi internada antes devido "pedra no rim". Na avaliação inicial, paciente desperta ao chamado orientada e respondendo aos comandos; encontra-se febril, taquicárdica e taquipneica, hipotensa e com tempo de enchimento capilar reduzido. Sinais vitais: PA 91x54 mmHg, FC = 121 bpm, FR = 31 irpm, T = 39,1 °C, SatO₂ = 95%. Frente ao quadro apresentado, a conduta inicial mais adequada para a principal hipótese diagnóstica é:

- (A) Implantar de cateter venoso central, após confirmação do adequado posicionamento do cateter, iniciar expansão volêmica. Solicitar USG de rins e vias urinárias e iniciar antibiótico empírico de amplo espectro;
- (B) Iniciar droga vasoativa imediatamente, mesmo que em acesso periférico. Após estabilização hemodinâmica, implantar cateter venoso central e realizar tomografia de rins e vias urinárias para confirmar diagnóstico e iniciar tratamento;
- (C) Expansão volêmica imediata com cristaloide 30ml/kg, coletar exames laboratoriais gerais incluindo culturas e lactato e iniciar antibiótico empírico de amplo espectro em até 1h da admissão;
- (D) Expansão volêmica imediata com cristaloide 30ml/kg e início de antibiótico de amplo espectro. Como a paciente já fez uso de antibióticos, culturas não são necessárias nesse momento. Realizar USG de abdome em até 1h.

QUESTÃO 31

Paciente masculino de 28 anos, internado na UTI de um hospital terciário devido tentativa de autoextermínio por intoxicação exógena. Fez uso de 30 comprimidos de carbonato de lítio 300mg e foi encontrado arresposivo pelo SAMU, com necessidade de via aérea avançada e suporte ventilatório. No hospital, constatada dosagem sérica de lítio = 5 mEq/L Após avaliação do CEATOX e da nefrologia, foi indicada hemodiálise. Paciente realizou 2 sessões de hemodiálise intermitente, evoluiu com despertar adequado e possibilidade de extubação. No 4º dia de internação, encontrava-se consciente, orientado, eupneico em ar ambiente, hemodinamicamente estável e já em acompanhamento com psiquiatria e psicologia. Recebeu alta da nefrologia e foi solicitada retirada de dispositivos invasivos. Imediatamente após a retirada do cateter venoso central para hemodiálise da veia jugular direita, paciente apresenta dispneia súbita, hipoxemia, taquicardia. Instalada oxigenioterapia suplementar a 100%, adotada posição de trendelenburg e decúbito lateral esquerdo. Após estabilização do quadro, realizada angio-tomografia de tórax que não evidenciou alterações agudas. Durante a realização do exame, paciente já estava assintomático e sem necessidade de O₂ suplementar. A hipótese diagnóstica mais provável é:

- (A) Tromboembolismo pulmonar agudo
- (B) Sepses de foco pulmonar
- (C) Pneumotórax hipertensivo
- (D) Embolia gasosa venosa

QUESTÃO 32

Paciente do sexo masculino, 25 anos, admitido em setor de emergência do hospital com quadro de rebaixamento do nível de consciência, náuseas, vômitos e dor abdominal, iniciados há poucas horas. Ao exame físico apresenta-se taquicárdico, hipotenso, taquipneico com padrão de respiratório de Kussmaul, sonolento (Escala de coma de Glasgow: 9) e com midríase bilateral. Familiares que o acompanham relatam que sintomas se iniciaram horas após ingestão de bebidas alcoólicas. Ao suspeitar de intoxicação por metanol, qual alternativa melhor indicaria as alterações laboratoriais esperadas para este paciente?

- (A) pH: 7,0, pO₂:68 mmHg, pCO₂: 17 mmHg, HCO₃: 6-mmol/L, satO₂: 92%, lactato: 10mmol/L; Na: 126 mmol/L; K: 6,2 mmol/L; Cl: 98 mmol/L; Cr: 3,2 mg/dL; Ur: 180 mg/dL; glicose: 108 mg/dL; Osmolalidade sérica medida: 320 mOsm/kg H₂O
- (B) pH: 7,0, pO₂:68 mmHg, pCO₂: 65 mmHg, HCO₂ 22 mmol/L, satO₂: 89%, lactato: 12mmol/L; Na: 126 mmol/L; K: 5,0 mmol/L; Cl: 96 mmol/L Cr: 2,4 mg/dL; Ur: 180mg/dL; glicose: 108 mg/dL; Osmolalidade sérica medida: 290mOsm/kg H₂O
- (C) pH: 7,0, pO₂:68 mmHg, pCO₂: 24 mmHg, HCO₃ 12 mmol/L, sato₂: 92%, lactato: 10 mmol/L; Na: 126 mmol/L; K: 6,2 mmol/L; Cl: 96 mmol/L Cr: 3,2 mg/dL; Ur: 270mg/dL; glicose: 108 mg/dL; Osmolalidade sérica medida: 290 mOsm/kg H₂O
- (D) pH: 7,0, pO₂:68 mmHg, pCO₂ 40 mmHg HCO₃ 18 mmol/L, sato₂: 89%, lactato: 12mmol/L; Na: 126 mmol/L; K: 8,0 mmol/L; Cl: 98mmol/L Cr: 2,4 mg/dL; Ur: 270mg/dL; glicose: 108 mg/dL; Osmolalidade sérica medida: 320mOsm/kg H₂O

QUESTÃO 33

Um homem de 46 anos procura consultório médico com queixa de sensação de mal-estar e que, nos últimos dias vem aferindo a pressão arterial, que se mostra elevada. Quanto à epidemiologia e aos fatores de risco associados à Hipertensão Arterial responda:

- (A) No geral, mulheres apresentam prevalência de hipertensão arterial significativamente maior do que os homens
- (B) Os homens tendem a apresentar um aumento mais acentuado da pressão arterial com a idade, independentemente da etnia
- (C) A contribuição da hipertensão arterial para eventos cardiovasculares é habitualmente maior na população branca do que na população negra
- (D) O uso de esteroides anabolizantes para fins estéticos e de performance está associado à hipertensão arterial, bem como a outras doenças cardiovasculares e renais

QUESTÃO 34

Uma senhora de 52 anos, assintomática, procura o Ambulatório com queixa de que sua pressão arterial tem sofrido alterações nos últimos meses. Refere que procurou por vários serviços médicos, não havendo concordância entre os valores aferidos. Sobre a técnica de aferição da pressão arterial (PA), a nova diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial de 2025 orienta:

- (A) A O paciente deve estar há pelo menos 30 minutos sem ter fumado, ingerido alimentos ou cafeína e 90 minutos sem ter praticado exercício físico.
- (B) A pressão arterial (PA) deve ser medida em ambos os braços inicialmente, utilizando o braço com a PA mais baixa para medidas subsequentes.
- (C) CC Quando a medida no braço for difícil, em particular nos obesos, não podemos considerar a medida no punho, utilizando o pulso radial.
- (D) Deve-se realizar 5 medidas codia intervalo de 1 hora entre elas e utilizar a média das duas últimas medidas.

QUESTÃO 35

O médico de Família reúne-se com o grupo de hipertenso da Unidade Básica de Saúde para esclarecimentos e adoção de medidas preventivas. A nova classificação da pressão arterial (PA) proposta pela Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial de 2025 apresenta algumas alterações importantes em relação às de 2020. As principais mudanças são:

- (A) Pressão arterial sistólica abaixo de 120 mmHg e Pressão arterial diastólica abaixo de 80 mmHg é considerada "PA ótima".
- (B) Pressão arterial sistólica entre 120 e 129 mmHg e/ou Pressão arterial diastólica entre 80 e 84 mmHg são consideradas "Pré-hipertensão".
- (C) Pressão arterial sistólica entre 130 e 139 mmHg e/ou Pressão arterial diastólica entre 85 e 89 mmHg são consideradas "Hipertensão Estágio 1".
- (D) Pressão arterial sistólica entre 160 e 179 mmHg e/ou Pressão arterial diastólica entre 100 e 109 mmHg são consideradas "Hipertensão Estágio 3".

QUESTÃO 36

Um paciente do sexo masculino, com 72 anos, apresenta queixas de cefaleia, turvação visual e tontura há 2 meses. O exame físico revela mucosas hipocoradas. Um hemograma é, então, solicitado: Hb 10,8g/dl, VCM 88fL, Leucócitos 5400/mm³, Segmentados 70%, Linfócitos 25%, Eosinófilos 2%, Monócitos 2%, Plaquetas 140.000/mm³. Demais exames revelam: Creatinina 1,0mg/dl, Cálcio iônico 1,1mmol/L (valor normal 1,05 a 1,3 mmol/L) e uma eletroforese de proteínas com um pico monoclonal de 7 g/dl. As dosagens de Imunoglobulinas mostram: IgG 700mg/dl (600 a 1700 mg/dL), IgA 80mg/dl (valor normal de 60 a 400 mg/dL) & IgM de 6.000mg/dl (valor normal entre 96 e 114 mg/dL). A biópsia de medula óssea é compatível com 40% de infiltração linfoplasmocitoide monoclonal. Sendo assim, é correto afirmar:

- (A) O tratamento com plasmaferese está indicado
- (B) A transfusão está indicada devido aos sintomas apresentados pelo paciente
- (C) Trata-se de mieloma múltiplo, pois há mais de 3000mg de proteínas monoclonais
- (D) Trata-se de mieloma múltiplo, pois há mais de 10% de infiltrado linfoplasmocitoide na medula óssea

QUESTÃO 37

Um paciente com 58 anos, sem história de comorbidades significativas, apresenta fraqueza progressiva e perda de 7 kgs em 6 meses e hipotensão postural. Refere episódios de diarreia há 4 meses e plenitude pós-prandial. Os exames revelam: Hemograma: Hb 13,5g/dl, Leucócitos 8400/mm³ (Segmentados 72%, Linfócitos 23%, Eosinófilos 2%, Monócitos 2%) Plaquetas 190.000/mm³, Creatinina 0.9mg/dl, Cálcio iônico 1,15mmol/L (valor normal 1,05 a 1,3 mmol/L) e uma eletroforese de proteínas sem pico monoclonal. Possui, ainda, NT-pro-BNP de 8900 pg/ml (valor normal inferior a 125 pg/mL); o exame de imunofixação sérica mostra um componente monoclonal de cadeia leve lambda IgG. O ecocardiograma apresenta espessamento do septo interventricular de 15mm (valor normal até 9,9mm) e fração de ejeção de 60% (fração de ejeção normal entre 55% e 70%). A biópsia de medula óssea revela 5% de plasmócitos com restrição para cadeias leves lambda (não havia plasmócitos com expressão de kappa), mas a coloração de vermelho Congo foi negativa. Diante dos fatos, pode-se afirmar que:

- (A) Não se trata de amiloidose pois a coloração de vermelho Congo foi negativa;
- (B) Trata-se de mieloma múltiplo, pois há plasmocitose monoclonal na medula óssea.
- (C) Está indicada a biópsia da gordura abdominal ou da glândula salivar menor.
- (D) Trata-se de amiloidose por transtirretina mutada, devido à neuropatia e cardiopatia.

QUESTÃO 38

Um paciente de 52 anos apresenta, em exames de rotina, os seguintes resultados: Hemograma - Hb 14,3g/dl, Leucocitos 5400/mm³ (Segmentados 70%, Linfócitos 25%, Eosinófilos 2%, Monócitos 3%) Plaquetas 160.000/mm³, Creatinina 0,8mg/dl, Cálcio iônico 1,17mmol/L (valor normal 1,05 a 1,3 mmol/L) e uma eletroforese de proteínas com um componente monoclonal de 4,5g/dl. A pesquisa de proteinúria em urina 24 horas mostrou-se normal. A imunofixação revela componente monoclonal IgG Kappa. Uma tomografia por emissão de pósitrons e tomografia computadorizada do corpo inteiro (PET/CT) não revelou nenhuma lesão óssea. Uma punção de medula óssea apontou para 7% de plasmócitos. Sendo assim, o diagnóstico é:

- ☐ (A) Macroglobulinemia de Waldenström
- ☐ (B) Mieloma do tipo smoldering
- ☐ (C) Mieloma múltiplo com lesões de órgãos alvo.
- ☐ (D) MGUS (Gamopatia Monoclonal de Significado Indeterminado)

QUESTÃO 39

Um paciente de 65 anos, do sexo masculino, apresenta um quadro de dor abdominal e, na investigação com Ultrassonografia, foi constatada trombose da veia supra-hepática, além de sinais de hepatopatia crônica severa, e baço com 900cm³ (valor normal até 300cm³). O hemograma revelou: HD 18,9g/dl Leucocitos 8400/mm³ (Segmentados 80%, Linfócitos 15%, Eosinófilos 2%, Monócitos 3%) Plaquetas 260.000/mm³. A pesquisa da mutação V617F da JAK-2 mostrou-se positiva. A biópsia de medula óssea revelou hipercelularidade da série vermelha, série granulocítica e da série megacariocítica, com ausência de fibrose. A dosagem de eritropoetina era 6,1 mUI/ml (valor normal entre 4,3 e 29,0 mUI/mL). Diante destes dados, pode-se afirmar que:

- ☐ (A) O caso deve ser tratado como Policitemia vera
- ☐ (B) Não se trata de Policitemia vera devido a dosagem normal de eritropoetina
- ☐ (C) A Trombose da veia supra-hepática não tem nenhuma relação com a Policitemia Vera;
- ☐ (D) A esplenectomia está indicada para a exclusão de Linfoma Esplênico

QUESTÃO 40

Homem, 47 anos, procurou o serviço de saúde devido a cefaleia, perda visual e aumento de mãos e pés. É hipertenso e diabético há 3 anos. Exames laboratoriais apresentavam prolactina 29 ng/ml (VR 2,5 a 17 ng/mL); TSH 2,8 mUI/L (VR: 0,5 a 4,5 mUI/L); creatinina 0,9 mg/dL (VR 0,7 a 1,3 mg/dL) T4 livre 1,3 ng/dl (VR 0,8 a 1,7), testosterona total 392 ng/dL (VR 241 a 837 ng/dL), IGF1 732 ng/ml (VR 94,0 - 252,0 ng/ml) e teste de supressão de GH com 75 gramas de glicose com nadir de 6,7 ng/ml. Ressonância de hipófise mostrou macroadenoma de hipófise com extensão supra e parasselar (Knosp 3) e Campimetria com heminospia bitemporal. Qual o tratamento de escolha para este paciente?

- ☐ (A) Iniciar temozolamida e acompanhar o paciente com dosagens de prolactina, IGF1 e RM de hipófise.
- ☐ (B) Iniciar agonista dopaminérgico para controle do adenoma e associar a reposição de testosterona trimestral.
- ☐ (C) Indicar cirurgia transfenoidal por técnica microscópica e ou endoscópica.
- ☐ (D) Encaminhar para radioterapia estereotáxica para o rápido controle bioquímico e tumoral.

QUESTÃO 41

Homem, 45 anos, vem em consulta para uma segunda opinião após exames de "check up", visualizar nódulo em Ultrassom de tireoide. Exames laboratoriais TSH 3.7mUI/L (VR 0,5 a 4,5); T4 livre 1,4 ng/dl (VR 0,8 a 1,7). Ultrassom de tireoide com nódulo sólido de 2,6x0.8x1.7 cm em lobo direito ACR TI-RADS 3. Qual a conduta para este paciente?

- ☐ (A) Dosagem de tireoglobulina e PTH.
 - ☐ (B) Solicitar PAAF do nódulo de tireoide.
 - ☐ (C) Solicitar Cintilografia de Tireoide com Tecnécio.
 - ☐ (D) Acompanhamento ultrassonográfico periódico.
-

QUESTÃO 42

Paciente diabético há 15 anos, sexo masculino, 61 anos. Apresenta-se à consulta com história de infarto agudo do miocárdio, o primeiro há 3 anos e o segundo há 6 meses. Exames complementares: Colesterol total 225 mg/dL, HDL colesterol 39 mg/dL e triglicerídeos 250 mg/dL. Hipertenso em uso de Losartana 50 mg 12/12 h. Atorvastatina 80 mg/dia e Ezetimiba 10 mg/dia. De acordo com a nova Diretriz Brasileira de Dislipidemias e Prevenção de Aterosclerose 2025 a meta a ser atingida é:

- ☐ (A) LDL colesterol < 50 mg/dL e para atingimento da meta pode ser acrescentado em seu tratamento fenofibrato 200 mg/dia.
 - ☐ (B) LDL colesterol < 50 mg/dia e adicionado ao seu tratamento para atingimento da meta terapêutica, ômega 3.
 - ☐ (C) LDL colesterol < 40 mg/dL, por ser considerado de risco cardiovascular extremo, podendo para atingir a meta terapêutica acrescentar fenofibrato 200 mg/dia
 - ☐ (D) LDL colesterol < 40 mg/dL, por ser considerado de risco cardiovascular extremo, em seu esquema terapêutico um inibidor de PCSK9.
-

QUESTÃO 43

Paciente sexo masculino, 58 anos, em acompanhamento ambulatorial por dislipidemia, necessitando 40% de redução de LDL colesterol para atingir meta terapêutica para redução de eventos cardiovasculares. Encontrava-se tratamento com atorvastatina 40 mg, mas desenvolveu mialgia intensa e elevação de CPK, levando à suspensão da medicação. Tentativas com rosuvastatina e sinvastatina em doses menores também resultaram em sintomas musculares intoleráveis. Qual é a melhor conduta terapêutica para este paciente, considerando o quadro clínico e as restrições medicamentosas?

- ☐ (A) Reintroduzir estatina em dose mínima associada à coenzima Q10.
- ☐ (B) Iniciar ácido bempedóico associado à ezetimiba.
- ☐ (C) Iniciar fibrato em monoterapia para controle do perfil lipídico.
- ☐ (D) Iniciar ezetimiba em monoterapia e reavaliar perfil lipídico em 8 semanas.

QUESTÃO 44

Mulher de 52 anos com hipoparatiroidismo pós-cirúrgico há 20 anos retorna assintomática para acompanhamento. Atualmente, ela está em uso regular de 500 mg de carbonato de cálcio 3 vezes/dia, calcitriol 0,25 mcg 2 vezes /dia e levotiroxina 125 mcg/dia. Refere que o oftalmologista diagnosticou presença de catarata bilateralmente. Os exames laboratoriais são: cálcio sérico: 10,0 mg/dL (referência: 8,8 – 10,2), fósforo sérico de 4,0 mg/dL e 25 hidróxi-vitamina D: 11 ng/mL e a calciúria de 24 horas é 200 mg/24 horas, volume de urina 2500 ml (referência < 250 mg/24horas). Qual é a melhor opção no manejo dessa paciente?

- ☐ (A) Diminuir o calcitriol e associar colecalciferol 2 mil unidade/dia
 - ☐ (B) Diminuir o calcitriol e associar diurético tiazídico 25 mg/dia
 - ☐ (C) Adicionar diurético tiazídico e diminuir carbonato de cálcio
 - ☐ (D) Associar colecalciferol 2 mil unidade/dia e adicionar furosemida
-

QUESTÃO 45

Mulher de 68 anos é encaminhada ao ambulatório para exames de rotina e apresenta os seguintes valores de densitometria mineral óssea (T-score em coluna: -3,1 e em colo de fêmur: -2,5). Relata que teve menopausa aos 49 anos e nunca fez reposição hormonal. Apresentou obesidade desde a última gestação há 30 anos e, foi submetida à cirurgia bariátrica tipo by-pass gástrico há 15 anos, onde eliminou 40 Kg. Usa polivitamínicos regularmente e Colecalciferol 15 mil unidades por semana e nega fraturas. Ao exame: bom estado geral, Peso: 64 Kg; estatura: 1,55m; PA: 130 X 80 mmHg. Os exames laboratoriais são: cálcio sérico: 10,8 mg/dL (referência: 8,8-10,2), 25 hidróxi-vitamina D de 55 ng/mL, PTH: 154 pg/mL (referência: 16-65), creatinina: 0,9 mg/dL, fosfatase alcalina normal e a calciúria de 24 horas é 310 mg/dia com volume urinário de 3200 ml (referência < 250 mg/24 horas). Qual a hipótese mais provável dessa paciente e a conduta a ser tomada?

- ☐ (A) Intoxicação por vitamina D, osteoporose, suspender vitamina D.
 - ☐ (B) Hiperparatiroidismo primário, esteomalácia, solicitar ultrassom cervical.
 - ☐ (C) Hiperparatiroidismo primário, osteoporose, repetir exames laboratoriais.
 - ☐ (D) Hiperparatiroidismo secundário e osteoporose, prescrever ácido zoledrônico.
-

QUESTÃO 46

Um médico residente está revisando o prontuário de um paciente com metaplasia intestinal gástrica (MIG) e busca identificar fatores que aumentam o risco de progressão para câncer gástrico. Qual dos seguintes fatores é consistentemente associado a um risco aumentado de câncer gástrico em pacientes com MIG?

- ☐ (A) Antecedente familiar de carcinoma colorretal.
- ☐ (B) Idade inferior a 40 anos no momento do diagnóstico de MIG.
- ☐ (C) Histórico de úlcera péptica prévia sem relação com H. pylori.
- ☐ (D) Presença de metaplasia intestinal gástrica incompleta em comparação com a completa.

QUESTÃO 47

Um paciente de 48 anos realiza endoscopia digestiva alta para investigação de dispepsia crônica. O laudo da biópsia gástrica revela a presença de metaplasia intestinal gástrica (MIG) incidentalmente, sem evidência de displasia. O paciente não possui histórico familiar de câncer gástrico e não há informações sobre infecção por *Helicobacter pylori*. Qual a conduta inicial mais apropriada para este paciente?

- ☐ (A) Testar para *Helicobacter pylori* e, se positivo, proceder à erradicação.
 - ☐ (B) Iniciar imediatamente vigilância endoscópica com biópsias a cada 1 ano.
 - ☐ (C) Realizar uma nova endoscopia em 6 meses para reavaliar a extensão da metaplasia.
 - ☐ (D) Orientar o paciente sobre a benignidade da condição, sem necessidade de acompanhamento.
-

QUESTÃO 48

Um paciente de 45 anos, com histórico de plenitude gástrica pós-prandial, náuseas ocasionais e dor epigástrica, é submetido a uma endoscopia digestiva alta. O exame revela enantema antral e atrofia da mucosa. A biópsia gástrica, realizada durante o procedimento, identifica a presença de bacilos espiralados Gram-negativos e infiltrado inflamatório de polimorfonucleares. Diante desse quadro clínico e histopatológico, qual a conduta terapêutica inicial mais adequada?

- ☐ (A) Recomendação de dieta restritiva e acompanhamento clínico sem medicação.
 - ☐ (B) Solicitação de novo exame de biópsia em 6 meses para reavaliação da atrofia.
 - ☐ (C) Início de terapia de erradicação com inibidor de bomba de prótons (IBP) e dois antibióticos por 14 dias.
 - ☐ (D) Prescrição de antiácidos e inibidores de bomba de prótons (IBP) em monoterapia por 8 semanas para controle dos sintomas.
-

QUESTÃO 49

Uma paciente de 62 anos, nega tabagismo e etilismo, sem fatores de risco adicionais para câncer gástrico (sem histórico familiar, não imigrante de região de alta incidência, sem MIG extensa ou incompleta), é diagnosticada com metaplasia intestinal gástrica (MIG) após erradicação bem-sucedida de *Helicobacter pylori*. Ela pergunta ao médico sobre a necessidade de vigilância endoscópica regular. Qual a orientação mais adequada?

- ☐ (A) A vigilância endoscópica deve ser realizada anualmente, dada a presença de uma lesão pré-cancerosa.
- ☐ (B) O médico deve sugerir que o uso rotineiro de vigilância endoscópica é desnecessário, mas a decisão deve ser compartilhada com a paciente, considerando seus valores e preferências.
- ☐ (C) A paciente deve ser encaminhada para cirurgia para remoção da área com metaplasia, prevenindo a progressão para câncer.
- ☐ (D) A vigilância endoscópica é obrigatória a cada 5 anos para todos os pacientes com MIG, independentemente dos fatores de risco.

QUESTÃO 50

Feminino, 56 anos, portadora de cirrose hepática autoimune, encontra-se internada em um Hospital Público. Ao Exame Físico: Orientada, eupnêica. Abdômen: globoso, ascite moderada. Apresenta edema de membros inferiores +++/4. Nega descompensação hepática prévia. Realizada Paracentese diagnóstica descartada peritonite bacteriana espontânea. Exames laboratoriais iniciais: Creatinina: 1,2 mg/dl; Sódio sérico: 130 mEq/l; Potássio sérico: 3,6 mEq/l; Albumina sérica: 2,5 g/dl; INR: 1,5, Bilirrubinas totais: 1,7mg/dl. Em relação ao tratamento da ascite desta paciente, a melhor conduta inicial é:

- (A) Restrição de líquidos (1,5 litro/dia). Dieta assódica. Espironolactona 100mg/dia e furosemida 40 mg. Peso diário (perda de 0,5 kg/dia, no máximo)
- (B) Administrar albumina 20% 2 frascos/dia por 5 dias. Dieta hipossódica (2g de sódio/dia). Espironolactona 100mg/dia. Peso diário (perda de 0,5 kg/dia, no máximo)
- (C) Dieta hipossódica (2g de sódio/dia). Espironolactona 100mg/dia. Peso diário (perda de 1kg /dia, no máximo)
- (D) Dieta hipossódica (2g de sódio/dia). Peso diário (perda de 1kg/dia, no máximo). Espironolactona 100 mg/dia. Restrição de líquidos (1,5 litro/dia)

QUESTÃO 51

Paciente masculino, 62 anos, internado em um Hospital Público de sua cidade devido à uma cirrose hepática por álcool descompensada com ascite e letargia. Hemograma: leucócitos 12000 mm³ e Proteína C Reativa: 8 mg/L. Ao exame físico: orientado, icterico, febril. Abdômen: globoso, ascite acentuada, dor à palpação difusa. Realizado paracentese de alívio e diagnóstica com o estudo parcial do líquido ascítico: Celularidade: 660 células/mm³, linfócitos 32%, neutrófilos: 30%, monócitos: 15%, plasmócitos: 14%, macrófagos: 9%, Cultura: Escherichia coli. Foi tratado com Cefalosporina de terceira geração por 7 dias com boa resposta. Com base nesses dados, o diagnóstico mais provável é:

- (A) Bacteriascrite
- (B) Ascite Neutrofílica
- (C) Peritonite Bacteriana Espontânea
- (D) Peritonite Bacteriana Secundária

QUESTÃO 52

Masculino, 62 anos, procura atendimento médico na Unidade de Emergência de sua cidade, com queixa de dispneia progressiva, tosse seca, fadiga dia 3 meses. Refere ser portador de cirrose hepática de etiologia alcoólica. Não tem histórico de insuficiência cardíaca ou doença renal crônica. Ao exame físico: regular estado geral, orientado, afebril, ictericia++/4. Aparelho Cardiovascular: Bulhas normofonéticas. Aparelho Respiratório: Murmúrio diminuído em hemitórax direito. Abdômen apresentou ascite moderada. Saturação de oxigênio 90%, Frequência cardíaca: 80 bpm. Optado realizar paracentese e toracocentese. O plantonista levantou a hipótese diagnóstica de hidrotórax hepático. Quais os resultados de exames que poderiam corroborar com este diagnóstico?

- (A) Polimorfonucleares < 250 células/mm², gradiente de albumina sérica - albumina pleural > 1,1 g/dL e relação proteína total pleural/proteína total sérica <0,5
- (B) Polimorfonucleares < 250 células/mm², gradiente de albumina sérica - albumina pleural > 1,1 g/dL e relação bilirrubina pleural/bilirrubina sérica >0,6
- (C) Polimorfonucleares > 250 células/mm³, gradiente de albumina sérica - albumina pleural < 1,1 g/dL e relação proteína total pleural/proteína total sérica <0,6
- (D) Polimorfonucleares > 250 células/mm³, gradiente de albumina sérica - albumina pleural > 1,1 g/dL e relação bilirrubina pleural/bilirrubina sérica <0,6

QUESTÃO 53

Feminino, 48 anos, encaminhada ao Hospital Público de sua origem, com história de confusão mental e diminuição do débito urinário há 4 dias. Portadora de cirrose hepática por vírus da hepatite B. Seu filho relata que 7 dias atrás, sua mãe foi submetida a uma paracentese de 10 litros em outro serviço. Ao exame físico: regular estado geral, descorada +/4, desidratada. Flapping positivo. Ascite moderada. Solicitados exames iniciais: Sódio sérico: 128 mEq/L, Potássio sérico: 3,8 mEq/L, Creatinina sérica: 4,9 mg/dL, Hematócrito: 32% com leucócitos: 4000 mm³ e plaquetas: 37000 mm³, INR: 1,7 Com base nos dados acima, quais medidas poderiam ter sido feitas para evitar esse quadro clínico?

- ☐ (A) Reposição 4 frascos de albumina 20% anterior a realização da paracentese
- ☐ (B) Reposição de 8 frascos de albumina 20% após a realização da paracentese
- ☐ (C) Reposição de 4 frascos de albumina 20% e 4 unidades de plaquetas concomitante com a realização da paracentese
- ☐ (D) Reposição 8 frascos de albumina 20%, 4 unidades de plaquetas e 3 frascos de plasma fresco congelado após a realização da paracentese

QUESTÃO 54

Um paciente de 64 anos, com DPOC grave, é admitido na UTI com insuficiência respiratória aguda. Ele está consciente, taquipneico, saturando 88% com máscara de oxigênio a 15 L/min, PA 105/65 mmHg, FC 112 bpm. Iniciada ventilação não invasiva com bipap por 30 minutos, houve melhora da saturação, mas manteve a taquipneia. A equipe decide realizar intubação orotraqueal devido à exaustão muscular e hipoxemia refratária. O escore MACOCHA calculado é 5. O médico plantonista questiona: considerando os achados clínicos, quais seriam as condutas mais adequadas a ser adotadas antes da intubação?

- ☐ (A) Evitar o uso de bloqueadores neuromusculares devido ao maior risco de broncodilatação em pacientes com DPOC
- ☐ (B) Escolher método convencional de laringoscopia direta devido ao broncoespasmo associado
- ☐ (C) Realizar pré-oxigenação com máscara facial simples e seguir com laringoscopia direta – uma vez que o MACOCHA é irrelevante
- ☐ (D) Manter a pré-oxigenação com bipap e utilizar Videolaringoscópio como primeira escolha se disponível.

QUESTÃO 55

Homem de 72 anos, portador de diabetes mellitus tipo 2, procura o pronto-socorro com história de febre, tosse produtiva e dispneia progressiva há 3 dias. Ao exame físico: confuso, FR = 34 irpm, PA = 86 × 54 mmHg, SpO₂ = 84% com máscara de reservatório a 15 L/min, T = 38,5 °C. Radiografia de tórax mostra infiltrados multilobares bilaterais. Gasometria arterial: PaO₂/FiO₂ = 180. Leucócitos = 3.800/μL e plaquetas = 95.000/μL. Foi iniciado ceftriaxona + azitromicina endovenoso, ventilação mecânica e noradrenalina. PCR: 24 mg/dL, teste rápido para influenza: negativo. Paciente foi encaminhado para UTI admitido mantendo instabilidade hemodinâmica e necessidade de vasopressores. Qual é a conduta mais apropriada para otimizar o tratamento neste momento?

- ☐ (A) Associar corticosteroide sistêmico (hidrocortisona), já que há critérios de PAC (pneumonia adquirida na comunidade) grave com resposta inflamatória importante e influenza foi excluída.
- ☐ (B) Acrescentar piperacilina-tazobactam e vancomicina empiricamente, pois a persistência de instabilidade indica infecção por patógenos multirresistentes.
- ☐ (C) Manter o esquema atual e aguardar 72h para reavaliar estabilidade clínica antes de qualquer modificação terapêutica.
- ☐ (D) Substituir o macrolídeo por fluoroquinolona para potencial efeito imunomodulador e ampliar o espectro antibacteriano.

QUESTÃO 56

Paciente de 48 anos, com história de neoplasia renal em tratamento quimioterápico, é internado na UTI com quadro de dispneia súbita, dor torácica e saturação de oxigênio baixa. Apresenta PA: 85 x 60 mmHg. FC: 120 bpm e FR: 28 irpm. O ECG mostra taquicardia sinusal. Realizado ecocardiograma à beira-leito, com os seguintes achados: ventrículo direito dilatado com relação VD/VE > 1, hipocinesia da parede livre do ventrículo direito com preservação da contratilidade apical, abaulamento septal para a esquerda durante a sístole. Com base nos achados descritos, qual a melhor interpretação e conduta?

- (A) Os achados ecocardiográficos são típicos de infarto de ventrículo direito; indicar cineangiocoronariografia de urgência.
- (B) Os achados são compatíveis com disfunção crônica do ventrículo direito; manter anticoagulação e repetir ecocardiograma em 48h.
- (C) Os achados são sugestivos de tromboembolismo pulmonar agudo com repercussão hemodinâmica; indicar trombólise sistêmica imediata se não houver contraindicações.
- (D) Os achados podem indicar miocardiopatia por sepse com disfunção ventricular direita; priorizar vasopressores e investigação infecciosa.

QUESTÃO 57

Uma mulher de 67 anos, portadora de DPOC e insuficiência renal crônica, é internada com quadro de sepse secundária a pneumonia. Após ressuscitação inicial com 30 mL/kg de cristaloide e início de noradrenalina (0,4 µg/kg/min), mantém PAM de 62 mmHg e lactato de 3,8 mmol/L. Está intubada e em ventilação mecânica. O exame físico revela tempo de enchimento capilar < 3 segundos e turgência jugular discreta. Ecodoppler à beira-leito mostra ventrículo esquerdo com fração de ejeção preservada, câmaras esquerdas não dilatadas e veia cava inferior colabando < 30%. Ultrassom de pulmão com linhas B difusas bilateral. Qual deve ser o próximo passo mais adequado na abordagem hemodinâmica dessa paciente?

- (A) Adicionar vasopressina à noradrenalina para atingir PAM ≥ 65 mmHg.
- (B) Iniciar hidrocortisona 200 mg/dia e substituir noradrenalina por adrenalina para otimizar perfusão.
- (C) Introduzir dobutamina para otimizar débito cardíaco, mesmo sem evidência de disfunção sistólica.
- (D) Administrar novo bolus de 30 mL/kg de cristaloide, pois a pressão arterial média permanece abaixo da meta.

QUESTÃO 58

Um jovem vem encaminhado à Emergência pela equipe médica pré-hospitalar após intoxicação exógena. Durante o atendimento, apresentava rebaixamento do nível de consciência, sendo rapidamente inserido cânula orofaríngea. Na chegada à emergência, o médico assistente resolve realizar intubação orotraqueal. Com relação à técnica, podemos afirmar que:

- (A) A posição correta da lâmina curva (Macintosh) é acima da epiglote e a passagem da cânula com as cordas vocais em abdução
- (B) A posição correta da lâmina reta (Miller) é abaixo da epiglote e a passagem da cânula com as cordas vocais em adução
- (C) A posição correta da lâmina curva (Macintosh) é abaixo da epiglote e a passagem da cânula com as cordas vocais em adução
- (D) A posição correta da lâmina reta (Miller) é acima da epiglote e a passagem da cânula com as cordas vocais em abdução

QUESTÃO 59

Um paciente de 60 anos, sem comorbidades conhecidas, é admitido na unidade de terapia intensiva com síndrome do desconforto respiratório agudo (SDRA) grave secundária à pneumonia viral por Influenza. Está em ventilação mecânica na modalidade Volume Controlado (VCV) com os seguintes parâmetros: Volume corrente: 420 mL; Pplat: 32 cmH₂O; Frequência respiratória: 24 irpm; PEEP: 10 cmH₂O; FiO₂: 100%; Pressão de pico: 40 cmH₂O; Peso predito: 70 kg; Gasometria arterial mostra: pH 7,31, PaO₂ 52 mmHg / PaCO₂ 58 mmHg. Qual das condutas abaixo é mais indicada para otimizar a ventilação desse paciente com SDRA grave?

- ☐ (A) Reduzir a PEEP para 5 cmH₂O, para diminuir a pressão de platô
 - ☐ (B) Titular a melhor PEEP visando melhorar a complacência e oxigenação
 - ☐ (C) Aumentar o volume-corrente para 8 mL/kg, para melhorar a PaCO₂
 - ☐ (D) Trocar o modo para pressão controlada e aumentar o tempo inspiratório
-

QUESTÃO 60

Homem de 59 anos, deu entrada no CDT (Centro de Dor Torácica) com dor retroesternal típica, eletrocardiograma sem alterações, troponina limítrofe. Após 2 horas, novo valor de troponina mostra aumento de 45% em relação ao valor inicial. Segundo o Guideline ACC/AHA 2025, qual diagnóstico é mais compatível?

- ☐ (A) Lesão miocárdica crônica.
 - ☐ (B) Infarto tipo 2 independente do cateterismo cardíaco.
 - ☐ (C) Descartar outras causas, já que a variação (delta) de troponina não tem relevância diagnóstica.
 - ☐ (D) Infarto agudo do miocárdio, a variação significativa (>20-50%) entre amostras seriadas caracteriza lesão miocárdica aguda.
-

QUESTÃO 61

Mulher de 55 anos, sem fatores de risco, deu entrada no CDT (Centro de Dor Torácica) com dor torácica súbita após estresse emocional intenso. Eletrocardiograma: supradesnível do segmento ST difuso; coronárias sem obstrução significativa. Segundo diuideline ACC/AHA 2025, qual o diagnóstico e conduta inicial corretos?

- ☐ (A) Provável cardiomiopatia de Takotsubo; manejo semelhante à SCA (Síndrome Coronariana Aguda), com suporte hemodinâmico.
- ☐ (B) Diagnóstico de miocardite viral com necessidade de biópsia cardíaca imediata.
- ☐ (C) Indicação de anticoagulação plena até normalização total da curva de troponina, mantendo o paciente internado em Unidade Coronariana.
- ☐ (D) Indicação de angioplastia emergencial com angioplastia primária com stent e suporte hemodinâmico em Unidade Coronariana.

QUESTÃO 62

Homem de 77 anos recebe diagnóstico no CDT (Centro de Dor Torácica) de infarto inferior, tem bradicardia sinusal de 42 bpm e pressão arterial 95/60 mmHg. Segundo o Guideline ACC/AHA 2025, assinale a conduta mais apropriada.

- ☐ (A) Administrar betabloqueador intravenoso imediato.
 - ☐ (B) Administração de atropina intravenosa para bradicardia sintomática
 - ☐ (C) Iniciar dopamina de rotina para todos os infartos inferiores.
 - ☐ (D) Considerar trombólise apenas após correção da bradicardia.
-

QUESTÃO 63

Homem de 68 anos com diagnóstico de infarto anterior e foi submetido à angioplastia coronariana primária com sucesso primário. Após 48 horas, apresenta febre e atrito pericárdico. Segundo o Guideline ACC/AHA 2025, qual a hipótese e conduta?

- ☐ (A) Reinfarto, repetir cateterismo de urgência.
 - ☐ (B) Derrame pleural pós-infarto; apenas observar.
 - ☐ (C) Miocardite infecciosa; iniciar antibiótico de amplo espectro.
 - ☐ (D) Diagnóstico provável de síndrome de Dressler; tratar com colchicina.
-

QUESTÃO 64

Mulher de 60 anos internada no CDT (Centro de Dor Torácica) com infarto sem supradesnível do segmento ST, hipertensa e obesa, troponina 120 ng/L (acima do percentil 99), eletrocardiograma com depressão de ST em V5-V6. Sobre a estratificação de risco e encaminhamento, assinale a resposta correta segundo o Guideline ACC/AHA 2025.

- ☐ (A) Pacientes com infarto sem supradesnível do segmento ST estável podem ter alta para acompanhamento ambulatorial.
 - ☐ (B) Escore GRACE >140 e troponina elevada reforçam a indicação de abordagem invasiva em até 24 h.
 - ☐ (C) O escore TIMI é dispensável na tomada de decisão na estratificação de infarto.
 - ☐ (D) A presença de troponina elevada isoladamente não altera a conduta.
-

QUESTÃO 65

Uma paciente feminina de 58 anos, obesa (IMC = 33 kg/m²), com diabetes tipo 2 de 8 anos de evolução, faz aferição ambulatorial com média de PA de 134/86 mmHg e já apresenta retinopatia diabética, qual a melhor abordagem inicial?

- ☐ (A) Considerar PA normal; monitorar sem intervenção e manter acompanhamento ambulatorial.
- ☐ (B) Classificar como pré-hipertensão; iniciar com mudanças de estilo de vida por 6 meses e reavaliar.
- ☐ (C) Classificar como hipertensão (estágio 1) e iniciar tratamento farmacológico combinado de duas drogas em dose baixa.
- ☐ (D) Classificar como pré-hipertensão; iniciar mudanças de estilo de vida e considerar medicação se após 3 meses não houver controle.

QUESTÃO 66

Um paciente masculino de 72 anos, com insuficiência renal crônica estágio 3 (TFG = 35 mL/min/1,73 m²) e doença arterial coronariana estabelecida, faz monitorização ambulatorial da pressão arterial (MAPA) que mostra média de 134/78 mmHg, apesar de controle de estilo de vida. Qual meta de pressão arterial e estratégia terapêutica é recomendada para ele?

- ☐ A) Meta < 130/80 mmHg, iniciar tratamento com combinação de dois fármacos, em baixa dosagem.
- ☐ B) Meta < 140/90 mmHg; iniciar monoterapia e titulação cautelosa por causa da idade.
- ☐ C) Meta < 120/80 mmHg; avaliar redução agressiva para menor risco cardiovascular possível.
- ☐ D) Manter apenas medidas não farmacológicas, pois a medição de MAPA está abaixo de 135/85.

QUESTÃO 67

Paciente feminina, 49 anos, comparece ao pronto-atendimento com cefaleia intensa, náuseas e visão turva há 2h. Nega dor torácica. PA = 212/124 mmHg. Fundoscopia mostra papiledema bilateral. Exames laboratoriais: creatinina 2,1 mg/dL (basal 1,0); EAS com proteinúria ++++. Qual a conduta imediata?

- ☐ A) Reduzir PA para normalidade em 30 min.
- ☐ B) Reduzir a PA, para valores normais, em até 6 horas.
- ☐ C) Internar e reduzir PA gradualmente com anti-hipertensivo endovenoso.
- ☐ D) Provável acidente vascular encefálico hemorrágico. Solicitar tomografia computadorizada de crânio e reduzir 25% da pressão arterial média em até 4 a 6 horas.

QUESTÃO 68

Mulher de 37 anos, PA 158/98 mmHg, ganho de peso, fraqueza proximal e estrias violáceas no abdome. Glicemia de jejum 134 mg/dL. Qual o exame de rastreio inicial para hipertensão secundária nesta paciente?

- ☐ A) Aldosterona/renina.
- ☐ B) Catecolaminas urinárias.
- ☐ C) Angiotomografia de aorta torácica.
- ☐ D) Cortisol livre urinário de 24h ou teste de supressão com 1 mg de dexametasona à noite.

QUESTÃO 69

Mulher, 49 anos, portadora de artrite reumatoide látex positivo há 8 anos, previamente controlada com metotrexato na dose de 25 mg semanal. Apresentou piora do quadro articular há 10 meses, sendo então iniciado adalimumabe, com melhora total do quadro articular. Nos últimos 3 meses, passou a apresentar exantema malar fotossensível, artralgia leve e fadiga. Exame físico não mostra sinovite ativa. FAN: reagente (1/640 nuclear pontilhado fino), anti-DNA ds: negativo, anti-histona: positivo, C3 e C4 reduzidos, hemograma sem alterações e ausência de proteinúria ou hematúria. O diagnóstico mais provável é:

- ☐ A) Lúpus induzido por fármaco
- ☐ B) Lúpus eritematoso sistêmico
- ☐ C) Reativação da artrite reumatoide
- ☐ D) Síndrome de sobreposição lúpus-artrite reumatoide (síndrome de Rhupus)

QUESTÃO 70

Mulher, 62 anos, sem comorbidades conhecidas, refere há 5 anos sensação de ressecamento ocular e oral, necessitando ingerir água para engolir alimentos secos. Nos últimos 6 meses, apresenta queimação e dormência nos pés, com piora no período noturno. Exame físico: perda da sensibilidade dolorosa e térmica em “meias”, com preservação dos reflexos e da sensibilidade vibratória, FAN: reagente (1/320 pontilhado fino), Schirmer positivo e biópsia de glândula salivar menor (BSM): negativo. Eletroneuromiografia evidencia neuropatia sensorial axonal distal leve. O diagnóstico mais provável é:

- ☐ (A) Neuropatia autonômica idiopática
 - ☐ (B) Polineuropatia diabética distal simétrica
 - ☐ (C) Lúpus eritematoso sistêmico com neuropatia periférica
 - ☐ (D) Doença de Sjogren com neuropatia sensorial de pequenas fibras
-

QUESTÃO 71

Mulher, 83 anos, queixa-se de mialgia difusa há 2 meses, mais importante em região cervical, ombros e quadril, associada a rigidez matinal de 60 minutos. Refere que no último mês evoluiu com limitação da amplitude de movimentos do quadril e dificuldade para realizar suas atividades domésticas habituais. Relata ainda hiporexia e perda ponderal de 4 Kg nesse período. Exame físico: força muscular proximal grau 5 em cinturas escapular e pélvica. VHS: 90 mm/h e CPK: 125 U/L (VR: 30-200). A principal hipótese diagnóstica é:

- ☐ (A) Polimiosite
 - ☐ (B) Fibromialgia
 - ☐ (C) Polimialgia reumática
 - ☐ (D) Miopatia necrosante imunomediada
-

QUESTÃO 72

Homem, 38 anos, previamente hígido, admitido no pronto atendimento com quadro de dispneia iniciada há 4 dias, associada a tosse com hemoptóicos, Exame físico: MEG, hipocorado 2+/4+ e edema 3+/4+ em membros inferiores. Aparelho cardíaco: ritmo cardíaco regular a 2T, bulhas normofonéticas, FC: 120 bpm e PA: 172x98 mmHg. Aparelho pulmonar: murmúrio vesicular presente bilateralmente, com crepitações difusas em ambos os hemitórax, FR: 34 irpm e SpO_{2t} 86% (ar ambiente). Hib: 8,5 g/dL (VR: 13-17), PCR: 6,2 mg/dL (VR: < 0,5), creatinina: 3,5 mg/dL (VR: 0,7-1,3), PANCA: reagente e anti-MPO: reagente. Urina 1: leucocitúria, hematúria e proteinúria 4+. TC de tórax: infiltrado pulmonar difuso bilateralmente. A principal hipótese diagnóstica é:

- ☐ (A) Poliarterite nodosa
- ☐ (B) Arterite de Takayasu
- ☐ (C) Poliangiíte microscópica
- ☐ (D) Poliangiíte granulomatosa

QUESTÃO 73

Mulher, 25 anos, há 7 meses com alopecia não cicatricial e lesões cutâneas eritematovioláceas em "V" de decote e face, com bordas elevadas e pruriginosas. Refere piora clínica associada à fotoexposição. Há 5 meses apresenta edema e eritema em joelho direito, punho esquerdo e segunda metacarpofalangeana esquerda, com rigidez matinal de 90 minutos. Há 4 meses, evoluiu com aftas orais de repetição edema de membros inferiores até joelhos e picos hipertensivos de difícil controle. A principal hipótese diagnóstica e os melhores exames laboratoriais a serem inicialmente solicitados, respectivamente, são:

- (A) Lúpus eritematoso sistêmico. Hemograma, provas inflamatórias, transaminases, creatinina, FAN e sorologias
 - (B) Lúpus eritematoso sistêmico. Hemograma, provas inflamatórias, transaminases, creatinina, urina I, relação proteinúria/creatinúria, FAN, anti-Sm, anti-DNA, ds, C3, C4, p-ANCA, c-ANCA e sorologias
 - (C) Doença mista de tecido conjuntivo. Hemograma, provas inflamatórias, transaminases, urina I, FAN, p-ANCA e c-ANCA
 - (D) Doença mista do tecido conjuntivo. Hemograma, provas inflamatórias, transaminases, creatinina, urina I, FAN, anti-RNP e sorologias
-

QUESTÃO 74

Homem, 38 anos, há 12 anos com dor lombar que piora após permanecer horas sentado assistindo televisão ou após uma longa noite de sono. Sua dor lombar é pior ao acordar, com melhora dos sintomas após cerca de 3 horas do início de suas atividades. Devido à obesidade e ao sedentarismo, o paciente sempre associou seu quadro clínico aos maus hábitos de vida. Há cerca de 5 anos, o segundo dedo do pé esquerdo ficou edemaciado e avermelhado, parecendo uma "salsicha". Procurou a emergência com suspeita de fratura, mas apresentou melhora importante após o uso de AINE prescrito pelo médico assistente. Desde então, o AINE virou seu "melhor amigo", fazendo uso constante, com importante melhora clínica. Entretanto, hoje foi diferente: o paciente iniciou quadro de hiperemia ocular em olho direito, com embaçamento visual, procurando o oftalmologista. A principal hipótese diagnóstica e o exame a ser inicialmente solicitado, respectivamente, são:

- (A) Espondiloartrite axial. Radiografia de sacroilíacas e coluna
 - (B) Espondiloartrite axial. Ressonância de sacroilíacas
 - (C) Hérnia de disco. Ressonância de coluna lombar
 - (D) Espondilodiscite. Ressonância de coluna lombar
-

QUESTÃO 75

Um idoso de 79 anos, com histórico de hipertensão e diabetes controlados, comparece à consulta com queixa de perda de memória recente e dificuldade para organizar atividades cotidianas. O exame físico mostra marcha lenta, porém estável, sem déficits motores. O Mini Exame do Estado Mental revela escore compatível com comprometimento cognitivo leve. Qual a conduta mais adequada neste momento?

- (A) Considerar o quadro como parte do envelhecimento normal e apenas tranquilizar a família, orientando manter consultas de rotina
- (B) Realizar investigação diagnóstica complementar, incluindo exames laboratoriais e de imagem, além de acompanhamento longitudinal da função cognitiva
- (C) Iniciar imediatamente tratamento com inibidor de acetilcolinesterase, acompanhamento mais próximo por familiares e retorno em consultas de rotina
- (D) Solicitar internação hospitalar para avaliação neurológica contínua, iniciando tratamento com inibidor de acetilcolinesterase

QUESTÃO 76

Uma mulher de 84 anos, independente para atividades básicas, sofreu queda ao levantar-se da cama durante a noite. Refere dois episódios prévios semelhantes nos últimos meses. No exame físico, apresenta hipotensão ortostática documentada. Qual medida inicial é mais indicada para reduzir o risco de novos episódios?

- ☐ (A) Indicar restrição hídrica e salina para prevenir sobrecarga cardíaca
 - ☐ (B) Encaminhar diretamente para cirurgia de estimulação cerebral profunda
 - ☐ (C) Prescrever imediatamente antidepressivo tricíclico para melhorar a regulação autonômica
 - ☐ (D) Orientar hidratação adequada, revisar medicamentos e medidas posturais para mudanças de posição
-

QUESTÃO 77

Paciente masculino, 73 anos, vai a seu consultório com a filha. Ambos têm consciência que ele tem um câncer de pulmão com metástases para os intestinos. Um amigo disse que seria muito importante que ele procurasse um médico paliativista, já que o médico dele "mal conversa com ele, só quer saber de dar quimioterapia". Em relação à comunicação, qual das seguintes afirmações são as metas para uma boa comunicação?

- ☐ (A) Conhecer os problemas e expectativas do paciente, falando a verdade sobre sua doença
 - ☐ (B) Explicar detalhadamente os mecanismos de ação dos quimioterápicos que o paciente utiliza
 - ☐ (C) Calcular e explicar quanto tempo o paciente tem de vida para ele se organizar
 - ☐ (D) Convencer o paciente a se tratar até o final, sem se entregar para a doença
-

QUESTÃO 78

Paciente de 58 anos, casado, 3 filhos, com câncer de pulmão metastático para fígado e ossos, mas com sintomas controlados. Ainda em tratamento quimioterápico. Chega no seu consultório com aparência deprimida. Quando perguntado como está, ele responde "minha vida não tem mais sentido, não tenho mais motivos para ficar bem". Qual seria a melhor conduta nesta situação?

- ☐ (A) Explicar para o paciente sobre o seu prognóstico e estimulá-lo a procurar ajuda emocional e apoio familiar.
- ☐ (B) Orientar o paciente sobre a possibilidade de que a depressão está associada à quimioterapia, orientando interromper o tratamento por não mais resolver o problema
- ☐ (C) Conversar com o paciente sobre as coisas que ele fazia que eram importantes e ver o que ele poderia fazer, estimulando a criação uma "lista de desejos"
- ☐ (D) Indicar internação hospitalar, com uso de antidepressivo, solicitação de exames complementares e interromper a quimioterapia momentaneamente

QUESTÃO 79

Paciente masculino, 78 anos, natural da Síria, com doença de Alzheimer avançada, interna no hospital católico, com quadro de pneumonia, desidratação e delirium. É a terceira internação por pneumonia em 3 meses. A família é muçulmana e a filha aborda o médico dizendo que o pai era muito religioso e gostaria que todos respeitassem isso. O médico, porém, não entende nada dessa religião e acha que o paciente está caminhando para um processo ativo de morte. Qual seria a melhor conduta, neste momento?

- (A) Explicar para a filha que você não conhece muito sobre essa religião mas gostaria de saber no que poderia ajudar em relação a essas questões.
 - (B) Explicar para a filha que o hospital é mantido por freiras católicas, então não pode fazer nada em relação a isso
 - (C) Chamar alguém da direção do hospital para resolver a questão, pois o médico não tem que se intrometer nestas questões
 - (D) Explicar que sua função é cuidar do paciente, que deve cuidar para o paciente não morrer, neste momento.
-

QUESTÃO 80

Um paciente de 78 anos, com histórico de insuficiência cardíaca avançada (classe funcional IV pela NYHA), é admitido no hospital devido a dispneia progressiva e edema de membros inferiores. Ele apresenta múltiplas internações nos últimos seis meses por descompensação cardíaca. Durante a avaliação, observa-se que o paciente está em uso de doses máximas de terapia otimizada para insuficiência cardíaca, mas continua sintomático. Além disso, ele relata fadiga intensa, perda de peso não intencional de 5 kg nos últimos três meses e dependência para atividades básicas da vida diária. A equipe médica considera a possibilidade de elegibilidade para cuidados paliativos. Com base nos critérios do SPICT (Supportive and Palliative Care Indicators Tool), qual das alternativas abaixo melhor justifica a elegibilidade deste paciente para cuidados paliativos?

- (A) O paciente apresenta insuficiência cardíaca avançada, mas não há sinais de descompensação recente ou perda funcional significativa.
- (B) O paciente apresenta múltiplas internações por descompensação cardíaca, perda de peso não intencional e dependência funcional, que são critérios para cuidados paliativos.
- (C) O paciente está em uso de terapia otimizada para insuficiência cardíaca, mas não apresenta sinais de piora clínica ou necessidade de suporte adicional.
- (D) O paciente apresenta insuficiência cardíaca avançada, mas a ausência de sintomas refratários exclui a necessidade de cuidados paliativos.

01	A	B	C	D	26	A	B	C	D	51	A	B	C	D	76	A	B	C	D
02	A	B	C	D	27	A	B	C	D	52	A	B	C	D	77	A	B	C	D
03	A	B	C	D	28	A	B	C	D	53	A	B	C	D	78	A	B	C	D
04	A	B	C	D	29	A	B	C	D	54	A	B	C	D	79	A	B	C	D
05	A	B	C	D	30	A	B	C	D	55	A	B	C	D	80	A	B	C	D
06	A	B	C	D	31	A	B	C	D	56	A	B	C	D					
07	A	B	C	D	32	A	B	C	D	57	A	B	C	D					
08	A	B	C	D	33	A	B	C	D	58	A	B	C	D					
09	A	B	C	D	34	A	B	C	D	59	A	B	C	D					
10	A	B	C	D	35	A	B	C	D	60	A	B	C	D					
11	A	B	C	D	36	A	B	C	D	61	A	B	C	D					
12	A	B	C	D	37	A	B	C	D	62	A	B	C	D					
13	A	B	C	D	38	A	B	C	D	63	A	B	C	D					
14	A	B	C	D	39	A	B	C	D	64	A	B	C	D					
15	A	B	C	D	40	A	B	C	D	65	A	B	C	D					
16	A	B	C	D	41	A	B	C	D	66	A	B	C	D					
17	A	B	C	D	42	A	B	C	D	67	A	B	C	D					
18	A	B	C	D	43	A	B	C	D	68	A	B	C	D					
19	A	B	C	D	44	A	B	C	D	69	A	B	C	D					
20	A	B	C	D	45	A	B	C	D	70	A	B	C	D					
21	A	B	C	D	46	A	B	C	D	71	A	B	C	D					
22	A	B	C	D	47	A	B	C	D	72	A	B	C	D					
23	A	B	C	D	48	A	B	C	D	73	A	B	C	D					
24	A	B	C	D	49	A	B	C	D	74	A	B	C	D					
25	A	B	C	D	50	A	B	C	D	75	A	B	C	D					

RESPOSTAS

01	A	B	C	D	26	A	B	C	D	51	A	B	C	D	76	A	B	C	D
02	A	B	C	D	27	A	B	C	D	52	A	B	C	D	77	A	B	C	D
03	A	B	C	D	28	A	B	C	D	53	A	B	C	D	78	A	B	C	D
04	A	B	C	D	29	A	B	C	D	54	A	B	C	D	79	A	B	C	D
05	A	B	C	D	30	A	B	C	D	55	A	B	C	D	80	A	B	C	D
06	A	B	C	D	31	A	B	C	D	56	A	B	C	D					
07	A	B	C	D	32	A	B	C	D	57	A	B	C	D					
08	A	B	C	D	33	A	B	C	D	58	A	B	C	D					
09	A	B	C	D	34	A	B	C	D	59	A	B	C	D					
10	A	B	C	D	35	A	B	C	D	60	A	B	C	D					
11	A	B	C	D	36	A	B	C	D	61	A	B	C	D					
12	A	B	C	D	37	A	B	C	D	62	A	B	C	D					
13	A	B	C	D	38	A	B	C	D	63	A	B	C	D					
14	A	B	C	D	39	A	B	C	D	64	A	B	C	D					
15	A	B	C	D	40	A	B	C	D	65	A	B	C	D					
16	A	B	C	D	41	A	B	C	D	66	A	B	C	D					
17	A	B	C	D	42	A	B	C	D	67	A	B	C	D					
18	A	B	C	D	43	A	B	C	D	68	A	B	C	D					
19	A	B	C	D	44	A	B	C	D	69	A	B	C	D					
20	A	B	C	D	45	A	B	C	D	70	A	B	C	D					
21	A	B	C	D	46	A	B	C	D	71	A	B	C	D					
22	A	B	C	D	47	A	B	C	D	72	A	B	C	D					
23	A	B	C	D	48	A	B	C	D	73	A	B	C	D					
24	A	B	C	D	49	A	B	C	D	74	A	B	C	D					
25	A	B	C	D	50	A	B	C	D	75	A	B	C	D					