

01. Na avaliação e manejo da pancreatite aguda, é INCORRETO afirmar que

- A) o hematócrito elevado e o aumento da ureia durante as primeiras 24 horas estão associados a pior prognóstico.
- B) a nutrição enteral precoce está indicada em pacientes que não conseguem tolerar a alimentação oral após cinco a sete dias.
- C) a falha em reduzir os níveis de lipase é um indicador confiável de progressão para pancreatite grave.
- D) a síndrome da resposta inflamatória sistêmica (SIRS) persistente por mais de 48 horas está associada ao aumento do risco de insuficiência orgânica.
- E) a classificação de Atlanta divide a pancreatite aguda em intersticial edematosa e necrosante, além de considerar gravidade.

02. Sobre a apresentação clínica de infecções urinárias complicadas, é INCORRETO afirmar que

- A) pacientes com diabetes têm maior risco de desenvolver necrose papilar.
- B) alterações no estado mental são comuns em pacientes idosos com infecções urinárias.
- C) a ausência de sintomas típicos urinários exclui a possibilidade de infecção urinária complicada.
- D) pacientes com dor no flanco e piúria devem ser avaliados para pielonefrite.
- E) prostatite deve ser considerada em homens com sintomas urinários acompanhados de dor perineal.

03. Sobre os achados laboratoriais associados à Insuficiência Renal Crônica (IRC), é INCORRETO afirmar que

- A) o aumento do paratormônio (PTH) ocorre geralmente nos estágios avançados da IRC.
- B) a hipocalcemia na IRC ocorre devido à diminuição da conversão de vitamina D na sua forma ativa.
- C) anemia na IRC ocorre devido à deficiência de eritropoietina.
- D) a hiperfosfatemia é um achado precoce ocorrendo em pacientes com TFG acima de 60 mL/min/1,73 m².
- E) a hipercalemia é um achado mais comum em estágios mais avançados de IRC.

04. Uma paciente de 40 anos, previamente saudável, apresenta edema facial, hipotensão (PA 70/40 mmHg), taquicardia (120 bpm) e dificuldade respiratória súbita após picada de abelha no Parque da Jaqueira. Chega à UPA referindo prurido intenso e sensação de opressão torácica. Qual é a conduta inicial mais adequada?

- A) Uso de corticosteroides como primeira intervenção.
- B) Infusão intravenosa de anti-histamínicos.
- C) Monitoramento sem intervenção devido à possibilidade de recuperação espontânea.
- D) Administração intramuscular de epinefrina.
- E) Uso de vasopressores após 30 minutos de observação clínica.

05. Um homem de 45 anos, obeso e tabagista, residente em Recife, apresenta histórico de dor torácica progressiva aos esforços nas últimas semanas. Ele chega à UPA da Imbiribeira com relato de dor em repouso que durou cerca de 20 minutos e foi aliviada com nitrato sublingual. No momento da avaliação, o ECG é normal, e a troponina está negativa. Qual é o provável diagnóstico?

- A) Dissecção aórtica.
- B) Infarto agudo do miocárdio com supradesnivelamento do ST.
- C) Pericardite aguda.
- D) Angina instável.
- E) Pneumonia.

06. Um homem de 56 anos, residente em Olinda, com histórico de hipertensão arterial e tabagismo, chega à emergência cardiológica apresentando dor torácica intensa há cerca de 30 minutos, associada à sudorese fria e náuseas. No eletrocardiograma (ECG), observa-se supradesnivelamento do segmento ST em derivações V2-V4. Qual seria a conduta inicial mais apropriada neste caso?

- A) Administração de ácido acetilsalicílico e encaminhamento imediato para angioplastia primária.
- B) Solicitação de enzimas cardíacas e observação clínica antes de decidir qualquer tipo de tratamento.
- C) Uso de nitroglicerina sublingual e observação durante 24 horas para monitoramento.
- D) Administração de diuréticos e betabloqueadores para controle da dor torácica.
- E) Aguardar resolução espontânea dos sintomas antes de iniciar anticoagulação.

07. Um homem de 72 anos é admitido na emergência com histórico de diarreia persistente por quatro dias. Ele apresenta hipotensão, mucosas secas e creatinina sérica de 2,3 mg/dL (aumentada em relação a 1,1 mg/dL três dias atrás). A urina mostra densidade urinária aumentada e ausência de cilindros granulares. Sobre o manejo inicial desse paciente, está INCORRETO afirmar que

- A) a administração de solução salina isotônica é indicada para reverter a hipovolemia.
- B) o uso de diuréticos de alça pode ajudar na melhora da diurese inicial.
- C) a presença de densidade urinária aumentada sugere a forma pré-renal como causa provável da insuficiência renal aguda.
- D) a reversão da hipovolemia pode levar à recuperação completa da função renal.
- E) uma avaliação cuidadosa do débito urinário nas próximas 24 horas é essencial para o diagnóstico diferencial.

08. Uma paciente de 70 anos, portadora de carcinoma escamoso de pulmão, apresenta hipercalcemia moderada (12,8 mg/dL) com alterações leves de sensório e creatinina de 1,4 mg/dL. Qual das alternativas está INCORRETA em relação ao manejo?

- A) A hidratação com solução salina isotônica deve ser iniciada para corrigir a hipercalcemia e melhorar a função renal.
- B) O uso de bisfosfonatos, como o ácido zoledrônico, está indicado para controle sustentado da hipercalcemia.
- C) Diuréticos de alça podem ser considerados após a expansão volumétrica adequada para evitar sobrecarga hídrica.
- D) A suplementação de vitamina D deve ser introduzida precocemente para evitar sintomas neurológicos.
- E) O manejo da causa subjacente, como o tratamento do câncer de base, é fundamental para prevenir recidivas da hipercalcemia.

09. Uma mulher de 48 anos, assintomática e com histórico familiar negativo para câncer colorretal, realiza consulta de rotina. Ela deseja informações sobre o momento ideal para iniciar o rastreamento de câncer colorretal. Segundo as diretrizes mais recentes, qual seria a recomendação mais apropriada?

- A) Iniciar rastreamento agora com colonoscopia a cada 10 anos, pois ela se encontra na faixa etária de risco.
- B) Adiar o rastreamento até os 55 anos, desde que permaneça assintomática.
- C) Realizar teste de sangue oculto nas fezes a cada 5 anos como único método de rastreamento.
- D) Realizar rastreamento apenas após os 60 anos, desde que não haja sintomas ou outros fatores de risco.
- E) Realizar sigmoidoscopia aos 50 anos e colonoscopia a partir dos 55 anos.

10. Sobre a abordagem inicial do coma, é INCORRETO afirmar que

- A) o manejo das vias aéreas deve preceder qualquer exame neurológico em pacientes com Glasgow Coma Scale ≤ 8 .
- B) pacientes em coma com suspeita de intoxicação por opioides devem receber flumazenil antes de naloxona como primeira linha.
- C) a elevação da cabeceira em 30 graus é recomendada para reduzir a pressão intracraniana em casos de herniação iminente.
- D) a tomografia de crânio é necessária antes de punção lombar em pacientes com sinais de hipertensão intracraniana.
- E) o reflexo pupilar simétrico e reativo à luz é mais comum em causas metabólicas de coma do que em causas estruturais.

11. Um homem de 65 anos com hipertensão resistente, em uso de três classes de anti-hipertensivos (diurético, bloqueador do canal de cálcio e inibidor da ECA), apresenta pressão arterial de 180/110 mmHg em consultas consecutivas. Exames mostram função renal preservada, potássio normal e ausência de sinais de hipertrofia ventricular esquerda no ecocardiograma. Qual é o próximo passo terapêutico?

- A) Adicionar um antagonista do receptor de aldosterona.
- B) Prescrever inibidor direto da renina.
- C) Aumentar a dose do diurético atual.
- D) Trocar o bloqueador do canal de cálcio por um betabloqueador.
- E) Prescrever associação de inibidor da ECA com um bloqueador do receptor de angiotensina.

12. Sobre a Insuficiência Cardíaca com Fração de Ejeção Preservada (ICFEP), é INCORRETO afirmar que

- A) os níveis de NT-proBNP podem estar falsamente baixos em pacientes com obesidade.
- B) a ressonância magnética cardíaca pode ajudar a excluir amiloidose cardíaca em pacientes com Insuficiência Cardíaca com Fração de Ejeção Preservada.
- C) inibidores do sistema renina-angiotensina demonstraram redução significativa na mortalidade em ensaios clínicos de Insuficiência Cardíaca com Fração de Ejeção Preservada.

- D) a presença de hipertrofia ventricular esquerda e dilatação atrial favorece o diagnóstico de Insuficiência Cardíaca com Fração de Ejeção Preservada.
- E) o diagnóstico de Insuficiência Cardíaca com Fração de Ejeção Preservada exige a exclusão de condições não cardiovasculares que mimetizem a condição.
-

13. Sobre a fibrilação atrial (FA), é INCORRETO afirmar que

- A) o escore HAS-BLED é utilizado para avaliar o risco de sangramento em pacientes com FA.
- B) a anticoagulação deve ser ajustada com base na função renal em pacientes que utilizam anticoagulantes orais diretos.
- C) oclusão do apêndice atrial esquerdo é uma alternativa para pacientes com contraindicação à anticoagulação de longo prazo.
- D) anticoagulação nunca é indicada em pacientes com FA paroxística.
- E) o risco de eventos tromboembólicos é maior em pacientes com FA persistente e CHA2DS2-VASc elevado
-

14. Uma mulher de 45 anos, residente em Olinda, apresenta febre persistente, tosse seca, dor torácica à direita, emagrecimento significativo de 8 kg nos últimos dois meses e derrame pleural unilateral. A análise do líquido pleural revelou predomínio linfocitário (>85%), adenosina deaminase (ADA) de 50 U/L, proteína de 4,5 g/dL e glicose normal. A paciente não relata histórico de neoplasias ou viagens recentes. Qual é o diagnóstico mais provável?

- A) Derrame pleural maligno
- B) Derrame pleural por tuberculose
- C) Derrame pleural por insuficiência cardíaca
- D) Derrame pleural parapneumônico
- E) Derrame pleural por lúpus
-

15. Em relação às exacerbações da doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), é INCORRETO afirmar que

- A) exacerbações frequentes estão associadas a um pior prognóstico.
- B) o uso de broncodilatadores de longa duração, como anticolinérgicos e beta-agonistas, reduz o risco de exacerbações.
- C) corticosteroides orais devem ser utilizados por longos períodos para prevenir exacerbações.
- D) o aumento da purulência do escarro pode indicar necessidade de antibióticos.
- E) a identificação precoce das exacerbações pode reduzir a frequência de internações.
-

16. Um homem de 60 anos, com histórico de câncer ativo, é diagnosticado com embolia pulmonar. Ele tem contraindicação absoluta ao uso de anticoagulantes devido a sangramento recente. Qual é a abordagem mais adequada?

- A) Inserção de filtro de veia cava
- B) Observação sem intervenção
- C) Terapia trombolítica sistêmica
- D) Anticoagulação com heparina de baixo peso molecular
- E) Cirurgia de embolectomia
-

17. Homem de 72 anos com histórico de hipertensão e insuficiência cardíaca apresenta pneumonia comunitária com início há 3 dias, relatando febre, tosse produtiva e confusão mental leve. No exame físico, encontra-se taquipneico (30 incursões por minuto), saturando 89% em ar ambiente, com pressão arterial de 90/60 mmHg e murmúrios vesiculares diminuídos em base direita. Escore CURB-65: 3. Qual é a conduta mais adequada para esse paciente?

- A) Encaminhar para acompanhamento ambulatorial com antibiótico oral.
- B) Internar em enfermaria com antibióticos intravenosos.
- C) Internar em unidade de terapia intensiva (UTI) para suporte intensivo.
- D) Administrar dose única de corticosteroide e reavaliar em 24 horas.
- E) Realizar broncoscopia para diagnóstico etiológico antes de iniciar tratamento.
-

18. Paciente de 34 anos com crise asmática moderada e pico de fluxo expiratório reduzido para 60% do previsto, apesar de três doses de beta-agonistas de curta duração, apresenta apenas melhora parcial, persistindo com dispneia e dificuldade para falar frases completas. Qual seria a próxima abordagem mais apropriada?

- A) Solicitar uma tomografia computadorizada do tórax.
- B) Adicionar ipratrópio inalatório e iniciar corticosteroide sistêmico.
- C) Introduzir dexametasona intramuscular.
- D) Indicar ventilação mecânica não invasiva.
- E) Administrar uma dose única de sulfato de magnésio intravenoso.

19. Sobre os critérios de classificação do LES (EULAR/ACR 2019), é INCORRETO afirmar que

- A) a presença de ANA \geq 1:80 é obrigatória para iniciar a avaliação.
- B) proteinúria $>$ 0,5 g/dia é suficiente para atingir o critério renal.
- C) a febre contribui para a classificação, mas apenas quando associada a outros critérios clínicos ou imunológicos.
- D) anticorpos anti-Sm possuem maior peso na classificação do que anticorpos antifosfolípídeos.
- E) critérios como rash malar ou lúpus discoide podem ser somados, caso presentes simultaneamente.

20. Sobre a artrite reumatoide, é INCORRETO afirmar que

- A) a presença de anti-CCP está associada a pior prognóstico e progressão mais rápida da doença.
- B) o anticorpo anti-CCP pode estar presente antes do início dos sintomas clínicos.
- C) altos títulos de FR estão associados a maior probabilidade de manifestações extra-articulares.
- D) a osteopenia periarticular pode ser vista nos estágios iniciais da doença.
- E) corticoides são indicados como terapia de longo prazo para controle da doença.

21. Sobre a dermatomiosite, é INCORRETO afirmar que

- A) está frequentemente associada a malignidades em adultos, especialmente em casos com início tardio.
- B) a presença de autoanticorpos como o anti-MDA5 pode indicar maior risco de doença pulmonar intersticial rapidamente progressiva.
- C) o tratamento de primeira linha inclui glucocorticoides e imunossupressores, como metotrexato ou azatioprina.
- D) a ausência de manifestações cutâneas exclui o diagnóstico de dermatomiosite.
- E) as lesões cutâneas características incluem pápulas de Gottron e eritema heliotrópico.

22. Um homem de 48 anos, hipertenso controlado com losartana, apresenta dor intensa e edema no tornozelo direito há 18 horas. Relata crises recorrentes de gota, mas sem adesão ao tratamento contínuo. Exames laboratoriais mostram urato sérico de 8,5 mg/dL, e análise do líquido sinovial revela cristais de monourato de sódio, sem sinais de infecção articular. Qual é a melhor abordagem inicial para tratar a crise aguda?

- A) Iniciar alopurinol imediatamente para reduzir os níveis de ácido úrico.
- B) Utilizar probenecida para aumentar a excreção urinária de ácido úrico.
- C) Administrar anti-inflamatório não esteroidal (AINE) em dose anti-inflamatória plena, como naproxeno 500 mg duas vezes ao dia, salvo contra-indicações.
- D) Realizar punção articular e administrar corticoide intra-articular, como triamcinolona, imediatamente.
- E) Indicar apenas mudanças dietéticas imediatas e observar a evolução clínica

23. Um homem de 42 anos proveniente de Casa Amarela, previamente saudável, na UPA refere febre alta há 5 dias acompanhada de cefaleia retro-orbital, mialgia intensa, vômitos persistentes e tontura. Exame físico revela exantema maculopapular difuso, extremidades frias e hipotensão (PA 90/60 mmHg). O hemograma mostra hematócrito elevado (48%, sem valor basal conhecido) e plaquetas reduzidas ($65.000/\text{mm}^3$). Há sinais de alarme, como vômitos persistentes e hipotensão. Qual é o manejo inicial mais adequado?

- A) Realizar transfusão de plaquetas imediatamente.
- B) Iniciar antibióticos de amplo espectro.
- C) Administrar solução salina a 20 mL/kg em bolus.
- D) Indicar corticoterapia para estabilização.
- E) Prescrever hidratação oral e reavaliar em 48 horas.

24. Um homem de 50 anos, HIV positivo e sem Terapia Antirretroviral (TARV) prévia, apresenta diarreia aquosa crônica há 3 semanas, associada a perda de peso significativa, fadiga e anorexia. O exame físico revela desidratação moderada e mucosas secas. Hemograma normal, mas CD4 de 60 células/mm³. Coproparasitológico confirma *Cryptosporidium*. Não há sinais de infecção bacteriana ou viral concomitante. De acordo com o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em Adultos - 2024, qual o manejo mais adequado?

- A) Administrar nitazoxanida por 14 dias.
- B) Iniciar Terapia Antirretroviral (TARV) imediatamente, com suporte nutricional e hídrico adequado.
- C) Prescrever fluconazol para tratar a infecção.
- D) Realizar apenas medidas de suporte hídrico.
- E) Aguardar estabilização clínica antes de iniciar TARV.

25. Uma gestante de 28 anos, no segundo trimestre, apresenta febre alta, cefaleia e mialgia há 4 dias, após contato com água de enchente. Refere vômitos ocasionais e leve dor abdominal. Exame físico evidencia sufusão conjuntival e dor em panturrilhas. Hemograma revela leucocitose discreta, plaquetas de 120.000/mm³ e hematócrito de 40%. Exames laboratoriais mostram creatinina sérica de 1,2 mg/dL e transaminases levemente elevadas (TGO 65 U/L e TGP 58 U/L). Qual o tratamento recomendado?

- A) Amoxicilina oral por 5 a 7 dias.
- B) Doxiciclina oral por 5 a 7 dias.
- C) Azitromicina intravenosa por 10 dias.
- D) Suspende qualquer antibiótico até diagnóstico confirmado.
- E) Iniciar cefotaxima intravenosa e corticosteroides.

26. Um homem de 23 anos, previamente saudável, apresenta febre persistente, linfadenopatia cervical bilateral dolorosa, dor de garganta intensa, exantema maculopapular discreto e fadiga há 10 dias. Exame físico revela esplenomegalia discreta. Exames laboratoriais mostram leucocitose (15.000/mm³) com 60% de linfócitos, dos quais 20% são linfócitos atípicos, além de elevação de aminotransferases (ALT 145 U/L, AST 120 U/L). Qual o exame confirmatório mais indicado para diagnóstico?

- A) Dosagem de proteína C reativa.
- B) Cultura viral de secreções faríngeas.
- C) Hemocultura para descartar infecção bacteriana.
- D) Detecção de anticorpos IgM específicos contra o vírus Epstein-Barr.
- E) Teste de detecção de DNA viral do herpes simples no líquido.

27. Uma mulher de 32 anos, com histórico de bócio há 5 anos, apresenta cansaço, constipação, intolerância ao frio e ganho de peso progressivo. Exames laboratoriais mostram TSH de 15 µU/mL, T4 livre discretamente reduzido (0,8 ng/dL, referência 0,9–1,7 ng/dL), anti-TPO elevado e ultrassom de tireoide com características sugestivas de tireoidite crônica. Qual a melhor conduta inicial?

- A) Realizar biópsia aspirativa com agulha fina (PAAF).
- B) Solicitar cintilografia para avaliar função glandular.
- C) Observar e reavaliar TSH em 3 meses.
- D) Prescrever metimazol para controlar a função tireoidiana.
- E) Iniciar levotiroxina em dose de 1,6 mcg/kg/dia.

28. Um homem de 58 anos, com diabetes tipo 2 há 8 anos, apresenta histórico de infarto do miocárdio há 2 anos e hipertensão controlada. Está em uso de metformina 1000 mg duas vezes ao dia e empagliflozina 25 mg/dia. Relata cansaço, polidipsia e controle glicêmico insatisfatório, com HbA1c de 8,0 %. Exame físico revela IMC de 32 kg/m², pressão arterial de 130/80 mmHg, sem edema periférico ou sinais de insuficiência cardíaca. Exames laboratoriais mostram TFG de 72 mL/min e LDL de 110 mg/dL. Qual é a adição farmacológica mais adequada, segundo consenso da Associação Americana de Diabetes (ADA) 2025?

- A) Trocar empagliflozina por insulina basal.
- B) Introduzir pioglitazona para controle glicêmico adicional.
- C) Manter esquema atual e reavaliar em 6 meses.
- D) Prescrever inibidor de DPP-4 para redução da glicemia.
- E) Iniciar semaglutida em dose semanal.

29. Uma mulher de 52 anos, com diabetes tipo 2 há 15 anos, hipertensão controlada e doença renal crônica estágio 2, em uso de dapagliflozina 10 mg/dia, apresenta quadro de náuseas persistentes, vômitos, fadiga e confusão mental há dois dias. Exame físico revela desidratação moderada, pressão arterial de 110/70 mmHg, frequência cardíaca de 104 bpm e respiração acidótica. Exames laboratoriais mostram glicemia de 210 mg/dL, pH arterial de 7,0, cetonemia elevada (beta-hidroxiacetato sérico), bicarbonato de 10 mmol/L, creatinina de 2,2 mg/dL e potássio sérico de 4,1 mEq/L. Qual o próximo passo no manejo?

- A) Administrar bicarbonato intravenoso para corrigir acidemia e prescrever insulina basal.
- B) Continuar dapagliflozina e administrar glicose intravenosa para corrigir a cetose.
- C) Suspender dapagliflozina e iniciar insulina intravenosa e hidratação com cristalóide isotônico.
- D) Trocar dapagliflozina por metformina e iniciar hemodiálise.
- E) Aguardar melhora espontânea antes de iniciar intervenções terapêuticas.

30. Em relação às doenças inflamatórias intestinais (DII), é INCORRETO afirmar que

- A) a artrite associada à DII pode ser classificada em dois tipos: pauciarticular e poliarticular.
- B) a artrite axial na DII é independente da atividade da doença intestinal.
- C) eritema nodoso e uveíte são manifestações extraintestinais comuns em pacientes com DII.
- D) radiografias de articulações periféricas frequentemente mostram erosões ósseas em artrite associada à DII.
- E) o tratamento da DII pode melhorar a artrite periférica em muitos casos.

31. Uma mulher de 67 anos, com cirrose hepática avançada e ascite refratária, é admitida com febre e dor abdominal. A paracentese revela líquido ascítico com polimorfonucleares (PMN) > 250/mm³ e cultura negativa. Exames laboratoriais mostram creatinina de 1,6 mg/dL, ureia 38 mg/dL e bilirrubina total de 4,2 mg/dL. Qual é o manejo mais adequado?

- A) Iniciar antibióticos empíricos e administrar albumina intravenosa devido ao risco de síndrome hepatorenal.
- B) Ajustar diuréticos para melhor controle da ascite.
- C) Realizar um TIPS (shunt portossistêmico intra-hepático transjugular) para reduzir a hipertensão portal.
- D) Repetir a paracentese após 48 horas para confirmar o diagnóstico de peritonite bacteriana espontânea.
- E) Prescrever corticosteroides para reduzir a inflamação associada à ascite.

32. Após uma hemorragia digestiva superior controlada, um homem de 72 anos com histórico de úlcera péptica H. pylori positiva inicia erradicação com terapia tripla. Ele é orientado a reiniciar o uso de ácido acetilsalicílico (AAS) em baixa dose para prevenção secundária de eventos cardiovasculares. Durante a consulta, ele questiona sobre a melhor estratégia para prevenir uma nova recorrência de sangramento.

- A) Substituir o AAS por clopidogrel sem necessidade de inibidor de bomba de próton (IBP).
- B) Confirmar erradicação do H. pylori e associar IBP contínuo ao AAS.
- C) Prescrever ranitidina junto com o AAS.
- D) Continuar o AAS sem necessidade de IBP após erradicação do H. pylori.
- E) Introduzir celecoxibe em vez de AAS.

33. Mulher de 25 anos com pirose e regurgitação ácida há 6 meses, piorando após refeições gordurosas e ao deitar-se. Relata alívio parcial com antiácidos. Não apresenta perda de peso ou disfagia. Qual a melhor abordagem inicial?

- A) Iniciar bloqueador H₂ e procinéticos
- B) Solicitar endoscopia digestiva alta com urgência.
- C) Indicar cirurgia antirrefluxo como primeira linha
- D) Prescrever inibidor da bomba de prótons (IBP)
- E) Recomendar mudanças no estilo de vida sem medicação.

34. Mulher de 40 anos, residente em Itapissuma (PE), apresenta icterícia e ALT/AST >1000 UI/L. Sorologias: HBsAg negativo, anti-HBs positivo, anti-HBc IgM negativo, anti-HCV negativo, anti-HAV IgM positivo, anti-HAV IgG positivo.

Qual o diagnóstico mais provável?

- A) Hepatite A aguda com imunidade vacinal contra hepatite B.
- B) Hepatite B aguda associada à hepatite C resolvida.
- C) Coinfecção passada por hepatite B e C, com hepatite A aguda atual.
- D) Hepatite C crônica com histórico vacinal para hepatite A e B.
- E) Hepatite A aguda associada à infecção aguda por hepatite B.

35. Homem de 54 anos, morador de Caruaru, PE, é atendido na UPA local com queixa de fadiga intensa, dor óssea difusa e duas fraturas vertebrais recentes após esforço mínimo. Hemograma: Hb 9,0 g/dL, VCM 88 fL, reticulócitos 1%. Cálcio sérico 12,2 mg/dL. Eletroforese de proteínas: pico monoclonal em região de IgG lambda. Função renal: creatinina de 2,1 mg/dL. Aspirado de medula óssea com 15% de plasmócitos. RX de coluna lombar mostra múltiplas lesões líticas.

Qual o diagnóstico mais provável?

- A) Histiocitose de células de Langerhans.
- B) Leucemia mieloide aguda.
- C) Doença óssea metastática por câncer de próstata.
- D) Mieloma múltiplo.
- E) Síndrome mielodisplásica.

36. Mulher de 62 anos, residente em Olinda, PE, diagnosticada com leucemia mieloide aguda, atualmente no segundo ciclo de quimioterapia, apresenta febre persistente de 38,7°C nas últimas 12 horas. Relata calafrios e mal-estar, sem sintomas respiratórios ou gastrointestinais. Exames laboratoriais revelam leucócitos de 900/mm³, neutrófilos de 450/mm³ e creatinina de 1,2 mg/dL. Ao exame físico, não há foco infeccioso evidente. Paciente é admitida para observação.

Qual a melhor conduta inicial?

- A) Prescrever antipiréticos e observar evolução clínica.
- B) Administrar fator estimulador de colônias de granulócitos (G-CSF) e monitorar.
- C) Realizar hidratação intravenosa e reavaliar em 24 horas.
- D) Isolar a paciente e aguardar resultados das culturas antes de iniciar antibióticos.
- E) Iniciar antibioticoterapia empírica de amplo espectro e coletar culturas.

37. Homem de 45 anos, residente em Caruaru, PE, com artrite psoriásica em tratamento com metotrexato, apresenta fadiga persistente. Hemograma: Hb 9,8 g/dL (12-16 g/dL), VCM 89 fL (80-100 fL), leucócitos e plaquetas normais. Ferritina: 450 ng/mL (30-400 ng/mL), ferro sérico: 40 µg/dL (50-170 µg/dL), TIBC: 180 µg/dL (240-450 µg/dL), saturação de transferrina: 12% (20-50%), PCR: 28 mg/L (<5 mg/L).

Qual o diagnóstico mais provável?

- A) Deficiência de ferro associada a má absorção.
- B) Anemia da doença crônica relacionada à artrite psoriática.
- C) Anemia megaloblástica por deficiência de vitamina B12.
- D) Anemia aplásica por toxicidade medicamentosa relacionada ao tratamento da artrite.
- E) Anemia hemolítica autoimune por atividade da artrite.

38. Paciente de 55 anos, natural de Caruaru, interior de Pernambuco, diagnosticado com cirrose compensada devido a hepatite viral crônica, apresenta elastografia hepática >20 kPa, plaquetas de 85.000/mm³, função hepática preservada (MELD 10) e varizes esofágicas de fino calibre na endoscopia.

Qual a melhor conduta, de acordo com as diretrizes mais recentes da AASLD (American Association for the Study of Liver Diseases)?

- A) Apenas monitoramento com endoscopia regular.
- B) Ligadura elástica profilática para prevenir hemorragia.
- C) Solicitar gradiente de pressão venosa hepática.
- D) Início de carvedilol como profilaxia primária.
- E) Biópsia hepática para confirmação diagnóstica.

39. Paciente de 68 anos, diabético, em ventilação mecânica por choque séptico, apresenta hipocalcemia persistente associada a fraqueza muscular, alterações no ECG (ondas T achatadas) e risco de arritmias graves. Exames: K^+ 2,8 mEq/L, Mg^{2+} 1,2 mg/dL (ref: 1,6-2,6).

Qual estratégia é mais adequada para manejo inicial?

- A) Iniciar reposição de magnésio para logo em seguida iniciar reposição de potássio para corrigir a hipocalcemia.
- B) Administrar cálcio por via intravenosa com monitoramento frequente de níveis séricos.
- C) Realizar infusão rápida de cloreto de potássio para normalizar o nível sérico.
- D) Corrigir primeiro potássio e depois magnésio todos por via oral para evitar complicações.
- E) Aguardar estabilização clínica antes de corrigir desequilíbrios eletrolíticos.

40. Homem de 50 anos, com doença renal crônica estágio 4 e hipertensão arterial sistêmica descompensada, é admitido por fraqueza muscular, náuseas e dispneia progressiva. Gasometria arterial:

pH: 7,34 (ref: 7,35-7,45)
PaCO₂: 30 mmHg (ref: 35-45)
HCO₃⁻: 15 mEq/L (ref: 22-28)

Qual é o diagnóstico ácido-base mais provável?

- A) Acidose metabólica sem compensação respiratória.
- B) Acidose metabólica com compensação respiratória adequada.
- C) Distúrbio misto: acidose metabólica e acidose respiratória.
- D) Distúrbio misto: acidose metabólica e alcalose respiratória.
- E) Acidose respiratória compensada por acidose metabólica.

41. Paciente sexo masculino de 60 anos, com diabetes mellitus tipo 2 há 15 anos, relata dor em "queimação" nos pés e incômodo constante que piora à noite, prejudicando o sono e as atividades diárias. Exame físico evidencia diminuição da sensibilidade vibratória nos pés, reflexos aquileus ausentes e marcha instável.

Qual é o manejo inicial mais apropriado?

- A) Prescrever carbamazepina como primeira escolha para dor neuropática.
- B) Indicar ressonância magnética para investigar compressão nervosa.
- C) Solicitar biópsia do nervo sural para confirmar o diagnóstico.
- D) Iniciar pregabalina ou duloxetine para alívio da dor neuropática.
- E) Prescrever AINEs para controlar a dor e melhorar a qualidade de vida.

42. Paciente de 55 anos apresenta fadiga progressiva, dor abdominal em quadrante superior esquerdo e plenitude pós-prandial. No exame físico, esplenomegalia maciça (palpável a 10 cm abaixo do rebordo costal esquerdo) e ausência de linfadenopatia periférica. Exames laboratoriais: Hb 10 g/dL (ref: 12-16), leucocitose (WBC 25.000/mm³, ref: 4.000-11.000), trombocitose (PLT 550.000/mm³, ref: 150.000-450.000), e LDH 480 U/L (ref: <250). Pesquisa de mutação JAK2 é positiva. TC de abdome confirma esplenomegalia maciça sem linfonodomegalias.

Qual é o diagnóstico mais provável?

- A) Mononucleose infecciosa.
- B) Tuberculose esplênica.
- C) Mielofibrose primária.
- D) Doença de Gaucher.
- E) Leucemia linfocítica crônica.

43. Sobre o manejo de uma parada cardiorrespiratória, de acordo com o ACLS mais recente, é INCORRETO afirmar que

- A) ritmos chocáveis como fibrilação ventricular e taquicardia ventricular sem pulso devem ser tratados com desfibrilação.
- B) assistolia requer desfibrilação imediata como prioridade no manejo inicial.
- C) RCP de alta qualidade deve ser contínua, minimizando interrupções, especialmente durante troca de ciclos.
- D) Epinefrina deve ser administrada a cada 3-5 minutos em todos os ritmos não chocáveis.
- E) identificar e tratar causas reversíveis, como hipóxia ou hipovolemia, é crucial em qualquer parada.

44. Sobre a Síndrome da Angústia Respiratória Aguda (SARA), é INCORRETO afirmar que

- A) Barotrauma é uma complicação comum, especialmente em ventilação com altas pressões.
- B) a SARA aumenta o risco de infecções nosocomiais, como pneumonia associada à ventilação mecânica.
- C) Fibrose pulmonar é uma complicação tardia em alguns pacientes sobreviventes de SARA grave.
- D) Edema pulmonar cardiogênico deve ser excluído para confirmar o diagnóstico de SARA.
- E) a biópsia pulmonar é frequentemente necessária para confirmar o diagnóstico de SARA.

45. Sobre o diagnóstico diferencial das artrites, é INCORRETO afirmar que

- A) na artrite reumatoide, o fator reumatoide pode estar ausente em até 30% dos casos iniciais.
- B) na gota, cristais de urato monossódico apresentam birrefringência negativa sob luz polarizada.
- C) na artrite séptica, o líquido sinovial apresenta leucocitose $>50.000/\text{mm}^3$, com predominância de monócitos.
- D) artrite reativa frequentemente segue infecção por *Chlamydia trachomatis* ou *Yersinia enterocolitica*.
- E) lúpus eritematoso sistêmico pode cursar com poliartrite não erosiva.

46. Paciente de 45 anos apresenta hematuria macroscópica, edema periorbital e pressão arterial elevada. Exames mostram creatinina sérica de 2,8 mg/dL e sedimento urinário com cilindros hemáticos. Sobre a síndrome nefrítica, é INCORRETO afirmar que

- A) a presença de cilindros hemáticos no sedimento urinário indica lesão glomerular.
- B) a proteinúria raramente ultrapassa 3,5 g/dia, exceto em casos de sobreposição com síndrome nefrótica.
- C) a hipertensão é causada, principalmente, pela ativação do sistema renina-angiotensina-aldosterona.
- D) a glomerulonefrite por anticorpos anti-membrana basal glomerular é associada à hipocomplementemia.
- E) o edema periorbital, típico na síndrome nefrítica, é mais pronunciado pela manhã devido à redistribuição do líquido durante o repouso noturno.

47. Paciente de 72 anos com hematoquezia volumosa e instabilidade hemodinâmica é submetido à ressuscitação inicial com reposição volêmica.

Qual é a abordagem diagnóstica inicial mais apropriada nesse cenário?

- A) Colonoscopia emergencial após estabilização parcial.
- B) Tomografia computadorizada com contraste para identificar o local do sangramento.
- C) Angiografia mesentérica imediata para localizar e tratar o sangramento.
- D) Realizar cintilografia com hemácias marcadas antes de qualquer intervenção.
- E) Endoscopia digestiva alta para excluir hemorragia de origem proximal.

48. Sobre profilaxia de endocardite infecciosa, é CORRETO afirmar que

- A) está indicada para todos os procedimentos dentários, independentemente do risco.
- B) apenas pacientes com próteses valvares são elegíveis para profilaxia.
- C) deve ser realizada em pacientes com história de endocardite infecciosa para procedimentos de alto risco.
- D) não é indicada em procedimentos urológicos ou gastrointestinais.
- E) a profilaxia deve incluir, pelo menos, 7 dias de antibióticos.

49. Paciente de 55 anos com doença renal crônica estágio 4, anemia normocítica normocrômica, hemoglobina 8,2 g/dL, hematócrito 26%, saturação de transferrina 18%, ferritina 350 ng/mL, creatinina 3,9 mg/dL e TFG 24 mL/min/1,73m². Refere fadiga intensa e capacidade funcional reduzida. Qual a conduta inicial mais adequada?

- A) Realizar transfusão de concentrado de hemácias para aumentar a hemoglobina acima de 10 g/dL.
- B) Iniciar terapia com ferro intravenoso e eritropoetina.
- C) Transfundir uma unidade de concentrado de hemácias imediatamente.
- D) Monitorar a evolução da anemia e considerar transfusão somente para níveis abaixo de 7 g/dL.
- E) Realizar transfusão, apenas se houver sinais de hipoperfusão periférica.

50. Paciente de 48 anos no pós-operatório de neurocirurgia apresenta hiponatremia com sódio sérico de 120 mEq/L, letargia, pressão arterial normal, e osmolaridade urinária de 500 mOsm/kg. Exames laboratoriais adicionais mostram função renal preservada e ausência de edema.

Qual é a característica mais provável associada a este quadro?

- A) Osmolaridade urinária maior que a sérica.
 - B) Hipernatremia acompanhada por excreção urinária de água diluída.
 - C) Níveis séricos de ácido úrico elevados.
 - D) Osmolaridade sérica elevada e hipocalcemia concomitante.
 - E) Excreção urinária de sódio abaixo de 20 mEq/L.
-

CLÍNICA MÉDICA