

01. Mulher de 54 anos, com diabetes tipo 2, hipertensão e dislipidemia, usa metformina 1500 mg/dia, losartana e atorvastatina. Exames mostram HbA1c de 7,8%, LDL de 85 mg/dL, RFG de 75 mL/min e IMC de 34 kg/m². História familiar de infarto e obesidade central significativa. Qual a melhor abordagem terapêutica para controle glicêmico e redução do risco cardiovascular, de acordo com o Consenso Brasileiro de Diabetes?

- A) Adicionar liraglutida
- B) Introduzir insulina glargina
- C) Adicionar gliclazida.
- D) Aumentar a dose de metformina
- E) Introduzir pioglitazona

02. Homem de 45 anos, diagnosticado com hipertireoidismo há 3 meses e em tratamento com tapazol 40 mg/dia, retorna ao consultório com febre alta (38,5°C), odinofagia, úlceras orais e fadiga há 4 dias. Relata também calafrios e sensação de fraqueza acentuada. Exame físico revela faringite, linfadenopatia cervical e úlceras em mucosa oral. Qual a conduta mais apropriada neste caso?

- A) Manter o tapazol e prescrever antibiótico para faringite.
- B) Introduzir corticoide e reduzir a dose de tapazol
- C) Suspender tapazol imediatamente e solicitar hemograma urgente
- D) Trocar tapazol por propiltiouracil e introduzir antibiótico
- E) Solicitar biópsia de medula óssea para investigar aplasia medular

03. Homem de 58 anos chega ao ambulatório do residente com IMC de 36 kg/m², hipertensão, insuficiência cardíaca com fração de ejeção de 35%, apneia do sono e dislipidemia. Relata dispneia ao realizar esforços moderados e falha em múltiplas tentativas de perda de peso com dieta e exercícios. Qual medicação para obesidade é a mais indicada?

- A) Bupropiona e naltrexona
- B) Orlistat
- C) Semaglutida
- D) Sibutramina
- E) Fluoxetina

04. Mulher de 62 anos, previamente saudável, foi encaminhada ao ambulatório após um check-up de rotina, sem queixas. Exames laboratoriais mostraram cálcio sérico de 11,1 mg/dL (ref. 8,6-10,2), PTH de 130 pg/mL (ref. 15-65), e creatinina de 1,2 mg/dL. Densitometria óssea revelou T-score de -2,8 na coluna lombar e -2,1 no quadril. A paciente nega histórico de fraturas ou nefrolitíase. Qual a conduta mais apropriada para esse caso, de acordo com as diretrizes do Fourth International Workshop on Asymptomatic Primary Hyperparathyroidism?

- A) Acompanhamento clínico sem necessidade de intervenção
- B) Iniciar terapia com vitamina D e cálcio
- C) Aumentar ingestão de cálcio dietético e acompanhamento semestral
- D) Realizar paratireoidectomia
- E) Iniciar bifosfonatos e monitorar PTH

05. Homem de 35 anos chega à consulta com queixa de cefaleia intensa nos últimos 6 meses, além de diminuição progressiva da libido e visão turva, especialmente nos hemisférios laterais. Exames laboratoriais mostram prolactina de 5.000 ng/mL (ref. < 25), TSH e cortisol normais, e testosterona de 150 ng/dL (ref. 300-1000 ng/dL). Ressonância magnética revela macroadenoma hipofisário de 2,5 cm com compressão do quiasma óptico. Qual o tratamento inicial mais indicado?

- A) Cirurgia transesfenoidal imediata
- B) Radioterapia
- C) Agonista dopaminérgico
- D) Reposição de testosterona
- E) Observação clínica e reavaliação

06. Homem de 50 anos com histórico de cirrose hepática secundária à hepatite C, controlada com antivirais, chega ao ambulatório com queixa de fadiga e edema de membros inferiores. Não apresenta história de hemorragia digestiva alta. Endoscopia digestiva alta revela varizes esofágicas de médio calibre sem sinais de sangramento ativo. A função hepática é Child-Pugh B. Qual o manejo mais adequado para prevenção primária de hemorragia?

- A) Transplante hepático urgente
 B) Ligadura elástica profilática
 C) Repetir endoscopia digestiva alta em 3 meses
 D) Iniciar escleroterapia endoscópica
 E) Iniciar propranolol ou nadolol

07. Mulher de 85 anos, com histórico de insuficiência cardíaca e diabetes, é admitida por infecção urinária. Após 48 horas de antibióticos, desenvolve confusão mental, inquietação e alucinações visuais. Exames laboratoriais mostram leucocitose de 15.000/mm³ (ref. 4.000-11.000), creatinina de 1,9 mg/dL (ref. 0,6-1,2) e hiponatremia leve (Na 130 mEq/L, ref. 135-145).

Qual o manejo mais adequado?

- A) Suspende antibióticos e observar
 B) Iniciar haloperidol em baixa dose e monitorar
 C) Realizar ressonância magnética cerebral
 D) Instituir benzodiazepínicos para controle das alucinações
 E) Suspende todos os medicamentos e corrigir sódio

08. Mulher de 58 anos, sem histórico de uso de anti-inflamatórios não esteroidais, tabagismo ou consumo de álcool, apresenta dor epigástrica crônica, de intensidade moderada, associada à saciedade precoce e náuseas. Endoscopia digestiva alta revela úlcera gástrica de 1,5 cm no antro. Testes para *Helicobacter pylori* (respiratório e histológico) foram negativos. Exames laboratoriais, incluindo hemograma e função hepática, são normais.

Qual o próximo passo mais indicado no manejo?

- A) Tratamento empírico com inibidor de bomba de prótons por 8 semanas e acompanhamento clínico
 B) Realização de biópsias repetidas da úlcera para excluir malignidade
 C) Monitorar a evolução da úlcera com endoscopias seriadas após 12 semanas.
 D) Indicar cirurgia de ressecção gástrica
 E) Iniciar tratamento com antibióticos empíricos para *Helicobacter pylori* oculto

09. Um paciente de 30 anos consulta um gastroenterologista preocupado, pois seu pai foi diagnosticado com câncer colorretal aos 47 anos. Ele está saudável e sem sintomas, mas deseja saber qual a melhor forma de realizar a prevenção, considerando o histórico familiar.

Com base nas diretrizes mais recentes, qual seria o protocolo de rastreamento mais adequado para esse paciente?

- A) Iniciar colonoscopia aos 35 anos, repetida a cada 5 anos, e realizar exame de sangue oculto nas fezes anualmente.
 B) Iniciar colonoscopia aos 45 anos, repetida a cada 5 anos, e realizar exame de sangue oculto nas fezes a cada 1 ano.
 C) Iniciar exame de sangue oculto nas fezes aos 40 anos, repetido a cada 3 anos, e monitorar CEA anualmente.
 D) Iniciar colonoscopia aos 37 anos, repetida a cada 5 anos.
 E) Realizar colonoscopia imediatamente pelo alto risco, repetida a cada 5 anos, e monitorar sangue oculto nas fezes anual.

10. Um homem de 56 anos com histórico de consumo crônico de álcool (cerca de 80 g/dia) é admitido com icterícia, febre leve (37,8°C) e mal-estar crescente nas últimas duas semanas. Relata náuseas, perda de apetite e dor no quadrante superior direito do abdome.

O exame físico revela icterícia escleral e cutânea e hepatomegalia dolorosa à palpação no hipocôndrio direito.

Exames laboratoriais:

- Bilirrubina total: 10 mg/dL (Referência: <1,2 mg/dL)
- AST: 230 U/L (Referência: 8-48 U/L)
- ALT: 110 U/L (Referência: 7-55 U/L)
- INR: 1,6 (Referência: 0,8-1,2)
- Albumina sérica: 2,8 g/dL (Referência: 3,5-5,0 g/dL)
- Creatinina: 1,0 mg/dL (Referência: 0,6-1,2 mg/dL)
- Índice de Maddrey: 42
- Escore MELD: 18

Com base no quadro clínico e nos achados laboratoriais, qual a conduta inicial mais adequada para o manejo deste paciente?

- A) Iniciar suplementação com vitamina E e monitorar melhora dos sintomas hepáticos.
- B) Realizar paracentese de grande volume para aliviar a icterícia e monitorar a resposta clínica.
- C) Iniciar antibióticos de amplo espectro profilaticamente e observar a evolução.
- D) Iniciar corticosteroides (prednisolona) e monitorar resposta com o Escore de Lille após 7 dias.
- E) Realizar transplante hepático de urgência devido ao risco elevado de mortalidade.

11. Em relação ao Refluxo Gastresofágico (RGE) e suas complicações é INCORRETO afirmar que

- A) o tabagismo contribui para a redução do tônus do esfíncter esofágico inferior e piora os sintomas de DRGE.
- B) pacientes com esôfago de Barrett têm maior risco de adenocarcinoma esofágico em comparação com aqueles sem esta condição.
- C) a terapia com IBP duas vezes ao dia pode ser uma alternativa em pacientes que não respondem a uma dose única diária.
- D) a presença de eosinófilos na mucosa esofágica é um marcador específico de esofagite erosiva avançada causada por RGE.
- E) a perda de peso é recomendada para pacientes com DRGE e índice de massa corporal (IMC) acima de 25 kg/m².

12. Uma paciente de 33 anos com diagnóstico de lúpus sistêmico há 5 anos apresenta Trombose Venosa Profunda (TVP), confirmada por ultrassonografia Doppler. A paciente também tem um histórico de dois abortos no segundo trimestre da gravidez. Os exames laboratoriais indicam níveis elevados de anticorpos anticardiolipina IgG, presença de anticoagulante lúpico e FAN positivo (1:320). A função renal e hepática da paciente estão normais, e não há sinais de infecção.

Considerando esses achados, qual seria a melhor abordagem terapêutica a longo prazo para prevenir novos eventos trombóticos?

- A) Heparina de baixo peso molecular indefinidamente
- B) Aspirina em baixa dose associada à hidroxicroquina
- C) Warfarina com INR alvo de 2,5-3,5
- D) Imunoglobulina intravenosa mensal
- E) Prednisona em dose moderada contínua

13. Sobre as emergências oncológicas é INCORRETO afirmar que

- A) a obstrução da veia cava superior é frequentemente causada por tumores torácicos, como carcinoma de pulmão de células pequenas e linfoma.
- B) o alopurinol é indicado profilaticamente para reduzir a formação de ácido úrico em pacientes de alto risco para síndrome da lise tumoral (SLT).
- C) corticosteroides são sempre recomendados em todos os casos de Síndrome da veia cava superior para reduzir a inflamação local, independentemente da causa subjacente.
- D) a SLT é caracterizada por hipercalemia, hiperfosfatemia, hiperuricemia e hipocalcemia, devido à rápida destruição celular.
- E) a hipercalemia é mais comumente associada a tumores como câncer de pulmão de células escamosas, mieloma múltiplo e câncer de mama.

14. Uma mulher de 29 anos apresenta fadiga severa, rash malar, poliartrite simétrica e úlceras orais indolores. Exames laboratoriais mostram FAN positivo (1:640), anti-dsDNA positivo e queda de C3 e C4. A paciente tem histórico de dois abortos espontâneos no segundo trimestre.

Com base no diagnóstico dessa paciente, qual dos achados abaixo também é um critério do EULAR/ACR 2019?

- A) Rigidez matinal por mais de 1 hora
- B) Hemoglobina de 8 g/dL sem evidência de hemólise
- C) Presença de anticorpo anti-histona positivo
- D) Elevação de VHS (Velocidade de Hemossedimentação)
- E) Exame de urina com proteinúria acima de 0,5 g/dia

15. A dermatomiosite afeta mais mulheres do que homens, com incidência aproximada de 1 a cada 100.000 pessoas. Em relação a dermatomiosite é INCORRETO afirmar que

- A) a dermatomiosite pode apresentar-se com envolvimento pulmonar intersticial.
- B) o anticorpo anti-Mi-2 está frequentemente associado a manifestações cutâneas proeminentes.
- C) pacientes com dermatomiosite sem elevação significativa de enzimas musculares não têm risco de envolvimento pulmonar ou outras complicações sistêmicas graves.
- D) a fraqueza muscular na dermatomiosite tipicamente envolve os músculos proximais.
- E) pacientes com dermatomiosite e envolvimento pulmonar têm indicação de tratamento com corticosteroides, muitas vezes associado a imunossupressores.

16. Uma mulher de 60 anos, com histórico de Artrite Reumatoide (AR) controlada com metotrexato e prednisona em baixa dose, apresenta-se ao pronto-socorro com dor intensa e inchaço no joelho direito, de início abrupto há dois dias, acompanhados de febre de 38,5°C e calafrios. Ela relata que sua AR nunca causou uma dor tão severa em uma articulação isolada e que a febre surgiu ao mesmo tempo que o inchaço no joelho. No exame físico, o joelho direito está visivelmente edemaciado, quente ao toque e com movimento limitado devido à dor. O hemograma mostrou leucócitos de 16.500/mm³ (referência: 4.000-10.000/mm³), com 85% de neutrófilos, a proteína C-reativa (PCR) estava em 95 mg/L (referência: <5 mg/L), a velocidade de hemossedimentação (VHS) em 85 mm/h (referência: <20 mm/h), e a punção articular revelou líquido sinovial turvo com contagem de leucócitos de 85.000/mm³ (90% polimorfonucleares), glicose de 30 mg/dL (referência: próxima à sérica), aguardando-se o resultado da cultura. Qual é o diagnóstico mais provável e qual deve ser o manejo inicial?

- A) Reativação da artrite reumatoide no joelho, aumentar a dose de metotrexato e iniciar anti-inflamatório não esteroides para controle sintomático, com revisão após 7 dias.
- B) Gota monoarticular aguda, administrar colchicina oral
- C) Artrite séptica, iniciar antibióticos intravenosos imediatamente e realizar drenagem articular urgente, com posterior ajuste do antibiótico de acordo com o resultado da cultura.
- D) Artrite reativa, administrar anti-inflamatórios não esteroides e acompanhar
- E) Bursite séptica complicando a AR, iniciar antibióticos intravenosos e realizar punção repetida, sem necessidade de drenagem cirúrgica.

17. Uma mulher de 63 anos, com artrite reumatoide controlada com uso de prednisona em baixa dose, busca orientação sobre a vacina contra herpes zoster. Ela relata nunca ter tomado vacinas para essa condição. De acordo com Manual de normas e procedimentos para vacinação 2024 do Ministério da Saúde qual a conduta mais apropriada para imunizá-la?

- A) Administrar a vacina recombinante de herpes zoster independente da dose de prednisona.
- B) Aguardar interrupção completa do uso de prednisona para aplicação da vacina.
- C) Indicar a vacina viva atenuada para herpes zoster.
- D) Vacinar somente se houver aumento na dose de prednisona.
- E) Aguardar aumento na dose de prednisona antes da administração.

18. Uma mulher de 30 anos residente em Olinda, previamente saudável, apresenta febre persistente, perda de peso significativa e linfonomegalias cervicais há cerca de um mês. Durante o exame físico, observa-se sudorese noturna e linfonodos cervicais aumentados, firmes e indolores. A paciente relata cansaço constante e tosse seca intermitente. Exames laboratoriais revelam leucocitose com linfopenia e velocidade de hemossedimentação (VHS) elevada. A tomografia de tórax demonstra um padrão miliar, caracterizado por pequenos nódulos disseminados bilateralmente nos pulmões.

Diante deste quadro, qual é o diagnóstico mais provável e o exame confirmatório recomendado?

- A) Sarcoidose; realizar biópsia ganglionar.
- B) Tuberculose miliar; realizar cultura de escarro e TRM-TB.
- C) Tuberculose pulmonar; realizar teste de Mantoux.
- D) Histoplasmoze; solicitar sorologia para fungos.
- E) Linfoma; realizar biópsia por aspirado de agulha fina.

19. Um paciente de 70 anos, com história de úlcera péptica ativa e um episódio de sangramento gastrointestinal ocorrido há 3 semanas, apresenta-se com dispneia aguda e dor torácica. A angiogramografia de tórax revela tromboembolismo pulmonar em artérias segmentares bilaterais. Apesar da estabilidade hemodinâmica, o paciente ainda apresenta anemia leve com hemoglobina de 10 g/dL.

Qual é a melhor opção de tratamento?

- A) Filtro de veia cava inferior
- B) Anticoagulação com heparina de baixo peso molecular
- C) Trombolíticos intravenosos
- D) Anticoagulação oral com apixabana
- E) Observação e manejo clínico conservador

20. Em relação à gravidade e manejo da Pneumonia Adquirida na Comunidade (PAC), é INCORRETO afirmar que:

- A) A pontuação CURB-65 ajuda a determinar a necessidade de internação e terapia intensiva, avaliando parâmetros como confusão mental, ureia elevada, frequência respiratória elevada, pressão arterial baixa e idade ≥ 65 anos.
- B) A radiografia de tórax é fundamental para confirmar o diagnóstico de PAC e identificar complicações como derrame pleural ou abscesso pulmonar.
- C) A pesquisa do agente etiológico está indicada somente em casos graves ou quando o resultado pode mudar o tratamento empírico padrão.
- D) A procalcitonina elevada é específica para PAC viral, enquanto a PCR elevada indica PAC bacteriana.
- E) As hemoculturas são positivas em apenas cerca de 10-20% dos pacientes com PAC, mesmo nos casos mais graves.

21. Em relação a síndrome nefrótica é INCORRETO afirmar que

- A) a glomeruloesclerose segmentar e focal é uma das causas primárias de síndrome nefrótica.
- B) pacientes com síndrome nefrótica apresentam maior risco de trombose venosa profunda e embolia pulmonar.
- C) o uso de anticoagulantes orais profiláticos é universalmente indicado para todos os pacientes com síndrome nefrótica, devido ao risco elevado de eventos tromboembólicos.
- D) a hipertensão arterial não é uma característica constante na síndrome nefrótica e está presente em aproximadamente 50% dos casos. A presença ou ausência de hipertensão varia de acordo com a etiologia e a patogênese subjacente da síndrome nefrótica.
- E) a hipercoagulabilidade na síndrome nefrótica ocorre devido ao aumento na produção hepática de fatores de coagulação e perda urinária de antitrombina III.

22. Uma mulher de 28 anos, com histórico de lúpus eritematoso sistêmico (LES) em uso de prednisona 10 mg/dia, apresenta febre, dor pleurítica e aumento da dispneia nos últimos dias. Ao exame, tem macicez à percussão no hemitórax direito e estertores nas bases pulmonares. A radiografia de tórax revela um derrame pleural moderado à direita.

Análise do líquido pleural:

- Aspecto: seroso
- Proteínas no líquido pleural: 4,0 g/dL (soro: 7,0 g/dL)
- LDH no líquido pleural: 350 U/L (soro: 200 U/L)
- Glicose no líquido pleural: 80 mg/dL
- Contagem de células: 700 células/mm³ (predomínio de linfócitos)
- FAN no líquido pleural: positivo 1:640

Qual é o tratamento de escolha para esse derrame pleural?

- A) Aumentar a dose de prednisona para 1 mg/kg/dia, podendo considerar imunossupressor conforme evolução
- B) Drenagem pleural com tubo torácico
- C) Manter prednisona em 10 mg/dia e observar
- D) Repetir toracocentese e aguardar evolução antes de ajustar medicações
- E) Realizar pleurodese química

23. No que se refere à doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) de acordo com o GOLD, analise os itens a seguir e, ao final, assinale a alternativa INCORRETA.

- A) Os broncodilatadores de longa duração, como os agonistas β_2 de longa ação (LABA) e os antagonistas muscarínicos de longa ação (LAMA), são recomendados para o tratamento de manutenção em pacientes com DPOC moderada a grave.
- B) Pacientes com DPOC grave que apresentam alta frequência de exacerbações e níveis de eosinófilos abaixo de 50 células/ μL ainda se beneficiam de CI na terapia de manutenção.
- C) A antibioticoterapia deve ser considerada durante uma exacerbação em pacientes com aumento da produção de escarro purulento e/ou sintomas de infecção respiratória.
- D) A vacinação contra influenza e pneumococo é fortemente recomendada para reduzir as exacerbações e a mortalidade em pacientes com DPOC.
- E) A oxigenoterapia domiciliar é indicada para pacientes com hipoxemia grave persistente ($\text{PaO}_2 \leq 55$ mmHg ou saturação de oxigênio $< 88\%$) em repouso, pois reduz a mortalidade nesses casos.

24. Um homem de 68 anos, com histórico de hipertensão e obesidade, foi recentemente diagnosticado com insuficiência cardíaca com fração de ejeção preservada. Ele apresenta sintomas de dispneia aos pequenos esforços e edema de membros inferiores. Seu BNP é de 700 pg/mL, o ecocardiograma revela fração de ejeção de 55% e disfunção diastólica moderada. Exames laboratoriais indicam função renal preservada, potássio de 4,5 mEq/L e sódio de 137 mEq/L. Com relação à ICFEP, todas as afirmações abaixo estão corretas, EXCETO:

- A) A etiologia da ICFEP é frequentemente associada a fatores como hipertensão, diabetes e obesidade, além de ser mais prevalente em mulheres e idosos.
- B) Para o diagnóstico de ICFEP, é necessário observar sintomas de insuficiência cardíaca, fração de ejeção preservada e evidências de disfunção diastólica em exames de imagem.
- C) Inibidores de SGLT2 e antagonistas dos receptores de mineralocorticoide são recomendados para reduzir hospitalizações, especialmente em pacientes sintomáticos.
- D) Ao iniciar sacubitril/valsartan em pacientes previamente em uso de um inibidor da ECA, recomenda-se um intervalo de washout de pelo menos 36 horas para reduzir o risco de angioedema.
- E) A abordagem farmacológica na ICFEP foca principalmente no controle dos sintomas, sem redução significativa de morbidade e nem mortalidade.

25. Uma mulher de 76 anos, com histórico de hipertensão e depressão controlada, vem apresentando declínio na capacidade de lembrar eventos recentes. Exames de triagem mostram uma perda auditiva leve. A família nota que, desde que começou a ter dificuldades auditivas, sua memória e interação social têm diminuído. Qual das seguintes medidas pode ser mais benéfica para a prevenção do declínio cognitivo?

- A) Introduzir um suplemento de ácido fólico para estabilizar a cognição, especialmente considerando a idade da paciente.
- B) Recomendação de aparelho auditivo, pois o uso tem sido associado a menores taxas de declínio cognitivo.
- C) Suplementar com vitamina E para prevenção de declínio cognitivo associado ao estresse oxidativo.
- D) Evitar atividades físicas moderadas, uma vez que podem precipitar o declínio em pacientes idosos.
- E) Iniciar um suplemento de ômega-3 para retardar o declínio cognitivo e prevenir a demência.

26. Em relação ao manejo da osteoporose em homens, é INCORRETO afirmar que

- A) a FRAX pode ser utilizada para estimar a probabilidade de fratura em 10 anos em homens, com ou sem o uso de BMD (densidade mineral óssea).
- B) homens com fraturas vertebrais múltiplas são candidatos ao uso de teriparatida como terapia de primeira linha.
- C) a fratura de quadril em homens é menos grave do que em mulheres, com menores taxas de mortalidade e complicações.
- D) o uso de denosumab deve ser evitado em homens com risco muito alto de fraturas devido ao risco cardiovascular.
- E) a avaliação de testosterona livre é recomendada em todos os homens com osteoporose diagnosticada.

27. Em pacientes com Fibrilação Atrial (FA) submetidos à cardioversão elétrica, é INCORRETO afirmar que

- A) pacientes com FA de duração superior a 48 horas devem receber anticoagulação antes e após a cardioversão.
- B) pacientes com FA persistente devem receber anticoagulação indefinidamente, independentemente de outros fatores de risco tromboembólico.
- C) a anticoagulação pós-cardioversão é recomendada por no mínimo 4 semanas.
- D) a cardioversão pode ser farmacológica ou elétrica, dependendo do quadro clínico.
- E) ecocardiograma transesofágico é indicado para exclusão de trombo antes da cardioversão em FA de longa duração.

28. De acordo com as diretrizes ESC 2024 sobre hipertensão arterial, é INCORRETO afirmar que

- A) pacientes com pressão arterial de 120-129/70-79 mmHg são classificados como tendo pressão arterial elevada e devem ser monitorados anualmente.
- B) o tratamento da hipertensão resistente inclui o uso de antagonistas dos receptores de aldosterona, como espironolactona.
- C) a hipertensão do jaleco branco não está associada a aumento do risco cardiovascular.
- D) a medição da pressão arterial fora do consultório (MAPA ou HBPM) é recomendada para fins diagnósticos, especialmente para detectar hipertensão do jaleco branco e hipertensão mascarada.
- E) o rastreamento de hipertensão secundária é indicado para pacientes com hipertensão resistente ao tratamento.

29. Um homem de 28 anos, técnico em saneamento, é admitido no pronto-socorro com febre alta, mialgia intensa em panturrilhas e icterícia leve, sintomas presentes há seis dias. Relata que esteve recentemente em contato com água de enchente e lama durante o trabalho. No exame físico, apresenta-se com mucosas levemente ictéricas e desconforto à palpação difusa no abdome, sem sinais de irritação peritoneal. As panturrilhas estão dolorosas à palpação, sem sinais de edema. Está hemodinamicamente estável, com pressão arterial de 110/70 mmHg e frequência cardíaca de 98 bpm.

Exames laboratoriais mostram:

- Bilirrubina total: 3,5 mg/dL (direta: 2,0 mg/dL)
- Creatinina sérica: 1,6 mg/dL
- AST: 85 U/L
- ALT: 78 U/L
- Leucócitos: 14.500/mm³ com predomínio de neutrófilos
- Sorologia para Leptospira: aguardando resultado

Com base nos achados clínicos e laboratoriais, qual das alternativas abaixo representa a melhor conduta inicial?

- A) Iniciar doxiciclina oral e aguardar o resultado da sorologia para confirmar o diagnóstico.
- B) Administrar paracetamol e aguardar os resultados laboratoriais para confirmação diagnóstica.
- C) Manter hidratação oral, repouso e analgesia com anti-inflamatórios.
- D) Prescrever antibioticoterapia profilática com cefalexina e liberar o paciente com orientações.
- E) Internar o paciente e iniciar penicilina cristalina intravenosa imediatamente.

30. Em relação às comorbidades associadas à asma no adulto e seu impacto no manejo da doença, é INCORRETO afirmar que

- A) a presença de rinite alérgica pode piorar o controle da asma.
- B) a suplementação de vitamina D é indicada para todos os pacientes asmáticos para melhorar o controle da doença.
- C) distúrbios de ansiedade e depressão podem interferir negativamente no manejo adequado da asma.
- D) apneia obstrutiva do sono é uma comorbidade comum em asmáticos e pode agravar os sintomas.
- E) obesidade é um fator de risco para asma grave e pode piorar a resposta ao tratamento.

31. Um homem de 50 anos, com histórico de diabetes e hipertensão, residente em Recife, é admitido no hospital com febre alta há cinco dias, dor abdominal intensa e hipotensão postural (pressão arterial de 90/60 mmHg). Ao exame, apresenta extremidades frias e pegajosas, com enchimento capilar >3 segundos. Exames laboratoriais mostram hematócrito de 49%, plaquetas de 60.000/mm³ e creatinina de 1,5 mg/dL. Diagnóstico de dengue confirmado.

Qual o nível de gravidade e a conduta mais adequada?

- A) Nível B: Hidratação venosa com 10-20 mL/kg de soro fisiológico em 2 horas.
- B) Nível C: Reposição volêmica com 20 mL/kg de soro fisiológico em 15 minutos.
- C) Nível A: Hidratação oral com 30 mL/kg/dia de líquidos claros.
- D) Nível D: Internação em UTI com administração de 40 mL/kg de soro fisiológico.
- E) Nível C: Reposição volêmica com 20 ml/Kg de soro fisiológico em 4 horas.

32. A Poliarterite Nodosa (PAN) é uma vasculite necrotizante que afeta artérias de médio calibre, com envolvimento característico dos rins, sistema nervoso periférico e trato gastrointestinal.

Sobre a PAN, assinale a alternativa INCORRETA.

- A) A PAN está fortemente associada à presença de anticorpos ANCA, que são essenciais para seu diagnóstico preciso.
- B) As manifestações mais comuns da PAN incluem mononeurite múltipla, hipertensão renovascular e dor abdominal devido à isquemia mesentérica.
- C) A presença de aneurismas arteriais em órgãos, como fígado e rins, diagnosticados por angiografia, é altamente sugestiva de PAN.
- D) A biópsia renal pode não ser necessária para o diagnóstico em pacientes com achados clínicos e angiográficos típicos, como aneurismas e lesões vasculares.
- E) A presença de livedo reticular e lesões cutâneas ulceradas são manifestações comuns da PAN.

33. Sobre a hepatite B, é INCORRETO afirmar que

- A) pacientes com hepatite B crônica têm maior risco de desenvolver carcinoma hepatocelular, mesmo sem cirrose.
- B) o anti-HBe positivo em paciente com HBeAg negativo indica geralmente menor replicação viral.
- C) pacientes com cirrose hepática compensada pelo vírus da hepatite B devem ser tratados com antivirais, independentemente da carga viral.
- D) a coinfeção com o vírus da hepatite D aumenta o risco de cirrose e carcinoma hepatocelular em pacientes com hepatite B crônica.
- E) a profilaxia antiviral para hepatite B pode ser suspensa imediatamente após o término da terapia imunossupressora (quimioterapia ou corticoide em altas doses).

34. Uma mulher de 52 anos, previamente saudável, foi admitida com queixas de náuseas, vômitos e redução significativa da produção urinária nas últimas 24 horas. Relata ter iniciado um antibiótico para infecção urinária há 7 dias. Ao exame físico, apresenta pressão arterial de 110/70 mmHg, mucosas úmidas e ausência de edema. Não houve relatos de febre, hematúria ou dor lombar.

Exames laboratoriais:

- Creatinina sérica: 3,4 mg/dL (anterior 0,9 mg/dL)
- Sódio urinário: 45 mEq/L
- Osmolaridade urinária: 300 mOsm/kg
- Fração de excreção de sódio (FeNa): 2,2%
- Urinálise: presença de cilindros granulares e proteinúria leve

Qual é o diagnóstico mais provável e a conduta recomendada?

- A) Insuficiência renal pré-renal; iniciar reposição volêmica com soro fisiológico.
- B) Necrose tubular aguda induzida por drogas; suspender o antibiótico e iniciar medidas de suporte.
- C) Nefrite intersticial aguda; realizar biópsia renal de urgência.
- D) Insuficiência renal pós-renal; solicitar tomografia de abdome e pelve.
- E) Glomerulonefrite rapidamente progressiva; iniciar imunossupressão com corticosteroides.

35. Uma mulher de 35 anos, grávida de 24 semanas, foi diagnosticada com bacteriúria assintomática durante um exame de rotina. O sumário de urina revela 15 leucócitos por campo, nitrito negativo, e a cultura de urina apresenta crescimento de *Escherichia coli* sensível à nitrofurantoína, com contagem >100.000 UFC/mL. A paciente está assintomática, sem febre ou disúria.

Qual a conduta mais adequada?

- A) Não tratar, pois a paciente é assintomática e o nitrito é negativo.
- B) Tratar com nitrofurantoína por 5 a 7 dias e repetir a urocultura após o término.
- C) Administrar fosfomicina em dose única e não repetir a urocultura.
- D) Tratar com amoxicilina por 10 dias devido ao risco gestacional aumentado.
- E) Iniciar ciprofloxacino por 3 dias, seguido de controle com exame de urina.

36. Um homem de 58 anos, com linfoma de Hodgkin em estágio avançado, em seu terceiro ciclo de quimioterapia, apresenta febre persistente de 38,9°C nas últimas 24 horas. Ele relata calafrios e mal-estar, sem outros sintomas respiratórios ou gastrointestinais. Exames laboratoriais mostram leucócitos de 800/mm³, neutrófilos de 400/mm³ e creatinina de 1,4 mg/dL. Não há foco infeccioso evidente ao exame físico. Ele é admitido para observação.

Qual a melhor conduta inicial?

- A) Iniciar meropenem e realizar culturas.
- B) Iniciar ciprofloxacino e observar a evolução.
- C) Administrar G-CSF isoladamente e aguardar melhora clínica.
- D) Iniciar hidratação intravenosa e realizar nova avaliação em 24 horas.
- E) Isolar o paciente e aguardar resultados de culturas antes de iniciar antibióticos.

37. Um homem de 60 anos, com cirrose hepática avançada causada por hepatite C, é admitido com hematemese de grande volume e pressão arterial de 90/60 mmHg. Exames revelam hemoglobina de 7,2 g/dL, creatinina de 1,8 mg/dL e INR de 1,7. Ele é submetido a endoscopia de urgência, onde é identificada uma hemorragia digestiva alta (HDA) por varizes esofágicas, sendo realizada ligadura elástica com sucesso. No pós-procedimento, o paciente ainda apresenta sinais de hipotensão leve e taquicardia, e permanece com ascite volumosa. Uma paracentese de urgência revela líquido ascítico com 150 células/mm³, sem sinais evidentes de infecção. O paciente está confuso e oligoúrico, e foi estabilizado parcialmente com cristaloides.

Qual é a melhor estratégia de prevenção de PBE para este paciente, conforme o consenso da AASLD?

- A) Iniciar metronidazol oral até a alta hospitalar.
- B) Iniciar norfloxacino oral por 7 dias.
- C) Iniciar ciprofloxacino oral por 14 dias.
- D) Iniciar ceftriaxona intravenosa por 5 dias.
- E) Profilaxia antibiótica não é indicada com menos de 250 células/mm³ no líquido ascítico.

38. Um paciente de 60 anos com diagnóstico de cirrose por hepatite C é admitido com ascite tensa e sinais de encefalopatia hepática. Durante a paracentese diagnóstica, são obtidos os seguintes resultados do líquido ascítico:

- Contagem de leucócitos: 80 células/mm³
- Proteína do líquido ascítico: 0,9 g/dL
- Gradiente de albumina soro-ascite (GASA): 1,3 g/dL
- Creatinina sérica: 1,4 mg/dL
- Sódio sérico: 128 mEq/L

Com base nos achados laboratoriais e clínicos, qual é a conduta INCORRETA?

- A) Continuar a restrição de sódio e avaliar necessidade de diuréticos conforme a resposta clínica.
- B) Considerar TIPS devido à ascite recidivante e sinais de disfunção hepática.
- C) Administrar albumina intravenosa para correção da hipoalbuminemia e melhora do GASA.
- D) Evitar paracentese repetida para reduzir o risco de disfunção renal associada.
- E) Avaliar possibilidade de transplante hepático como medida definitiva de manejo.

39. Uma mulher de 62 anos, diabética com índice de massa corporal (IMC) de 32 kg/m², apresenta insuficiência renal crônica (creatinina sérica de 1,8 mg/dL, TFGe de 40 mL/min) e proteinúria moderada (1,8 g/24h). Ela está em uso de metformina 1000 mg duas vezes ao dia, insulina basal (glargina 20 UI à noite), e empagliflozina 10 mg/dia. Sua hemoglobina glicada é de 8,1%.

Segundo as diretrizes KDIGO 2024 e com base nos resultados do estudo FLOW, qual das condutas a seguir é mais indicada para melhorar o manejo da nefropatia diabética e reduzir o risco cardiovascular?

- A) Iniciar semaglutida 0,25 mg semanalmente, aumentando gradualmente, mantendo empagliflozina e ajustando a dose de insulina conforme a resposta glicêmica.
- B) Adicionar alogliptina, um inibidor de DPP-4, para otimizar o controle glicêmico, pois estudos recentes mostram benefícios renais adicionais.
- C) Substituir a empagliflozina por dapagliflozina, um SGLT2, devido ao perfil mais seguro em pacientes com TFGe abaixo de 45 mL/min.
- D) Dobrar a dose de metformina para 2000 mg duas vezes ao dia para otimizar o controle glicêmico e ajudar na redução da proteinúria.
- E) Suspender a empagliflozina e iniciar inibidor da ECA, como lisinopril, devido ao risco de hipovolemia em pacientes com TFGe abaixo de 45 mL/min.

40. Uma mulher de 65 anos, com histórico de artrite reumatoide, é admitida com queixas de fadiga persistente e palidez. No exame físico, apresenta mucosas hipocoradas, sem hepatoesplenomegalia ou linfadenopatia. Seu hemograma revela hemoglobina de 9 g/dL (referência: 12-16 g/dL), VCM de 85 fL (referência: 80-100 fL), leucócitos e plaquetas dentro dos limites normais. Exames laboratoriais mostram ferritina sérica de 300 ng/mL (referência: 30-400 ng/mL), ferro sérico de 30 µg/dL (referência: 50-170 µg/dL), capacidade total de ligação do ferro (TIBC) de 180 µg/dL (referência: 240-450 µg/dL), saturação de transferrina de 12% (referência: 20-50%) e proteína C reativa (PCR) de 30 mg/L (referência: <5 mg/L).

Qual o diagnóstico mais provável para este caso?

- A) Manter o diagnóstico de anemia ferropriva e iniciar suplementação oral de ferro.
- B) Anemia da doença crônica, com alterações esperadas de ferritina elevada e TIBC baixa.
- C) Anemia megaloblástica associada à artrite reumatoide; iniciar vitamina B12.
- D) Suspeitar de hemoglobinopatia associada e realizar eletroforese de hemoglobina.
- E) Anemia aplásica associada à artrite reumatoide, com indicação de biópsia de medula óssea.

41. Uma mulher de 65 anos apresenta parada cardíaca com um traçado de assistolia no monitor. Foram realizadas compressões torácicas e uma dose inicial de epinefrina foi administrada.

Qual deve ser o próximo passo na condução da reanimação de acordo com o ACLS 2024?

- A) Repetir a epinefrina a cada 5 minutos e manter compressões.
- B) Alternar entre compressões torácicas e desfibrilação de baixa carga.
- C) Administrar amiodarona 300 mg IV imediatamente.
- D) Suspende a reanimação após 2 minutos caso não haja resposta.
- E) Administrar dopamina para melhorar a perfusão coronariana.

42. Uma mulher de 32 anos, diagnosticada com hanseníase multibacilar há 3 meses e em uso de poliquimioterapia (PQT), retorna ao serviço com queixa de febre, dor intensa e inchaço em mãos e pés. No exame físico, nota-se eritema e edema nas mãos e pés, com áreas de necrose superficial nas lesões de hanseníase previamente existentes. Baciloscopia de lóbulos auriculares continua positiva (+2). A paciente também apresenta espessamento dos nervos periféricos e intensa dor à palpação.

Qual é o diagnóstico mais provável e a conduta mais adequada?

- A) Reação tipo 1 (Reação Reversa); iniciar prednisona em dose alta.
- B) Reação tipo 2 (Eritema Nodoso Hansênico); suspender o tratamento com PQT e iniciar talidomida.
- C) Reação tipo 1 (Reação Reversa); manter a PQT e iniciar talidomida.
- D) Reação tipo 2 (Eritema Nodoso Hansênico); manter PQT e iniciar talidomida.
- E) Neuropatia por PQT; suspender o tratamento e administrar analgésicos fortes.

43. Um idoso de 78 anos, internado após uma fratura de fêmur, desenvolve quadro de agitação, confusão e alucinações visuais no segundo dia de internação. Durante a avaliação, observa-se desorientação e dificuldade em manter o foco durante a conversa. Ao revisar o prontuário, nota-se que foi prescrito tramadol para controle da dor, além do uso de sonda vesical.

Em relação ao manejo deste paciente com delirium, é INCORRETO afirmar que:

- A) O delirium neste caso pode ter sido precipitado pelo uso de sonda vesical e pelo uso de opioides como o tramadol.
- B) A redução de estímulos no ambiente e a presença de familiares pode auxiliar na recuperação do paciente.
- C) Antipsicóticos de baixa potência, como a haloperidol, podem ser considerados para controle do comportamento agitado, desde que monitorado rigorosamente.
- D) O uso de benzodiazepínicos, como o diazepam, é indicado como primeira linha para controle do quadro de agitação.
- E) É importante investigar causas médicas subjacentes, como infecção ou alterações metabólicas, que podem contribuir para o delirium.

44. Caso clínico:

Uma paciente de 36 anos chega ao serviço de urgência com queixas de petéquias generalizadas e episódios de epistaxe espontânea nas últimas 48 horas. Ela relata histórico de PTI diagnosticado na adolescência, mas estava assintomática até o momento, sem tratamento contínuo. Exames laboratoriais mostram plaquetas de 15.000/mm³, com hemoglobina e leucócitos normais, TP e TTPa normais, e ausência de outras anormalidades na análise do sangue periférico. Ela nega uso de medicamentos, infecções recentes ou história familiar de distúrbios hemorrágicos.

Qual seria a próxima etapa de manejo mais adequada?

- A) Iniciar prednisona oral e acompanhar contagem de plaquetas semanalmente
- B) Transfusão de plaquetas e imunoglobulina intravenosa (IVIg)
- C) Solicitar biópsia de medula óssea para investigação de neoplasia hematológica
- D) Iniciar rituximabe como terapia de primeira linha
- E) Iniciar corticosteroides intravenosos e considerar esplenectomia precoce

45. Uma mulher de 68 anos, com histórico de depressão e hipertensão controlada, é admitida no hospital após três dias de confusão mental leve e episódios de tontura. Ela relata o uso recente de escitalopram, iniciado há 6 semanas. No exame físico, apresenta-se levemente desorientada, com pressão arterial de 120/80 mmHg, sem sinais de sobrecarga de volume.

Exames laboratoriais:

- Sódio sérico: 124 mEq/L (referência: 135-145 mEq/L)
- Osmolaridade sérica: 270 mOsm/kg (referência: 275-295 mOsm/kg)
- Osmolaridade urinária: 500 mOsm/kg
- Sódio urinário: 40 mEq/L
- Função renal (creatinina): 0,9 mg/dL
- Função hepática e tireoidiana normais

Diante desse quadro, qual é a conduta mais adequada?

- A) Iniciar solução salina hipertônica a 3% para corrigir rapidamente o sódio.
- B) Descontinuar escitalopram e monitorar os níveis de sódio com restrição hídrica.
- C) Administrar diuréticos para ajudar a excretar água livre e corrigir o sódio.
- D) Substituir escitalopram por fluoxetina, que é um ISRS com muito menor potencial de induzir SIADH.
- E) Aumentar a ingesta de sódio por via oral e suspender o escitalopram.

46. Uma mulher de 38 anos, previamente saudável, é admitida no pronto-socorro com dor e edema no membro inferior direito, de início há 2 dias. O ultrassom Doppler confirma trombose venosa profunda (TVP) na veia femoral. A paciente relata história familiar de trombose em sua mãe aos 45 anos, mas nega o uso de anticoncepcionais hormonais ou tabagismo. No momento, está em tratamento com heparina de baixo peso molecular. Durante a investigação de trombofilias, o médico deve considerar quais exames podem ser solicitados durante a fase aguda da trombose, apesar da anticoagulação.

Qual dos exames abaixo NÃO deve ser solicitado durante o episódio agudo de trombose, sob anticoagulação?

- A) Pesquisa de mutação do fator V de Leiden
- B) Pesquisa de anticorpos anticardiolipina
- C) Dosagem de proteína C funcional
- D) Pesquisa de mutação da protrombina G20210A
- E) Pesquisa de anticoagulante lúpico

47. Um homem de 62 anos, hipertenso e diabético, é admitido na Emergência após início súbito de fraqueza no lado direito do corpo e dificuldade para falar. Os sintomas começaram há 2 horas. Na admissão, o paciente está consciente, com pressão arterial de 190/110 mmHg, Glasgow Coma Scale (GCS) 15, e apresenta uma hemiparesia direita, com desvio do olhar conjugado para a esquerda. A tomografia computadorizada (TC) de crânio não mostra sinais de hemorragia. A glicemia capilar é de 150 mg/dL. Após avaliação inicial, a equipe considera a administração de trombólise com alteplase (rt-PA). Exames laboratoriais, incluindo coagulograma e função renal, estão normais. No entanto, a pressão arterial elevada levanta dúvidas sobre o manejo inicial.

Com base neste caso, qual é a conduta mais adequada para permitir o tratamento trombolítico?

- A) Iniciar tratamento com rt-PA imediatamente, sem considerar o controle pressórico.
- B) Administrar labetalol intravenoso para reduzir a pressão arterial para níveis abaixo de 185/110 mmHg antes de iniciar a trombólise.
- C) Administrar nitroprussiato de sódio para reduzir rapidamente a pressão arterial para 140/90 mmHg antes da trombólise.
- D) Administrar rt-PA imediatamente e monitorar a pressão arterial, tratando somente se ultrapassar 200/120 mmHg.
- E) Iniciar trombólise apenas se a pressão arterial se normalizar espontaneamente nas próximas 30 minutos.

48. Em relação ao manejo farmacológico de pacientes com MASH (esteato-hepatite metabólica) e fibrose hepática avançada, todas as alternativas abaixo estão corretas, EXCETO:

- A) A pioglitazona tem benefícios comprovados em pacientes com MASH e diabetes, melhorando a inflamação hepática e reduzindo a progressão da fibrose.
 - B) Em pacientes sem diabetes e com MASH, a vitamina E pode ser considerada para reduzir o estresse oxidativo hepático.
 - C) O resmetirom é indicado para todos os pacientes com MASH, inclusive aqueles com cirrose descompensada.
 - D) A adição de GLP-1 agonistas, como liraglutida, pode beneficiar pacientes com MASH e obesidade que não atingiram metas de perda de peso com dieta e exercício.
 - E) Estatinas são geralmente seguras para uso em pacientes com doença hepática esteatótica associada à disfunção metabólica (MASLD) com dislipidemia, mas devem ser monitoradas.
-

49. Em relação a cefaleia é INCORRETO afirmar que

- A) o tratamento agudo da enxaqueca pode incluir triptanos e anti-inflamatórios, administrados preferencialmente no início da crise.
 - B) o tratamento de escolha durante a crise aguda de cefaleia em salvas inclui o uso de oxigênio a 100% e triptanos.
 - C) a cefaleia tensional geralmente se manifesta como uma dor bilateral em pressão, sem sintomas como náusea ou fotofobia intensa.
 - D) o uso de betabloqueadores, como propranolol, é a principal profilaxia recomendada para cefaleia em salvas.
 - E) cefaleia secundária a tumor cerebral pode apresentar-se inicialmente como uma cefaleia de padrão tensional, com piora progressiva.
-

50. Um homem de 28 anos, recém-diagnosticado com HIV, é encaminhado ao serviço de infectologia do Hospital Oswaldo Cruz para avaliação. Ele relata ter sido diagnosticado após um episódio de linfadenopatia persistente, mas está assintomático no momento. A contagem de CD4 está em 180 células/mm³, e a carga viral é de 100.000 cópias/mL. O paciente nega uso de medicamentos prévios e informa estar em preparo para iniciar terapia antirretroviral (TARV) nas próximas semanas. Ele deseja entender melhor as medidas de profilaxia para infecções oportunistas, principalmente considerando seu quadro clínico e status imunológico. Qual a conduta CORRETA em relação à profilaxia para Pneumocystis jirovecii?

- A) Iniciar sulfametoxazol-trimetoprima devido à contagem de CD4 abaixo de 200 células/mm³.
 - B) Não iniciar profilaxia, pois a indicação é para pacientes com CD4 abaixo de 150 células/mm³.
 - C) Iniciar azitromicina profilática até que o paciente alcance contagem de CD4 maior que 350 células/mm³.
 - D) Administrar apenas fluconazol profilático, pois é suficiente para prevenção de Pneumocystis jirovecii.
 - E) Aguardar o início da terapia antirretroviral e monitorar a contagem de CD4.
-

GRUPOS 02 E 25
- CLÍNICA MÉDICA -