

***Não deixe de preencher as informações a seguir:***

\_\_\_\_\_

## PREZADO CANDIDATO!

- BOA SORTE!***

**01. Assinale a alternativa em que o agente patogênico NÃO apresenta associação causal comprovada com a neoplasia especificada, considerando classificações da Agência Internacional para Pesquisa em Câncer (IARC), evidência epidemiológica consistente e mecanismos biológicos bem estabelecidos.**

- A) **Helicobacter pylori (H. pylori)** – adenocarcinoma gástrico e linfoma do tecido linfoide associado à mucosa (MALT)
- B) **Papilomavírus humano (HPV)** de alto risco oncogênico – carcinoma do colo uterino e carcinoma orofaríngeo
- C) **Vírus da hepatite B (HBV)** – carcinoma hepatocelular
- D) **Vírus Epstein-Barr (EBV)** – linfoma de Burkitt e carcinoma nasofaríngeo
- E) **Vírus linfotrófico de células T humanas tipo 1 (HTLV-1)** – carcinoma hepatocelular

**02. Homem de 54 anos, previamente hígido, chega ao pronto-socorro após viajar cinco horas de carro, relatando início súbito de dor epigástrica intensa, irradiada para dorso há 18 horas, acompanhada de vômitos repetidos, sudorese fria e incapacidade de ingerir líquidos. Refere consumo recente de refeição gordurosa e episódios semelhantes, porém mais leves, nas semanas anteriores. Ao exame, encontra-se taquicárdico (122 bpm), hipotenso (92/58 mmHg), com pele fria e extremidades mal perfundidas. Hematócrito 51% (ref. 40–50), ureia 78 mg/dL, lactato 3,4 mmol/L, lipase 2.100 U/L, sem sinais clínicos de infecção.**

**Qual é a conduta imediata mais apropriada?**

- A) Iniciar antibioticoterapia empírica de amplo espectro.
- B) Hidratação restrita para evitar edema pancreático.
- C) Reposição volêmica vigorosa com solução cristaloide e reavaliação hemodinâmica intensiva.
- D) Solicitar tomografia antes de qualquer intervenção.
- E) Administrar analgesia mínima para não mascarar evolução clínica.

**03. Sobre o diagnóstico laboratorial de infecção urinária, é INCORRETO afirmar que**

- A) Piúria é um achado frequente e reforça suspeita clínica.
- B) urocultura é recomendada em pielonefrite ou cistite recorrente.
- C) ausência de nitrito positivo no sumário de urina exclui totalmente infecção urinária.
- D) coleta de jato médio reduz risco de contaminação.
- E) hemoculturas podem ser úteis em pacientes com febre alta e dor no flanco.

**04. Mulher de 63 anos, internada após sepse urinária tratada, evolui com oligúria persistente, mal-estar progressivo e creatinina 3,5 mg/dL (prévia 0,9). Ureia 128 mg/dL, sódio urinário 71 mEq/L, fração de excreção de sódio 3,1%, osmolaridade urinária 265 mOsm/kg. O sumário de urina revela cilindros granulosos castanhos, mas também exhibe cilindros eritrocitários múltiplos.**

**Com base nos achados típicos de necrose tubular aguda, é INCORRETO afirmar que**

- A) a presença de cilindros granulosos pigmentados é um marcador tradicional da necrose tubular aguda.
- B) a elevação do sódio urinário reflete perda tubular de solutos por disfunção estrutural.
- C) fração de excreção de sódio acima de 2% é um achado compatível com necrose tubular aguda.
- D) cilindros eritrocitários são característicos da necrose tubular aguda e confirmam o diagnóstico.
- E) a osmolaridade urinária reduzida indica prejuízo na capacidade de concentração devido à lesão tubular.

**05. Mulher de 61 anos, hipertensa controlada, realiza angiotomografia com contraste iodado e, ao final do exame, evolui rapidamente com broncoespasmo, rubor difuso, tontura, vômitos e colapso circulatório (PA 60/38 mmHg). Apresenta pulso filiforme e uso evidente de musculatura acessória.**

**Assinale a alternativa que indica a conduta inicial mais apropriada.**

- A) Administrar salbutamol inalatório como primeira medida.
- B) Aplicar anti-histamínico intravenoso antes de qualquer outra intervenção.
- C) Iniciar vasopressor contínuo sem outras medidas imediatas.
- D) Aplicar epinefrina intramuscular sem demora.
- E) Fornecer apenas hidratação vigorosa e reavaliar em 15 minutos.

**06. Idoso de 73 anos, hipertenso e em uso irregular de anlodipino, losartana e hidroclorotiazida, desenvolve dor torácica súbita, opressiva e intensa ao subir uma escada em seu prédio, acompanhada de náuseas, palidez marcada, sudorese fria e sensação de desmaio. Na emergência, encontra-se taquicárdico, ansioso e mal perfundido. O eletrocardiograma mostra supradesnivelamento de 2 mm em V2–V4, além de bloqueio incompleto do ramo direito. Qual é a conduta diagnóstica CORRETA e imediata?**

- A) Solicitar teste ergométrico para confirmar a presença de isquemia, antes de definir conduta.
- B) Dosar biomarcadores cardíacos, mas já acionar reperfusão imediata.
- C) Dosar biomarcadores cardíacos e aguardar o resultado para confirmar o diagnóstico de infarto.
- D) Observar o paciente por 12 horas e repetir o eletrocardiograma.
- E) Solicitar apenas radiografia de tórax para descartar causas pulmonares da dor.

---

**07. Sobre a dissecação aguda da aorta, é INCORRETO afirmar que**

- A) dor súbita e intensa, descrita como “em rasgo”, é manifestação comum.
- B) assimetria de pulsos ou pressão arterial pode sugerir o diagnóstico.
- C) o exame inicial recomendado é a angiotomografia de aorta, se o paciente estiver estável.
- D) classificação tipo A envolve a aorta ascendente e exige cirurgia imediata.
- E) betabloqueadores são contraindicados, porque aumentam o risco de ruptura.

---

**08. Sobre a hipercalcemia da malignidade, é INCORRETO afirmar que**

- A) um dos mecanismos mais frequentes é a produção tumoral de proteína relacionada ao paratormônio (PTHrP), levando à reabsorção óssea aumentada.
- B) na hipercalcemia da malignidade, os níveis séricos de paratormônio (PTH) costumam estar suprimidos ou inapropriadamente baixos.
- C) em neoplasias com metástases ósseas líticas, a ativação osteoclástica contribui intensamente para o aumento do cálcio sérico.
- D) a hidratação vigorosa com solução salina isotônica, associada a bisfosfonatos intravenosos ou denosumabe, compõe o tratamento padrão em muitos casos.
- E) a hipercalcemia da malignidade raramente se associa a mau prognóstico e, em geral, não impacta, de forma significativa, a sobrevida.

---

**09. Sobre o câncer colorretal, é INCORRETO afirmar que**

- A) história familiar em parente de primeiro grau com câncer colorretal antes dos 60 anos aumenta o risco e antecipa o início do rastreamento.
- B) doenças inflamatórias intestinais de longa data, como retocolite ulcerativa extensa, aumentam o risco de câncer colorretal.
- C) dieta rica em carne processada, sedentarismo, obesidade e tabagismo estão associados a maior risco de câncer colorretal.
- D) síndromes hereditárias, como polipose adenomatosa familiar e síndrome de Lynch, elevam significativamente o risco de câncer colorretal.
- E) a ausência completa de fatores de risco conhecidos torna o desenvolvimento de câncer colorretal praticamente impossível.

---

**10. Mulher de 36 anos, emagrecida, com histórico de fadiga progressiva, tonturas ao levantar-se, desejos salinos e hiperpigmentação de mucosas, chega com vômitos e dor abdominal leve. Pressão 88/54 mmHg, sódio 128 mEq/L, potássio 5,8 mEq/L, glicemia 62 mg/dL, cortisol matinal 2,3 µg/dL, ACTH 126 pg/mL. Qual é o diagnóstico mais provável?**

- A) Insuficiência adrenal secundária.
  - B) Síndrome de Cushing
  - C) Doença gastrointestinal funcional com hiponatremia crônica.
  - D) Hipotireoidismo primário
  - E) Insuficiência adrenal primária.
-

**11. Homem de 68 anos, tabagista, diabético e com doença aterosclerótica difusa, apresenta hipertensão de difícil controle (pressões em torno de 190/110 mmHg). Ao iniciar inibidor da enzima conversora da angiotensina, houve aumento abrupto da creatinina de 1,0 para 2,1 mg/dL. Sopro abdominal audível. Qual a conduta mais apropriada?**

- A) Manter o inibidor da ECA, mesmo com piora da função renal.
- B) Avaliar estenose de artéria renal com Doppler ou angiotomografia.
- C) Iniciar apenas espironolactona em dose máxima.
- D) Investigar hiperaldosteronismo como primeira possibilidade.
- E) Tratar empiricamente como feocromocitoma.

**12. É INCORRETO afirmar que, na Insuficiência Cardíaca com Fração de Ejeção Preservada,**

- A) Doenças extracardíacas como obesidade, DPOC e anemia podem mimetizar sintomas de ICPEP.
- B) O controle rigoroso da pressão arterial é um dos pilares terapêuticos.
- C) Os inibidores de SGLT2 mostram benefício robusto em desfechos clínicos.
- D) Elevação moderada do BNP torna o diagnóstico de ICPEP improvável em pacientes idosos.
- E) O ecocardiograma com doppler tecidual é ferramenta essencial na estratificação.

**13. Mulher de 58 anos, com diabetes tipo 2, obesidade grau I e hipertensão bem controlada, procura atendimento por episódios recorrentes de palpitações, cansaço e intolerância ao esforço há três semanas. Ao exame, apresenta frequência cardíaca irregular de 108 bpm, pressão arterial 132/82 mmHg e ausência de sinais clínicos de congestão. O eletrocardiograma confirma fibrilação atrial, e o ecocardiograma revela átrio esquerdo discretamente aumentado com fração de ejeção preservada. A paciente está hemodinamicamente estável, sem dor torácica e nunca utilizou anticoagulação. Qual é a abordagem inicial mais apropriada?**

- A) Manter apenas observação, pois a fibrilação atrial tende a reverter espontaneamente.
- B) Iniciar antiarrítmico de classe IC imediatamente, independente da avaliação estrutural.
- C) Avaliar risco tromboembólico com CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASc e iniciar controle de frequência.
- D) Realizar cardioversão elétrica imediata sem avaliação prévia.
- E) Iniciar anticoagulação, apenas se houver sinais de tromboembolismo.

**14. Mulher de 76 anos, hipertensa e com insuficiência cardíaca, apresenta dispneia e derrame pleural bilateral. Após uso de diurético, toracocentese mostra proteína pleural 3,2 g/dL e desidrogenase láctica 210 U/L, atendendo critérios de exsudato. Glicose normal, pH 7,45. Clínica sugere congestão. Qual interpretação é CORRETA?**

- A) Exsudato típico sem relação com insuficiência cardíaca
- B) Tuberculose pleural
- C) Derrame parapneumônico simples
- D) Empiema inicial
- E) Transudato modificado pelo uso de diurético

**15. Homem de 71 anos, tabagista de 52 anos-maço, com diagnóstico de doença pulmonar obstrutiva crônica em estágio avançado, chega ao serviço de emergência relatando piora progressiva da falta de ar nas últimas 48 horas, tosse mais intensa e aumento do escarro, que passou de transparente para amarelo-esverdeado. Refere pior tolerância ao esforço e sensação de aperto torácico, sem febre. No exame físico, apresenta frequência respiratória de 28 incursões por minuto, uso de musculatura acessória, sibilância difusa e saturação de oxigênio de 88% em ar ambiente. A gasometria arterial mostra pH 7,36, pressão parcial de gás carbônico arterial (PaCO<sub>2</sub>) de 46 mmHg e pressão parcial de oxigênio arterial (PaO<sub>2</sub>) de 58 mmHg. A radiografia de tórax não revela infiltrado evidente. O paciente utiliza brometo de tiotrópio, um broncodilatador anticolinérgico de longa duração (LAMA), e formoterol, um beta-agonista de longa duração (LABA), porém de forma irregular, e nunca realizou reabilitação pulmonar. Com base nesse quadro, qual é o próximo passo mais adequado no manejo inicial?**

- A) Iniciar ventilação mecânica invasiva imediatamente.
- B) Introduzir antibiótico apenas se houver febre ou infiltrado pulmonar evidente.
- C) Administrar broncodilatadores de curta ação, iniciar corticosteroide sistêmico por curto período e considerar antibiótico devido à mudança da cor do escarro.
- D) Solicitar tomografia de tórax antes de qualquer conduta terapêutica.
- E) Aumentar apenas a dose do broncodilatador de manutenção e reavaliar em 48 horas.

**16. Homem de 48 anos, sem comorbidades, apresenta colapso súbito enquanto caminhava após dois dias de dor em panturrilha direita e sensação de mal-estar. Na chegada à emergência: pressão arterial 72/45 mmHg, frequência cardíaca 136 bpm, extremidades frias, tempo de enchimento capilar prolongado e hipoxemia grave. O ultrassom à beira-leito mostra sinais de sobrecarga importante do ventrículo direito. Qual é a conduta imediata?**

- A) Administrar apenas oxigênio suplementar e aguardar confirmação tomográfica.
- B) Fornecer apenas fluidos intravenosos sem terapia específica.
- C) Realizar trombólise sistêmica imediata.
- D) Iniciar heparina em dose plena e observar por 12 horas antes de decidir trombólise.
- E) Colocar filtro de veia cava como primeira medida terapêutica.

**17. Homem de 83 anos, frágil, com doença pulmonar obstrutiva crônica e insuficiência cardíaca leve, apresenta febre, tosse produtiva e queda funcional nas últimas 48 horas. Chega hemodinamicamente estável, com frequência respiratória de 26 incursões por minuto, pressão arterial 110/70 mmHg, saturação de 92% em ar ambiente e ureia 56 mg/dL. A radiografia mostra infiltrado basal direito. O escore CURB-65 calculado é 2, sem necessidade inicial de suporte avançado.**

**Qual é a conduta mais adequada?**

- A) Acompanhar em ambulatório com antibiótico oral.
- B) Internar em enfermaria e iniciar antibiótico intravenoso.
- C) Encaminhar para internação em unidade de terapia intensiva obrigatoriamente.
- D) Utilizar apenas corticoide e reavaliar após estabilidade clínica.
- E) Aguardar resultado de culturas antes de iniciar antibiótico.

**18. Mulher de 34 anos chega à emergência, com dispneia moderada. FR 24 irpm, saturação 94%, fala frases longas, sem uso importante de musculatura acessória. Após três doses de salbutamol, mantém PFE de 65% do previsto.**

**Qual é a próxima conduta?**

- A) Observar por 24 horas em leito hospitalar.
- B) Adicionar ipratrópio e iniciar corticoide sistêmico oral.
- C) Indicar VMNI profilática.
- D) Solicitar TC de tórax para descartar complicações.
- E) Administrar imediatamente sulfato de magnésio IV.

**19. Mulher de 49 anos apresenta dor e rigidez matinal >1h em mãos e punhos, com edema articular e FR alto. Anti-CCP positivo. RX mostra osteopenia periarticular.**

**Sobre artrite reumatoide, é INCORRETO afirmar que**

- A) o anti-CCP está associado a maior risco de erosões.
- B) FR elevado pode se associar a manifestações extra-articulares.
- C) a rigidez matinal prolongada é achado característico da doença.
- D) a inflamação sinovial crônica pode levar a deformidades fixas.
- E) o uso contínuo de corticoide é recomendado como terapia de manutenção de longo prazo.

**20. Paciente de 32 anos apresenta rash malar, úlceras orais, artrite não erosiva e ANA 1:320. Anti-dsDNA positivo e complemento baixo. Sobre a classificação do lúpus eritematoso sistêmico (EULAR/ACR 2019), é INCORRETO afirmar que**

- A) o diagnóstico exige obrigatoriamente biópsia renal positiva para ser confirmado em todos os casos.
- B) critérios clínicos e imunológicos são somados por sistema, utilizando apenas o item de maior peso em cada domínio.
- C) anti-dsDNA ou anti-Sm possuem elevada pontuação e contribuem significativamente para a classificação.
- D) artrite não erosiva integra o domínio musculoesquelético e soma pontos para a classificação.
- E) ANA  $\geq 1:80$  é um requisito obrigatório apenas para entrada no sistema de classificação.

**21. Homem de 61 anos apresenta dor intensa e incapacitante no hálux direito, iniciada abruptamente durante a noite, acompanhada de rubor, calor local, edema significativo e dificuldade até para apoiar o pé no chão. Exames mostram ácido úrico sérico de 9,6 mg/dL.**

**Qual é o diagnóstico mais provável desse episódio monoarticular agudo clássico?**

- A) Artrite séptica      B) Gota aguda      C) Artrite psoriásica      D) Artrite reativa      E) Condrocálcinose

**22. Paciente de 35 anos é transferido da UPA após cinco dias de febre alta, mialgia intensa, dor retro-orbital e náuseas. Evoluiu nas últimas horas com tontura, extremidades frias e piora rápida do estado geral. Na chegada à emergência, encontra-se prostrado, com pulso filiforme, enchimento capilar > 3 segundos e PA não mensurável. Hematócrito 52% (prévio 41%) e plaquetas 38.000/mm<sup>3</sup>. Segundo o Manual de Dengue, qual é a melhor conduta inicial?**

- A) Transfusão de concentrado de hemácias.  
B) Manter hidratação oral até estabilizar.  
C) Realizar expansão com cristalóide 20 mL/kg em 15–20 min.  
D) Iniciar corticoterapia de pulso.  
E) Solicitar ultrassom FAST antes da reposição volêmica.

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

- A) a artrite reumatoide costuma envolver pequenas articulações de forma simétrica.  
B) a condrocálcinose apresenta cristais romboides com birrefringência positiva fraca.  
C) a artrite gótica pode ter erosões em saca-bocados nos exames de imagem.  
D) a artrite séptica pode evoluir rapidamente para destruição articular, se não tratada.  
E) a artralgia viral frequentemente causa sinovite crônica erosiva.

**24. Homem de 38 anos, HIV positivo e ainda sem Terapia Antirretroviral (TARV), apresenta dispneia progressiva, febre baixa, tosse seca persistente e saturação de 88%. O CD4 é de 130 células/mm<sup>3</sup>. A radiografia revela infiltrado intersticial bilateral difuso, e a gasometria arterial mostra PaO<sub>2</sub> de 58 mmHg, indicando importante comprometimento respiratório. Segundo o Manual do Ministério da Saúde, assinale a alternativa que indica a conduta CORRETA.**

- A) Azitromicina por 14 dias.  
B) Iniciar sulfametoxazol-trimetoprim em alta dose + prednisona adjuvante e iniciar TARV após 2 semanas.  
C) Apenas oxigenoterapia e observar.  
D) Iniciar TARV imediatamente.  
E) Fluconazol intravenoso.

**25. Paciente de 30 anos chega à UPA com febre alta há 3 dias, mialgia intensa em panturrilhas, cefaleia holocraniana e conjuntivas hiperemiadas. Veio de área com enchentes recentes e relata piora progressiva dos sintomas desde a exposição. Plaquetas 110.000/mm<sup>3</sup>, creatinina 1,1 mg/dL, TGO 70 U/L, TGP 62 U/L. Sem icterícia e sem sinais de gravidade. Segundo o Manual do Ministério da Saúde, qual é o manejo correto?**

- A) Internar em UTI para monitorização contínua.  
B) Apenas analgésico e retorno em 72 horas.  
C) Iniciar doxiciclina oral por 5 a 7 dias e hidratação adequada.  
D) Suspender antibiótico até resultado do ELISA.  
E) Iniciar ceftriaxona de rotina.

**26. Paciente de 27 anos apresenta odinofagia de alto grau, febre persistente, adenopatia cervical posterior dolorosa e exantema surgido após uso recente de amoxicilina, além de fadiga intensa e mal-estar progressivo nos últimos dias. O hemograma evidencia linfocitose com 25% de linfócitos atípicos, e a ALT encontra-se em 150 U/L.**

**Qual exame confirma o diagnóstico desse quadro clínico compatível?**

- A) Anticorpo IgM anti-HAV.  
B) IgM anti-VCA (Epstein-Barr).  
C) Teste rápido para influenza A e B.  
D) Sorologia IgG para parvovírus B19.  
E) Proteína C reativa seriada.

**27. Gestante de 27 semanas apresenta intolerância intensa ao calor, agitação contínua e perda ponderal. Ao exame físico, observa-se taquicardia, bócio difuso e tremor fino de extremidades, além de discreta retração palpebral. Os exames laboratoriais revelam TSH  $< 0,01 \mu\text{U/mL}$ , T4 livre elevado e anticorpo anti-receptor de TSH (TRAb) significativamente positivo (23 UI/L; referência  $< 1,75 \text{ UI/L}$ ). O ultrassom mostra tireoide difusamente aumentada com hiperfluxo ao Doppler, achados compatíveis com Doença de Graves.**

**Qual é a melhor conduta inicial?**

- A) Radioiodoterapia por ser método definitivo e seguro na gestação.
- B) Corticoide sistêmico isolado para controle dos sintomas autonômicos.
- C) Acompanhamento expectante por três meses devido à gestação.
- D) Iniciar metimazol, ajustando progressivamente a dose.
- E) Iniciar propiltiouracil (PTU) como droga de primeira linha nesse momento gestacional.

**28. Homem de 76 anos, com diabetes tipo 2 há longa data, vive sozinho e possui histórico recente de quedas, além de um episódio de hipoglicemia sintomática enquanto usava glibenclamida. Mantém HbA1c de 7,2% e TFG de 64 mL/min, apresentando risco aumentado para novos eventos hipoglicêmicos.**

**Qual a conduta mais adequada?**

- A) Manter glibenclamida porque HbA1c está satisfatória.
- B) Trocar glibenclamida por insulina NPH em baixa dose.
- C) Suspende sulfonilureia e usar DPP-4 devido ao baixo risco de hipoglicemia.
- D) Aumentar dose da sulfonilureia para controle pleno.
- E) Iniciar metformina 2 g/dia, independentemente da função renal.

**29. Paciente de 40 anos chega ao pronto atendimento com taquipneia, náuseas, dor abdominal leve e hálito cetônico há 24 horas. O exame mostra desidratação moderada, FC 112 bpm, PA 108/72 mmHg e respiração profunda. Gasometria arterial revela pH 7,17, bicarbonato 11 mmol/L e ânion gap elevado. A glicemia é 356 mg/dL, e a cetonemia está marcadamente aumentada. O potássio sérico é 3,1 mEq/L.**

**Qual o passo inicial CORRETO no manejo da cetoacidose diabética?**

- A) Repor potássio imediatamente antes de iniciar insulina intravenosa.
- B) Começar insulina IV sem atraso e repor potássio depois.
- C) Usar bicarbonato IV porque o  $\text{K}^+$  está baixo.
- D) Administrar glicose 50% para estabilizar eletrólitos.
- E) Oferecer apenas hidratação e observar por 12 horas.

**30. Sobre achados característicos em doenças inflamatórias intestinais (DII), assinale a alternativa INCORRETA.**

- A) A retocolite ulcerativa (RCU) apresenta inflamação contínua, começando sempre no reto.
- B) A doença de Crohn (DC) pode acometer qualquer segmento do trato digestivo, da boca ao ânus.
- C) Ulcerações lineares e aspecto em “pedra de calçamento” são sugestivos de doença de Crohn (DC).
- D) A retocolite ulcerativa (RCU) apresenta acometimento transmural e fistulizante na maior parte dos casos.
- E) A enterografia por tomografia computadorizada (TC) ou ressonância magnética (RM) é útil para avaliar estenoses e complicações.

**31. Um homem de 59 anos, com cirrose avançada por hepatite C previamente tratada, é trazido ao pronto-atendimento devido a desorientação progressiva, sonolência intensa e lentificação mental nas últimas 24 horas. Ao exame, encontra-se hipoativo porém responsivo, com flapping evidente, hálito hepático, frequência cardíaca de 98 bpm e pressão arterial de 112/68 mmHg. Há ascite moderada, sem febre, sangramento ou sinais de peritonite. Exames mostram sódio 132 mEq/L, potássio 3,4 mEq/L e creatinina 1,1 mg/dL. Nenhum foco infeccioso é identificado.**

**Qual é a primeira medida terapêutica?**

- A) Iniciar lactulose para atingir 2 a 3 evacuações amolecidas ao dia.
- B) Administrar ceftriaxona como monoterapia inicial.
- C) Prescrever sedativos para reduzir a agitação.
- D) Repor proteína parenteral.
- E) Evitar laxativos para não precipitar hipovolemia.

**32. Sobre complicações e prevenção da doença ulcerosa péptica relacionada ao *H. pylori*, é INCORRETO afirmar que**

- A) a erradicação diminui o risco de sangramento gastrointestinal recorrente.
- B) pacientes que usam AAS em baixa dose devem receber IBP, se tiverem história de úlcera.
- C) pacientes com sangramento por úlcera devem testar e tratar *H. pylori*, sempre que possível.
- D) após erradicação bem-sucedida, é desnecessário proteger pacientes em uso crônico de AAS.
- E) a infecção não tratada está associada ao risco aumentado de linfoma MALT.

**33. Um homem de 60 anos, com obesidade grau I, ex-tabagista há 15 anos e história de pirose e regurgitação ácida há mais de uma década, realiza endoscopia digestiva alta devido à recorrência dos sintomas apesar do uso adequado de inibidor da bomba de prótons (IBP). O exame mostra segmento curto de metaplasia intestinal especializada, compatível com esôfago de Barrett, sem displasia nas biópsias. Ele encontra-se assintomático com IBP diário e não apresenta sinais de alarme. Qual é a conduta recomendada, segundo diretrizes atuais?**

- A) Suspender o IBP para evitar hipocloridria prolongada.
- B) Repetir endoscopia, apenas se surgirem sintomas graves.
- C) Indicar cirurgia antirrefluxo como primeira escolha.
- D) Manter apenas antiácidos simples quando necessário.
- E) Manter IBP contínuo e realizar vigilância endoscópica periódica conforme protocolos.

**34. Homem de 33 anos procura atendimento devido a fadiga intensa, mal-estar progressivo, náuseas e urina escurecida há cinco dias. Ao exame, apresenta icterícia leve, hepatomegalia dolorosa e ausência de sinais de cronicidade hepática. Exames laboratoriais revelam ALT 860 UI/L, AST 742 UI/L, bilirrubina total 4,1 mg/dL (direta 2,6 mg/dL) e INR 1,3. Sorologias: HBsAg positivo, HBeAg positivo, anti-HBc IgM positivo, anti-HBs negativo. Ele nega uso de álcool, medicamentos hepatotóxicos ou doenças prévias. Qual o diagnóstico mais provável?**

- A) Hepatite B crônica HBeAg positiva.
- B) Fase imune tolerante da hepatite B.
- C) Hepatite B crônica HBeAg negativa.
- D) Hepatite B aguda
- E) Hepatite B resolvida.

**35. Mulher de 61 anos apresenta dor lombar progressiva associada a fraqueza generalizada e quedas recentes por diminuição de força. Nega trauma prévio significativo. Exame físico mostra sensibilidade à palpação vertebral e redução de mobilidade da coluna toracolumbar. Hemograma revela anemia normocítica com hemoglobina de 9,4 g/dL. Cálcio sérico 11,5 mg/dL, creatinina 1,7 mg/dL e proteína total aumentada. Eletroforese de proteínas séricas demonstra pico monoclonal IgG kappa bem definido. Radiografia de esqueleto axial revela múltiplas lesões líticas em crânio, costelas e corpos vertebrais. Qual diagnóstico é mais provável?**

- A) Osteoporose grave com fraturas por fragilidade
- B) Hiperparatireoidismo primário
- C) Mieloma múltiplo sintomático
- D) Tumores ósseos primários
- E) Osteomielite crônica

**36. Mulher de 72 anos, hipertensa e diabética, chega à UPA com febre alta, dor lombar intensa irradiando para abdome inferior, vômitos repetidos e confusão mental iniciada há poucas horas. Ao exame, apresenta PA 88/50 mmHg, FC 122 bpm, extremidades frias e perfusão capilar lentificada. Lactato 3,6 mmol/L e creatinina 2,0 mg/dL (prévia 1,1). A ultrassonografia evidencia hidronefrose moderada à direita, compatível com obstrução urinária infecciosa. Qual alternativa é INCORRETA no manejo inicial?**

- A) Realizar reposição volêmica inicial com cristalóide.
- B) Iniciar antibiótico intravenoso de amplo espectro imediatamente.
- C) Monitorar resposta hemodinâmica precoce e reavaliar necessidade de vasopressores.
- D) Manter observação clínica sem intervenção invasiva, pois a hidronefrose não exige drenagem na sepse.
- E) Solicitar exames complementares, como hemoculturas e urina tipo I, antes dos antibióticos, se isso não atrasar o tratamento.



**37. Homem de 28 anos procura atendimento após início abrupto de icterícia leve, urina escurecida e fadiga intensa ocorridos poucos dias depois de infecção viral autolimitada. Nega uso de medicamentos, álcool ou suplementos. Ao exame, apresenta taquicardia leve, escleras amareladas e sem linfadenomegalia ou hepatoesplenomegalia palpável. Hemograma mostra Hb 8,4 g/dL, reticulócitos 6% e leucócitos normais. Lactato desidrogenase está bastante elevada, haptoglobina indetectável e bilirrubina indireta aumentada. Teste de Coombs direto fortemente positivo. Qual diagnóstico é mais provável?**

- A) Anemia ferropriva grave
- B) Aplasia medular
- C) Anemia hemolítica autoimune
- D) Anemia da doença crônica
- E) Talassemia maior

**38. Mulher de 58 anos, portadora de cirrose compensada por hepatite C previamente tratada, sem histórico de descompensações, apresenta elastografia hepática de 28 kPa, contagem de plaquetas de 85.000/mm<sup>3</sup> e função hepática preservada. Endoscopia digestiva alta recente não evidenciou varizes esofágicas, e a paciente permanece assintomática, sem ascite ou encefalopatia hepática.**

**Considerando as recomendações mais atualizadas das principais diretrizes internacionais de hepatologia sobre hipertensão portal clinicamente significativa, qual conduta é a mais adequada?**

- A) Repetir endoscopia anualmente.
- B) Iniciar carvedilol mesmo sem varizes, devido ao alto risco portal.
- C) Iniciar ligadura elástica profilática.
- D) Solicitar gradiente de pressão venosa hepática para confirmação invasiva.
- E) Indicar TIPS profilático, apesar da ausência de sangramento ou ascite.

**39. Homem de 35 anos, internado em UTI por cetoacidose diabética moderada, inicia protocolo padrão com hidratação vigorosa e insulina intravenosa contínua. Após aproximadamente duas horas de tratamento, passa a relatar fraqueza muscular acentuada e parestesias em extremidades. Reavaliação laboratorial mostra potássio sérico de 3,1 mEq/L, com magnésio dentro da normalidade e melhora parcial da acidose.**

**Qual é o mecanismo mais provável para a hipocalcemia apresentada?**

- A) Perda renal aguda induzida por insulina
- B) Aumento da ingestão de sódio
- C) Deslocamento intracelular de potássio devido à ação da insulina
- D) Excesso de antagonistas beta-adrenérgicos
- E) Acidose respiratória aguda

**40. Homem de 45 anos, com suspeita de sepse abdominal, apresenta hipotensão, taquipneia intensa, extremidades frias e lactato 7,1 mmol/L. Gasometria arterial: pH 7,28; PaCO<sub>2</sub> 24 mmHg; HCO<sub>3</sub><sup>-</sup> 10 mEq/L. História sem doenças pulmonares prévias. Diurese diminuída nas últimas 6 horas. Qual é o diagnóstico ácido-base?**

- A) Acidose metabólica com compensação respiratória adequada.
- B) Acidose metabólica com hipoventilação associada.
- C) Alcalose respiratória primária.
- D) Distúrbio misto: alcalose respiratória e alcalose metabólica.
- E) Acidose respiratória aguda.

**41. Homem de 62 anos, com diabetes tipo 2 há 14 anos, relata dor em queimação nos pés, formigamentos progressivos e perda vibratória maleolar. Exames mostram HbA1c 9,1%, monofilamento anormal e eletroneuromiografia com padrão axonal distal simétrico. Sobre a polineuropatia periférica desse contexto, é INCORRETO afirmar que**

- A) o controle glicêmico intensivo reduz progressão da neuropatia, embora não reverta déficits estabelecidos.
- B) duloxetine e pregabalina são opções de primeira linha para dor neuropática.
- C) excluir outras causas como deficiência de vitamina B12 é parte da abordagem inicial.
- D) neuropatia diabética simétrica raramente causa alteração do reflexo aquileu.
- E) medidas não farmacológicas, como exercícios e fotoproteção plantar, auxiliam no cuidado global.

**42. Mulher de 48 anos, previamente hígida, refere fadiga intensa, perda de resistência para atividades rotineiras, equimoses recorrentes nos membros e sensação de plenitude abdominal progressiva nos últimos quatro meses. Ao exame físico, apresenta esplenomegalia palpável a 6 cm do rebordo costal esquerdo, sem linfonodos aumentados. Exames laboratoriais: hemoglobina 9,1 g/dL, plaquetas 65.000/mm<sup>3</sup>, leucócitos 2.900/mm<sup>3</sup>; lactato desidrogenase elevado; esfregaço periférico com dactríócitos (células em lágrima). Não há febre, icterícia ou história de sangramento digestivo. Função hepática preservada.**

**Qual diagnóstico deve ser fortemente considerado?**

- A) Esplenomegalia congestiva decorrente de insuficiência cardíaca
- B) Hipertensão portal alcoólica isolada
- C) Mielofibrose primária
- D) Deficiência de ferro severa
- E) Anemia imune por anticorpo quente

**43. Paciente de 71 anos, em hemodiálise crônica por doença renal terminal, é encontrado inconsciente, sem pulso, com monitorização inicial demonstrando atividade elétrica organizada sem pulso palpável, caracterizando atividade elétrica sem pulso. A equipe inicia imediatamente compressões torácicas de alta qualidade e ventilação com bolsa-válvula-máscara, enquanto prepara acesso venoso.**

**De acordo com as recomendações mais recentes do ACLS, é INCORRETO afirmar que**

- A) a epinefrina deve ser administrada o mais precocemente possível e repetida a cada 3–5 minutos nos ritmos não chocáveis.
- B) a desfibrilação não faz parte do manejo da atividade elétrica sem pulso.
- C) a investigação e o tratamento das causas reversíveis devem ocorrer simultaneamente à reanimação.
- D) a ventilação deve utilizar volumes correntes elevados para aumentar a oxigenação durante a reanimação.
- E) a capnografia quantitativa auxilia na avaliação da qualidade das compressões e na detecção de retorno da circulação espontânea.

**44. Homem de 62 anos, previamente hipertenso e admitido por pneumonia bacteriana grave em rápida progressão, evolui nas primeiras 24 horas com marcada piora respiratória, hipoxemia refratária e necessidade de intubação orotraqueal. Gasometria inicial evidencia PaO<sub>2</sub>/FiO<sub>2</sub> de 110 sob PEEP de 12 cmH<sub>2</sub>O, com complacência pulmonar reduzida. A radiografia de tórax demonstra infiltrado bilateral difuso, e o ecocardiograma não revela sinais de congestão ou disfunção ventricular esquerda, afastando causa cardiogênica significativa.**

**Diante desse quadro compatível com síndrome da angústia respiratória aguda, qual é a conduta ventilatória inicial mais recomendada?**

- A) Adotar ventilação protetora com baixo volume corrente (aproximadamente 6 mL/kg de peso ideal).
- B) Utilizar volume corrente elevado para compensar hipoxemia persistente.
- C) Suspender a PEEP para reduzir o risco de barotrauma precoce.
- D) Preferir ventilação em pressão de suporte desde o início da ventilação invasiva.
- E) Postergar ajustes ventilatórios até a realização de nova tomografia computadorizada.

**45. Mulher de 27 anos, previamente saudável, relata episódio confirmado de infecção genital por *Chlamydia trachomatis* três semanas antes, tratado parcialmente, e agora apresenta dor intensa e edema em joelho e tornozelo direitos, além de entesite no calcâneo, conjuntivite não purulenta e rigidez matinal leve. Exames laboratoriais mostram hemograma normal e autoanticorpos (fator reumatoide e anti-CCP) negativos, sem febre ou sinais sistêmicos de sepse.**

**Qual diagnóstico é o mais compatível com o quadro descrito?**

- A) Artrite reativa
- B) Artrite séptica
- C) Artrite reumatoide
- D) Osteoartrite
- E) Pseudogota

**46. Homem de 60 anos com síndrome nefrótica por amiloidose evolui com ascite volumosa, anasarca importante, trombose venosa profunda recente e redução progressiva da albumina sérica. Exames mostram albumina 1,8 g/dL, proteinúria 10 g/dia e LDL de 240 mg/dL. Sobre as complicações da síndrome nefrótica, é INCORRETO afirmar que**

- A) a hipercoagulabilidade pode ocorrer por perda urinária de antitrombina III e elevação de fibrinogênio.
- B) infecções bacterianas são favorecidas pela perda urinária de imunoglobulinas e complemento.
- C) a dislipidemia acentuada resulta do aumento da síntese hepática e contribui para risco cardiovascular elevado.
- D) a redução do complemento (C3 e C4) é característica da nefropatia membranosa primária, sendo útil como marcador laboratorial de atividade.
- E) pode ocorrer trombocitose reacional devido ao estado inflamatório e à hipoalbuminemia persistente.

**47. Homem de 75 anos, com diverticulose previamente documentada por colonoscopia, apresenta hematoquezia súbita de grande volume, sem dor abdominal, evoluindo com hipotensão moderada. Após ressuscitação inicial com cristaloides, obtém estabilização hemodinâmica parcial, permitindo investigação precoce.**

**Qual é a conduta diagnóstica inicial mais apropriada nesse cenário?**

- A) Realizar colonoscopia urgente, com preparo adequado do cólon, para identificação e possível controle endoscópico do sangramento.
- B) Priorizar cintilografia com hemácias marcadas como primeira etapa diagnóstica, antes de qualquer avaliação endoscópica.
- C) Solicitar enterotomografia inicial para avaliação do intestino delgado, mesmo sem examinar o cólon previamente.
- D) Angiografia mesentérica isolada sem tentativa prévia de colonoscopia.
- E) Laparotomia exploradora imediata devido à diverticulose conhecida.

**48. Mulher de 70 anos com endocardite infecciosa por *Staphylococcus aureus* apresenta choque séptico controlado após 24 horas, mas evolui rapidamente com insuficiência cardíaca aguda decorrente de regurgitação mitral severa por ruptura parcial de cúspide. Ecocardiograma revela vegetação de 12 mm, importante disfunção valvar e repercussão hemodinâmica significativa. Qual é a conduta recomendada?**

- A) Prolongar antibioticoterapia por mais alguns dias antes de reavaliar necessidade cirúrgica.
- B) Optar por tratamento exclusivamente clínico, pois vegetações menores que 15 mm raramente exigem intervenção.
- C) Solicitar ressonância cardíaca para melhor caracterização estrutural antes de qualquer decisão terapêutica.
- D) Indicar avaliação cirúrgica precoce diante da insuficiência valvar grave e comprometimento hemodinâmico.
- E) Aguardar resolução completa do choque para planejar cirurgia eletiva posteriormente.

**49. Paciente de 70 anos com DRC avançada apresenta hemoglobina de 9,0 g/dL, saturação de transferrina de 14%, ferritina de 240 ng/mL e índice de reticulócitos reduzido, achados laboratoriais frequentemente utilizados nas diretrizes para avaliação inicial da anemia na insuficiência renal. Refere fadiga importante.**

**Qual é a intervenção inicial recomendada?**

- A) Transfusão imediata para atingir Hb > 11 g/dL.
- B) Reposição de ferro intravenoso como primeira medida.
- C) Aumentar aporte de ferro apenas com dieta.
- D) Iniciar hemodiálise exclusivamente para corrigir a anemia.
- E) Evitar ferro IV devido ao risco de infecção.

**50. Paciente de 30 anos no segundo dia após cirurgia transesfenoidal evolui com poliúria grave, sede intensa, hipernatremia progressiva e aumento significativo do débito urinário monitorado hora a hora, sem sinais de hipovolemia ou disfunção renal.**

**Diante desse quadro compatível com diabetes insipidus pós-operatório, qual conduta inicial é mais apropriada?**

- A) Restringir oferta hídrica imediatamente.
- B) Administrar solução salina hipertônica de rotina.
- C) Suspender controle rigoroso da diurese.
- D) Repor desmopressina somente após 72 horas.
- E) Oferecer reposição hídrica proporcional às perdas e avaliar necessidade de desmopressina.

## **CLÍNICA MÉDICA**