

PROVA EDITAL 01/2025

Questão 1 - Homem de 32 anos, previamente saudável, apresenta dispneia aos esforços, episódios de pré-síncope e palpitações nos últimos 6 meses. Relata que um tio faleceu subitamente aos 40 anos.

Exame físico:

- Pressão arterial: 125/75 mmHg, FC: 80 bpm
- Sopro sistólico em borda esternal esquerda, que aumenta com a manobra de Valsalva
- Sem sinais de insuficiência cardíaca

Exames complementares:

- Eletrocardiograma: Ondas T invertidas e hipertrofia ventricular esquerda
- Ecocardiograma transtorácico: Hipertrofia assimétrica do septo interventricular com gradiente de 45 mmHg e fração de ejeção de 70%

Diante desse quadro, qual é a conduta inicial mais apropriada?

- A) Implante imediato de cardiodesfibrilador implantável (CDI) devido ao risco de morte súbita
- B) Indicação cirúrgica imediata para miectomia septal
- C) Uso de betabloqueador e restrição de exercícios competitivos
- D) Iniciar anticoagulação oral com varfarina
- E) Administrar diuréticos de alça para controle da dispneia

Questão 2 - Mulher de 70 anos, com histórico de hipertensão arterial mal controlada e diabetes mellitus tipo 2, apresenta quadro de dispneia progressiva aos esforços nos últimos 3 meses, associado a fadiga, ortopneia e edema nos membros inferiores. Refere piora da sintomatologia à noite, com dificuldade para deitar-se. Ao exame físico, observa-se taquicardia (110 bpm), pressão arterial de 160/90 mmHg, pulsos jugulares elevados e estertores pulmonares. O ecocardiograma revela fração de ejeção reduzida. Qual é a conduta inicial mais apropriada?

- A) Iniciar diuréticos intravenosos, inibidores da ECA, betabloqueadores e monitoramento da pressão arterial
- B) Iniciar terapia com diuréticos orais, otimizar controle da pressão arterial e agendar avaliação de revascularização coronariana
- C) Iniciar vasodilatadores intravenosos, betabloqueadores e monitoramento da função renal
- D) Iniciar diuréticos intravenosos, inibidores da ECA e monitoramento rigoroso da glicemia
- E) Encaminhar para reabilitação cardíaca imediatamente, considerando a melhora da capacidade funcional com fisioterapia

Questão 3 - Homem de 45 anos, com histórico de tabagismo (30 maços-ano) e hipertensão arterial mal controlada, apresenta quadro de dispneia progressiva aos esforços, tosse crônica com expectoração e dificuldade para deitar-se. Relata perda de peso de 5 kg nos últimos 2 meses. Ao exame físico, observa-se taquicardia, pressão arterial de 140/85 mmHg, estertores pulmonares nas bases, diminuição de murmúrios vesiculares à auscultação pulmonar e pulsos periféricos normais. O ecocardiograma revela fração de ejeção preservada, dilatação atrial esquerda e hipertensão pulmonar leve. Qual é o diagnóstico mais provável?

- A) Doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) com insuficiência cardíaca direita secundária
- B) Insuficiência cardíaca com fração de ejeção preservada e hipertensão pulmonar secundária
- C) Embolia pulmonar crônica com hipertensão pulmonar pós-capilar
- D) Doença arterial coronariana com insuficiência cardíaca esquerda e hipertensão pulmonar
- E) Miocardiopatia restritiva com hipertensão pulmonar idiopática

Questão 4 - Homem de 60 anos, com histórico de hipertensão arterial e diabetes tipo 2, apresenta quadro de sintomas intermitentes de tontura e palpitações nos últimos 2 dias. Relata episódios de perda de consciência que duram segundos e se resolvem espontaneamente. O exame físico revela pressão arterial de 130/85 mmHg, frequência cardíaca de 150 bpm, e pulso irregular. O eletrocardiograma mostra ritmo irregular com complexos QRS estreitos e ondas P ausentes. Qual é o diagnóstico mais provável?

- A) Fibrilação atrial com resposta ventricular rápida
- B) Taquicardia ventricular sustentada
- C) Flutter atrial
- D) Taquicardia atrial multifocal
- E) Taquicardia supraventricular paroxística

Questão 5 - Homem de 58 anos, tabagista ativo (30 maços-ano), com histórico de hipertensão arterial controlada, queixa-se de tosse crônica produtiva e dispneia progressiva aos esforços nos últimos 6 meses. Refere episódios de agudização das sibilâncias e dificuldade para dormir devido à falta de ar, especialmente à noite. O exame físico revela taquipneia, expansibilidade torácica diminuída, sibilos expiratórios e batimento de asas de nariz. A espirometria demonstra VEF1 de 55% do valor previsto, com relação VEF1/CVF de 0,68. A radiografia de tórax mostra hiperinflação pulmonar e alterações no padrão pulmonar, mas sem evidência de consolidação ou infiltrado. Qual é a conduta terapêutica mais adequada neste caso?

- A) Iniciar corticosteroides sistêmicos e antibióticos para controlar as exacerbações respiratórias
- B) Iniciar broncodilatadores de longa duração (LABA/LAMA), corticosteroides inalatórios, cessação do tabagismo, vacinação
- C) Iniciar apenas broncodilatadores de curta duração para uso sob demanda, com monitoramento
- D) Iniciar reabilitação pulmonar, vacinas contra influenza e pneumococo, além de controle da pressão arterial
- E) Iniciar terapia com corticosteroides orais e analgésicos narcóticos para manejo de sintomas de dor torácica

Questão 6 - Mulher de 68 anos, com histórico de hipertensão arterial e diabetes tipo 2 bem controlados, apresenta quadro de tosse produtiva com escarro amarelado, febre alta (39°C) e dispneia progressiva há 5 dias. Refere que os sintomas iniciaram após um quadro gripal leve. Ao exame físico, apresenta frequência respiratória de 24 irpm, taquicardia (110 bpm), saturação de oxigênio de 91% em ar ambiente, estertores crepitantes nas bases pulmonares e pressão arterial de 120/80 mmHg. Os exames laboratoriais mostram leucocitose de 15.000/mm³ com desvio à esquerda, e PCR elevada (30 mg/dL). A radiografia de tórax revela opacidade lobar no lobo inferior direito. Considerando esses achados clínicos, qual é a conduta inicial mais indicada?

- A) Iniciar antibióticos empíricos com amoxicilina-clavulanato e monitorar ambulatorialmente sinais de falência respiratória
- B) Internar a paciente e Iniciar antibióticos empíricos com ceftriaxona e azitromicina, considerando pneumonia adquirida na comunidade (PAC)
- C) Solicitar tomografia computadorizada de tórax para melhor avaliação do foco pulmonar
- D) Iniciar suporte ventilatório com CPAP e considerar o uso de antibióticos de amplo espectro
- E) Encaminhar para internação em UTI com ventilação mecânica invasiva devido à hipoxemia progressiva

Questão 7 - Homem de 45 anos, com histórico de etilismo crônico, apresenta quadro de icterícia e dor no hipocôndrio direito há 2 semanas. Relata também náuseas, emagrecimento não intencional de 4 kg e febre baixa. Exame físico revela turgência jugular, aumento do fígado (6 cm abaixo do rebordo costal), ascite e baço palpável. Os exames laboratoriais mostram bilirrubina total de 3,0 mg/dL (predominantemente direta), ALT de 120 U/L, AST de 160 U/L, albumina de 2,5 g/dL, e INR de 1,7. Qual é o diagnóstico mais provável?

- A) Hepatite alcoólica aguda
- B) Colelitíase com colangite
- C) Cirrose hepática descompensada com complicações
- D) Hepatite viral crônica tipo B
- E) Doença hepática gordurosa não alcoólica (DHGNA)

Questão 8 - Homem de 55 anos, com histórico de hipertensão arterial e dislipidemia, apresenta dor torácica em aperto de forte intensidade, com irradiação para o braço esquerdo, associada a sudorese fria e náuseas há 30 minutos. Ao exame físico, observa-se pressão arterial de 145/90 mmHg, frequência cardíaca de 95 bpm e ausculta cardíaca sem sopros. O eletrocardiograma (ECG) mostra supra desnivelamento do segmento ST nas derivações V2 a V5. O paciente é submetido à angioplastia primária, com implante de stent em artéria descendente anterior. Após 24 horas, ele apresenta dispnéia súbita, hipotensão (PA: 85/50 mmHg) e taquicardia (FC: 120 bpm). A ausculta cardíaca revela bulhas hipofonéticas e sopro holossistólico em foco mitral, irradiado para axila. Qual é a complicação mais provável?

- A) Embolia pulmonar
- B) Tamponamento cardíaco
- C) Ruptura da parede livre do ventrículo
- D) Choque cardiogênico por disfunção ventricular
- E) Ruptura do músculo papilar

Questão 9 - Mulher de 68 anos, com histórico de fibrilação atrial crônica não anticoagulada, diabetes mellitus tipo 2 e insuficiência cardíaca com fração de ejeção preservada (ICFEp), apresenta quadro súbito de dor abdominal intensa, náuseas e vômitos há 6 horas. Relata também fraqueza generalizada e tontura. Ao exame físico, observa-se palidez cutânea, taquicardia (FC: 110 bpm), hipotensão (PA: 85/50 mmHg) e abdome distendido, com dor à palpação em mesogástrico e hipocôndrio direito. Os exames laboratoriais mostram hemoglobina de 7,5 g/dL (anteriormente 12 g/dL), lactato de 5,2 mmol/L (elevado) e INR de 1,1. A tomografia computadorizada de abdome com contraste evidencia espessamento da parede de uma alça jejunal, com sinais de isquemia mesentérica. Qual é a causa mais provável do quadro clínico?

- A) Colecistite aguda
- B) Isquemia mesentérica aguda
- C) Pancreatite aguda
- D) Obstrução intestinal por bridas
- E) Perfuração de úlcera péptica

Questão 10 - Homem de 70 anos, com histórico de hipertensão arterial e insuficiência cardíaca com fração de ejeção reduzida (ICFER), apresenta palpitações e tontura há 2 horas. Ao exame físico, observa-se pressão arterial de 90/60 mmHg, frequência cardíaca de 150 bpm e ausculta cardíaca com ritmo regular. O eletrocardiograma (ECG) mostra complexos QRS alargados (160 ms), sem ondas P identificáveis. O paciente já faz uso de carvedilol e enalapril. Qual é a arritmia mais provável e qual a conduta inicial mais adequada?

- A) Taquicardia ventricular sustentada – cardioversão elétrica sincronizada
- B) Fibrilação atrial com resposta ventricular rápida – controle de ritmo com amiodarona
- C) Taquicardia supraventricular com bloqueio de ramo – adenosina intravenosa
- D) Flutter atrial com condução 2:1 – betabloqueador intravenoso
- E) Taquicardia sinusal inapropriada – aumento da dose de carvedilol

Questão 11 - Mulher de 45 anos, previamente saudável, apresenta episódios recorrentes de palpitações rápidas e regulares, com duração de 10 a 20 minutos, associadas a tontura e sudorese. Durante os episódios, a frequência cardíaca chega a 180 bpm. O ECG fora dos episódios é normal. O ecocardiograma não mostra alterações estruturais. Qual é o diagnóstico mais provável e qual o tratamento de primeira linha?

- A) Taquicardia ventricular – betabloqueador
- B) Fibrilação atrial – anticoagulação e controle de ritmo
- C) Taquicardia supraventricular por reentrada nodal – adenosina intravenosa
- D) Síndrome de Wolff-Parkinson-White – ablação por cateter
- E) Taquicardia sinusal inapropriada –beta-bloqueador

Questão 12 - Homem de 50 anos com histórico de etilismo crônico e hepatite C tratada há 10 anos, apresenta quadro de dor abdominal difusa, perda de peso e icterícia progressiva nos últimos 2 meses. O exame físico revela aumento do fígado (4 cm abaixo do rebordo costal), ascite e turgência jugular. Os exames laboratoriais mostram bilirrubina total de 6,2 mg/dL, albumina de 2,0 g/dL, INR de 1,8, ALT de 180 U/L e AST de 220 U/L. A tomografia computadorizada de abdome revela uma lesão hepática nodular com características hipoatenuantes em fase arterial e hiperatenuantes em fase venosa. Qual é o diagnóstico mais provável?

- A) Hepatocarcinoma
- B) Metástase hepática
- C) Cirrose hepática com carcinoma hepatocelular
- D) Hepatite alcoólica aguda
- E) Doença hepática gordurosa não alcoólica

Questão 13 - Homem de 60 anos, com histórico de hipertensão arterial e diabetes mellitus tipo 2, apresenta edema de membros inferiores e fadiga há 2 meses. Ao exame físico, observa-se pressão arterial de 160/95 mmHg, edema bilateral em membros inferiores e palidez cutânea. Os exames laboratoriais mostram creatinina sérica de 2,5 mg/dL (anteriormente 1,2 mg/dL há 6 meses), ureia de 60 mg/dL, albumina sérica de 2,8 g/dL e proteinúria de 3,5 g/24 horas. Qual é o diagnóstico mais provável?

- A) Glomerulonefrite rapidamente progressiva
- B) Glomerulonefrite por IgA
- C) Doença renal crônica
- D) Síndrome nefrótica
- E) Nefrite intersticial

Questão 14 - Homem de 50 anos, com histórico de hipertensão arterial e dislipidemia, apresenta ganho de peso progressivo, fadiga e constipação. Ao exame físico, observa-se pele seca, reflexos diminuídos e frequência cardíaca de 50 bpm. Os exames laboratoriais mostram TSH de 29,5 mIU/L (normal: 0,4–4,5), T4 livre de 0,3 ng/dL (normal: 0,8–1,8) e anticorpos anti-TPO positivos. Qual é o diagnóstico mais provável?

- A) Hipotireoidismo primário
- B) Hipotireoidismo central
- C) Doença de Hashimoto
- D) Síndrome de Klinefelter
- E) Síndrome de Cushing

Questão 15 - Homem de 40 anos, com histórico de hipertensão arterial e gordura visceral aumentada, apresenta fome excessiva, perda de peso e fraqueza muscular. Ao exame físico, observa-se hipertensão arterial (160/100 mmHg), cabelos finos, acantose nigricans e evidente abdominal. A glicemia em jejum é 180 mg/dL. Os exames laboratoriais mostram cortisol sérico elevado às 8h e hipocalcemia. Qual é o diagnóstico mais provável e a conduta inicial?

- A) Síndrome de Cushing – iniciar tratamento com inibidor da síntese de cortisol
- B) Síndrome de Cushing – solicitar ressonância magnética de hipófise
- C) Feocromocitoma – iniciar alfa-bloqueador e monitorar catecolaminas urinárias
- D) Doença de Addison – iniciar reposição com corticoide oral
- E) Hipotireoidismo – iniciar levotiroxina e monitorar a função tireoidiana

Questão 16 - Homem de 42 anos, previamente saudável, apresenta febre diária há 4 semanas, sudorese noturna e perda de peso de 6 kg no período. Ele nega sintomas respiratórios, urinários ou gastrointestinais. O exame físico revela apenas hepatoesplenomegalia discreta, sem linfonodomegalias palpáveis. Os exames laboratoriais mostram hemoglobina de 10,2 g/dL, leucócitos 3.800/mm³ e plaquetas 110.000/mm³, além de aumento de ferritina sérica e pancitopenia discreta. Testes para HIV e hepatites virais foram negativos. Qual é a próxima etapa diagnóstica mais apropriada?

- A) Tomografia de abdome e tórax com contraste
- B) Hemoculturas seriadas e ecocardiograma transesofágico
- C) Biópsia de medula óssea com pesquisa para Leishmania
- D) Sorologia para Brucella spp. e hemocultura para Mycobacterium tuberculosis
- E) Teste tuberculínico e biópsia hepática

Questão 17 - Homem de 50 anos, com histórico de etilismo crônico, apresenta dor abdominal intensa em faixa no epigástrio, irradiando para as costas, acompanhada de náuseas e vômitos há 24 horas. Ao exame físico, está hipotenso (PA 88/58 mmHg), taquicárdico (FC 120 bpm) e febril (T 38,3°C). O abdome está tenso e doloroso à palpação profunda, sem sinais de irritação peritoneal.

Os exames laboratoriais mostram: Lipase sérica: 1.250 U/L (elevada)/Leucócitos:18.500/mm³/PCR: 20 mg/dL Creatinina: 2,1 mg/dL (aumento em relação ao basal)/LDH: 420 U/L/Cálcio sérico: 7,8 mg/dL

A tomografia computadorizada revela áreas de necrose pancreática (>30%) e derrame pleural bilateral leve.

Diante deste quadro, qual é a conduta inicial mais apropriada?

- A) Reposição volêmica agressiva e suporte clínico em unidade de terapia intensiva (UTI)
- B) Antibioticoterapia de amplo espectro para prevenir infecção da necrose pancreática
- C) Cirurgia de urgência para desbridamento do pâncreas necrótico
- D) Drenagem percutânea imediata da necrose pancreática
- E) Jejum absoluto e nutrição parenteral total precoce

Questão 18 - Homem de 67 anos, com hipertensão e diabetes mellitus tipo 2 de longa data, procura atendimento por fadiga progressiva, inapetência e câibras musculares há três meses. Refere prurido generalizado e hálito de odor incomum. Relata ainda inchaço nas pernas e episódios de dispneia aos esforços moderados, sem ortopneia ou dispneia paroxística noturna.

Exames laboratoriais: Creatinina 6,2 mg/dL, ureia 180 mg/dL, potássio 5,8 mEq/L, bicarbonato 16 mEq/L, hemoglobina 9,5 g/dL, taxa de filtração glomerular estimada (TFG) 12 mL/min.

Qual é a conduta mais apropriada para esse paciente?

- A) Iniciar eritropoetina para corrigir a anemia e acompanhar evolução
- B) Prescrever diuréticos para controle do edema e manter acompanhamento ambulatorial
- C) Introduzir resinas de troca para controle do potássio e bicarbonato oral para acidose metabólica
- D) Encaminhar para avaliação de acesso vascular e considerar terapia renal substitutiva
- E) Ajustar a terapia anti-hipertensiva e orientar restrição proteica na dieta

Questão 19 - Homem de 48 anos, hipertenso há 8 anos, refere dificuldade no controle da pressão arterial, apesar do uso de três anti-hipertensivos em doses máximas, incluindo um diurético. Nos últimos meses, relata episódios frequentes de cefaleia matinal e fraqueza muscular difusa.

No exame físico, apresenta PA 180/105 mmHg, FC 76 bpm e ausência de sopros abdominais ou carotídeos.

Exames laboratoriais: Potássio 3,1 mEq/L, creatinina 1,1 mg/dL, sódio 143 mEq/L, aldosterona sérica elevada e atividade de renina plasmática suprimida.

Qual é a próxima etapa mais apropriada na investigação deste paciente?

- A) Solicitar ecocardiograma e Holter 24h para estratificação de hipertrofia ventricular esquerda e arritmias
- B) Realizar dosagem de metanefrinas plasmáticas para afastar feocromocitoma
- C) Solicitar ultrassonografia Doppler de artérias renais para investigação de estenose renal
- D) Solicitar tomografia computadorizada de abdome para pesquisa de adenoma

adrenal

E) Introduzir espironolactona e seguir com monitoramento clínico

Questão 20 - Homem de 58 anos, hipertenso e tabagista, foi submetido a uma cirurgia ortopédica há 10 dias. Hoje, apresenta dispnéia súbita, dor torácica pleurítica e episódios de tontura. Relata tosse seca, sem expectoração.

Ao exame físico, PA 100/65 mmHg, FC 110 bpm, FR 24 irpm, SpO₂ 91% em ar ambiente. A ausculta pulmonar é normal, e não há sinais evidentes de insuficiência cardíaca. O ECG mostra taquicardia sinusal e desvio do eixo para a direita, sem supradesnivelamento de ST.

Diante desse quadro, qual é a conduta inicial mais apropriada?

- A) Solicitar dímero-D e anticoagular apenas se positivo
- B) Realizar angiotomografia de tórax com contraste e iniciar anti-coagulação
- C) Solicitar ecocardiograma transtorácico para avaliar disfunção ventricular direita
- D) Iniciar anticoagulação plena imediatamente, sem exames adicionais
- E) Realizar cintilografia pulmonar de ventilação-perfusão e iniciar anti-coagulação

Questão 21 - Homem de 70 anos, diabético e hipertenso, procura o pronto atendimento com febre, calafrios, confusão mental e dor abdominal difusa há 24 horas. Refere episódios de náuseas e vômitos, além de queda da diurese nas últimas 12 horas.

Ao exame físico:

- PA 85/55 mmHg, FC 115 bpm, FR 24 irpm, T 38,7°C, SpO₂ 95%
- Abdome distendido, doloroso à palpação difusa, sem sinais de irritação peritoneal
- Pele fria, tempo de enchimento capilar prolongado

Exames laboratoriais:

- Leucócitos 19.000/mm³ (desvio à esquerda), PCR 24 mg/dL
- Creatinina 2,4 mg/dL (prévia 1,0 mg/dL), lactato 4,8 mmol/L
- Bilirrubina total 2,8 mg/dL, FA e GGT elevadas

Diante desse quadro, qual é a conduta inicial mais apropriada?

- A) Administrar expansão volêmica agressiva e iniciar antibiótico empírico de amplo espectro
- B) Realizar tomografia de abdome com contraste antes de iniciar antibióticos
- C) Coletar culturas e aguardar os resultados antes de definir o antibiótico
- D) Encaminhar para cirurgia abdominal de urgência sem exames adicionais
- E) Administrar antipiréticos e reavaliar o paciente após 6 horas

Questão 22 - Homem de 62 anos, diabético e com insuficiência renal crônica (TFG estimada em 22 mL/min), procura o pronto atendimento devido a fadiga intensa, dispnéia progressiva e náuseas nos últimos 3 dias.

Ao exame físico:

- PA 135/85 mmHg, FC 98 bpm, FR 30 irpm, T 36,8°C, SpO₂ 96% em ar ambiente /Desidratação moderada, hálito cetônico /Turgor cutâneo diminuído, extremidades secas

Exames laboratoriais:

- pH 7,12 | pCO₂ 20 mmHg | HCO₃⁻ 10 mEq/L | Lactato 2,5 mmol/L/Na⁺ 136 mEq/L | K⁺ 5,8 mEq/L | Cl⁻ 105 mEq/L | AG = 21/Glicemia 240 mg/dL | Ureia 130 mg/dL | Creatinina 5,8 mg/dL/Cetonemia (+++) | Cetonúria (+++)

Diante desse quadro, qual a conduta inicial mais apropriada?

- Administração de bicarbonato de sódio intravenoso e ajuste da hipercalemia
- Reposição volêmica agressiva e infusão de insulina regular intravenosa
- Indicação imediata de hemodiálise por acidose refratária e disfunção renal
- Uso de solução hipertônica de NaCl 3% para correção do hiato aniônico
- Monitoramento clínico e ajuste de dieta sem necessidade de internação

Questão 23 - Homem de 72 anos, hipertenso, diabético e tabagista, apresenta dor torácica opressiva iniciada há 4 horas, associada a sudorese e náuseas. Refere que a dor piora aos esforços e melhora parcialmente em repouso.

Ao exame físico:

- PA 140/85 mmHg, FC 92 bpm, FR 18 irpm, SpO₂ 96% em ar ambiente/Ausência de sopros ou sinais de insuficiência cardíaca

Exames laboratoriais e ECG:

- ECG: infra de ST em DII, DIII e aVF; inversão de onda T em V4-V6/Troponina T ultrasensível: 90 ng/L (valor de referência <14 ng/L)/CK-MB: 45 U/L (valor de referência <25 U/L)

Diante desse quadro, qual é a conduta inicial mais apropriada?

- Encaminhar o paciente para cineangiocoronariografia de urgência
- Iniciar dupla anti-agregação plaquetária, anticoagulação e estratificação invasiva precoce
- Administrar trombolítico intravenoso e reavaliar resposta clínica
- Monitorizar, administrar AAS e repetir exames seriados sem intervenção medicamentosa
- Realizar ECG seriados

Questão 24 - Homem de 67 anos, hipertenso e diabético, é levado ao pronto-socorro após início súbito de déficit motor em hemitorpo direito e dificuldade para falar há 1 hora e 20 minutos. A esposa relata que ele estava bem até aquele momento.

Ao exame neurológico:

- PA 170/95 mmHg, FC 82 bpm, FR 16 irpm, SpO₂ 97%/Glasgow 14 (desorientado no tempo), desvio da rima bucal para a esquerda/Paresia grau 3/5 em membro superior e inferior direitos/Reflexo cutâneo-plantar em extensão à direita

Exames laboratoriais iniciais normais. O ECG mostra fibrilação atrial (FA) de alta resposta ventricular.

Qual é a conduta inicial mais apropriada?

- Administrar alteplase intravenosa
- Realizar angiografia cerebral por cateterismo para trombectomia mecânica imediata
- Realizar Tomografia de crânio

- D) Administrar ácido acetilsalicílico (AAS) e manter conduta conservadora
- E) Reduzir rapidamente a pressão arterial para <140/90 mmHg antes de definir tratamento

Questão 25 - Mulher de 66 anos, diabética e hipertensa, procura o pronto atendimento com febre (38,5°C), dor lombar à direita e mal-estar há 3 dias. Relata disúria e urgência urinária nos últimos dias.

Ao exame físico:

- PA 130/85 mmHg, FC 102 bpm, FR 26 irpm, T 38,5°C, SpO₂ 98%/Sinal de Giordano positivo à direita/Hidratação e perfusão periférica diminuídas

Exames laboratoriais:

- Leucócitos: 14.800/mm³ com desvio à esquerda/PCR: 42 mg/L (elevado)/Creatinina: 1,2 mg/dL (basal de 0,9 mg/dL)/EAS: leucocitúria ++, nitrito positivo, hematúria discreta

Diante desse quadro, qual é a conduta inicial mais apropriada?

- A) Antibioticoterapia endovenosa com ceftriaxona e hidratação venosa
- B) Coletar urocultura e iniciar ambulatorialmente Ciprofloxacino oral por 7 dias
- C) Encaminhar para cistoscopia para investigação de hematúria
- D) Monitoramento clínico e iniciar tratamento com nitrofurantoína
- E) Solicitar US de rins e vias urinárias

Questão 26 - Mulher de 58 anos, diabética, é admitida no pronto-socorro com febre alta (39,5°C), dor abdominal difusa e vômitos há 3 dias. Nas últimas 24 horas, apresenta confusão mental e redução do débito urinário.

Exame físico:

- Pressão arterial: 80/50 mmHg /Frequência cardíaca: 130 bpm /Frequência respiratória: 28 irpm /Saturação de oxigênio: 92% em ar ambiente /Dor à palpação de abdome inferior, sem sinais de irritação peritoneal

Exames laboratoriais:

- Leucócitos: 18.000/mm³ com desvio à esquerda /Lactato: 4,8 mmol/L (elevado) ,Creatinina: 2,0 mg/dL (aumento em relação ao basal) / Potássio: 5,2 mEq/L /Exame de urina: Piúria e bacteriúria significativa ,Ultrassom abdominal: Dilatação de ureteres e pelve renal bilateral (hidronefrose)

Diante do quadro clínico, qual é a conduta inicial mais apropriada?

- A) Administrar 30-50 mL/kg de cristalóide intravenoso e iniciar antibioticoterapia de amplo espectro
- B) Realizar tomografia de abdome com contraste antes de iniciar antibióticos
- C) Iniciar vasopressores imediatamente devido à hipotensão severa
- D) Iniciar reposição volêmica judiciosa e aguardar culturas
- E) Administrar antitérmicos e observar evolução por 6 horas antes de decidir tratamento

Questão 27 - Mulher de 43 anos, previamente hígida, procura atendimento devido a cefaleia occipital intensa, palpitações e sudorese intensa nos últimos 6 meses. Relata

que, durante os episódios, sua pressão arterial atinge valores superiores a 190/110 mmHg, acompanhada de sensação de ansiedade e tremores.

Ao exame físico:

- PA 175/105 mmHg, FC 98 bpm, FR 16 irpm, T 36,7°C, SpO₂ 98%/Ausência de sopros abdominais ou carotídeos/ Não há edema de membros inferiores

Exames laboratoriais iniciais:

- Sódio: 139 mEq/L | Potássio: 4,1 mEq/L | Creatinina: 0,8 mg/dL/ Glicemia de jejum: 102 mg/dL | Hemoglobina glicada: 5,4% /TSH e T4 livre normais /Hemograma sem alterações

Diante desse quadro, qual é a próxima etapa diagnóstica mais apropriada pensando no diagnóstico mais provável?

- A) Teste de supressão com dexametasona para síndrome de Cushing
- B) Ressonância magnética da adrenal para avaliação anatômica
- C) Dosagem de metanefrinas e catecolaminas plasmáticas ou urinárias
- D) Dosagem de aldosterona e atividade de renina plasmática
- E) Ultrassonografia doppler de artérias renais

Questão 28 - Mulher de 72 anos, com histórico de hipertensão arterial e infarto prévio há 5 anos, é admitida no pronto-socorro com dispneia progressiva há 3 dias, ortopneia e episódios de dispneia paroxística noturna. Nas últimas horas, evoluiu com intensa fadiga e edema de membros inferiores.

Ao exame físico:

- PA 160/95 mmHg, FC 110 bpm, FR 26 irpm, SpO₂ 89% em ar ambiente /Pulmões com estertores crepitantes até terços médios bilaterais/Turgência jugular presente, hepatomegalia dolorosa à palpação/Edema de membros inferiores (+++/4+)

Exames laboratoriais e complementares:

- BNP: 1.200 pg/mL (aumentado)/Troponina: 0,02 ng/mL (limítrofe)/Creatinina: 1,4 mg/dL | Ureia: 55 mg/dL | Sódio: 132 mEq/L/ECG: fibrilação atrial com resposta ventricular de 110 bpm/Raio-X de tórax: congestão pulmonar e aumento da área cardíaca

Diante desse quadro, qual é a conduta inicial mais apropriada?

- A) Diurético intravenoso, vasodilatador e suporte ventilatório, se necessário
- B) Expansão volêmica com solução fisiológica para estabilizar a pressão arterial
- C) Cardioversão elétrica imediata para controle da fibrilação atrial
- D) Anticoagulação plena e betabloqueador para controle da frequência cardíaca
- E) Inotrópicos intravenosos para melhora da contratilidade ventricular

Questão 29 - Mulher de 68 anos, com histórico de DPOC e insuficiência cardíaca, é trazida ao pronto-socorro por confusão mental progressiva e fraqueza generalizada há 3 dias. Refere náuseas e inapetência. Relata uso recente de diuréticos de alça devido a edema.

Ao exame físico:

- PA 105/65 mmHg, FC 88 bpm, FR 18 irpm, T 36,5°C, SpO₂ 95% em ar ambiente/ Estado mental rebaixado, resposta lenta a comandos/ Edema de membros inferiores (++/4+)

Exames laboratoriais:

- Sódio sérico: 118 mEq/L (↓) /Osmolaridade plasmática: 255 mOsm/kg (↓) /Osmolaridade urinária: 320 mOsm/kg (↑) / Sódio urinário: 55 mEq/L/ Potássio: 3,9 mEq/L /Creatinina: 1,2 mg/dL | Ureia: 40 mg/dL

Diante desse quadro, qual é a conduta inicial mais apropriada?

- A) Correção agressiva da hiponatremia com solução hipertônica 3% para normalização rápida do sódio
- B) Restrição hídrica e monitoramento da evolução clínica
- C) Infusão rápida de soro fisiológico 0,9% para correção imediata da hiponatremia
- D) Administração de diurético tiazídico para aumentar a excreção de água livre
- E) Reposição lenta de sódio com solução salina hipertônica a 3%

Questão 30 - Mulher de 62 anos, com histórico de diabetes mellitus tipo 2 e hipertensão arterial há 20 anos, apresenta fadiga intensa, palidez cutâneo-mucosa e diminuição da capacidade de esforço nos últimos 3 meses.

Ao exame físico:

- PA 140/85 mmHg, FC 88 bpm, FR 18 irpm, T 36,8°C/ Palidez +++ e edema discreto de membros inferiores/ Ausculta cardíaca e pulmonar normais

Exames laboratoriais:

- Hemoglobina: 8,2 g/dL | VCM: 87 fL | HCM: 28 pg/ Reticulócitos: 0,5% (↓)
 Ferritina: 250 ng/mL | Saturação de transferrina: 22%/ Creatinina: 3,2 mg/dL
 (TFG estimada: 20 mL/min/1,73 m²)/ Potássio: 4,5 mEq/L | Cálcio: 8,2 mg/dL |
 Fósforo: 4,8 mg/dL/ Eletroforese de proteínas séricas sem alterações/
 Ultrassonografia renal: rins de tamanho reduzido com aumento da ecogenicidade

Diante desse quadro, qual é o diagnóstico mais provável e a conduta inicial mais apropriada?

- A) Anemia ferropriva – Iniciar reposição oral de ferro
- B) Anemia da doença renal crônica – Iniciar eritropoetina recombinante
- C) Anemia de doença crônica – Observação e acompanhamento
- D) Anemia hemolítica – Solicitar teste de Coombs direto e indireto
- E) Mielodisplasia – Solicitar biópsia de medula óssea

Questão 31 - Mulher de 50 anos, previamente saudável, apresenta dispneia intensa e tosse seca há 2 dias, após episódio de febre alta e mialgia generalizada. Evolui com taquipneia, cianose periférica e uso de musculatura acessória para respirar. Foi atendida no pronto-socorro com saturação de oxigênio de 85% em ar ambiente.

Ao exame físico:

- PA 110/70 mmHg, FC 120 bpm, FR 34 irpm, SpO₂ 85% em ar ambiente
- Uso de musculatura acessória e tiragem intercostal
- Ausculta pulmonar: estertores crepitantes bilaterais difusos
- Sem edema periférico
- Sem distensão jugular ou refluxo hepatojugular
- Sem sopros cardíacos ou sinais de insuficiência cardíaca congestiva

Exames laboratoriais:

- Hemoglobina: 13,5 g/dL | Leucócitos: 9.800/mm³ | Plaquetas: 220.000/mm³
- PCR: 45 mg/L (elevada) | Procalcitonina: 1,5 ng/mL (elevada)
- Creatinina: 0,9 mg/dL | Ureia: 35 mg/dL | Sódio: 140 mEq/L | Potássio: 4,3 mEq/L
- Gasometria arterial: pH 7,30 | PaCO₂ 30 mmHg | PaO₂ 55 mmHg (em ar ambiente) | HCO₃⁻ 18 mEq/L
- Relação PaO₂ /FiO₂ : 120

Exames de imagem:

- Radiografia de tórax: infiltrado intersticial bilateral difuso em vidro fosco
- Tomografia computadorizada de tórax: opacidades bilaterais em vidro fosco e consolidações heterogêneas, sem derrame pleural

Diante desse quadro, qual é o diagnóstico mais provável e a conduta inicial mais adequada?

- A) Pneumonia bacteriana – Iniciar ceftriaxona e azitromicina
- B) Síndrome do desconforto respiratório agudo (SDRA) – Iniciar ventilação mecânica protetora e investigar causa subjacente
- C) Embolia pulmonar – Realizar angiogramografia de tórax com contraste
- D) Edema agudo de pulmão – Iniciar diurético de alça e suporte ventilatório não invasivo
- E) Pneumonia viral grave – Iniciar oseltamivir e suporte ventilatório não invasivo

Questão 32- Mulher de 48 anos apresenta fadiga intensa, artralgia em mãos e joelhos, e lesões cutâneas dolorosas em membros inferiores há 3 semanas. Relata perda de peso não intencional de 5 kg e febre baixa vespertina.

Ao exame físico:

- PA 145/90 mmHg, FC 90 bpm, FR 18 irpm, T 37,8°C
- Lesões nodulares eritematosas e dolorosas em ambas as pernas
- Artralgia com edema e dor à palpação em pequenas articulações das mãos e joelhos, sem deformidades
- Pulso pedioso diminuído à esquerda
- Sem hepatomegalia ou esplenomegalia

Exames laboratoriais:

- Hemoglobina: 10,2 g/dL (leve anemia normocítica normocrômica)
- Leucócitos: 9.200/mm³ | Plaquetas: 350.000/mm³
- VHS: 78 mm/h | PCR: 40 mg/L (elevada)
- Creatinina: 1,6 mg/dL (anteriormente 0,9 mg/dL há 1 mês)
- Urina tipo 1: Hematúria microscópica e proteinúria (100 mg/dL)
- Sorologias para hepatite B e C: negativas

Diante desse quadro, qual é o diagnóstico mais provável e qual a conduta inicial mais apropriada?

- A) Lúpus eritematoso sistêmico – Iniciar corticosteroide e hidroxicloroquina
- B) Vasculite ANCA-associada (granulomatose com poliangeíte) – Solicitar ANCA e iniciar corticosteroide com ciclofosfamida
- C) Púrpura de Henoch-Schönlein – Tratar sintomaticamente com analgésicos e repouso
- D) Vasculite ANCA-associada (granulomatose com poliangeíte) – Solicitar ANCA e iniciar corticosteroide com ciclofosfamida Síndrome de Behçet – Iniciar colchicina e corticosteroide
- E) Endocardite infecciosa – Solicitar ecocardiograma transesofágico e hemoculturas

Questão 33 - Mulher de 28 anos apresenta fadiga intensa, artralgia migratória e erupção cutânea malar após exposição solar. Relata queda de cabelo e ulcerações orais indolores. Nega febre, perda ponderal significativa ou sintomas gastrointestinais.

Ao exame físico:

- PA 140/85 mmHg, FC 92 bpm, FR 18 irpm, T 36,9°C
- Rash malar eritematoso poupando o sulco nasolabial
- Artralgia com edema discreto em mãos e joelhos, sem deformidades
- Ulceras orais indolores no palato duro
- Sem hepatoesplenomegalia ou linfadenopatia

Exames laboratoriais:

- Hemoglobina: 10,5 g/dL | Leucócitos: 3.800/mm³ | Plaquetas: 120.000/mm³

- VHS: 60 mm/h | PCR: 20 mg/L (elevada)
- Creatinina: 0,8 mg/dL | Ureia: 35 mg/dL
- Urina tipo 1: Proteinúria (1,5 g/24h), hematúria microscópica, sem cilindros hemáticos
- FAN: positivo (1:640, padrão pontilhado fino)
- Anti-DNA nativo: positivo (títulos altos)
- Anti-Smith: positivo
- Complemento C3 e C4: reduzidos

Diante desse quadro, qual é o diagnóstico mais provável e qual a conduta inicial mais apropriada?

Alternativas:

- A) Lúpus eritematoso sistêmico – Iniciar corticosteroide sistêmico, hidroxicloroquina e solicitar biópsia renal
- B) Artrite reumatoide – Iniciar metotrexato e corticosteroide em baixa dose
- C) Dermatomiosite – Iniciar corticosteroide em dose alta e metotrexato
- D) Síndrome de Sjögren – Iniciar pilocarpina e corticosteroide tópico
- E) Vasculite sistêmica ANCA-positiva – Iniciar corticosteroide e ciclofosfamida

Resposta correta:

- A) Lúpus eritematoso sistêmico – Iniciar corticosteroide sistêmico, hidroxicloroquina e solicitar biópsia renal

Questao 34 - Mulher de 72 anos apresenta dor de cabeça unilateral intensa na região temporal direita, associada a diminuição da acuidade visual no olho direito e dor à mastigação (claudicação de mandíbula). Refere fadiga e perda de peso não intencional de 4 kg nos últimos 2 meses.

Ao exame físico:

- PA 135/80 mmHg, FC 85 bpm, FR 16 irpm, T 37,8°C
- Palpação dolorosa da artéria temporal direita, com espessamento e ausência de pulsação
- Acuidade visual reduzida no olho direito
- Sem sinais de artrite periférica ou neuropatia periférica

Exames laboratoriais:

- Hemoglobina: 11,2 g/dL | Leucócitos: 8.000/mm³ | Plaquetas: 400.000/mm³
- VHS: 95 mm/h | PCR: 65 mg/L (elevada)

- Glicemia de jejum: 98 mg/dL | Creatinina: 0,9 mg/dL
- Sorologias para vírus hepatotrópicos: negativas

Qual é o diagnóstico mais provável e qual a conduta inicial mais apropriada?

Alternativas:

- A) Arterite de células gigantes – Iniciar corticosteroide e solicitar biópsia da artéria temporal
- B) Neuralgia do trigêmeo – Prescrever carbamazepina e acompanhamento neurológico
- C) Enxaqueca com aura – Iniciar triptano e analgésico comum
- D) Amaurose fugaz de origem embólica – Solicitar ecocardiograma e iniciar anticoagulação
- E) Neuropatia óptica isquêmica – Encaminhar para avaliação oftalmológica e iniciar corticosteroide em baixa dose

Resposta correta:

- A) Arterite de células gigantes – Iniciar corticosteroide e solicitar biópsia da artéria temporal

Questao 35 - Mulher de 28 anos apresenta diarreia crônica com muco e sangue, associada a dor abdominal em cólica, localizada principalmente em fossa ilíaca direita. Relata perda de peso de 6 kg em 3 meses, astenia e artralgia em grandes articulações.

Ao exame físico:

- PA 115/75 mmHg, FC 98 bpm, T 37,8°C
- Sensibilidade à palpação em fossa ilíaca direita, sem sinais de irritação peritoneal
- Lesão ulcerada na cavidade oral

Exames laboratoriais:

- Hemoglobina: 10,5 g/dL | VCM: 85 fL | Leucócitos: 10.800/mm³ | Plaquetas: 380.000/mm³
- VHS: 65 mm/h | PCR: 40 mg/L (elevada)
- Albumina: 2,8 g/dL (hipoalbuminemia leve)
- Calprotectina fecal elevada

A colonoscopia mostra ulcerações profundas e irregulares com aspecto de paralelepípedo em íleo terminal e cólon ascendente, intercaladas com áreas de mucosa preservada. A biópsia revela inflamação transmural com granulomas não caseosos.

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

Alternativas:

- A) Doença de Crohn – Iniciar corticosteroide oral e considerar terapia biológica
- B) Retocolite Ulcerativa – Iniciar mesalazina oral e tópica
- C) Colite isquêmica – Hidratação intravenosa e antibioticoterapia
- D) Colite pseudomembranosa – Iniciar vancomicina oral
- E) Colite infecciosa por citomegalovírus – Iniciar ganciclovir intravenoso

Resposta correta:

- A) Doença de Crohn – Iniciar corticosteroide oral e considerar terapia biológica

Questao 36 - Mulher de 32 anos apresenta diarreia crônica com sangue e muco, dor abdominal em cólica e tenesmo retal há 4 meses. Relata emagrecimento de 4 kg no período.

Ao exame físico:

- PA 110/70 mmHg, FC 92 bpm, T 37,5°C
- Dor à palpação em hipogástrio, sem sinais de irritação peritoneal

Exames laboratoriais:

- Hemoglobina: 9,8 g/dL | VCM: 85 fL | Leucócitos: 11.500/mm³ | Plaquetas: 420.000/mm³
- VHS: 50 mm/h | PCR: 25 mg/L (elevada)
- Albumina: 3,0 g/dL

A colonoscopia revela eritema difuso, friabilidade da mucosa e ulcerações superficiais desde o reto até o cólon descendente, sem áreas de mucosa preservada. A biópsia mostra inflamação confinada à mucosa com abscessos crípticos.

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

Alternativas:

- A) Retocolite Ulcerativa – Mesalazina oral e tópica
- B) Doença de Crohn – Corticosteroide e terapia biológica
- C) Colite pseudomembranosa – Vancomicina oral
- D) Colite isquêmica – Hidratação intravenosa e antibioticoterapia
- E) Colite infecciosa por citomegalovírus – Ganciclovir intravenoso

Resposta correta:

- A) Retocolite Ulcerativa – Mesalazina oral e tópica

Questao 37 - Mulher de 58 anos, com diabetes mellitus tipo 2 em uso de metformina e glibenclamida, é internada por pneumonia comunitária grave. No pronto-socorro, apresenta:

- Pressão arterial: 110/70 mmHg | FC: 105 bpm | T: 38,5°C
- Saturação de O₂: 89% em ar ambiente (necessitando de oxigênio suplementar)
- Estado geral comprometido, com crepitanes em base pulmonar direita

Durante a internação, apresenta hiperglicemia persistente:

- Glicemias capilares: 280–320 mg/dL
- Glicemia plasmática em jejum: 310 mg/dL
- HbA1c: 9,8%

O quadro evolui com dificuldade para controle glicêmico, apesar de ajuste na dieta hospitalar. Não há sinais de cetoacidose diabética ou estado hiperosmolar.

Qual é a conduta terapêutica mais adequada para o controle glicêmico intra-hospitalar desta paciente?

Alternativas:

- A) Suspender metformina, manter glibenclamida e iniciar insulina de ação rápida apenas em esquema de correção
- B) Suspender antidiabéticos orais e iniciar insulina basal-bolus (NPH e regular)
- C) Manter metformina, suspender glibenclamida e iniciar insulina basal degludeca
- D) Iniciar dapagliflozina e insulina basal NPH
- E) Aumentar a dose da glibenclamida e adicionar liraglutida

Resposta correta:

- A) Suspender antidiabéticos orais e iniciar insulina basal-bolus (NPH e regular)

Questao 38 - Mulher de 39 anos, previamente saudável, apresenta tosse produtiva com hemoptoicos há 6 semanas, febre vespertina, sudorese noturna e perda ponderal de 5 kg no último mês. Relata contato recente com parente diagnosticado com tuberculose pulmonar.

Ao exame físico:

- Estado geral: emagrecida, afebril no momento
- Ausculta pulmonar: estertores crepitantes em ápice pulmonar direito
- Sem linfadenopatia periférica ou hepatoesplenomegalia

Exames complementares:

- Radiografia de tórax: Opacidades heterogêneas com cavitação em lobo superior direito.
- Baciloscopia de escarro: Em andamento.

Qual é o próximo passo diagnóstico mais adequado?

Alternativas:

- A) Tomografia computadorizada de tórax para melhor caracterização das lesões
- B) Iniciar tratamento empírico para pneumonia comunitária
- C) Solicitar teste tuberculínico (PPD) para confirmar infecção tuberculosa
- D) Solicitar cultura de escarro e teste molecular para *Mycobacterium tuberculosis*
- E) Realizar broncoscopia com lavado broncoalveolar para diagnóstico definitivo

Resposta correta:

- D) Solicitar cultura de escarro e teste molecular para *Mycobacterium tuberculosis*

Questão 39 - Mulher de 25 anos, previamente saudável, apresenta febre alta (39,5°C) há 3 dias, acompanhada de cefaleia intensa, mialgia, artralgia e dor retro-orbital. Relata náuseas e recusa alimentar. No exame físico, observa-se:

- Hiperemia conjuntival
- Exantema maculopapular difuso
- Dor à palpação em epigástrico
- Teste do laço positivo

Exames laboratoriais:

- Hemograma:
 - Leucócitos: 3.000/mm³
 - Plaquetas: 120.000/mm³
 - Hematócrito: 40% (aumento de 10% em relação ao basal)

Qual é a conduta inicial mais apropriada?

Alternativas:

- A) Internação hospitalar imediata e administração de antivirais específicos
- B) Reposição volêmica com solução salina intravenosa, sintomáticos e monitoramento rigoroso
- C) Iniciar antibióticos de amplo espectro devido à leucopenia e febre alta

- D) Administração de anti-inflamatórios não esteroidais para controle da dor
- E) Observação domiciliar com hidratação oral e retorno em 48 horas

Resposta correta:

- A) Reposição volêmica com solução salina intravenosa, sintomáticos e monitoramento rigoroso

Questao 40 - Mulher de 53 anos, com histórico de tireoidectomia total por carcinoma papilífero de tireoide há 2 meses, apresenta parestesias em mãos e pés, espasmo muscular facial e câibras intensas nas panturrilhas. Ao exame físico, observa-se sinal de Chvostek positivo e sinal de Trousseau positivo.

Exames laboratoriais:

- Cálcio sérico: 6,8 mg/dL (normal: 8,5–10,5 mg/dL)
- Albumina sérica: 4,0 g/dL (normal)
- Fósforo sérico: 5,2 mg/dL (normal: 2,5–4,5 mg/dL)
- PTH intacto: 10 pg/mL (normal: 15–65 pg/mL)
- Magnésio sérico: 1,9 mg/dL (normal: 1,7–2,4 mg/dL)

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

Alternativas:

- A) Hipocalcemia funcional por hipomagnesemia – Suplementação intravenosa de magnésio
- B) Hipoparatiroidismo pós-cirúrgico – Administração intravenosa de gluconato de cálcio
- C) Síndrome do osso faminto – Administração de bifosfonato intravenoso
- D) Deficiência de vitamina D – Suplementação com calcitriol
- E) Pseudo-hipoparatiroidismo – Administração de cálcio intravenoso e hidrocortisona

Resposta correta:

- B) Hipoparatiroidismo pós-cirúrgico – Administração intravenosa de gluconato de cálcio

Questao 41 - Mulher de 68 anos, com histórico de uso crônico de anti-inflamatórios não esteroides (AINEs) para osteoartrite, apresenta hematêmese e melena há 2 dias, com tontura e fraqueza generalizada. Ao exame físico, observa-se:

- Pressão arterial: 90/60 mmHg (hipotensão)
- Frequência cardíaca: 110 bpm (taquicardia)
- Palidez cutâneo-mucosa

Exames laboratoriais:

- Hemoglobina: 7,2 g/dL (anemia significativa)
- Hematócrito: 21%
- Ureia: 80 mg/dL (elevada)
- Creatinina: 1,1 mg/dL (normal)

Qual é a conduta inicial mais apropriada para esta paciente?

Alternativas:

- A) Iniciar inibidor da bomba de prótons (IBP) por via oral, hidratação endovenosa e monitorar hemoglobina
- B) Solicitar tomografia de abdome com contraste para investigar sangramento
- C) Realizar endoscopia digestiva alta após estabilização hemodinâmica
- D) Administrar antiemético e liberar dieta leve
- E) Iniciar anticoagulação profilática para prevenir tromboembolismo venoso

Resposta correta:

- C) Realizar endoscopia digestiva alta após estabilização hemodinâmica

Questao 42 - Mulher de 78 anos, hospitalizada há 5 dias devido a pneumonia comunitária em tratamento com antibióticos e opioides para dor pleurítica, apresenta distensão abdominal progressiva, dor abdominal difusa e náuseas. Não há eliminação de gases ou fezes nas últimas 48 horas.

Ao exame físico:

- Distensão abdominal difusa e timpanismo à percussão
- Ruídos hidroaéreos diminuídos
- Dor à palpação difusa, sem sinais de irritação peritoneal

Exames laboratoriais:

- Hemoglobina: 11,5 g/dL
- Leucócitos: 9.800/mm³ (sem desvio à esquerda)
- Eletrólitos: normais

A radiografia de abdome mostra dilatação de cólon ascendente e transversal sem níveis hidroaéreos. Qual é o diagnóstico mais provável e a conduta inicial mais apropriada?

Alternativas:

- A) Pseudo-obstrução colônica aguda (Síndrome de Ogilvie) – Descompressão com colonoscopia
- B) Obstrução intestinal mecânica – Solicitar tomografia de abdome com contraste
- C) Volvo de sigmoide – Realizar sigmoidoscopia descompressiva
- D) Íleo paralítico – Administrar procinéticos e hidratação intravenosa
- E) Peritonite bacteriana espontânea – Iniciar antibióticos de amplo espectro

Resposta correta:

- A) Pseudo-obstrução colônica aguda (Síndrome de Ogilvie) – Descompressão com colonoscopia

Questão 43 - Mulher de 30 anos, previamente saudável, apresenta petéquias difusas em membros inferiores e equimoses espontâneas há 1 semana. Ela nega uso de medicamentos, febre, dor articular ou sintomas constitucionais. O exame físico revela mucosas normocoradas e ausência de linfonodomegalias ou esplenomegalia.

Exames laboratoriais mostram:

- Hemoglobina: 12,8 g/dL
- Leucócitos: 7.500/mm³
- Plaquetas: 18.000/mm³
- Coagulograma normal
- Esfregaço de sangue periférico: sem anormalidades morfológicas

Qual é o diagnóstico mais provável e a conduta inicial mais apropriada para esta paciente?

Alternativas:

- A) Púrpura Trombocitopênica Idiopática – Iniciar corticosteroide oral
- B) Púrpura Trombocitopênica Trombótica – Iniciar plasmaférese de emergência
- C) Síndrome Hemolítico-Urêmica – Realizar hemodiálise
- D) Leucemia Linfoblástica Aguda – Solicitar mielograma para confirmação
- E) Lúpus Eritematoso Sistêmico – Solicitar FAN e iniciar hidroxiquina

Resposta correta:

- A) Púrpura Trombocitopênica Idiopática – Iniciar corticosteroide oral

Questao 44 - Mulher de 58 anos, com histórico de hipertensão arterial, diabetes mellitus tipo 2 e doença coronariana prévia (angioplastia com stent há 2 anos), é avaliada em consulta de rotina. Ela faz uso de atorvastatina 40 mg/dia e losartana 50 mg/dia.

Exames laboratoriais mostram:

- Colesterol total: 240 mg/dL
- LDL-C: 140 mg/dL
- HDL-C: 38 mg/dL
- Triglicérides: 220 mg/dL
- Hemoglobina glicada: 7,8%
- Creatinina: 0,9 mg/dL

Qual é a conduta mais apropriada para o manejo da dislipidemia desta paciente?

Alternativas:

- A) Aumentar atorvastatina para 80 mg/dia
 - B) Associar ezetimiba à atorvastatina
 - C) Substituir atorvastatina por rosuvastatina 40 mg/dia
 - D) Associar fibrato para redução dos triglicérides
 - E) Manter a dose atual de atorvastatina e reavaliar em 6 meses
-

Resposta correta:

- B) Associar ezetimiba à atorvastatina

Questao 45 - Mulher de 42 anos, previamente saudável, apresenta hipertensão arterial resistente, não controlada com 3 anti-hipertensivos em doses adequadas, incluindo um diurético tiazídico.

História clínica:

- Episódios de cefaleia occipital intensa.
- Fadiga, câibras musculares e poliúria.

Exame físico:

- Pressão arterial: 180/110 mmHg em ambos os braços.
- Frequência cardíaca: 85 bpm.
- Ausência de sopros abdominais ou alterações visíveis.

Exames laboratoriais:

- Sódio sérico: 144 mEq/L (normal)
- Potássio sérico: 2,8 mEq/L (baixo)
- Creatinina: 0,8 mg/dL (normal)
- Glicemia de jejum: 98 mg/dL (normal)

Considerando a hipótese de hipertensão secundária, qual é o próximo passo diagnóstico mais adequado?

Alternativas:

- A) Dosagem de aldosterona plasmática e atividade de renina plasmática
- B) Tomografia computadorizada de abdome com contraste
- C) Teste de supressão com salina intravenosa
- D) Cintilografia renal com captopril
- E) Dosagem de metanefrinas plasmáticas

Resposta correta:

- A) Dosagem de aldosterona plasmática e atividade de renina plasmática

Questao 46 - Mulher de 28 anos, previamente saudável, apresenta fadiga intensa, dispneia aos esforços e icterícia leve há 2 semanas.

História clínica:

- Sem história de sangramento.
- Relata infecção respiratória viral há cerca de 3 semanas.

Exame físico:

- Icterícia esclerótica.
- Esplenomegalia leve palpável.
- Sem linfadenomegalia.

Exames laboratoriais:

- Hemoglobina: 7,8 g/dL (normal: 12–16 g/dL).
- Reticulócitos: 6% (aumentado).
- Bilirrubina indireta: 3,2 mg/dL (elevada).
- LDH: aumentado.
- Haptoglobina: indetectável.

- Teste de Coombs direto: positivo para IgG.

Qual é o diagnóstico mais provável e o próximo passo terapêutico mais adequado?

Alternativas:

- A) Anemia hemolítica autoimune por anticorpos quentes – Iniciar prednisona oral
- B) Anemia hemolítica microangiopática – Iniciar plasmaférese
- C) Esferocitose hereditária – Indicar esplenectomia
- D) Anemia hemolítica autoimune fria – Evitar exposição ao frio
- E) Anemia megaloblástica – Suplementar vitamina B12

Resposta correta:

- A) Anemia hemolítica autoimune por anticorpos quentes – Iniciar prednisona oral

Questão 47 - Mulher de 58 anos, com histórico de hipertensão arterial, dislipidemia e tabagismo (30 maços-ano), apresenta dor torácica retroesternal desencadeada por esforço físico moderado, aliviada ao repouso em cerca de 5 minutos.

Características da dor:

- Dor em aperto, irradiando para braço esquerdo.
- Desencadeada ao subir escadas ou caminhar rapidamente.
- Melhora com repouso e uso de nitrato sublingual.

Exame físico:

- Pressão arterial: 140/85 mmHg.
- Frequência cardíaca: 80 bpm.
- Sem sopros cardíacos ou estertores pulmonares.

Exames laboratoriais:

- Colesterol total: 240 mg/dL.
- LDL: 160 mg/dL, HDL: 40 mg/dL, Triglicerídeos: 180 mg/dL.
- Glicemia de jejum: 98 mg/dL.

Eletrocardiograma (ECG):

- Sinusal regular, sem alterações isquêmicas.

Qual é o diagnóstico mais provável e o próximo passo mais adequado na investigação?

Alternativas:

- A) Angina instável – Encaminhar para coronariografia imediata
- B) Angina estável – Realizar teste ergométrico
- C) Doença do refluxo gastroesofágico – Iniciar inibidor de bomba de prótons
- D) Estenose aórtica – Solicitar ecocardiograma transtorácico
- E) Síndrome coronariana aguda sem supradesnivelamento do ST – Iniciar dupla antiagregação plaquetária

Resposta correta:

- B) Angina estável – Realizar teste ergométrico

Questao 48 - Questao 48 - Homem de 64 anos, com histórico de hipertensão arterial, diabetes mellitus tipo 2 e dislipidemia, apresenta dor torácica retroesternal em aperto, irradiada para braço esquerdo e mandíbula, de intensidade crescente, com início há 2 dias.

Características da dor:

- Ocorre em repouso e dura cerca de 15-20 minutos.
- A intensidade da dor aumentou progressivamente desde o primeiro episódio.
- Não melhora completamente com nitrato sublingual.

Exame físico:

- Pressão arterial: 150/90 mmHg.
- Frequência cardíaca: 95 bpm.
- Sem estertores pulmonares e sem sopros cardíacos.

Eletrocardiograma (ECG):

- Infradesnivelamento do segmento ST de 1 mm em derivações V4-V6.
- Ausência de ondas Q patológicas.

Marcadores de necrose miocárdica:

- Troponina ultrasensível normal.

Qual é o diagnóstico mais provável e o próximo passo no manejo?

Alternativas:

- A) Angina instável – Iniciar dupla antiagregação plaquetária e heparina de baixo peso molecular
- B) Angina estável – Realizar teste ergométrico ambulatorial
- C) Síndrome coronariana aguda com supradesnivelamento do ST – Realizar angioplastia primária
- D) Pericardite aguda – Prescrever anti-inflamatório não esteroide
- E) Dissecção aórtica – Solicitar tomografia de tórax com contraste

Resposta correta:

A) Angina instável – Iniciar dupla antiagregação plaquetária e heparina de baixo peso molecular

Questao 49 - Mulher de 50 anos, com histórico de dispepsia recorrente, apresenta dor epigástrica em queimação há 3 meses, associada a náuseas e perda de peso involuntária de 4 kg.

Histórico clínico:

- Não faz uso de anti-inflamatórios ou corticosteroides.
- Não é tabagista nem etilista.

Exames realizados:

- Endoscopia digestiva alta:
 - Úlcera duodenal de 1,5 cm, com bordas regulares e fundo limpo, sem sinais de malignidade.
 - Teste rápido da urease positivo.
- Hemoglobina: 12,8 g/dL (normal).
- Hematócrito: 39% (normal).

Qual é o próximo passo no tratamento desta paciente?

Alternativas:

- A) Iniciar inibidor de bomba de prótons (IBP) por 8 semanas e acompanhar clinicamente
- B) Prescrever antiácido alginato e dieta fracionada, sem necessidade de IBP
- C) Iniciar erradicação do *Helicobacter pylori* com IBP, amoxicilina e claritromicina por 14 dias, seguido de IBP isolado por mais 2 a 4 semanas
- D) Realizar nova endoscopia em 6 semanas para verificar cicatrização antes de iniciar qualquer tratamento
- E) Encaminhar para cirurgia de ressecção duodenal devido ao risco de perfuração

Resposta correta:

C) Iniciar erradicação do *Helicobacter pylori* com IBP, amoxicilina e claritromicina por 14 dias, seguido de IBP isolado por mais 2 a 4 semanas.

Questao 50 - Paciente masculino de 45 anos, com histórico de tabagismo crônico e hipertensão arterial bem controlada, apresenta quadro de fadiga progressiva, pálpebra

pálida e tontura há 3 meses. O exame físico revela palidez cutânea e taquicardia. O hemograma mostra: hemoglobina de 7,2 g/dL, VCM de 81 fL, leucócitos de 6.200/mm³ e plaquetas de 240.000/mm³. O ferro sérico está reduzido, a ferritina está diminuída e a capacidade total de ligação do ferro (TIBC) está elevada. Qual é o diagnóstico mais provável?

Alternativas:

- A) Anemia ferropriva
- B) Anemia megaloblástica por deficiência de vitamina B12
- C) Anemia por doença crônica
- D) Anemia hemolítica autoimune
- E) Anemia por deficiência de ácido fólico

Resposta correta:

- A) Anemia ferropriva
- B)