



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

Nome

\_\_\_\_\_

***Nº de Identidade***

Órgão Expedidor

 $UF$ 

*Nº de Inscrição*

\_\_\_\_\_

**GRUPO 02**  
**ESPECIALIDADE COM PRÉ-REQUISITO EM CLÍNICA MÉDICA**  
**(CLÍNICA MÉDICA)**

## PREZADO CANDIDATO

- *Você está recebendo o seu Caderno de Prova Escrita, contendo 50 (cinquenta) questões objetivas de múltipla escolha com 05 (cinco) alternativas cada. Verificar se o GRUPO/PROGRAMA impressos se referem àqueles de sua opção no ato da inscrição.*
- *Se encontrar alguma informação em desacordo, incompleta ou com algum defeito gráfico que lhe cause dúvidas, informe, imediatamente, ao Fiscal para ele tomar as providências necessárias. Caso não seja atendido em sua reivindicação, solicite que seja chamado o Chefe de Prédio.*
- *Para registrar as alternativas escolhidas nas questões objetivas de múltipla escolha, você receberá um Cartão-Resposta de Leitura Ótica. Verifique, também, se o **Número de Inscrição e o Grupo/Programa** impressos **estão de acordo com sua opção**.*
- *As marcações das suas respostas no Cartão-Resposta devem ser realizadas mediante o preenchimento total das bolhas correspondentes a cada número da questão e da letra da alternativa. Utilize, para isso, caneta esferográfica na cor azul ou preta.*
- *Se for necessária a utilização do sanitário, você deverá solicitar permissão ao fiscal de sala que designará um fiscal volante para acompanhá-lo no deslocamento, devendo permanecer em silêncio, durante todo o percurso, podendo, antes de entrar no sanitário e depois da utilização deste, ser submetido à revista (com ou sem detector de metais). Caso, nesse momento, seja detectada qualquer irregularidade ou porte de qualquer tipo de equipamento eletrônico, serão tomadas providências de acordo com o estabelecido no Edital do Concurso.*
- *Ao terminar sua Prova e preenchido o Cartão-Resposta, desde que no horário estabelecido para deixar o recinto de Prova, entregue o Cartão-Resposta ao Fiscal e deixe a sala em silêncio.*

***BOA SORTE!***

**01. Homem 72 anos, internado em UTI por sepse grave secundária à pneumonia comunitária, em ventilação mecânica e vasopressor. Sem história prévia de tireoidopatia. Exames: TSH 0,2  $\mu$ UI/mL (0,4–4,0), T4L 0,6 ng/dL (0,8–1,7), T3 total 40 ng/dL (80–180), cortisol basal normal, sem bócio ou anticorpos antitireoidianos. Equipe questiona se deve iniciar reposição hormonal.**

**Qual a conduta mais adequada?**

- A) Não tratar, repetir função tireoidiana após recuperação clínica (síndrome do eutireoideo doente).
- B) Iniciar levotiroxina oral por sonda em dose plena por risco de hipotireoidismo central não diagnosticado.
- C) Associar prednisona oral empírica visando à possível supressão autoimune da tireoide.
- D) Indicar radioiodo terapêutico para prevenir evolução para tireotoxicose subclínica futura.
- E) Administrar reposição de T3 isolada para corrigir rapidamente a queda de triiodotironina.

**02. Homem de 58 anos, com diabetes tipo 2 há 12 anos, hipertenso, ex-tabagista, com síndrome coronariana aguda há 8 meses, Lp(a) = 230 mg/dL e história familiar de infarto aos 47 anos. Em uso de rosuvastatina 40 mg/dia + ezetimiba 10 mg/dia, boa adesão, sem efeitos adversos.**

**Exames: LDL-c 130 mg/dL, não-HDL-c 165 mg/dL, ApoB 105 mg/dL, HbA1c 7,4%.**

**Segundo a Diretriz Brasileira de Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose – SBC 2025, qual é a conduta mais adequada?**

- A) Dobrar a rosuvastatina para 80 mg/dia, buscando LDL-c <50 mg/dL, o que é suficiente em prevenção secundária.
- B) Manter a terapia atual e apenas reavaliar em 3 a 6 meses, já que utiliza estatina de alta potência.
- C) Associar inibidor de PCSK9 (alirocumabe, evolocumabe ou inclisirana), visando a LDL-c <40 mg/dL, não-HDL-c <70 mg/dL e ApoB <45 mg/dL, caracterizando risco cardiovascular extremo.
- D) Substituir a rosuvastatina por atorvastatina 80 mg/dia, devido à maior ação anti-inflamatória esperada.
- E) Acrescentar fibrato para melhorar o perfil lipídico e alcançar a meta de não-HDL-c.

**03. Segundo o novo consenso Primary Aldosteronism: An Endocrine Society Clinical Practice Guideline 2025, em quais indivíduos com hipertensão o rastreamento para hiperaldosteronismo primário deve ser realizado?**

- A) Apenas em pacientes com hipocalcemia espontânea.
- B) Apenas em hipertensos estágio 3 e refratários.
- C) Em todos os indivíduos com hipertensão, independentemente do estágio.
- D) Somente em pacientes com incidentaloma adrenal.
- E) Apenas em portadores de diabetes tipo 2 com pressão mal controlada.

**04. Mulher de 55 anos, IMC 29 kg/m<sup>2</sup>, refere fadiga diária, dor em joelhos e intolerância a caminhadas acima de 300 metros. Circunferência abdominal 92 cm (limite de alerta feminino  $\approx$  88 cm). Exames: glicemia de jejum 92 mg/dL (70–99), hemoglobina glicada 5,6% (4,0–5,6), creatinina 0,8 mg/dL (0,7–1,1), perfil lipídico normal, pressão arterial 122/78 mmHg. Sem diabetes ou doença cardiovascular.**

**Qual é a classificação mais adequada pelo novo consenso The Lancet Diabetes & Endocrinology Commission on Clinical Obesity, 2025?**

- |                          |                      |
|--------------------------|----------------------|
| A) Peso normal           |                      |
| B) Sobrepeso             | D) Obesidade clínica |
| C) Obesidade pré-clínica | E) Obesidade grau I  |

**05. Mulher de 59 anos chega à UPA Imbiribeira com queixa de fadiga intensa, poliúria e confusão leve. Não tem histórico de doenças endócrinas. Exames: cálcio total 13,8 mg/dL (8,5–10,5), albumina normal, fósforo 2,1 mg/dL (2,5–4,5), PTH intacto 8 pg/mL (15–65), 25-OH vitamina D normal. Radiografia de tórax mostra massa em hilo direito.**

**Qual deve ser a conduta inicial mais adequada?**

- A) Infusão imediata de bisfosfonato endovenoso antes de hidratar
- B) Corticoide oral isolado
- C) Diurético de alça isolado em bolus
- D) Hidratação vigorosa com solução salina isotônica.
- E) Iniciar quimioterapia antes de correção metabólica

**06. Homem de 63 anos com cirrose por consumo crônico de álcool chega à emergência relatando que, nas últimas duas semanas, percebeu o abdome aumentar progressivamente, tornando-se pesado e desconfortável. Nos últimos dois dias, passou a sentir falta de ar ao caminhar curtas distâncias e pressão no abdome, mas nega febre ou dor intensa. Ao exame: paciente lúcido, pressão arterial 110/70 mmHg, frequência cardíaca 88 bpm, abdome muito distendido, tenso à palpação, sem sinais de irritação peritoneal. Exames laboratoriais: creatinina 1,1 mg/dL (0,7–1,3) sódio 136 mmol/L (135–145).**

**Segundo a American Association for the Study of Liver Diseases (AASLD), qual é a conduta imediata mais adequada?**

- A) Espironolactona e furosemina por via oral
- B) Restrição hídrica e apenas observação
- C) Paracentese evacuadora de grande volume com reposição de albumina intravenosa
- D) Indicar transplante hepático imediato
- E) empírico para peritonite bacteriana espontânea

**07. Mulher de 64 anos, com cirrose alcoólica, em uso de diuréticos, tem episódio prévio de encefalopatia. Trazida ao pronto-socorro por confusão mental e fala arrastada nas últimas 24 horas. Sonolenta, desperta ao chamado, sem febre. PA 110/70 mmHg. Ascite leve. Exames: sódio 136 mmol/L, potássio 4,2 mmol/L, creatinina 1,0 mg/dL, bilirrubina 3,4 mg/dL, amônia 92 µmol/L. Infecção, sangramento e distúrbios eletrolíticos descartados.**

**Segundo a American Association for the Study of Liver Diseases (AASLD), qual é a conduta inicial mais adequada?**

- A) Solicitar tomografia de crânio antes de qualquer medida terapêutica
- B) Suspender totalmente a ingestão de proteínas até alta hospitalar
- C) Prescrever benzodiazepínicos de curta ação para acalmar a paciente
- D) Introduzir rifaximina isoladamente como tratamento inicial
- E) Lactulose oral ou retal para atingir 2 a 3 evacuações diárias

**08. Homem de 50 anos, portador de retocolite ulcerativa pancolônica há 14 anos, mantém acompanhamento regular e encontra-se assintomático, em remissão clínica com uso contínuo de mesalazina. Está preocupado com risco de câncer colorretal após notícias recentes; não possui histórico familiar da doença, tendo sua última colonoscopia sido realizada há 5 anos.**

**Segundo o American College of Gastroenterology (ACG), qual é a recomendação adequada de vigilância?**

- A) Nova colonoscopia em 10 anos
- B) Nova colonoscopia em 5 anos
- C) Colonoscopia anual com biópsias ou cromoscopia
- D) Apenas pesquisa de sangue oculto nas fezes
- E) Não é necessário rastreamento

**09. No manejo de um adulto com suspeita de refluxo gastroesofágico (RGE), qual das afirmativas a seguir está INCORRETA?**

- A) Em adulto sem sinais de alarme, o refluxo pode ser diagnosticado com prova terapêutica de inibidor de bomba de prótons.
- B) A monitorização de pH esofágico ambulatorial é padrão-ouro para documentação objetiva do RGE.
- C) Dieta sem glúten e sem lactose é fundamental para controle do RGE.
- D) Inibidores de bomba de prótons são o tratamento de primeira escolha para esofagite erosiva.
- E) Modificação de estilo de vida (peso, cabeceira da cama elevada) permanece base do tratamento inicial.

**10. Homem de 52 anos chega ao ambulatório, com fadiga crônica, desconforto abdominal leve e artralgia discreta em mãos. Nega álcool ou uso de medicamentos. Ao exame físico, apresenta hepatomegalia palpável, sem ascite.**

**Exames: AST 310 U/L (aspartato aminotransferase, ≤40), ALT 330 U/L (alanina aminotransferase, ≤45), FA 105 U/L (fosfatase alcalina, ≤120), bilirrubina 1,9 mg/dL, imunoglobulina G 2250 mg/dL (≤1600), anticorpo anti-músculo liso (anti-ASMA) positivo, fator antinuclear (FAN) 1:160. Sorologias virais negativas.**

**Qual o diagnóstico mais provável?**

- A) Hepatite autoimune tipo 1
- B) Hepatite autoimune tipo 2
- C) Variante hepatite autoimune/colangite biliar primária (forma colestatia)
- D) Doença de Wilson
- E) Esteato-hepatite não alcoólica

**11. Homem de 58 anos, cirrose Child B por hepatite C, em acompanhamento ambulatorial. Usa espironolactona 200mg/dia e furosemida 80 mg/dia. Realiza paracentese de controle para ascite refratária: líquido límpido, PMN 380/mm<sup>3</sup>, cultura em andamento, sem febre, dor abdominal ou sinais de peritonite.**

**Qual a conduta mais apropriada?**

- A) Solicitar tomografia de abdome antes de qualquer conduta terapêutica.
- B) Tratar como peritonite bacteriana espontânea mesmo sem sintomas.
- C) Aumentar para doses máximas de diuréticos (espironolactona 400 mg/dia + furosemida 160 mg/dia).
- D) Administrar apenas albumina intravenosa isolada.
- E) Aguardar cultura e só tratar com antibiótico, se a cultura do líquido vier positiva.

**12. Sobre a síndrome antifosfolípide (SAF), assinale a alternativa INCORRETA.**

- A) A prevalência estimada de anticorpos antifosfolípidos persistentes na população geral é em torno de 1–5%.
- B) O anticorpo anti-β2-glicoproteína I é um dos marcadores mais específicos da doença.
- C) A forma obstétrica da SAF pode se manifestar por pré-eclâmpsia grave ou restrição de crescimento fetal.
- D) Corticoides em dose baixa são recomendados como terapia de manutenção em pacientes com SAF trombótico estável.
- E) A hidroxicloroquina pode ter efeito protetor adicional em pacientes com lúpus e SAF.

**13. Mulher de 62 anos, portadora de câncer de mama metastático ósseo em acompanhamento oncológico irregular, chega à emergência do Hospital da Restauração com queixa de dor torácica média, contínua e pior à noite há 2 semanas, associada a parestesias em faixa abdominal e fraqueza progressiva em membros inferiores. Nas últimas 48h, evoluiu com dificuldade de marcha e retenção urinária. Ao exame físico: força 4/5 em membros inferiores, hiperreflexia patelar, sinal de Babinski bilateral, nível sensitivo em T6, sem instabilidade hemodinâmica.**

**Qual o próximo passo mais apropriado?**

- A) Heparina de baixo peso molecular associada a repouso
- B) Analgesia simples e reabilitação, com exame de imagem eletivo
- C) Punção lombar para análise de líquido e citometria
- D) Administração imediata de dexametasona por via endovenosa, ressonância magnética de toda a coluna e descompressão cirúrgica ou radioterapia urgente
- E) Aguardar evolução espontânea por 24 a 48 horas

**14. Sobre as diferenças entre lúpus induzido por medicamento (LIM) e lúpus eritematoso sistêmico (LES), está INCORRETO afirmar que**

- A) o lúpus induzido por medicamentos, o anticorpo anti-histona pode permanecer positivo por meses ou anos após suspender a droga; essa persistência não indica atividade, apenas memória sorológica.
- B) lúpus induzido por medicamentos geralmente apresenta menos comprometimento renal e neurológico que o LES.
- C) lúpus induzido por medicamento pode aparecer meses ou anos após início do medicamento.
- D) febre, artralgia, serosite e rash podem ocorrer em ambos os quadros.
- E) os anticorpos anti-DNA de fita dupla são marcadores sorológicos comuns no lúpus induzido por medicamentos, sendo positivos em até 45 % dos casos.

**15. Homem de 32 anos apresenta febre alta diária há 2 semanas, rash róseo evanescente, artralgias difusas e odinofagia. Exames laboratoriais mostram leucócitos de 23.000/mm<sup>3</sup> e ferritina sérica de 10.500 ng/mL.**

**Em relação à síndrome de Still do adulto, é INCORRETO afirmar que**

- A) a ferritina sérica pode estar muito elevada, frequentemente >3.000 ng/mL.
- B) o rash cutâneo clássico é maculopapular e evanescente, surgindo em picos febris.
- C) fator antinuclear e fator reumatoide geralmente são positivos, auxiliando o diagnóstico.
- D) artrite crônica pode ocorrer como evolução tardia.
- E) complicações graves incluem síndrome de ativação macrofágica.

**16. Homem de 52 anos, com artrite reumatoide de início recente (6 meses), apresenta 12 articulações dolorosas e 10 edemaciadas, além de rigidez matinal incapacitante por mais de 1 hora, fadiga, discreta perda de peso e limitação para tarefas finas. Exames mostram proteína C-reativa de 40 mg/L, fator reumatoide de 180 UI/mL e anticorpo anti-CCP de 320 U/mL, todos significativamente elevados. Nunca iniciou tratamento. Qual a conduta inicial mais adequada, segundo as recomendações EULAR/ACR?**

- A) Iniciar apenas anti-inflamatório não esteroide.
- B) Corticoide em baixa dose como monoterapia.
- C) Introduzir metotrexato em dose plena precoce, com possibilidade de ponte com corticoide.
- D) Iniciar biológico anti-TNF de primeira linha.
- E) Apenas observação por 3 meses antes de medicar.

**17. Sobre a vacinação contra o herpes-zóster, é INCORRETO afirmar que**

- A) a vacina recombinante (Shingrix®) apresenta eficácia superior a 90% em adultos acima de 50 anos.
- B) a vacina atenuada (Zostavax®) tem eficácia menor (50–60%).
- C) uma meta-análise mostrou aumento de cerca de 23% nos eventos cardiovasculares (infarto e AVC) após a vacinação.
- D) o esquema da vacina recombinante é de duas doses (0 e 2–6 meses), sem necessidade de reforço anual.
- E) a eficácia da vacina recombinante se mantém acima de 85% por, pelo menos, 7 anos após a vacinação.

**18. Homem de 54 anos, obeso (IMC 34 kg/m<sup>2</sup>), hipertenso e roncador habitual, apresenta sonolência excessiva diurna, cefaleia matinal e episódios noturnos de sufocamento relatados pela esposa. A polissonografia evidencia índice de apneia-hipopneia (IAH) de 38 eventos por hora, com dessaturações frequentes até 80%, caracterizando apneia obstrutiva do sono grave. Em relação ao manejo dessa condição, é INCORRETO afirmar que**

- A) o uso de pressão positiva contínua em vias aéreas (CPAP) é a primeira linha de tratamento.
- B) o tratamento eficaz da apneia pode reduzir mortalidade cardiovascular, sobretudo em hipertensos resistentes e diabéticos tipo 2.
- C) o uso de dispositivos orais de avanço mandibular é indicado, preferencialmente, em casos graves como o descrito.
- D) em estudos recentes, a tirzepatida demonstrou reduzir em cerca de 55% o índice de apneia-hipopneia em obesos com apneia grave.
- E) a cirurgia bariátrica pode ser considerada em pacientes obesos refratários a outras medidas.

**19. Gestante de 28 semanas, previamente saudável, apresenta dispneia súbita, dor torácica pleurítica, palpitações e ansiedade intensa. A angiotomografia de tórax confirma tromboembolismo pulmonar lobar. Não há sinais de sangramento ativo, e o exame físico mostra PA 118/70 mmHg, FC 104 bpm e saturação de O<sub>2</sub> de 95% em ar ambiente. Ela não possui história de trombofilia ou trombose prévia. Qual a conduta terapêutica inicial mais adequada?**

- |                                     |                |
|-------------------------------------|----------------|
| A) Ácido acetilsalicílico (AAS)     | D) Dabigatrana |
| B) Heparina de baixo peso molecular | E) Warfarina   |
| C) Rivaroxabana                     |                |

**20. A Pneumonia Adquirida na Comunidade (PAC) em idosos com comorbidades apresenta maior gravidade clínica e risco aumentado de complicações.**

**Sobre a PAC nesse grupo, é INCORRETO afirmar que**

- A) pacientes idosos apresentam maior risco de infecção por bacilos Gram-negativos e patógenos atípicos.
- B) exames complementares incluem hemoculturas, que são positivas em apenas 10–20% dos casos graves.
- C) o escore CURB-65 e o PSI auxiliam na decisão de internação e no prognóstico.
- D) procalcitonina elevada é marcador altamente específico de pneumonia viral, enquanto PCR elevada indica pneumonia bacteriana.
- E) o prognóstico é pior em idosos, com maior risco de complicações e mortalidade hospitalar.

**21. Sobre o manejo da síndrome nefrótica em adultos, assinale a alternativa INCORRETA.**

- A) O controle da proteinúria com IECA ou BRA é fundamental, pois reduz perda proteica e protege a função renal.
- B) A restrição de sal, associada a diuréticos, é recomendada para controle do edema.
- C) A perda urinária de imunoglobulinas e de componentes do complemento aumenta a suscetibilidade a infecções bacterianas, em especial peritonite espontânea por pneumococo.

- D) A anticoagulação profilática está indicada universalmente para todos os pacientes com síndrome nefrótica, independentemente da albumina sérica ou da etiologia histológica.
- E) O uso de imunossuppressores deve ser guiado pela biópsia renal e reservado para formas primárias de alto risco, como doença de lesões mínimas, GESF primária e nefropatia membranosa.

---

**22. Homem de 70 anos, agricultor de Águas Belas (PE), portador de insuficiência cardíaca congestiva, é internado no Hospital da Restauração (Recife) com dispneia intensa. Ele tinha derrame pleural bilateral, previamente caracterizado como transudato típico, mas, durante a internação, passou a apresentar febre persistente, dor torácica à direita e leucocitose. Nova toracocentese revelou líquido turvo, com proteínas de 3,8 g/dL, DHL 950 U/L, pH 7,05, glicose 40 mg/dL e predomínio de neutrófilos, compatível com derrame parapneumônico complicado/empiema. Qual a conduta mais adequada neste cenário?**

- A) Aumentar apenas a dose de diurético endovenoso é suficiente para a resolução do quadro.
- B) Pleurodese química com talco é indicada como tratamento de primeira escolha.
- C) A drenagem pleural com tubo em selo d'água é a conduta recomendada neste cenário.
- D) O uso de corticoide sistêmico associado a antibiótico é o padrão-ouro no tratamento.
- E) Apenas antibioticoterapia venosa isolada costuma ser eficaz sem necessidade de drenagem.

---

**23. Mulher de 72 anos, tabagista ativa e portadora de DPOC classificada como GOLD E, chega à emergência com dispneia intensa, aumento do volume e purulência do escarro. Apresenta pressão arterial de 118/70 mmHg, frequência respiratória de 28 irpm e saturação de oxigênio de 86% em ar ambiente. Gasometria arterial revela pH 7,28 e PaCO<sub>2</sub> de 60 mmHg, compatível com exacerbação com retenção de CO<sub>2</sub>. Segundo o GOLD 2025, qual é a conduta mais adequada?**

- A) Antibiótico, corticoide sistêmico por tempo curto, broncodilatadores de curta ação e oxigênio suplementar com alvo de saturação 92–96%.
- B) Antibiótico, iniciar corticoide inalado isolado e ventilação mecânica invasiva imediata.
- C) Broncodilatador inalatório apenas e observar evolução sem suporte ventilatório.
- D) Anticoagulação profilática e alta precoce em 24 horas.
- E) Suspende broncodilatadores de curta ação para evitar taquicardia.

---

**24. No mundo, estima-se que a insuficiência cardíaca com fração de ejeção preservada (ICFEP) corresponda a até 60% dos casos de insuficiência cardíaca em idosos, sendo atualmente a forma de crescimento mais rápido globalmente. Sobre a ICFEP, assinale a alternativa INCORRETA.**

- A) Mulheres tendem a apresentar maior prevalência da condição.
- B) A resposta à sacubitril-valsartana no estudo PARAGON-HF foi mais pronunciada em mulheres.
- C) O diagnóstico pode ser estabelecido apenas pela clínica, sem necessidade de biomarcadores ou ecocardiograma.
- D) Em meta-análises, os inibidores de SGLT2 reduziram em aproximadamente 20% o risco de hospitalização por insuficiência cardíaca nesse grupo de pacientes.
- E) O prognóstico é influenciado pela presença de comorbidades, como fibrilação atrial e diabetes tipo 2.

---

**25. Uma mulher de 76 anos, com histórico de hipertensão e depressão controlada, vem apresentando dificuldade progressiva para lembrar eventos recentes. Exames de triagem revelam perda auditiva leve, e a família observa que, desde o início desse problema auditivo, sua memória e interação social têm diminuído. Qual das seguintes medidas é mais benéfica para a prevenção do declínio cognitivo?**

- A) Introduzir um suplemento de ácido fólico para estabilizar a cognição.
- B) Recomendar o uso de aparelho auditivo, pois está associado a menores taxas de declínio cognitivo.
- C) Suplementar vitamina E para prevenir declínio cognitivo ligado ao estresse oxidativo.
- D) Evitar atividades físicas moderadas, pois poderiam precipitar declínio cognitivo.
- E) Iniciar suplemento de ômega-3 para retardar o declínio cognitivo e prevenir demência.

---

**26. Homem de 60 anos, fumante de longa data (40 maços-ano), chega ao ambulatório para seguimento clínico assintomático. Em um check-up recente, apresentou CEA discretamente elevado em 6,2 ng/mL (valor de referência até 5 ng/mL). Demais exames laboratoriais normais, incluindo função hepática, e colonoscopia sem alterações realizada há 2 anos. Não há perda de peso, dor abdominal ou queixas respiratórias. Qual a conduta mais apropriada?**

- A) Solicitar tomografia de tórax e abdome com contraste para descartar neoplasia oculta imediatamente.
- B) Explicar que a elevação pode estar relacionada ao tabagismo e que não há indicação de investigação adicional isolada.

- C) Solicitar rastreamento oncológico ampliado com múltiplos marcadores séricos para descartar malignidade subclínica.
- D) Considerar câncer oculto até prova em contrário e iniciar estadiamento oncológico sistemático
- E) Repetir a dosagem do CEA em intervalos curtos de 15 dias para monitorar evolução.

---

**27. Segundo a American Heart Association, sobre o uso de anticoagulantes orais diretos em pacientes com fibrilação atrial, é INCORRETO afirmar que**

- A) os anticoagulantes orais diretos, como dabigatrana, rivaroxabana, apixabana e edoxabana, são preferidos em relação à varfarina na maioria dos pacientes com fibrilação atrial não relacionada à prótese valvar.
- B) pacientes com prótese valvar mecânica não devem receber anticoagulantes orais diretos, sendo a varfarina a opção indicada.
- C) em pacientes com insuficiência renal muito avançada, com taxa de filtração glomerular menor que 15 mL/minuto, os anticoagulantes orais diretos são sempre preferíveis à varfarina.
- D) a adesão deve ser cuidadosamente monitorada, pois a meia-vida curta dos anticoagulantes orais diretos aumenta o risco de eventos tromboembólicos quando há suspensão do tratamento.
- E) o ajuste de dose deve levar em conta função renal, idade e peso corporal do paciente.

---

**28. De acordo com o consenso de hipertensão da American Heart Association (2025), é INCORRETO afirmar que**

- A) o diagnóstico de hipertensão deve ser confirmado por medições repetidas, preferencialmente com métodos fora do consultório (MAPA ou MRPA), para reduzir efeito do avental branco.
- B) a nova ferramenta PREVENT™ passou a integrar a estratificação de risco cardiovascular, incluindo obesidade, função renal e determinantes sociais de saúde.
- C) o escore PREVENT™ foi validado apenas para estimativa de risco em 10 anos, não devendo ser utilizado para horizontes mais longos.
- D) a avaliação inicial deve incluir relação albumina/creatinina urinária, fundamental para detectar lesão renal subclínica.
- E) o uso de combinações em comprimidos de dose fixa foi reforçado como estratégia para melhorar adesão terapêutica e alcançar metas mais rapidamente.

---

**29. Gestante de 26 anos, com 20 semanas de gestação, residente às margens do rio Capibaribe, no Recife, apresenta febre alta, dor muscular difusa e conjuntivite não purulenta após exposição à água de enchente em sua rua. Exames laboratoriais iniciais mostram creatinina normal e ausência de icterícia. O exame sorológico ainda não está disponível. Sobre o manejo da leptospirose durante a gestação, é INCORRETO afirmar que**

- A) o início precoce da antibioticoterapia reduz complicações graves maternas e fetais.
- B) a amoxicilina por via oral, por 7 dias, é recomendada para casos leves em gestantes.
- C) a azitromicina pode ser utilizada como alternativa terapêutica em gestantes com casos leves.
- D) a conduta inicial deve ser apenas sintomática, até que o exame sorológico confirme leptospirose.
- E) a internação hospitalar pode ser considerada mesmo em casos leves, devido ao maior risco em gestantes.

---

**30. Sobre o tratamento das exacerbações de asma em adultos, é INCORRETO afirmar que**

- A) o uso de corticosteroides sistêmicos deve ser mantido por 10 a 14 dias em todas as exacerbações, pois períodos mais curtos estão associados a maior risco de recorrência.
- B) o espaçador pode ser tão eficaz quanto a nebulização em exacerbações leves a moderadas, quando utilizado com beta-agonista de curta ação.
- C) a via oral é preferida para administração de corticosteroides, salvo em pacientes com vômitos ou impossibilidade de deglutição.
- D) redução gradual da dose (“tapering”) geralmente não é necessária após períodos breves de uso de corticosteroide.
- E) o uso precoce de corticosteroides reduz risco de hospitalização e recorrência de exacerbações.

---

**31. A dengue é responsável por mais de 70% das internações por arboviroses no Brasil, com destaque para crianças e idosos em surtos. Sobre exames e fisiopatologia, assinale a alternativa INCORRETA.**

- A) O aumento do hematócrito indica extravasamento plasmático e risco de choque.
- B) A queda abrupta da febre coincide com o início da fase crítica, quando há maior risco de instabilidade hemodinâmica.
- C) A plaquetopenia isolada, sem sinais de alarme, não é indicação de internação em UTI.
- D) A leucopenia é comum na dengue, enquanto leucocitose com neutrofilia pode sugerir um diagnóstico alternativo.
- E) A presença de transaminases elevadas, mesmo discretamente, é critério isolado para classificar dengue como grave.

- 32. A arterite de células gigantes é uma vasculite de grandes vasos que acomete principalmente idosos e pode se associar à polimialgia reumática. Sobre essa doença, é INCORRETO afirmar que**
- A) o envolvimento da artéria oftálmica pode levar à neuropatia óptica isquêmica e perda visual irreversível.
  - B) ultrassonografia com “sinal do halo” pode auxiliar no diagnóstico, especialmente quando a biópsia não é conclusiva.
  - C) a normalidade da velocidade de hemossedimentação e da proteína C reativa exclui o diagnóstico de arterite de células gigantes.
  - D) o tratamento deve ser iniciado prontamente com glicocorticoides, mesmo antes da confirmação histológica, diante de forte suspeita clínica.
  - E) pacientes podem apresentar sintomas constitucionais como febre, fadiga e perda de peso, além das manifestações cranianas típicas.
- 
- 33. Sobre o risco de carcinoma hepatocelular (CHC) em pacientes com hepatites virais, assinale a alternativa INCORRETA.**
- A) Pacientes com hepatite B podem desenvolver carcinoma hepatocelular, mesmo na ausência de cirrose.
  - B) A cura virológica após o tratamento da hepatite C elimina completamente o risco de carcinoma hepatocelular em pacientes com cirrose.
  - C) A coinfeção pelo vírus da hepatite D aumenta o risco de carcinoma hepatocelular em comparação com a infecção isolada pelo vírus da hepatite B.
  - D) A história familiar de carcinoma hepatocelular é fator de risco independente para esse tumor em portadores de hepatite B.
  - E) O rastreamento com ultrassonografia a cada 6 meses é indicado para todos os pacientes com cirrose, independentemente da etiologia.
- 
- 34. Mulher de 65 anos, no pós-operatório de correção de aneurisma de aorta abdominal, recebeu contraste iodado há 24 horas e evoluiu com creatinina de 2,5 mg/dL (basal 1,0), oligúria progressiva e hipercalcemia leve. Ao exame físico, apresenta pressão arterial de 90/60 mmHg, turgor cutâneo diminuído e ausência de edema periférico. A urina mostra sódio de 10 mEq/L, osmolaridade urinária de 620 mOsm/kg e fração de excreção de sódio de 0,5%. Qual o diagnóstico mais provável?**
- A) Necrose tubular aguda induzida por contraste
  - B) Insuficiência renal aguda pré-renal por hipovolemia
  - C) Glomerulonefrite pós-infecciosa
  - D) Síndrome hepatorrena
  - E) Necrose cortical aguda
- 
- 35. Paciente de 60 anos, natural de Caruaru, portador de diabetes tipo 2 bem controlado, comparece para check-up de rotina no ambulatório. Relata estar totalmente assintomático, sem febre, disúria, polaciúria ou dor lombar. A urocultura de rotina mostra *Escherichia coli* com 120.000 UFC/mL. Qual a conduta CORRETA?**
- A) Tratar com amoxicilina por 3 dias.
  - B) Repetir urocultura em 15 dias.
  - C) Tratar com cefuroxima por 7 dias.
  - D) Profilaxia antibiótica contínua.
  - E) Não tratar, pois não há indicação em portador de diabetes assintomático.
- 
- 36. Mulher de 42 anos, procedente de Salgueiro (PE), em fase de indução para tratamento de leucemia linfoblástica aguda, apresenta leucócitos de 85.000/mm<sup>3</sup>, LDH três vezes acima do normal, potássio 4,9 mEq/L, fósforo 4,8 mg/dL, ácido úrico 5 mg/dL e creatinina 0,9 mg/dL. Pelo perfil laboratorial e pela elevada carga tumoral, encontra-se em alto risco para síndrome de lise tumoral. Qual é a melhor conduta profilática?**
- A) Iniciar hidratação vigorosa e alopurinol antes do início da quimioterapia.
  - B) Aguardar surgimento de sinais clínicos de lise tumoral para iniciar profilaxia.
  - C) Usar rasburicase apenas após aparecimento de hiperuricemia sintomática.
  - D) Restringir líquidos para evitar sobrecarga circulatória.
  - E) Suspender o corticoide da indução até normalizar a contagem de leucócitos.
- 
- 37. Homem de 61 anos, residente em Boa Viagem (Recife), portador de cirrose avançada por hepatite C, apresentou hematemese volumosa e foi submetido com sucesso à ligadura elástica de varizes esofágicas. Encontra-se em uso de octreotida. A creatinina atual é de 1,9 mg/dL, e não foi possível coletar líquido ascítico devido ao pequeno volume presente.**



Segundo o consenso da American Association for the Study of Liver Diseases (AASLD), qual é a conduta CORRETA para a prevenção de peritonite bacteriana espontânea (PBE) neste contexto?

- A) Não iniciar antibiótico porque a quantidade de líquido ascítico é pequena.
- B) Norfloxacino oral por 7 dias.
- C) Ciprofloxacino por 14 dias.
- D) Amoxicilina oral até a alta hospitalar.
- E) Ceftriaxona intravenosa por 5 a 7 dias.

**38. Estudos mostram que 30% a 40% das internações de idosos estão relacionadas a reações adversas a medicamentos, e o uso de fármacos “preventivos” sem indicação sólida contribui de forma importante para esse risco. Considerando as boas práticas de prescrição nessa população, assinale a alternativa INCORRETA.**

- A) O risco de eventos adversos aumenta significativamente quando o paciente utiliza cinco ou mais medicamentos de forma crônica.
- B) O uso de fármacos com efeito anticolinérgico deve ser reavaliado, pois está associado a maior risco de delirium, retenção urinária e quedas.
- C) A suplementação diária de polivitamínicos deve ser prescrita de forma rotineira para todos os idosos, por reduzir risco de câncer, melhorar cognição e diminuir mortalidade.
- D) A revisão periódica da lista de medicamentos é essencial para reduzir polifarmácia e melhorar desfechos clínicos.
- E) Alterações farmacocinéticas do envelhecimento, como redução da depuração renal, exigem ajustes de dose para prevenir toxicidade.

**39. Homem de 68 anos, portador de diabetes tipo 2, é atendido no ambulatório de endocrinologia do Hospital Agamenon Magalhães, em Recife. Apresenta TFG estimada de 36 mL/min, albuminúria de 900 mg/g, potássio sérico de 4,6 mEq/L, PA 128 × 76 mmHg, creatinina estável e sem sinais de sobrecarga hídrica. Faz uso de enalapril em dose máxima, empagliflozina 10 mg/dia e metformina 1000 mg 2x/dia. A hemoglobina glicada é 7,1%. Segundo as diretrizes KDIGO mais recentes, qual é a conduta mais adequada para reduzir a progressão da doença renal crônica e o risco cardiovascular?**

- A) Adicionar finerenona (antagonista não esteroide do receptor de mineralocorticoide), mantendo empagliflozina e o inibidor da ECA, com monitorização rigorosa do potássio e da função renal.
- B) Suspender o inibidor da ECA e manter apenas a empagliflozina para evitar risco de hipercalcemia em taxa de filtração abaixo de 45 mL/min.
- C) Trocar empagliflozina por dapagliflozina, supondo maior benefício na redução da albuminúria em estágios mais avançados de doença renal.
- D) Adicionar alogliptina (inibidor de DPP-4) para melhorar o controle glicêmico e buscar possível redução adicional da albuminúria.
- E) Aumentar a metformina acima de 2000 mg/dia, considerando que doses maiores poderiam reduzir proteinúria.

**40. Uma mulher de 40 anos, residente em Garanhuns e portadora de lúpus eritematoso sistêmico em atividade, chega ao pronto-socorro com cansaço intenso, icterícia e dispneia progressiva. Ao exame físico, apresenta taquicardia de 120 bpm, pressão arterial de 100 × 60 mmHg, extremidades frias, mucosas intensamente hipocoradas e sopro sistólico funcional em foco mitral, sem linfonodomegalias ou esplenomegalia palpável. Os exames laboratoriais mostram hemoglobina de 6,5 g/dL, reticulocitose, bilirrubina indireta e LDH elevadas, haptoglobina indetectável e teste de Coombs direto positivo. Diante desse cenário, qual é a conduta inicial mais adequada?**

- A) Indicar rituximabe como primeira linha de tratamento.
- B) Esplenectomia de urgência.
- C) Iniciar plasmaférese imediatamente.
- D) Suspender imunossupressores e apenas observar evolução clínica.
- E) Iniciar prednisona em dose alta e realizar transfusão de concentrado de hemácias, se houver repercussão clínica.

**41. De acordo com o consenso mais recente da Endocrine Society sobre insuficiência adrenal induzida por glicocorticoides, considere as afirmações abaixo e assinale a alternativa INCORRETA.**

- A) Um cortisol sérico matinal  $\geq 4 \mu\text{g/dL}$  ( $\approx 140 \text{ nmol/L}$ ), colhido antes da dose matinal, indica recuperação adequada do eixo hipotálamo-hipófise-adrenal e permite suspender o glicocorticoide com segurança.
- B) Tratamentos com duração de até 3–4 semanas geralmente não necessitam de desmame; acima desse período, recomenda-se reduzir a dose gradualmente para minimizar risco de insuficiência adrenal.

- C) Uma abordagem prática consiste em reduzir rapidamente até alcançar uma dose fisiológica (como prednisolona 5 mg/dia) e, a partir desse ponto, manter um desmame mais lento; a conversão para hidrocortisona pode facilitar o processo.
- D) Durante o desmame, sintomas, como fadiga, mialgia, cefaleia e humor deprimido, podem surgir como síndrome de abstinência aos glicocorticoides, mesmo quando o eixo adrenal está preservado.
- E) Pacientes devem ser orientados sobre doses de estresse e portar cartão de identificação, pois situações de intercorrência podem exigir reposição, mesmo após a suspensão completa do tratamento.

---

**42. A The Lancet Commission on Dementia Prevention, Intervention, and Care, em sua atualização mais recente, descreve 14 fatores potencialmente modificáveis ao longo da vida que contribuem para o risco de demência. Considerando essas recomendações, assinale a alternativa INCORRETA.**

- A) Perda auditiva não corrigida está associada a maior risco de demência.
- B) Suplementação rotineira de ômega-3 em idosos saudáveis possui evidência robusta de prevenção e é recomendada como estratégia populacional.
- C) Baixa escolaridade na infância e juventude relaciona-se a maior risco na vida adulta.
- D) Hipertensão na meia-idade aumenta o risco de demência; seu controle é recomendado.
- E) Perda visual não tratada e LDL elevado foram incluídos entre os fatores modificáveis.

---

**43. Homem de 67 anos, etilista pesado, internado por pancreatite, evolui no 3º dia com tremores, sudorese, taquicardia, agitação e desorientação após suspensão abrupta do álcool. Sobre o manejo do delirium por abstinência alcoólica, assinale a alternativa INCORRETA.**

- A) Benzodiazepínicos são tratamento de primeira linha nessa etiologia específica.
- B) Antipsicóticos isolados são superiores aos benzodiazepínicos para prevenir convulsões e delirium tremens.
- C) Reposição de tiamina deve preceder glicose para prevenir Wernicke.
- D) Monitorar sinais vitais e complicações autonômicas é parte do cuidado.
- E) Avaliar causas concorrentes (infecção, eletrólitos) permanece necessário.

---

**44. Homem de 65 anos, internado no Hospital da Restauração após fratura de fêmur, em profilaxia com heparina não fracionada há oito dias. Evolui com queda de plaquetas de 230.000 para 85.000/mm<sup>3</sup>, dor em panturrilha e diagnóstico de trombose venosa profunda. Não apresenta sangramento. Coagulograma normal. Qual o diagnóstico mais provável?**

- A) Trombocitopenia induzida por heparina tipo 2
- B) Púrpura trombocitopênica imune
- C) Coagulação intravascular disseminada
- D) Púrpura trombótica trombocitopênica
- E) Trombocitopenia induzida por heparina tipo 1

---

**45. Homem de 76 anos, morador da Madalena, com doença pulmonar crônica, é levado pela família à UPA Caxangá por apresentar confusão mental e náuseas há dois dias. Pressão arterial 120 por 78, sem inchaço e sem sinais de desidratação. Exames: sódio 116, osmolaridade do sangue 260, osmolaridade da urina 540, sódio urinário 50, função renal normal. Já recebeu um litro de soro fisiológico em outra unidade sem melhora. Qual a conduta inicial mais adequada?**

- A) Restringir líquidos para menos de um litro por dia e monitorar o sódio.
- B) Iniciar soro salino hipertônico a três por cento em infusão lenta, com monitorização seriada.
- C) Repetir soro fisiológico em volume de um a dois litros.
- D) Administrar solução glicosada a cinco por cento para aumentar o volume circulante.
- E) Incentivar ingestão abundante de água para diluir o sódio.

---

**46. Homem de 36 anos, em uso de varfarina por TVP recente, é investigado para trombofilias. Sobre a investigação, assinale a alternativa CORRETA.**

- A) Proteína C, S e antitrombina podem ser dosadas com segurança durante anticoagulação oral.
- B) O anticoagulante lúpico pode ser pesquisado durante anticoagulação com heparina não fracionada, sem risco de interferência.
- C) O teste genético para fator V de Leiden não sofre interferência da anticoagulação.
- D) O ensaio funcional de proteína S é mais fidedigno na fase aguda de trombose.
- E) O anticorpo anticardiolipina deve ser dosado apenas uma vez para confirmação diagnóstica.
-

**47. Homem de 72 anos, hipertenso e ex-tabagista, chega ao Hospital da Restauração, em Recife, 85 minutos após início súbito de hemiparesia direita e afasia. A tomografia computadorizada inicial não mostrou hemorragia, e o escore na NIHSS era 12. Na sala, apresentava pressão arterial de 178/100 mmHg mesmo após uso de labetalol, sendo iniciado tratamento trombolítico com alteplase 0,9 mg/kg (bolus seguido de infusão). Aproximadamente duas horas após o início da infusão, evoluiu com cefaleia súbita intensa, vômitos em jato, piora neurológica importante (NIHSS 20) e rebaixamento do nível de consciência (GCS 11), mantendo PA de 180/105 mmHg, saturação de 95% em ar ambiente, glicemia de 128 mg/dL e sem uso prévio de anticoagulantes.**

**Diante desse quadro de deterioração clínica após trombólise, qual é a conduta imediata mais adequada?**

- A) Repetir alteplase (rt-PA) para tentar recanalização adicional.
- B) Suspende imediatamente a infusão de alteplase (rt-PA), solicitar tomografia computadorizada de crânio emergente e iniciar reversão com crioprecipitado (ou concentrado de fibrinogênio) e antifibrinolítico, além de controle pressórico.
- C) Aumentar a velocidade da infusão de alteplase (rt-PA) para compensar possível falha terapêutica.
- D) Iniciar anticoagulação plena com heparina não fracionada.
- E) Apenas observar clinicamente por possível flutuação do déficit, mantendo a infusão em curso.

**48. Homem de 64 anos, residente em Carpina, apresenta diagnóstico confirmado de esteatohepatite metabólica (MASH) com fibrose hepática estágio 3, segundo avaliação histológica. Após orientações de mudança no estilo de vida, obteve redução ponderal de 4%, porém mantém atividade necroinflamatória elevada e glicemia limítrofe. Com base no Consenso Brasileiro de Esteatohepatite Metabólica (SBEM/SBH/ABESO, Arch Endocrinol Metab.2023;67(6):e230123), assinale a alternativa INCORRETA sobre manejo farmacológico e seguimento.**

- A) Intensificar a perda de peso para valores superiores a 7% está associado à melhora da atividade da doença.
- B) Agonistas do receptor do peptídeo semelhante ao glucagon-1 (liraglutida/semaglutida) constituem opções terapêuticas úteis.
- C) Pioglitazona apresenta efeito benéfico sobre esteatose, inflamação e fibrose.
- D) Orlistate reduz comprovadamente a fibrose na esteatohepatite metabólica.
- E) O seguimento periódico com métodos não invasivos de avaliação da fibrose é recomendado.

**49. Sobre tratamento agudo da enxaqueca, é INCORRETO afirmar que**

- A) tratar precocemente aumenta a chance de resposta.
- B) anti-inflamatórios (ibuprofeno, ácido acetilsalicílico, diclofenaco) são opções iniciais.
- C) triptanos são específicos para enxaqueca e úteis em crises moderadas a graves.
- D) opioides são recomendados como primeira linha em crises por terem melhor custo-efetividade.
- E) opções não orais (via subcutânea ou via intranasal) ajudam quando há náuseas e vômitos.

**50. Mulher de 29 anos, vivendo com HIV, foi diagnosticada há 8 meses com contagem de linfócitos CD4 de 180 células por milímetro cúbico e sorologia positiva para toxoplasmose. Iniciou tratamento antirretroviral combinado na mesma época. Atualmente apresenta contagem de CD4 de 320 células por milímetro cúbico em dois exames consecutivos, carga viral indetectável e está assintomática. De acordo com o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em Adultos do Ministério da Saúde – versão mais recente, é INCORRETO afirmar que**

- A) a profilaxia para pneumonia por *Pneumocystis jirovecii* pode ser suspensa quando a contagem de CD4 for maior que 200 células por milímetro cúbico por, pelo menos, três meses, após resposta imunológica ao tratamento antirretroviral.
- B) a profilaxia para toxoplasmose pode ser suspensa quando a contagem de CD4 for maior que 200 células por milímetro cúbico por, pelo menos, três meses e o paciente estiver com carga viral indetectável.
- C) a profilaxia para micobactéria do complexo *avium* pode ser descontinuada quando a contagem de CD4 ultrapassar 100 células por milímetro cúbico por, pelo menos, três meses, desde que haja supressão viral sustentada com o tratamento.
- D) a profilaxia para tuberculose latente deve ser suspensa assim que a contagem de CD4 ultrapassar 350 células por milímetro cúbico, pois a imunidade já está restabelecida.
- E) a profilaxia para pneumonia por *Pneumocystis jirovecii* ou toxoplasmose deve ser reiniciada, se a contagem de CD4 cair novamente abaixo dos valores de indicação.

**GRUPO 02**  
**- CLÍNICA MÉDICA -**