

# PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO PARANÁ

## PROCESSO SELETIVO – EDITAL N.º 013/2025

### PROVA OBJETIVA

### RESIDÊNCIA MÉDICA – HUC

**09 DE OUTUBRO DE 2025**  
**COM PRÉ-REQUISITO – CLÍNICA MÉDICA**

#### INFORMAÇÕES E INSTRUÇÕES ABAIXO:

1. Esta **PROVA** contém 40 questões numeradas de 01 a 40.
  2. Confira se sua **PROVA** contém a quantidade de questões correta. Em caso negativo, comunique imediatamente ao fiscal de sala para a substituição da prova.
  3. Verifique, no **CARTÃO-RESPOSTA**, se os seus dados estão registrados corretamente. Caso encontre alguma divergência, informe imediatamente ao fiscal de sala.
  4. Após a conferência do **CARTÃO-RESPOSTA**, assine seu nome no local indicado.
  5. Para as marcações do **CARTÃO-RESPOSTA**, utilize apenas caneta esferográfica, com ponta grossa e tinta **preta ou azul**.
  6. Para o preenchimento do **CARTÃO-RESPOSTA**, observe:
    - a. Para cada questão, preencher apenas uma resposta.
    - b. Preencha totalmente o espaço compreendido no retângulo correspondente à opção escolhida para resposta. A marcação em mais de uma opção anula a questão, mesmo que uma das respostas esteja correta.
- 

Preenchimento correto;  
 Preenchimento incorreto;  
 Preenchimento incorreto.
7. O tempo disponível para esta prova é de 04:00hrs (quatro horas), com início às 13:00 horas e término às 17:00 horas.
  8. Você poderá deixar o local de prova somente após as 14:00 horas.
  9. Você poderá levar o **CADERNO DE PROVA** a partir das 16:00 horas.
  10. Você poderá ser eliminado da **PROVA**, a qualquer tempo, no caso de:
    - a. ausentar-se da sala sem o acompanhamento do fiscal;
    - b. ausentar-se do local de provas antes de decorrida 1 (uma) hora do início da **PROVA**;
    - c. ausentar-se da sala de provas levando **CARTÃO-RESPOSTA** da Prova Objetiva e/ou **CADERNO DE PROVA**;
    - d. ser surpreendido, durante a realização da **PROVA**, em comunicação com outras pessoas ou utilizando-se de livro ou qualquer material não permitido;
    - e. fazer uso de qualquer tipo de aparelho eletrônico ou de comunicação, bem como protetores auriculares não autorizados pela Comissão;
    - f. perturbar, de qualquer modo, a ordem dos trabalhos, incorrendo em comportamento indevido;
    - g. não cumprir com o disposto no edital do Exame.

✂

#### RESPOSTAS

1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.
11.	12.	13.	14.	15.	16.	17.	18.	19.	20.
21.	22.	23.	24.	25.	26.	27.	28.	29.	30.
31.	32.	33.	34.	35.	36.	37.	38.	39.	40.

EMBRANCO

**Caso Clínico Referência para questões 1 a 4.**

Homem de 54 anos, comerciante, busca avaliação ambulatorial. Tem diagnóstico de hipertensão arterial há mais de 10 anos, com aderência irregular ao tratamento. A dislipidemia também está presente, mas o paciente apresentou mialgias importantes ao usar estatinas e, por isso, se recusa a reiniciar esse tipo de medicamento.

**Exame físico:**

- PA: 158/96 mmHg (valores persistentes em repetidas medições).
- FC: 86 bpm.
- IMC: 31 kg/m<sup>2</sup>.
- Circunferência abdominal: 110 cm.

**Exames laboratoriais:**

- Colesterol total: 280 mg/dL
- LDL-C: 176 mg/dL
- HDL-C: 36 mg/dL
- Triglicerídeos: 256 mg/dL
- Glicemia de jejum: 114 mg/dL
- HbA1c: 6,1%
- Creatinina: 0,9 mg/dL
- TGO: 42 U/L (VR < 40)
- TGP: 58 U/L (VR < 40)
- Plaquetas: 150.000/mm<sup>3</sup>

Ultrassonografia abdominal revela aumento difuso da ecogenicidade hepática.

O escore **PREVENT (AHA 2023)** estimou risco de 10 anos em 12,4%.

1. Qual das opções abaixo é a melhor escolha para ser utilizada no tratamento da dislipidemia do paciente?
  - A) Sinvastatina 10 mg ao dia para minimizar efeito colateral.
  - B) Fenofibrato 100 mg ao dia.
  - C) Ômega-3 500 mg a cada 12 h.
  - D) Não é necessário medicamento, apenas medidas de estilo de vida.
  - E) Ácido Bempedoico.**
  
2. Segundo a Diretriz Americana de Hipertensão Arterial de 2025 (*Jones et al., Circulation. 2025*), qual esquema anti-hipertensivo inicial seria mais adequado para este paciente?
  - A) Enalapril 20 mg a cada 12 horas.
  - B) Clortalidona 25 mg + Atenolol 50 mg.
  - C) Anlodipino 10 mg ao dia.
  - D) Ramipril 5 mg + Anlodipino 5 mg.**
  - E) Indapamida 1,5 mg ao dia.

3. O paciente apresenta cálculo do FIB-4 de 2,7. Qual a conduta investigativa mais indicada?

- A) Solicitar elastografia hepática.
- B) Solicitar biópsia hepática.
- C) Reforçar tratamento e repetir exame em 3 meses.
- D) Não é necessário investigação complementar.
- E) Solicitar ressonância magnética hepática.

4. Qual dos medicamentos abaixo demonstra benefício comprovado no manejo da esteato-hepatite associada à disfunção metabólica (MASH)?

- A) Orlistat.
- B) Linagliptina.
- C) Semaglutida.
- D) Metformina.
- E) Omega-3.

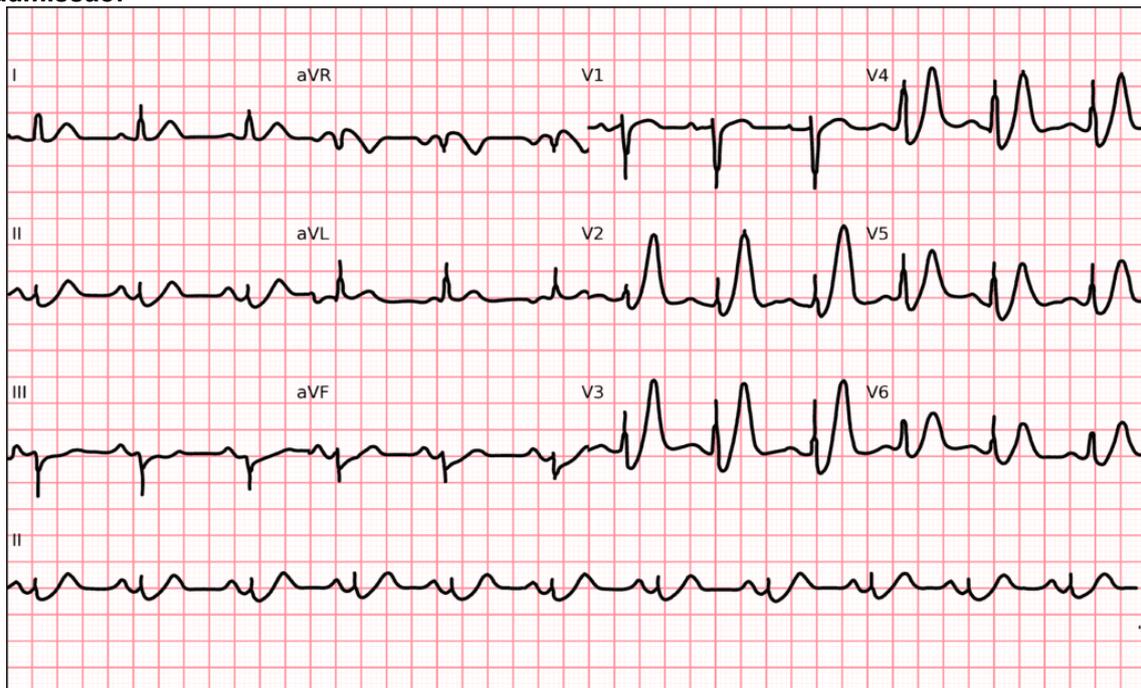
### **Caso Clínico Referência para questões 5, 6 e 7.**

Homem de 62 anos, tabagista de 40 maços/ano, portador de hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus tipo 2, procura atendimento no pronto-socorro por dor torácica iniciada há cerca de 2 horas. Relata dor em aperto retroesternal, de intensidade moderada, não claramente relacionada ao esforço, com irradiação para o ombro esquerdo, associada a sudorese fria e náuseas. Nega episódios de síncope.

#### **Ao exame físico:**

- PA: 128/78 mmHg
- FC: 96 bpm
- FR: 22 irpm
- Saturação O<sub>2</sub>: 92% em ar ambiente
- Ausculta cardíaca: bulhas normofonéticas, sem sopros
- Ausculta pulmonar: crepitações em bases bilaterais
- Extremidades: sem edema periférico

#### **ECG da admissão:**



Fonte: <https://aprendaecg.com.br/>

5. Qual o padrão eletrocardiográfico observado neste traçado?

- A) Padrão de Wellens.
- B) Padrão de Aslanger.
- C) Padrão de Brugada.
- D) Padrão de Levine.
- E) Padrão de Winter.**

6. Qual a classificação de Killip desse paciente na admissão?

- A) Killip I.
- B) Killip II.**
- C) Killip III.
- D) Killip IV.
- E) Killip V.

7. Foi realizado cateterismo cardíaco que evidenciou oclusão aguda da artéria descendente anterior, sendo então realizada angioplastia primária desse vaso com implante de Stent farmacológico. Permanece, entretanto, uma lesão residual de 80% no terço proximal da coronária direita.

Qual deve ser a conduta em relação a essa lesão?

- A) A angioplastia deve ser realizada em até 45 dias do evento agudo.**
- B) Podemos afirmar que a conduta foi inadequada, uma vez que o recomendado seria realizar a angioplastia desse vaso ainda no mesmo procedimento inicial.
- C) A abordagem da lesão deve ocorrer se houver alteração em exame funcional (cintilografia) realizado após a alta.
- D) Considera-se tratar-se de lesão crônica, devendo ser mantido tratamento exclusivamente clínico.
- E) A decisão sobre a angioplastia deve aguardar o resultado de ecocardiograma a ser feito antes da alta hospitalar.

8. No quinto dia de internação, o paciente passa a apresentar sopro sistólico intenso em borda esternal baixa, que se acentua com a manobra de handgrip. Exibe turgência jugular patológica, hepatomegalia dolorosa e edema periférico em membros inferiores. Não apresenta crepitações pulmonares à ausculta.

Qual complicação mecânica do infarto esse paciente provavelmente desenvolveu?

- A) Ruptura de parede livre do ventrículo esquerdo.
- B) Ruptura de cordoalha mitral.
- C) Ruptura de cordoalha tricúspide.
- D) Ruptura do septo interventricular.**
- E) Formação de pseudoaneurisma ventricular.

9. Qual dos casos abaixo apresenta indicação de transfusão de concentrado de hemácias (Ref: Red blood cell transfusion in critically ill adults: An American College of Chest Physicians clinical practice guideline. Chest. 2025; 167:477)?

- A) Paciente de 58 anos, em enfermaria por pielonefrite tratada, com necessidade de noradrenalina a 0,1mcg/kg/min, com hemoglobina de 8,8 g/dL.
- B) Paciente de 65 anos, em pós-operatório de colectomia eletiva, hemoglobina de 9,2 g/dL, com dor abdominal.
- C) Paciente de 72 anos, internado em UTI por sepse de origem pulmonar, em uso de ventilação mecânica, com hemoglobina de 6,7 g/dL e taquicardia persistente.**
- D) Paciente de 45 anos, em tratamento ambulatorial de anemia falciforme, internado por fratura de tornozelo traumática, com hemoglobina de 6,1 g/dL, assintomático.
- E) Paciente de 80 anos, internado por insuficiência cardíaca descompensada, hemoglobina de 8,2 g/dL, com sinais de hipoperfusão periférica.

10. Qual dos pacientes abaixo apresenta indicação para rastreamento de câncer colorretal com colonoscopia?

- A) Mulher de 40 anos, assintomática, com obesidade e síndrome dos ovários policísticos.
- B) Homem de 78 anos, com múltiplas comorbidades e limitação funcional importante, que já realizou colonoscopia, que estava sem alterações, aos 70 anos.
- C) Mulher de 35 anos, assintomática, com pai falecido de câncer colorretal aos 55 anos.
- D) Homem de 82 anos, tabagista, com quadro de DPOC avançado, atualmente dependente de oxigênio domiciliar.
- E) Homem de 56 anos, assintomático, sem histórico familiar de neoplasia colorretal, em bom estado geral, sem comorbidades.**

11. Homem de 64 anos, tabagista de longa data, procura atendimento ambulatorial por dispneia progressiva nos últimos dois anos. Relata piora da tosse matinal, associada a expectoração crônica. Fez duas exacerbações moderadas no último ano, tratadas com corticoide oral e broncodilatador, sem necessidade de internação. Ao exame, apresenta murmúrio vesicular diminuído difusamente e ronos dispersos.

A espirometria mostra  $VEF_1/CVF < 0,70$ , confirmando o diagnóstico de DPOC. O escore CAT é 18, e a escala mMRC de dispneia é 2. Não há uso prévio de medicação de longa duração.

Qual seria a terapia inalatória inicial mais adequada para este paciente, segundo a GOLD 2025?

- A) Corticoide inalatório (ICS) em monoterapia.
- B) Associação de broncodilatador de longa ação  $\beta_2$  (LABA) com antimuscarínico de longa ação (LAMA).**
- C) Broncodilatador de longa ação  $\beta_2$  (LABA) em monoterapia diária.
- D) Antimuscarínico de longa ação (LAMA) em monoterapia diária.
- E) Corticoide inalatório (ICS) associado a Broncodilatador de longa ação  $\beta_2$  (LABA) como primeira escolha.

12. Mulher de 42 anos, previamente saudável, apresenta quadro de fadiga progressiva, inapetência e perda de 6 kg nos últimos 5 meses. Refere episódios de tontura ao se levantar rapidamente, além de náuseas frequentes. Nega uso crônico de medicações.

**Exame físico:**

- PA: 90/58 mmHg
- FC: 96 bpm

**Exames laboratoriais:**

- Sódio: 128 mEq/L
- Potássio: 5,9 mEq/L
- Glicemia de jejum: 72 mg/dL
- Creatinina: 0,8 mg/dL

Qual o diagnóstico mais provável nesse caso clínico?

- A) Insuficiência adrenal primária (Doença de Addison).**
- B) Insuficiência adrenal secundária (origem hipofisária/hipotalâmica).
- C) Síndrome da fadiga crônica de etiologia funcional.
- D) Hipotireoidismo central associado a hiponatremia.
- E) Síndrome da Falência do Barorreflexo.

**Caso Clínico Referência para questões 13, 14, 15 e 16.**

Homem de 78 anos, previamente saudável, morador independente da comunidade, é admitido no pronto-socorro por quadro de tosse produtiva há 3 dias, febre de até 38,8 °C, dispneia progressiva e confusão mental nas últimas horas.

**Exame físico:**

- PA: 86/54 mmHg
- FC: 118 bpm
- FR: 28 irpm
- Temp: 38,6 °C
- SatO<sub>2</sub>: 86% em ar ambiente
- Ausculta pulmonar: crepitações difusas em base direita
- Estado geral: rebaixamento do sensório (Glasgow 13)

**Exames laboratoriais:**

- Leucócitos: 17.800/mm<sup>3</sup>
- Lactato sérico: 3,5 mmol/L
- Creatinina: 0,9 mg/dL
- Gasometria arterial: PaO<sub>2</sub> 55 mmHg em ar ambiente

**Radiografia de tórax:** consolidação em base direita.

**Diagnóstico:** pneumonia comunitária grave com insuficiência respiratória hipoxêmica e sepse.

13. Qual a conduta inicial mais adequada para este paciente no pronto-socorro?

- A) Iniciar Ceftriaxona + Clindamicina, não existem evidências que sustentem o uso de corticoide, fornecer apenas oxigênio em baixo fluxo por cateter nasal e expansão volêmica.
- B) Iniciar Azitromicina em monoterapia, associar Hidrocortisona, fornecer oxigênio em alto fluxo por cateter nasal de alto fluxo e expansão volêmica.
- C) Iniciar Ceftriaxona + Claritromicina, associar Hidrocortisona, fornecer suporte de oxigênio em alto fluxo por meio de máscara com reservatório e realizar expansão volêmica.**
- D) Iniciar Ceftriaxona + Azitromicina, não existem evidências que sustentem o uso de corticoide, fornecer apenas oxigênio em alto fluxo por máscara e expansão volêmica.
- E) Iniciar Levofloxacina isoladamente, não há evidências que sustentem uso de corticoide, fornecer oxigênio em baixo fluxo por cateter nasal e expansão volêmica.

14. O paciente apresenta piora clínica e necessita de intubação orotraqueal com ventilação mecânica invasiva.

Qual deve ser a configuração inicial mais adequada do ventilador mecânico?

- A) Volume corrente de 10 mL/kg de peso real, frequência respiratória de 12 irpm, pressão de pico <40 cmH<sub>2</sub>O e PEEP de 5 cmH<sub>2</sub>O.
- B) Volume corrente de 8 mL/kg de peso predito, frequência respiratória de 15 irpm, pressão de pico <30cmH<sub>2</sub>O e PEEP de 3 cmH<sub>2</sub>O.
- C) Volume corrente de 12 mL/kg de peso real, frequência respiratória de 28 irpm, pressão de pico até 35 cmH<sub>2</sub>O e PEEP de 12 cmH<sub>2</sub>O.
- D) Volume corrente de 6 mL/kg de peso predito, frequência respiratória de 10 irpm, pressão de pico <25 cmH<sub>2</sub>O e PEEP de 3 cmH<sub>2</sub>O.
- E) Volume corrente de 6-8 mL/kg de peso predito, frequência respiratória de 16 irpm, pressão de pico <40 cmH<sub>2</sub>O e PEEP de 8 cmH<sub>2</sub>O.**

15. Após 7 dias de tratamento, o paciente mantém febre, piora do quadro pneumônico e sinais de sepse. A hemocultura cresce **Staphylococcus aureus resistente à meticilina (MRSA)**.

Qual a melhor opção terapêutica para esse paciente?

- A) Daptomicina.
- B) Linezolida.**
- C) Meropenem.
- D) Amicacina.
- E) Aumentar a dose de Ceftriaxona para 2 g a cada 12 horas.

16. Foi realizado ecocardiograma transtorácico, que mostrou função biventricular preservada, ausência de vegetações e valvas normais. O escore VIRSTA foi calculado em **1 ponto**.

Qual deve ser a conduta em relação à investigação de endocardite?

- A) Como o paciente apresenta probabilidade intermediária para endocardite, deverá repetir o ecocardiograma se não houver melhora clínica.
- B) Pelo fato de o paciente apresentar bacteremia por bactéria resistente, já haveria indicação de realizar ecocardiograma transesofágico.
- C) Como apresenta alta probabilidade de endocardite, não necessita investigação complementar, mas deve receber tratamento empírico com associação de aminoglicosídeo.
- D) Como o paciente apresenta baixa probabilidade de endocardite, não há necessidade de investigação complementar.**
- E) Como apresenta alta probabilidade de endocardite, deve ser realizada investigação por meio de ressonância magnética cardíaca.

### **Caso Clínico Referência para 17 e 18.**

Homem de 68 anos, previamente independente, hipertenso em uso irregular de medicação, foi encontrado pela família com desvio de rima labial à direita e dificuldade para falar, há cerca de 1 hora e 20 minutos. Foi levado imediatamente ao pronto-socorro.

#### **Exame físico:**

- PA: 158/92 mmHg
- FC: 84 bpm
- FR: 18 irpm
- Temp: 36,7 °C
- SatO<sub>2</sub>: 95% em ar ambiente
- Neurológico: afasia motora, paresia facial central direita, hemiparesia direita 3/5. Escore NIHSS = 9.

**TC de crânio sem contraste:** sem sinais de hemorragia.

17. Qual a conduta imediata mais adequada para este paciente?

- A) Iniciar trombólise intravenosa com alteplase dentro da janela terapêutica, monitorizar em UTI neurológica e manter controle rigoroso da pressão arterial.**
- B) Iniciar heparinização plena seguida de trombólise intravenosa, com monitorização em UTI e suporte clínico.
- C) Iniciar aspirina associada a clopidogrel e realizar trombólise intravenosa, mantendo acompanhamento em UTI neurológica.
- D) Optar por suporte clínico em UTI neurológica, com oxigenoterapia e observação, sem trombólise imediata.
- E) Postergar conduta definitiva, mantendo o paciente em UTI neurológica até nova imagem em 24 horas para definir se trombolisar.

18. Após as medidas iniciais, o paciente é submetido à investigação etiológica:

- **Ecocardiograma transtorácico:** átrio esquerdo com diâmetro de 43 mm, sem trombos intracavitários, FEVE 60%.
- **Holter 24h:** curtos episódios de fibrilação atrial paroxística de 35 segundos.
- **Doppler de carótidas:** placas ateromatosas em ambas as carótidas, com estenose de 50% na carótida interna esquerda.
- **Angiotomografia intracraniana:** irregularidades difusas em vasos de pequeno calibre.
- **Ressonância magnética de encéfalo:** foco isquêmico agudo em região frontoparietal esquerda e múltiplas hiperintensidades de substância branca subcortical.
- **Exames laboratoriais:** INR 1,8; homocisteína 11  $\mu\text{mol/L}$  (VR <12  $\mu\text{mol/L}$ ); proteína C reativa 5,6 mg/L.

De acordo com a classificação ASCOD, qual é a etiologia mais provável deste AVC isquêmico?

- A) Aterosclerose (A) – pela estenose de 50% na carótida interna esquerda.
- B) Small vessels (S) – pelas múltiplas lesões de substância branca associadas à hipertensão e alterações de pequenos vasos.
- C) Other (O) – pelos exames laboratoriais com alteração de coagulação.
- D) Dissecção arterial (D) – pelas irregularidades descritas na angiotomografia de vasos intracranianos.
- E) Cardioembolia (C) – pelos episódios de fibrilação atrial paroxística no Holter.**

19. Você está de plantão em uma UTI clínica e avalia diversos pacientes internados por diferentes causas, todos apresentando injúria renal aguda. Considerando o protocolo SCAMPS para indicação de diálise de urgência, qual dos pacientes abaixo deve ser submetido ao procedimento?

- A) Mulher de 64 anos, com doença renal crônica estágio 5, ureia de 210 mg/dL, queixa de anorexia, mas sem sinais neurológicos ou pericardite.
- B) Homem de 45 anos, internado por pneumonia grave, apresentando acidose metabólica (pH 7,29, bicarbonato 17 mEq/L) em tratamento com reposição venosa.
- C) Mulher de 72 anos, portadora de insuficiência renal crônica, apresentando dispneia moderada e edema de membros inferiores, em uso de furosemida oral, sem hipoxemia.
- D) Homem de 70 anos, internado por insuficiência renal aguda, com potássio sérico de 6,9 mEq/L e alterações eletrocardiográficas.**
- E) Homem de 50 anos, com creatinina sérica de 6,2 mg/dL, mantendo diurese de 1,4 L/dia e potássio de 4,6 mEq/L.

### **Caso Clínico Referência para questões 20 e 21.**

Homem de 62 anos, portador de cirrose hepática por hepatite C, com histórico de ascite refratária, foi internado por piora clínica nas últimas duas semanas. Evoluiu com confusão mental, fala arrastada e sonolência progressiva, além de oligúria.

**Exame físico:**

- Estado geral comprometido, sonolento, mas despertável, desorientado no tempo.
- Flapping positivo.
- PA: 92/60 mmHg
- FC: 96 bpm
- SatO<sub>2</sub>: 94% em ar ambiente
- Ascite tensa, edema de membros inferiores +++/4
- Icterícia difusa

**Exames laboratoriais:**

- Creatinina: 2,6 mg/dL (prévia 1,0 mg/dL há 1 mês)
- Sódio: 128 mEq/L
- Potássio: 4,9 mEq/L
- Bilirrubina total: 6,2 mg/dL
- INR: 1,8
- Amônia plasmática: 110 µmol/L (VR <40)
- Ecografia abdominal: fígado atrófico, ascite volumosa, rins de tamanho preservado.

Após suspensão de diuréticos e reposição volêmica com albumina, manteve oligúria e creatinina elevada.

20. Qual a conduta inicial mais adequada para este paciente com suspeita de síndrome hepatorenal?
- A) Iniciar albumina endovenosa em associação a furosemida para melhorar débito urinário e congestão.  
B) Iniciar terlipressina associada a albumina intravenosa, monitorizando resposta clínica.  
C) Suspender albumina e iniciar terlipressina associada a solução coloidal de hidroxietil amido (HES 450) como medida de escolha.  
D) Indicar transplante hepático como prioridade absoluta, sem medidas clínicas adicionais no momento.  
E) Iniciar noradrenalina em baixa dose associado a albumina, pois estudos recentes demonstram superioridade sobre terlipressina nesse cenário.
21. Qual antidepressivo está **CORRETAMENTE** associado à sua principal característica clínica/farmacológica?
- A) **Vortioxetina** – antidepressivo melatoninérgico, cuja principal ação é regular o ciclo circadiano, sem impacto nos sintomas cognitivos.  
B) **Agomelatina** – agente multimodal serotoninérgico, indicado principalmente para melhora de memória e funções cognitivas.  
C) **Trazodona** – frequentemente utilizada em pacientes com depressão associada à insônia, por seu efeito sedativo e melhora do sono.  
D) **Bupiriona** – antidepressivo hipnótico, indicado sobretudo para distúrbios primários do sono.  
E) **Mirtazapina** – antidepressivo estimulante, geralmente associado à perda de peso e insônia em pacientes deprimidos.
22. Quais medidas devem ser instituídas no manejo da encefalopatia hepática deste paciente, além da correção dos fatores precipitantes?
- A) Iniciar lactulose por via oral ou retal.  
B) Reduzir o consumo proteico na dieta, manter paciente sob vigilância clínica e iniciar medidas de suporte.  
C) Prescrever benzodiazepínicos para controle da agitação, jejum rigoroso e hidratação venosa.  
D) Utilizar L-ornitina L-aspartato como primeira linha, por apresentar melhores resultados clínicos do que lactulose.  
E) Utilizar fidaxomicina como terapia inicial para redução da amônia, em substituição às demais medidas convencionais.
23. Homem de 68 anos, submetido a revascularização miocárdica há 12 horas, encontra-se em UTI sob ventilação mecânica invasiva. Evolui com instabilidade hemodinâmica, em uso de **dobutamina 10 mcg/kg/min e noradrenalina 0,5 mcg/kg/min**.
- Dados clínicos:**
- PA: 78/42 mmHg
  - FC: 122 bpm
  - Diurese: 15 mL/h
  - Lactato: 5,2 mmol/L

**Monitorização com FloTrac:**

- Débito cardíaco (DC): 7,5 L/min
- Índice cardíaco (IC): 3,8 L/min/m<sup>2</sup>
- Resistência vascular sistêmica (RVS): 400 dyn·s·cm<sup>-5</sup>
- Variação de volume sistólico (VVS): 8%

Qual o tipo de choque e a conduta mais adequada neste caso?

- A) Choque cardiogênico – deve-se aumentar a dose de dobutamina.
- B) Choque misto – deve-se associar milrinona e vasopressina.
- C) Choque obstrutivo – deve-se realizar ultrassonografia à beira-leito e drenagem pericárdica.
- D) Choque hipovolêmico – deve-se realizar transfusão sanguínea imediata.
- E) Choque distributivo – deve-se associar vasoconstritores.**

**Caso Clínico Referência para questões 24, 25 e 26.**

Homem de 63 anos, bancário aposentado, procura avaliação por dor torácica aos médios esforços, caracterizada como pressão retroesternal, sem irradiação, aliviada com repouso em 5–10 minutos. Refere limitação para subir dois lances de escada, mas realiza atividades leves do cotidiano sem sintomas. Nega dispneia em repouso, síncope ou ortopneia.

**Exame físico:**

- PA: 124/76 mmHg
- FC: 58 bpm
- FR: 14 irpm
- SatO<sub>2</sub>: 97% em ar ambiente
- IMC: 29 kg/m<sup>2</sup>
- Exame cardiovascular sem sopros, bulhas normofonéticas.

**Exames laboratoriais:**

- Colesterol total: 196 mg/dL
- LDL-C: 112 mg/dL
- HDL-C: 38 mg/dL
- Triglicerídeos: 158 mg/dL
- Glicemia de jejum: 110 mg/dL
- HbA1c: 6,2%
- Creatinina: 0,9 mg/dL
- TFG estimada: 82 mL/min/1,73m<sup>2</sup>
- PCR ultrasensível: 3,1 mg/L
- Ácido úrico: 5,6 mg/dL

**Ecocardiograma transtorácico:**

- Ventrículo esquerdo com dimensões preservadas.
- Fração de ejeção (Simpson): 61%.
- Função diastólica normal.
- Valvas sem alterações significativas.
- Pressão sistólica da artéria pulmonar estimada: 28 mmHg.

**AngioTC de coronárias:**

- Descendente anterior: pérvia, sem lesões obstrutivas.
- Coronária direita: stent em terço médio, pérvio, sem reestenose.
- Circunflexa: placa calcificada com estenose grave (80%).

**Medicações em uso:**

- Rosuvastatina 40 mg/dia
- Ezetimibe 10 mg/dia
- Ramipril 5 mg/dia
- Bisoprolol 5 mg/dia
- AAS 100 mg/dia

24. Quanto ao perfil lipídico do paciente, qual seria a abordagem adequada?

- A) Associar Pelacarsen.
- B) Associar Fenofibrato.
- C) Aumentar a dose de Ezetimibe para 20 mg.
- D) Associar Inclisiran.**
- E) Associar Dapagliflozina.

25. Qual das medidas a seguir seria eficaz na redução de eventos cardiovasculares neste paciente com DAC crônica?

- A) Associar Rivaroxabana 2,5 mg a cada 12 horas.**
- B) Associar Espironolactona 25 mg ao dia.
- C) Associar Trimetazidina 35 mg a cada 12 horas.
- D) Associar Alopurinol 100 mg ao dia.
- E) Associar Nitrato de ação prolongada.

26. Segundo as evidências mais recentes (estudo ISCHEMIA), qual seria o potencial benefício da reperfusão neste paciente?

- A) Melhora de sintomas e de eventos cardiovasculares maiores.
- B) Melhora dos sintomas, eventos cardiovasculares e redução de mortalidade por todas as causas.
- C) Melhora sintomática apenas.**
- D) Redução de eventos cardiovasculares maiores, porém sem melhora dos sintomas.
- E) Melhora dos sintomas, eventos cardiovasculares e redução de mortalidade cardiovascular.

**Caso Clínico Referência para questões 27 e 28.**

Homem de 44 anos, IMC de 34 kg/m<sup>2</sup>, sem comorbidades relevantes, procura consulta para discutir opções de perda de peso. Durante a anamnese, traz algumas dúvidas específicas ao médico assistente.

**27. Paciente:** “Doutor, qual seria a melhor estratégia para eu reduzir meu peso de forma saudável?”

Como médico responsável, qual deve ser a resposta mais **CORRETA** a este paciente?

- A) O mais importante é cortar os carboidratos e focar apenas em proteína animal, pois isso garante perda sustentada de peso.
- B) A melhor abordagem é realizar jejum prolongado intermitente, de mais de 48 horas semanais.
- C) A forma mais eficaz e segura é a restrição calórica a menos de 500kcal/dia.
- D) O essencial é utilizar suplementos de termogênicos naturais, como chá verde e cafeína, pois são superiores à dieta na redução do peso.
- E) **A adoção de dieta hipocalórica é a melhor estratégia, devendo ser mantida em longo prazo.**

**28. Paciente:** “E quanto aos medicamentos para emagrecer? Ouvi falar de novas drogas... elas realmente funcionam?”

Como médico responsável, qual deve ser a resposta mais **CORRETA** a este paciente?

- A) A tirzepatida na dose de 2,5 mg foi superior à semaglutida 2,4 mg na redução de peso no estudo **SURMOUNT-5 Trial**.
- B) A semaglutida na dose de 7,2 mg mostrou capacidade de reduzir cerca de 10% do peso corporal no estudo **STEP UP**.
- C) **A tirzepatida na dose de 15 mg demonstrou eficácia na redução de quase 20% do peso corporal em pacientes com obesidade, no estudo SURMOUNT.**
- D) A dulaglutida é a droga mais eficaz já estudada para perda de peso, com redução de 32% em ensaios clínicos de fase 2.
- E) A Exenatida, na dose de 0,6 mg, é mais potente que as demais incretinas, promovendo redução superior a 28% em estudos de fase 3.

**29.** Homem de 89 anos, portador de insuficiência cardíaca avançada (fração de ejeção de 15%), doença renal crônica estágio terminal e demência moderada, encontra-se internado em UTI há 20 dias. Está intubado, sob ventilação mecânica, em uso de altas doses de drogas vasoativas (noradrenalina 0,6 mcg/kg/min associada a vasopressina), com anasarca, disfunção de múltiplos órgãos e prognóstico considerado **irrecuperável** pela equipe multiprofissional.

Durante a evolução, apresenta sinais de **iminência de parada cardiorrespiratória**. A família insiste que sejam realizadas todas as medidas possíveis de reanimação, ainda que previamente tenha sido discutido o caráter **fútil e desproporcional** dessas intervenções.

Segundo o Código de Ética Médica, qual deve ser a conduta do médico se este paciente evoluir para uma parada cardiorrespiratória?

- A) Atender integralmente ao pedido da família, realizando RCP completa, pois o princípio da autonomia dos familiares deve prevalecer.
- B) Interromper todos os cuidados, inclusive medidas de conforto, uma vez que o paciente em parada não apresenta chance de reversão clínica.
- C) Suspender a assistência, justificando que os recursos da UTI devem ser priorizados para pacientes com maior possibilidade de recuperação (princípio da justiça).
- D) **Não realizar manobras de reanimação, não empregando procedimentos fúteis ou obstinados em situações irreversíveis, informando a família do ocorrido.**
- E) Não realizar RCP, mas informar aos familiares que a reanimação foi feita, como forma de proporcionar conforto emocional à família diante da perda.

30. Homem de 52 anos, previamente hígido, apresenta quadro de tosse seca, perda ponderal (6 kg em 2 meses) e artralgias migratórias. Evoluiu nas últimas semanas com dispneia progressiva, hemoptise e astenia.

**Exame físico:**

- PA: 138/86 mmHg
- FC: 92 bpm
- SatO<sub>2</sub>: 91% em ar ambiente
- Crepitações difusas em ambos os pulmões
- Petéquias em membros inferiores

**Exames laboratoriais:**

- Hemoglobina: 9,8 g/dL
- Creatinina: 2,1 mg/dL (prévia 0,9 mg/dL há 3 meses)
- Proteinúria: 1,2 g/24h
- Hematúria microscópica: 80 hemácias/campo
- PCR: 8,1 mg/dL
- ANCA: c-ANCA positivo (anti-PR3)

**Imagem:**

- TC de tórax: infiltrado pulmonar em vidro fosco bilateral, áreas sugestivas de hemorragia alveolar.

Segundo as diretrizes mais atuais para o manejo das vasculites ANCA-associadas, qual é a conduta inicial mais adequada?

- A) Iniciar corticoide em altas doses, associado a ciclofosfamida ou rituximabe, considerando o quadro de acometimento renal e pulmonar grave.
- B) Iniciar apenas corticoide oral em baixa dose, pois a doença está restrita ao rim e pulmão, sem acometimento sistêmico extenso.
- C) Iniciar micofenolato de mofetila como primeira linha, por apresentar melhor evidência para indução de remissão em vasculite ANCA.
- D) Tratar apenas com plasmaférese, visto que a presença de hemorragia alveolar indica terapia exclusiva de remoção de anticorpos.
- E) Indicar apenas antibioticoterapia empírica e observação, já que o quadro pulmonar pode representar infecção associada ao uso prévio de imunossupressores.

31. Sobre as Metas Internacionais de Segurança do Paciente, assinale a alternativa **CORRETA**.

- A) **Meta 2 – Melhorar a segurança de medicações de alta vigilância:** recomenda protocolos de armazenamento, prescrição e administração diferenciados para reduzir risco de erros com esses fármacos.
- B) **Meta 3 – Melhorar a comunicação efetiva:** inclui a padronização de protocolos de passagem de plantão (como SBAR) e a checagem de informações críticas em exames ou prescrições.
- C) **Meta 1 – Identificar corretamente o paciente:** utilização de pelo menos dois identificadores (ex.: nome completo e data de nascimento) antes de qualquer procedimento ou administração de medicamentos.
- D) **Meta 4 – Assegurar cirurgia em local, procedimento e paciente corretos:** corresponde à higienização das mãos nos cinco momentos para reduzir risco de infecções relacionadas à assistência.
- E) **Meta 5 – Prevenção de quedas:** refere-se ao uso de barreiras mecânicas para prevenção de quedas em pacientes idosos hospitalizados.

32. Qual dos pacientes abaixo, portador de fibrilação atrial, tem indicação de utilizar varfarina em vez de anticoagulantes orais de ação direta (DOACs)?

- A) Paciente com fibrilação atrial e **prótese valvar biológica mitral**, em ritmo estável após 2 anos da cirurgia.
- B) Paciente com fibrilação atrial e **estenose aórtica importante**, com gradiente médio de **45 mmHg**.
- C) Paciente com fibrilação atrial e **insuficiência mitral importante**, com orifício regurgitante efetivo de **0,50 cm<sup>2</sup>**.
- D) Paciente com fibrilação atrial e **átrio esquerdo medindo 65 mm** ao ecocardiograma.
- E) Paciente com fibrilação atrial e **estenose mitral moderada**, com área valvar de **1,6 cm<sup>2</sup>**.

### **Caso Clínico Referência para questões 33 e 34.**

Homem de 74 anos, hipertenso, com histórico de síndrome do túnel do carpo bilateral há 5 anos, apresenta quadro de dispneia progressiva nos últimos 8 meses, associada a fadiga aos médios esforços.

#### **Exame físico:**

- PA: 126/72 mmHg
- FC: 64 bpm
- Sem sopros significativos
- Edema de membros inferiores ++/4

#### **Exames complementares:**

- **ECG:** baixa voltagem difusa
- **Ecocardiograma:** hipertrofia concêntrica do VE, fração de ejeção preservada (58%), padrão de strain longitudinal global reduzido com "apical sparing"
- **NT-proBNP:** 3100 pg/mL
- **Troponina ultrasensível:** persistentemente positiva em valores baixos

A hipótese de **amiloidose cardíaca por transtirretina (ATTR)** é considerada pela equipe.

33. Diante da suspeita de amiloidose cardíaca por transtirretina, qual poderia ser solicitado para auxiliar o diagnóstico?

- A) Angiorressonância coronária com Gadolínio.
- B) **Cintilografia cardíaca com pirofosfato (99mTc-PYP).**
- C) Biopsia de medula óssea com pesquisa de cadeias leves.
- D) PET-CT cardíaco com FDG.
- E) AngioTC de coronárias com teste de vasorreatividade.

34. Após confirmação diagnóstica de amiloidose ATTR, o paciente retorna para definição terapêutica. Qual é o tratamento farmacológico específico indicado para esta condição?

- A) **Tafamidis.**
- B) Mavacanteno.
- C) Bortezomib.
- D) Alirocumab.
- E) Lepodisiran.

35. Homem de 62 anos, hipertenso e tabagista, internado em UTI por pneumonia recente, evolui subitamente com dor torácica ventilatório-dependente, dispneia intensa e queda da saturação de O<sub>2</sub> para 82% em máscara de reservatório. Apresenta instabilidade hemodinâmica com pressão arterial de 76/40 mmHg e taquicardia de 132 bpm. Diante da gravidade do quadro, não há condições de transporte seguro para realização de angiogramografia de tórax.

Foi realizado ecocardiograma à beira do leito, que evidenciou:

- Dilatação importante do ventrículo direito (VD/VE >1,0)
- Hipocinesia de parede livre de VD com contratilidade apical preservada
- Insuficiência tricúspide moderada, com pressão sistólica estimada da artéria pulmonar em 65 mmHg
- Colapso da veia cava inferior ausente, sugerindo pressão de enchimento elevada

Qual deve ser a conduta imediata mais adequada para este paciente?

- A) Iniciar noradrenalina para estabilizar o paciente para realização de angiogramografia de pulmões.
- B) Iniciar infusão de dobutamina para estabilizar o paciente para realização de angiogramografia de pulmões.
- C) Iniciar fibrinólise com 25 mg de tenecteplase.
- D) Iniciar fibrinólise com 100 mg de alteplase.**
- E) Encaminhar para hemodinâmica para trombólise in situ.

### **Caso Clínico Referência para questões 36 e 37.**

Homem de 58 anos, internado em UTI há 18 dias por pneumonia grave, evoluiu com piora clínica no 12º dia de ventilação mecânica, apresentando novos infiltrados pulmonares, febre persistente e secreção traqueal purulenta. Foi levantada a hipótese de **pneumonia associada à ventilação mecânica (PAVM)**, com risco de infecção por **Staphylococcus aureus** e **Pseudomonas aeruginosa**.

A equipe decidiu escalonar antibiótico para **levofloxacino + Vancomicina**.

36. Considerando os principais patógenos da pneumonia associada à ventilação mecânica, a escolha do esquema antibiótico descrito é adequada?
- A) Sim, pois a Vancomicina apresenta cobertura para Pseudomonas aeruginosa e o levofloxacino é ativo contra Staphylococcus aureus.
  - B) Parcialmente, já que o levofloxacino pode cobrir Pseudomonas, mas a Vancomicina não é ativa contra Staphylococcus aureus hospitalar, apenas comunitário.
  - C) Sim, pois o levofloxacino apresenta atividade contra Pseudomonas aeruginosa e a Vancomicina cobre Staphylococcus aureus.**
  - D) Parcialmente, já que a Vancomicina tem cobertura para Staphylococcus aureus, mas o levofloxacino não cobre Pseudomonas.
  - E) Não, pois ambos os antibióticos citados são recomendados apenas em pneumonias comunitárias, não devendo ser usados em contexto hospitalar.
37. Após 5 dias do início do novo esquema, o paciente apresenta **febre persistente, exantema maculopapular difuso, edema facial, linfonomegalia cervical e eosinofilia (1.600/mm<sup>3</sup>)**. Além disso, houve elevação de transaminases (AST 210 U/L, ALT 240 U/L). Qual a conduta diante do caso?
- A) Manter o antibiótico e prescrever apenas anti-histamínicos, já que a reação tende a ser autolimitada.
  - B) Suspender imediatamente o antibiótico e iniciar corticoide sistêmico, com monitorização da função hepática e renal.**
  - C) Introduzir antibióticos de amplo espectro adicionais, pois trata-se de provável infecção cutânea bacteriana disseminada.
  - D) Adicionar cobertura anti-helmíntica, já que o paciente apresenta quadro compatível com estrogiloidiase disseminada.
  - E) Iniciar antivirais, uma vez que eosinofilia e exantema sugerem reativação de vírus herpes simples.

**O Estudo abaixo refere-se às questões 38 e 39.****Resumo**

Estudo randomizado, duplo-cego, placebo-controlado, multicêntrico, que incluiu 2571 pacientes em 30 centros de 8 países, majoritariamente hospitalizados por infarto agudo do miocárdio (IAM, 99,7%). Os participantes foram randomizados para receber vacina inativada contra influenza (n=1272) ou placebo (n=1260), administrados precocemente após o evento índice.

O desfecho primário foi o composto de morte por todas as causas, infarto do miocárdio ou trombose de stent em 12 meses.

O estudo foi interrompido precocemente devido à pandemia de COVID-19, antes de atingir o tamanho amostral planejado.

**Resultados**

<b>Desfecho</b>	<b>Vacina (n=1272)</b>	<b>Placebo (n=1260)</b>	<b>Razão de risco (IC 95%)</b>	<b>Valor p</b>
<b>Desfecho primário:</b> morte por todas as causas, IAM ou trombose de stent	67 (5,3%)	91 (7,2%)	0,72 (0,52–0,99)	0,040
<b>Morte por todas as causas</b>	37 (2,9%)	61 (4,9%)	0,59 (0,39–0,89)	0,010
<b>Morte cardiovascular</b>	34 (2,7%)	56 (4,5%)	0,59 (0,39–0,90)	0,014
Infarto do miocárdio	25 (2,0%)	29 (2,4%)	0,86 (0,50–1,46)	0,57
Trombose de stent	6 (0,5%)	3 (0,2%)	1,94 (0,48–7,76)	0,34
Morte CV + IAM + trombose de stent	64 (5,1%)	86 (6,9%)	0,73 (0,53–1,01)	0,064
AVC ou AIT	6 (0,5%)	8 (0,7%)	0,72 (0,25–2,08)	0,74
Hospitalização por IC	29 (2,3%)	16 (1,3%)	1,77 (0,96–3,27)	0,062
Morte não cardiovascular	3 (0,2%)	5 (0,4%)	0,57 (0,14–2,40)	0,27
Revascularização não planejada	87 (7,3%)	76 (6,5%)	1,13 (0,83–1,54)	0,42
Hospitalização por arritmia	3 (0,2%)	7 (0,6%)	0,43 (0,11–1,64)	0,20

38. Qual a interpretação **CORRETA** do estudo descrito?

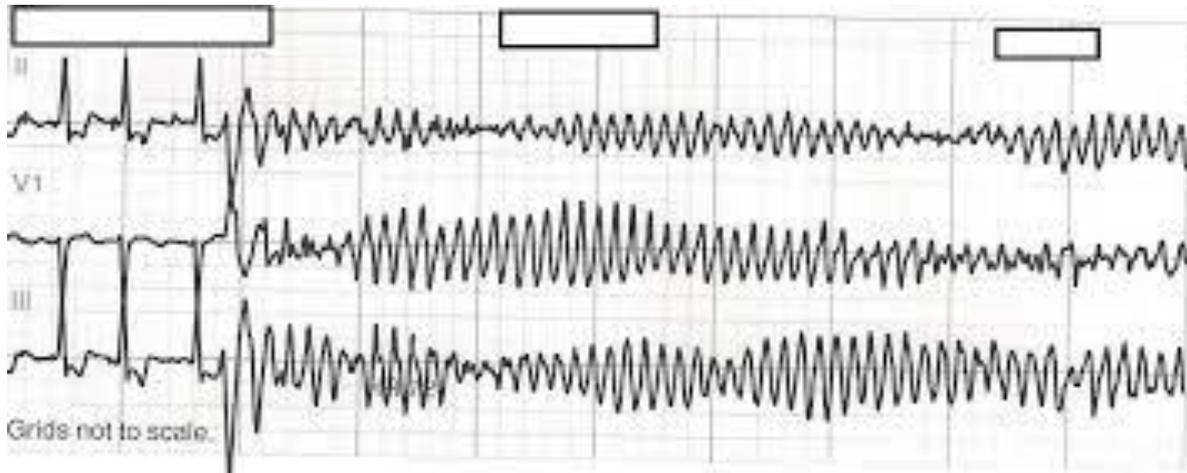
- A) O estudo demonstra redução de infarto e de trombose de stent nos pacientes vacinados.
- B) Morte por causas cardiovasculares não faz parte do desfecho primário, portanto sua interpretação não pode ser utilizada.
- C) O estudo demonstra benefício nos desfechos separados, porém no desfecho composto não.
- D) O estudo não pode ser avaliado por ter sido interrompido antes do planejado.
- E) O estudo apresenta benefício na redução de morte por causas cardiovasculares.**

39. Para qual desfecho a intervenção (vacina contra influenza) apresentou o melhor NNT (Number Needed to Treat), ou seja, foi mais eficaz do ponto de vista populacional?

- A) Morte por todas as causas.**
- B) Morte por causas cardiovasculares.
- C) Infarto do miocárdio.
- D) Desfecho Primário Composto.
- E) Trombose de Stent.

40. Homem de 64 anos, internado em UTI há 7 dias por sepse respiratória, evoluindo com melhora clínica. Está em ventilação espontânea com cateter nasal e vigil, mas segue monitorizado continuamente. Faz uso de **claritromicina, haloperidol e ondansetrona** desde os primeiros dias de internação.

Durante a monitorização cardíaca contínua, apresenta episódio demonstrado abaixo e que foi revertida espontaneamente após alguns segundos. Após o evento, o paciente encontra-se consciente, estável hemodinamicamente e permanece sob monitorização.



Ref: <https://jetem.org/>

Qual distúrbio hidroeletrólítico pode estar associado ao desencadeamento deste quadro?

- A) Hiponatremia.
- B) Hipercalemia.
- C) Hipocalcemia.**
- D) Hiper magnesemia.
- E) Hipernatremia.

EMBRANCO

---

EM BRANCO

---