

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO PARANÁ

PROCESSO SELETIVO – EDITAL N.º 021/2026

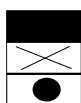
PROVA OBJETIVA

RESIDÊNCIA MÉDICA – HUC

13 DE OUTUBRO DE 2026
COM PRÉ-REQUISITO – CLÍNICA MÉDICA

INFORMAÇÕES E INSTRUÇÕES ABAIXO:

- Esta **PROVA** contém 40 questões numeradas de 01 a 40.
- Confira se sua **PROVA** contém a quantidade de questões correta. Em caso negativo, comunique imediatamente ao fiscal de sala para a substituição da prova.
- Verifique, no **CARTÃO-RESPOSTA**, se os seus dados estão registrados corretamente. Caso encontre alguma divergência, informe imediatamente ao fiscal de sala.
- Após a conferência do **CARTÃO-RESPOSTA**, assine seu nome no local indicado.
- Para as marcações do **CARTÃO-RESPOSTA**, utilize apenas caneta esferográfica, com ponta grossa e tinta **preta ou azul**.
- Para o preenchimento do **CARTÃO-RESPOSTA**, observe:
 - Para cada questão, preencher apenas uma resposta.
 - 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.
- O tempo disponível para esta prova é de 04:00hrs (quatro horas), com início às 13:00 horas e término às 17:00 horas.
- Você poderá deixar o local de prova somente após as 14:00 horas.
- Você poderá levar o **CADERNO DE PROVA** a partir das 16:00 horas.
- Você poderá ser eliminado da **PROVA**, a qualquer tempo, no caso de:
 - ausentar-se da sala sem o acompanhamento do fiscal;
 - ausentar-se do local de provas antes de decorrida 1 (uma) hora do início da **PROVA**;
 - ausentar-se da sala de provas levando **CARTÃO-RESPOSTA** da Prova Objetiva e/ou **CADERNO DE PROVA**;
 - ser surpreendido, durante a realização da **PROVA**, em comunicação com outras pessoas ou utilizando-se de livro ou qualquer material não permitido;
 - fazer uso de qualquer tipo de aparelho eletrônico ou de comunicação, bem como protetores auriculares não autorizados pela Comissão;
 - perturbar, de qualquer modo, a ordem dos trabalhos, incorrendo em comportamento indevido;
 - não cumprir com o disposto no edital do Exame.



Preenchimento correto;
Preenchimento incorreto;
Preenchimento incorreto.



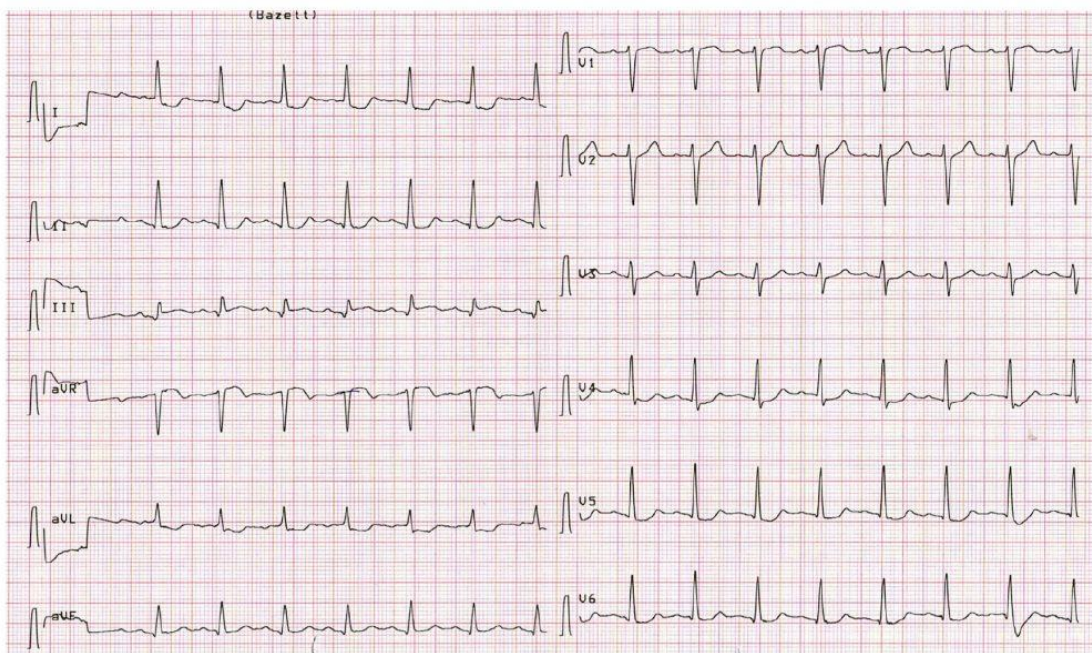
RESPOSTAS

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

1. Homem de 64 anos, hipertenso, dislipidêmico e tabagista, procura o Serviço de Emergência do Hospital Universitário Cajuru por dor retroesternal em aperto, de forte intensidade, iniciada há 90 minutos, associada a sudorese e náuseas. Na admissão, encontra-se consciente, com PA 138 × 84 mmHg, FC 78 bpm, SpO₂ 96% em ar ambiente, sem sinais de congestão pulmonar.

É realizado o eletrocardiograma a seguir.



Fonte: <https://portal.afya.com.br/>

Considerando o quadro clínico e o eletrocardiograma apresentado, qual é a conduta mais adequada neste momento?

- A) Realizar dosagem seriada de troponina de alta sensibilidade e indicar cinecoronariografia em até 24 horas caso seja confirmada necrose miocárdica.
 - B) Manter monitorização, repetir o eletrocardiograma em 15 a 30 minutos e indicar estratégia invasiva apenas se surgir supradesnívelamento do ST em duas derivações contíguas.
 - C) Administrar fibrinolítico imediatamente, pois o padrão eletrocardiográfico apresentado constitui indicação estabelecida de reperfusão farmacológica.
 - D) Solicitar angiotomografia de coronárias para confirmação anatômica da presença de obstrução coronariana antes de indicar estratégia invasiva.
 - E) Reconhecer a possibilidade de oclusão coronariana aguda e encaminhar o paciente imediatamente para cinecoronariografia com intenção de intervenção coronariana percutânea.
2. Durante o atendimento ambulatorial de um paciente com 68 anos, portador de diabetes mellitus tipo 2, doença renal crônica, estágio G3a, e síndrome coronariana crônica, o médico revisa também suas medidas de prevenção cardiovascular. O paciente relata não se lembrar de ter recebido vacinação contra influenza no último ano e desconhece sua situação vacinal para pneumococo e COVID-19.

Considerando as recomendações da Diretriz Brasileira de Síndrome Coronariana Crônica – 2025, assinale a alternativa que apresenta a orientação mais **ADEQUADA**.

- A) Recomendar vacinação pneumocócica anual se o paciente apresentar doença pulmonar crônica associada, mantendo as demais vacinas conforme o calendário habitual da população geral, além de atualizar vacinação anti Influenza e contra COVID-19.
- B) Recomendar vacinação pneumocócica e contra COVID-19, mas evitar vacinação contra influenza, uma vez que não há evidência suficiente de benefício cardiovascular em pacientes com doença coronariana estabelecida.
- C) Recomendar vacinação contra influenza anualmente, preferencialmente com vacina quadrivalente de alta dose para sua faixa etária, além de atualizar a vacinação pneumocócica e contra COVID-19.
- D) Recomendar vacinação contra influenza e pneumocócica, preferencialmente com formulação de dose convencional, evitar vacinação contra COVID-19 pelo risco trombótico.
- E) Recomendar vacinação anti Pneumocócica e anti Influenza, mas evitar a vacinação contra COVID-19 pacientes com doença coronariana estabelecida devido ao risco de miocardite ou pericardite associado às vacinas disponíveis.

3. Homem de 72 anos, tabagista, com diabetes mellitus tipo 2, hipertensão arterial e doença arterial periférica é acompanhado ambulatorialmente por episódios de dor retroesternal em aperto aos esforços moderados, sem mudança no padrão dos sintomas nos últimos meses. Foi submetido a intervenção coronariana percutânea eletiva há 5 anos e encontra-se atualmente em uso de AAS 100 mg/dia, rosuvastatina 40 mg/dia, ezetimiba 10 mg/dia, carvedilol 12,5mg a cada 12 horas e losartana 50mg ao dia.

Apresenta PA de 124 × 72 mmHg, LDL-c de 46 mg/dL e taxa de filtração glomerular estimada de 55 mL/min/1,73 m². Não apresenta anemia, história de hemorragia digestiva, acidente vascular cerebral hemorrágico ou outro fator indicativo de alto risco de sangramento.

Durante investigação da angina, foi submetido a cinecoronariografia, que demonstrou:

artéria descendente anterior: placa aterosclerótica com estenose de aproximadamente 30%;

artéria circunflexa: placa aterosclerótica com estenose de aproximadamente 30%;

artéria coronária direita: estenose de 70% em seu terço médio;

ausência de lesão de tronco de coronária esquerda.

A função ventricular esquerda é preservada.

Considerando especificamente uma estratégia destinada a reduzir a ocorrência de eventos cardiovasculares futuros, qual das alternativas abaixo é a mais **ADEQUADA**?

- A) Realizar angioplastia com implante de stent na lesão de 70% da coronária direita.
- B) Substituir o AAS em monoterapia por dupla antiagregação plaquetária prolongada com clopidogrel e ticagrelor, mantendo-a indefinidamente.
- C) Manter AAS isoladamente e acrescentar anticoagulação plena com rivaroxabana 20 mg/dia para prevenção de trombose coronariana.
- D) Manter AAS 100 mg/dia e associar rivaroxabana 2,5 mg por via oral a cada 12 horas.**
- E) Realizar angioplastia com implante de stent em todas as lesões coronarianas detectadas.

4. Homem de 76 anos apresenta dispneia progressiva aos esforços e edema de membros inferiores. Tem antecedente de síndrome do túnel do carpo bilateral, submetida a tratamento cirúrgico há seis anos. O ecocardiograma demonstra aumento da espessura ventricular esquerda, disfunção diastólica e redução do strain longitudinal global com preservação relativa dos segmentos apicais. O eletrocardiograma apresenta baixa voltagem nas derivações periféricas.

De acordo com o Posicionamento sobre Diagnóstico e Tratamento da Amiloidose Cardíaca – 2021, da Sociedade Brasileira de Cardiologia, diante da suspeita de amiloidose cardíaca por transtirretina, qual é a estratégia diagnóstica mais **ADEQUADA**?

- A) Pesquisar imunofixação sérica e urinária e relação de cadeias leves livres; se negativas, realizar cintilografia com pirofosfato e, diante de captação grau 2 ou 3, prosseguir com sequenciamento do gene TTR.**
- B) Pesquisar imunofixação sérica e urinária e relação de cadeias leves livres; se negativas, realizar ressonância cardíaca e, diante de realce tardio característico, prosseguir com sequenciamento do gene TTR.
- C) Realizar cintilografia com pirofosfato inicialmente e, diante de captação grau 2 ou 3, estabelecer o diagnóstico de ATTR e posteriormente pesquisar imunofixação sérica, urinária e cadeias leves livres.
- D) Pesquisar imunofixação sérica e urinária e relação de cadeias leves livres; se negativas, realizar biópsia de gordura abdominal e, diante de depósito amiloide, prosseguir com sequenciamento do gene TTR.
- E) Realizar ressonância cardíaca inicialmente e, diante de padrão compatível com amiloidose, pesquisar imunofixação sérica e urinária e, se negativas, confirmar ATTR por sequenciamento do gene TTR.

5. De acordo com a Clinical Practice Guideline da American Thoracic Society (ATS) de 2025 para pneumonia adquirida na comunidade (PAC), em qual dos pacientes abaixo está indicado considerar o uso de corticosteroide sistêmico como terapia adjuvante?

- A) Mulher de 74 anos com PAC lobar, FR de 24 irpm, relação PaO₂/FiO₂ de 290, ureia de 28 mg/dL e pressão arterial adequada após reposição volêmica inicial.
- B) Homem de 63 anos com PAC bilateral, FR de 31 irpm, relação PaO₂/FiO₂ de 235 e teste positivo para influenza A, necessitando ventilação mecânica invasiva por insuficiência respiratória.
- C) Homem de 67 anos com PAC, FR de 32 irpm, relação PaO₂/FiO₂ de 220, infiltrados multilobares e teste para influenza negativo, mantendo pressão arterial adequada sem necessidade de vasopressor.**
- D) Mulher de 71 anos com PAC lobar, FR de 28 irpm, relação PaO₂/FiO₂ de 270, proteína C-reativa de 190 mg/L e leucócitos de 17.000/mm³, sem disfunção orgânica associada.
- E) Homem de 69 anos com PAC multilobar, FR de 26 irpm, relação PaO₂/FiO₂ de 280 e ureia de 32 mg/dL, mantendo-se lúcido e hemodinamicamente estável após hidratação inicial.

6. Homem de 42 anos procura consulta ambulatorial preocupado com os valores de sua pressão arterial, pois realizou medidas ocasionais entre 130 e 135 mmHg de pressão sistólica. É assintomático, não fuma e não apresenta diabetes mellitus, doença renal crônica ou doença cardiovascular estabelecida.

Em duas consultas distintas, após técnica adequada de aferição, apresentou média de PA de 134 × 84 mmHg. A avaliação complementar não demonstra lesão de órgão-alvo, e o paciente é classificado como de baixo risco cardiovascular.

De acordo com a Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial – 2025, qual é a conduta mais **ADEQUADA**?

- A) Classificar como hipertensão estágio 1, recomendar medidas não medicamentosas e iniciar monoterapia anti-hipertensiva visando pressão arterial inferior a 130/80 mmHg.
- B) Classificar como pré-hipertensão, recomendar medidas não medicamentosas e iniciar monoterapia anti-hipertensiva visando prevenir sua progressão para hipertensão arterial estabelecida.
- C) Classificar como pressão arterial normal, recomendar medidas não medicamentosas e realizar acompanhamento periódico, sem necessidade de investigação cardiovascular complementar neste momento.
- D) Classificar como hipertensão estágio 1, recomendar inicialmente medidas não medicamentosas e iniciar tratamento farmacológico caso a pressão permaneça elevada após três meses.
- E) Classificar como pré-hipertensão, recomendar medidas não medicamentosas e acompanhamento periódico, sem indicação de tratamento farmacológico neste momento.

7. Homem de 78 anos procura o pronto-socorro por palpitações de início súbito há aproximadamente 12 horas. É hipertenso, diabético e apresenta antecedente de doença arterial periférica. Nega episódios prévios de fibrilação atrial e não faz uso de anticoagulantes.

Na admissão apresenta PA de 132 × 78 mmHg, FC de 138 bpm, SpO₂ de 97% em ar ambiente, sem dor torácica, dispneia, alteração do nível de consciência ou sinais de congestão. Ecocardiograma prévio demonstra fração de ejeção ventricular esquerda preservada.

O traçado do monitor cardíaco demonstra ritmo de Fibrilação Atrial.

De acordo com a Diretriz Brasileira de Fibrilação Atrial – 2025, qual é a estratégia mais **ADEQUADA** neste momento?

- A) Realizar cardioversão elétrica sincronizada imediatamente e iniciar anticoagulação posteriormente, pois o início dos sintomas ocorreu há menos de vinte e quatro horas.
- B) Realizar controle da frequência ventricular e iniciar anticoagulação, postergando a cardioversão até anticoagulação adequada ou exclusão de trombo atrial por ecocardiograma transesofágico.
- C) Realizar controle da frequência ventricular sem iniciar anticoagulação, mantendo estratégia de controle de frequência caso o paciente permaneça clinicamente estável durante a observação.
- D) Iniciar anticoagulação e realizar cardioversão química imediatamente, sem necessidade de ecocardiograma transesofágico, considerando a duração inferior a quarenta e oito horas.
- E) Iniciar anticoagulação e realizar cardioversão elétrica imediatamente, sem necessidade de ecocardiograma transesofágico, considerando a duração inferior a quarenta e oito horas.

8. Homem de 68 anos, ex-tabagista de 45 anos-maço, apresenta dispneia aos esforços e tosse crônica. Espirometria pós-broncodilatador demonstra relação VEF₁/CVF de 0,58, confirmando DPOC. Nunca utilizou tratamento inalatório de manutenção.

Nos últimos 12 meses apresentou duas exacerbações moderadas, tratadas ambulatorialmente, sem necessidade de internação. Hemograma realizado fora dos episódios de exacerbação demonstra 360 eosinófilos/μL. Não apresenta história ou características clínicas de asma.

De acordo com o Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD) 2026, qual estratégia farmacológica inicial pode ser considerada para esse paciente?

- A) Iniciar LABA + LAMA + corticosteroide inalatório, considerando o risco de exacerbações e a contagem elevada de eosinófilos sanguíneos.
- B) Iniciar LABA + LAMA sem corticosteroide inalatório, independentemente da contagem de eosinófilos, reservando terapia tripla para exacerbações durante o seguimento.
- C) Iniciar LABA + corticosteroide inalatório sem LAMA, considerando que eosinófilos elevados predizem maior benefício do corticosteroide inalatório.
- D) Iniciar LAMA em monoterapia e reavaliar a ocorrência de exacerbações antes de associar um segundo broncodilatador de longa duração.
- E) Iniciar corticosteroide inalatório em monoterapia e associar broncodilatadores de longa duração apenas caso persistam sintomas ou novas exacerbações.

9. Cinco pacientes encontram-se internados com lesão renal aguda estágio 3. Após avaliação clínica e laboratorial, discute-se a necessidade de início de terapia renal substitutiva.

Considerando os critérios propostos pelo protocolo AKI-SCAMP para início de terapia renal substitutiva, qual dos pacientes abaixo apresenta indicação para início urgente do procedimento?

- A) Mulher de 71 anos, com pH arterial de 7,21, bicarbonato de 12 mEq/L, creatinina de 6,3 mg/dL, diurese de 350 mL/24 h e estabilidade hemodinâmica.
 - B) Homem de 68 anos, com diurese de 130 mL nas últimas 24 horas, creatinina de 7,9 mg/dL, potássio de 5,7 mEq/L e ausência de manifestações urêmicas.
 - C) Mulher de 76 anos, com ureia de 184 mg/dL, creatinina de 8,4 mg/dL, potássio de 5,5 mEq/L, pH de 7,29 e exame neurológico normal.
 - D) Homem de 64 anos, com acidose metabólica e pH arterial de 7,16, bicarbonato de 10 mEq/L, creatinina de 5,8 mg/dL, diurese de 220 mL/24 h e potássio de 5,6 mEq/L.**
 - E) Homem de 73 anos, com edema periférico importante, creatinina de 6,9 mg/dL, potássio de 5,8 mEq/L e hipoxemia controlada com FiO_2 de 50%.
10. Homem de 72 anos, com doença renal crônica estágio G4, é atendido no pronto-socorro por hipercalemia persistente após as medidas iniciais de tratamento. Como parte da estratégia para redução do potássio corporal, é administrado clossilicato de zircônio sódico.

Qual dos mecanismos abaixo melhor explica a ação desse medicamento?

- A) Liga-se ao potássio predominantemente no cólon, trocando-o por cálcio e formando um complexo não absorvível posteriormente eliminado pelas fezes.
 - B) Estimula a secreção tubular distal de potássio, aumentando a atividade dos canais epiteliais de sódio e promovendo maior excreção renal de potássio.
 - C) Liga-se seletivamente ao potássio no lúmen gastrointestinal, trocando-o principalmente por sódio e hidrogênio e aumentando sua eliminação pelas fezes.**
 - D) Inibe a reabsorção de sódio no túbulo distal, aumentando sua oferta aos segmentos coletores e favorecendo secundariamente a secreção urinária de potássio.
 - E) Promove entrada intracelular de potássio pela ativação da Na^+/K^+ -ATPase, reduzindo temporariamente sua concentração plasmática sem aumentar sua eliminação corporal.
11. Homem de 64 anos, com diabetes mellitus tipo 2 e doença renal crônica, comparece para acompanhamento ambulatorial. Apresenta PA de 126 × 74 mmHg e HbA1c de 7,0%. Exames demonstram TFGe de 38 mL/min/1,73 m², relação albumina/creatinina urinária de 420 mg/g e potássio sérico de 4,5 mEq/L.

Encontra-se em uso de losartana na maior dose tolerada e empagliflozina, com boa adesão ao tratamento. Não apresenta insuficiência cardíaca ou outra indicação específica para antagonista esteroide do receptor mineralocorticoide.

De acordo com o KDIGO 2024 Clinical Practice Guideline for the Evaluation and Management of Chronic Kidney Disease, qual estratégia adicional é mais adequada para reduzir o risco de progressão da doença renal e eventos cardiovasculares?

- A) Associar espironolactona ao tratamento, mantendo o bloqueio do sistema renina-angiotensina e o inibidor de SGLT2, com monitorização periódica do potássio sérico.
- B) Associar finerenona ao tratamento, mantendo o bloqueio do sistema renina-angiotensina e o inibidor de SGLT2, com monitorização periódica do potássio sérico.**
- C) Associar um inibidor da enzima conversora de angiotensina à losartana, mantendo o inibidor de SGLT2, com monitorização periódica da função renal.
- D) Substituir a losartana por um inibidor direto da renina, mantendo o inibidor de SGLT2, com monitorização periódica da função renal.
- E) Suspender a losartana e iniciar finerenona isoladamente, mantendo o inibidor de SGLT2, com monitorização periódica do potássio sérico.

12. Homem de 66 anos encontra-se internado em unidade de terapia intensiva após acidente vascular cerebral hemorrágico, apresentando edema cerebral e pressão intracraniana elevada. Evolui com choque séptico, em uso de noradrenalina, e lesão renal aguda estágio 3, com oligúria persistente, acidose metabólica e indicação de terapia renal substitutiva. Apresenta PA de 92 × 54 mmHg, em uso de noradrenalina 1,2 µg/kg/min, e permanece sob monitorização da pressão intracraniana.

Considerando a condição clínica e a necessidade de terapia renal substitutiva, qual modalidade é mais **APROPRIADA**?

- A) Iniciar hemodiálise intermitente convencional, permitindo remoção rápida de solutos e fluidos e menor tempo de exposição ao circuito extracorpóreo.
 - B) Iniciar hemodiálise intermitente diária, reduzindo a duração de cada sessão e aumentando progressivamente a ultrafiltração conforme a tolerância hemodinâmica.
 - C) Iniciar ultrafiltração isolada intermitente, priorizando inicialmente a retirada de volume e postergando a depuração de solutos até estabilização hemodinâmica.
 - D) Iniciar hemodiálise intermitente convencional sem ultrafiltração, priorizando inicialmente a correção metabólica e realizando retirada de volume após estabilização hemodinâmica.
 - E) Iniciar terapia renal substitutiva contínua, permitindo remoção gradual de solutos e fluidos e maior estabilidade hemodinâmica e osmótica.
13. Homem de 67 anos, com diabetes mellitus tipo 2, é internado em enfermaria para tratamento de pneumonia adquirida na comunidade. Encontra-se hemodinamicamente estável, sem disfunção orgânica e mantém alimentação por via oral regularmente. Durante as primeiras 24 horas de internação, apresenta glicemias capilares entre 210 e 280 mg/dL.

De acordo com o Standards of Care in Diabetes – 2026, da American Diabetes Association, qual é a estratégia mais **ADEQUADA** para o controle glicêmico durante a internação?

- A) Instituir esquema com insulina basal, doses prandiais e doses de correção, ajustadas de acordo com a evolução das glicemias durante a internação.
 - B) Instituir doses de insulina regular para correção das hiperglicemias, administradas conforme a glicemia capilar antes das principais refeições.
 - C) Instituir esquema com insulina basal associada exclusivamente a doses de correção, independentemente da quantidade de carboidratos ingerida durante as refeições.
 - D) Instituir infusão intravenosa contínua de insulina, ajustando sua velocidade para manutenção das glicemias entre 100 e 180 mg/dL durante a internação.
 - E) Manter exclusivamente os medicamentos antidiabéticos utilizados ambulatorialmente, acrescentando insulina apenas se ocorrerem glicemias persistentemente superiores a 300 mg/dL.
14. Homem de 58 anos, com antecedente de infarto agudo do miocárdio há três anos, procura atendimento para tratamento da obesidade. Apresenta IMC de 32 kg/m², HbA1c de 5,6% e glicemia de jejum de 96 mg/dL, sem diagnóstico de diabetes mellitus. Encontra-se em tratamento otimizado para prevenção cardiovascular secundária e deseja iniciar tratamento farmacológico para obesidade.

Considerando especificamente a escolha de uma terapia que, além de promover perda de peso, apresente evidência proveniente de ensaio clínico randomizado de redução de eventos cardiovasculares maiores nessa população, qual é a opção mais **ADEQUADA**?

- A) Tirzepatida em dose máxima tolerada, por apresentar maior redução média de peso e evidência de redução de eventos cardiovasculares maiores em pessoas com obesidade, independentemente de diabetes.
- B) Liraglutida 3,0 mg ao dia, por apresentar evidência de redução de eventos cardiovasculares maiores em pessoas com obesidade e doença cardiovascular estabelecida, independentemente de diabetes.
- C) Semaglutida 2,4 mg semanal, por apresentar evidência de redução de eventos cardiovasculares maiores em pessoas com sobrepeso ou obesidade e doença cardiovascular estabelecida, sem diabetes.
- D) Sibutramina em dose titulada, por promover perda ponderal associada à redução de eventos cardiovasculares maiores em pessoas com obesidade e doença cardiovascular estabelecida.
- E) Nenhuma das terapias farmacológicas, pois a redução ponderal obtida com medicamentos para obesidade ainda não demonstrou redução de eventos cardiovasculares maiores nessa população.

15. Homem de 31 anos, praticante de musculação, procura consulta médica solicitando prescrição de testosterona para aumento de massa muscular e melhora do desempenho físico. Nega redução da libido ou disfunção erétil. Exames prévios ao início do uso de hormônios demonstravam testosterona total de 360ng/dL. Relata que amigos da academia realizam acompanhamento médico durante o uso e pergunta se poderia fazer o mesmo para reduzir os potenciais riscos.

Considerando as recomendações vigentes do Conselho Federal de Medicina, qual é a conduta mais **ADEQUADA**?

- A) Prescrever testosterona após consentimento informado, desde que sejam realizados hemograma, perfil lipídico, função hepática e avaliação cardiovascular periódicos durante todo o período de utilização.
 - B) Prescrever testosterona em doses que mantenham níveis séricos próximos ao limite superior da normalidade, desde que o paciente não pratique esporte competitivo e compreenda os potenciais riscos.
 - C) Substituir a testosterona por modulador seletivo do receptor androgênico, por apresentar ação predominantemente muscular e menor frequência de efeitos endócrinos e cardiovasculares sistêmicos.
 - D) Prescrever testosterona manipulada em formulação bioidêntica, desde que acompanhada de monitorização hormonal periódica e utilizada exclusivamente com finalidade estética, sem participação em competições esportivas.
 - E) Não prescrever testosterona para essa finalidade, orientar sobre os riscos associados ao uso e avaliar eventuais complicações, reservando terapia hormonal para deficiência específica adequadamente comprovada.
16. Homem de 41 anos, praticante de musculação há 15 anos, relata uso intermitente de esteroides androgênicos anabolizantes durante aproximadamente oito anos, suspensos há três anos. Procura atendimento por redução progressiva da tolerância aos esforços. Apresenta PA de 136 × 82 mmHg, perfil lipídico atualmente normal e hematócrito de 46%. O ecocardiograma demonstra aumento da massa ventricular esquerda, FEVE de 48%, redução do strain longitudinal global do ventrículo esquerdo e redução do strain longitudinal do ventrículo direito. Angiotomografia coronariana não evidencia doença arterial coronariana obstrutiva.

Considerando as evidências atuais sobre os efeitos cardiovasculares do uso prolongado de esteroides androgênicos anabolizantes, qual interpretação é a mais **ADEQUADA**?

- A) O conjunto de hipertrofia miocárdica e discreta redução da função ventricular é compatível com remodelamento fisiológico do treinamento resistido, que pode permanecer demonstrável mesmo anos após sua redução.
 - B) A ausência de doença coronariana obstrutiva torna improvável cardiotoxicidade relacionada aos anabolizantes, pois a principal via para disfunção ventricular nessa população é a aterosclerose coronariana acelerada.
 - C) A presença de disfunção ventricular direita torna improvável cardiotoxicidade relacionada aos anabolizantes, pois o remodelamento descrito nesses usuários acomete predominantemente a estrutura e a função ventricular esquerda.
 - D) O conjunto de hipertrofia miocárdica e disfunção sistólica biventricular é compatível com cardiopatia associada aos anabolizantes, que pode permanecer demonstrável mesmo anos após a interrupção do uso.
 - E) A normalização atual do hematócrito e do perfil lipídico torna improvável cardiotoxicidade persistente, pois as alterações miocárdicas acompanham principalmente os efeitos metabólicos presentes durante a exposição ativa.
17. Mulher de 43 anos procura atendimento por astenia progressiva, perda de 6 kg nos últimos quatro meses, náuseas, redução do apetite e episódios frequentes de tontura ao se levantar. Relata também aumento recente da preferência por alimentos salgados. Ao exame, apresenta PA de 94 × 60 mmHg em decúbito e 78 × 48 mmHg em ortostatismo, além de escurecimento difuso da pele, mais evidente em pregas palmares e mucosa oral. Exames laboratoriais mostram sódio de 128 mEq/L e potássio de 5,8 mEq/L.

Considerando a hipótese de insuficiência adrenal, qual interpretação é a mais **ADEQUADA**?

- A) O quadro favorece insuficiência adrenal primária, na qual a deficiência de cortisol e aldosterona associa-se à elevação do ACTH e da atividade da renina plasmática.
- B) O quadro favorece insuficiência adrenal secundária, na qual a deficiência de cortisol e aldosterona associa-se à redução do ACTH e ao aumento compensatório da atividade da renina.
- C) O quadro favorece insuficiência adrenal primária, na qual a deficiência isolada de cortisol associa-se à redução do ACTH e preservação da secreção de aldosterona.
- D) O quadro favorece insuficiência adrenal secundária, na qual a deficiência de cortisol associa-se à elevação compensatória do ACTH e à manutenção da secreção de aldosterona.
- E) O quadro não permite diferenciar insuficiência adrenal primária de secundária, pois hiperpigmentação, hipercalemia e desejo por sal podem ocorrer com frequência semelhante nas duas formas.

18. Homem de 74 anos é internado por febre e disúria. Urocultura apresenta crescimento de *Enterococcus faecalis* e, apesar do início de antibioticoterapia, mantém febre. Dois conjuntos de hemoculturas coletados antes do tratamento também apresentam crescimento de *E. faecalis*. Ao exame, observa-se novo sopro sistólico em foco mitral. Ecocardiograma transesofágico não demonstra vegetações ou abscessos, porém evidencia insuficiência mitral moderada a importante com ruptura de cordoalha, ausente em ecocardiograma realizado seis meses antes.

De acordo com os critérios Duke-ISCVID 2023, qual é a interpretação diagnóstica mais **ADEQUADA**?

- A) Endocardite infecciosa possível, pela presença de um critério maior microbiológico e um critério menor cardíaco, pois ausência de vegetação impede critério maior de imagem.
 - B) Endocardite infecciosa possível, pela presença de um critério maior de imagem e um critério menor microbiológico, pois bacteremia de provável origem urinária não constitui critério maior.
 - C) Endocardite infecciosa definida, pela presença de um critério maior microbiológico e um critério maior de imagem.
 - D) Endocardite infecciosa possível, pela presença de bacteremia persistente e nova insuficiência mitral, sendo necessária demonstração de fenômeno vascular ou imunológico para defini-la.
 - E) Endocardite infecciosa rejeitada, pois a identificação de foco urinário associado à bacteremia e a ausência de vegetações tornam improvável o comprometimento infeccioso valvar.
19. Mulher de 58 anos encontra-se internada para investigação de anemia e passa a apresentar disúria, polaciúria e urgência miccional. Está afebril, hemodinamicamente estável e não apresenta dor lombar ou sinais de infecção sistêmica. Não utiliza cateter urinário e apresenta função renal normal.

A urocultura identifica *Escherichia coli* produtora de beta-lactamase de espectro estendido (ESBL), resistente a sulfametoxazol-trimetoprima, nitrofurantoína e fluoroquinolonas.

De acordo com o IDSA Guidance on the Treatment of Antimicrobial-Resistant Gram-Negative Infections – 2026, qual é a estratégia mais **ADEQUADA**?

- A) Iniciar meropenem intravenoso por cinco dias, considerando que a produção de ESBL torna os carbapenêmicos a terapia preferencial para qualquer infecção urinária sintomática.
 - B) Iniciar ertapenem intravenoso por três dias, considerando seu menor espectro antipseudomonas e sua eficácia superior aos aminoglicosídeos nas infecções urinárias por ESBL.
 - C) Administrar amicacina diariamente por cinco dias, considerando que a eficácia microbiológica dos aminoglicosídeos depende da manutenção prolongada de altas concentrações urinárias.
 - D) Iniciar cefepime intravenoso em dose otimizada, considerando que a sensibilidade fenotípica às cefalosporinas permite seu uso seguro nas infecções urinárias causadas por ESBL.
 - E) Administrar dose única de amicacina, aproveitando sua elevada concentração no trato urinário e evitando exposição desnecessária a antimicrobianos de espectro mais amplo.
20. Homem de 68 anos encontra-se internado há 18 dias para tratamento de infecção osteoarticular por *Staphylococcus aureus* resistente à meticilina, recebendo vancomicina intravenosa. Evolui com cinco episódios diários de diarreia aquosa e dor abdominal leve. Está afebril e hemodinamicamente estável, sem distensão abdominal ou sinais de irritação peritoneal. Apresenta leucócitos de $13.800/\text{mm}^3$ e creatinina semelhante ao valor basal. A pesquisa de toxina para *Clostridioides difficile* nas fezes é positiva.

Considerando o primeiro episódio de infecção por *C. difficile*, sem critérios de doença fulminante, qual é a conduta mais **ADEQUADA**?

- A) Manter vancomicina intravenosa na dose atualmente utilizada, pois concentrações séricas terapêuticas são suficientes para o tratamento concomitante da infecção intestinal por *C. difficile*.
- B) Associar vancomicina 125 mg por via oral a cada 6 horas por 10 dias, mantendo a vancomicina intravenosa enquanto persistir sua indicação para a infecção osteoarticular.
- C) Substituir a vancomicina intravenosa pela formulação oral na dose de 125 mg a cada 6 horas, permitindo o tratamento simultâneo das duas infecções bacterianas.
- D) Associar metronidazol intravenoso à vancomicina intravenosa por 10 dias, reservando a administração de vancomicina oral para pacientes com doença grave ou recorrente.
- E) Suspender a vancomicina intravenosa e iniciar metronidazol por via oral durante 10 dias, reiniciando o tratamento antiestafilocócico após resolução completa da diarreia.

21. Homem de 61 anos, com cirrose hepática por doença hepática associada ao álcool, procura o pronto-socorro por hematêmese volumosa e melenas. Há 12 dias apresentou infarto agudo do miocárdio, sendo submetido a angioplastia coronariana com implante de stent farmacológico. Durante a internação cardiológica apresentou episódios recorrentes de angina, com evidência de isquemia miocárdica residual. Na admissão atual apresenta PA de 102 × 64 mmHg, FC de 104 bpm, Hb de 8,6 g/dL e plaquetas de 82.000/mm³. Após estabilização inicial, há forte suspeita de hemorragia por varizes esofágicas.

De acordo com as recomendações contemporâneas para o manejo da hemorragia varicosa aguda (APASL 2025/AASLD 2024), qual é a estratégia inicial mais **ADEQUADA**?

- A) Iniciar octreotida intravenosa e ceftriaxona, realizar endoscopia digestiva alta em até 12 horas e proceder à ligadura elástica caso seja confirmado sangramento de varizes esofágicas.
- B) Iniciar terlipressina intravenosa e ceftriaxona, realizar endoscopia digestiva alta em até 12 horas e proceder à ligadura elástica caso seja confirmado sangramento de varizes esofágicas.
- C) Iniciar octreotida intravenosa e omeprazol, realizar endoscopia digestiva alta em até 12 horas e iniciar antibiótico profilaxia apenas se for confirmado sangramento de varizes esofágicas.
- D) Iniciar ceftriaxona intravenosa e omeprazol, realizar endoscopia digestiva alta em até 12 horas e iniciar terapia vasoativa apenas se houver sangramento ativo durante o procedimento.
- E) Iniciar octreotida intravenosa e ceftriaxona, realizar endoscopia digestiva alta após 24 horas de estabilização e proceder à ligadura elástica caso sejam identificadas varizes esofágicas.

22. Homem de 58 anos, com obesidade e diabetes mellitus tipo 2, apresenta esteatose hepática à ultrassonografia realizada durante investigação de discreta elevação das aminotransferases. Nega consumo significativo de álcool. Apresenta AST 52 U/L, ALT 46 U/L e plaquetas de 140.000/mm³. O FIB-4 calculado é de 3,2.

De acordo com a EASL–EASD–EASO Clinical Practice Guideline para MASLD – 2024, qual é a estratégia mais adequada para avaliação do risco de fibrose hepática avançada?

- A) Realizar biópsia hepática como investigação de segunda etapa, pois FIB-4 acima de 2,67 estabelece alto risco e exige confirmação histológica da presença de fibrose avançada.
- B) Repetir aminotransferases e FIB-4 após um ano de intervenção metabólica, pois alterações laboratoriais persistentes são necessárias antes da realização de métodos adicionais de avaliação.
- C) Realizar ultrassonografia hepática anual para quantificação da esteatose, utilizando sua progressão como principal marcador não invasivo para identificação do desenvolvimento de fibrose avançada.
- D) Realizar elastografia hepática como avaliação não invasiva de segunda etapa, utilizando o resultado para refinar o risco de fibrose avançada e necessidade de avaliação especializada.
- E) Solicitar ressonância magnética com quantificação da gordura hepática, utilizando o conteúdo de gordura como método preferencial para definir o risco individual de progressão para fibrose avançada.

23. Mulher de 56 anos, com obesidade e hipertensão arterial, é acompanhada por doença hepática esteatótica associada à disfunção metabólica. Apesar de intervenção estruturada sobre dieta, atividade física e perda ponderal, mantém doença hepática ativa. Biópsia hepática demonstra esteato-hepatite associada à disfunção metabólica (MASH) com fibrose F3, sem evidências de cirrose.

Considerando as opções farmacológicas disponíveis no Brasil e as recomendações atuais, qual estratégia apresenta indicação específica para o tratamento da MASH na paciente?

- A) Tirzepatida em dose progressiva semanal, associada às intervenções de estilo de vida e ao controle dos fatores de risco metabólicos.
- B) Pioglitazona em dose diária, associada às intervenções de estilo de vida e ao controle dos fatores de risco metabólicos.
- C) Semaglutida semanal, associada às intervenções de estilo de vida e ao controle dos fatores de risco metabólicos.
- D) Retatrutida em dose diária, associada às intervenções de estilo de vida e ao controle dos fatores de risco metabólicos.
- E) Ácido ursodesoxicólico em dose ponderal, associado às intervenções de estilo de vida e ao controle dos fatores de risco metabólicos.

24. Homem de 72 anos, previamente independente para todas as atividades (mRS prévio 0), é trazido ao pronto-socorro por hemiplegia esquerda, desvio conjugado do olhar e heminegligência, com início dos sintomas há aproximadamente 10 horas. Apresenta NIHSS de 18.

A tomografia de crânio não demonstra hemorragia, apresentando alterações isquêmicas precoces com ASPECTS 4, sem efeito de massa significativo. A angiotomografia evidencia oclusão do segmento M1 da artéria cerebral média direita.

De acordo com a AHA/ASA Guideline for the Early Management of Patients With Acute Ischemic Stroke – 2026, qual é a estratégia de reperfusão mais adequada?

- A) Não indicar trombectomia mecânica, pois ASPECTS inferior a 6 caracteriza extenso núcleo isquêmico estabelecido e ausência de benefício demonstrado com reperfusão endovascular tardia.
- B) Não indicar trombectomia mecânica, pois o intervalo superior a 6 horas associado a ASPECTS inferior a 6 constitui contraindicação à reperfusão endovascular na circulação anterior.
- C) Indicar trombólise intravenosa guiada por imagem de perfusão como estratégia preferencial, reservando trombectomia mecânica apenas aos pacientes com ASPECTS igual ou superior a 6.
- D) Indicar tratamento clínico e repetir neuroimagem em 24 horas, considerando trombectomia apenas se houver estabilidade do núcleo isquêmico e persistência da oclusão arterial proximal.
- E) Indicar trombectomia mecânica, pois pacientes selecionados com oclusão proximal da circulação anterior e ASPECTS entre 3 e 5 podem beneficiar-se do procedimento mesmo entre 6 e 24 horas.

25. Homem de 66 anos, hipertenso e dislipidêmico, procura o pronto-socorro 2 horas após início súbito de parestesia e redução da sensibilidade em hemiface e membro superior esquerdos. Ao exame, apresenta discreta paresia facial central e hipoestesia à esquerda, sem déficit motor nos membros, afasia, alteração visual ou dificuldade para deambular. O NIHSS é 2.

A tomografia de crânio não evidencia hemorragia e a angiotomografia não demonstra oclusão de grande vaso. O paciente não apresenta fibrilação atrial ou outra fonte cardioembólica conhecida.

De acordo com a AHA/ASA Guideline for the Early Management of Patients With Acute Ischemic Stroke – 2026, qual é a estratégia antitrombótica mais adequada?

- A) Realizar trombólise intravenosa com tenecteplase e iniciar ácido acetilsalicílico em monoterapia após 24 horas, caso a neuroimagem de controle exclua hemorragia.
- B) Iniciar precocemente dupla antiagregação com ácido acetilsalicílico e clopidogrel por 21 dias, seguida posteriormente de antiagregação plaquetária em monoterapia.
- C) Realizar trombólise intravenosa com alteplase e iniciar dupla antiagregação plaquetária após 24 horas, caso a neuroimagem de controle exclua hemorragia.
- D) Iniciar precocemente ácido acetilsalicílico em monoterapia, reservando dupla antiagregação apenas para pacientes que apresentem recorrência isquêmica durante a internação.
- E) Iniciar precocemente anticoagulação oral com inibidor do fator Xa, considerando que a dupla antiagregação apresenta benefício limitado na prevenção de recorrência precoce.

26. Cinco pacientes adultos encontram-se internados, todos sem sangramento ativo ou manifestações hemorrágicas relevantes. Considerando as recomendações atuais para transfusão de plaquetas, em qual dos pacientes abaixo está indicada a transfusão profilática de concentrado de plaquetas?

- A) Homem de 54 anos, em quimioterapia de indução para leucemia mieloide aguda, clinicamente estável, com contagem de plaquetas de 9.000/mm³.
- B) Mulher de 41 anos, com púrpura trombocitopênica imune, clinicamente estável e sem sangramento, com contagem de plaquetas de 8.000/mm³.
- C) Homem de 36 anos, internado com dengue, hemodinamicamente estável e sem manifestações hemorrágicas, com contagem de plaquetas de 7.000/mm³.
- D) Mulher de 62 anos, com indicação de inserção de cateter venoso central em sítio compressível, clinicamente estável, com contagem de plaquetas de 25.000/mm³.
- E) Homem de 49 anos, com indicação de punção lombar diagnóstica, clinicamente estável, com contagem de plaquetas de 51.000/mm³.

27. Homem de 74 anos apresenta declínio cognitivo progressivo há aproximadamente dois anos, inicialmente caracterizado por dificuldade visuoespacial, flutuações importantes da atenção e episódios recorrentes de alucinações visuais bem formadas. A esposa também relata episódios de movimentação intensa durante o sono. Cerca de seis meses após o início dos sintomas cognitivos, passou a apresentar bradicinesia, rigidez e alteração da marcha. Durante internação recente por agitação, recebeu haloperidol e evoluiu com acentuada piora do parkinsonismo e redução do nível de consciência.

De acordo com o Consenso Brasileiro de Demências da Academia Brasileira de Neurologia, qual é a interpretação mais adequada?

- A) O quadro favorece demência da doença de Parkinson, pois o desenvolvimento posterior de sintomas motores estabelece doença de Parkinson como causa primária do comprometimento cognitivo.
- B) O quadro favorece doença de Alzheimer com parkinsonismo associado, pois as alucinações visuais e as flutuações cognitivas são manifestações frequentes nos estágios iniciais dessa doença.
- C) O quadro favorece demência com corpos de Lewy, pois o comprometimento cognitivo precedeu o parkinsonismo em menos de um ano, sendo ainda característica a elevada sensibilidade aos antipsicóticos.**
- D) O quadro favorece demência frontotemporal com parkinsonismo, pois sintomas visuoespaciais precoces e transtorno comportamental do sono REM são características típicas dessa apresentação.
- E) O quadro não permite diferenciar demência com corpos de Lewy de demência da doença de Parkinson sem demonstração de redução da captação dopaminérgica em exame funcional.

28. Mulher de 48 anos, submetida a bypass gástrico em Y de Roux há quatro anos, apresenta fadiga progressiva. Exames mostram Hb 9,4 g/dL, VCM 72 fL, ferritina 7 ng/mL e saturação de transferrina de 6%. Não apresenta sangramento gastrointestinal ou ginecológico identificado.

Há três meses utiliza sulfato ferroso por via oral regularmente, com boa adesão, mas mantém anemia e estoques de ferro reduzidos. Não apresenta instabilidade hemodinâmica ou sintomas que indiquem transfusão de concentrado de hemácias.

De acordo com as recomendações atuais para tratamento da anemia ferropriva, qual é a conduta mais adequada?

- A) Aumentar a dose diária de ferro oral, considerando que doses maiores compensam a redução da absorção intestinal após o procedimento bariátrico.
- B) Associar vitamina C ao ferro oral, considerando que a acidificação intestinal geralmente restabelece a absorção adequada após o procedimento bariátrico.
- C) Substituir o sulfato ferroso por outra formulação oral, considerando que diferentes sais de ferro apresentam absorção substancialmente superior após o procedimento bariátrico.
- D) Transfundir concentrado de hemácias e manter ferro oral, considerando que hemoglobina inferior a 10 g/dL constitui indicação para correção transfusional da anemia.
- E) Administrar ferro por via intravenosa, considerando a deficiência persistente e a redução da absorção intestinal de ferro relacionada ao procedimento bariátrico.**

29. Homem de 64 anos encontra-se internado em unidade de terapia intensiva por choque séptico de foco abdominal e evolui com sangramento persistente em sítios de punção. Os exames demonstram plaquetas de 72.000/mm³, prolongamento do TP e TTPa, dímero-D acentuadamente elevado e fibrinogênio de 72 mg/dL. Após tratamento da causa de base e administração de plasma fresco congelado, mantém sangramento e fibrinogênio de 78 mg/dL.

Considerando o quadro de coagulação intravascular disseminada e as recomendações para hemoterapia, qual é a conduta mais adequada neste momento?

- A) Administrar complexo protrombínico de quatro fatores, visando reposição de fibrinogênio e correção rápida das alterações dos testes de coagulação.
- B) Administrar crioprecipitado, visando reposição de fibrinogênio diante da hipofibrinogenemia grave persistente associada a sangramento ativo.**
- C) Administrar concentrado de plaquetas, visando correção da coagulopatia de consumo apesar da contagem plaquetária superior ao limiar transfusional habitual.
- D) Repetir exclusivamente plasma fresco congelado, visando elevar especificamente o fibrinogênio sem necessidade de utilização de produtos mais concentrados.
- E) Administrar concentrado de hemácias, visando melhorar a hemostasia primária e reduzir secundariamente o consumo dos fatores de coagulação.

30. Mulher de 38 anos, sem fatores de risco transitórios para trombose, apresentou trombose venosa profunda proximal espontânea em membro inferior. Durante a investigação, foram detectados anticoagulante lúpico, anticardiolipina IgG em alto título e anti- β 2-glicoproteína I IgG, todos novamente positivos após 12 semanas. Não apresenta história prévia de sangramento relevante e possui função renal normal.

Após o tratamento anticoagulante da fase aguda, qual é a estratégia antitrombótica de longo prazo mais adequada?

- A) Manter anticoagulação com rivaroxabana, na dose terapêutica habitual, considerando eficácia semelhante e maior praticidade em pacientes com evento venoso isolado.
- B) Manter anticoagulação com apixabana, na dose terapêutica habitual, considerando menor risco hemorrágico e eficácia semelhante em pacientes com perfil triplo-positivo.
- C) Manter anticoagulação com varfarina, com alvo de INR entre 3,0 e 4,0, considerando que a tripla positividade exige anticoagulação de maior intensidade.
- D) Manter anticoagulação com varfarina, com alvo de INR entre 2,0 e 3,0, considerando o evento venoso não provocado e o perfil triplo-positivo.**
- E) Suspende anticoagulação após seis meses e iniciar ácido acetilsalicílico, considerando que o evento foi exclusivamente venoso e não houve recorrência durante o tratamento.

31. Homem de 67 anos encontra-se internado em unidade de terapia intensiva no pós-operatório de cirurgia abdominal de grande porte. Evolui com hipotensão arterial persistente e sinais de hipoperfusão periférica. Está sedado, em ventilação mecânica controlada, em ritmo sinusal e possui cateter arterial conectado ao sistema FloTrac.

A monitorização demonstra:

PAM: 58 mmHg

Índice cardíaco: 4,4 L/min/m²

resistência vascular sistêmica: 520 dyn·s·cm⁻⁵

variação do volume sistólico (SVV): 8%

lactato: 4,1 mmol/L

Considerando os parâmetros hemodinâmicos apresentados, qual é a interpretação mais adequada?

- A) O perfil é predominantemente distributivo, caracterizado por débito cardíaco elevado e redução acentuada da resistência vascular sistêmica, sem evidência de responsividade volêmica importante.**
- B) O perfil é predominantemente hipovolêmico, caracterizado por redução efetiva da pré-carga, aumento compensatório do débito cardíaco e redução secundária da resistência vascular sistêmica.
- C) O perfil é predominantemente cardiogênico, caracterizado por débito cardíaco elevado devido à resposta adrenérgica, associado à redução compensatória da resistência vascular sistêmica.
- D) O perfil é predominantemente obstrutivo, caracterizado pela limitação ao enchimento ventricular, com aumento compensatório do débito cardíaco e redução da resistência vascular sistêmica.
- E) O perfil sugere hipovolemia associada à disfunção miocárdica, caracterizada pela baixa variação do volume sistólico e pelo aumento compensatório do índice cardíaco.

32. Em relação às propriedades farmacológicas dos principais agentes inotrópicos utilizados no paciente crítico, assinale a alternativa **CORRETA**.

- A) A dobutamina exerce predominantemente agonismo β 1-adrenérgico e origina metabólito ativo de longa meia-vida, permitindo manutenção de seu efeito inotrópico por vários dias após a interrupção da infusão.
- B) A milrinona inibe a fosfodiesterase tipo 5 e aumenta o AMP cíclico intracelular, apresentando eliminação predominantemente hepática e pouca necessidade de ajuste de dose na insuficiência renal.
- C) A dopamina apresenta efeitos dependentes da dose sobre receptores dopaminérgicos e adrenérgicos, sendo que baixas doses apresentam benefício comprovado na preservação da função renal durante estados de choque.
- D) A adrenalina exerce agonismo sobre receptores alfa e beta-adrenérgicos, apresentando menor tendência à hiperlactatemia que outros catecolaminérgicos devido à estimulação dos receptores β 2 periféricos.
- E) A levosimendana aumenta a sensibilidade da troponina C ao cálcio e origina metabólito ativo de longa meia-vida, permitindo que seus efeitos hemodinâmicos persistam por vários dias após a infusão.**

33. Homem de 29 anos, com valva aórtica bicúspide, apresenta dispneia aos esforços e redução progressiva da capacidade funcional. O ecocardiograma demonstra estenose aórtica importante, com velocidade máxima transvalvar de 4,5 m/s e gradiente médio de 48 mmHg, função ventricular esquerda preservada e ausência de dilatação significativa da raiz ou da aorta ascendente. A valva pulmonar é estruturalmente normal.

O paciente tem indicação de intervenção valvar, mas manifesta forte preferência por evitar anticoagulação oral por toda a vida, pois acompanhou as dificuldades do pai com o uso prolongado de varfarina.

Considerando as opções atuais de tratamento para esse paciente, qual estratégia deve ser particularmente considerada?

- A) Implantar prótese mecânica de carbono pirolítico de nova geração e utilizar anticoagulante oral direto, estratégia que preserva elevada durabilidade sem necessidade de antagonista da vitamina K.
- B) Implantar prótese mecânica convencional e utilizar anticoagulante oral direto, estratégia que proporciona elevada durabilidade valvar e reduz as limitações relacionadas ao acompanhamento periódico da varfarina.
- C) Realizar implante transcater de valva aórtica, estratégia preferencial no adulto jovem com valva bicúspide por evitar anticoagulação prolongada e proporcionar elevada durabilidade da prótese.
- D) Realizar procedimento de Ross, utilizando a valva pulmonar autóloga na posição aórtica, estratégia que evita anticoagulação crônica e apresenta excelente desempenho hemodinâmico em adultos jovens selecionados.**
- E) Implantar prótese biológica cirúrgica e associar estatina de alta intensidade a quelante de cálcio, visando reduzir a calcificação estrutural e proporcionar durabilidade semelhante à de uma prótese mecânica.

34. Homem de 67 anos, assintomático, procura consulta para avaliação preventiva. Foi tabagista durante 25 anos, com consumo médio de um maço de cigarros ao dia, tendo cessado o tabagismo há 18 anos. Apresenta boa capacidade funcional e não possui comorbidades que limitem sua expectativa de vida ou eventual tratamento oncológico.

De acordo com a American Cancer Society Guideline for Lung Cancer Screening, qual é a estratégia de rastreamento mais adequada?

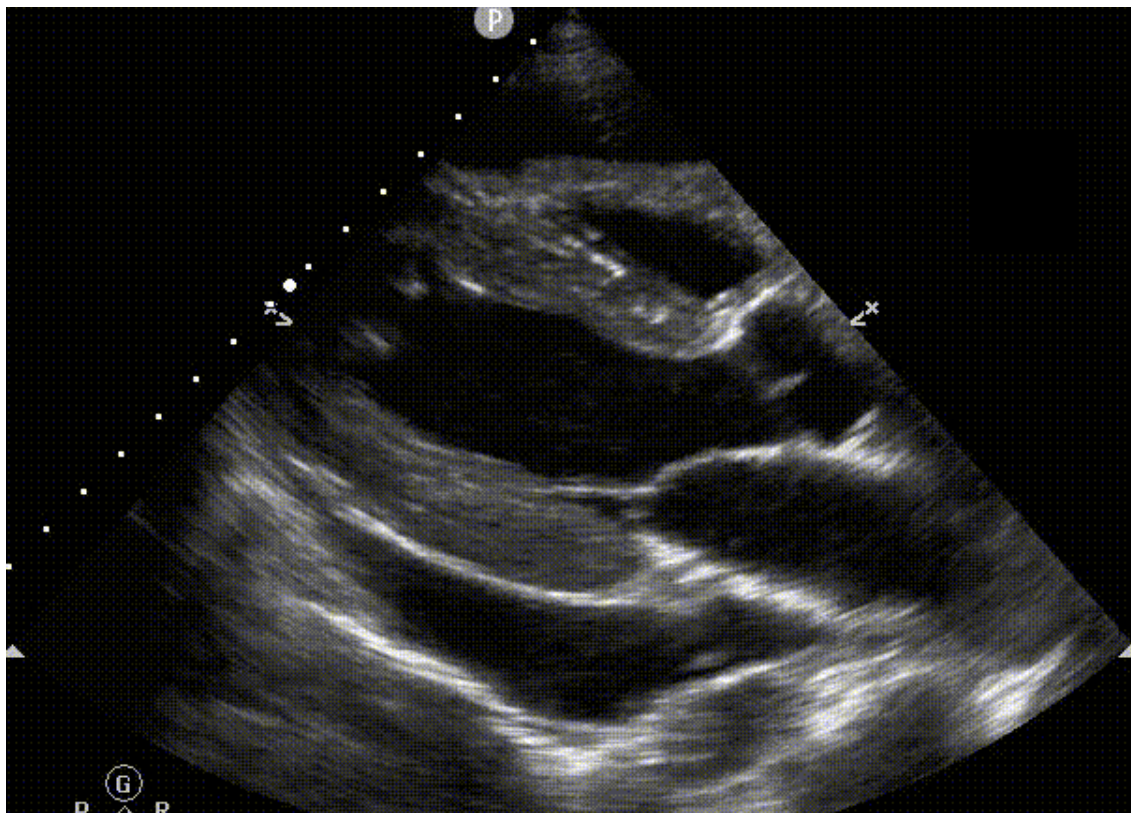
- A) Não realizar rastreamento com imagem, pois após 15 anos da cessação do tabagismo o benefício da tomografia de baixa dose deixa de ser demonstrado.
- B) Realizar tomografia computadorizada de tórax de baixa dose anualmente, pois idade e carga tabágica conferem elegibilidade mesmo após mais de 15 anos da cessação.**
- C) Realizar radiografia de tórax anualmente, pois após 15 anos da cessação do tabagismo a exposição à radiação da tomografia supera seu benefício potencial.
- D) Realizar tomografia computadorizada de tórax de baixa dose a cada dois anos, pois ex-tabagistas apresentam menor risco que indivíduos que permanecem fumando ativamente.
- E) Realizar tomografia computadorizada de tórax convencional com contraste anualmente, pois a carga tabágica elevada justifica método com maior sensibilidade para identificação de lesões pulmonares.

35. Homem de 52 anos, com IMC de 38 kg/m², hipertensão arterial e apneia obstrutiva do sono grave, apresenta índice de apneia-hipopneia de 42 eventos/hora. Encontra-se em acompanhamento para perda ponderal e utiliza CPAP regularmente, porém mantém obesidade importante.

Considerando as evidências mais recentes sobre o tratamento da apneia obstrutiva do sono associada à obesidade, qual das alternativas abaixo está correta?

- A) A tirzepatida promove perda ponderal significativa, porém não demonstrou redução do índice de apneia-hipopneia, devendo seu efeito na AOS ser considerado exclusivamente metabólico.
- B) A semaglutida apresenta evidência superior à tirzepatida na redução do índice de apneia-hipopneia, sendo atualmente o tratamento farmacológico preferencial da AOS associada à obesidade.
- C) A tirzepatida pode reduzir significativamente o índice de apneia-hipopneia, a carga hipóxica e o peso corporal, constituindo estratégia terapêutica adicional para pacientes com obesidade e AOS moderada a grave.**
- D) A perda ponderal farmacológica reduz sintomas relacionados à AOS, porém não modifica a carga hipóxica noturna nem a gravidade objetiva dos eventos respiratórios durante o sono.
- E) A tirzepatida pode substituir o CPAP independentemente da gravidade da AOS, pois seus efeitos sobre os eventos respiratórios são independentes da magnitude da redução ponderal obtida.

36. Homem de 68 anos encontra-se na UTI quatro horas após cirurgia de revascularização miocárdica com circulação extracorpórea. Evolui com hipotensão progressiva e necessidade crescente de noradrenalina. Apresenta PA de 82 × 48 mmHg, FC de 108 bpm, pressão venosa central de 18 mmHg, extremidades frias e redução da diurese. Durante a avaliação à beira-leito, é realizado POCUS cardíaco, com a imagem apresentada a seguir.



Ref: <https://www.showmethepocus.com/>

Considerando o quadro clínico e o achado ultrassonográfico, qual é a conduta mais adequada?

- A) Suspeitar de tamponamento cardíaco pós-operatório e solicitar avaliação cirúrgica imediata para possível reexploração do mediastino.
- B) Considerar síndrome de baixo débito por disfunção ventricular esquerda e iniciar dobutamina, avaliando posteriormente a necessidade de investigação adicional.
- C) Considerar vasoplegia pós-circulação extracorpórea e intensificar a noradrenalina, mantendo acompanhamento clínico e ultrassonográfico seriado.
- D) Considerar hipovolemia pós-operatória e realizar expansão volêmica vigorosa, reavaliando a resposta hemodinâmica antes de solicitar avaliação cirúrgica.
- E) Solicitar tomografia computadorizada de tórax para caracterizar o achado pericárdico antes de indicar qualquer abordagem invasiva.
37. Em relação à escolha do antidepressivo de acordo com características clínicas e potenciais efeitos adversos, assinale a alternativa **CORRETA**.
- A) A trazodona pode ser particularmente útil em pacientes idosos com depressão, insônia e hipotensão ortostática, pois seu perfil sedativo ocorre sem aumento relevante do risco de quedas.
- B) A bupropiona pode ser particularmente útil quando há disfunção sexual ou desejo de cessar o tabagismo, sendo também uma opção segura em pacientes com bulimia ou epilepsia controlada.
- C) A mirtazapina pode ser particularmente útil em pacientes com depressão, obesidade e hiperfagia, pois costuma apresentar perfil neutro sobre apetite e peso corporal.
- D) A venlafaxina pode ser particularmente útil em pacientes com depressão e hipertensão arterial não controlada, pois apresenta pouco efeito sobre a pressão arterial mesmo em doses elevadas.
- E) A vortioxetina pode ser uma opção em pacientes com depressão e queixas cognitivas relevantes, apresentando também menor impacto sobre a função sexual que muitos antidepressivos serotoninérgicos tradicionais.

38. O prognóstico de um paciente com síncope é fortemente determinado pela sua etiologia, sendo a de origem cardíaca a que confere maior risco de mortalidade em curto e longo prazo. A avaliação inicial com história clínica, exame físico e eletrocardiograma é fundamental para a estratificação de risco imediata.

De acordo com as diretrizes da Sociedade Europeia de Cardiologia (ESC) e do American College of Cardiology/American Heart Association (ACC/AHA) para o manejo da síncope, qual dos pacientes abaixo apresenta quadro clínico e características que indicam alto risco para síncope de origem cardiogênica?

- A) Mulher de 24 anos, sem comorbidades prévias. Apresentou perda de consciência enquanto permanecia em pé, parada, por mais de uma hora em um ambiente fechado e abafado. Relata que o evento foi precedido por náuseas, turvação visual, sensação de calor e sudorese fria.
 - B) Homem de 76 anos, portador de hiperplasia prostática benigna e hipertensão arterial, em uso de doxazosina e anlodipino. Relata episódio de perda de consciência ocorrido segundos após levantar-se subitamente da cama durante a madrugada, com rápida recuperação espontânea. O eletrocardiograma apresenta sobrecarga ventricular esquerda.
 - C) Homem de 65 anos, tabagista ativo, em tratamento ambulatorial para exacerbação de bronquite crônica. Apresentou perda de consciência de curta duração imediatamente após um episódio agudo, intenso e prolongado de tosse. Despertou de forma espontânea, lúcido e sem déficits neurológicos. O eletrocardiograma apresenta efeito dielétrico difuso.
 - D) Homem de 62 anos, com antecedente de infarto agudo do miocárdio há 5 anos. Relata episódio de perda de consciência súbita, sem quaisquer sintomas premonitórios, ocorrido no momento em que subia rapidamente um lance de escadas, resultando em trauma facial secundário à queda.**
 - E) Mulher de 45 anos, com histórico de taquicardia por reentrada nodal, que apresentou episódio de síncope enquanto era submetida a uma punção venosa para coleta de exames laboratoriais de rotina. O quadro foi precedido por palidez intensa. O eletrocardiograma pós-evento demonstra ritmo sinusal.
39. Homem de 57 anos, previamente ativo, é internado por infarto agudo do miocárdio com supradesnívelamento do segmento ST e submetido a angioplastia primária sem complicações. Evolui sem recorrência de isquemia, arritmias ou insuficiência cardíaca, com fração de ejeção do ventrículo esquerdo de 55%. No segundo dia de internação, pergunta quando poderá retomar a prática de exercícios físicos.

Considerando as recomendações atuais para reabilitação cardiovascular após síndrome coronariana aguda, qual é a orientação mais adequada?

- A) Iniciar mobilização e atividade física leve ainda durante a internação após estabilização clínica e encaminhá-lo para programa estruturado de reabilitação cardíaca, a ser iniciado precocemente após a alta.**
 - B) Manter repouso relativo durante as primeiras quatro semanas após o infarto e iniciar programa estruturado de exercícios somente após completa cicatrização do território miocárdico acometido.
 - C) Evitar exercícios físicos durante as primeiras seis semanas após a angioplastia e liberar atividade aeróbica posteriormente, desde que novo ecocardiograma demonstre função ventricular esquerda preservada.
 - D) Iniciar atividade física somente após realização obrigatória de teste ergométrico máximo, independentemente da estabilidade clínica e do tipo de exercício programado para a reabilitação cardíaca.
 - E) Adiar atividade física estruturada até completar doze semanas de dupla antiagregação plaquetária, reduzindo o risco de complicações hemorrágicas relacionadas ao exercício após a angioplastia.
40. Homem de 74 anos é internado por pneumonia adquirida na comunidade. Apresenta mobilidade bastante reduzida, insuficiência cardíaca e antecedente de trombose venosa profunda há quatro anos. Nas últimas 24 horas, entretanto, apresentou hematêmese, com queda da hemoglobina de 10,2 para 7,8 g/dL. Endoscopia digestiva demonstra úlcera duodenal com sangramento recente, submetida a tratamento endoscópico.

Em relação à prevenção de tromboembolismo venoso durante a internação, qual é a conduta mais adequada neste momento?

- A) Iniciar enoxaparina em dose profilática, pois o elevado risco de tromboembolismo venoso supera o risco hemorrágico após o tratamento endoscópico da lesão.
- B) Prescrever ácido acetilsalicílico em baixa dose enquanto houver contraindicação à heparina, substituindo-o posteriormente pela profilaxia farmacológica convencional.
- C) Utilizar profilaxia mecânica enquanto persistir o alto risco de sangramento, reavaliando diariamente a possibilidade de iniciar profilaxia farmacológica quando esse risco diminuir.**
- D) Manter apenas mobilização precoce durante toda a internação, pois o episódio de hemorragia digestiva contraindica profilaxia farmacológica até a alta hospitalar.
- E) Implantar filtro de veia cava inferior temporário enquanto houver contraindicação à anticoagulação, retirando-o após ser possível iniciar profilaxia farmacológica.

EMBRANCO

EMBRANCO