PROCESSO SELETIVO DE RESIDÊNCIA MÉDICA E ESPECIALIZAÇÃO EM RADIOLOGIA E DIAGNÓSTICO POR IMAGEM DO HOSPITAL EVANGÉLICO DE VILA VELHA/ES - EDITAL Nº 02/2025 - AEBES/HEVV

PRÉ-REQUISITO – GRUPO 02

SÁBADO TARDE

ORIENTAÇÕES

1. Este **Caderno de Prova**, contém **40 (quarenta) questões objetivas**, com **4 (quatro) alternativas cada uma**, sempre na sequência **A, B, C, D**, das quais somente uma deve ser assinalada, sem repetição ou falha. Confira-o e, em caso de qualquer problema, informe **IMEDIATAMENTE** ao fiscal.
2. Após a conferência, assine, no espaço próprio da **Folha de Respostas**, com caneta esferográfica de tinta azul ou preta, fabricada em material transparente. Não DOBRE, AMASSE ou MANCHE a **Folha de Respostas.** Ela **SOMENTE** poderá ser substituída se, no ato da entrega estiver danificada.
3. A duração da prova será de **03 (três) horas**, inclusos, nesse tempo, a distribuição da prova, a leitura das instruções e o preenchimento da Folha de Respostas, sendo responsabilidade do candidato observar os horários estabelecidos.
4. Somente será permitido ao candidato retirar-se definitivamente da sala de prova mediante a **entrega obrigatória de sua Folha de Respostas**, devidamente preenchida e assinada, ao Fiscal.
5. Os candidatos **não poderão** se ausentar da sala ou do local de provas para utilização dos banheiros ou beber água, antes de decorrida **01(uma) hora** do início ou **15(quinze) minutos** antes do término.
6. Ao término do prazo estabelecido para a prova, os **03(três) últimos candidatos** deverão permanecer na sala até que o último candidato termine sua prova, devendo todos assinar a Ata de Sala, atestando a idoneidade da fiscalização das provas e somente poderão deixar o local de provas, juntos, não sendo possível nem mesmo a utilização do banheiro e bebedouro.
7. Os candidatos **PODERÃO** levar consigo o Caderno de Questões.
8. O gabarito estará disponível no endereço eletrônico **novo.ibgpconcursos.com.br** no dia **08/11/2025**.

A Comissão Examinadora do IBGP Concursos lhe deseja uma boa prova!

PÁGINA EM BRANCO

CLÍNICA MÉDICA

QUESTÃO 01

Paciente do sexo masculino, 58 anos, da entrada no pronto atendimento de um hospital terciário queixando-se de dor torácica típica há 90 min, optado por realizar, na urgência, um eletrocardiograma que esta representado abaixo:



Realizado exame físico com: PA 130×80 mmHg, $SatO_2$ 95% aa., a conduta inicial **MAIS** adequada antes da reperfusão:

A) AAS 100 mg VO + clopidogrel 75 mg VO + HNF em dose profilática.
B) AAS 300 mg VO mastigável + ticagrelor 180 mg VO + anticoagulação terapêutica.
C) AAS 500 mg EV + prasugrel 10 mg VO + enoxaparina 40 mg SC.
D) AAS 81 mg VO + nenhum P2Y12 até o cateterismo.

QUESTÃO 02

Você está de plantão na terapia intensiva, quando observa o monitor de uma paciente do sexo feminino, 72 anos, previamente admitida por um pós-operatório de uma hérnia abdominal. Segue o monitor:



Observa-se que a paciente apresenta uma FC:160), está congesta com FR:29irpm, PA 85×55 mmHg.

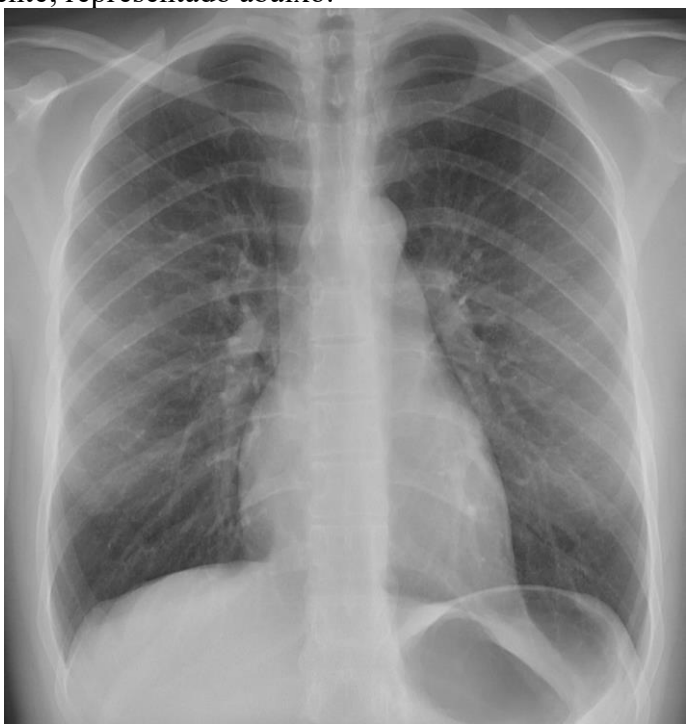
Nesse caso, a conduta **IMEDIATA** é:

A) Diltiazem e choque.
B) Metoprolol e choque.
C) Amiodarona e cardioversão elétrica sincronizada.
D) Digoxina e cardioversão elétrica sincronizada.

QUESTÃO 03

Em um atendimento na sala amarela da UPA, você acolhe um paciente do sexo masculino, 68 anos, tabagista com carga tabágica de 50 maços/ano, portador de DPOC GOLD D, em uso domiciliar de broncodilatadores de longa ação e corticosteroide inalatório. Segundo relato da acompanhante, há três dias apresenta piora progressiva da dispneia, tosse produtiva e aumento do volume e purulência do escarro. Evolui com rebaixamento do nível de consciência e sonolência.

Ao exame físico: uso de musculatura acessória, FR 30 irpm, SpO_2 84% em ar ambiente, ausculta com roncos e sibilos difusos. Gasometria arterial: pH 7,28; pCO_2 68 mmHg; pO_2 54 mmHg; HCO_3^- 30 mEq/L. Voce pede um Rx de urgência do paciente, representado abaixo:



Qual a **MELHOR** conduta ventilatória inicial neste momento?

A) Intubação orotraqueal imediata e ventilação mecânica invasiva.
B) Ventilação não invasiva (BiPAP) associada a oxigênio suplementar, titulando saturação entre 88% e 92%.
C) Oxigenoterapia em alto fluxo com alvo de saturação acima de 98%.
D) Apenas broncodilatadores e corticoide sistêmico, sem suporte ventilatório.

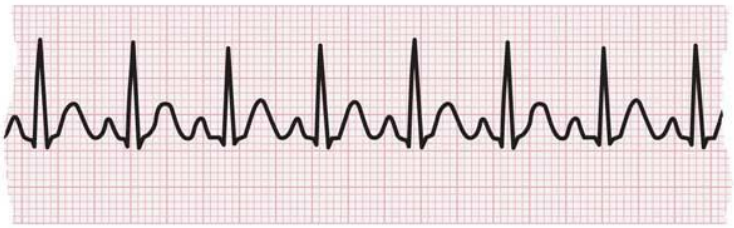
QUESTÃO 04

Paciente em atendimento no ambulatório, sexo masculino, de 64 anos, portador de hipertensão arterial sistêmica e insuficiência cardíaca crônica, com ecocardiograma prévio mostrando disfunção sistólica moderada e hipertrofia concêntrica do ventrículo esquerdo. Paciente estava na sala de espera e evolui com dispneia súbita, ortopneia intensa, crepitações difusas em ambos os pulmões, PA 190×110 mmHg, $SatO_2$ 86% em ar ambiente, FC 118 bpm, sem dor torácica. ECG realizado na urgência sem alterações. Qual a conduta inicial **PRIORITÁRIA?**

A) Furosemida 80 mg EV isolada.
B) Nitrato em altas doses + VNI (CPAP/BiPAP).
C) Morfina em altas doses e hidratação vigorosa.
D) Amiodarona EV.

QUESTÃO 05

Paciente atendida na Unidade de Pronto Atendimento, sexo feminino, 42 anos, previamente saudável, refere dor torácica, há dois dias, dispneia progressiva e sensação de palpitação. Há 10 dias realizou cirurgia de artroplastia em joelho esquerdo. Nega febre ou tosse produtiva. O ECG mostrou o seguinte resultado:



Exame físico: FR 28 irpm, FC 110 bpm, PA 118×74 mmHg, $SatO_2$ 90% em ar ambiente. Membro inferior direito com edema e discreta dor à palpação de panturrilha.

Gasometria: pH 7,45; pCO_2 30 mmHg; pO_2 62 mmHg; HCO_3^- 20 mEq/L.

Qual deve ser a **PRÓXIMA** conduta nesse caso?

A) Iniciar anticoagulação empírica e programar angiotomografia pulmonar.
B) Solicitar angiotomografia pulmonar e aguardar o resultado antes de iniciar tratamento.
C) Administrar alteplase imediato.
D) Solicitar D-dímero e iniciar anticoagulação empírica.

QUESTÃO 06

Na enfermaria da Gastroenterologia, você acompanha um paciente do sexo masculino, sabidamente, etilista crônico, portador de cirrose hepática (Child-Pugh C), 59 anos, não abstêmio. Você é chamado pelo plantão para avaliar relato de vômitos com sangue.

Ao exame: PA 90×60 mmHg, FC 120 bpm, FR 24 irpm, SpO_2 94% em ar ambiente. Encefalopatia grau II, abdome ascítico, circulação colateral visível.

Laboratório: Hb 8,2 g/dL, plaquetas 75.000/mm^3, TP 60%, creatinina 1,4 mg/dL.

Qual deve ser a conduta inicial **ESPECÍFICA**, além da reposição volêmica controlada?

A) Transfundir plasma fresco congelado e levar para endoscopia de urgência.
B) Passar sonda nasogástrica e iniciar lavagem gástrica vigorosa.
C) Iniciar octréotideo, IBP e antibiótico profilático e endoscopia em 12h.
D) Iniciar IBP em dose dobrada e endoscopia em 48h.

QUESTÃO 07

Na mesma enfermaria de Gastroenterologia, você observa um paciente, sexo masculino, 45 anos, etilista, apresentando dor epigástrica intensa irradiada para dorso, ele refere que começou na noite anterior, acompanhada de náuseas e vômitos.

Exame físico: PA 110×70 mmHg, FC 104 bpm, FR 22 irpm, abdome distendido, dor epigástrica à palpação profunda, sem sinais de irritação peritoneal.

Laboratório: amilase e lipase elevados, PCR 130 mg/L, creatinina 1,0 mg/dL.

Ultrassonografia abdominal: vesícula biliar com microcálculos, sem dilatação de via biliar.

Qual é a conduta inicial **CORRETA** para esse caso?

A) Jejum até redução das enzimas pancreáticas.
B) Ceftriaxona EV.
C) Hidratação vigorosa com Ringer lactato e dieta enteral precoce quando tolerada.
D) Metilprednisolona 60mg EV.

QUESTÃO 08

Paciente sexo feminino, 22 anos, chega ao pronto-socorro com história de náuseas, vômitos e dor abdominal há 24 horas. Refere que tem se alimentado pouco e perdido peso. Refere que está em uso de Clavulin por uma infecção urinária importante e recorrente. Sem história patológica pregressa.

Exame físico: PA 95×60 mmHg, FC 122 bpm, FR 30 irpm, temperatura 37,6°C. Apresenta respiração profunda e ofegante.

Gasometria: pH 7,18; pCO_2 25 mmHg; HCO_3^- 11 mEq/L.

Glicemia: 410 mg/dL; potássio 3,1 mEq/L; sódio 130 mEq/L.

Voce inicia hidratação venosa, e qual deve ser a **PRÓXIMA** conduta?

A) Iniciar insulina regular na BIC
B) Administrar bicarbonato EV e insulina regular em BIC
C) Iniciar reposição de Potássio
D) Alternar solução de hidratação para Ringer lactato e iniciar insulina na BIC

QUESTÃO 09

Mulher de 40 anos, com diagnóstico de doença de Graves, procura o pronto-socorro com febre, taquicardia e tremores. Relata interrupção do uso de metimazol há um mês. Ao exame esta hipertensa (PA 130×75 mmHg), FC 140 bpm, FR 26 irpm, T 38,9°C. Apresenta agitação psicomotora e sudorese intensa.

Laboratório: TSH < 0,02, T4 livre 4,8 ng/dL (VR: 0,8–1,8).

Após estabilização inicial com beta-bloqueador e Propiltiuracil, qual é o **PRÓXIMO** passo na sequência terapêutica?

A) Iniciar corticoide EV.
B) Administrar Verapamil para controle de taquicardia refratária.
C) Introduzir iodo antes da tionamida para bloquear a liberação hormonal.
D) Administrar iodo uma hora após a Propiutiuracil.

QUESTÃO 10

No pronto atendimento, você atende paciente de 64 anos, portador de leucemia mieloide aguda, encontra-se em uso de quimioterapia paliativa.

Apresenta febre de 38,3°C há 2 horas, discreta hipotensão (PA 105×60 mmHg) e leve desconforto respiratório.

Exame físico: sem foco evidente, cateter venoso central pérvio, sem secreção local.

Coleta de exames da urgência: GL: 500/mm³, n:200/mm³, Plaq: 60.000/mm³ Cr: 0,9

Após coleta de culturas, qual o esquema empírico **MAIS** adequado?

A) Cefepime EV 1g de 08/08 horas.
B) Ceftriaxona EV associada a azitromicina.
C) Piperacilina-tazobactam EV 4,5g de 08/08h.
D) Amoxicilina-clavulanato EV.

QUESTÃO 11

Um paciente do sexo masculino, 68 anos, hipertenso e diabético, é admitido no serviço de emergência com quadro de vertigem rotatória súbita e intensa, há duas horas, associada a náuseas e múltiplos episódios de vômitos. Além disso, iniciou dificuldade para caminhar, com desvio da marcha para a direita. Ao exame físico, apresenta-se com nistagmo espontâneo horizontal que muda de direção com o olhar para os lados (nistagmo bidirecional), dismetria apendicular à direita e leve disartria. O teste de impulso cefálico é normal.

Com base neste quadro clínico, qual a hipótese diagnóstica **MAIS** provável e a conduta inicial **MAIS** apropriada?

A) Neurite vestibular; iniciar tratamento com corticosteroides e sintomáticos, com reavaliação ambulatorial.
B) Vertigem posicional paroxística benigna; realizar manobra de Epley e liberar o paciente com orientações e dimenidrinato.
C) Acidente vascular cerebral em território vertebrobasilar; solicitar tomografia de crânio e avaliação neurológica urgente.
D) Doença de Ménière; prescrever diurético tiazídico e beta-histina, e encaminhar para avaliação otorrinolaringológica.

QUESTÃO 12

Um paciente de 22 anos, estudante universitário, procura a unidade de pronto atendimento com febre alta (39,5°C) há 4 dias, tosse seca e insistente, coriza hialina e hiperemia conjuntival bilateral com fotofobia. Há cerca de 24 horas, iniciou um exantema maculopapular, eritematoso, de progressão craniocaudal, que já atinge face, pescoço e tronco superior. Exame físico da cavidade oral mostra pápulas branco-azuladas elevadas dentro de ambas as bochechas, além estertores crepitantes em base pulmonar direita. Refere ter histórico vacinal incerto, explicando que, após o nascimento do irmão um ano mais novo, a mãe interrompeu o esquema de vacinação dos filhos por ter ouvido notícias sobre efeitos adversos graves das vacinas.

Diante deste cenário, qual das afirmativas abaixo apresenta a conduta **MAIS** adequada?

A) Realizar a coleta de sorologia (IgM), prescrever suplementação com vitamina A, iniciar antibioticoterapia para a pneumonia comunitária e realizar a notificação compulsória imediata da suspeita de sarampo.
B) Iniciar Oseltamivir devido à suspeita de coinfecção por Influenza, prescrever corticosteroides para alívio dos sintomas e recomendar isolamento domiciliar por 7 dias, sem necessidade de notificação.
C) Solicitar radiografia de tórax e, caso confirmada a pneumonia, internar o paciente sem necessidade de isolamento respiratório ou de antibiótico. A notificação ao serviço de vigilância pode ser realizada semanalmente, de forma consolidada.
D) Considerar o diagnóstico principal de dengue com sinais de alarme, devido à febre e ao exantema, solicitar hemograma e provas de função hepática, e orientar hidratação vigorosa, e proceder avaliação de sarampo, se o paciente não evoluir com melhora.

QUESTÃO 13

Um paciente de 78 anos, residente de uma instituição de longa permanência, é trazido ao serviço de emergência por rebaixamento do nível de consciência e hipotensão (PA: 75x45 mmHg). Ao exame, apresenta-se taquicárdico (125 bpm), taquipneico (28 irpm), com tempo de enchimento capilar de 4 segundos e pulsos finos. O protocolo RUSH (*Rapid Ultrasound for Shock and Hypotension*) apresenta os seguintes achados: Hipocinesia e dilatação significativa do ventrículo direito (VD), com retificação do septo interventricular. Ventrículo esquerdo (VE) pequeno e hiperdinâmico; Veia Cava Inferior (VCI) dilatada (>2,5 cm), sem colapso inspiratório; Ultrassom compressivo de membro inferior direito revela material ecogênico não compressível em veia femoral comum.

Com base na integração do quadro clínico e os achados do protocolo RUSH, qual o tipo de choque **MAIS** provável e a conduta de **MAIOR** impacto imediato na sobrevida do paciente?

A) Choque séptico de foco pulmonar; iniciar antibioticoterapia de amplo espectro e administrar prova de volume agressiva (30 mL/kg).
B) Choque cardiogênico por falência de VD; iniciar noradrenalina e dobutamina para suporte hemodinâmico e solicitar avaliação da cardiologia.
C) Choque hipovolêmico; iniciar reposição volêmica rápida com cristaloides e solicitar concentrado de hemácias.
D) Choque obstrutivo (provável TEP maciço); iniciar trombólise sistêmica de emergência ou acionar protocolo de trombectomia mecânica.

QUESTÃO 14

Um homem de 34 anos apresenta fadiga crônica, tontura ao se levantar e escurecimento progressivo da pele. Exames laboratoriais revelam sódio sérico de 128 mEq/L, potássio de 5,8 mEq/L, cortisol basal reduzido e hormônio adrenocorticotrófico (ACTH) marcadamente elevado.

Analise as afirmativas abaixo sobre a fisiopatologia do quadro clínico apresentado:

I. A hiperpigmentação cutânea é explicada pelo aumento compensatório do ACTH, que, por derivar do mesmo precursor do hormônio estimulador de melanócitos (MSH), estimula a atividade dos melanócitos.
II. A hiponatremia e a hipercalemia são consequências diretas da deficiência de aldosterona, hormônio produzido na zona glomerulosa do córtex adrenal e cujo principal regulador é o sistema renina-angiotensina-aldosterona.
III. A deficiência de cortisol contribui para a hipotensão por reduzir o efeito permissivo que este hormônio exerce sobre a ação vasoconstritora das catecolaminas nos vasos sanguíneos.
IV. Se o quadro fosse de insuficiência adrenal secundária (problema na hipófise), o paciente apresentaria um quadro clínico idêntico, incluindo a hiperpigmentação e o distúrbio eletrolítico de sódio e potássio.

Está(ão) **CORRETA(S)** as afirmativas:

A) Apenas I e IV.
B) Apenas II e IV.
C) Apenas I, II e III.
D) Apenas a III.

QUESTÃO 15

Um homem de 52 anos, obeso, sedentário e assintomático, comparece ao ambulatório para avaliação de rotina. Exames laboratoriais recentes mostram glicemia de jejum de 132 mg/dL e hemoglobina glicada (HbA1c) de 5,5%.

Analise as asserções a seguir e a relação proposta entre elas.

I. A conduta imediata para este paciente pode ser a solicitação de um teste oral de tolerância à glicose (TOTG) com 75g de dextrosol para elucidação diagnóstica, associada à orientação de mudanças no estilo de vida (MEV).

PORQUE

II. Os resultados dos exames são discordantes, com uma glicemia de jejum em faixa diagnóstica para diabetes mellitus e uma hemoglobina glicada em nível normal, o que, segundo as diretrizes, impede o diagnóstico definitivo e exige um terceiro teste confirmatório para a correta classificação do estado glicêmico.

A respeito dessas asserções, assinale a opção **CORRETA**.

A) A asserção I é uma proposição verdadeira, e a II é uma proposição falsa.
B) A asserção I é uma proposição falsa, e a II é uma proposição verdadeira.
C) As asserções I e II são proposições verdadeiras, mas a II não é uma justificativa correta da I.
D) As asserções I e II são proposições verdadeiras, e a II é uma justificativa correta da I.

QUESTÃO 16

Uma paciente de 45 anos, sem comorbidades conhecidas, tabagista 30 anos/maço, é trazida ao pronto-socorro com sintomas de "batedeira no peito", falta de ar e tontura iniciados, há 30 minutos, durante uma discussão em seu trabalho. Além disso, refere formigamento nas mãos e ao redor da boca. Ao exame, encontra-se ansiosa, com fala rápida, corada e taquipneica (FR: 28 irpm), PA: 190x100 mmHg, FC: 115 bpm. A ausculta cardiopulmonar é normal, o exame neurológico não revela déficits focais e o fundo de olho é normal.
Qual a conduta **MAIS** apropriada e segura para esta paciente neste momento?

A) Iniciar Captopril 25 mg sublingual e manter a paciente em observação por 6 horas, pois se trata de uma urgência hipertensiva que necessita de controle pressórico em algumas horas.
B) Internar a paciente em leito monitorizado e iniciar Nitroprussiato de Sódio intravenoso para redução imediata da pressão arterial, visando prevenir um evento cerebrovascular agudo.
C) Acomodar a paciente em um ambiente calmo e reavaliar os sinais vitais em 45-60 minutos, pois o quadro é altamente sugestivo de uma pseudocrise hipertensiva.
D) Solicitar imediatamente marcadores de necrose miocárdica e eletrocardiograma, pois a principal hipótese é uma síndrome coronariana aguda manifestada por uma crise hipertensiva.

QUESTÃO 17

Um paciente de 38 anos, previamente hígido e sem dependência química, procura atendimento por um quadro subagudo de tosse seca, febre baixa vespertina e perda de 5 kg nos últimos 2 meses. Uma radiografia de tórax revela um derrame pleural unilateral à esquerda e a toracocentese diagnóstica mostra um líquido amarelo-citrino com as seguintes características: Proteínas de 5,2 g/dL, LDH de 450 U/L, celularidade de 1.800 células/mm³ com 90% de linfócitos, citologia oncótica negativa.
Considerando o contexto clínico descrito, qual é a hipótese diagnóstica **MAIS** provável e qual é o próximo passo **MAIS** adequado para a investigação do caso?

A) Hipótese: neoplasia oculta. Próximo passo: realizar PET-CT para buscar o sítio primário e repetir a toracocentese em 1 semana.
B) Hipótese: tuberculose pleural. Próximo passo: dosar a adenosina deaminase no líquido pleural e considerar biópsia pleural para estudo histopatológico e cultura.
C) Hipótese: derrame parapneumônico em resolução. Próximo passo: iniciar um curso de Amoxicilina-Clavulanato e reavaliar clinicamente em 7 dias.
D) Hipótese: insuficiência cardíaca congestiva descompensada. Próximo passo: solicitar ecocardiograma e dosagem de peptídeo natriurético cerebral.

QUESTÃO 18

G1, 27/12/2023 *– "O laudo da necrópsia de Ana Clara, fã que morreu no show de Taylor Swift no Rio de Janeiro, apontou como causa da morte a exaustão térmica. Segundo o documento, a jovem de 23 anos teve uma evolução desfavorável devido ao calor difuso, que levou a um quadro de choque cardiovascular e hemorragia pulmonar, resultando em morte súbita. O evento ocorreu durante uma onda de calor histórica, com sensação térmica próxima a 60°C."*

Você é o médico responsável por um posto de atendimento de um evento similar ao descrito, operando sob as mesmas condições de calor extremo. Com base no seu conhecimento e no alerta da notícia, decide discutir com a equipe o manejo de exaustão pelo calor / lesão pelo calor / insolação (*heat stroke*). Quatro acadêmicos do internato de Clínica Médica sugerem abordagens para essa emergência médica**.** Qual das propostas abaixo você autorizaria, por ser a **MAIS** eficaz e prioritária para reverter a fisiopatologia da insolação e aumentar a chance de sobrevida de uma paciente como no caso noticiado?

A) Proposta 1: "O choque é a prioridade e, por isso, devemos garantir acesso venoso calibroso, iniciar infusão rápida de 2000 mL de soro fisiológico 0.9% para tratar a desidratação e a hipotensão, e depois iniciar o resfriamento."
B) Proposta 2: "Precisamos baixar a temperatura cerebral e a melhor conduta é administrar dipirona 1g intravenosa e paracetamol 1g via oral, pois são os antitérmicos mais potentes disponíveis na emergência."
C) Proposta 3: "A causa do dano celular é a hipertermia. Portanto, a prioridade absoluta é o resfriamento externo rápido e agressivo e devemos imergir a paciente em uma banheira com água gelada, monitorando a temperatura central até atingir, aproximadamente, 39°C."
D) Proposta 4: "A imersão em gelo é muito agressiva e pode causar arritmias, por isso vamos borrifar o corpo da paciente com água em temperatura ambiente e posicionar ventiladores para promover um resfriamento evaporativo mais gradual e seguro."

QUESTÃO 19

O uso precoce de inibidores do cotransportador sódio-glicose 2 (iSGLT2) foi incorporado à terapia da insuficiência cardíaca com fração de ejeção reduzida (ICFER), independentemente da presença de diabetes. O conjunto de mecanismos que **MELHOR** explica os benefícios desta classe farmacológica na ICFER é:

A) Ação inotrópica positiva direta e redução da frequência cardíaca, otimizando o tempo de enchimento diastólico.
B) Vasodilatação arterial sistêmica por bloqueio dos canais de cálcio, levando a uma redução significativa da pós-carga do ventrículo esquerdo.
C) Diurese osmótica com redução da congestão intersticial e intravascular, associada a uma melhora da eficiência do miocárdio por favorecer o uso de corpos cetônicos como substrato energético.
D) Bloqueio do sistema renina-angiotensina-aldosterona a nível renal, resultando em natriurese e aumento da retenção de potássio.

QUESTÃO 20

Uma mulher de 48 anos, previamente hígida, procura a Unidade Básica de Saúde com queixa de cansaço progressivo, palidez cutânea e palpitações aos esforços há algumas semanas. O hemograma revela: hemoglobina (Hb) de 9,5 g/dL, volume corpuscular médio (VCM) de 72 fL (VR: 80-100 fL), e RDW de 17% (VR: 11-15%).
Qual a **PRINCIPAL** hipótese diagnóstica e a conduta subsequente **MAIS** completa e segura?

A) Anemia ferropriva; a conduta é solicitar o perfil de ferro para confirmação diagnóstica e iniciar a investigação da causa base, como perdas sanguíneas ginecológicas ou gastrointestinais.
B) Anemia ferropriva; a conduta é iniciar tratamento empírico com sulfato ferroso oral e reavaliar a resposta com novo hemograma e reticulócitos em 1 a 2 meses.
C) Talassemia; a conduta é solicitar a eletroforese de proteínas para confirmação e orientar sobre o aconselhamento genético.
D) Anemia de doença crônica; a conduta é solicitar provas de atividade inflamatória (PCR, VHS) e iniciar empiricamente reposição de ferro, ácido fólico e vitamina B12.

CARDIOLOGIA

QUESTÃO 21

Um paciente de 68 anos de idade, portador de hipertensão arterial sistêmica e insuficiência cardíaca com fração de ejeção de 30%, é admitido na Emergência por palpitações súbitas, tontura e leve dispneia. O eletrocardiograma mostra fibrilação atrial com resposta ventricular rápida (FC: 150bpm).

Nesse caso, após estabilização inicial, é **CORRETO** afirmar sobre a escolha do fármaco antiarrítmico para controle:

A) A amiodarona é segura e eficaz no controle do ritmo em pacientes com insuficiência cardíaca, podendo ser utilizada nesta situação.
B) O uso de propafenona é preferível, pois apresenta excelente eficácia e baixa toxicidade em pacientes com cardiopatia estrutural.
C) A flecainida é a primeira escolha para controle do ritmo na fibrilação atrial em pacientes com insuficiência cardíaca sistólica.
D) O sotalol é seguro para pacientes com fração de ejeção reduzida, não apresentando risco de pró-arritmia ventricular.

QUESTÃO 22

Um homem de 62 anos de idade, portador de *Diabetes mellitus* tipo 2 há 15 anos, doença arterial coronariana documentada e insuficiência renal crônica (TFG: 45mL/min/1,73m²), está em acompanhamento ambulatorial para controle metabólico.

Considerando as recomendações atuais (Diretriz Brasileira de Dislipidemia 2023 e ESC 2021), em pacientes com *Diabetes* e alto risco cardiovascular, são metas do tratamento com estatinas e/ou terapias combinadas, **EXCETO**:

A) ApoB < 65mg/dL.
B) LDL-colesterol < 55mg/dL.
C) Redução relativa do LDL-colesterol ≥50% em relação ao basal.
D) HDL-colesterol > 60mg/dL obrigatoriamente para prevenção secundária.

QUESTÃO 23

Um paciente de 54 anos de idade, sexo masculino, hipertenso e tabagista, assintomático, comparece à consulta de rotina. No ECG de repouso, observam-se os seguintes achados: intervalo QTc de 520ms, onda Q patológica em parede inferior e sobrecarga ventricular esquerda (índice de Sokolow-Lyon >35mm).

Com base nesses achados, assinale a conduta **MAIS** adequada:

A) Considerar o ECG normal para a idade, sem necessidade de investigação adicional.
B) Solicitar ecocardiograma e investigação de doença arterial coronariana, dado o achado de onda Q patológica.
C) Repetir o ECG em 6 meses, pois o prolongamento do QTc não tem relevância clínica se o paciente estiver assintomático.
D) Prescrever imediatamente betabloqueador sem qualquer outra investigação complementar.

QUESTÃO 24

Considere as afirmativas abaixo a respeito do impacto da fisiologia e da farmacologia cardiovascular em pacientes em estado crítico:

I. O choque séptico cursa com vasodilatação periférica predominante mediada por óxido nítrico, redução da resistência vascular sistêmica e disfunção microcirculatória.

II. O uso de vasopressores como noradrenalina é considerado a droga de primeira escolha no manejo do choque séptico, visando restabelecer a pressão arterial média (PAM) ≥ 65mmHg.

III. A dopamina, em doses baixas, apresenta efeito dopaminérgico renal protetor comprovado, sendo preferida para prevenção de lesão renal aguda em pacientes críticos.

IV. A dobutamina pode ser indicada em pacientes críticos com choque séptico, associado à disfunção miocárdica documentada e baixo débito cardíaco, mesmo após adequada ressuscitação volêmica.

Estão **CORRETAS** as afirmativas:

A) Apenas I, II e III.
B) Apenas I, II e IV.
C) Apenas II e III.
D) Apenas III e IV.

QUESTÃO 25

Um homem de 59 anos de idade, hipertenso e tabagista, chega ao Pronto-Socorro com dor torácica súbita, intensa, irradiada para dorso, acompanhada de sudorese fria e PA assimétrica entre membros superiores. O eletrocardiograma não mostra alterações isquêmicas agudas. A angiotomografia de tórax evidencia dissecção aguda de aorta tipo A (DeBakey I).

Diante desse quadro, assinale a conduta **MAIS** adequada:

A) Iniciar anticoagulação plena e manter monitorização clínica em UTI.
B) Administrar trombolítico endovenoso devido ao risco de trombose da luz verdadeira da aorta.
C) Encaminhar imediatamente para reparo cirúrgico, associado ao controle rigoroso da pressão arterial com betabloqueadores.
D) Manter apenas tratamento clínico intensivo com anti-hipertensivos e analgesia, evitando cirurgia devido ao alto risco.

QUESTÃO 26

Em pacientes com endocardite infecciosa causada por *Staphylococcus aureus* resistente à meticilina (MRSA), a terapia antibiótica **INICIAL** de escolha é:

A) Oxacilina em associação com gentamicina por duas semanas de tratamento inicial.
B) Ceftriaxona em monoterapia, considerada eficaz pela penetração em vegetações cardíacas.
C) Ampicilina-sulbactam em regime isolado, utilizada durante seis semanas de tratamento.
D) Vancomicina, podendo ser associada a gentamicina ou rifampicina em situações selecionadas.

QUESTÃO 27

Considere um paciente de 21 anos de idade, previamente saudável, que apresenta quadro de febre, artralgia migratória e sopro cardíaco holossistólico em foco mitral. O ecocardiograma demonstra insuficiência mitral grave por ruptura de cordoalha.

Nesse caso, considerando a fisiopatologia da febre reumática aguda e suas complicações valvares, é **INCORRETO** afirmar que:

A) A febre reumática é uma complicação não supurativa da faringite por *Streptococcus* beta-hemolítico do grupo A.
B) A insuficiência mitral aguda por ruptura de cordoalha pode cursar com edema agudo de pulmão e choque cardiogênico.
C) O tratamento da febre reumática inclui antibiótico para erradicação do estreptococo, anti-inflamatórios e, em casos graves, corticoides.
D) A ruptura de cordoalha mitral é um achado típico da fase crônica da febre reumática, sendo improvável na fase aguda.

QUESTÃO 28

Um homem de 58 anos de idade, hipertenso e diabético, apresenta dor torácica intensa há 2 horas, em aperto, irradiada para braço esquerdo, acompanhada de sudorese fria e náuseas. O eletrocardiograma mostra supra de ST em derivações V2–V5.

Nesse caso, é **CORRETO** afirmar que:

A) O tratamento de escolha é a trombólise, independentemente da disponibilidade de angioplastia primária.
B) A angioplastia coronariana primária é o método preferencial de reperfusão, quando disponível em até 120 minutos do primeiro contato médico.
C) O uso de betabloqueadores está contraindicado em todos os pacientes na fase aguda do IAMCSST.
D) A administração de oxigênio suplementar é obrigatória em todos os casos de infarto, independentemente da saturação periférica de oxigênio (SpO_2).

QUESTÃO 29

Considere as afirmativas a seguir a respeito do risco de fibrilação atrial incidente em mulheres com histórico de distúrbio hipertensivo da gravidez (pré-eclâmpsia, eclâmpsia, hipertensão gestacional):

I. Mulheres que apresentaram distúrbio hipertensivo da gestação apresentam risco aumentado de desenvolver fibrilação atrial em comparação àquelas sem história desses distúrbios.
II. O risco de fibrilação atrial incidente está associado a remodelamento cardíaco, hipertrofia ventricular esquerda e disfunção endotelial após a gestação complicada.
III. O antecedente de distúrbio hipertensivo da gravidez não tem relação com risco cardiovascular a longo prazo, sendo considerado evento autolimitado ao período gestacional.
IV. O acompanhamento clínico e cardiovascular a longo prazo é recomendado em mulheres com história de distúrbio hipertensivo da gravidez, mesmo após resolução do quadro.

Estão **CORRETAS** as afirmativas:

A) Apenas I e II.
B) Apenas III e IV.
C) Apenas I, II e IV.
D) Apenas II, III e IV.

QUESTÃO 30

Um homem de 47 anos de idade, obeso, diabético tipo 2 e com histórico familiar de hipertensão precoce, apresenta pressão arterial média de 148/96mmHg em três consultas consecutivas, além de monitorização residencial confirmando níveis elevados. Foi iniciado acompanhamento multiprofissional.

Sobre a abordagem atual, diagnóstico e estratégias terapêuticas da hipertensão arterial, é **INCORRETO** afirmar que:

A) O diagnóstico de hipertensão arterial deve ser confirmado por medidas repetidas em consultório e, preferencialmente, por MAPA ou MRPA, para reduzir o risco de falso-positivos (hipertensão do avental branco).
B) Pacientes com hipertensão estágio 2 (≥140/90mmHg) e comorbidades como diabetes mellitus devem iniciar tratamento farmacológico imediato, associado a mudanças no estilo de vida.
C) As diretrizes atuais não recomendam metas tensionais abaixo de 130/80mmHg em pacientes com alto risco cardiovascular, devido ao risco aumentado de hipotensão ortostática e lesão renal.
D) O tratamento combinado em dose fixa (ex.: IECA ou BRA associados a bloqueador de canal de cálcio ou diurético tiazídico) é preferido como primeira linha em muitos pacientes, visando melhor adesão e eficácia terapêutica.

QUESTÃO 31

Na insuficiência cardíaca esquerda, a elevação da pressão diastólica final do ventrículo esquerdo promove aumento retrógrado da pressão atrial e venosa pulmonar, resultando em congestão pulmonar. Esse mecanismo leva à ativação de receptores _____, desencadeando taquipneia e dispneia paroxística noturna.

Assinale a alternativa que preenche **CORRETAMENTE** a lacuna do texto:

A) Barorreceptores carotídeos.
B) Quimiorreceptores periféricos.
C) Mecanorreceptores musculares.
D) Receptores J (juxtacapilares).

QUESTÃO 32

Considere as afirmativas a seguir, de acordo com as recomendações atuais da *American Heart Association* (AHA), para ressuscitação cardiopulmonar (RCP) em adultos:

I. A frequência ideal das compressões torácicas deve ser de 100 a 120 por minuto, com profundidade de 5cm a 6cm, permitindo retorno completo do tórax.
II. A desfibrilação precoce deve ser realizada o mais rápido possível em casos de fibrilação ventricular ou taquicardia ventricular sem pulso, preferencialmente dentro de 2 minutos após a parada.
III. A administração de adrenalina 1mg IV/IO deve ser realizada a cada 3-5 minutos durante a RCP, independentemente do ritmo ser chocável ou não.
IV. A relação compressão-ventilação em RCP para adultos, quando há via aérea avançada posicionada, deve ser mantida em 30:2.

Estão **CORRETAS** as afirmativas:

A) Apenas I e III.
B) Apenas II e IV.
C) Apenas I, II e IV.
D) Apenas I, II e III.

QUESTÃO 33

Um homem de 63 anos de idade, tabagista, hipertenso e diabético, chega à Emergência com dor torácica em aperto, irradiada para mandíbula e braço esquerdo, associada a sudorese e náuseas, iniciada há 40 minutos. O eletrocardiograma inicial não mostra supra de ST, mas apresenta inversão simétrica de ondas T em derivações anterolaterais.

Nesse caso, em relação à avaliação inicial e suspeita de síndrome coronariana aguda (SCA), é **CORRETO** afirmar que:

A) A troponina sérica deve ser coletada apenas após 6 horas do início da dor, pois antes desse período não apresenta valor diagnóstico.
B) A ausência de supradesnivelamento do ST no ECG descarta síndrome coronariana aguda.
C) A presença de dor torácica típica, fatores de risco e alterações isquêmicas no ECG justificam a hipótese diagnóstica de SCA sem supra de ST.
D) O uso de trombolítico deve ser indicado de imediato em todos os pacientes com dor torácica suspeita de origem cardíaca, independentemente do ECG.

QUESTÃO 34

No manejo do infarto agudo do miocárdio com supra de ST, em pacientes adultos sem acesso imediato a angioplastia, a estratégia de reperfusão indicada é a trombólise farmacológica, sendo o fármaco preferencial _____, desde que não haja contraindicações absolutas.

Assinale a alternativa que preenche **CORRETAMENTE** a lacuna do texto:

A) Estreptoquinase, por apresentar maior eficácia e menor risco de reoclusão coronariana em comparação aos fibrinolíticos de terceira geração
B) Tenecteplase, pela administração em bolus único e maior especificidade pela fibrina
C) Heparina não fracionada, considerada o agente trombolítico de primeira linha
D) Varfarina, pela ação anticoagulante direta no fator II da cascata da coagulação

QUESTÃO 35

No tratamento do tromboembolismo pulmonar agudo em paciente hemodinamicamente estável, a terapia de escolha é a anticoagulação sendo, atualmente, conforme diretrizes internacionais, salvo contraindicações, o fármaco **PREFERENCIAL**:

A) Antagonistas da vitamina K (varfarina), como primeira opção, já na fase inicial.
B) Anticoagulantes orais diretos, como rivaroxabana ou apixabana, devido à eficácia e praticidade.
C) Heparina não fracionada, exclusivamente, como padrão-ouro para todos os pacientes.
D) Aspirina, em monoterapia, como estratégia suficiente na maioria dos casos.

QUESTÃO 36

Um homem de 68 anos de idade, com histórico de hipertensão arterial sistêmica e Diabetes, apresenta estenose aórtica grave sintomática (área valvar <1,0cm², gradiente médio de 50mmHg, FEVE preservada). Avaliado pela equipe multidisciplinar, concluiu-se que ele possui alto risco cirúrgico para troca valvar.

Nesse caso, considera-se a possibilidade de valvuloplastia aórtica por cateter-balão, sendo **CORRETO** afirmar que:

A) É considerada tratamento definitivo de escolha para todos os pacientes adultos com estenose aórtica grave sintomática.
B) Está indicada principalmente como medida paliativa ou como ponte para TAVI (Implante Transcateter de Prótese Aórtica) ou cirurgia convencional, em pacientes de alto risco cirúrgico.
C) É contraindicada em qualquer paciente com fração de ejeção preservada, sendo reservada apenas para aqueles em choque cardiogênico.
D) Apresenta baixa taxa de reestenose, sendo superior à troca valvar cirúrgica em termos de sobrevida a longo prazo.

QUESTÃO 37

Na transposição das grandes artérias, cardiopatia congênita caracterizada pela conexão atrioventricular concordante e conexão ventrículo-arterial discordante, a circulação sistêmica do recém-nascido depende da(o) _____, permitindo a mistura do sangue venoso e arterial necessária à sobrevida imediata do recém-nascido.

Assinale a alternativa que preenche **CORRETAMENTE** a lacuna do texto:

A) Persistência do canal arterial e comunicação interatrial ou interventricular
B) Hipertrofia ventricular esquerda isolada
C) Obstrução do trato de saída do ventrículo direito
D) Aumento da complacência diastólica do ventrículo esquerdo

QUESTÃO 38

Sobre as causas raras de doenças do pericárdio, é **INCORRETO** afirmar que:

A) A tuberculose ainda é considerada causa relevante de pericardite em países em desenvolvimento, mas não pode ser classificada como rara em contextos endêmicos.
B) A irradiação torácica para tratamento de neoplasias pode levar a pericardite constritiva anos após a exposição.
C) Doenças autoimunes sistêmicas, como lúpus eritematoso sistêmico e artrite reumatoide, estão entre as causas incomuns de pericardite.
D) A amiloidose e o hipotiroidismo podem causar comprometimento pericárdico, mas são etiologias raras descritas em literatura.

QUESTÃO 39

Considere as afirmativas a seguir sobre fatores de risco para síndrome coronariana aguda (SCA) na população geral:

I. O tabagismo é um dos principais fatores modificáveis, aumentando em até 2 a 3 vezes o risco de eventos coronarianos.
II. A hipertensão arterial sistêmica é fator de risco independente para SCA, contribuindo para aterosclerose e remodelamento vascular.
III. O *Diabetes mellitus* não é considerado fator de risco relevante para SCA, desde que haja controle glicêmico rigoroso.
IV. A dislipidemia, especialmente a elevação de LDL-colesterol, é um dos principais alvos de prevenção primária e secundária na SCA.

Estão **CORRETAS** as afirmativas:

A) Apenas II e III.
B) Apenas I e III.
C) Apenas I, II e IV.
D) Apenas I, II, III e IV.

QUESTÃO 40

Uma mulher de 42 anos de idade, com história de febre reumática na adolescência, apresenta dispneia progressiva aos esforços. O ecocardiograma mostra estenose mitral moderada a grave (área valvar 1,1cm², gradiente médio 12mmHg), ritmo sinusal e ausência de trombos em átrio esquerdo. Além disso, o exame evidencia estenose tricúspide associada moderada, com repercussão clínica.

Nesse caso, a conduta **MAIS** adequada é:

A) Encaminhar a paciente para troca valvar mitral imediata, pois a presença de dupla lesão (mitral e tricúspide) contraindica valvuloplastia.
B) Indicar valvuloplastia mitral percutânea, podendo associar abordagem da tricúspide, dependendo da repercussão hemodinâmica.
C) Optar apenas por tratamento clínico com diuréticos, já que não há fibrilação atrial nem trombo atrial esquerdo.
D) Contraindicar qualquer intervenção até progressão para insuficiência cardíaca direita avançada.

ATENÇÃO:
AGUARDE AUTORIZAÇÃO
PARA VIRAR O CADERNO DE PROVA.