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 08

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!

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.

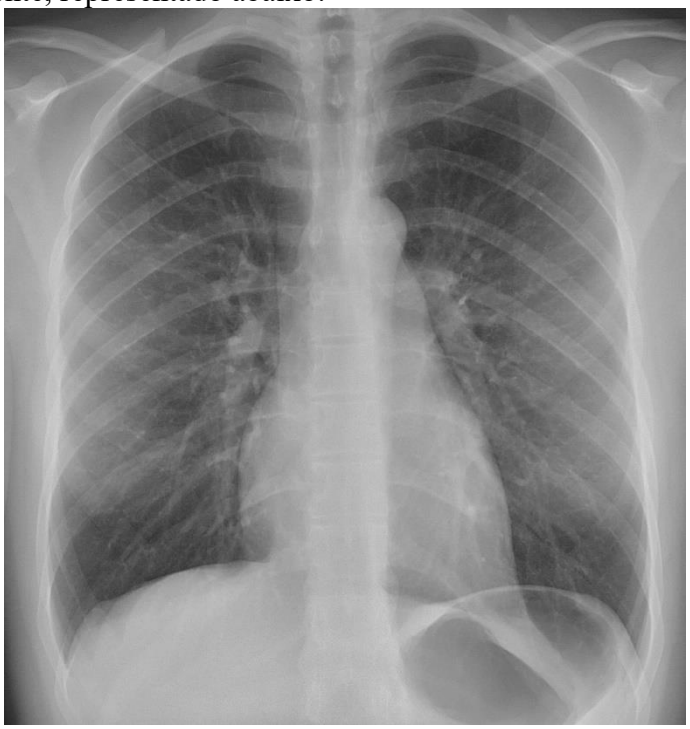
Nesse caso, a conduta **IMEDIATA** é:

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.

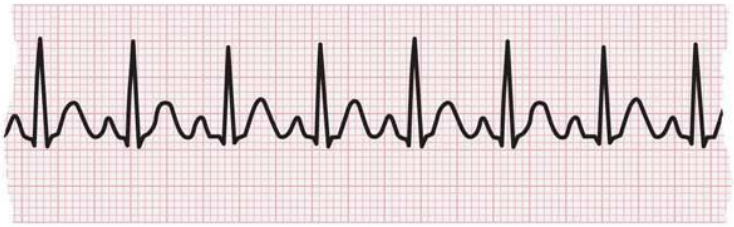
QUESTÃO 04

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/mm³, 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.

QUESTÃO 21

Sobre a doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) e sua exacerbação, considere as seguintes afirmativas.

I. Doença pulmonar obstrutiva crônica é uma condição clínica caracterizada por limitação ao fluxo de ar.
II. A exacerbação aguda da doença pulmonar obstrutiva crônica é um diagnóstico clínico baseado em alterações relacionadas à dispneia, tosse e expectoração.
III. Trata-se de uma situação incomum nos sistemas de atendimento médico; por isso, não causa nenhum tipo de impacto na estrutura de saúde.

Está(ão) **CORRETA(S)** a(s) afirmativa(s):

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

QUESTÃO 22

Um homem de 56 anos de idade, com cirrose hepática por hepatite C, apresenta ascite, edema de membros inferiores e função hepática com elevação de bilirrubina e transaminases.

Nesse caso, o exame **MAIS** adequado para avaliação da função hepática é:

A) Tempo de protrombina.
B) Hemograma completo.
C) Creatinina sérica.
D) Glicose sérica.

QUESTÃO 23

Considere uma mulher de 36 anos de idade, com história de diarreia sanguinolenta, dor abdominal e emagrecimento. Realizou colonoscopia que revelou inflamação difusa no cólon com ulcerações.

Nesse caso, o tratamento de **ESCOLHA** é indicar:

A) Corticoides.
B) Cirurgia de colectomia.
C) Antibióticos.
D) Aminossalicilatos (mesalazina).

QUESTÃO 24

Considere uma mulher de 66 anos de idade, com história de palpitações e tontura. O ECG mostra um ritmo irregular, sem ondas P discerníveis e complexos QRS estreitos.

Nesse caso, o diagnóstico **MAIS** provável é:

A) Fibrilação atrial.
B) *Flutter* atrial.
C) Bloqueio atrioventricular completo.
D) Taquicardia ventricular.

QUESTÃO 25

Uma paciente de 31 anos de idade, com diagnóstico de lúpus eritematoso sistêmico, submetida à pulsoterapia, apresenta alterações de comportamento: sente-se perseguida pelas enfermeiras e pelos colegas de quarto. Durante a noite, ficou agitada e tentou fugir do Hospital.

Nesse caso, a **PROVÁVEL** situação clínica é:

A) A paciente tem um quadro de esquizofrenia paranoide que é frequente em lúpus eritematoso sistêmico.
B) A alteração do comportamento pode estar ligada à doença base - lúpus eritematoso sistêmico - ou ao tratamento (corticosteroide).
C) A paciente deve ser transferida para Unidade de Acompanhamento Psiquiátrico, pois o tratamento do transtorno psiquiátrico é prioritário.
D) A eclosão de um quadro psiquiátrico indica um bom prognóstico para evolução do lúpus eritematoso sistêmico.

QUESTÃO 26

Uma mulher com 45 anos de idade, apresenta azia após refeições pesadas e ao se deitar, melhorando com uso de antiácidos. Realizou endoscopia digestiva que revelou esofagite grau A de Los Angeles.

Nesse caso, o tratamento **MAIS** indicado é:

A) Procinético isolado.
B) Inibidor de bomba de prótons (IBP).
C) Antiácido ao longo do dia.
D) Fundoplicatura cirúrgica.

QUESTÃO 27

Três idosas foram retiradas de um asilo em chamas, depois de terem ficado presas em um quarto, durante 30 minutos. Chegaram ao Serviço de Emergência desorientadas, confusas e muito agitadas, sem evidência de queimaduras externas.

Nesse caso, deve-se iniciar, imediatamente, o tratamento para uma **POSSÍVEL** intoxicação por monóxido de carbono, após a constatação de:

A) Pele cor vermelho-cereja.
B) Cianose de extremidades.
C) Nível de carboxiemoglobina (HbCO) >60%.
D) Valores de pCO, de 35mmHg.

QUESTÃO 28

Uma paciente de 51 anos de idade, com antecedente de diabete melito e hipertensão arterial sistêmica, procura o Serviço de Emergência, descrevendo que há 3 meses tem apresentado "crises" de mal-estar matizadas pelo medo de morrer, não conseguindo mais sair de casa desacompanhada, evitando lugares fechados e multidões, por receio de passar mal e não ser socorrida. Há 25 minutos, iniciou crise súbita caracterizada por aperto no peito, sudorese profusa, dispneia, tremores nas mãos e tontura. Ao exame clínico, mostra-se consciente, orientada e ansiosa. Na avaliação dos sinais vitais, observou-se: FC: 120bpm, PA: 170 x 90mmHg; FR: 24irpm; ritmo cardíaco regular; bulhas normofonéticas, sem sopros; murmúrio vesicular presente, sem ruídos adventícios.

Nesse caso, a conduta **INICIAL** é:

A) Introduzir benzodiazepínico por via oral e reavaliação, em 30 minutos, dos sintomas ansiosos e dos sinais vitais, já que se trata de um quadro bastante compatível com crise de ansiedade.
B) Introduzir antidepressivos, pois trata-se de um transtorno do pânico e encaminhar para psicoterapia cognitivo-comportamental.
C) Orientar sobre o quadro de ansiedade, evitando usar fármacos que causem dependência, e encaminhar para psicoterapia.
D) Conversar com a paciente e orientar técnica de respiração, pois é a conduta mais adequada em casos de síndrome de hiperventilação.

QUESTÃO 29

Uma paciente de 55 anos de idade, com história de *Diabetes mellitus* e hipertensão de longa data, apresenta edema em membros inferiores e proteinúria superior a 3,5g/dia. A biópsia renal mostra espessamento difuso da membrana basal glomerular.

Nesse caso, o diagnóstico **MAIS** provável é:

A) Nefropatia diabética.
B) Glomerulonefrite membranosa.
C) Doença de lesões mínimas.
D) Amiloidose renal.

QUESTÃO 30

Um senhor de 70 anos de idade, bem nutrido, apresenta-se com anemia microcítica e hipocrômica.

Nesse caso, o(s) exame(s) que deverá(ão) ser solicitado(s), inicialmente, é(são):

A) Endoscopia digestiva alta.
B) Clister opaco + retossigmoidoscopia.
C) Colonoscopia.
D) Sangue oculto + parasitológico.

QUESTÃO 31

João, 58 anos, portador de hipertensão arterial sistêmica de longa data, diabetes mellitus e doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) secundária a tabagismo (40 maços/ano), faz uso irregular de losartana, amlodipina e hidroclorotiazida. Ele procura o pronto-atendimento com queixa de dispneia aos mínimos esforços e "chiado" no peito. Nega febre, tosse ou aumento de secreção pulmonar. Relata que o quadro teve início recente e veio acompanhado de palpitações e desconforto torácico.

No exame físico, observam-se níveis pressóricos elevados, sibilos expiratórios difusos, presença de crepitações pulmonares e terceira bulha cardíaca. Há também edema de membros inferiores.

Com base no quadro clínico apresentado, qual conjunto INICIAL de exames deve ser solicitado para **MELHOR** elucidar a causa dos sintomas?

A) Eletrocardiograma, espirometria, troponina e BNP.
B) Radiografia de tórax, eletrocardiograma, troponina e BNP.
C) Radiografia de tórax, espirometria, troponina e D-dímero.
D) Tomografia computadorizada de tórax, troponina, BNP e D-dímero.

QUESTÃO 32

Ana, 38 anos, relata piora significativa das dores de cabeça nos últimos meses, associando o quadro à dificuldade nos relacionamentos com o marido e filhos adolescentes, além da sobrecarga de trabalho. Refere cefaleia frontal leve a moderada, com sensação de peso, presente há muitos anos de forma ocasional, mas que atualmente ocorre com maior intensidade e frequência. Nega outros sintomas associados. Anteriormente, a dor melhorava sem medicação ou com o uso de 500 mg de dipirona, porém, devido ao seu estado emocional, aumentou progressivamente o uso de analgésicos. Nos últimos dois meses, tem utilizado paracetamol e dipirona, às vezes associando ibuprofeno, praticamente todos os dias.

Com base no quadro clínico, qual é a etiologia **MAIS PROVÁVEL** da cefaleia?

A) Cefaleia em salvas associada à depressão.
B) Cefaleia tensional complicada com abuso de analgésicos.
C) Cefaleia trigêmeo-autonômica mista.
D) Enxaqueca com aura complicada por ansiedade.

QUESTÃO 33

Rose, 68 anos, viúva há 8 meses, apresenta-se para consulta ambulatorial acompanhada da filha, que relata que ela tem se mostrado mais introspectiva nos últimos meses, com episódios crescentes de esquecimento de datas e acontecimentos cotidianos, prejudicando suas atividades habituais, como participação em eventos da igreja e cuidados com a casa. Embora sua alimentação esteja adequada, ela apresentou piora na qualidade do sono e não tem realizado atividade física. Rose tem histórico de hipotireoidismo, em uso regular de Levotiroxina 25 mcg, há muitos anos.

Com base no quadro clínico apresentado, é **CORRETO** afirmar que:

A) A principal causa de demência em mulheres idosas é a doença de Alzheimer; portanto, deve-se solicitar imediatamente uma tomografia de crânio para excluir outras causas, seguida do início de memantina para manejo sintomático.
B) O miniexame do estado mental é o teste mais importante neste momento, e um escore menor que 20 pontos é suficiente para o diagnóstico de demência de Alzheimer, mesmo que existam outras comorbidades.
C) O quadro sugere um luto prolongado pela perda do marido; assim, é necessário solicitar a dosagem sérica de serotonina e iniciar um antidepressivo imediatamente, além de orientar supervisão familiar devido ao risco de suicídio.
D) O rastreamento para depressão, um maior detalhamento dos domínios cognitivos e a investigação do controle do hipotireoidismo e de deficiência de vitamina B12 são as medidas mais importantes neste momento.

QUESTÃO 34

Vitor, 45 anos, procura atendimento médico após dois episódios de “convulsão”, o primeiro há 4 meses, e um novo episódio ocorreu há 2 semanas. Os familiares relataram que, durante a crise, ele caiu e apresentou movimentos repetidos dos membros por, aproximadamente, 2 minutos. Eles também notaram “espuma” na boca e diurese durante o episódio. Vitor não lembra do que aconteceu, exceto por um machucado na língua ao "acordar".

Com base no caso clínico apresentado, é **CORRETO** afirmar que:

A) A idade e a sintomatologia sugerem metástase cerebral, sendo necessário solicitar tomografia de tórax e abdome para investigar a presença de um tumor primário.
B) Deficiências de vitamina B12 e alterações na função tireoidiana são causas comuns de crises convulsivas e devem ser tratadas empiricamente.
C) É fundamental investigar abuso de álcool ou drogas, traumas e outros fatores desencadeantes de crises convulsivas antes de confirmar o diagnóstico de epilepsia.
D) O quadro de epilepsia é provável, mas o diagnóstico definitivo só pode ser feito com base em alterações no eletroencefalograma ou ressonância magnética.

QUESTÃO 35

Um jovem de 21 anos procura o ambulatório de clínica médica da universidade onde estuda, relatando o surgimento de uma lesão no pênis há cerca de uma semana, acompanhada por um discreto aumento de gânglios inguinais, ambos indolores. Ele demonstra grande preocupação, pois, além das suas parceiras habituais, teve uma relação sexual desprotegida com um desconhecido em um cinema, aproximadamente um mês antes do início dos sintomas.

O exame físico revelou uma úlcera peniana de 1 cm de diâmetro, com bordas firmes e bem delimitadas, indolor e um linfonodo móvel, fibroelástico, indolor de 2 cm na região inguinal esquerda. O paciente nega alergias conhecidas.

Exames laboratoriais indicaram VDRL 1:64 e FTA-ABS reativo.

Com base nos achados clínicos e laboratoriais, qual o tratamento de **PRIMEIRA ESCOLHA** para esse paciente?

A) Doxiciclina 100 mg, via oral, duas vezes ao dia, por 14 dias.
B) Penicilina benzatina 2.400.000 unidades, via intramuscular, em dose única.
C) Penicilina benzatina 2.400.000 unidades, via intramuscular, três doses com intervalo de 1 semana.
D) Penicilina cristalina, via intravenosa, 4.000.000 unidades a cada 4 horas, por 10 dias.

QUESTÃO 36

Uma mulher de 62 anos procura atendimento devido à dor na região abdominal superior em faixa, irradiando para o dorso, iniciada há 3 dias. Relata que a dor piora significativamente com a ingestão de qualquer alimento e melhora com o jejum. Além da dor, iniciou com náuseas ontem e teve um episódio de vômito hoje. A paciente tem histórico de hipertensão arterial sistêmica em uso de losartana e artrite reumatoide em uso de prednisona há muitos anos, além de azatioprina, que foi recentemente iniciada.

Exame físico: corada e desidratada (+/4+). FC 100 bpm, FR 20 irpm, PA 120 x 70 mmHg. Ausculta cardíaca e pulmonar sem alterações. Dor à palpação profunda no epigástrio, sem sinais de irritação peritoneal. Exames laboratoriais mostram leucocitose de 12.500/mm³ (VR: 4.000-10.000/mm³) sem desvio à esquerda e lipase sérica de 372 U/L (VR: 0-60 U/L).

Com base no caso clínico exposto, analise as afirmativas abaixo:

I. O diagnóstico é pancreatite aguda e o uso da azatioprina deve ser considerada entre as possíveis etiologias.
II. A pancreatite é caracterizada pela inflamação do tecido pancreático, frequentemente associada a infecções locais, mas sem reações inflamatórias sistêmicas.
III. Tomografia computadorizada de abdome é mandatória na fase inicial para exclusão de complicações pancreáticas.
IV. A antibioticoprofilaxia com ceftriaxona e metronidazol deve ser iniciada precocemente para reduzir morbimortalidade.
V. O manejo inicial do quadro inclui jejum, hidratação venosa e analgesia com acompanhamento cuidadoso da evolução dos sintomas.

Estão **CORRETAS** somente as afirmativas:

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

QUESTÃO 37

Leia, de 32 anos, no 10º dia de pós-parto, com histórico de hipertensão gestacional e obesidade, foi internada com febre e dor lombar, sendo diagnosticada com pielonefrite. Está em tratamento com ceftriaxona intravenosa há 5 dias, mas mantém quadro febril e iniciou há algumas horas com dor torácica associada à falta de ar leve. Exames laboratoriais recentes mostram: Hb 11,2 g/dL, leucócitos 16.800/mm³ com desvio à esquerda, ureia 65 mg/dL, creatinina 1,1 mg/dL, e PCR 58 mg/dL. A tomografia de abdome revelou pielonefrite complicada por abscesso peri-renal direito com 2 cm de diâmetro, e a angiotomografia de tórax confirmou tromboembolismo pulmonar em ramo da artéria pulmonar direita. Durante a noite, apresentou piora clínica, com hipotensão (PA 90/60 mmHg), taquicardia (FC 122 bpm), febre (38,9°C), e tempo de enchimento capilar prolongado (4,5 segundos). O ecocardiograma, à beira-leito, mostrou ventrículo direito normal. Diante do quadro clínico e das complicações apresentadas, qual é a conduta terapêutica **INICIAL MAIS ADEQUADA**?

A) Anticoagulação plena, coleta de hemoculturas e urocultura e escalonamento da antibioticoterapia.
B) Anticoagulação profilática, cintilografia de ventilação/perfusão ou arteriografia e manutenção da ceftriaxona.
C) Trombólise cirúrgica, drenagem percutânea do abscesso e escalonamento da antibioticoterapia.
D) Trombólise química, coleta de hemoculturas e urocultura e descalonamento da ceftriaxona para antibiótico oral.

QUESTÃO 38

Um paciente de 45 anos, com histórico de etilismo crônico, hipertensão e diabetes tipo 2, apresenta uso irregular das medicações prescritas. Foi trazida por familiares ao pronto-atendimento porque iniciou confusão mental, alucinações visuais, tremores nas extremidades e sudorese.

Durante o atendimento na triagem, ele apresentou uma crise convulsiva, caracterizada por movimentos tônicos e clônicos generalizados, acompanhada de sialorreia e perda do controle dos esfíncteres, com duração, aproximada, de 2 minutos. A esposa do paciente nega qualquer histórico prévio de convulsões e relata que, nos últimos dois dias, ele tem estado mais quieto em casa devido a uma fratura na perna esquerda.

Considerando esse contexto clínico, qual é o diagnóstico **MAIS PROVÁVEL** e qual é o tratamento de **PRIMEIRA ESCOLHA**?

A) Encefalopatia hepática / alprazolam.
B) Intoxicação etílica / haloperidol.
C) Psicose de Korsakoff / clozapina.
D) Síndrome de abstinência alcoólica / diazepam.

QUESTÃO 39

Um paciente de 68 anos, com um histórico de hipertensão de 20 anos, não se recorda dos medicamentos que utiliza e das doses correspondentes. Segundo a prescrição médica, ele deve fazer uso de hidroclorotiazida 25 mg MID, enalapril 20 mg BID e anlodipina 5 mg BID. Ele comparece ao centro de saúde após um ano sem acompanhamento, assintomático, para renovar sua receita. O paciente é sedentário e:

Ao exame, o paciente apresenta os seguintes dados: IMC 28 Kg/m^2, PA 200/120 mmHg, FC 72 bpm, FR 14 irpm, Ritmo cardíaco regular em dois tempos, bulhas normofonéticas e murmúrio vesicular fisiológico sem ruídos adventícios. Diante desse quadro, escolha a hipótese diagnóstica e conduta **MAIS APROPRIADAS**:

A) Emergência hipertensiva / Administrar captopril 25 mg sublingual no centro de saúde.
B) Emergência hipertensiva / Encaminhar imediatamente para pronto-atendimento.
C) Hipertensão arterial sistêmica grave / Associar betabloqueador ao esquema terapêutico.
D) Hipertensão arterial sistêmica mal controlada / Conferir adesão ao tratamento.

QUESTÃO 40

Paciente de 29 anos, sexo masculino, procura atendimento para renovação de receita. Refere diagnóstico de asma desde os 13 anos, fazendo uso de salbutamol exclusivamente durante crises. Nega outras comorbidades ou tabagismo. Nos últimos 12 meses, tem usado a medicação cerca de uma vez ao mês, principalmente por apresentar tosse seca e chiado no peito. Nega dispneia, sintomas noturnos ou quaisquer outros sintomas associados. Nega tabagismo. Informa conviver com um gato e um cachorro dentro de casa, desde o casamento, há 2 anos. Relata ter feito espirometria há alguns anos que não mostrou alterações na função pulmonar. Exame físico: FC: 74 bpm, FR: 18 irpm, PA: 110 x 70 mmHg. RCR em 2 tempos, sem sopros. Ausculta pulmonar sem alterações. De acordo com as diretrizes atualizadas do "Global Initiative for Asthma – GINA 2024", qual é a conduta **MAIS** adequada?

A) Renovar a receita e orientar o paciente a vender seus animais de estimação.
B) Renovar a receita e solicitar radiografia de tórax e nova espirometria.
C) Substituir o salbutamol por budesonida + formoterol sob demanda nas crises.
D) Suspender o salbutamol e solicitar nova espirometria com prova broncodilatadora.

ATENÇÃO:
AGUARDE AUTORIZAÇÃO
PARA VIRAR O CADERNO DE PROVA.