

PROCESSO SELETIVO PARA RESIDÊNCIA MÉDICA- 2026

A Comissão Coordenadora do Processo Seletivo – ProSel apresenta o resultado das contestações ao gabarito, de acordo com os critérios do Edital do Processo Seletivo para Residência Médica - 2026.

Contestações ao Gabarito Preliminar dos Programas de Cardiologia:

- Questão 20 – Clínica Médica: CONTESTAÇÃO INDEFERIDA.
- Questão 24 – Clínica Médica: CONTESTAÇÃO INDEFERIDA.
- Questão 27 – Clínica Médica: CONTESTAÇÃO INDEFERIDA.
- Questão 31 – Clínica Médica: CONTESTAÇÃO INDEFERIDA.
- Questão 39 – Clínica Médica: CONTESTAÇÃO INDEFERIDA.
- Questão 43– Clínica Médica: CONTESTAÇÃO INDEFERIDA.

A Comissão Coordenadora comunica que não cabem novas contestações ao gabarito.

Colatina/ES, 14 de outubro de 2025.

Coordenação do Processo Seletivo 2026



RESIDÊNCIAS UNESC 2026/1

Médicas

CARDIOLOGIA

Inscrição nº:

--	--	--	--	--	--

CLÍNICA MÉDICA

Questão 01

Um paciente de 45 anos é submetido a um ecocardiograma com *Doppler* para avaliação da função cardíaca. O exame revela:

- Volume diastólico final: 124 mL;
- Fração de ejeção: 50%;
- Frequência cardíaca: 110 bpm.

Considerando a fisiologia cardiovascular, assinale a alternativa correta:

- a) O débito cardíaco aumenta sempre que a pós-carga se eleva, e nesse caso está em 6,2 L/min;
- b) O débito cardíaco depende do volume sistólico, e nesse caso está em 6,82 L/min;
- c) O débito cardíaco independe da frequência cardíaca, e nesse caso está em 5,2 L/min;
- d) O débito cardíaco não sofre influência da pré-carga, e encontra-se em 6,2 L/min.
- e) O débito cardíaco é determinado exclusivamente pela contratilidade, estando em 6,82 L/min.

Questão 02

Um residente estuda o potencial de ação das células cardíacas em diferentes regiões do coração. Ao analisar fibras rápidas do miocárdio ventricular, observa a fase de despolarização inicial. Essa fase (fase 0) é caracterizada por:

- a) Saída de potássio.
- b) Entrada de cálcio pelas correntes lentas.
- c) Potencial de membrana estável em repouso.
- d) Repolarização lenta e gradual.
- e) Entrada rápida de sódio pela membrana celular.

Questão 03

Homem de 71 anos, portador de DPOC, apresenta-se em enfermaria com edema de membros inferiores e ascite. Ao leito, eleva-se o tronco a 45° e aplica-se pressão firme no hipocôndrio direito por 10–15 segundos; a coluna venosa jugular se eleva > 3 cm e permanece alta. Isso indica:

- a) Refluxo hepatojugular positivo, sugerindo pressão de enchimento direita elevada e IC direita.
- b) Pulso paradoxal típico de tamponamento.
- c) Sinal de Kussmaul, específico de pericardite constritiva.
- d) Sinal de Harzer, indicando HVE importante.
- e) Hipovolemia relativa com colapso jugular.

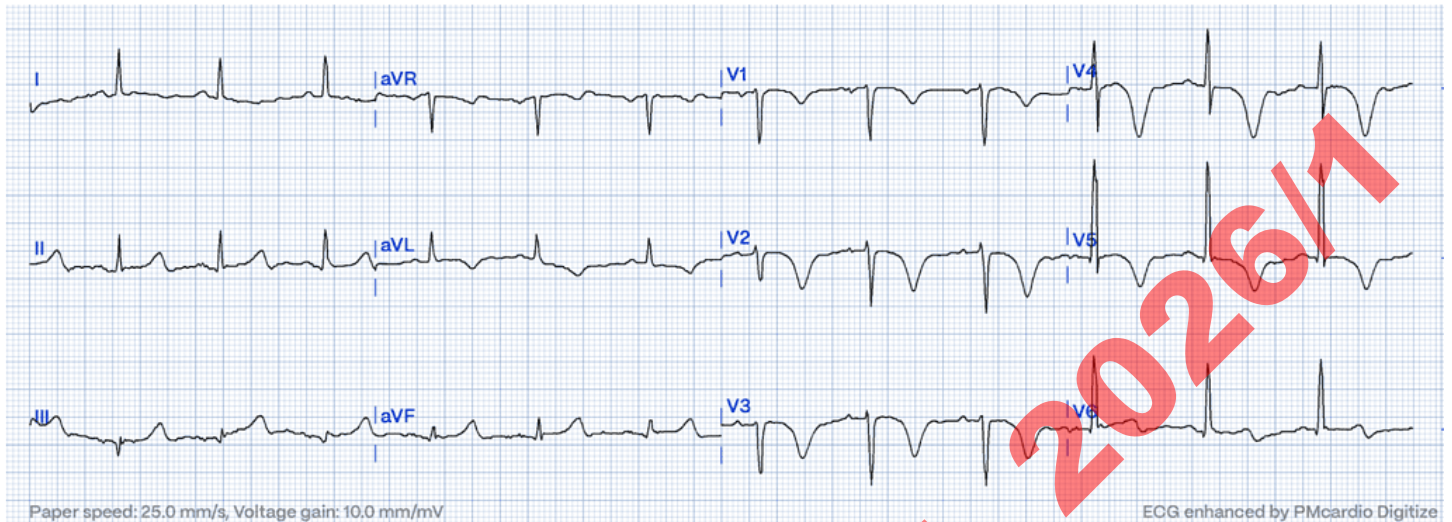
Questão 04

Mulher de 56 anos, diagnosticada com derrame pericárdico por neoplasia, apresenta hipotensão, turgência jugular e bulhas abafadas. A pressão arterial sistólica apresenta queda de 16 mmHg na inspiração. Qual mecanismo melhor explica o pulso paradoxal nesse contexto?

- a) Aumento da complacência pericárdica, com maior enchimento de ambos os ventrículos.
- b) Diminuição do retorno venoso direito na inspiração.
- c) Interdependência ventricular acentuada, com desvio do septo para o ventrículo esquerdo durante a inspiração.
- d) Aumento do volume sistólico esquerdo inspiratório.
- e) Vasoconstrição sistêmica reduzindo pós-carga esquerda.

Questão 05

Mulher de 62 anos com dor precordial em repouso. Eletrocardiograma (ECG) inicial normal; 24 h depois, observou-se mudança no padrão do ECG (vide imagem abaixo).



A hipótese mais provável é:

- a) Pericardite aguda.
- b) Hipopotassemia.
- c) Repolarização precoce benigna.
- d) Padrão de Wellens (tipo B), obstrução crítica proximal da DA.
- e) Taquicardia supraventricular com aberrância.

Questão 06

Homem de 69 anos, portador de Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC), chega ao pronto-socorro com palpitações e dispneia súbita. ECG mostra taquicardia regular a 160 bpm, QRS estreito, ondas P retrógradas visíveis após QRS em DII e V1, com eixo elétrico normal. O diagnóstico mais provável é:

- a) Taquicardia atrial multifocal.
- b) Taquicardia por reentrada nodal (TRN).
- c) Fibrilação atrial paroxística.
- d) Flutter atrial típico com condução 2:1.
- e) Taquicardia ventricular não sustentada.

Questão 07

Recém-nascido apresenta cianose central nas primeiras horas de vida, saturação 75% em ar ambiente, 2º ruído único e cardiomegalia discreta no Raio X de Tórax. A hiperóxia (FiO_2 100%) eleva a PaO_2 de 36 para 42 mmHg. Suspeita-se de lesão ducto-dependente. Qual conduta imediata é mais apropriada?

- a) Iniciar prostaglandina E1 (alprostadil) para manter o ducto pérvio.
- b) Administrar indometacina EV para fechar ducto arterial.
- c) Furosema para reduzir congestão pulmonar.
- d) Betabloqueador EV para reduzir consumo de O_2 .
- e) Amiodarona profilática.

Questão 08

Homem, de 22 anos, com cardite reumática prévia e lesão valvar residual leve. Segundo recomendações atuais, o tempo de profilaxia secundária com benzilpenicilina benzatina é:

- a) Por toda a vida, independentemente do grau de lesão.
- b) 5 anos ou até 18 anos (o que for mais longo).
- c) 10 anos ou até 25 anos (o que for mais longo).
- d) Apenas durante 2 anos após o último surto.
- e) Suspender após ecocardiograma normal por 1 ano.

Questão 09

Mulher de 48 anos, portadora de diabetes e coronariopatia documentada, usa estatina de alta potência associada ao ezetimibe; LDL permanece em 78 mg/dL. Segundo as Diretrizes da Sociedade Brasileira de Cardiologia, a estratégia com maior probabilidade de reduzir eventos é:

- a) Manter igual e repetir perfil lipídico em 12 meses.
- b) Substituir estatina por fibrato.
- c) Trocar ezetimibe por niacina.
- d) Acrescentar ômega-3 para baixar LDL.
- e) Adicionar inibidor de PCSK9 visando maior redução de LDL.

Questão 10

Homem de 45 anos, chega em consulta ambulatorial com o seguinte perfil lipídico: LDL 165 mg/dL e Lp(a) 90 mg/dL. Não há histórico de doença aterosclerótica e o risco global calculado foi intermediário. Sobre a Lipoproteína A - Lp(a):

- a) Lp(a) elevado é fator de risco independente e pode antecipar intensificação de LDL-C.
- b) Lp(a) elevado não altera estratificação de risco.
- c) Reduzir Lp(a) com fibrato é a forma preferencial de prevenção primária.
- d) Ezetimibe reduz Lp(a) em aproximadamente 30% consistentemente.
- e) A dosagem de Lp(a) só é útil em prevenção secundária.

Questão 11

Paciente de 52 anos, apresenta pressão arterial no consultório de 148/92 mmHg em três visitas; MAPA 24 h: média 132/80 mmHg, vigília 136/84 mmHg e sono 118/70 mmHg. Qual diagnóstico é mais provável?

- a) Hipertensão do avental branco.
- b) Hipertensão mascarada.
- c) Hipertensão refratária.
- d) Hipertensão estágio 1.
- e) Hipotensão noturna ausente (*non-dipper*) patológica.

Questão 12

Mulher de 39 anos com hipertensão resistente (em uso de iECA + tiazídico + bloqueador de canal de cálcio), apresentando nos exames complementares hipocalcemia espontânea e nódulo adrenal de 1,8 cm. Melhor teste confirmatório para hiperaldosteronismo primário:

- a) Teste de esforço com esteira.
- b) Teste com clonidina.
- c) Teste de tolerância à glicose.
- d) Teste de supressão com captopril ou salina EV.
- e) Dosagem de cortisol após 1 mg de dexametasona.

Questão 13

Homem de 63 anos dá entrada no Pronto Socorro com dor torácica de forte intensidade, início súbito, irradiando para região dorsal. Ao exame físico, observou-se pressão arterial de 210/120 mmHg e assimetria de pulsos em membros superiores. Na dissecação aguda de aorta, a meta inicial de tratamento hemodinâmico é:

- a) Reduzir PA lentamente nas primeiras 24–48 h, priorizando vasodilatador isolado.
- b) Evitar betabloqueador para não reduzir débito.
- c) Manter PAS > 140 mmHg para perfusão coronária.
- d) Usar nitroprussiato isolado como primeira linha.
- e) Alcançar PAS 100–120 mmHg e FC < 60 bpm rapidamente, iniciando betabloqueador antes de vasodilatador.

Questão 14

Mulher de 68 anos, portadora de estenose aórtica com área valvar estimada 0,8 cm², gradiente médio de 28 mmHg e FE 58%. VTI da via de saída do ventrículo esquerdo baixo, e fração de ejeção preservada. Quadro compatível com estenose aórtica de baixo fluxo/ baixo gradiente paradoxal. Qual exame ajuda a confirmar gravidade da valvopatia?

- a) Eco com dobutamina baixa dose (DSE).
- b) Tomografia para escore de cálcio valvar aórtico.
- c) BNP seriado.
- d) Ecocardiograma transesofágico apenas.
- e) Coronariografia.

Questão 15

Mulher de 44 anos com estenose mitral reumática sintomática (área valvar mitral de 0,9 cm²), aparelho subvalvar favorável, ausência de trombo em átrio esquerdo e regurgitação mitral mínima. Qual a melhor estratégia terapêutica:

- a) Substituição valvar mitral.
- b) Reparação cirúrgica com anel.
- c) Apenas diurético e betabloqueador.
- d) Anticoagulação isolada.
- e) Comissurotomia mitral percutânea (valvoplastia por balão).

Questão 16

Homem de 67 anos, portador de insuficiência cardíaca com fração de ejeção reduzida (32%), em uso de IECA, betabloqueador e antagonista de mineralocorticóide. Exames laboratoriais mostram hemoglobina glicada de 6,0%. Segundo as atuais diretrizes, qual adição reduz hospitalização e mortalidade de forma independente do diabetes?

- a) Hidralazina/nitrato.
- b) Ivabradina.
- c) Verapamil.
- d) Inibidor de SGLT2.
- e) Digoxina.

Questão 17

Mulher de 72 anos com diagnóstico de insuficiência cardíaca com fração de ejeção reduzida (35%), em tratamento clínico otimizado, clinicamente apresentando fadiga. Não há sinais de descompensação aguda. Nos exames laboratoriais, chama atenção Ferritina 85 ng/mL, Saturação da Transferrina de 17%, Hb 12.3 g/dL. Melhor conduta baseada em evidência:

- a) Reposição de ferro oral por 3 meses.
- b) Não tratar, pois não há anemia.
- c) Eritropoetina.
- d) Transfusão programada.
- e) Ferro endovenoso (ex.: carboximaltose).

Questão 18

Homem de 59 anos, portador de válvula aórtica bicúspide, apresentando febre e bacteremia por *Staphylococcus aureus*. Ecocardiograma transtorácico (ETT) sem vegetações; janela acústica ruim. Melhor próximo passo diagnóstico:

- a) Realizar ecocardiograma transesofágico para aumentar sensibilidade.
- b) Repetir ETT em 72 h.
- c) PET-CT substitui eco em todos os casos.
- d) Encerrar investigação se hemoculturas negativarem.
- e) RM cardíaca é superior ao ecocardiograma transesofágico para vegetações pequenas.

Questão 19

Homem de 64 anos, chega ao pronto socorro com histórico de dor torácica típica iniciada há 4 horas. Eletrocardiograma sem alterações isquêmicas; primeira amostra de troponina positiva (valor alto) e instabilidade elétrica intermitente (episódios de taquicardia ventricular não sustentada com 4 e 5 batimentos). Quanto ao *timing* de coronariografia:

- a) Estratégia eletiva em até 72–96 h;
- b) Estratégia precoce/ urgente;
- c) Apenas teste funcional e alta.
- d) Aguardar queda de troponina.
- e) AngioTC coronária substitui coronariografia nesse perfil de pacientes.

Questão 20

Paciente de 58 anos com quadro de infarto agudo do miocárdio com supra de ST em parede anterior, com delta T de 2 h, candidato a angioplastia primária. Escolha de antiagregação/antitrombótico mais adequada:

- a) AAS + clopidogrel; heparina não fracionada é contraindicada.
- b) Evitar anticoagulação se houver *stent* farmacológico.
- c) AAS + inibidor seletivo P2Y12 + anticoagulação parenteral durante a intervenção coronária percutânea.
- d) Usar dupla antiagregação apenas após angiografia – aguardar definição da anatomia coronariana.
- e) Fibrinolítico deve preceder angioplastia sempre que disponível.

Questão 21

Homem, 23 anos, previamente hígido, refere faringoamigdalite há 3 semanas, sem antibiótico. Procura o serviço por edema palpebral matinal, urina escura e redução do volume urinário há 2 dias.

Exame físico: PA 160/95 mmHg, FC 94 bpm, edema +/4+, sem dor lombar.

Laboratório: ureia 60 mg/dL, creatinina 1,6 mg/dL (basal desconhecido), EAS: hematúria com hemácias dismórficas e cilindros hemáticos, proteinúria 1,2 g/24h; C3 reduzido, C4 normal; ASO 800 UI.

Qual a melhor combinação de diagnóstico e conduta inicial?

- Nefropatia por IgA (doença de Berger); iniciar corticoide oral por 6–8 semanas.
- Nefrite lúpica proliferativa; iniciar pulsoterapia com metilprednisolona seguida de ciclofosfamida.
- Doença por anti-MB (Goodpasture); iniciar plasmaférese associada a corticoide e ciclofosfamida.
- Glomerulonefrite aguda pós-estreptocócica; restrição de sal e água, controle pressórico e penicilina benzatina para erradicação do estreptococo.**
- Glomerulonefrite rapidamente progressiva pauci-imune (ANCA+); iniciar rituximabe e corticoide em altas doses.

Questão 22

Mulher, 58 anos, DM2 e história de nefrolitíase, chega com febre, calafrios e dor lombar direita há 24 h, evoluindo com confusão.

Exame: PA 82/50 mmHg, FC 122 bpm, FR 28 ipm, T 39,1 °C, SpO₂ 93% AA.

Laboratório: leucócitos 21.000/mm³ (12% bastões), creatinina 3,2 mg/dL (prévia 1,1), plaquetas 110.000/mm³, lactato 5,7 mmol/L, pH 7,25, HCO₃⁻ 18 mEq/L, diurese 0,2 mL/kg/h.

Condutas já realizadas nas primeiras 60–90 min: hemoculturas, lactato (planejada redosagem), piperacilina-tazobactam EV, 30 mL/kg de cristalóide, início de norepinefrina (0,2 µg/kg/min) para PAM alvo ≥ 65 mmHg (atual PAM 62 mmHg).

Ultrassom point-of-care: hidronefrose direita. USG de beira-leito com cálculo hiperecogênico de ~10 mm em ureter proximal.

Teste de elevação passiva das pernas: variação do VTI < 10% (não responsivo a mais volume).

Qual é a melhor próxima conduta?

- Solicitar descompressão urinária emergente com manutenção de antibiótico e suporte hemodinâmico.**
- Administrar novo bolus de 30 mL/kg de cristalóide visando redução do lactato.
- Trocar norepinefrina por dopamina para tentar aumentar o débito urinário.
- Indicar hemodiálise de urgência para correção da acidose láctica como medida inicial.
- Adicionar hidrocortisona em altas doses e postergar a intervenção urológica até estabilização completa.

Questão 23

Homem, 52 anos, LMA no D+10 pós-indução (7+3), em profilaxia com levofloxacino. Chega ao PS com Tax 38,9 °C, calafrios e odinofagia por mucosite grau 4. Exame: PA 84/52 mmHg, FC 110 bpm, FR 22 ipm, SpO₂ 96% AA, sem foco clínico evidente; CVC tunelizado pérvio, sem hiperemia no orifício.

Laboratório: ANC 80/mm³, Hb 8,7 g/dL, Plaq 22.000/mm³, Cr 1,5 mg/dL, bilirrubinas normais. Radiografia de tórax sem infiltrados. Estimativa de MASCC = 19.

Qual a melhor conduta inicial nos próximos 60 minutos?

- Optar por tratamento ambulatorial VO com ciprofloxacino + amoxicilina/clavulanato e alta, pois está hemodinamicamente “estável”.
- Iniciar vancomicina EV como esquema inicial, mesmo sem sinais de infecção por Gram-positivo resistente.
- Aguardar o resultado das culturas para definir o antibiótico, mantendo hidratação venosa e antitérmicos.
- Iniciar meropenem + anidulafungina EV imediatamente para cobrir bactérias e fungos desde o início.
- Coletar hemoculturas (periférica e de cada lúmen do CVC) e urocultura, e iniciar piperacilina-tazobactam + Vancomicina EV de amplo espectro com internação.**

Questão 24

Homem, 74 anos, previamente independente (mRS 1), hipertenso e diabético (metformina), em uso de AAS 100 mg/dia. Início súbito de afasia e hemiparesia direita às 08h10 (LKW). Chega ao PS às 09h25; triado às 09h30 com PA 198/112 mmHg, FC 92 bpm, FR 16 irpm, SpO₂ 96% AA, glicemia capilar 118 mg/dL. NIHSS 12. TC de crânio sem contraste às 09h50: sem hemorragia, sinais isquêmicos precoces discretos (ASPECTS 9). Sem uso de anticoagulantes e sem história de sangramento recente. Exames laboratoriais foram coletados e estão pendentes. Qual a melhor conduta nas próximas etapas?

- Solicitar RM com difusão para confirmar extensão do infarto antes de decidir pela trombólise, postergando a medicação.
- Reduzir a PA para <185/110 mmHg e, em seguida, iniciar alteplase EV 0,9 mg/kg, sem aguardar exames laboratoriais se não há suspeita de coagulopatia.
- Repetir a TC em 1–2 horas para reavaliar e então decidir pela trombólise se não surgirem sinais de hemorragia.
- Iniciar dupla antiagregação (AAS + clopidogrel) imediatamente e evitar trombólise pela idade e pelo uso prévio de AAS.
- Encaminhar diretamente para trombectomia mecânica, sem trombólise, mesmo sem confirmação de oclusão de grande vaso.

Questão 25

Homem, 72 anos, previamente independente, tabagista cessado há 10 anos, HAS. Há 24 h com tosse produtiva, febre e dispneia. Ao dar entrada no PS: T 38,3°C, FR 32 irpm, FC 104 bpm, PA 118/68 mmHg, SpO₂ 90% em ar ambiente. Está lúcido e orientado. Radiografia de tórax: consolidação no lobo inferior direito. Exames: ureia 58 mg/dL, creatinina 1,1 mg/dL, Na 134 mEq/L, leucócitos 13.200/mm³. Com base no CURB-65, qual a melhor conduta quanto ao local de tratamento?

- CURB-65 = 2 (idade e FR): liberar para tratamento ambulatorial com antibiótico VO e reavaliação em 48h.
- CURB-65 = 4: necessidade de intubação orotraqueal imediata e UTI, independentemente da gasometria.
- CURB-65 = 3: indicar internação hospitalar com início de antibiótico EV e avaliar necessidade de UTI conforme evolução.
- CURB-65 = 1 (apenas idade): alta com azitromicina VO por 5 dias.
- CURB-65 = 3, porém sem hipotensão ou confusão, podendo tratar em observação na UPA com antibiótico VO.

Questão 26

Mulher, 46 anos, professora, com 8 meses de xerostomia (sede constante, necessidade de água para engolir alimentos secos) e xeroftalmia (areia nos olhos). Dois episódios de cárie no último ano e aumento intermitente das parótidas. Nega doenças reumatológicas conhecidas, febre, perda ponderal, púrpura ou dispneia. Exame físico: fissuras labiais, saliva espessa, sem sinovite. Exames: FAN 1:160 pontilhado fino; anti-Ro/SSA positivo, anti-La/SSB negativo; FR baixo positivo; PCR normal; função renal normal. Sorologias: HBsAg, anti-HCV e HIV negativos. Oftalmologia: Schirmer 3 mm/5 min OD e 4 mm/5 min OE; teste com lissamina: escore 6. Qual a melhor conduta inicial para esta paciente?

- Prescrever prednisona 1 mg/kg/dia por 4–6 semanas, com redução gradual, para controle dos sintomas sicca.
- Indicar rituximabe por evidências de autoimunidade (anti-Ro positivo), mesmo sem acometimento extraglandular.
- Iniciar medidas não farmacológicas, lágrimas artificiais, higiene oral com flúor e pilocarpina VO para estímulo salivar, com seguimento odontológico e oftalmológico.
- Iniciar ciclosporina sistêmica visando melhora da xeroftalmia e xerostomia.
- Tratar com amoxicilina por 10 dias e programar sialoadenectomia eletiva devido às parotidomegalias intermitentes.

Questão 27

Homem de 54 anos, obeso (IMC 33), etilista, dá entrada com dor epigástrica intensa e PCR 290 mg/L. TC contrastada no quinto dia de internação mostra coleção pancreática com parede parcialmente organizada e bolhas de gás. Hemodinâmica estável, porém, febril (38,8 °C), leucócitos 22.000/mm³, bilirrubina 1,4 mg/dL, creatinina 1,3 mg/dL. Sem colangite. Recebeu dieta enteral por sonda nasojunal desde o terceiro dia de internação. Qual a melhor próxima conduta?

- a) Laparotomia com necrosectomia aberta imediata.
- b) Antibiótico profilático + nutrição parenteral total; adiar qualquer intervenção por 4–6 semanas.
- c) CPRE terapêutica com papilotomia precoce.
- d) Antifúngico empírico + vigilância expectante.
- e) Iniciar carbapenem EV e indicar drenagem percutânea/endo guiada.

Questão 28

Um homem de 78 anos, previamente autônomo, é avaliado em ambulatório de Geriatria após episódios de quedas recorrentes. No último ano, perdeu 7 kg não intencionais, passando de 70 kg para 63 kg (10% do peso corporal). Refere fadiga frequente, relatando que se sente exausto em grande parte dos dias da semana. No teste de velocidade de marcha em percurso de 4 metros, apresentou 0,65 m/s. A dinamometria manual revelou força de preensão de 18 kg (abaixo do ponto de corte para homens da sua idade). Relata ainda baixo nível de atividade física, limitando-se a caminhadas ocasionais menores que 1 vez por semana. Segundo o fenótipo de Fried, qual a classificação mais adequada para esse paciente?

- a) Frágil.
- b) Pré-frágil.
- c) Robusto.
- d) Idoso vulnerável (sem preenchimento de critérios).
- e) Declínio funcional por comorbidades não relacionadas à fragilidade.

Questão 29

Cirrótico Child-Pugh B, ascite tensa. Paracentese diagnóstica: PMN 420/mm³, cultura pendente. Creatinina 1,6 mg/dL, bilirrubina 4,2 mg/dL. Sem choque. Neste caso qual conduta e inicial é mais apropriada?

- a) Piperacilina-tazobactam EV por 3 dias; sem albumina 20mg/dia.
- b) Ceftriaxone EV (ou cefotaxima EV) + albumina 1,5 g/kg no dia 1 e 1,0 g/kg no dia 3.
- c) Ciprofloxacino VO + albumina 20 g/dia por 2 dias.
- d) Cefazolina EV + furosemida.
- e) Amoxicilina-clavulanato VO e alta.

Questão 30

Homem de 29 anos, com diagnóstico prévio de Doença de Crohn, sem acompanhamento regular, chega ao pronto atendimento com dor perianal, febre e drenagem purulenta. Toque doloroso, induração; US endoanal sugere fístula transesfincteriana com abscesso interesfincteriano, com relação abordagem desse paciente, qual é a sequência inicial mais adequada?

- a) Metronidazol/ceftriaxone e aguardar melhora clínica.
- b) Iniciar anti-TNF imediatamente, sem drenagem.
- c) Fistulectomia ampla imediata.
- d) Drenagem do abscesso + colocação de seton e, após controle séptico, iniciar infliximabe.
- e) Somente azatioprina por 3 meses e reavaliar.

Questão 31

Homem de 62 anos, tabagista prévio e etilista social, apresenta histórico de carcinoma de pulmão tratado há 5 anos, atualmente em acompanhamento oncológico por neoplasia de próstata com metástases ósseas documentadas em coluna lombar e fêmur direito. É levado ao pronto-socorro pela família devido a quadro de fadiga intensa, inapetência, náuseas e episódios de vômitos nas últimas três semanas, associados a constipação e dor óssea difusa. Ao exame físico, encontra-se emagrecido, discretamente desidratado e com dor à palpação em quadril e coluna lombar.

Exames laboratoriais:

Potássio (K): 4,6 (VR 3,5–5,5)

Sódio (Na): 141 (VR 135–145)

Cálcio iônico (Ca^{2+}): 1,57 (VR 1,12–1,32)

Fósforo (P): 2,7 (VR 3,5–4,5)

Hemoglobina (Hb): 13,1 (VR 13–15)

Leucócitos: 8.200 (VR 4.500–10.000)

TGO: 40 (VR até 45)

TGP: 38 (VR até 40)

PTH: 225 (VR 15–65)

Albumina: 3,3 (VR 3,5–5,0)

A hipercalcemia foi confirmada em nova coleta.

Qual o mecanismo responsável pela hipercalcemia e sua provável etiologia?

- Secreção excessiva de paratormônio por adenoma de paratireoide.
- Ativação osteoclástica decorrente de metástases ósseas.
- Produção aumentada de 1,25-hidroxivitamina D em recidiva linfomatosa.
- Produção de PTH-relacionado (PTHrP) associada a carcinoma espinocelular.
- Síndrome de lise tumoral com liberação de cálcio intracelular.

Questão 32

Homem de 42 anos, retocolite extensa há 10 anos, diagnosticado com colangite esclerosante primária (PSC) há 2 semanas. Atualmente apresenta-se em remissão clínica em uso de azatioprina e mesazalina. Qual a estratégia de vigilância endoscópica para câncer colorretal mais apropriada para esse paciente?

- Iniciar colonoscopia 10 anos após o diagnóstico da doença, depois a cada 3–5 anos.
- Colonoscopia anual a partir do diagnóstico de PSC, com cromoscopia e biópsias dirigidas.
- Colonoscopia a cada 2–3 anos apenas se houver atividade endoscópica.
- TC colonografia anual.
- Suspender vigilância na remissão

Questão 33

Mulher, 34 anos, IMC 26, sem comorbidades, refere dispepsia tipo dor epigástrica intermitente há 5 meses. Sem perda ponderal, vômitos persistentes, ou anemia. EDA nunca realizada. Usa IBP (omeprazol 20 mg/d) há 10 dias, com melhora parcial. Exame físico e hemograma normais.

Qual é a próxima conduta mais apropriada, baseada nas diretrizes norte americanas?

- Solicitar EDA imediata com biópsias antrais e de corpo.
- Manter IBP por 8 semanas e só testar *H. pylori* se falhar.
- Suspender IBP por 2 semanas e realizar teste respiratório com ureia (ou antígeno fecal) para *H. pylori*; tratar se positivo.
- Iniciar procinético e ansiolítico sem investigação de *H. pylori*.
- Solicitar RNM de abdome superior para excluir patologia orgânica.

Questão 34

Um homem de 90 anos, portador de doença pulmonar obstrutiva crônica, apresenta dificuldade de acesso venoso periférico e necessidade de reposição hídrica. Durante a discussão multiprofissional da conduta, surge a proposta de administração subcutânea de glicose hipertônica a 20% (osmolaridade aproximada de 1.000 mOsm/L). A equipe avalia, em conjunto, a adequação dessa escolha. Qual deve ser a conduta mais apropriada?

- a) Manter a infusão da glicose 20%, desde que em velocidade reduzida.
- b) Substituir por soluções hipotônicas (<200 mOsm/L), que são mais seguras na via subcutânea.
- c) Suspender a hipodermóclise e indicar exclusivamente a via intravenosa em qualquer solução acima de 300 mOsm/L.
- d) Ajustar para soluções isotônicas, com osmolaridade em torno de 280–300 mOsm/L.
- e) Realizar a punção no abdome para reduzir risco de complicações locais.

Questão 35

Um homem de 84 anos, com câncer colorretal metastático, mantém independência para atividades básicas da vida diária, mas depende de auxílio em quase todas as atividades instrumentais. Apresenta cognição preservada, suporte familiar adequado e função renal estável. O oncologista discute a possibilidade de quimioterapia paliativa. No contexto da oncogeriatria, qual fator deve ter maior peso na decisão terapêutica?

- a) A cognição preservada e o suporte social, que favorecem adesão e seguimento.
- b) A dependência em atividades instrumentais, que isoladamente impede tratamento.
- c) A idade cronológica de 84 anos, que contraindica quimioterapia sistêmica.
- d) A função renal estável, que por si só garante segurança para qualquer esquema.
- e) O tipo histológico do tumor, que é o único determinante da escolha terapêutica.

Questão 36

Mulher de 79 anos, com câncer de mama metastático em planejamento para quimioterapia, faz uso regular de oito medicamentos, incluindo anti-hipertensivos, metformina, sertralina, omeprazol e anti-inflamatórios ocasionais. Relata episódios de tontura e quedas recentes, além de esquecimento frequente de doses. Na avaliação Oncogeriátrica, qual deve ser a principal preocupação clínica diante desse cenário de polifarmácia?

- a) Redução direta da eficácia da quimioterapia, pela competição no metabolismo tumoral.
- b) Indicação obrigatória de suspensão da quimioterapia até revisão completa da prescrição.
- c) Diagnóstico automático de fragilidade pela presença de mais de cinco fármacos.
- d) Contraindicação absoluta ao uso de antidepressivos durante o tratamento oncológico.
- e) Aumento do risco de interações medicamentosas, eventos adversos e queda de adesão ao tratamento oncológico.

Questão 37

Homem de 76 anos, internado por pneumonia comunitária, apresenta perda de peso significativa nas últimas semanas, inapetência e sinais de inflamação sistêmica. Além da condição infecciosa aguda, encontra-se em estado de fragilidade, com maior risco de complicações e demanda nutricional aumentada. A equipe discute se a conduta deve se limitar apenas à suplementação calórica. Qual é a conduta mais adequada para esse paciente?

- a) Fornecer exclusivamente carboidratos para reposição energética.
- b) Manter dieta livre, sem intervenção, pois a perda de peso é esperada.
- c) Utilizar apenas vitaminas em altas doses.
- d) Indicar nutrição parenteral definitiva sem tentativa de via oral.
- e) Instituir plano nutricional individualizado, com maior aporte de proteínas e acompanhamento multiprofissional.

Questão 38

Uma idosa de 87 anos, com demência avançada, é acompanhada exclusivamente por sua filha de 59 anos. A cuidadora relata exaustão física, insônia e irritabilidade e, no último mês, deixou de levar a mãe a duas consultas médicas porque estava adoecida. Apesar disso, afirma que não tem tempo para buscar atendimento para si mesma. Qual a principal consequência clínica desse cenário para a paciente idosa?

- a) Redução da progressão natural da demência.
- b) **Maior risco de institucionalização precoce e de desfechos negativos.**
- c) Melhora do vínculo afetivo entre cuidador e paciente.
- d) Redução da necessidade de suporte multiprofissional.
- e) Diminuição do risco de hospitalização por causas clínicas.

Questão 39

Um homem de 72 anos apresenta declínio progressivo de memória e dificuldades para organizar suas atividades cotidianas há 2 anos. O exame clínico é compatível com demência. Segundo os critérios diagnósticos mais recentes para Doença de Alzheimer, qual alternativa descreve corretamente o que é necessário para estabelecer o diagnóstico?

- a) O diagnóstico requer comprovação histopatológica em biópsia.
- b) Apenas a presença de sintomas clínicos de demência é suficiente.
- c) **O diagnóstico pode ser estabelecido pela presença de biomarcadores característicos, mesmo antes dos sintomas.**
- d) O diagnóstico só pode ser feito com exame de imagem mostrando atrofia hipocampal.
- e) A confirmação depende de teste genético obrigatório.

Questão 40

Paciente de 68 anos, com câncer ginecológico metastático, apresenta distensão abdominal, náuseas e vômitos persistentes. Tomografia confirma oclusão intestinal maligna (OIM). No contexto de cuidados paliativos, a equipe discute medidas clínicas para alívio de sintomas. Sobre o manejo, é CORRETO afirmar:

- a) A metoclopramida deve ser indicada rotineiramente em todos os casos de OIM, inclusive nas obstruções completas.
- b) O haloperidol é contraindicado na OIM pelo risco de efeitos extrapiramidais graves e deve sempre ser substituído por clorpromazina.
- c) A hidratação parenteral em grandes volumes é recomendada como conduta padrão, mesmo em pacientes em fase terminal.
- d) **O octreotida, análogo da somatostatina, reduz a secreção gastrointestinal e auxilia no controle de sintomas da OIM.**
- e) O uso de corticoides não possui utilidade alguma na OIM e deve ser evitado em qualquer circunstância.

Questão 41

Um homem de 74 anos, com neoplasia pulmonar avançada e evolução sintomática, participa de conferência familiar com a equipe multiprofissional. Lúcido e plenamente capaz, ele declara que não deseja medidas de suporte avançado de vida (incluindo reanimação e uso de vasopressores) caso ocorra piora irreversível, solicitando que sua vontade seja registrada no prontuário. A família pergunta se isso “tem valor legal” e se precisaria de testemunhas ou homologação judicial para valer. À luz da normativa brasileira aplicável aos cuidados de fim de vida, é CORRETO afirmar que:

- a) **O paciente, no exercício da autonomia, pode manifestar previamente que procedimentos aceita ou recusa, devendo sua vontade ser registrada no prontuário.**
- b) A recusa/suspensão de terapias só é legítima quando houver certeza absoluta de que a morte é inevitável.
- c) A Diretiva Antecipada de Vontade só é válida se assinada por duas testemunhas e juntada ao prontuário.
- d) Como a eutanásia é ilegal no Brasil, a suspensão de vasopressores é vedada em qualquer hipótese.
- e) Para ter validade, a Diretiva Antecipada deve ser renovada anualmente e homologada em cartório.

Questão 42

Homem, 34 anos, pedreiro, há 8 semanas com tosse produtiva, sudorese noturna e perda ponderal de 6 kg. Tratado há 10 dias, sem melhora, com amoxicilina por suposta pneumonia. Nega comorbidades conhecidas. Relata colega de obra tratado para tuberculose no ano passado. Exame físico: estado geral bom, ausculta com murmúrio vesicular diminuído em ápice direito, sem sibilos. SatO_2 97% em ar ambiente. Radiografia de tórax: infiltrado em lobo superior direito com cavitação. O serviço dispõe de Teste Rápido Molecular para TB (TRM-TB/Xpert MTB/RIF) com resultado em até 2 horas. Qual a melhor conduta inicial neste cenário?

- Solicitar prova tuberculínica (PPD) e aguardar o resultado para só então definir tratamento.
- Coletar escarro para TRM-TB e baciloscopia seriada, e, se TRM-TB positivo, iniciar esquema básico RIPE.
- Prescrever novo ciclo de antibiótico para pneumonia bacteriana típica e reavaliar em 14 dias, pois a cavitação pode representar abscesso.
- Internar e iniciar esquema de segunda linha (ex.: levofloxacino, linezolida, clofazimina) pela possibilidade de resistência primária.
- Indicar broncoscopia com lavado broncoalveolar para cultura e PCR, substituindo a coleta de escarro, por maior sensibilidade.

Questão 43

Homem, 29 anos, recém-diagnosticado com infecção pelo HIV em unidade básica. Assintomático no momento. Exames basais: HIV-1 RNA 145.000 cópias/mL, CD4 = 280 células/mm³; HBsAg reagente, anti-HBc total reagente, anti-HBs não reagente; anti-HCV não reagente; VDRL não reagente; creatinina 1,5 mg/dL (TFG estimada $\approx$ 45 mL/min/1,73 m²); Rx de tórax normal, IGRA negativo. Medicação de uso: omeprazol diário por DRGE. HLA-B*57:01 e genotipagem de resistência solicitados, ainda sem resultado. Serviço dispõe de diferentes esquemas em dose fixa. Qual a melhor conduta inicial?

- Aguardar HLA-B*57:01 para então iniciar *abacavir/lamivudina/dolutegravir* (ABC/3TC/DTG), pois é regime potente e bem tolerado.
- Iniciar esquema de dose fixa única diária com *bictegravir/tenofovir alafenamida/emtricitabina* (BIC/TAF/FTC) imediatamente, cobertura simultânea do HBV (TAF+FTC).
- Iniciar *tenofovir DF/emtricitabina/rilpivirina* (TDF/FTC/RPV) em dose fixa, pois é regime de uma tomada e com menos efeitos no SNC.
- Iniciar terapia dupla com *dolutegravir + lamivudina* (DTG/3TC), reduzindo toxicidade e custos, e solicitar profilaxia para *Pneumocystis*.
- Iniciar *dolutegravir + tenofovir DF/lamivudina* (DTG + TDF/3TC) imediatamente por ser esquema de primeira linha amplamente disponível, mantendo omeprazol.

Questão 44

Mulher, 45 anos, refere fadiga, ganho de peso, constipação, intolerância ao frio e amenorreia há 8 meses. Queixa-se de cefaleia frontal progressiva e “batidas” nas laterais do campo visual. Exame: PA 100/60 mmHg, FC 58 bpm, pele seca; campimetria por confrontação sugere hemianopsia bitemporal. Laboratório: TSH 1,1 mUI/L (VR: 0,4–4,0), T4 livre 0,5 ng/dL (baixo), prolactina 68 ng/mL (elevada), Na⁺ 131 mEq/L, glicemia 68 mg/dL. O serviço dispõe de dosagens hormonais matinais, hidrocortisona EV/VO e RM de sela túrcica.

Qual a melhor próxima conduta?

- Iniciar imediatamente levotiroxina em dose plena ($\approx$ 1,6 mcg/kg/dia) e, se necessário, investigar o eixo adrenal depois.
- Solicitar apenas anticorpos anti-TPO e anti-tireoglobulina para confirmar tireoidite de Hashimoto e iniciar levotiroxina.
- Dosar cortisol das 8h e ACTH, solicitar RM de sela túrcica e iniciar hidrocortisona se insuficiência adrenal for provável, instituindo levotiroxina apenas após garantir a cobertura glicocorticoide.
- Prescrever liotironina (T3) de curta ação para correção rápida dos sintomas e reavaliar em 2 semanas.
- Encaminhar diretamente para cirurgia hipofisária sem reposição hormonal prévia, dada a provável compressão quiasmática.

Questão 45

Homem, 66 anos, ex-tabagista (45 maços-ano), dispneia aos esforços progressiva (mMRC 2), tosse crônica com expectoração matinal. Nos últimos 12 meses, apresentou 2 exacerbações tratadas ambulatorialmente com corticoide e antibiótico, sem internação. Saturação periférica de O₂ em ar ambiente: 93%. Hemograma: eosinófilos 80 cél/ μ L. Espirometria pós-BD: VEF₁/CVF = 0,58; VEF₁ = 52% do previsto. Em uso regular de tiotrópio (LAMA) e SABA de resgate.

Qual a melhor próxima conduta?

- Substituir para associação LABA+ICS e suspender o LAMA, pela história de exacerbações.
- Manter LAMA isolado e acrescentar teofilina para controle sintomático.
- Escalonar para broncodilatação dupla com LABA+LABA, manter SABA de resgate.
- Iniciar oxigenoterapia domiciliar contínua (2 L/min por ≥ 16 h/dia) devido à SpO₂ de 93%.
- Prescrever azitromicina diária por 12 meses para prevenção de novas exacerbações, como próxima etapa.

Questão 46

Homem, 58 anos, doença renal crônica (DRC) estágio 4, chega ao pronto-socorro por dispneia progressiva e redução do débito urinário (200 mL/24 h). Exame físico: PA 150×90 mmHg, FC 108 bpm, FR 28 irpm, SpO₂ 88% em ar ambiente (92% com O₂), estertores crepitantes bibasais e edema MMII ++/4+. Foi administrado gluconato de cálcio 10% (10 mL IV), insulina regular 10 U com 25 g de glicose IV e salbutamol nebulizado, além de furosemida 80 mg IV com diurese mínima. Gasometria: pH 7,16, HCO₃⁻ 12 mEq/L, pCO₂ 28 mmHg. ECG: ondas T apiculadas difusas e QRS 120 ms. RX de tórax: edema alveolar. Laboratório: K⁺ 6,6 mEq/L (após medidas acima), Cr 7,2 mg/dL (prévio 3,1), ureia 118 mg/dL.

Qual a melhor próxima conduta?

- Repetir gluconato de cálcio a cada 60 minutos, manter insulina/glicose e beta-agonista, reavaliando potássio; postergar diálise a menos que K⁺ > 7,5 mEq/L.
- Iniciar infusão de bicarbonato de sódio para corrigir o pH até $\geq 7,30$ como medida definitiva; considerar TRS apenas se não houver melhora em 6–12 h.
- Aumentar furosemida em infusão contínua associada a nitroglicerina e ventilação não invasiva, como melhor próxima conduta por estar hemodinamicamente estável.
- Indicar hemodiálise intermitente de urgência, com inserção de cateter venoso central temporário e manutenção das medidas temporizadoras até a conexão.
- Optar por diálise peritoneal aguda como método de escolha inicial por menor impacto hemodinâmico em hipercalemia e acidose graves.

Questão 47

Homem, 72 anos, DPOC e insuficiência cardíaca com FE 35%, chega ao pronto-socorro com febre, tosse produtiva e confusão. Exame: PA 86×52 mmHg, FC 118 bpm, FR 30 irpm, SatO₂ 90% (ar ambiente), T 38,6 °C. Lactato 5,2 mmol/L, creatinina 1,9 mg/dL (prévio 1,1). RX: consolidação em lobo inferior direito. Na sala de emergência foram colhidas hemoculturas, iniciados ceftriaxona + azitromicina e infundidos 30 mL/kg de cristalóide balanceado em 40 minutos (peso estimado 70 kg). Após o volume, PA 84×50 mmHg (PAM 61), SatO₂ 94% em O₂ cateter 3 L/min, estertores bibasais finos. Diurese 0,3 mL/kg/h.

Qual a melhor próxima conduta?

- Iniciar dobutamina como primeira droga vasoativa para aumentar débito cardíaco no choque séptico.
- Realizar novo bolus de cristalóide de 20 mL/kg, pois a pressão arterial segue baixa após o primeiro volume.
- Administrar hidrocortisona 200 mg/dia imediatamente em todos os casos de choque séptico após a primeira avaliação.
- Iniciar noradrenalina por acesso periférico calibroso, titulando para alcançar PAM ≥ 65 mmHg, enquanto se providencia acesso venoso central e monitorização.
- Iniciar vasopressina como droga de primeira linha, por reduzir o risco de arritmias e melhorar a perfusão renal.

Questão 48

Mulher, 35 anos, professora, história de rinite alérgica. Queixa-se de chiado e aperto no peito ≥ 3 dias/semana, despertares noturnos quinzenais e uso de salbutamol sob demanda 3–4x/semana. Teve uma exacerbação no último ano que exigiu prednisona por 5 dias no pronto atendimento. Nega tabagismo. Espirometria (pré-BD): $VEF_1 = 68\%$ do previsto; $VEF_1/CVF = 0,70$. Pós-broncodilatador (400 μ g de salbutamol): $VEF_1 \uparrow 320$ mL e $+15\%$ ($VEF_1/CVF = 0,76$). Usa apenas salbutamol “quando precisa”.

Qual a melhor conduta inicial de controle para esta paciente?

- a) Manter apenas SABA sob demanda e reavaliar em 3 meses, pois já houve resposta ao broncodilatador.
- b) Prescrever montelucaste em monoterapia como controlador inicial.
- c) Iniciar prednisona VO 40 mg/dia por 14 dias como tratamento de manutenção inicial, suspendendo SABA.
- d) Iniciar tiotrópio (LAMA) em monoterapia como controlador inicial.
- e) Iniciar corticosteroide inalatório em baixa dose associado a LABA como manutenção, mantendo SABA para alívio.

Questão 49

Homem, 62 anos, IAM prévio, colapsa no pronto-socorro. Iniciada RCP de alta qualidade e desfibrilação bifásica a 200 J ao identificar fibrilação ventricular (FV). Após 2 minutos de RCP, realiza-se 2ª desfibrilação (energia escalonada); acesso venoso obtido e administrado epinefrina 1 mg IV durante o ciclo subsequente. Novo ciclo de RCP é feito; o ritmo segue em FV persistente e prepara-se a 3ª desfibrilação. De acordo com o ACLS, qual fármaco e dose devem ser introduzidos após a terceira desfibrilação como próxima medida farmacológica?

- a) Lidocaína 1 mg/kg IV como primeira escolha obrigatória nessa fase.
- b) Atropina 1 mg IV para aumentar o automatismo do nó sinusal.
- c) Sulfato de magnésio 2 g IV em bolus, independentemente do tipo de FV.
- d) Vasopressina 40 U IV em dose única, substituindo a epinefrina.
- e) Amiodarona 300 mg IV em bolus, seguida de RCP por 2 min e reavaliação do ritmo.

Questão 50

Homem, 60 anos, DM2 há 15 anos. Queixa de dor em queimação nos pés, pior à noite, com perda da sensibilidade ao monofilamento. Relata tontura ao levantar (PA supino 132×78 mmHg; em ortostatismo 108×68 mmHg, com taquicardia fixa), sugerindo neuropatia autonômica.

Laboratório: TFG (CKD-EPI) 40 mL/min/1,73 m², potássio 4,6 mEq/L, HbA1c 8,1%. Em uso de metformina 1.000 mg 12/12 h, gliclazida 60 mg/dia, losartana 100 mg/dia, atorvastatina 40 mg/dia. Qual é a melhor opção farmacológica inicial para tratar a neuropatia periférica dolorosa relacionando as complicações presentes (autonômica e DRC)?

- a) Duloxetina 60 mg/dia.
- b) Amitríptilina 25 mg à noite.
- c) Pregabalina 150 mg a cada 12 h, sem ajuste.
- d) Tramadol 50 mg a cada 8 h como monoterapia prolongada.
- e) Carbamazepina 200 mg a cada 12 h.