ASSOCIAÇÃO MÉDICA DO PARANÁ

EXAME AMP 2026 & PROVA SELETIVA PARA RESIDÊNCIA MÉDICA 2027

CLÍNICA MÉDICA

Prova: 01/Novembro/2026

Nome Legível: _____

Assinatura do candidato: _____

INSTRUÇÕES

1 - Confira se os dados impressos acima, que identificam esta prova, estão corretos. Assine em seguida.
2 - O caderno de prova deverá conter 50 (cinquenta) questões de múltipla escolha, com 5 (cinco) alternativas, das quais 1(uma) só é correta.
3 - A duração da prova será de 3 horas (três horas). Ao final, haverá mais 15 (quinze) minutos para a marcação no cartão-resposta.
4 - A interpretação das questões é parte integrante da prova, não sendo, portanto, permitidas perguntas aos Fiscais.
5 - A prova é INDIVIDUAL, sendo vetada a comunicação entre os candidatos durante sua realização.
6 - Será eliminado o candidato que utilizar material de consulta ou qualquer sistema de comunicação.
7 - Em cada questão, há somente uma resposta correta. Cuidado quando transcrever para o cartão-resposta, não poderá haver rasuras.
8 - O caderno de prova deve ser entregue para o Fiscal, juntamente com o cartão-resposta.
9 - Ao receber seu cartão-resposta, aja da seguinte forma:

a) o cartão resposta deverá ser entregue com assinatura conforme os dados afixados na carteira;
b) assine no local indicado;
c) pinte, preenchendo por inteiro, com caneta esferográfica ponta média, tinta preta, o campo correspondente à alternativa que considera correta em cada questão.
d) não o amasse, nem dobre.

MODELO DO CARTÃO-RESPOSTA

01 Ⓐ Ⓑ Ⓒ Ⓓ Ⓔ	21 Ⓐ Ⓑ Ⓒ Ⓓ Ⓔ	41 Ⓐ Ⓑ Ⓒ Ⓓ Ⓔ	61 Ⓐ Ⓑ Ⓒ Ⓓ Ⓔ	81 Ⓐ Ⓑ Ⓒ Ⓓ Ⓔ
02 Ⓐ Ⓑ Ⓒ Ⓓ Ⓔ	22 Ⓐ Ⓑ Ⓒ Ⓓ Ⓔ	42 Ⓐ Ⓑ Ⓒ Ⓓ Ⓔ	62 Ⓐ Ⓑ Ⓒ Ⓓ Ⓔ	82 Ⓐ Ⓑ Ⓒ Ⓓ Ⓔ
03 Ⓐ Ⓑ Ⓒ Ⓓ Ⓔ	23 Ⓐ Ⓑ Ⓒ Ⓓ Ⓔ	43 Ⓐ Ⓑ Ⓒ Ⓓ Ⓔ	63 Ⓐ Ⓑ Ⓒ Ⓓ Ⓔ	83 Ⓐ Ⓑ Ⓒ Ⓓ Ⓔ
04 Ⓐ Ⓑ Ⓒ Ⓓ Ⓔ	24 Ⓐ Ⓑ Ⓒ Ⓓ Ⓔ	44 Ⓐ Ⓑ Ⓒ Ⓓ Ⓔ	64 Ⓐ Ⓑ Ⓒ Ⓓ Ⓔ	84 Ⓐ Ⓑ Ⓒ Ⓓ Ⓔ
05 Ⓐ Ⓑ Ⓒ Ⓓ Ⓔ	25 Ⓐ Ⓑ Ⓒ Ⓓ Ⓔ	45 Ⓐ Ⓑ Ⓒ Ⓓ Ⓔ	65 Ⓐ Ⓑ Ⓒ Ⓓ Ⓔ	85 Ⓐ Ⓑ Ⓒ Ⓓ Ⓔ
06 Ⓐ Ⓑ Ⓒ Ⓓ Ⓔ	26 Ⓐ Ⓑ Ⓒ Ⓓ Ⓔ	46 Ⓐ Ⓑ Ⓒ Ⓓ Ⓔ	66 Ⓐ Ⓑ Ⓒ Ⓓ Ⓔ	86 Ⓐ Ⓑ Ⓒ Ⓓ Ⓔ
07 Ⓐ Ⓑ Ⓒ Ⓓ Ⓔ	27 Ⓐ Ⓑ Ⓒ Ⓓ Ⓔ	47 Ⓐ Ⓑ Ⓒ Ⓓ Ⓔ	67 Ⓐ Ⓑ Ⓒ Ⓓ Ⓔ	87 Ⓐ Ⓑ Ⓒ Ⓓ Ⓔ
08 Ⓐ Ⓑ Ⓒ Ⓓ Ⓔ	28 Ⓐ Ⓑ Ⓒ Ⓓ Ⓔ	48 Ⓐ Ⓑ Ⓒ Ⓓ Ⓔ	68 Ⓐ Ⓑ Ⓒ Ⓓ Ⓔ	88 Ⓐ Ⓑ Ⓒ Ⓓ Ⓔ
09 Ⓐ Ⓑ Ⓒ Ⓓ Ⓔ	29 Ⓐ Ⓑ Ⓒ Ⓓ Ⓔ	49 Ⓐ Ⓑ Ⓒ Ⓓ Ⓔ	69 Ⓐ Ⓑ Ⓒ Ⓓ Ⓔ	89 Ⓐ Ⓑ Ⓒ Ⓓ Ⓔ
10 Ⓐ Ⓑ Ⓒ Ⓓ Ⓔ	30 Ⓐ Ⓑ Ⓒ Ⓓ Ⓔ	50 Ⓐ Ⓑ Ⓒ Ⓓ Ⓔ	70 Ⓐ Ⓑ Ⓒ Ⓓ Ⓔ	90 Ⓐ Ⓑ Ⓒ Ⓓ Ⓔ
11 Ⓐ Ⓑ Ⓒ Ⓓ Ⓔ	31 Ⓐ Ⓑ Ⓒ Ⓓ Ⓔ	51 Ⓐ Ⓑ Ⓒ Ⓓ Ⓔ	71 Ⓐ Ⓑ Ⓒ Ⓓ Ⓔ	91 Ⓐ Ⓑ Ⓒ Ⓓ Ⓔ
12 Ⓐ Ⓑ Ⓒ Ⓓ Ⓔ	32 Ⓐ Ⓑ Ⓒ Ⓓ Ⓔ	52 Ⓐ Ⓑ Ⓒ Ⓓ Ⓔ	72 Ⓐ Ⓑ Ⓒ Ⓓ Ⓔ	92 Ⓐ Ⓑ Ⓒ Ⓓ Ⓔ
13 Ⓐ Ⓑ Ⓒ Ⓓ Ⓔ	33 Ⓐ Ⓑ Ⓒ Ⓓ Ⓔ	53 Ⓐ Ⓑ Ⓒ Ⓓ Ⓔ	73 Ⓐ Ⓑ Ⓒ Ⓓ Ⓔ	93 Ⓐ Ⓑ Ⓒ Ⓓ Ⓔ
14 Ⓐ Ⓑ Ⓒ Ⓓ Ⓔ	34 Ⓐ Ⓑ Ⓒ Ⓓ Ⓔ	54 Ⓐ Ⓑ Ⓒ Ⓓ Ⓔ	74 Ⓐ Ⓑ Ⓒ Ⓓ Ⓔ	94 Ⓐ Ⓑ Ⓒ Ⓓ Ⓔ
15 Ⓐ Ⓑ Ⓒ Ⓓ Ⓔ	35 Ⓐ Ⓑ Ⓒ Ⓓ Ⓔ	55 Ⓐ Ⓑ Ⓒ Ⓓ Ⓔ	75 Ⓐ Ⓑ Ⓒ Ⓓ Ⓔ	95 Ⓐ Ⓑ Ⓒ Ⓓ Ⓔ
16 Ⓐ Ⓑ Ⓒ Ⓓ Ⓔ	36 Ⓐ Ⓑ Ⓒ Ⓓ Ⓔ	56 Ⓐ Ⓑ Ⓒ Ⓓ Ⓔ	76 Ⓐ Ⓑ Ⓒ Ⓓ Ⓔ	96 Ⓐ Ⓑ Ⓒ Ⓓ Ⓔ
17 Ⓐ Ⓑ Ⓒ Ⓓ Ⓔ	37 Ⓐ Ⓑ Ⓒ Ⓓ Ⓔ	57 Ⓐ Ⓑ Ⓒ Ⓓ Ⓔ	77 Ⓐ Ⓑ Ⓒ Ⓓ Ⓔ	97 Ⓐ Ⓑ Ⓒ Ⓓ Ⓔ
18 Ⓐ Ⓑ Ⓒ Ⓓ Ⓔ	38 Ⓐ Ⓑ Ⓒ Ⓓ Ⓔ	58 Ⓐ Ⓑ Ⓒ Ⓓ Ⓔ	78 Ⓐ Ⓑ Ⓒ Ⓓ Ⓔ	98 Ⓐ Ⓑ Ⓒ Ⓓ Ⓔ
19 Ⓐ Ⓑ Ⓒ Ⓓ Ⓔ	39 Ⓐ Ⓑ Ⓒ Ⓓ Ⓔ	59 Ⓐ Ⓑ Ⓒ Ⓓ Ⓔ	79 Ⓐ Ⓑ Ⓒ Ⓓ Ⓔ	99 Ⓐ Ⓑ Ⓒ Ⓓ Ⓔ
20 Ⓐ Ⓑ Ⓒ Ⓓ Ⓔ	40 Ⓐ Ⓑ Ⓒ Ⓓ Ⓔ	60 Ⓐ Ⓑ Ⓒ Ⓓ Ⓔ	80 Ⓐ Ⓑ Ⓒ Ⓓ Ⓔ	100 Ⓐ Ⓑ Ⓒ Ⓓ Ⓔ

ESPECIALIDADES:

CARDIOLOGIA
GASTROENTEROLOGIA
HEMATOLOGIA E HEMOTERAPIA
NEFROLOGIA
ONCOLOGIA CLÍNICA
ENDOCRINOLOGIA (ESPECIALIZAÇÃO)

1) Lucas, 30 anos, sedentário, portador de diabetes há 16 anos, está em uso de insulina NPH nas seguintes doses: 45 UI antes do café da manhã e 15 UI antes de dormir, e insulina regular: 6 UI antes do café da manhã, 6 UI antes do almoço e 6 UI antes do jantar. Além de ganho de peso, Lucas queixa-se de hiperglicemias com as medidas anotadas nesta última semana: Jejum de 259 a 265 mg/dl; Após café:180 a 204 mg/dl; Antes do almoço: 90 a110 mg/dl; Após o almoço: 154 a 158 mg/dl; Antes do jantar: 74 a 110 mg/dl; Após jantar: 50 - 88 mg/dl. IMC atual: 32. Após combinar como adequar as doses de insulina e definir plano alimentar individualizado, você quer enfatizar a necessidade de atividade física (AF). Para que haja adesão e também a segurança do paciente visando melhores resultados nas próximas avaliações, você

A) solicita a bioimpedância para o cálculo de massa gorda e massa magra visando a melhor adesão ao programa de AF.
B) indica a prática de exercícios físicos resistidos e aeróbicos em academia ou com personal cuja soma de tempo de atividades seja de 150 minutos semanais.
C) encaminha para avaliação oftalmológica para descartar presença de retinopatia proliferativa, uma contra indicação relativa de exercício físico rigoroso.
D) orienta suspender a dose da insulina antes do exercício físico e monitorar glicemia capilar durante e após, principalmente se a atividade for de exercício resistido.
E) ensina como monitorar a glicemia. Sugere medir antes da atividade e em caso de ser ≤ 150 ingerir 30 g de carboidrato simples; se for maior que 250 mg/dL injetar 2 a 4 U de insulina regular e aguardar 20 minutos para iniciar a atividade.

2) Homem idoso está internado para investigação de anemia sintomática. Foi indicada a transfusão de 2 unidades de concentrado de hemácias. Durante a infusão da segunda bolsa, apresentou taquidispneia súbita, dessaturação e estertoração crepitante bilateral até terços médios. A pressão arterial subiu para 175/105 mmHg. A radiografia de tórax revelou infiltrado alveolar bilateral e a dosagem de Peptídeo Natriurético Tipo B (BNP) mostrou-se elevada. Com base no caso clínico, assinale a alternativa correta.

A) O quadro é compatível com Sobrecarga Circulatória Associada à Transfusão (TACO). A conduta imediata consiste na interrupção da transfusão, suporte de oxigênio e administração de diuréticos.
B) O diagnóstico principal é Lesão Pulmonar Aguda Relacionada à Transfusão (TRALI), condição causada por anticorpos anti-HLA do doador, cujo tratamento curativo de primeira linha é a diurese forçada com furosemida.
C) Trata-se de uma Reação Hemolítica Transfusional Aguda por incompatibilidade ABO, cuja apresentação clássica é caracterizada por hipertensão sistólica marcante e edema pulmonar cardiogênico.
D) O quadro clínico descreve uma Reação Anafilática grave, sendo a administração imediata de adrenalina e a lavagem dos componentes celulares as medidas indicadas para reversão do quadro volêmico.
E) A complicação descrita consiste em uma Reação Febril Não-Hemolítica (RFNH), que pode ser eficientemente prevenida em transfusões futuras mediante a pré-medicação rotineira com antitérmicos.

3) Homem de 21 anos é admitido com quadro de astenia, febre, sudorese noturna e volumosa massa abdominal. A biópsia confirma o diagnóstico de Linfoma de Burkitt. Exames laboratoriais revelam: Desidrogenase Láctica (LDH) = 2.400 U/L (VN: < 240 U/L),, Ácido Úrico = 9,8 mg/dL (VN: 3,5 a 7,0 mg/dL), Potássio = 5,6 mEq/L (VN: 3,5 a 5,0 mEq/L), Fósforo = 6,2 mg/dL (VN: 2,5 a 4,5 mg/dL), Cálcio Iônico = 0,92 mmol/L (VN: 1,16 a 1,32 mmol/L) e Creatinina = 1,6 mg/dL (VN: 0,7 a 1,2 mg/dL).
Frente ao caso clínico apresentado, assinale a alternativa correta.

A) A rasburicase (urato oxidase recombinante) atua inibindo a enzima xantina oxidase, sendo a droga profilática de primeira linha indicada indistintamente para os pacientes em risco.
B) A alcalinização urinária com bicarbonato de sódio deve ser mantida de rotina durante a hidratação profilática, pois aumenta a solubilidade renal do ácido úrico e de todos os demais eletrólitos liberados na lise tumoral.
C) A destruição maciça de células tumorais na SLT leva tipicamente à tétrade metabólica caracterizada por hiperuricemia, hipercalemia, hiperfosfatemia e hipercalcemia grave por reabsorção óssea reflexa e expressão de PTH-like.
D) O alopurinol é a medicação de escolha para metabolizar e degradar de forma rápida o ácido úrico que já se encontra em níveis elevados na circulação sanguínea antes do início da quimioterapia.
E) A profilaxia inclui hidratação venosa abundante e alopurinol; a alcalinização urinária com bicarbonato de sódio não é recomendada, pois o aumento do pH reduz a solubilidade do fosfato de cálcio e da xantina, favorecendo a sua precipitação renal.

4) Mulher de 24 anos, com diagnóstico conhecido de Anemia Falciforme, chega ao Pronto Atendimento apresentando crise álgica há 12 horas. Fez uso de analgésicos comuns, anti-inflamatórios não esteroides (AINEs) e opioide oral em casa, sem alívio da dor. Ao exame físico: anictérica, afebril, PA normal, FC 92 bpm, FR 16 irpm, saturação de O_2 de 97% em ar ambiente; auscultas cardíaca e pulmonar normais. Exames laboratoriais de entrada: Hemoglobina = 8,2 g/dL, Leucócitos = 11.500/mm³, Plaquetas = 280.000/mm³. Assinale a

alternativa correta.

A) A transfusão de concentrado de hemácias está indicada de imediato para o tratamento de rotina da crise álgica aguda vaso-oclusiva não complicada, visando abortar o processo isquêmico antes de futuras complicações.
B) A oxigenoterapia suplementar de rotina é indicada para todos os pacientes em crise vaso-oclusiva aguda, mesmo com saturação adequada de oxigênio em ar ambiente, pois reverte diretamente a polimerização da HbS no leito microvascular.
C) O manejo analgésico na emergência deve ser feito com opioides intravenosos em esquema de doses fixas ou analgesia controlada pelo paciente (PCA); caso o paciente necessite de procedimento cirúrgico sob anestesia geral, a recomendação pré-operatória é a transfusão simples até a meta de hemoglobina de aproximadamente 10 g/dL.
D) A hidroxiureia é uma terapia modificadora da doença cujo principal mecanismo é a indução da síntese de Hemoglobina Fetal (HbF); contudo, seu uso é formalmente contraindicado em lactentes e crianças menores de 2 anos pelo risco de mielossupressão grave e irreversível.
E) A auto-asplenia (asplenia funcional) decorrente de infartos esplênicos de repetição ocorre tipicamente a partir da segunda década de vida; por esse motivo, a imunização contra germes encapsulados (como o Streptococcus pneumoniae) e a profilaxia antibiótica só devem ser iniciadas após a puberdade.

5) Paciente feminina, 55 anos, em tratamento para carcinoma de ovário avançado, em esquema de quimioterapia paliativa, comparece ao ambulatório de cuidados paliativos para manejo de sintomas. Apresenta funcionalidade preservada (PPS 80%). Refere queixas de dor crônica, fadiga, náusea e sensação de dispneia. Sobre a abordagem terapêutica das queixas, assinale a alternativa correta.

A) Na abordagem à sensação de dispneia deve-se indicar o uso de oxigênio domiciliar para alívio da queixa.
B) Se for constatado que a fadiga está relacionada à anemia, está indicado o uso de dexametasona 8mg/dia e não está indicada a transfusão sanguínea por se tratar de paciente paliativa.
C) É aceitável o uso crônico de opióides para controle da dor caso outras medidas ja tenham sido tentadas sem sucesso. Neste caso é preferivel uso de morfina via oral de 12 em 12 horas.
D) Para manejo de dor crônica, os inibidores seletivos da recaptação da serotonina (ISRS) não apresentam boa eficácia, estando melhor indicados os antidepressivos tricíclicos e os inibidores da recaptação de serotonina e norepinefrina (IRSN).
E) Para manejo da náusea, deve-se atentar à causa anatômica ou receptor associado para melhor indicar a classe medicamentosa. Caso a náusea seja relacionada à dismotilidade intestinal, a melhor opção é a de antagonistas da dopamina, como o haloperidol.

6) Paciente comparece à consulta de rotina na Unidade Básica de Saúde, relata preocupação com o risco de desenvolver neoplasias, mencionando ter lido matérias na internet sobre novos testes e estratégias de rastreamento de câncer. Não possui histórico familiar de neoplasias de início precoce, é vacinado e nega qualquer sintoma. Com base nos princípios de Prevenção e Detecção Precoce do Câncer, assinale a alternativa correta.

A) Os testes de detecção precoce de múltiplos cânceres (MCED), baseados na pesquisa de biomarcadores sanguíneos circulantes, são recomendados para o rastreamento rotineiro em adultos assintomáticos devido à sua comprovada redução na mortalidade global por neoplasias.
B) A suplementação de vitaminas e minerais é uma estratégia recomendada, uma vez que ensaios clínicos demonstraram redução significativa na incidência global de tumores sólidos.
C) A vacinação contra o vírus da hepatite B representa uma estratégia de prevenção primária eficaz na redução do risco de desenvolvimento de câncer hepático, consequente ao controle da infecção crônica por este agente oncogênico.
D) A demonstração de um aumento no diagnóstico de tumores em estágios precoces é suficiente para comprovar o benefício real de um teste de rastreamento, dispensando a necessidade de demonstrar a redução na mortalidade causa-específica.
E) O exame de toque retal isolado é recomendado pelas principais diretrizes como o método não invasivo de escolha para o rastreamento inicial do câncer colorretal em adultos assintomáticos.

7) Um homem de 72 anos é admitido na emergência com queixas de tontura, astenia progressiva e dois episódios de pré-síncope na última semana. Nega dor torácica e uso de medicações. Ao exame físico: PA = 115/70 mmHg; FC = 36 bpm; Ausculta cardíaca sem sopros; Ausculta pulmonar sem estertores. Exames laboratoriais admissionais mostram-se normais. Foi realizado o seguinte registro eletrocardiográfico na derivação DII contínua (velocidade de 25 mm/s):



Com base na análise do caso clínico e do eletrocardiograma, assinale a alternativa correta.

A) O quadro caracteriza uma dissociação atrioventri-

cular isorrítmica funcional por hipertonia vagal; por não haver alargamento do complexo QRS, a conduta indicada é a alta hospitalar após o uso de atropina.
B) Trata-se de um Bloqueio Atrioventricular de 2º grau Mobitz II; por apresentar complexos QRS estreitos e estabilidade hemodinâmica, o implante de marca-passo está contraindicado pelo risco de complicações.
C) O traçado evidencia Bloqueio Atrioventricular de 2º grau Mobitz I (Wenckebach), caracterizado pela variação do intervalo PR; por se tratar de uma alteração intranodal benigna, a conduta recomendada é apenas a observação clínica.
D) O diagnóstico é de Bloqueio Atrioventricular Total (3º grau), sendo o ritmo de escape de QRS estreito indicativo de bloqueio infranodal grave no sistema His-Purkinje distal, para o qual o uso de atropina intravenosa é o tratamento definitivo.
E) O traçado demonstra um Bloqueio Atrioventricular Total (3º grau) com dissociação atrioventricular completa; a presença de complexos QRS estreitos indica um ritmo de escape de origem juncional (nó AV ou Feixe de His proximal), havendo indicação formal de implante de marca-passo definitivo.

8) Um homem de 68 anos é internado por pneumonia comunitária. Após 48 horas de internação, apresenta aumento da creatinina sérica de 0,9 para 2,4 mg/dL, PA em decúbito 120x85mmHg e em ortostatismo 105/65 mmHg, FC 104 bpm e mucosas discretamente secas. Nas últimas 24 horas, recebeu diurético de alça como tentativa de estímulo a diurese, com pouco efeito. Nega dor lombar ou sintomas urinários.
A fração de excreção de sódio (FeNa) é de 3,9%.
Acerca da investigação etiológica para a lesão renal aguda, o que se espera da sequência do manejo diagnóstico e terapêutico?

A) É esperada presença de cilindros granulosos e uma densidade urinária baixa no exame de urina, assim como uma relação ureia/creatinina séricas abaixo de 20.
B) Sondagem vesical de demora deve ser realizada e, caso sem débito, afastar etiologia pós -renal, priorizando causas pré-renais e intrínsecas no seguimento da investigação.
C) Caso haja presença de cilindros na sedimentoscopia, estabelecer diagnóstico de necrose tubular aguda e manter vigilância clínica e laboratorial, suspendendo potenciais nefrotóxicos.
D) A FeNa deve ser interpretada com cautela dado manejo farmacológico do paciente. Expansão volêmica com cristalóide como prova terapêutica pode contribuir com elucidação diagnóstica.
E) Pelas informações do caso, a etiologia da lesão renal aguda é intrínseca. Para confirmar a causa específica, deve ser avaliada presença de estigmas de acometimento glomerular, como hematúria dismórfica.

9) Homem de 38 anos, recém-diagnosticado com infecção pelo HIV, sem manifestações de infecção oportunista. A contagem de linfócitos T CD4+ é de 164 células/μL, e a sorologia para Toxoplasma gondii (IgG) é positiva. Não há história de doenças oportunistas prévias. A equipe decide iniciar terapia antirretroviral (TARV) e acompanha periodicamente a contagem de CD4. Durante o seguimento, a contagem de CD4 cai para 92 células/μL e, posteriormente, para 42 células/μL. Considerando as recomendações para profilaxia primária das infecções oportunistas, qual das seguintes sequências de conduta é a mais adequada?

A) Com CD4 de 164 células/μL, iniciar profilaxia para P. jirovecii e toxoplasmose; após queda para 92 células/μL, manter apenas a profilaxia para P. jirovecii; com CD4 de 42 células/μL, acrescentar profilaxia para MAC independentemente do início da TARV.
B) Com CD4 de 164 células/μL, iniciar profilaxia para P. jirovecii; com CD4 de 92 células/μL e IgG positiva para toxoplasmose, manter SMX-TMP; quando o CD4 atingir 42 células/μL, substituir o SMX-TMP por azitromicina para priorizar a profilaxia contra MAC.
C) Com CD4 de 164 células/μL, iniciar profilaxia para P. jirovecii; ao atingir 92 células/μL e apresentar IgG positiva para toxoplasmose, acrescentar profilaxia específica para toxoplasmose; com CD4 de 42 células/μL, iniciar profilaxia para MAC mesmo que a TARV tenha sido iniciada imediatamente.
D) Com CD4 de 164 células/μL, iniciar profilaxia para P. jirovecii; ao atingir 92 células/μL, iniciar profilaxia para toxoplasmose somente se houver história prévia de encefalite toxoplásmica; com CD4 de 42 células/μL, iniciar profilaxia para MAC.
E) Com CD4 de 164 células/μL, iniciar profilaxia para P. jirovecii; ao atingir 92 células/μL, iniciar também profilaxia para toxoplasmose devido à IgG positiva; mesmo quando a contagem chegar a 42 células/μL, a profilaxia primária para MAC não estará indicada no caso acima.

10) Homem, 78 anos, hipertenso e diabético tipo 2 com bom controle glicêmico, é trazido pela filha por perda de 6 kg em dois meses, sem esforço, associada a inapetência. O paciente faz uso de captopril 25 mg 8/8 horas e gliclazida 30 mg. Nega febre, dor abdominal, alteração do hábito intestinal, disfagia, odinofagia ou dispneia. Relata que "a comida perdeu a graça" e sente, principalmente com carnes e alimentos proteicos, um gosto metálico persistente que o incomoda mesmo entre as refeições; Olfato preservado, e ainda identifica normalmente odores de café e perfumes. Ao exame físico: BEG, mucosa oral íntegra, sem placas, úlceras ou sinais de gengivite; restante do exame sem alterações. Exames laboratoriais: hemograma, glicemia de jejum, TSH, creatinina, ureia, albumina, cálcio e zinco séricos dentro da normalidade. Endoscopia

digestiva alta sem alterações relevantes.
Diante do quadro clínico e da investigação apresentada, assinale a alternativa que melhor explica a perda de peso não intencional deste paciente.

A) Hipogeusia relacionada ao envelhecimento, decorrente de redução fisiológica da percepção gustativa, independentemente do uso de medicamentos.
B) Hipotireoidismo subclínico, causa comum de disgeusia e perda ponderal em idosos, ainda que com TSH normal.
C) Deficiência nutricional de zinco, principal causa de hipogeusia em pacientes idosos polimedicados.
D) Candidíase orofaríngea subclínica, que cursa com disgeusia mesmo na ausência de placas visíveis ao exame.
E) Disgeusia induzida por medicamento anti-hipertensivo, com redução do apetite e perda de peso secundárias.

11) Mulher, 34 anos, sem comorbidades prévias conhecidas, é admitida no pronto-socorro com dispneia súbita e um episódio de síncope. Angiotomografia de tórax evidencia tromboembolismo pulmonar (TEP) extenso, bilateral, com trombos em artérias pulmonares principais e sinais de disfunção do ventrículo direito.
Durante a investigação etiológica do TEP não provocado, foram solicitados os seguintes exames, confirmados em nova coleta após 12 semanas:
• Anticorpo anticardiolipina IgG: 82 U GPL/mL (positivo alto título, VR < 20).
• Anticorpo anti-β2-glicoproteína I IgG: 74 U/mL (positivo alto título, VR < 20).
• Anticoagulante lúpico: positivo.
• Hemograma, função renal, TGO/TGP, TSH e FAN: sem alterações.

Assinale a alternativa que representa a conduta correta quanto ao seguimento desta paciente.

A) Anticoagulação com varfarina, mantendo RNI-alvo entre 2,0 e 3,0, por tempo indeterminado.
B) Varfarina em esquema intensificado, com RNI-alvo entre 3,0 e 4,0, por tempo indeterminado, dado o alto risco trombótico da SAAF.
C) Anticoagulação com rivaroxabana em dose fixa, por tempo indeterminado, pela comodidade posológica e por dispensar monitorização laboratorial de rotina.
D) Anticoagulação plena com heparina de baixo peso molecular por 6 meses, com suspensão da anticoagulação após esse período caso não haja evento recorrente.
E) Varfarina, com RNI-alvo entre 2,0 e 3,0 por 6 meses; considerar a suspensão da anticoagulação caso a paciente permaneça assintomática e não apresente novos eventos trombóticos.

12) Homem de 68 anos é levado à consulta por lentidão progressiva de movimentos há 1 ano, associada a tremor de repouso em mão direita e leve rigidez articular ipsilateral. Ao exame, nota-se marcha com braço direito com balanço reduzido e resposta motora satisfatória a teste terapêutico com levodopa. Segundo os critérios clínicos clássicos (U.K. Brain Bank) para diagnóstico da doença de Parkinson (DP), a característica considerada central, sobre a qual se apoia o diagnóstico sindrômico de parkinsonismo, é

A) ausência completa de resposta à levodopa.
B) bradicinesia, associada a rigidez e/ou tremor de repouso.
C) demência de início precoce, anterior aos sintomas motores.
D) presença obrigatória de instabilidade postural já nas fases iniciais da doença.
E) tremor de repouso, unilateral, acompanhado de rigidez, mesmo na ausência de bradicinesia.

13) Homem, 62 anos, previamente hígido, procura o pronto-socorro por cefaleia intensa de início súbito, atingindo intensidade máxima em poucos minutos. Refere que nunca apresentou dor semelhante anteriormente. Ao exame, encontra-se consciente, sem déficit neurológico focal, mas com discreta rigidez de nuca e pressão arterial de 158 × 92 mmHg. Diante desse quadro, qual é a conduta mais adequada na investigação inicial?

A) Realizar punção lombar imediatamente, antes de qualquer exame de imagem, pois a ausência de déficit neurológico focal torna desnecessária a investigação por neuroimagem.
B) Considerar o quadro compatível com cefaleia primária, uma vez que o exame neurológico não demonstra déficit focal, iniciando tratamento sintomático e acompanhamento ambulatorial.
C) Iniciar tratamento empírico com corticosteroide e analgésico, reservando a investigação por neuroimagem para os casos em que a cefaleia persista ou apresente recorrência nas semanas seguintes.
D) Solicitar inicialmente ressonância magnética de encéfalo com contraste, pois esse exame apresenta maior sensibilidade que a tomografia computadorizada para a investigação inicial de qualquer cefaleia de início recente.
E) Realizar tomografia computadorizada de crânio sem contraste, considerando a possibilidade de hemorragia subaracnóidea; se a investigação inicial permanecer inconclusiva, considerar punção lombar para complementação diagnóstica.

14) Um homem de 72 anos, portador de insuficiência cardíaca crônica, é internado por piora progressiva da dispneia e edema de membros inferiores. Ao exame, apresenta estertores pulmonares, turgência jugular e edema periférico importante, com

pressão arterial de 148/86 mmHg. Está consciente, com extremidades aquecidas e sem sinais clínicos de hipoperfusão. Após receber diurético de alça por via intravenosa, mantém congestão significativa. Considerando os princípios de manejo da insuficiência cardíaca descompensada aguda descritos no texto, assinale a alternativa correta.

A) Iniciar dobutamina intravenosa para aumentar o débito cardíaco, mesmo na ausência de hipotensão ou sinais clínicos de hipoperfusão, visando acelerar a resolução da congestão e reduzir eventos hospitalares subsequentes.
B) Intensificar a descongestão com diurético intravenoso e, se necessário, associar um tiazídico, mantendo monitorização dos eletrólitos, pois a persistência de congestão residual se associa a maior risco de nova descompensação.
C) Indicar ultrafiltração como estratégia inicial para remoção de volume, pois apresenta eficácia semelhante aos diuréticos, menor risco de eventos adversos e melhor preservação da função renal durante a hospitalização.
D) Administrar nitroprussiato intravenoso como tratamento obrigatório da congestão, independentemente da pressão arterial, devido à sua capacidade de reduzir simultaneamente a pré-carga e a pós-carga ventricular.
E) Manter tratamento exclusivamente com diurético de alça, evitando associação com tiazídicos, pois o bloqueio sequencial do néfron não aumenta a natriurese e eleva desnecessariamente o risco de deterioração renal.

15) Um homem de 68 anos, portador de DPOC e diabetes mellitus, é admitido na emergência com febre, tosse produtiva e dispneia há três dias. Ao exame, apresenta temperatura de 39,1°C, frequência cardíaca de 124 bpm, frequência respiratória de 30 irpm, pressão arterial de 82/48 mmHg e confusão mental. A saturação de O_2 é de 88% em ar ambiente. A radiografia de tórax demonstra infiltrado pulmonar em lobo inferior direito. Após administração inicial de cristaloides, mantém pressão arterial média de 55 mmHg. Exames laboratoriais mostram creatinina de 2,1 mg/dL,hemoglobina 11,8 g/dL, plaquetas de 98.000/mm³ e lactato sérico de 4,2 mmol/L.
Após as medidas iniciais de estabilização, qual das seguintes condutas é a mais adequada diante da evolução clínica apresentada?

A) Como a hipotensão persiste após a reposição inicial de volume, deve-se priorizar a expansão volêmica adicional até a normalização da pressão arterial, reservando o uso de vasopressores para os casos em que não houver resposta após administração de volumes maiores de cristaloide.
B) Diante da persistência da instabilidade circulatória, deve-se iniciar suporte vasopressor e manter como objetivos a restauração da perfusão sistêmica e o tratamento simultâneo da provável fonte infecciosa, sem retardar a antibioticoterapia enquanto se aguardam os resultados das culturas.
C) A elevação do lactato, na presença de pressão arterial persistentemente baixa, indica que a principal prioridade é aumentar a oferta de oxigênio por meio de transfusão de concentrado de hemácias, independentemente da concentração de hemoglobina, antes da utilização de agentes vasoativos.
D) A persistência da hipotensão após a reposição de volume sugere predominantemente depressão miocárdica, sendo indicada a introdução inicial de dobutamina como estratégia isolada para restaurar o débito cardíaco e corrigir a hipoperfusão.
E) Como o foco pulmonar é evidente e a maioria das pneumonias bacterianas apresenta resposta adequada ao tratamento antimicrobiano, pode-se iniciar inicialmente antibioticoterapia dirigida aos patógenos mais prováveis e postergar medidas adicionais de controle hemodinâmico até a obtenção de dados microbiológicos.

16) Um homem de 58 anos, com dor intensa em epigástrio irradiada para o dorso e vômitos há 12 horas, apresenta lipase sérica 6 vezes acima do limite superior da normalidade. Está taquicárdico, com PA 105/68 mmHg, hematócrito de 47% e ureia de 52 mg/dL. A ultrassonografia evidencia colelitíase, sem dilatação do colédoco. Após as medidas iniciais, permanece com dor, mas sem sinais de falência orgânica.
Considerando o quadro apresentado, qual das seguintes condutas é a mais apropriada neste momento?

A) Solicitar TC abdominal contrastada imediata para determinar a extensão da inflamação pancreática e orientar a terapêutica.
B) Iniciar hidratação venosa, analgesia e monitorização clínica, acompanhando a resposta do hematócrito e da ureia.
C) Manter jejum prolongado até normalização das enzimas pancreáticas, reduzindo o estímulo à secreção exócrina.
D) Indicar CPRE precoce pela presença de colelitíase, mesmo sem evidências de obstrução biliar ou colangite.
E) Iniciar antibioticoterapia empírica, considerando o risco de evolução para necrose pancreática infectada.

17) Mulher de 31 anos procura atendimento com queixa de odinofagia intensa há 3 dias, iniciada após comparecimento a um show de rock. Refere irradiação da dor para a mandíbula e ambos os ouvidos, além de mal-estar e sudorese. Nega disfagia, tosse, coriza ou contato com pessoas doentes. Ao exame físico: temperatura axilar 37,6 °C, frequ-

ência cardíaca 102 bpm, PA 118/70 mmHg. Paciente ansiosa, com hiperemia discreta de orofaringe sem exsudato ou hipertrofia amigdaliana. Há dor à palpação difusa da região anterior do pescoço, sem nódulos palpáveis e sem linfonodomegalias cervicais ou submandibulares.
Diante do quadro, a conduta terapêutica inicial mais adequada é

A) Prednisona 20 mg/dia por 5 dias.
B) Solução de Lugol 2 gotas/dia por 10 dias.
C) Propiltiouracil 100 a 300 mg/dia ou metimazol 10–30 mg/dia.
D) Amoxicilina 500 mg de 8/8 h + diclofenaco 50 mg de 8/8 h por 7 dias .
E) Ácido acetilsalicílico 500 mg de 6/6 h ou anti-inflamatório não esteroidal em doses anti-inflamatórias.

18) Homem de 28 anos, IMC 34 kg/m², procura atendimento queixando-se de sonolência diurna, cansaço fácil e redução da libido há cerca de 8 meses. Pratica musculação irregularmente e refere que, na academia, foi orientado a "manter testosterona acima de 500 ng/dL". Trouxe dosagem isolada de testosterona total = 310 ng/dL (coletada às 9h). Nega uso de esteroides anabolizantes, medicamentos ou doenças crônicas. Ao exame: presença de gordura mesogátrica, circunferência abdominal 112 cm, sem ginecomastia, volume de testículos 22 cm3. Solicitou reposição de testosterona "para melhorar o desempenho".
A conduta mais adequada neste momento é

A) indicar citrato de clomifeno caso FSH e LH estejam elevados para a idade.
B) prescrever undecanoato de testosterona intramuscular a cada 12 semanas.
C) iniciar testosterona em gel (50 mg/dia) enquanto os níveis permanecerem entre 250 e 400 ng/dL
D) oferecer peptídeos injetáveis (fatores de crescimento) para estimular o eixo hipotálamo-hipofisário.
E) orientar redução ponderal sustentada e prática regular de atividade física, com reavaliação posterior do eixo gonadal.

19) Mulher de 53 anos, menopausa há 18 meses, submetida a bypass gástrico há 10 anos, consome 2 a 3 latas de cerveja por semana e fuma 3 a 5 cigarros/dia. Escorregou na calçada em dia de chuva e sofreu fratura de rádio distal. Radiografia de coluna evidência fratura por compressão anterior de corpo vertebral (provável D12). Densidade mineral óssea (DXA): T-score coluna −2,1 e colo femoral −1,8. Calcemia, 25-OH-vitamina D dentro da normalidade e fosfatase alcalina no limite superior da normalidade. Sem contraindicações ao uso de agentes ósseos.
De acordo com as principais diretrizes de osteoporose (incluindo recomendações de terapia sequencial em alto risco de fratura), a estratégia terapêutica mais apropriada é

A) denosumabe por 3 anos seguido de teriparatida por 18–24 meses.
B) raloxifeno 60 mg/dia por 3 a 5 anos seguido de teriparatida por 18 meses.
C) romosozumabe por 12 meses seguido de zoledronato anual ou bianual.
D) bifosfonato oral semanal por até 3 anos associado a romosozumabe mensal.
E) cálcio 1.200 mg/dia + vitamina D 50.000 UI semanais + Vitamina K2 e Cloreto de Magnesio.

20) Homem de 52 anos, portador de diabetes mellitus tipo 2 há 4 anos, previamente bem controlado com metformina e inibidor de SGLT2 (HbA1c 6,8% há 6 meses), apresenta há 3 meses piora importante do controle glicêmico (HbA1c atual 10,2%) apesar de adesão ao tratamento, associada a perda ponderal de 8 kg. Nos últimos 40 dias notou o aparecimento de lesões cutâneas eritemato-erosivas e bolhosas, de caráter migratório, localizadas preferencialmente em região perineal, nádegas, membros inferiores e perioral, com evolução para crostas e hiperpigmentação residual. Nega febre, prurido intenso ou uso de novos medicamentos. Ao exame: lesões em diferentes estágios evolutivos, algumas com aspecto necrobiótico central. Hemograma com anemia normocítica e hipoalbuminemia discreta.
A conduta diagnóstica mais adequada neste momento é

A) dosagem sérica de glucagon.
B) dosagem de porfirinas urinárias e fecais.
C) solicitação de anticorpos anti-transglutaminase e dieta isenta de glúten.
D) biópsia cutânea com imunofluorescência direta para pesquisa de anticorpos anti-desmogleína.
E) biópsia cutânea com coloração Hematoxilina -Eosina, evidenciando características de Psoríase bolhosa.

21) Homem de 38 anos, natural e procedente de área rural, procura atendimento queixando-se de "imunidade baixa ". Relata vários episódios de gripes nos últimos 4 anos. Acha que tem alergia ao campo porque frequentemente recebe diagnóstico de sinusite crônica e tem percebido falta de ar aos médios esforços. Refere tabagismo de 10 maços-ano (parou há 1 ano) e dois episódios de "bronquite" que necessitaram de antibioticoterapia. Ao exame: peso adequado, tórax em tonel discreto, redução difusa do murmúrio vesicular e baqueteamento digital leve. Espirometria mostra padrão obstrutivo grave sem resposta ao broncodilatador (VEF1 42% do previsto). TC de tórax revela enfisema panacinar de predomínio basal, com bronquiectasias discretas associadas. Radiografia de abdo-

me e ultrassonografia evidenciam hepatomegalia leve com elevação discreta de transaminases.
A hipótese diagnóstica mais provável e a conduta confirmatória inicial mais adequada são

A) neoplasia de pulmão primária- RM de tórax.
B) fibrose cística → realizar teste do suor (iontoforese com pilocarpina).
C) tuberculose pulmonar paucibacilar → iniciar esquema RIPE empírico.
D) deficiência de alfa-1 antitripsina → dosar níveis séricos de alfa-1 antitripsina.
E) aspergilose broncopulmonar alérgica → dosar IgE específica e iniciar corticoterapia.

22) Muitos pacientes com hiperlipidemia têm alguma combinação de predisposição genética (geralmente poligênica) e contribuição médica ou ambiental (condição médica, dieta, estilo de vida ou medicamento). Avalie as alternativas seguintes sobre as dislipidemias e assinale como verdadeira (V) ou falsa (F).
( ) O colesterol LDL é estimado usando a fórmula de Friedewald:
LDL-C = colesterol total –(triglicerídeos/5) – HDL-C
( ) A hipertrigliceridemia grave é definida por níveis de triglicerídeos em jejum maiores que 500 mg/dL.
( ) A terapia com isotretinoína para acne pode causar elevações substanciais no HDL-colesterol.
( ) O hipotireoidismo é importante fator secundário na elevação do LDL – colesterol.
( ) A síndrome nefrótica promove produção excessiva de VLDL, levando à elevação de triglicerídeos e LDL-colesterol.

A sequência correta é
A) V, F, F, V, F.
B) V, V, F, V, V.
C) F, F, F, V, V.
D) F, V, V, F, V.
E) V, V, V, F, F.

23) A Doença de Chagas (tripanossomíase americana) foi descrita por Carlos Chagas em 1909. É uma zoonose causada pelo protozoário flagelado T. cruzi. Avalie as alternativas seguintes sobre a Doença de Chagas e assinale como verdadeira (V) ou falsa (F).
( ) A transmissão vetorial em ampla região geográfica nas Américas (do norte da Argentina ao sul dos Estados Unidos) é em geral intradomiciliar, a partir de uma picada de triatomíneo.
( ) Transmissão não vetorial pode ser congênita, transfusional, em transplantes de órgãos ou tecidos, ou por ingestão de alimentos ou bebidas contaminados.
( ) O T. cruzi tem ação tóxica nas células ganglionares autonômicas intramurais do trato digestivo, afetando o tônus muscular e causando síndrome de megavísceras.
( ) Após a fase aguda da infecção chagásica, 5 a 10% dos pacientes permanecem na forma indeterminada, sem desenvolver lesão tecidual aparente.
( ) O eletrocardiograma tem valor no rastreamento para miocardiopatia chagásica, acusando na maioria dos casos um padrão de Bloqueio do Ramo Esquerdo.

A sequência correta é
A) V, V, V, F, F.
B) V, F, F, V, F.
C) F, F, F, V, V.
D) F, V, F, V, V.
E) V, V, V, V, F.

24) A Endocardite Infecciosa (EI) tem alta mortalidade e sua incidência tem aumentado nas últimas décadas. Analise as assertivas relacionadas à EI.
I. A EI aguda é uma doença febril consumptiva que lesiona rapidamente as estruturas cardíacas, dissemina-se para locais extracardíacos, e se não tratada evolui em semanas para óbito.
II. Estudos recentes nas regiões em desenvolvimento mostraram os Enterococos como a espécie bacteriana mais comum como causa de EI.
III. Em relação aos Critérios de Duke para o diagnóstico da EI, são critérios maiores a hemocultura positiva e evidência de envolvimento endocárdico ao ecocardiograma.
IV. Em relação aos critérios menores de Duke podemos ter fenômenos vasculares, como manchas de Roth e nódulos de Osler, e fenômenos imunológicos, como lesões de Janeway.

Escolha entre as alternativas abaixo, as assertivas corretas.

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

25) A Cardiopatia Isquêmica (CI) é um distúrbio no qual existe um suprimento inadequado de sangue e oxigênio para uma região do miocárdio. Analise as assertivas relacionadas à CI.

I. A causa mais comum de isquemia miocárdica é a doença aterosclerótica de uma ou mais artérias coronárias epicárdicas, com redução do fluxo miocárdico.
II. Os principais determinantes da demanda miocárdica de oxigênio (MVO2) são a frequência cardíaca, a contratilidade miocárdica e a tensão da parede miocárdica (estresse).
III. O sangue flui pelas artérias coronárias de ma-

neira fásica, com a maior parte do fluxo ocorrendo durante a sístole.
IV. A Angina variante de Prinzmetal ocorre por falha da dilatação normal dos vasos de resistência coronarianos, também chamada de angina microvascular.

Escolha entre as alternativas abaixo as assertivas corretas.

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

26) Em relação à investigação da Cardiopatia Isquêmica (CI), podemos afirmar:
I. Paciente com angina do peito classe I da New York Heart Association tem limitação leve da atividade física, com dor ao andar ou subir escadas rapidamente.
II. O Eletrocardiograma obtido em repouso pode ser normal em pacientes com angina de peito típica.
III. O teste mais usado para diagnosticar a CI e estimar o risco e o prognóstico é o registro do ECG antes, durante e após o exercício, geralmente em uma esteira (Teste de Esforço).
IV. Nos testes de esforço a incidência de resultados falso-positivos independe da probabilidade pré-teste de haver CI no paciente ou na população sob estudo.
Escolha entre as alternativas abaixo as assertivas corretas.

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

27) Sra. Tânia, 45 anos, vem a consulta médica com queixa de assimetria de face associada a visão dupla e a edema palpebral à D, há 6 meses. Nega dor, prurido, secreções, hiperemia. trauma, ou outras alterações oftalmológicas. Acha que o quadro iniciou logo após recuperar-se da Covid-19. Na oftalmologia, cujo seguimento se iniciou em 2011 para transplante de córnea à D por ceratocone, foi orientada a realizar TAC de órbitas. Ao exame: IMC 24; Pressão arterial: 130/60 mmHg; Pulso: 96 bpm; bócio difuso, assimetria facial e restrição de mobilidade ocular à direita. Exames laboratoriais: TSH < 0,01 (0,4-4 mUI/L); T4 livre 0,99 (0,7 - 1.8 ng/dL); TRAb.= 2,34 (negativo < 1,75 UI/L), Anticorpos anti Tireoglobulina e Anti tireoperoxidase negativos. TAC de órbitas: Globos oculares simétricos e com morfologia habitual. Gordura intra e extraconal preservada. Aspecto normal dos nervos ópticos. Musculatura retro-ocular sem alterações. Ausência de sinais de corpos estranhos radiopacos. Conclusão: Exame dentro dos limites da normalidade. Ausência de alterações detectáveis. Ao classificar usando o esquema NO SPECS, que classifica a oftalmopatia de Graves, é esperado que a pontuação oriente para

A) solicitar a cintilografia tireoidiana para o cálculo de dose ablativa de iodo 131.
B) recomendar pulsoterapia com corticosteroides e a reposição de selênio (empírico).
C) reencaminhar ao oftalmologista para avaliar possibilidade de cirurgia de descompressão de órbita à D.
D) indicar o uso de anticorpos monoclonais, como o teprotumumabe, que reduzem os complexos TRAb./IGF-1.
E) dosar T3 livre e se estiver normal, reavaliar em 3 a 6 meses. Se aumentado, considerar o diagnóstico como doença de Graves em atividade.

28) Qual dos seguintes achados eletrocardiográficos é mais característico do infarto do miocárdio com supradesnivelamento do segmento ST (IAM com supra de ST)?

A) Intervalo QT prolongado.
B) Onda P aumentada em V1.
C) Inversão da onda T em várias derivações.
D) Diminuição da amplitude da onda R em V1.
E) Supradesnivelamento do segmento ST em duas ou mais derivações contíguas.

29) Sobre o tratamento do Infarto Agudo do Miocárdio com Supra de ST (IAMCSST), assinale a alternativa correta.

A) O uso de aspirina deve ser evitado nas primeiras 24 horas após o diagnóstico de IAMCSST para prevenir efeitos colaterais gastrointestinais.
B) O uso de beta-bloqueadores intravenosos deve ser feito rotineiramente em todos os pacientes com IAMCSST, independentemente da presença de contraindicações.
C) A angioplastia primária (ICP) é indicada como tratamento de escolha no IAMCSST, preferencialmente realizada até 90 minutos após o diagnóstico.
D) A trombólise é preferível à angioplastia primária (ICP) em todos os pacientes com IAMCSST, independentemente da estrutura disponível no hospital.
E) Os nitratos intravenosos são indicados em todos os pacientes com IAMCSST para aliviar a dor torácica, mesmo em casos de pressão arterial baixa.

30) Sobre o tratamento da cardiomiopatia de Takotsubo, também conhecida como síndrome do coração partido, assinale a alternativa correta.

A) O prognóstico dos pacientes com Takotsubo é ruim a longo prazo, com alta taxa de mortalidade e recorrência frequente.
B) O uso de beta-bloqueadores alfa e beta combinado é indicado para o tratamento, se o paciente está hemodinamicamente estável.
C) A angioplastia coronariana é o tratamento de escolha, pois a Takotsubo geralmente está associada à obstrução significativa das artérias coronárias.
D) A cardiomiopatia de Takotsubo exige anticoagulação imediata para prevenir a formação de trombos intracardíacos, mesmo na ausência de disfunção grave do ventrículo esquerdo.
E) A síndrome de Takotsubo é sempre desencadeada por eventos emocionais graves, portanto o tratamento deve focar exclusivamente no controle dos sintomas psicológicos.

31) Sobre a miocardiopatia periparto, assinale a alternativa correta.

A) Não existe relação de risco entre pré-eclâmpsia e miocardiopatia periparto.
B) A miocardiopatia periparto é uma condição rara que ocorre exclusivamente durante o segundo trimestre da gestação.
C) A gravidez em idade precoce, mas não em idade avançada, é fator de risco para miocardiopatia periparto.
D) O tratamento da miocardiopatia periparto inclui o uso de inibidores da ECA, que podem ser usados com segurança durante toda a gestação.
E) A recuperação da função cardíaca pode ocorrer em alguns casos, e o tratamento inicial geralmente inclui suporte hemodinâmico e medicamentos para insuficiência cardíaca.

32) Um paciente de 68 anos, hipertenso e com histórico de insuficiência cardíaca controlada, chega à emergência com palpitações, falta de ar e sensação de cansaço. Ao exame, apresenta frequência cardíaca de 130 bpm, irregular, e pressão arterial de 140/90 mmHg. O eletrocardiograma (ECG) mostra ausência de ondas P e presença de ritmo irregular, compatível com fibrilação atrial (FA). O ecocardiograma revela fração de ejeção preservada (60%).
Considerando o diagnóstico de fibrilação atrial, qual a conduta inicial mais apropriada para este paciente?

A) Iniciar imediatamente anticoagulação oral, sem necessidade de avaliar o risco tromboembólico.
B) Realizar cardioversão elétrica de emergência, independentemente da duração da fibrilação atrial.
C) Realizar controle do ritmo com antiarrítmicos orais, como amiodarona, visando reverter a fibrilação atrial.
D) Prescrever digitalis para controle da frequência, uma vez que o paciente apresenta insuficiência cardíaca.
E) Administrar um beta-bloqueador para controle da frequência cardíaca, considerando a função ventricular preservada.

33) Um homem de 55 anos, com histórico de infarto agudo do miocárdio há 2 anos e fração de ejeção de 30%, chega ao pronto-socorro com palpitações intensas, tontura e sensação de desmaio iminente. Ao exame, ele apresenta pressão arterial de 90/60 mmHg e frequência cardíaca de 160 bpm. O eletrocardiograma revela complexos largos e regulares a uma frequência de 160 bpm, sugerindo taquicardia ventricular sustentada (TVS). O paciente está consciente, mas com sinais de má perfusão.
Qual a conduta inicial mais apropriada para este paciente?

A) Administrar amiodarona intravenosa e observar a resposta.
B) Administrar lidocaína intravenosa para controle imediato da arritmia.
C) Tentar manobras vagais inicialmente para reduzir a frequência cardíaca.
D) Realizar cardioversão elétrica sincronizada de emergência, devido à instabilidade hemodinâmica.
E) Administrar adenosina para diferenciar entre taquicardia ventricular e supraventricular com aberrância.

34) Uma mulher de 60 anos, com histórico de hipertensão e infarto agudo do miocárdio há 3 anos, é admitida na emergência com dispneia progressiva nos últimos dias, ortopneia e edema de membros inferiores. Ao exame físico, apresenta pressão arterial de 100/70 mmHg, frequência cardíaca de 95 bpm, estertores pulmonares bilaterais e turgência jugular. O ecocardiograma revela fração de ejeção de 30%. A gasometria arterial mostra uma hipoxemia leve. O diagnóstico de insuficiência cardíaca com fração de ejeção reduzida (ICFER) é confirmado.
Qual a conduta inicial mais apropriada para este caso?

A) Iniciar inibidor do receptor da Angiotensina-Neprilisina em dose alta imediatamente para melhorar a função cardíaca e reduzir o volume.
B) Iniciar dobutamina intravenosa imediatamente para melhorar a contratilidade cardíaca.
C) Iniciar furosemida intravenosa e ajustar os diuréticos de acordo com a resposta clínica.
D) Administrar beta-bloqueador intravenoso de alta dose para controlar a frequência cardíaca.
E) Realizar cardioversão elétrica imediata devido à presença de disfunção ventricular grave.

35) Um homem de 50 anos, com histórico de hipertensão bem controlada, relata ao seu médico sensação de "batimentos cardíacos irregulares" nos últimos meses, principalmente após esforços

físicos leves ou em momentos de estresse emocional. Ele nega dor no peito, síncope ou falta de ar. Durante o exame físico, a ausculta cardíaca revela batimentos irregulares esporádicos. O eletrocardiograma mostra batimentos ventriculares prematuros isolados (complexos QRS largos e prematuros), mas o restante do exame está normal, sem sinais de isquemia ou disfunção cardíaca.
Qual a melhor abordagem inicial para este paciente?

A) Tranquilizar o paciente e iniciar tratamento com beta-bloqueador se os sintomas forem persistentes ou incômodos.
B) Encaminhar o paciente para cardioversão elétrica imediata para restaurar o ritmo sinusal.
C) Solicitar cateterismo cardíaco de urgência para descartar doença arterial coronariana.
D) Iniciar anticoagulação oral para prevenir eventos tromboembólicos.
E) Prescrever amiodarona para suprimir as extrassístoles ventriculares.

36) Um homem de 28 anos, previamente saudável, apresenta-se com dor torácica de início recente, dispneia leve e febre baixa. Ele nega tosse ou sintomas respiratórios superiores. Ao exame físico, apresenta frequência cardíaca de 110 bpm, pressão arterial de 125/80 mmHg e estertores pulmonares discretos. O eletrocardiograma mostra alterações inespecíficas de repolarização ventricular, e os exames laboratoriais revelam elevação leve da troponina. O ecocardiograma mostra função sistólica preservada, mas há presença de discreta hipocinesia na parede inferior. Ele relata que iniciou recentemente tratamento com uma nova medicação para controle de uma doença autoimune.
Com base no quadro apresentado, qual a causa mais provável da miocardite desse paciente?

A) Miocardite causada por toxinas ambientais.
B) Miocardite viral relacionada a infecção recente.
C) Miocardite causada por radiação torácica prévia.
D) Miocardite isquêmica secundária a doença arterial coronariana.
E) Miocardite autoimune associada ao tratamento com imunomoduladores.

37) Um paciente de 50 anos apresenta episódios recorrentes de dor torácica, principalmente em repouso e durante a noite. O eletrocardiograma (ECG) realizado durante a dor mostra elevação transitória do segmento ST. Após administração de nitrato sublingual, os sintomas cessam rapidamente. Diante desse quadro, qual o diagnóstico mais provável?

A) Angina Estável.
B) Angina Instável.
C) Pericardite Aguda.
D) Angina de Prinzmetal.
E) Infarto Agudo do Miocárdio com Supra de ST (IAMCSST).

38) Homem de 72 anos procura o pronto-socorro após episódio de perda súbita da consciência enquanto caminhava. Segundo familiares, apresentou breves movimentos involuntários dos membros durante o episódio, com recuperação completa da consciência em menos de um minuto, sem confusão mental subsequente. Nega sintomas premonitórios. Tem antecedentes de hipertensão arterial e infarto do miocárdio há cinco anos. Ao exame, encontra-se assintomático, com pressão arterial de 130/80 mmHg, frequência cardíaca de 68 bpm e exame neurológico normal. Não apresenta hipotensão ortostática. O eletrocardiograma evidencia bloqueio de ramo direito associado a bloqueio divisional antero superior esquerdo, com QRS de 150 ms.
Considerando o diagnóstico mais provável, a estratificação de risco e a investigação inicial, assinale a alternativa correta.

A) A cardiopatia prévia e o bloqueio bifascicular com QRS alargado constituem fatores de alto risco para síncope cardíaca, justificando monitorização eletrocardiográfica hospitalar e investigação direcionada para arritmias.
B) A ausência de hipotensão ortostática e a normalidade dos sinais vitais no pronto-socorro tornam improvável uma causa cardiovascular, sendo o teste da mesa inclinada o exame inicial mais indicado.
C) O monitoramento ambulatorial com Holter de 24 horas é a estratégia inicial preferencial, pois um eletrocardiograma sem arritmia ativa afasta a necessidade de monitorização hospitalar.
D) A presença de movimentos involuntários durante a perda da consciência sugere fortemente crise epiléptica, sendo o eletroencefalograma o exame prioritário para esclarecer a etiologia.
E) A ausência de pródromos, associada à recuperação rápida da consciência, favorece síncope vasovagal, permitindo acompanhamento ambulatorial sem investigação cardíaca adicional.

39) Mulher de 59 anos, hipertensa, procura atendimento por edema progressivo de membros inferiores e aumento de 4 kg nas últimas três semanas. Refere cansaço aos esforços, sem ortopneia ou dispneia paroxística noturna. Ao exame físico, apresenta pressão arterial de 165/95 mmHg, edema depressível bilateral até os joelhos, pressão venosa jugular não elevada e ausculta cardiopulmonar sem alterações relevantes.
Exames laboratoriais revelam creatinina sérica de 2,1 mg/dL (exame de creatinina de menos de 2 meses atras 1,0 mg/dL), albumina de 3,8 g/dL e proteinúria de 1,2 g/24 horas. O exame de urina evidencia

hematúria microscópica.
Considerando o diagnóstico mais provável e os mecanismos fisiopatológicos envolvidos na formação do edema neste caso, assinale a alternativa correta.

A) A ausência de congestão venosa evidente, associada à hipertensão arterial, favorece redução da pressão oncótica plasmática como mecanismo inicial do edema, com ativação secundária do sistema renina-angiotensina-aldosterona.
B) A elevação da creatinina, associada à proteinúria e à hematúria, sugere comprometimento renal. Entretanto, a retenção de sódio e água responsável pelo edema seria consequência da redução do volume arterial efetivo, com ativação secundária de mecanismos neuro-hormonais, e não um efeito primário da disfunção renal.
C) A retenção renal de sódio e água pode ocorrer primariamente em decorrência da disfunção renal, contribuindo para a expansão do volume extracelular, sem depender necessariamente de um estímulo decorrente da redução do volume arterial efetivo.
D) A hipertensão arterial e o edema favorecem elevação da pressão hidrostática capilar por congestão venosa, mecanismo que, independentemente da função renal, explica a maior parte da retenção de líquidos no caso acima.
E) A proteinúria, ainda que inferior à faixa nefrótica, indica perda proteica suficiente para reduzir o volume arterial efetivo, sendo a ativação neuro-hormonal o mecanismo predominante da expansão volêmica.

40) Paciente de 68 anos procura atendimento por fadiga, parestesias nos pés e dificuldade progressiva para caminhar. Ao exame, apresenta redução da sensibilidade vibratória nos membros inferiores e sinal de Romberg positivo. O hemograma revela hemoglobina de 9,2 g/dL e VCM de 88 fL. A ferritina está reduzida, a cobalamina sérica é de 175 ng/L e o folato sérico é normal.
Considerando a hipótese diagnóstica e a interpretação dos exames laboratoriais, assinale a alternativa correta.

A) O VCM normal torna improvável a deficiência de cobalamina, favorecendo a deficiência isolada de ferro.
B) A deficiência de folato é a principal hipótese, pois pode produzir alterações neurológicas mesmo com níveis séricos normais.
C) A dosagem de homocisteína é suficiente para confirmar deficiência de cobalamina, independentemente de outras condições clínicas.
D) A deficiência concomitante de ferro pode mascarar a macrocitose, e a dosagem de ácido metilmalônico pode auxiliar na investigação.
E) A presença de manifestações neurológicas indica deficiência avançada de cobalamina, necessariamente acompanhada de alterações megaloblásticas no sangue periférico.

41) Etilista de 67 anos com diagnóstico prévio de insuficiência cardíaca apresenta aumento progressivo do volume abdominal e edema de membros inferiores. Ao exame, observa-se ascite, hepatomegalia e discreta circulação colateral abdominal. A ultrassonografia evidencia fígado de contornos irregulares e esplenomegalia.
A paracentese revela albumina de 1,4 g/dL, proteínas totais de 3,0 g/dL e 120 neutrófilos/mm³. A albumina sérica é de 2,8 g/dL.
Considerando os mecanismos envolvidos na formação da ascite, assinale a alternativa correta.

A) A concentração proteica elevada favorece etiologia cardíaca, mesmo que o GASA não indique hipertensão portal.
B) O GASA elevado sugere hipertensão portal, enquanto a concentração proteica favorece contribuição cardíaca.
C) O GASA elevado e a esplenomegalia favorecem etiologia cirrótica, independentemente da concentração proteica.
D) A concentração proteica elevada sugere componente cardíaco, mas a circulação colateral afasta essa possibilidade.
E) O GASA elevado favorece etiologia cardíaca, enquanto a concentração proteica elevada indica hipertensão portal cirrótica.

42) Mulher de 52 anos, com diagnóstico prévio de hipotireoidismo primário, utiliza levotiroxina 200 µg/dia há vários meses. Apesar da dose elevada, apresenta TSH de 18 mUI/L e T4 livre no limite superior da normalidade. Relata que frequentemente esquece a medicação, mas procura utilizá-la corretamente nos dias que antecedem os exames laboratoriais. Nega sintomas importantes.
Considerando a interpretação dos resultados e a conduta mais apropriada, assinale a alternativa correta.

A) O T4 livre normal exclui reposição inadequada e sugere resistência aos hormônios tireoidianos.
B) A persistência do TSH elevado indica má absorção intestinal, mesmo na presença de T4 livre normal.
C) O TSH elevado indica necessidade de aumentar a dose de levotiroxina, independentemente do T4 livre.
D) A discordância laboratorial favorece hipotireoidismo central, devendo-se monitorar exclusivamente o T4 livre.
E) A adesão irregular pode explicar os resultados, sendo prioritário regularizar o uso antes de aumentar a dose.

43) Homem de 68 anos é internado em UTI por choque séptico de origem pulmonar. Após antibioticoterapia e reposição volêmica adequada, mantém

pressão arterial média de 67 mmHg com norepinefrina a 0,35 µg/kg/min. Nas últimas 18 horas, tentativas de redução do vasopressor resultaram em hipotensão recorrente. Apresenta lactato em queda, diurese preservada e ecocardiografia com função sistólica ventricular preservada, sem sinais de hipovolemia.
Considerando a evolução clínica, assinale a alternativa correta.

A) Substituir a norepinefrina por vasopressina, mantendo-a como agente vasopressor isolado até a resolução do choque.
B) Associar dobutamina à norepinefrina, visando facilitar o desmame do vasopressor, presumindo efeito sinérgico das medicações.
C) Associar vasopressina à norepinefrina e considerar hidrocortisona intravenosa diante da dependência persistente de vasopressores.
D) Administrar nova expansão volêmica com cristaloides, independentemente da avaliação hemodinâmica, antes de associar outro vasopressor.
E) Iniciar hidrocortisona apenas se o teste de estimulação com ACTH demonstrar insuficiência suprarrenal relativa.

44) Homem de 62 anos, com antecedentes de insuficiência cardíaca e hipertensão arterial, dá entrada no pronto-socorro com queixa de dispneia progressiva aos esforços há 1 semana. O exame físico e a radiografia de tórax confirmam a presença de um derrame pleural moderado à direita. Para esclarecimento diagnóstico, é realizada uma toracocentese, apresentando os seguintes resultados: ● Líquido Pleural: Proteínas = 2,2 g/dL; LDH = 110 U/L; Glicose = 95 mg/dL; Aspecto citrino e claro. ● Soro: Proteínas = 6,8 g/dL; LDH = 280 U/L (Valor de Referência máximo do LDH sérico: 240 U/L). Avaliando os achados, assinale a alternativa correta.

A) O líquido pleural é classificado como transudato, uma vez que não preenche nenhum dos Critérios de Light, sendo a conduta indicada o tratamento e a otimização da insuficiência cardíaca subjacente.
B) Trata-se de um exsudato pleural, pois a relação de proteína do líquido/soro é superior a 0,30, indicando a necessidade de drenagem torácica fechada em selo d'água e o início de antibioticoterapia tão logo seja possível.
C) O resultado caracteriza um exsudato inflamatório, sendo a pneumonia bacteriana e o tromboembolismo pulmonar as causas que cursam predominantemente com exsudatos ricos em mononucleares.
D) A presença de pH < 7,20 e glicose < 60 mg/dL no líquido pleural é um achado característico do transudato cardiogênico não complicado, dispensando tratamento antimicrobiano.
E) Se o líquido fosse secundário a um hidrotórax hepático por cirrose, ele preencheria obrigatoriamente os critérios de exsudato devido ao extravasamento de proteínas peritoneais.

45) Mulher de 54 anos dá entrada na emergência apresentando dispneia de início súbito e dor torácica de caráter pleurítico à direita há 6 horas. Relata histórico de um episódio prévio de trombose venosa profunda (TVP) há 2 anos após cirurgia ginecológica e diagnóstico recente de Síndrome do Anticorpo Antifosfolípide (SAF). Ao exame físico: lúcida, orientada, PA = 118/74 mmHg, FC = 106 bpm, FR = 24 irpm e SpO2 = 91% em ar ambiente. O eletrocardiograma (ECG) revela taquicardia sinusal e inversão de ondas T de V1 a V4. A angiotomografia de tórax confirma o diagnóstico de Tromboembolismo Pulmonar (TEP) segmentar à direita, e a troponina I sérica encontra-se levemente elevada. Com base na fisiopatologia, no diagnóstico e no manejo do caso descrito, assinale a alternativa correta.

A) O tratamento anticoagulante de longo prazo recomendado para esta paciente é a Varfarina mantida por tempo indeterminado, sendo os anticoagulantes orais diretos (DOACs) desfavoráveis na presença de Síndrome do Anticorpo Antifosfolípide.
B) O achado de inversão da onda T de V1 a V4 no ECG é uma alteração incomum de sobrecarga direita, enquanto o clássico sinal de S1Q3T3 apresenta elevada sensibilidade, sendo o método diagnóstico eletrocardiográfico de escolha para confirmar o TEP.
C) Para o cálculo do D-dímero ajustado pela idade em pacientes com 54 anos e probabilidade clínica intermediária, o limite superior da normalidade a ser considerado para afastar TEP é fixo em 500ng/mL.
D) O achado ecocardiográfico de Sinal de McConnell, definido pela hipercinesia da parede livre do ventrículo direito associada à hipocinesia do seu ápice, constitui indicação formal para o implante imediato de filtro de veia cava inferior.
E) A presença de disfunção de ventrículo direito e troponina elevada com pressão arterial sistêmica preservada caracteriza um TEP Submaciço (Risco Intermediário), situação na qual a terapia trombolítica com alteplase deve ser administrada de rotina a todos os pacientes.

46) Paciente de 54 anos de idade procura atendimento por 5 semanas de evolução de cefaléia, contínua, com piora progressiva, associada a nucalgia. Há dois dias com alteração da memória e alteração da mímica facial unilateral. Realizou coleta de líquor que demonstrou 83 leucócitos/µl com predomínio de células mononucleares.
Assinale a assertiva correta.

A) Infecção por Borrelia burgdorferi pode ser a etiologia. Neste caso indica-se a pesquisa de anticorpos séricos contra o patógeno e confirmação por Western

blot.
B) A infecção por Tropheryma whipplei pode ser a etiologia. Neste caso indica-se a pesquisa de anticorpos séricos e no líquor.
C) Infecção por Actinomyces israelli pode ser a etiologia. Neste caso a cultura para germes comuns isola o patógeno.
D) Infecção por Treponema pallidum pode ser a etiologia. Neste caso espera-se VDRL sérico obrigatoriamente positivo.
E) Infecção por Mycobacterium tuberculosis pode ser a etiologia. Neste caso espera-se glicose normal e proteína aumentada no líquor.

47) Paciente do sexo feminino, com 72 anos de idade relata 5 dias de evolução de dor lombar. Procurou atendimento no início dos sintomas, em que um diagnóstico de dor muscular foi feito e foi prescrito paracetamol se dor. Evoluiu com lesões vesiculares com base eritematosa na região da dor, que acomete o dermátomo de L1 a direita. Histórico de diabetes, em uso de metformina 1g a cada 12 horas e insulina glargina 10 unidades ao dia. Nega outras comorbidades.
Considerando o diagnóstico mais provável, assinale a assertiva correta.

A) Utilizar compressas de acetato de alumínio pode promover limpeza da lesão e alívio dos sintomas.
B) O fanciclovir apresenta desvantagens em relação ao aciclovir em se tratando de farmacocinética e farmacodinâmica.
C) Quando indicados, o valaciclovir e o aciclovir devem ser usados, não havendo diferença na resposta entre eles.
D) O uso de corticosteróides está indicado, tendo em vista a evidência de resolução acelerada das lesões com o seu uso.
E) O uso do antiviral intravenoso tem benefícios na cicatrização das lesões e na redução da dor em relação ao tratamento oral.

48) Paciente masculino, 72 anos, DM II e HAS de longa data consultou com médico de fam[ilia por conta de meses de hiporexia e repulsa a proteína de origem animal. Antes, um entusiasta de churrasco, já não podia nem ouvir falar no assunto. Também percebeu estar mais edemaciado e o diurético que fazia uso não dava mais conta de controlar o inchaço". Exames mostraram ureia 210 mg/dL, creatinina 6,2mg/dL, potássio sérico 6,4mmol/L e hemoglobina 8,2g/dL. Ultrassonografia de aparelho urinário evidenciou sinais de doença renal crônica. Encaminhado ao nefrologista que, constatando DRC em estadio terminal, indicou hemodiálise. De forma inocente, Sr. Nivaldo acreditando que a hemodiálise isoladamente resolveria todos seus problemas, não fez uso de qualquer farmacoterapia que o nefrologista indicou. Das alterações que apresentava antes de iniciar as sessões de hemodiálise, qual provavelmente não melhorou após o tratamento dialítico?

A) Anemia.
B) Hipercalemia.
C) Edema.
D) Ureia elevada.
E) Creatinina elevada.

49) Um paciente de 65 anos procura atendimento médico devido a perda de peso, emagrecimento e aumento do volume abdominal nos últimos 6 meses. No exame físico, além de palidez, nota-se esplenomegalia importante. Não há linfonodomegalias. Você solicita um hemograma, onde se nota anemia discreta, plaquetas normais e leucocitose importante as custas de neutrófilos, com presença de bastões, mielócitos, metamielocitos e promielócitos. Baseado nestes dados, qual o provável diagnóstico e qual o tratamento indicado?

A) Leucemia mielóide aguda; quimioterapia em alta dose.
B) Leucemia mieloide crônica; imatinibe.
C) Leucemia linfoblástica aguda; transplante de medula óssea.
D) Leucemia linfocítica crônica; ibrutinibe.
E) Leucemia mieloide crônica; rituximabe.

50) Uma mulher de 23 anos procura atendimento médico devido a astenia progressiva com início há uma semana. No exame físico, possuía palidez, icterícia e esplenomegalia de pequeno volume. O restante do exame físico era normal. Foram solicitados exames laboratoriais que evidenciaram anemia severa, leucograma e plaquetas normais; reticulocitose; aumento de desidrogenase láctica; redução de haptoglobina; aumento de bilirrubina indireta e coombs direto positivo. Sobre o caso clínico, assinale a alternativa correta.

A) Trata-se de esferocitose hereditária e o único tratamento possível é esplenectomia.
B) O diagnóstico é de anemia hemolítica auto-imune e o tratamento é corticoterapia.
C) Trata-se de deficiência de G6PD (glicose-6-fosfato-desidrogenase) que pode ter sido desencadeada pelo uso de cloroquina.
D) Nunca se deve transfundir hemácias para caso de anemia hemolítica auto-imune mesmo se paciente instável.
E) Deve-se considerar a possibilidade de hemoglobinúria paroxística noturna e iniciar anticoagulação profilática.