



UNIVERSIDADE DO ESTADO DO PARÁ

PROCESSO SELETIVO UNIFICADO PARA RESIDÊNCIA MÉDICA 2022

Grupo D: Pré-Requisito: Clínica Médica

Especialidades: Cardiologia, Endocrinologia e Metabologia, Nefrologia, Oncologia Clínica

NOME COMPLETO

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

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

BOLETIM DE QUESTÕES

Nº DE INSCRIÇÃO

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

LEIA, COM ATENÇÃO, AS SEGUINTES INSTRUÇÕES

- Este boletim de questões é constituído de:
 - **50 questões objetivas.**
- Confira se, além desse boletim de questões, você recebeu o cartão-resposta destinado à marcação das respostas das 50 questões objetivas.
- No **CARTÃO-RESPOSTA**
 - Confira seu nome e número de inscrição e especialidade que você se inscreveu na parte superior do **CARTÃO-RESPOSTA** que você recebeu.
 - No caso de não coincidir seu nome e número de inscrição, devolva-o ao fiscal e peça-lhe o seu. Se o seu cartão não for encontrado, solicite um cartão virgem, o que não prejudicará a correção de sua prova.
 - Verifique se o Boletim de Questões, está legível e com o número de páginas correto. Em caso de divergência, comunique ao fiscal de sua sala para que este providencie a troca do Boletim de Questões. **Confira**, também, na **Capa do Boletim de Questões** e no rodapé das páginas internas, o nome do pré-requisito para a especialidade pleiteada.
 - Após a conferência, **assine** seu nome no espaço correspondente do **CARTÃO-RESPOSTA**, do mesmo modo como foi assinado no seu documento de identidade, utilizando caneta esferográfica de tinta preta ou azul.
 - Para cada uma das questões existem 5 (cinco) alternativas, classificadas com as letras **a, b, c, d, e**. Só uma responde corretamente ao quesito proposto. Você deve marcar no Cartão-Resposta apenas uma letra. **Marcando mais de uma, você anulará a questão**, mesmo que uma das marcadas corresponda à alternativa correta.
 - O CARTÃO-RESPOSTA não pode** ser dobrado, nem amassado, nem rasgado.

LEMBRE-SE

- A duração desta prova é de **4 (quatro) horas**, iniciando às **8 (oito) horas** e terminando às **12 (doze) horas**.
- É terminantemente proibida a comunicação entre candidatos.

ATENÇÃO

- Quando for marcar o Cartão-Resposta, proceda da seguinte maneira:
 - Faça uma revisão das alternativas marcadas no Boletim de Questões.
 - Assinale, inicialmente, no Boletim de Questões, a alternativa que julgar correta, para depois marcá-la no Cartão-Resposta definitivamente.
 - Marque o Cartão-Resposta, usando caneta esferográfica com tinta azul ou preta, preenchendo completamente o círculo correspondente à alternativa escolhida para cada questão.
 - Ao marcar a alternativa do Cartão-Resposta, faça-o com cuidado, evitando rasgá-lo ou furá-lo, tendo atenção para não ultrapassar os limites do círculo.
 Marque certo o seu cartão como indicado:
CERTO ●
 - Além de sua resposta e assinatura, nos locais indicados, não marque nem escreva mais nada no Cartão-Resposta.
 - O gabarito poderá ser copiado, SOMENTE, no espelho constante no final do boletim de questões disponibilizado para este fim que somente será destacado no final de sua prova, pelo fiscal de sua sala.**
- Releia estas instruções antes de entregar a prova.
- Assine na lista de presença, na linha correspondente, o seu nome, do mesmo modo como foi assinado no seu documento de identidade.

BOA PROVA

1. Os antibióticos são drogas amplamente utilizadas tanto no contexto ambulatorial, quanto hospitalar. O seu uso racional propicia o alcance de sucesso terapêutico com a mínima toxicidade para o paciente e reduz o impacto da resistência. Sobre este assunto, analise as afirmativas abaixo.

- I. São exemplos de cefalosporinas com cobertura anti-Pseudomonas: ceftazidima (3ª geração) e cefepime (4ª geração).
- II. Fluorquinolonas representam terapia de primeira escolha para cistite não complicada, ao passo que para ITU alta a droga de escolha é a nitrofurantoína.
- III. Representam boas opções para broncopneumonia causada MRSA (Staphylococcus aureus resistente à meticilina): Vancomicina e Daptomicina.
- IV. São terapias para colite pseudomembranosa: metronidazol, fidaxomicina e vancomicina via oral.

A alternativa que contém todas as afirmativas corretas é:

- a) I e II
 - b) I, II e III
 - c) I, III e IV
 - d) III e IV
 - e) I e IV
2. Luciana, 28 anos, procura o pronto-atendimento com queixa de alterações visuais (vista turva, proptose e intenso edema palpebral e conjuntival), com dor retrobulbar espontânea. Refere que há um mês vem apresentando quadro de tremores intensos, taquicardia e hiperdefecação. Apresenta, laboratorialmente, TSH suprimido. A medida que deve ser instituída neste momento a fim de evitar a progressão da orbitopatia é:
- a) Propiltiouracil.
 - b) Propranolol.
 - c) Prednisona.
 - d) Lugol a 5%.
 - e) Dose terapêutica de iodo.

3. Você atende, ambulatoriamente, uma paciente de 53 anos, em amenorreia desde os 50 anos, apresentando quadro de osteoporose e mantendo perda de massa óssea, à despeito do tratamento adequado com bisfosfonatos orais há dois anos. Refere histórico de cálculos renais de repetição e se queixa de lentificação do raciocínio. Realiza atividade física regularmente, ingere 3 porções de leite ao dia, expõe-se ao sol por 20 minutos pela manhã. Trouxe os seguintes exames:

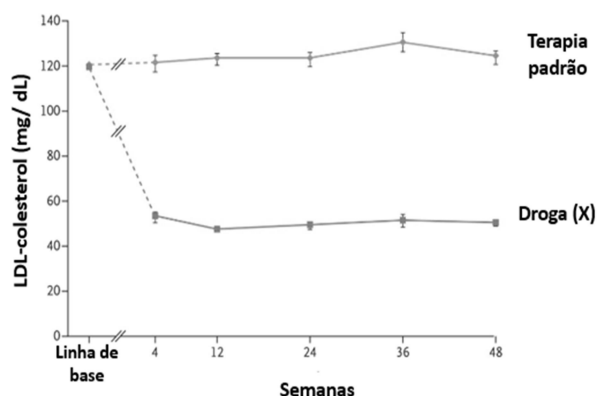
	Valor	Referência
Cálcio total	12,8 mg/dL	8,8 - 10,4 mg/dL
Albumina	4,6 g/dL	3,5 e 5,5 g/dL
PTH	120 pg/mL	12 - 65 pg/mL
Fósforo	2,3 mg/dL	2,5 - 4,5 mg/dL
Ureia	34 mg/dL	13 - 43 mg/dL
Creatinina	1,2 mg/dL	0,6 - 1,2 mg/dL
TSH	2,2 mU/L	0,3 - 4,0 mU/L
25(OH)D	32 ng/mL	

Com base no caso acima, é correto afirmar que:

- a) provavelmente, trata-se de uma caso de intoxicação por vitamina D, dada a apresentação de hipercalcemia com manifestações renais.
- b) a principal suspeita desta paciente é a hipercalcemia humoral da malignidade, e deve-se proceder a investigação de um tumor oculto.
- c) esta paciente apresenta como meta de 25(OH)D valores acima de 20 ng/mL, e a reposição deve ser feita preferencialmente com ergocalciferol.
- d) a hipótese diagnóstica é de hiperparatireoidismo primário, e deve ser requisitada uma cintilografia de paratireoide para planejamento terapêutico.
- e) neste caso, por meio do cálculo do cálcio sérico corrigido para albumina, observa-se uma normocalcemia, e deve-se dosar o cálcio iônico.

Leia o Texto abaixo para responder à Questão 4

Recentemente, novos fármacos para doença aterosclerótica foram introduzidos como opções terapêuticas para adultos com hipercolesterolemia primária (familiar heterozigótica e não familiar) ou dislipidemia mista grave, como adjuvantes à dieta. No estudo OSLER, em comparação com a terapia padrão sozinha, uma dessas terapias (mostrada na imagem como droga "X") reduziu o nível de colesterol LDL em 61%, de uma mediana de 120 mg/dL para 48 mg/dL.



Fonte: Adaptado de N Engl J Med 2015; 372:1500-1509 DOI: 10.1056/NEJMoa1500858

4. O texto e imagem, acima, fazem referência a terapia (droga "X"):

- a) Ezetimiba.
- b) Romosozumab.
- c) Colestiramina.
- d) Ômega 3 (EPA + DHA).
- e) Evolocumab.

5. A avaliação de um paciente com hipertensão depende da causa provável e do grau de dificuldade em obter um controle aceitável da pressão arterial, uma vez que muitas formas de hipertensão secundária levam a hipertensão "resistente ao tratamento". Pacientes que apresentam indícios clínicos que sugerem a possível presença de hipertensão secundária devem ser submetidos a uma avaliação mais extensa. Em relação a esta condição clínica, assinale a alternativa correta.

- a) Um paciente em uso regular de três anti-hipertensivos, sem controle pressórico adequado, deve ter, prioritariamente, a associação de sacubitril/valsartana como a 4ª droga do esquema.
- b) O hiperaldoosteronismo primário apresenta como causa comum a hiperplasia adrenal cortical, e o tratamento realizado inclui os antagonistas mineralocorticoides (espironolactona).
- c) A síndrome de Cushing representa uma causa de hipertensão secundária. Sua forma mais comum é a endógena (tumoral) e o exame de escolha para screening é o ACTH.
- d) A Apneia Obstrutiva do Sono é uma causa comum de hipertensão secundária, mais prevalente em mulheres jovens, e cujo tratamento "padrão-ouro" é a cirurgia ortognática.
- e) Pacientes com suspeita de estenose de artéria renal bilateral têm como terapia de escolha o bloqueador dos receptores AT1 da Angiotensina II enquanto aguardam correção definitiva.

Leia o Texto abaixo para responder à Questão 6

Um residente de Clínica Médica, em seu estágio no ambulatório de Hematologia, atende dois pacientes consultados pela primeira vez neste serviço:

Paciente (1): Paciente masculino, 38 anos, com histórico de vitiligo e gastrite atrófica autoimune, sem relatos de sangramentos agudos, evoluindo com sintomas neurológicos (parestesias em extremidades, desequilíbrio e marcha atáxica) e anemia macrocítica.

Paciente (2): Paciente masculino, 43 anos, com quadro de fraqueza, queixa de dor abdominal, hepatomegalia, artralhas, perda de libido/impotência, com diagnóstico presumido de hemocromatose hereditária.

6. São achados esperados em cada um dos pacientes, acima, respectivamente:
- a) (1) ácido fólico baixo; (2) Ferritina baixa.
 - b) (1) Cobalamina baixa; (2) Saturação de transferrina aumentada.
 - c) (1) Formação de Rouleaux; (2) Ferro sérico normal.
 - d) (1) Ácido metilmalônico baixo; (2) Presença de drapanócitos.
 - e) (1) Hemólise extra-medular; (2) Neutrófilos plurisegmentados.

7. Claudia, professora universitária, 57 anos, fototipo 2, apresenta o diagnóstico de osteoporose estando em uso regular há 7 anos de risedronato sódico 150 mg/mês, além de cálcio + Vitamina D3 500mg+1.000 UI/dia. O seu escore T inicial mais baixo foi de -2,3 (fêmur). No momento, encontra-se estável, nega histórico de fraturas, apresenta densidade mineral óssea estável durante o tratamento e suficiência de vitamina D. A medida que deverá ser adotada, neste momento, para prevenir fratura atípica de fêmur é:
- interromper bisfosfonato (drug holiday); manter cálcio e vitamina D.
 - trocar risedronato por ácido zoldrônico endovenoso, com aplicação anual.
 - trocar risedronato por denosumab; manter somente cálcio.
 - manter bisfosfonato; interromper cálcio e vitamina D.
 - manter terapia nas doses que está usando por tempo indeterminado.
8. Os primeiros casos do que, posteriormente, seria descrito como AIDS foram reportados em 1981. Passadas quatro décadas após esses relatos iniciais, ampliou-se a terapêutica e estratégias de prevenção combinada para o enfrentamento desta condição clínica, entretanto ela ainda representa um sério problema de saúde pública. Em relação ao manejo do HIV/AIDS e suas estratégias de prevenção, assinale a alternativa correta.
- O primeiro atendimento após um acidente ocupacional com exposição ao HIV é uma urgência. A PEP (Profilaxia Pós-Exposição) deve ser iniciada o mais precocemente possível, tendo como limite as 24 horas subsequentes à exposição.
 - A TARV (Terapia Antirretroviral) está indicada somente para pessoas vivendo com HIV e sintomáticas (AIDS), ou com contagem de LT-CD4+ < 350 céls/mm³, uma vez que a presença de sintomas já demonstra fragilidade imunológica.
 - As vacinas com antígenos vivos atenuados são proscritas em todo paciente vivendo com HIV, independente dos níveis de LT-CD4+.
 - Os segmentos populacionais prioritários e critérios de indicação de PrEP (Profilaxia Pré-Exposição) são homens que fazem sexo com homens (HSH), pessoas trans, profissionais do sexo e parcerias sorodiscordantes para o HIV.
 - Quando recomendada a PEP, o esquema preferencial será composto por 2 fármacos, e o tempo de tratamento será de 14 dias.
9. Os autoanticorpos são proteínas do sistema imunológico que erroneamente têm como alvo e reagem contra os próprios tecidos ou órgãos de uma pessoa. Suas dosagens fazem parte de forma contundente da investigação diagnóstica de várias condições na Medicina Interna. O marcador (autoanticorpo) que se correlaciona com melhor especificidade à patologia em questão é:
- Anti-tireoglobulina (Anti-Tg) - Doença de Plummer.
 - Antimusculo liso (ASMA) - Polimiosite.
 - Anti-LKM-1 - Doença mista tecido conjuntivo.
 - Anti-DNA topoisomerase I (anti-Scl-70) - Hepatite autoimune.
 - Antimitocondrial (AMA) - Colangite biliar primária.
10. Durante round (visita clínica) em uma enfermaria de Clínica Médica, os alunos do curso de Medicina observaram diversos paciente que apresentavam hiperglicemia hospitalar, muitos dos quais negavam o uso prévio de medicações antidiabéticas. Em relação a essa condição clínica, assinale a alternativa correta.
- A metformina é contraindicada para pacientes expostos a exames contrastados, com perda de função renal e risco de acidose láctica. Mas as sulfonilureias e as tiazolidinedionas têm se mostrado terapias seguras para o paciente internado.
 - Pacientes em cuidados paliativos não devem receber nenhuma intervenção em relação ao controle glicêmico, tais como medidas de dextro, correções de hipoglicemias ou de hiperglicemias.
 - O tratamento de escolha para pacientes internados é o esquema de insulina de dose escalonada ou "sliding-scale", que corrige os dextros somente quando estão aumentados, usando-se preferencialmente insulina degludeca ou NPH.
 - Nos pacientes hiperglicêmicos sem diabetes (DM) prévio, dosagem de HbA1c > 6,5% (método HPLC) permite estabelecer o diagnóstico da doença. No entanto, condições como perdas e transfusões sanguíneas, hemoglobinopatias e insuficiência renal reduzem a sensibilidade da HbA1c.
 - Pacientes renais dialíticos e hepatopatas são considerados pacientes com grande índice de resistência à insulina e requerem doses altas de insulina em relação à população usual.

- 11.** Nódulos tireoidianos são comuns na prática clínica e a condução destes casos é fundamental para o médico generalista, necessitando saber indicar a punção aspirativa por agulha fina (PAAF) para complementação diagnóstica. Segundo a classificação TI-RADS (Thyroid Imaging Reporting and Data System) assinala a alternativa que indica o paciente que deve ser submetido à PAAF imediatamente, sem necessidade de outro exame complementar.
- a** sexo feminino, 32 anos, com nódulo sólido, isoecoico, contornos regulares, medindo 1,0 x 0,6 cm (largura X altura, respectivamente), sem calcificações, Chammas II, identificado em ultrassonografia "de rotina" solicitada por sua ginecologista; não palpável ao exame físico e com TSH 1,3 mUI/L (VR 0,5 – 5,0 mUI/L).
 - b** sexo feminino, 54 anos, com antecedente de hipotireoidismo em tratamento com Levotiroxina, com nódulo sólido, hipoecoico, contornos lobulados, medindo 1,8 x 1,2 cm (largura X altura, respectivamente), com calcificações periféricas, Chammas III, identificado em ultrassonografia devido suspeita do médico na palpação da tireoide; palpável ao exame físico e com TSH 6,8 mUI/L.
 - c** sexo feminino, 60 anos, com nódulo misto, com componente sólido hipoecoico e componente cístico, contornos regulares, medindo 2,6 x 2,0 cm (largura X altura, respectivamente), com calcificações grosseiras, Chammas III, identificado em ultrassonografia de controle anual, sem crescimento, com PAAF há 2 anos com citologia compatível com Bethesda II; palpável ao exame físico e com TSH 3,2 mUI/L.
 - d** sexo masculino, 65 anos, com nódulo sólido, hipoecogenicidade intensa, contornos lobulados, medindo 4,7 x 3,5 cm (largura X altura, respectivamente), com calcificações grosseiras, Chammas III, identificado em ultrassonografia após ser percebido pelo próprio paciente; palpável ao exame físico e com TSH 0,02 mUI/L.
 - e** sexo feminino, 45 anos, com nódulo espongiiforme, hipoecoico, contornos regulares, medindo 3,8 x 3,1 cm (largura X altura, respectivamente), sem calcificações, Chammas II, identificado em ultrassonografia após auto-exame da paciente; palpável ao exame físico e com TSH 2,1 mUI/L.
- 12.** Paciente do sexo feminino, 34 anos, vem com quadro de dor em região cervical, palpitações, emagrecimento e agitação psicomotora há 3 semanas. Refere ter apresentado quadro viral há, aproximadamente, 2 semanas antes do início do quadro. Nega uso de medicações. Ao exame, apresenta taquicárdica, com pele quente e úmida, hemodinamicamente estável, afebril. À palpação, apresenta dor intensa e volume tireoidiano normal, sem nódulos palpáveis. Os exames laboratoriais evidenciaram elevação da velocidade de hemossedimentação (100mm na 1ª hora; VR: até 20mm na 1ª hora), com TSH < 0,01 mUI/L e T4 livre de 3,12 ng/dl. Com base no caso descrito, o exame que contribui para a elucidação diagnóstica, o diagnóstico mais provável e o tratamento adequado são:
- a** ultrassonografia de tireóide - Doença de Plummer - tapazol.
 - b** pesquisa de anticorpo anti-receptor do receptor de TSH (TRAb) - Doença de Graves - iodoterapia.
 - c** dosagem de tireoglobulina - tireoidite de Hashimoto - levotiroxina.
 - d** cintilografia da tireóide - tireoidite subaguda - prednisona.
 - e** pesquisa de anticorpo anti-microsomal (anti-TPO) - Hashitoxicose - propiltiouracil.
- 13.** A terapia farmacológica para o tratamento do diabetes mellitus tipo 2 vem apresentando importante avanço nos últimos anos com a incorporação de novas drogas, entre elas, os inibidores da SGLT2 (Sodium Glucose Linked Transporter). Os efeitos adversos associados ao uso dos iSGLT2 são:
- a** poliúria e cetoacidose diabética.
 - b** infecção urinária e aumento da volemia.
 - c** ganho de peso e vulvovaginite.
 - d** aumento da excreção urinária de albumina e amputação de membro inferior.
 - e** hipocalemia e aumento dos níveis de colesterol.

14. O uso de estatinas está bem estabelecido como intervenção capaz de reduzir a morbimortalidade cardiovascular em diversas diretrizes. Sobre este assunto, analise os casos descritos abaixo.

- I. Paciente do sexo feminino, 24 anos, com diagnóstico de diabetes mellitus tipo 1 há 8 anos, sem outros fatores de risco cardiovascular, com LDL colesterol 98 mg/dl.
- II. Paciente do sexo masculino, 52 anos, com diabetes mellitus tipo 2 há 10 anos, sem outros fatores de risco cardiovascular, com LDL colesterol de 122 mg/dl.
- III. Paciente do sexo masculino, 46 anos, com hipertensão arterial há 2 anos, com LDL colesterol de 113 mg/dl.
- IV. Paciente do sexo feminino, 19 anos, sem comorbidades e/ou uso de quaisquer medicações, apresentando LDL colesterol de 214 mg/dl (exame repetido e confirmado) em exame admissional.

Assinale a alternativa que apresenta pacientes com indicação para o uso de estatinas como estratégia de prevenção primária para a doença cardiovascular, apenas com as informações apresentadas e considerando que os exames foram realizados sem uso de qualquer medicação hipolipemiante é:

- a I, II, III e IV
- b I e II
- c II e IV
- d I e III
- e III e IV

15. A introdução de insulina ao tratamento farmacológico do paciente com Diabetes Tipo 2 (DM2) é importante no controle glicêmico a longo prazo. Em relação a insulino terapia no paciente DM2, é correto afirmar que:

- a está indicada quando há falha terapêutica com os antidiabéticos orais e pode se iniciar com o esquema *bed-time* onde as medicações orais são mantidas e inicia-se insulina de longa duração ao deitar.
- b deve ser usada ao diagnóstico quando há sintomas de hiperglicemia e valores de glicemia acima de 200 mg/dl.
- c não há indicação de usar insulinas de ação rápida ou ultrarrápida pois esses pacientes têm reserva de função de célula beta e conseguem secretar insulina após as refeições.
- d dentre os principais efeitos colaterais do uso da insulino terapia no DM2 destacam-se a hipoglicemia e perda de peso.
- e a dosagem de peptídeo C em jejum acima de 0,9 ng/dl demonstra que a função pancreática está preservada e descarta a necessidade de insulino terapia em pacientes com DM2.

16. Na escolha do tratamento farmacológico no paciente diabético, deve-se levar em consideração, além do efeito sobre a glicemia, outras ações benéficas ou deletérias ao paciente. Neste aspecto, os medicamentos que promovem perda de peso, redução do risco cardiovascular e risco de hipoglicemia, respectivamente são:

- a Liraglutida – Metformina – Glibenclamida
- b Empaglifozina – Linagliptina – Pioglitazona
- c Metformina – Acarbose – Repaglinida
- d Dapaglifozina – Semaglutida – Metformina
- e Linagliptina – Pioglitazona – Liraglutida

17. Dona Joana, 62 anos, é sedentária, portadora de hipertensão arterial sistêmica há 20 anos, dislipidemia, obesidade grau II e hoje foi diagnosticada com diabetes mellitus do tipo II em consulta com endocrinologista. Ela refere que sua mãe faleceu de infarto agudo do miocárdio aos 52 anos. Considerando o risco cardiovascular da paciente apresentada acima, os medicamentos indicados como escolha terapêutica para a paciente, com objetivo de reduzir a mortalidade cardiovascular seriam:

- a Liraglutida e Sitagliptina
- b Metformina e Glicazida
- c Pioglitazona e Dulaglutida
- d Metformina e Empaglifozina
- e Metformina e Repaglinida

Leia o caso clínico abaixo para responder à questão 18

Paciente feminina, 72 anos, com antecedente de diabetes tipo 2 (DM2), hipertensão arterial (HAS) é trazida por familiares à UPA devido a rebaixamento do nível de consciência observado nas últimas 48h. Os familiares relatam que a paciente comeu açaí com peixe frito no dia anterior e acreditam que por isso está passando mal, já que a paciente apresentou na véspera um episódio de vômito isolado. Antecedentes: DM2 (em uso de metformina e linagliptina), HAS (em uso de losartana e hidroclorotiazida) e gastrite crônica (em uso de omeprazol). Ao exame físico, encontra-se em mal estado geral torporosa (apenas respondendo a estímulos dolorosos, Glasgow 11), desidratada +++/4+, descorada +/-4+, anictérica, afebril, com perfusão periférica diminuída, PA 80 x 50 mmHg, FC 124 bpm, FR 28 ipm, Sat 93% (ar ambiente).

AR: MV +, bilateralmente, com roncocal de transmissão.

Abd: doloroso difusamente à palpação profunda, ruídos hidroaéreos diminuídos, descompressão brusca negativa

Exame neurológico inicial não evidenciou déficit motor aparente. Restante do exame físico sem alterações significativas.

18. Os achados de exames complementares e a hipótese diagnóstica mais provável para o caso clínico acima são:

- a** endoscopia digestiva alta com úlcera gástrica – hemorragia digestiva alta.
- b** tomografia de crânio sem contraste – acidente vascular cerebral.
- c** glicemia 632 mg/dL e Na 152 mEq/L – estado hiperglicêmico hiperosmolar.
- d** urina tipo I com piócitos e cilindros hemáticos – infecção do trato urinário.
- e** Raio-x de tórax com área de condensação – pneumonia bacteriana.

19. Paciente do sexo masculino, 67 anos, com história de doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) há 2 anos, apresenta espirometria com FEV1 45% do previsto, com queixa de dispneia apenas aos grandes esforços, 9 pontos no escore CAT (COPD Assessment Test) e um episódio de exacerbação no último ano com uso de antibioticoterapia e corticoide oral, porém sem necessidade de internação. De acordo com o GOLD (Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease). A classificação e estadiamento deste paciente é:

- a** GOLD 2, grupo A
- b** GOLD 2, grupo B
- c** GOLD 3, grupo A
- d** GOLD 3, grupo B
- e** GOLD 3, grupo C

20. João, 65 anos, hipertenso há aproximadamente 10 anos bem controlado em uso de Valsartana, chega ao pronto-socorro com sua esposa que está preocupada com seu “jeito esquisito” e irritabilidade nos últimos 3 anos. A esposa refere que o paciente vem tendo dificuldades no trabalho por estar sendo rude e apático com os clientes, além de fazer comentários de cunho sexual com outras funcionárias; ainda ela relata que ele parece desinteressado pelo trabalho e tem faltado muitas vezes. Em casa, seu comportamento também está diferente, descrevendo como “seco e gritando com os filhos”. Desde que começaram essas mudanças comportamentais, a esposa tem se encarregado das contas da casa. Em relação à história familiar, apenas o relato de um meio-irmão com as mesmas alterações. No exame físico, nenhuma alteração foi observada, exceto a observação do paciente fazer movimentos de mastigação, enquanto se vestia. O diagnóstico mais provável, nesse caso, é:

- a** Demência vascular
- b** Doença de Alzheimer
- c** Transtorno bipolar
- d** Demência por corpúsculos de Lewy
- e** Demência frontotemporal

21. A insuficiência cardíaca (IC) é uma síndrome clínica que se caracteriza pelo comprometimento do débito cardíaco levando à diminuição sistêmica da perfusão tecidual e o seu tratamento farmacológico engloba diversas medicações. Os medicamentos que reduzem a mortalidade do paciente com IC com fração de ejeção reduzida são:

- a** inibidores da Enzima Conversora da Angiotensina (ECA) – digitálicos – espironolactona.
- b** betabloqueadores – diuréticos tiazídicos – inibidores da ECA.
- c** inibidores da ECA – espironolactona – inibidores da SGLT2 (sodium glucose linked transporter).
- d** inibidores da ECA – betabloqueadores – anticoagulantes.
- e** inibidores da ECA – espironolactona – diuréticos de alça.

- 22.** De acordo com a recomendação mais recente do Ministério da Saúde, foi determinado que o tratamento da hanseníase iniciado a partir de 01 de julho de 2021 deva ser feito da seguinte forma:
- um novo esquema de tratamento chamado de PQT-U entra em vigor, sendo composto por Rifampicina + Clofazimina com duração de 12 meses para as formas pauci e multibacilares.
 - tratamento dos pacientes com diagnóstico de hanseníase paucibacilar deverá ser feita com a associação de rifampicina + dapsona + clofazimina por 6 meses.
 - as formas multibacilares deverão ter o tratamento com duração de 24 meses para os casos com mais de um tronco nervoso acometido.
 - a PQT para as formas paucibacilares foi alterada, sendo atualmente usada a associação de ofloxacina + dapsona + clofazimina diariamente por 6 meses.
 - um novo esquema de tratamento chamado de PQT-U entra em vigor sendo composto somente por Rifampicina e Clofazimina com duração de 12 meses para as formas paucibacilares.
- 23.** As características clínicas mais comuns do câncer de pele com maior prevalência no Brasil, segundo dados do INCA (Instituto Nacional do Câncer) são:
- múltiplas cores, lesão assimétrica e com bordas irregulares.
 - pápula ou nódulo eritematoso com superfície ceratósica.
 - superfície lisa e brilhante, telangiectasias, centro com ou sem ulceração.
 - tumoração com mais de 3 cores diferentes, friável e dolorosa.
 - placa ceratósica com superfície perlácea e telangiectasia.
- 24.** Quanto à topografia de distribuição das lesões cutâneas na psoríase vulgar (em placas), os locais preferencialmente acometidos são:
- superfícies flexoras dos membros, couro cabeludo e unhas.
 - cotovelos, joelhos e tornozelos.
 - couro cabeludo, fossas ante-cubitais e poplíteas.
 - superfícies extensoras, couro cabeludo e região lombossacra.
 - cotovelos, joelhos e região cervical.
- 25.** Homem de 35 anos de idade, portador de DM1 há 7 anos, em uso de insulina NPH 20 UI antes do café e 10 UI às 22:00 h e insulina Regular 10 UI meia hora antes do café, almoço e jantar. Nos últimos 4 meses vem evoluindo com hiperglicemia matinal. Foi realizado perfil glicêmico com as seguintes medidas: glicemia às 6h (jejum) de 300 mg/dL; glicemia pré-almoço de 120 mg/dL, glicemia pré-jantar de 300 mg/dL, glicemia das 22:00 de 120 mg/dL e glicemia das 3 da manhã de 40 mg/dL. O reajuste da insulinoterapia deste paciente deve ser:
- aumentar a dose da Insulina NPH pela manhã e à noite, mantendo-se as doses das insulinas regulares.
 - aumentar a dose da insulina NPH pela manhã, aumentar a dose da insulina regular antes do almoço e reduzir a dose da NPH das 22:00 h.
 - apenas reduzir a dose da insulina NPH das 22:00 h.
 - aumentar apenas as doses das insulinas NPH e Regular antes do café da manhã.
 - aumentar a dose da NPH da manhã e reduzir a dose da NPH das 22:00 h.
- 26.** Os critérios diagnósticos para LES, de acordo com as diretrizes da EULAR/ACR DE 2019 que apresenta maior peso na pontuação é:
- Lúpus cutâneo agudo.
 - Nefrite lúpica classe II ou V na biópsia renal.
 - Anticorpo anti SM positivo.
 - Envolvimento articular.
 - Nefrite lúpica classe III OU IV.
- 27.** Mulher de 37 anos, procura o clínico para avaliação de rotina. Ao exame físico a frequência cardíaca era de 130 bpm, IMC de 32. A tireóide estava discreta e difusamente aumentada à palpação. Foram solicitados os exames de função tireoidiana e anticorpos com os seguintes resultados: TSH=0,005 mUI/mL (VR: 0,35-5,5); T4 livre=0,51 ng/dL (VR: 0,7-1,8); T3=360 ng/dL (VR:60-190); anti -TPO=156 UI/mL (VR :menor que 35). A hipótese diagnóstica mais provável para este caso é:
- presença de autoanticorpo anti -T3.
 - T3 toxicose.
 - Tireotoxicose factícia por ingestão de T3.
 - Tireotropinoma.
 - Doença de Graves.

- 28.** Sobre a nefropatia por IgA é correto afirmar que:
- a) aproximadamente 50% dos pacientes apresentam hematúria microscópica após um episódio de infecção de vias aéreas superiores.
 - b) está associada ao anticorpo anti-PLA2R
 - c) o diagnóstico só é confirmado através de biópsia renal e análise com imunofluorescência com depósitos de IgG e IgM no mesângio.
 - d) pode estar associada à doença celíaca.
 - e) está associada ao consumo do complemento.
- 29.** A melhor indicação para oxigenioterapia domiciliar na DPOC é:
- a) $\text{PaO}_2 < 55\text{mmHg}$ em ar ambiente ou $\text{SatO}_2 < 88\%$, com ou sem hipercapnia, confirmada pelo menos duas vezes em um intervalo de 3 semanas.
 - b) $\text{PaO}_2 < 55\text{mmHg}$ ou $\text{SatO}_2 < 88\%$ em ar ambiente e sinais de hipertensão pulmonar.
 - c) $\text{PaO}_2 < 60\text{mmHg}$ em ar ambiente ou $\text{SatO}_2 < 88\%$, com ou sem hipercapnia, confirmada pelo menos duas vezes em um intervalo de 3 semanas.
 - d) $\text{PaO}_2 < 55\text{mmHg}$ ou $\text{SatO}_2 < 90\%$ em ar ambiente e sinais de hipertensão pulmonar.
 - e) $\text{PaO}_2 < 55\text{mmHg}$ em ar ambiente ou $\text{SatO}_2 < 88\%$, com ou sem hipercapnia, confirmada pelo menos duas vezes em um intervalo de 2 semanas.
- 30.** Sobre o mecanismo pelo qual a hidroxureia pode ser utilizada no tratamento da anemia falciforme é correto afirmar que:
- a) a hidroxureia reduz a concentração da hemoglobina fetal, reduzindo a conversão desta em hemoglobina S, reduzindo a polimerização das hemácias defeituosas e consequentemente o risco de vaso-oclusão.
 - b) a hidroxureia aumenta a concentração da hemoglobina fetal e SC, reduzindo a conversão destas em hemoglobina S, reduzindo o risco de crises vaso-oclusivas.
 - c) a hidroxureia aumenta a concentração de hemoglobina fetal e desta forma reduz a polimerização das hemácias defeituosas e, consequentemente o risco de vaso-oclusão.
 - d) a hidroxureia aumenta a concentração de hemoglobina A e fetal e desta forma reduz a polimerização das hemácias defeituosas e, consequentemente o risco de vaso-oclusão.
 - e) a hidroxureia aumenta a concentração da hemoglobina A e desta forma aumenta a polimerização da hemoglobina S e reduzindo as crises de vaso-oclusão.
- 31.** Paciente do sexo masculino, 16 anos, pardo, solteiro, estudante do ensino médio, natural e procedente de Cametá. Procurou o Pronto Atendimento com queixa de febre e fraqueza há 8 dias. Paciente e familiar (mãe), referem que há mais ou menos oito dias vem apresentando episódios de picos febris ($38^\circ\text{C} - 39^\circ\text{C}$), duas vezes ao dia, que melhora com o uso de antitérmico (paracetamol), associado à fraqueza e inapetência e não consegue realizar as atividades diárias. Apresentou hoje um episódio de vômito pós alimentar. Nega outras queixas, mas a mãe informa que ele está dormindo demais. Paciente nega doenças anteriores a não ser "gripe". Nunca passou por cirurgia, exceto por procedimento dentário há 40 dias. Relata pai e mãe saudáveis, avô materno com DPOC e avó paterna com neoplasia de intestino. Nega tabagismo e ingestão de bebida alcoólica. Mora em casa de alvenaria com água e esgoto encanado. Ao exame físico, paciente apresenta-se hipocorado +/4+, ictérico ++/4+, acianótico, taquipneico (frequência respiratória de 39 ipm), hipodratado +/4+, pulsos periféricos finos e taquicárdicos, enchimento capilar lentificado. Presença de petéquias subconjuntivais. Ritmo cardíaco regular com presença de B3, sopro diastólico mais audível em foco aórtico e foco aórtico acessório, pressão arterial de 100 x 30 mmHg, frequência de pulso de 135 bpm. MV audível bilateralmente com crepitações em bases pulmonares. Abdome distendido, indolor à palpação profunda e superficial, fígado palpável a 2 cm da reborda costal direita, espaço de traube maciço a percussão, peristalse diminuída. Sem edemas de membros e panturrilhas livres. Ao exame neurológico, paciente apresenta-se letárgico, sem déficits motores e com pupilas isofotorreagentes. Em relação aos critérios diagnósticos para essa doença, assinale a alternativa correta.
- a) Febre $\geq 38,2^\circ\text{C}$ é um critério maior para esta doença.
 - b) Nódulos de Osler, fenômeno embólico é um critério menor para esta doença.
 - c) Lesões de Janeway, fenômeno imunológico é um critério menor para esta doença.
 - d) Um critério maior e três critérios menores são necessários para o diagnóstico dessa doença.
 - e) Sorologia positiva para germe típico é um critério maior para esta doença.

- 32.** Em relação ao diagnóstico diferencial entre retocolite ulcerativa e doença de Crohn, assinale a alternativa correta.
- a** O envolvimento retal é muito mais comum na doença de Crohn do que na retocolite.
 - b** As lesões descontínuas são mais comuns na retocolite do que na doença de Crohn.
 - c** A deficiência de vitamina B12 é mais comum na retocolite do que na doença de Crohn.
 - d** O sangramento intestinal é mais comum no Crohn do que na retocolite
 - e** O padrão de resposta inflamatória no Crohn é mediado por Linfócitos Th1 e Th17 e na retocolite pelos Linfócitos Th2.
- 33.** Paciente de 59 anos de idade, agricultora procedente da localidade de Mamangal, interior do município de Igarapé Miri. A três meses da admissão relatava febre, palidez, hiporexia e eadestenia. Evoluiu há três dias com dor lombar, hematúria e gengivorragia. Referia a presença de cães vadios no peridomicílio. Ao exame físico apresentava-se febril, hipocorada e desidratada. Abdômen com hepatoesplenomegalia. Exames laboratoriais mostravam pancitopenia e o diagnóstico de calazar foi confirmado pelo mielograma. Com base nesse quadro, assinale a alternativa que contém um parâmetro correto para uso de anfotericina b liposomal.
- a** Idade maior que 50 anos
 - b** Escore de gravidade: clínico ≥ 3
 - c** Intervalo QT corrigido maior que 440 ms
 - d** Escore de gravidade: clínico-laboratorial ≥ 5
 - e** Transplantados de medula óssea
- 34.** Paciente recém diagnosticado com diabetes e com TFG calculada pelo método do CKD-EPI de 12 ml/min. A alternativa que inclui classes de hipoglicemiantes que podem ser usadas nesse estágio de doença renal é:
- a** Gliptinas e agonistas do GLP-1
 - b** Sulfoniluréias e Biguanidas.
 - c** Glitazonas e ISGLT2.
 - d** Gliptinas e pioglitazona.
 - e** Gliptinas e ISGLT2.
- 35.** Sobre a utilização do Gradiente Albumina-Soro-Ascite (GASA) como ferramenta diagnóstica em pacientes com ascite, é correto afirmar que:
- a** GASA $> 1,1$ g/dL indica hipertensão portal, como na carcinomatose peritoneal.
 - b** GASA $< 1,1$ g/dL indica ausência de hipertensão portal, como na trombose de veia porta.
 - c** GASA $> 1,1$ g/dL indica ausência de hipertensão portal, como na cirrose hepática.
 - d** GASA $< 1,1$ g/dL indica ausência de hipertensão portal, como na síndrome nefrótica.
 - e** GASA $> 1,1$ g/dL indica ausência de hipertensão portal, como na síndrome de Budd-Chiari.
- 36.** A captação de órgãos tem extrema relevância para a sociedade, estreitamente relacionada ao diagnóstico de Morte Encefálica (ME). Neste sentido, é correto afirmar que:
- a** diante da constatação da reversibilidade das funções cerebrais, deve ser aberto protocolo de ME em todos os pacientes vítimas de TCE moderado e grave.
 - b** ao estabelecer o diagnóstico de ME, o médico deve definir como data e hora da morte aquela em que se iniciou o protocolo de ME.
 - c** na vigência de ausência de funções encefálicas em situação clínica irreversível, deve ser aberto protocolo de ME, independentemente da possibilidade de doação ou não de órgãos.
 - d** na ausência de reflexos de tronco encefálico ao exame clínico, o diagnóstico de ME pode ser estabelecido, dispensando a necessidade de exames como eletroencefalograma.
 - e** para o estabelecimento do diagnóstico de ME, exames complementares, como o doppler transcraniano e a cintilografia, são dispensáveis desde que os testes clínicos tenham sido realizados por dois médicos experientes.

- 37.** Os cuidados paliativos são ferramentas essenciais para médicos assistentes das mais diversas áreas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Com base neste contexto, analise as afirmativas abaixo.
- Todo e qualquer paciente que possui doença crônica ou ameaçadora à vida pode se beneficiar com os cuidados paliativos.
 - Devido à complexidade dos cuidados paliativos, estes não devem ser incentivados no âmbito da atenção básica, por se tratarem de pacientes em fase final de vida.
 - Embora tenha avanços, no âmbito do SUS, através da Resolução número 41/2018 do Ministério da Saúde, a avaliação para cuidados paliativos deve ser evitada no departamento de emergência.
- A alternativa que apresenta todas as afirmativas corretas é:
- I, II e III
 - II e III
 - I e II
 - I
 - III
- 38.** Sobre o escore Pneumonia Severity Index (PSI/PORT) é correto afirmar que:
- o escore PSI/PORT não leva em consideração os sinais vitais do paciente, assim como o CURB-65.
 - o PSI/PORT foi idealizado para determinar perfil de resistência bacteriana em pacientes com pneumonia grave.
 - assim como o escore CURB-65, o PSI/PORT leva em consideração idade e a presença de comorbidades.
 - na avaliação do PSI/PORT, um escore de valor mais baixo (PORT I) indica maior mortalidade que PORT III.
 - exames laboratoriais e radiografia (presença de derrame pleural) são aspectos avaliados no escore PORT/PSI.
- 39.** Sobre as indicações e o procedimento de inserção de catéter venoso central (CVC), é correto afirmar que:
- suporte extracorpórea (ECMO) não é uma indicação de acesso venoso central.
 - o uso de ultrassonografia para inserção de CVC não reduz o risco de complicações relacionadas.
 - diferente de outros procedimentos guiados por ultrassonografia, está contra-indicado uso de meio de condução estéril na superfície cutânea (gel), na inserção de CVC.
 - é contra-indicado o uso de ultrassonografia para inserção de CVC em veia jugular interna.
 - área de infecção cutânea é uma contra-indicação relativa à inserção de CVC guiada por ultrassonografia, assim como na técnica baseada em referências anatômicas.
- 40.** Sobre o uso das escalas de funcionalidade em oncologia, é correto afirmar que:
- o Palliative Prognostic Index (PPI) não pode ser utilizado em pacientes com câncer avançado (tumores sólidos) em cuidados paliativos exclusivos.
 - o PPI tem o viés de utilizar exames complementares de alta complexidade para sua determinação.
 - um Karnofsky Performance Status (KPS) abaixo de 50 é associado a uma sobrevida estimada de menos de 8 semanas.
 - a funcionalidade do paciente não está diretamente relacionada ao prognóstico em oncologia.
 - o PPI não está relacionado à estimativa de sobrevida dos pacientes em oncologia.
- 41.** Um diagnóstico de hipertensão portal pode ser feito se um paciente com fator de risco conhecido para hipertensão portal (por exemplo, cirrose) tiver manifestações clínicas de hipertensão portal. Nesses casos, não são necessários testes adicionais para confirmar o diagnóstico. No entanto, se o diagnóstico estiver em dúvida, o Gradiente de Pressão Venosa Hepática (HVPG) pode ser determinado para ajudar a confirmar o diagnóstico. A formação de varizes e a ocorrência de sangramento varicoso em portadores de cirrose estão relacionados, respectivamente, a valores do HVPG a partir de:
- 8 mmHg e 20 mmHg
 - 5 mmHg e 9 mmHg
 - 6 mmHg e 10 mmHg
 - 10 mmHg e 12 mmHg
 - 4 mmHg e 10 mmHg
- 42.** A porfiria intermitente aguda é uma porfiria neurovisceral resultante de uma deficiência parcial da enzima biossintética deaminase (PBGD). O desenvolvimento dos sintomas é afetado por uma variedade de fatores exacerbadores. Os medicamentos estão entre os fatores mais importantes para precipitar ou exacerbar os ataques. O grupo de drogas para o uso seguro nessa condição clínica é:
- Barbitúricos – Carbamazepina – Nifedipina – Espironolactona
 - Paracetamol – Penicilina – Omeprazol – Propofol
 - Hidralazina – Fenitoína – Vigabatrina – Gabapentina
 - Dihidroergotamina – Progesterona – Sulfonamidas – Topiramato
 - Nitrofurantoína – Metildopa – Tamoxifeno – Tramadol

43. Um homem de 52 anos de idade é examinado após a ocorrência de grande hemorragia subaracnóidea devido à ruptura de aneurisma cerebral. Existe a preocupação de que o paciente tenha morte encefálica. O fenômeno neurológico que está classicamente associado à herniação cerebral por meio do forame magno, é:
- paralisia facial e disartria
 - estado de encarceramento (lockd-in)
 - catatonía
 - compressão do nervo oculomotor e dilatação pupilar ipsilateral
 - parada respiratória
44. Um homem de 45 anos de idade foi admitido no hospital com dor abdominal, diarreia, vômitos. No segundo dia de internação é diagnosticada glomerulonefrite rapidamente progressiva. No exame inicial, a pressão arterial era 180/90 mmHg, pulso de 90 bpm, temperatura de 37,0°C, saturação de periférica de oxigênio normal. A palpação do abdome era discretamente dolorosa no epigástrico, sem descompressão positiva ou massas palpáveis; o restante do exame era normal. As fezes eram escuras com sangue oculto positivo. Exames laboratoriais: Hematócrito = 34%; Hemoglobina = 11.8g/dL; leucócitos: 8.000/mm³ (72 Segm/ 22 Linfo/ 4 Eos / 2 Mon); contagem de plaquetas normal; ureia = 85mg/dL; creatinina = 3,1mg/dL; sumário de urina (2 leucócitos/campo; hemácias > 80/campo; cilindros hemáticos > 30/campo). O nível de C3 era 50mg/dl (normal, 86 – 184) e o de C4 < 2 mg/dl (normal 16 – 38). Entre as situações abaixo, a mais provável é:
- granulomatose com poliangiite
 - Síndrome de Goodpasture
 - Síndrome de Churg-Strauss
 - crioglobulinemia do tipo I
 - glomerulonefrite aguda pós-estreptocócica
45. O baqueteamento digital é descrito como um edema bulboso uniforme de tecidos moles da falange distal dos dedos da mão, com subsequente perda do ângulo normal entre a unha e o leito ungueal. O teste da janela de Schamroth pode ser usado para identificar ou confirmar o baqueteamento digital. Todas as condições, abaixo, estão associadas a baqueteamento digital, **EXCETO**:
- Fibrose pulmonar intersticial
 - Granulomatose de Wegener
 - Tetralogia de Fallot
 - Carcinoma broncogênico
 - Doença de Crohn
46. Um empresário da construção civil de 63 anos relata perda progressiva de peso não intencional de 9 quilos (10% do peso corporal) durante os últimos 10 meses. Nega febre, disfagia, saciedade precoce, náuseas, vômitos ou icterícia. Refere fezes amolecidas com odor fétido e flatulência excessiva. Ele relata diabetes melito, para o qual faz uso de metformina e insulina glargina. Tem antecedente de alcoolismo importante durante 20 anos, mas permanece abstêmio há 3 anos. O exame físico é normal, sem hepatoesplenomegalia ou massas palpáveis. A avaliação laboratorial, incluindo hemograma, enzimas hepáticas e eletrólitos, é normal. A causa mais provável da perda de peso do paciente é:
- Pancreatite crônica
 - Síndrome de Verner-Morrison
 - Gastroparesia diabética
 - Câncer do cólon
 - Metformina
47. Uma estudante universitária de 21 anos com história de síndrome de Sjögren vem à consulta médica com queixa de cólica renal e eliminação espontânea de vários cálculos. Refere ter tido três episódios semelhantes. Estava em uso de vitamina D3 7.000U por semana. Tem os seguintes exames laboratoriais: sódio 139 mEq/L; potássio 3.0 mEq/L; cloreto 120 mEq/L; cálcio 10 mg/dL; bicarbonato 15 mEq/L; ureia 15 mg/dL; creatinina sérica de 1,2 mg/dL. O exame de urina rotina com densidade de 1.015; pH 6.5. Na urina de 24 horas: cálcio 480 mg/dL; sódio 15 mEq/L; potássio 10 mEq/L; cloreto 12 mEq/L e hipocitúria. Na radiografia do abdome foi evidenciada nefrocalcinose. O diagnóstico mais provável para nefrolitíase é:
- Diarreia crônica por malabsorção
 - Intoxicação de vitamina D
 - Hipercalemiúria idiopática
 - Acidose tubular renal distal tipo I
 - Acidose tubular renal tipo IV
48. Um jovem de 20 anos de idade é atendido no pronto atendimento com mal estar geral, artralgiás e febre alta há 5 dias. Refere uso esporádico de cocaína endovenosa. Exame físico: consciente, orientado, acianótico, pálido +/4+, PA= 100 x 60 mmHg. FC= 108 bpm. FR= 24 irpm. Temperatura axilar= 38,5°C. Na ausculta cardíaca presença de protossistólico, que aumenta de intensidade com a inspiração. O diagnóstico provável é endocardite em qual valva cardíaca?
- valva mitral
 - valva aórtica
 - valva tricúspide
 - valva pulmonar
 - comunicação interatrial

49. Mulher de 63 anos de idade, apresenta-se com osteoporose na coluna lombar no fêmur. A densitometria (DEXA) revelou redução da densidade mineral óssea (DMO) na coluna lombar (T-score de -3,8 em L2-L4) e no colo do fêmur (T-score de -3.4). Ela tem gastrite e esofagite de refluxo com disfagia e não tolerou a terapia com alendronato (70mg/semana) e risedronato (35mg/semana). A melhor estratégia de tratamento para a redução do risco de fraturas osteoporóticas nesse caso é:

- a Calcitonina spray nasal.
- b Pamidronato (infusão anual 30mg, EV).
- c Ibandronato 150mg via oral mensal associado a 20mg de omeprazol IV.
- d Ácido zoledrâmico (infusão trimestral de 5mg, EV).
- e Ácido zoledrâmico (infusão anual de 5mg, EV).

50. Uma paciente de 54 anos chega à emergência após grande estresse emocional com dor retroesternal opressiva de início há 60 minutos com irradiação para mandíbula e sudorese fria. No exame físico: pulso= 105bpm; pressão arterial= 120 x 70mmHg. ECG com elevação do segmento ST nas derivações V1-V4. Exames posteriores mostram: discreta elevação de enzimas miocárdicas; coronariografia sem lesões obstrutivas, mas com discinesia apical. Ecocardiograma na sala emergência com FE 38%. Foi submetida a tratamento farmacológico com betabloqueador e ramipril, com novo ecocardiograma após 1 mês normal. O diagnóstico mais provável é:

- a Pericardite aguda
- b Miocardite viral aguda
- c Cardiomiopatia de Takotsubo
- d Estenose aórtica
- e Síndrome do anticorpo antifosfolípideo



UNIVERSIDADE DO ESTADO DO PARÁ
PROCESSO SELETIVO UNIFICADO PARA RESIDÊNCIA MÉDICA 2022

Grupo D: Pré-Requisito: Clínica Médica
Especialidades: Cardiologia, Endocrinologia e Metabologia, Nefrologia, Oncologia Clínica

GABARITO DO CANDIDATO

O gabarito poderá ser copiado, **SOMENTE**, no espelho constante no final do boletim de questões disponibilizado para este fim que somente será destacado no final de sua prova, pelo fiscal de sua sala.

QUESTÃO	ALTERNATIVA	QUESTÃO	ALTERNATIVA
1		26	
2		27	
3		28	
4		29	
5		30	
6		31	
7		32	
8		33	
9		34	
10		35	
11		36	
12		37	
13		38	
14		39	
15		40	
16		41	
17		42	
18		43	
19		44	
20		45	
21		46	
22		47	
23		48	
24		49	
25		50	