

1. Uma mulher de 58 anos tem diagnóstico recente de câncer de pulmão de pequenas células. No momento queixa-se de cefaleia, e a família também percebeu a ocorrência de confusão. É indicada avaliação através de ressonância magnética. A paciente é portadora de doença renal crônica com depuração em torno de 30ml/min/1,73m². A condição que é uma possível complicação da administração de gadolínio em um paciente com doença renal crônica é:
- a) Esclerose sistêmica nefrogênica.
 - b) Acidose láctica.
 - c) Hipocalcemia.
 - d) Hipertireoidismo.
 - e) Encefalopatia metabólica.
2. Um imigrante, de 47 anos, da Venezuela é examinado no ambulatório de clínica médica queixando-se de disestesias nas mãos e nos pés nas últimas semanas. Ele também relata alguma dificuldade na marcha. Na história clínica pregressa relata abuso de cigarros e descoberta recente de um PPD reator forte, com escarro negativo para Mycobacterium tuberculosis. As medicações atuais incluem ácido fólico, aspirina e isoniazida. A substância que tem probabilidade de reverter os sintomas desse paciente é:
- a) Donepezila.
 - b) Gabapentina.
 - c) Piridoxina.
 - d) Pregabalina.
 - e) Ácido alfa-lipóico.
3. Uma professora de 27 anos é submetida à investigação para dispepsia. Na ultrassonografia abdominal é observada esplenomegalia homogênea. O exame físico não revela adenopatia periférica ou hepatomegalia, o baço é palpado na reborda costal esquerda, o restante do exame era normal. Os exames laboratoriais incluem hematócrito de 35%, hemoglobina de 11,5g/dL, VCM e ferritina normais. A tomografia abdominal subsequente mostra esplenomegalia leve, fígado, vesícula, pâncreas normais e sem adenopatia significativa. O próximo procedimento diagnóstico mais adequado para esta paciente é:
- a) solicitar ultrassonografia com doppler para investigar hipertensão portal.
 - b) realizar aspirado e biópsia da medula óssea.
 - c) dosagem de ácido fólico e vitamina B12.
 - d) solicitar teste de fragilidade osmótica.
 - e) solicitar DHL e haptoglobina.
4. Durante uma aula de semiologia a ausculta cardíaca de um paciente de 25 anos revela desdobramento de segunda bulha cardíaca, que não varia com a respiração e um sopro mesossistólico de grau 2 a 3 na borda esternal média. A condição mais provável, neste caso, é:
- a) comunicação interatrial.
 - b) estenose aórtica.
 - c) miocardiopatia aórtica hipertrofia.
 - d) insuficiência tricúspide.
 - e) bloqueio de ramo direito.
5. Um homem morador de rua de 48 anos de idade foi internado no hospital por apresentar perda da visão; petéquias no palato mole; pelos em saca-rolhas em áreas do corpo; pápulas foliculares, pápulas e máculas purpúricas foliculares e perifoliculares nas pernas. O exame oftalmológico revelou hiperemia conjuntival em ambos os olhos e perfuração da córnea esquerda. O laboratório mostrou tempo de protrombina, tempo parcial de tromboplastina e contagem de plaquetas dentro dos limites da normalidade. O diagnóstico provável, neste caso, é:
- a) deficiência combinada de riboflavina e piridoxina.
 - b) deficiência combinada de vitamina K e E.
 - c) deficiência de ácido fólico e vitamina B12.
 - d) deficiência isolada de vitamina C.
 - e) deficiência combinada de vitamina A e C.
6. Um homem 68 anos de idade, aposentado e procedente do estado do Tocantins, apresenta há três dias quadro de tosse produtiva, dispneia e febre. Evoluiu com piora do desconforto e sonolência, tendo sido atendida na emergência e encaminhada para UTI devido frequência respiratória de 28irpm e gasometria arterial com saturação de O₂ de 87% com 2 litros de O₂ por cateter nasal. Os exames iniciais revelaram uma leucometria de 20.000/mm³, com 10% de bastões, proteína C reativa de 25mg/dL, procalcitonina de 0,1ng/mL (referência < 0,5ng/mL) e radiografia de tórax com infiltrado alveolar bilateral. Nesse momento, a conduta mais adequada é iniciar:
- a) hidratação venosa, independente do estado volêmico do paciente.
 - b) esquema empírico de antibiótico, independente do valor da procalcitonina.
 - c) dexametasona, considerando a possibilidade de infecção viral.
 - d) pulso com 250mg de metilprednisolona devido proteína C reativa elevada.
 - e) furosemida pela possibilidade de edema pulmonar.

7. Mulher de 68 anos de idade internada há 3 dias para tratamento de infarto agudo do miocárdio apresenta quadro súbito de dor abdominal em quadrante inferior esquerdo seguida 24 horas após de diarreia sanguinolenta. O diagnóstico mais provável para esta paciente é:
- Reativação de retocolite ulcerativa.
 - Colite pseudomembranosa.
 - Colite isquêmica.
 - Diverticulite aguda.
 - Reativação de síndrome do cólon irritable.
8. Um homem de 30 anos comparece à emergência 24 horas após ter tomado vários comprimidos de ecstasy (3,4 metilendioximetanfetamina - MDMA) apresentando cefaleia, agitação psicomotora, alucinações, náuseas e vômitos. A acompanhante relatou que o paciente bebeu muita água durante a noite anterior relatando logo após, piora da cefaleia. Ao exame físico, encontrava-se estável hemodinamicamente e hidratado. O distúrbio mais provável responsável por este quadro e conduta a ser realizada são, respectivamente:
- Hiponatremia, solução salina a 3%.
 - Hipernatremia, solução glicofisiológica.
 - Hipercalemia, furosemida e solução salina a 0,9%.
 - Hipopotassemia, cloreto de potássio a 10%.
 - Hiperfosfatemia, solução salina a 3%.
9. Um homem com 70 anos, com história de parkinsonismo, demência, alucinações visuais, sonhos vívidos, diarreia e incontinência urinária. O paciente vive sozinho, mas seu filho está próximo e é muito atencioso. Quais dos seguintes sintomas podem piorar com o tratamento da incontinência urinária com um medicamento anticolinérgico?
- diarreia.
 - exacerbação do comportamento noturno dos sonhos vívidos.
 - confusão mental.
 - hiperhidrose.
 - tremores.
10. Um homem de 62 anos está internado em unidade de terapia intensiva para tratamento de abscesso pancreático. Ele iniciou tratamento empírico com meropenem 1g 8/8 horas. No quarto dia de internação na UTI, enquanto continuava a receber meropenem, ele desenvolveu febre de 39,5°C, hipotensão, necessitando de suporte inotrópico. Após dois dias, duas hemoculturas demonstram o crescimento de *Acinetobacter Baumanni*. O antibiótico que deverá ser adicionado ao esquema empírico inicial é:
- Oxacilina
 - Daptomicina
 - Linezolida
 - Colistina
 - Teicoplanina
11. Durante internação hospitalar, paciente cirrótico descompensado dá entrada com creatinina sérica=0,5 mg/dL. No terceiro dia de internação, e após intercorrências, a creatinina sérica aumentou para 1,4 mg/dL. Sobre este caso, é correto afirmar que:
- o valor da creatinina sérica não deve ser considerado para o diagnóstico de injúria renal aguda no paciente hepatopata.
 - o valor da creatinina sérica subestima o declínio da função renal devido à produção hepática deficitária de creatina.
 - deve-se considerar descartar a presença de aumento de pressão intra-abdominal, embora esta condição não possa ser associada à referida alteração laboratorial.
 - não é possível diagnosticar síndrome hepatorenal no paciente, pois a creatinina sérica é inferior a 1,5 mg/dL.
 - uma vez estabelecido o diagnóstico de síndrome hepatorenal, a terapia com vasopressores não está indicada.
12. Aspergilose pulmonar invasiva é um diagnóstico especialmente aventado em pacientes imunocomprometidos. Sobre esta condição, é correto afirmar que:
- voriconazol não é uma das opções de antifúngico no tratamento.
 - a dosagem de biomarcadores séricos por métodos não invasivos não está inicialmente indicada, como galactomanana.
 - o "sinal do halo" não é um achado incomum na tomografia de tórax.
 - lavado broncoalveolar não pode ser indicado com fins diagnósticos.
 - reversão da imunossupressão não deve ser considerada no tratamento desses pacientes.
13. Sobre a terapia de substituição renal é correto afirmar que:
- métodos contínuos têm maior eficácia que métodos intermitentes.
 - métodos contínuos têm menor duração por sessão que métodos intermitentes.
 - métodos contínuos somente podem ser indicados se o paciente não responder ao teste de infusão de hidrocoloide 500 ml intravenoso.
 - métodos intermitentes promovem rápida variação de osmolaridade sérica, com potencial instabilidade hemodinâmica.
 - métodos contínuos somente podem ser indicados se o paciente não responder ao teste com furosemida 80 mg intravenosa.
14. São classificações de gravidade do Tromboembolismo Pulmonar (TEP) e respectivos achados:
- TEP submaciço: hipotensão arterial.
 - TEP maciço: ausência de disfunção de ventrículo direito.
 - TEP maciço: bradicardia (< 40 bpm) com sinais ou sintomas de choque.
 - TEP maciço: D-dímero diminuído.
 - TEP de baixo risco: Congestão pulmonar.

- 15.** Sobre o diagnóstico e abordagem da pancreatite aguda, é correto afirmar que:
- a** valores aumentados de proteína C-reativa e obesidade estão associados a maior gravidade.
 - b** a dosagem de amilase sérica tem alta sensibilidade e especificidade para o diagnóstico.
 - c** valores de amilase sérica superiores a cinco vezes o limite superior de normalidade sugerem evolução para pancreatite necrotizante.
 - d** a dosagem de lipase sérica tem menor sensibilidade e especificidade que a amilase sérica.
 - e** o uso de opioides é contraindicado.
- 16.** Quanto ao tratamento da doença de Wilson é correto afirmar que:
- a** a prescrição de penicilamina apresenta efeito protetor para a deficiência de vitamina B6.
 - b** o tratamento com penicilamina pode induzir ao agravamento paradoxal da doença neurológica.
 - c** transplante hepático é uma opção, porém a doença costuma recorrer no órgão transplantado.
 - d** devido aos excelentes resultados da penicilamina, não se faz necessária a restrição dietética de cobre.
 - e** todos os pacientes devem ser listados para transplante hepático, mesmo para aqueles que respondem favoravelmente à terapia medicamentosa.
- 17.** Homem, 50 anos, previamente hígido, procurou serviço de emergência, na última semana, informando queixa de mal estar inespecífico após refeição copiosa, quando se detectou glicemia capilar de 212 mg/dL. Após adequado manejo foi encaminhado para avaliação ambulatorial. Na consulta, hoje, encontra-se assintomático, com pressão arterial 140x90 mmHg, exibindo os seguintes exames: glicose em jejum: 160 mg/dL; hemoglobina glicada (método HPLC): 7,6%; Ureia: 40 mg/dL; creatinina: 1,3 mg/dL; clearance de creatinina: 58,2 ml/min/1.73 m²; microalbuminúria (amostra isolada de urina): 40 mg/g. Sobre este caso é correto afirmar que:
- a** a glicemia capilar dosada no serviço de emergência, isoladamente, já era capaz de firmar o diagnóstico de diabetes mellitus.
 - b** o diagnóstico de doença renal crônica está confirmado com esta avaliação, não sendo necessária confirmação posterior.
 - c** as metas de tratamento para o paciente são valores abaixo de 120x80 mmHg de pressão arterial e 6,5% de hemoglobina glicada.
 - d** a triagem de lesões de órgão-alvo neste paciente deve ser iniciada 5 anos após o diagnóstico do diabetes.
 - e** independente dos sintomas, o paciente deve ser rastreado para neuropatia periférica diabética já nesta consulta.
- 18.** Sobre o calendário de vacinação do adulto da Sociedade Brasileira de Imunizações (SBIIm), é correto afirmar que:
- a** a vacina contra a dengue está recomendada em áreas endêmicas para indivíduos soronegativos para dengue (sem exposição prévia ao vírus).
 - b** a vacina da influenza (gripe) é de aplicação única anual, não sendo recomendada segunda dose (reforço) em nenhuma situação.
 - c** a vacina da varicela (catapora) não é indicada para população adulta, pois nesta faixa etária, quando ocorre, a doença tem manifestações brandas.
 - d** a vacina contra herpes zoster está indicada para uso a partir de 50 anos, havendo esquema de vacina atenuada (VZA) ou inativada (VZR).
 - e** a vacina contra hepatite B é feita em duas doses, no intervalo 0 – 6 meses, para indivíduos que tenham anti-HBs não reagente.
- 19.** Homem, 32 anos, apresenta há 6 meses queixas recorrentes de distensão abdominal, associada a períodos de constipação prolongada. Humor estável. Nega perda ponderal ou inapetência. Após afastar o diagnóstico de diversas condições clínicas, aventou-se a possibilidade de Supercrecimento Bacteriano (SIBO). O exame que pode ser mais útil na investigação desta entidade clínica é:
- a** Teste respiratório do hidrogênio expirado.
 - b** Teste oral de tolerância à lactose.
 - c** Coleta de fezes com MIF.
 - d** Calprotectina fecal.
 - e** Teste do suor.
- 20.** Homem, 33 anos, apresenta, há 3 meses, cefaleia recorrente, astenia e perda do campo visual periférico. Na investigação, detectou-se adenoma hipofisário clinicamente não funcionante de 15 mm no seu maior eixo, KNOSP 3. O paciente submetido à neurocirurgia por via transesfenoidal, mas evoluiu com hipopituitarismo: **(1) deficiência central do hormônio tireoidiano** e **(2) hipogonadismo hipogonadotrófico**. Os exames mais importantes no seguimento clínico longitudinal (ajuste de dose) das deficiências hormonais **(1)** e **(2)**, respectivamente são:
- a** TSH; Testosterona livre.
 - b** T3 total; FSH.
 - c** T4 livre; Testosterona total.
 - d** TSH; LH.
 - e** T4 livre; Androstenediona.

- 21.** Silvana, 35 anos, tem apresentado crises de ansiedade recorrentes, associadas a cansaço fácil e apetite aumentado, com ganho ponderal de 6 kg nos últimos 3 meses. Recebeu o diagnóstico de Transtorno de Ansiedade Generalizada (TAG). Atualmente, apresenta PA: 124x70 mmHg; IMC 32 kg/m²; FC 80 bpm. Além de psicoterapia e estímulo à mudança de estilo de vida, a droga mais indicada neste momento é:
- Ⓐ Nortriptilina.
 - Ⓑ Mirtazapina.
 - Ⓒ Ziprasidona.
 - Ⓓ Fluoxetina.
 - Ⓔ Carbamazepina.
- 22.** Luana, 40 anos, hipertensa desde 32 anos, em uso regular da associação olmesartana+anlodipino 40/10 mg/dia e hidroclorotiazida 25 mg/dia. Nega obesidade, roncocal e não tem alterações no exame clínico, exceto a persistência de PA média de 150x100 mmHg. Sem desejo reprodutivo (faz uso de DIU de cobre). A droga que deve ser, prioritariamente, associada à prescrição é:
- Ⓐ Bisoprolol.
 - Ⓑ Espironolactona.
 - Ⓒ Verapamil.
 - Ⓓ Metildopa.
 - Ⓔ Hidralazina.
- 23.** Roberto, 66 anos, é hipertenso há 5 anos, negando alergias, pneumopatias ou diabetes. Há 2 anos, apresentou uma internação hospitalar na qual se diagnosticou Insuficiência Cardíaca com Fenótipo Fração de Ejeção Preservada (ICFEP). A droga associada à redução de risco de hospitalização por insuficiência cardíaca (IC) e redução de morte cardiovascular em pacientes com ICFEP é:
- Ⓐ Empagliflozina.
 - Ⓑ Ivabradina.
 - Ⓒ Diltiazem.
 - Ⓓ Trimetazidina.
 - Ⓔ Pioglitazona.
- 24.** Mulher, 40 anos, há 3 meses apresenta quadro de fadiga, associada à dor e edema em mãos e punhos, com rigidez matinal de aproximadamente 60 minutos. Nas últimas semanas a dor se intensificou, e tem feito uso recorrente de diversos analgésicos. Ao exame, apresenta aumento das articulações interfalângicas proximais, com dor local. O marcador que tem maior especificidade para o diagnóstico da condição clínica deste caso é:
- Ⓐ Fator reumatoide.
 - Ⓑ Anti-Scl-70.
 - Ⓒ Anti-CCP.
 - Ⓓ Anti-RNP.
 - Ⓔ FAN.
- 25.** Você é acionado na enfermaria de Ortopedia para avaliar uma paciente de 60 anos, com história de queda da própria altura, e fratura de vértebra lombar. Ela queixa-se de fadiga e trata osteoporose, há 3 anos, com risedronato mensal e colecalciferol 14.000 UI/semana. Apresenta-se com cálcio total 11 mg/dL (VR: 8,8-10,5); 25OHD 52 ng/mL e PTH 100 pg/mL (VR: 20-65). Apresenta valores de albumina sérica, eletroforese de proteínas, função renal e demais eletrólitos dentro dos parâmetros de normalidade. Todos os achados foram confirmados em segunda dosagem laboratorial. A provável etiologia da doença da paciente é:
- Ⓐ Doença granulomatosa.
 - Ⓑ Adenoma de paratireoide.
 - Ⓒ Aumento de PTHrp (malignidade).
 - Ⓓ Uso de bifosfonado (fratura atípica).
 - Ⓔ Intoxicação por vitamina D.
- 26.** Algumas situações da prática clínica podem requerer suplementações vitamínicas para garantia da adequada homeostase. Avalie os pacientes abaixo e marque a alternativa que indica, respectivamente, as necessidades de cada indivíduo.
- Paciente 1: Jovem, com histórico de vitiligo, apresentando anemia com VCM 104 fL + parestesias periféricas + neutrófilos plurissegmentados.
- Paciente 2: Grávida, em tratamento para tuberculose, queixando-se de formigamentos em membros inferiores após início do tratamento.
- Paciente 3: Paciente com uso inveterado de álcool, apresentando marcha cambaleante e suspeita de Síndrome de Wernicke-Korsakoff.
- A alternativa que indica, respectivamente, as necessidades de cada indivíduo é:
- Ⓐ (1) Cobalamina; (2) Biotina; (3) Piridoxina.
 - Ⓑ (1) Ácido fólico; (2) Tiamina; (3) Cobalamina.
 - Ⓒ (1) Cobalamina; (2) Piridoxina; (3) Tiamina.
 - Ⓓ (1) Biotina; (2) Tiamina; (3) Riboflavina.
 - Ⓔ (1) Ácido fólico; (2) Piridoxina; (3) Tiamina.
- 27.** Paciente masculino, diabético, na vigência de terapia imunossupressora para linfoma de sistema nervoso central, sem queixas respiratórias, está em investigação para infecção latente pelo *Mycobacterium tuberculosis* (ILTB). Realizou PPD (Prova Tuberculínica) que acusou valor de 4 mm, mas seu médico suspeitou de resultado "falso-negativo", em razão do estado de imunossupressão. O exame solicitado no momento para a investigação da ILTB é:
- Ⓐ IGRA.
 - Ⓑ Sorologia ELISA.
 - Ⓒ Broncoscopia.
 - Ⓓ Cultura para micobactéria.
 - Ⓔ Dosagem de CD8.

28. Paciente dá entrada no serviço de emergência com quadro de sonolência e suspeita de intoxicação exógena. Baseado na descrição dos familiares, o plantonista opta pela administração de flumazenil, ocorrendo pronto despertar do paciente. A provável droga responsável pela intoxicação do paciente foi:

- a) Piridostigmina.
- b) Metadona
- c) Lorazepam.
- d) Acetaminofeno.
- e) Haloperidol.

29. A Medicina Baseada em Evidências (MBE) representa o uso consciente, razoável e criterioso das melhores evidências modernas na tomada de decisões sobre o cuidado de pacientes, integrando experiência clínica e os valores do paciente com as melhores informações de pesquisa disponíveis. A prática médica com evidência satisfatória para recomendação é:

- a) "Use anticoagulante precocemente na prevenção de trombose em pacientes ambulatoriais com COVID-19 e comorbidades crônicas, mas evite-o em pacientes previamente hígidos".
- b) "Prescreva terapia hormonal com testosterona para fins estéticos somente após falha na suplementação com objetivo de hipertrofia, e para quem esteja fazendo atividade física regular".
- c) "Em indivíduos com baixo risco para câncer de próstata, indique somente dosagem de PSA como estratégia de prevenção da doença".
- d) "Evite receitar medicamentos para a profilaxia das úlceras de estresse em pacientes internados, a menos que haja elevado risco de complicações gastrointestinais".
- e) "Em pacientes com úlceras infectadas, use rotineiramente culturas de swab para o diagnóstico microbiológico e antibioticoterapia dirigida".

30. Julia, 70 anos, comparece pela primeira vez ao ambulatório de Geriatria com a lista de remédios em uso para avaliação de rotina. É hipertensa há 5 anos e diabética há 10 anos. Adicionalmente, apresenta transtorno depressivo persistente, queixa-se de constipação crônica e insônia ocasional. Faz uso regular de metformina XR 1000 mg/dia; enalapril 20 mg/dia, nortriptilina 50 mg; quetiapina 25 mg/dia. Esporadicamente, faz uso de bisacodil 5 mg/dia, quando piora a constipação, e de paracetamol 500 mg, se sentir dor. Após avaliação geriátrica ampla, você opta por fazer diversos ajustes na prescrição da paciente. Segundo os critérios de Beers (medicações potencialmente inapropriadas para idosos), a alternativa que demonstra uma substituição que você faria, considerando maior perfil de segurança para a paciente é:

- a) trocar metformina XR por glibenclâmida.
- b) trocar bisacodil por óleo mineral.
- c) trocar enalapril por metildopa.
- d) trocar nortriptilina por escitalopram.
- e) trocar quetiapina por zolpidem.

31. Raimunda, 65 anos, hipertensa controlada, trouxe em sua consulta, exames que foram solicitados como "check up" por sua Ginecologista (dentre os quais, a urocultura abaixo). Encontra-se sem queixas clínicas. Refere histórico de ITU de repetição, já tendo realizado 6 tratamentos prévios por esta causa, e realiza frequentemente avaliações urinárias de rotina.

UROCULTURA + ANTIBIOGRAMA	
Método: Automatizado / Valor de referência: negativo	
Resultado: >1.000.000 UFC	<i>Pseudomonas aeruginosa</i>
Sensibilidade	Antibióticos Concentração Inibitória mínima (CIM)
Sensível (is)	Meropenem <=2 Ertapenem <=4 Ciprofloxacina <=12 Amicacina <= 8 Polimixina 8
Intermediário (s)	Sulfa/trimetropim 8
Resistente (s)	Cefuroxima >=22 Ceftazidima >=10 Ceftriaxona >=16 Cefepima >=8

O antibiótico que deve ser introduzido neste momento é:

- a) Ciprofloxacino.
- b) Meropenem.
- c) Ertapenem.
- d) Amicacina.
- e) Nenhum.

- 32.** Após realizar a admissão hospitalar de um paciente na enfermaria de Clínica Médica, o médico residente responsável pelos cuidados do caso observou, nos exames bioquímicos, a presença de anemia severa normocítica associada à reticulocitose. Dentre as condições clínicas abaixo, a que não se associa com esse perfil no hemograma é:
- a Anemia hemolítica autoimune.
 - b Deficiência de G6PD.
 - c Hemorragia digestiva alta aguda.
 - d Aplasia de medula induzida por drogas.
 - e Anemia falciforme.
- 33.** Homem de 70 anos de idade, portador de DM2 há 3 anos, hospitalizado em enfermaria de clínica médica por pneumonia comunitária. Está em uso de insulina NPH 18 UI antes do café e 6 UI às 22:00 h e insulina Regular 8 UI meia hora antes do café, almoço e jantar. Foi realizado perfil glicêmico com as seguintes medidas: glicemia às 6h (jejum) de 50 mg/dL; glicemia pré-almoço de 130 mg/dL, glicemia pré-jantar de 350 mg/dL, glicemia das 22:00 de 110 mg/dL, o reajuste da insulino terapia deste paciente, deve:
- a 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.
 - b aumentar a dose da insulina NPH pela manhã e à noite, mantendo-se as doses das insulinas regulares.
 - c apenas reduzir a dose da insulina NPH das 22:00 h.
 - d aumentar apenas as doses das insulinas NPH e regular antes do café da manhã.
 - e aumentar a dose da NPH da manhã e reduzir a dose da NPH das 22:00 h.
- 34.** Homem, 66 anos de idade, previamente hígido, encontra-se há uma semana com tosse produtiva, febre e dispneia. Os sintomas se intensificaram nas últimas 24 horas. Utilizou paracetamol neste período. Ao exame: orientado e taquipneico (frequência respiratória=36 movimentos/minuto). Pressão arterial: 130 X 80 mmHg. Decidiu-se por internação em enfermaria. O esquema antimicrobiano mais recomendado para este caso é:
- a ceftriaxona + claritromicina
 - b oxacilina + ampicilina
 - c piperacilina / tazobactam + vancomicina
 - d clindamicina + ceftazidima
 - e ceftriaxona + moxifloxacina
- 35.** Mulher de 90 anos de idade, diabética tipo 2 com HAS e dislipidemia, apresentando demência senil leve. Em uso de metformina 1000mg/dia, glibenclamida 10mg/dia, enalapril 10mg/dia e rosuvastatina 20mg/dia. Em consulta ambulatorial, para avaliação de rotina: hemoglobina glicada (HbA1C)=7,9% e glicemia de jejum=98mg/dL. Considerando este caso e as particularidades do manejo do diabetes mellitus no idoso, assinale a alternativa correta.
- a O tratamento de pacientes diabéticos idosos deve ser otimizado para redução de complicações microvasculares, visando alvo de HbA1C < 7,0%.
 - b O risco de hipoglicemia neste grupo de pacientes é semelhante ao de adultos jovens com diabetes tipo 2.
 - c A terapêutica com ácido acetilsalicílico visando redução de risco cardiovascular deve ser evitada neste caso, devido ao alto risco de sangramentos.
 - d O uso de sulfonilureias de longa duração deve ser evitado em idosos devido ao maior risco de hipoglicemia neste grupo de pacientes.
 - e O uso de metformina está contraindicado em pacientes idosos pelo alto risco de insuficiência renal e acidose láctica.
- 36.** Mulher de 32 anos de idade, sem comorbidades, assintomática, encaminhada para avaliação, devido à ocorrência de hipercalcemia em exame de rotina com cálcio sérico: 12 mg/dL (vr:8,8 a 10,4). Foi realizada dosagem de PTH intacto com valor de: 300 pg/L (vr:10 a 65) e cálcio urinário: 400mg/24h (vr:55 a 220). Considerando estes dados e a abordagem diagnóstica e terapêutica de hipercalcemia, assinale a alternativa correta.
- a O diagnóstico mais provável é hiperparatireoidismo primário, sendo indicada realização de densitometria óssea, creatinina, fósforo sérico e avaliação de necessidade de paratireoidectomia.
 - b Trata-se de um caso de hipercalcemia hipocalciúrica familiar, que geralmente cursa com hipercalcúria, e o tratamento é a paratireoidectomia total.
 - c O quadro laboratorial é compatível com hiperparatireoidismo secundário à deficiência de vitamina D, devendo ser solicitada dosagem de 25-OH-vitamina D e iniciar reposição com colecalciferol 2.000UI/dia.
 - d O nível de PTH é característico de hipercalcemia associada à malignidade e, neste caso, a paciente deve ser submetida a exames de imagem para pesquisa de tumor maligno secretor de PTH.
 - e Os diuréticos tiazídicos são capazes de aumentar a excreção urinária de cálcio, devendo ser investigado o uso de hidroclortiazida, por esta paciente.

- 37.** Mulher 70 anos de idade, com diagnóstico recente de insuficiência cardíaca, procura atendimento médico para iniciar tratamento. Encontra-se em classe funcional III (NYHA), com frequência cardíaca = 95 batimentos/minuto (ritmo regular) e edema de membros inferiores. Exames recentes revelam: função renal normal, $K^+ = 4,5\text{mEq/L}$, $Na = 139\text{mEq/L}$; Ecocardiograma com fração de ejeção = 30%. A conduta a ser indicada na estratégia de tratamento desta paciente, é:
- a) indicar restrição hídrica rigorosa.
 - b) iniciar tartarato de metoprolol em baixas doses com aumento gradativo.
 - c) iniciar digitalico e anticoagulação plena.
 - d) iniciar espirolactona com aumentos progressivos até dose alvo de 150 mg/dia.
 - e) iniciar enalapril com aumentos de dose até atingir 40mg/dia.
- 38.** Homem de 32 anos de idade é trazido à unidade de emergência devido à síncope que ocorreu há cerca de 15 minutos. Pressão Arterial = 70X40mmHg, náuseas, vômitos e dor abdominal. Apresentava-se febril (Temperatura axilar = 39,2°C). Dosagem de eletrólitos: Sódio sérico = 122mEq/L; Potássio sérico = 6,0mEq/L. Considerando a principal hipótese diagnóstica, assinale a alternativa correta.
- a) Há necessidade de reposição de mineralocorticoide em todos os pacientes, independentemente da causa.
 - b) A hiperpigmentação cutânea geralmente não é observada nos casos de insuficiência glandular secundária.
 - c) Dentre as principais causas deste quadro clínico, a mais comum é a hemorragia glandular bilateral por trombose venosa.
 - d) O tratamento deve ser iniciado preferencialmente com metilprednisolona 0,5g/dia por 3 dias.
 - e) Neste caso, uma dosagem de cortisol sérica = 11µg/dL afasta o diagnóstico.
- 39.** Homem de 40 anos apresenta há dois meses episódios de cefaleia, unilaterais, muito intensas com localização nas regiões orbitária, supraorbitária e temporal. A duração varia de 15 a 180 minutos, podendo ocorrer de oito vezes ao dia até uma vez a cada dois dias, em geral nos mesmos horários. O paciente refere concomitância ipsilateral de lacrimejamento e sudorese frontal. O tratamento destas crises agudas deve ser preferencialmente com:
- a) Inalação de oxigênio a 100%.
 - b) Corticoide intravenoso.
 - c) Ciclobenzaprina.
 - d) Benzodiazepínico.
 - e) Carbamazepina.
- 40.** Mulher, 36 anos de idade, procurou atendimento médico devido à febre esporádica, dor pleurítica leve em hemitórax esquerdo e tosse seca persistente. Os sintomas iniciaram-se há 4 semanas. À radiografia de tórax observou-se derrame pleural à esquerda e o estudo do líquido pleural revelou: aspecto amarelo citrino, $pH = 7,4$, proteínas totais = 5,7 g/dl, desidrogenase láctica = 450U/L, Adenosina deaminase = 87 U (valor de referência < 40U); celularidade: linfócitos = 85%, sem células mesoteliais ou células neoplásicas. (obs: proteína sérica = 6,1 g/dl, desidrogenase láctica sérica = 650U/L). Diante dessas informações a principal hipótese diagnóstica para o paciente é:
- a) Empiema.
 - b) Síndrome nefrótica.
 - c) Tuberculose pleural.
 - d) Tromboembolismo pulmonar.
 - e) Câncer de pulmão com implante pleural.
- 41.** Mulher de 50 anos, afrodescendente, com diagnóstico de esclerose sistêmica forma difusa, iniciou tratamento para alveolite pulmonar há 6 meses. Vem em consulta de retorno. Exame clínico: PA=190 x 120 mmHg. Exames laboratoriais: creatinina=3,0 mg/dL; ureia = 90 mg/dL; hemoglobina = 8 g/dL; leucócitos = 12.000mm³; haptoglobina < 10 mg/dL; bilirrubina total = 2,7 mg/dL; bilirrubina indireta = 2 mg/dL. O tratamento recomendado para esta condição é:
- a) D-penicilamina.
 - b) Pulsoterapia com metilprednisolona.
 - c) Pulsoterapia com ciclofosfamida.
 - d) Amlodipino.
 - e) Enalapril.
- 42.** Sobre a escabiose, é correto afirmar que:
- a) é causada por ácaro e sua principal fonte de infecção são os cães e gatos contaminados.
 - b) nos adultos, regiões palmoplantares, pescoço e couro cabeludo são preferencialmente acometidas.
 - c) a escabiose nodular é uma forma mais grave da infestação e requer tratamento tópico e sistêmico associados.
 - d) o achado de ácaros ou ovos ao exame direto de raspado das lesões é necessário para confirmar o diagnóstico.
 - e) o tratamento tópico de eleição é permetrina 5% loção que deve ser repetida após 1 semana.

- 43.** Sobre a dermatite de contato, assinale a alternativa correta.
- A dermatite de contato por irritante primário decorre da ação cáustica das substâncias irritantes.
 - A dermatite de contato alérgica corresponde a uma reação imunológica do tipo V.
 - A fitofotodermatose é exemplo clássico de dermatite de contato alérgica induzida pelo sol.
 - O teste de contato é o padrão ouro para apontar o agente causador de qualquer tipo de dermatite de contato.
 - O principal tratamento das dermatites de contato é o uso de corticoides em altas doses por período curto.
- 44.** Mulher, 40 anos, apresenta laudo médico da UBS com quadro suspeito de artrite reumatoide. Refere dor articular nos últimos 3 meses e acometimento de mãos, dedos, punhos, joelhos e pés, associado a edema local e que os sintomas são piores pela manhã e melhoram com movimentos. Descreve que fica com o rosto, mãos e antebraços vermelhos quando se expõe ao sol. Além do quadro articular, apresenta fadiga importante nos últimos 6 meses, com piora progressiva. Não há nada significativo nos antecedentes pessoais. Ao exame físico apresenta sinais vitais normais, ausculta cardíaca e pulmonar sem alterações. Ao exame musculoesquelético apresenta dor sem edema, em um total de 6 articulações interfalângicas proximais e metacarpofalângicas. Há dor bilateral em punhos, sem edema. Joelhos com calor e edema local bilateralmente, e dor sem edema em tornozelos. Edema de extremidades inferiores +/4+ com extensão para terço médio da tibia bilateralmente. Exames laboratoriais: leucócitos 2.500 (VR: 4.500 - 10.000/L), linfócitos 1.000 (VR: 1.500 - 3.500), hemoglobina 11,5 g/dL (VR: 12 - 15 g/dL); urina com presença de proteínas (++) e hemácias +; VHS 66 (VR: 0 - 20); proteína C reativa (PCR) 7 mg/dl (VR: 0 - 10 mg/dl). De acordo com o quadro clínico e laboratorial descrito acima, o melhor exame a ser solicitado para confirmar o diagnóstico da paciente, é:
- fator reumatoide e Anti-CCP.
 - ressonância Nuclear Magnética de mãos e punhos.
 - FAN com descrição do padrão e dosagem de complemento.
 - dosagem de ácido úrico e análise do líquido sinovial dos joelhos.
 - não há necessidade de solicitar nenhum outro exame complementar, já que, está confirmado o diagnóstico de artrite reumatoide.
- 45.** A classificação do Diabetes Mellitus (DM) permite o tratamento adequado e a definição de estratégias de rastreamento de comorbidades e complicações crônicas. Sobre a classificação do diabetes, analise as afirmativas abaixo.
- O diabetes tipo LADA é auto-imune com destruição lenta das células beta pancreáticas, iniciando o quadro clínico, em geral, a partir dos 30 anos, e por vezes sendo confundido com diabetes mellitus tipo 2.
 - O diabetes tipo MODY (Maturity Onset Diabetes of the Young) é um diabetes por defeito genético na ação insulina, tem início precoce e vários tipos dependendo do gene mutado.
 - Várias doenças endócrinas podem causar diabetes entre elas: acromegalia, síndrome de cushing, hipertireoidismo e feocromocitoma.
 - Diabetes pode ser causado por drogas (quimicamente induzido) tais como os glicocorticoides, ácido nicotínico e diazóxido.
- A alternativa que contém todas as afirmativas corretas é:
- I, II, III e IV
 - II, III e IV
 - I, III e IV
 - I e II
 - I e III
- 46.** O controle glicêmico é decisivo para a prevenção das complicações micro e macrovasculares do diabetes mellitus. Em relação aos antidiabéticos, é correto afirmar que:
- a dose da metformina deverá ser reduzida em 50% quando a taxa de filtração glomerular estimada (TFGe) estiver abaixo de 30 mL/min/1,73 m², devido ao risco de acidose láctica.
 - em adultos não gestantes com diagnóstico recente de DM2, sem tratamento prévio, sem doença cardiovascular ou renal, e com HbA1c entre 7,5% e 9,0%, a terapia dupla inicial com metformina associada a outro antidiabético deve ser considerada para melhorar o controle glicêmico.
 - pacientes diabéticos com alto risco cardiovascular não podem fazer uso de sulfonilureias, pois esta classe de drogas está associada ao aumento da mortalidade cardiovascular.
 - em pacientes com doença renal crônica estágio 3A, o uso de inibidores da SGLT2 deve ser evitado devido ao risco de progressão da doença renal relacionada à glicosúria.
 - os agonistas do receptor GLP-1 é, comprovadamente, a única classe de antidiabéticos com benefício cardiovascular comprovado, capaz de reduzir eventos cardiovasculares em pacientes diabéticos.

- 47.** Mulher, 45 anos, procura atendimento médico com queixa de perda de peso de 5kg em um mês, após quadro de febre e odinofagia de remissão espontânea. Na anamnese, também refere dor à deglutição, ansiedade, insônia, palpitações e aumento do número de defecações diárias. Relata fazer uso de suplemento "termogênico" para melhorar o desempenho na academia, há 6 meses. Ao exame físico apresenta dor à palpação da tireoide que se apresenta com volume e consistência discretamente aumentadas, sem nódulos palpáveis, nem alterações oculares perceptíveis. Traz os seguintes exames solicitados por um colega médico há 1 semana: TSH= 0,01 mUI/L (VR: 0,5 - 4,5 mUI/L); T4 livre= 2,77 ng/dl (VR: 0,7 - 1,5 ng/dl); tireoglobulina= 250 ng/ml (VR: 1,5 - 50); anticorpo antitireoperoxidase negativo. A alternativa que apresenta o exame complementar, provável diagnóstico e tratamento, respectivamente é:
- Ⓐ TRAb (anticorpo antireceptor de TSH) - doença de Graves - metimazol.
 - Ⓑ T3 livre - tireotoxicose exógena - suspensão do suplemento alimentar.
 - Ⓒ Ultrassonografia de tireoide - bócio multinodular atóxico - iodoterapia.
 - Ⓓ VHS - tireoidite subaguda - antiinflamatório não esteroide.
 - Ⓔ Cintilografia de tireoide - Hashitoxicose - propiltiouracil.
- 48.** Os nódulos tireoidianos são frequentes na prática clínica e na avaliação é importante analisar características ultrassonográficas que indicam maior risco de malignidade. A alternativa que contém características relacionadas a maior suspeição para malignidade, segundo o TI-RADS (Thyroid Imaging Reporting and Data System), é:
- Ⓐ tamanho maior que 1 cm, conteúdo misto (cisto e sólido) e hipoecogenicidade.
 - Ⓑ hiperecogenicidade, contornos lobulados e vascularização central predominante.
 - Ⓒ isoecogenicidade, contornos mal definidos e microcalcificações centrais.
 - Ⓓ nódulo esponjiforme, calcificações grosseiras e margens lobuladas.
 - Ⓔ hipoecogenicidade intensa, altura maior que a largura e microcalcificações difusas.
- 49.** Sexo masculino, 30 anos, procurou a UBS devido tosse produtiva, febre e perda de peso há 30 dias. Feito diagnóstico de tuberculose pulmonar pela baciloscopia de escarro e iniciado tratamento com esquema básico (RIPE). Entretanto, no controle de escarro do segundo mês de tratamento, a baciloscopia manteve-se positiva. A melhor conduta diante deste caso, é:
- Ⓐ suspender o esquema básico e solicitar nova baciloscopia.
 - Ⓑ suspender o esquema básico e solicitar cultura para BAAR com teste de sensibilidade.
 - Ⓒ manter o esquema básico e solicitar teste rápido molecular para tuberculose.
 - Ⓓ manter o esquema básico e solicitar cultura para BAAR com identificação e teste de sensibilidade.
 - Ⓔ encaminhar para a referência terciária em Tuberculose.
- 50.** Mulher, 39 anos de idade, com queixa de fraqueza intensa apresenta hemograma com os seguintes valores: hemoglobina 8,2 g/dl (VR 13,5 - 17,5 g/dL); VCM 85 fl (VR 80 - 96 fL); CHCM 32 pg (VR: 31 - 36 pg), reticulócitos: 1% (VR 0,5 - 1,5%); ferro sérico: 46 mcg/dl (VR: 50 - 170 mcg/dl); ferritina 410 ng/ml (VR: 50 - 300 ng/ml) e; saturação de transferrina 18% (VR: 20 - 50%); leucócitos e plaquetas sem alterações. A alternativa que representa as alterações hematológicas encontradas, é:
- Ⓐ Doença renal crônica
 - Ⓑ Miomatose uterina
 - Ⓒ Anemia hemolítica
 - Ⓓ Policitemia vera
 - Ⓔ Talassemia



UNIVERSIDADE DO ESTADO DO PARÁ
PROCESSO SELETIVO UNIFICADO PARA RESIDÊNCIA MÉDICA 2023

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	