



1. Você é residente da Clínica Médica e foi acionado/a para realizar interconsulta de uma paciente de 68 anos na Enfermaria de Ortopedia, após fixação de fratura de fêmur. Durante avaliação, paciente relata diagnóstico de osteoporose, e está fazendo uso regular de carbonato de cálcio, Vitamina D3 2000 UI/d e alendronato há 11 anos. Quando inquirida, ela nega quedas. Refere que estava realizando sua caminhada matinal no Parque do Utinga, quando sentiu uma dor intensa na face lateral da perna esquerda, momento em que procurou o Pronto Atendimento. Na avaliação bioquímica complementar, ela apresenta 25OHD de 42 ng/dL, níveis de eletrólitos, albumina, PTH e eletroforese de proteínas séricas normais. Após procedimento ortopédico, apresenta a seguinte radiografia:



Neste momento, a conduta prioritária é:

- a) associar magnésio à prescrição.
  - b) suspender o alendronato.
  - c) prescrever calcitriol.
  - d) dobrar a dose da vitamina D3.
  - e) iniciar ácido zoledrônico.
2. Mulher, 20 anos, portadora de deficiência de G6PD, vem ao pronto socorro com relato de disúria há 3 dias. Há suspeita de infecção urinária. Para reduzir o risco de hemólise associada à doença de base da paciente, a terapia que deve ser prioritariamente evitada neste momento é:
- a) Norfloxacino.
  - b) Fosfomicina trometamol.
  - c) Nitrofurantoína.
  - d) Cefuroxima.
  - e) Amoxicilina/clavulanato.

3. Antes de iniciar uma terapia medicamentosa para paciente jovem com quadros de enxaqueca recém-diagnosticada, o médico assistente do ambulatório de Neurologia questionou se a paciente tinha histórico de anorexia, cálculos renais e glaucoma de ângulo fechado, pois estes efeitos poderiam ser induzidos e/ou agravados pela introdução do fármaco. Recomendou, ainda, que paciente mantivesse o método contraceptivo durante o tratamento, pelo temor de gravidez e risco de malformações congênitas. A droga que o neurologista deseja introduzir é:

- a) Propranolol.
- b) Topiramato.
- c) Divalproato de sódio.
- d) Sumatriptano.
- e) Desvenlafaxina.

4. A baixa taxa de vacinação em idosos representa um problema de saúde pública, apesar das recomendações claras de imunização dessa população. Conforme as recomendações atualizadas de vacinação do paciente geriátrico da Sociedade Brasileira de Imunizações (SBIIm)/ Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (SBGG) marque a alternativa correta.

- a) Recomenda-se vacinar idosos contra pneumococo. Um dos esquemas iniciais possíveis é uma dose conjugada 13-valente (VPC13), seguida, após 6 meses, da 23-valente (VPP23).
- b) Por se tratar de vacina com vírus atenuado, não se recomenda de rotina imunização contra vírus sincicial respiratório (VSR) em idosos.
- c) A vacina contra herpes-zóster é indicada para pacientes idosos, porém ela não deve ser oferecida para imunossuprimidos que já tenham desenvolvido a doença previamente.
- d) Recomenda-se esquema vacinal de duas doses da vacina contra dengue para idosos em áreas endêmicas e em períodos de surto epidemiológico.
- e) Em idosos, a antitetânica deve ser oferecida a cada 5 anos, com o componente vacinal dT (difteria e tétano), devendo ser evitada a vacina com componente Pertussis acelular (dTpa).

5. A fim de promover melhor controle da doença renal do diabetes ("nefropatia diabética") de uma paciente idosa, um clínico opta por introduzir uma terapia que tem como efeito colateral possível o aumento do risco de cetoacidose glicêmica. O principal mecanismo de ação da droga em questão é:
- a) aumento da expressão do transportador de glicose (GLUT1 e GLUT2).
  - b) aumento dos níveis de peptídeo-1 semelhante ao glucagon (GLP-1).
  - c) estímulo de secreção de insulina, via ligação no receptor SUR-1.
  - d) redução da produção de angiotensina II renal.
  - e) redução da absorção de glicose e sódio, via inibição do SGLT2.
6. Paciente idoso, residente em uma comunidade ribeirinha do interior do Pará, foi internado na enfermaria de Clínica Médica com sarcopenia e desnutrição, agravados pela dificuldade de acesso a alimentos em período de seca prolongada dos rios. Após a estabilização clínica, a equipe médica começou o suporte nutricional, monitorando atentamente o paciente para evitar complicações. Considerando o quadro apresentado, assinale a alternativa correta sobre a "síndrome da realimentação".
- a) A síndrome da realimentação é mais comum em pacientes que estiveram submetidos à má nutrição por um período curto, de até duas semanas.
  - b) Os principais comemorativos da síndrome de realimentação são arritmias e fraqueza muscular associados à hipercalcemia e hipermagnesemia.
  - c) A administração de carboidratos deve ser iniciada de forma agressiva e rápida para evitar a síndrome da realimentação.
  - d) A deficiência de cobalamina é frequente e pode resultar em encefalopatia de Wernicke, confusão, e outros distúrbios neurológicos.
  - e) Hipofosfatemia é uma característica marcante da síndrome. Em casos graves, pode ocorrer insuficiência cardíaca e arritmias.
7. Um paciente internado para investigação de derrame pleural unilateral, foi submetido a uma toracocentese para análise do líquido pleural. O achado mais esperado na análise do derrame pleural parapneumônico complicado (empiema), causado por germe bacteriano "típico" é:
- a) aumento de Adenosina Deaminase (ADA).
  - b) redução de polimorfonucleares.
  - c) níveis elevados de glicose.
  - d) aumento de lactato desidrogenase (LDH).
  - e) Redução de Proteínas Totais.
8. Mulher, 32 anos, apresenta níveis pressóricos de 180x98 mmHg, associados a câimbras, fraqueza muscular e hipocalemia. Nega edemas ou cefaleia. Você levanta a suspeita de hipertensão secundária. A investigação de triagem mais indicada para elucidação deste caso é:
- a) Cortisol sérico basal e ACTH.
  - b) Aldosterona e atividade de renina plasmática.
  - c) Ecocardiograma e ecodoppler arterial de membros inferiores.
  - d) Ultrassom de artérias renais.
  - e) Ácido vanilmandélico.
9. Um acadêmico está realizando estágio no Ambulatório de Clínica Médica e, junto ao seu preceptor, prescreve terapias medicamentosas para 3 pacientes:
- Pedro: Insulina degludeca 12 UI, por diabetes descompensado.
- Rui: Prednisona 5 mg, devido à doença de Addison.
- Milton: Metimazol 10 mg, para doença de Graves.
- A orientação que deve ser assertivamente dada para o respectivo caso é:
- a) Pedro: "Caso tenha hipoglicemia, consumir imediatamente 200 ml de refrigerante tipo cola zero ou ligh".
  - b) Rui: "Caso tenha febre ou infecção, reduza a dose do corticoide pela metade, para evitar prejuízo à imunidade".
  - c) Milton: "Caso tenha febre e dor de garganta, dobre a dose da medicação, para equilibrar as necessidades metabólicas".
  - d) Pedro: "Aplique glucagon intramuscular, sempre que notar sintomas de hipoglicemia, para evitar progressão para coma".
  - e) Rui: "Em caso de vômitos persistentes e hipotensão arterial, procure pronto atendimento para receber fluidos e hidrocortisona endovenosos".

**10.** Você atende um jovem de 25 anos com queixa de corrimento uretral. Realizou-se testes sorológicos para HIV, sífilis e hepatite B que se encontram “não reagentes”, e você opta por iniciar tratamento empírico para clamídia e gonorreia.

A terapêutica de escolha para o caso é:

- a** Penicilina benzatina 1.200.000 UI, IM, dose única + ciprofloxacino 500 mg, VO, dose única.
- b** Ceftriaxona 1g, IM, dose única + ciprofloxacino 500 mg, VO, 2x/dia, por 3 dias.
- c** Ceftriaxona 500mg, IM, dose única + azitromicina 1000 mg, VO, dose única.
- d** Clindamicina 300mg, VO, 2x/dia, por 7 dias + azitromicina 500 mg, VO, dose única.
- e** Doxiciclina 100mg, 1 comprimido, VO, 2x/dia, por 3 dias.

**11.** Mulher, 22 anos, apresenta há 3 meses quadro de diarreia, dor abdominal e perda de peso de aproximadamente 6 kg. O médico levanta a suspeita de Doença Inflamatória Intestinal (DII) e solicita \_\_\_\_\_, um exame não-invasivo que tem boa sensibilidade diagnóstica e pode ser útil no monitoramento (avaliação de atividade de doença) da DII. A alternativa que melhor preenche a lacuna acima é:

- a** Procalcitonina.
- b** Teste de hidrogênio expirado.
- c** Anti-gliadina IgA.
- d** Sangue oculto nas fezes.
- e** Calprotectina fecal.

**12.** Paciente de 46 anos, diabético em insulinoterapia e portador de artrite reumatoide em uso de metotrexato e em programação de iniciar terapia com imunobiológico anti-TNF, vem à consulta médica para avaliação pois sua esposa fora diagnosticada com tuberculose (TB) pulmonar recentemente. O paciente encontra-se assintomático, trouxe raio X de tórax sem evidências de lesões parenquimatosas e tem o teste IGRA (Interferon Gamma Release Assays) reagente. Nega tabagismo ou histórico de tratamento prévio para TB. Diante desse cenário, a conduta mais adequada é:

- a** iniciar esquema básico para tuberculose com RHZE, por 6 meses.
- b** prescrever isoniazida de uso diário por no máximo 3 meses.
- c** prescrever rifapentina com isoniazida semanal por 12 semanas.
- d** recomendar vacinação (dose de reforço) com vacina BCG.
- e** monitorizar, sem necessidade de tratamento medicamentoso neste momento.

**13.** Você atende uma paciente diabética, com antecedentes de osteoporose, cálculos biliares e doença do refluxo gastroesofágico. A fim de definir a terapia medicamentosa para controle do diabetes mellitus, você considera os potenciais benefícios, mas também os efeitos colaterais possíveis de diferentes terapias antidiabéticas. Avalie o quadro abaixo e correlacione a alternativa que contempla de forma mais adequada a droga com seu possível efeito colateral.

1. Liraglutida	A. Cetoacidose euglicêmica
2. Metformina	B. Deficiência de vitamina B12
3. Empagliflozina	C. Incremento no risco de pancreatite
4. Pioglitazona	D. Aumento do risco de fraturas

A sequência correta, é:

- a** 1-C, 2-B, 3-A, 4-D
- b** 1-C, 2-D, 3-B, 4-A
- c** 1-A, 2-B, 3-C, 4-D
- d** 1-A, 2-B, 3-D, 4-C
- e** 1-D, 2-A, 3-C, 4-B

**14.** Mulher, 72 anos, com histórico de menopausa precoce, apresenta quadro de osteoporose com risco muito alto de fratura e apresentou falha ao tratamento (uma fratura de fragilidade em vértebra lombar L4 e outra de tíbia distal), mesmo estando em tratamento regular com cálcio, vitamina D3 e antirreabsortivos há 7 anos, a paciente tem função renal preservada e nega histórico de cardiopatia. A droga “osteofromadora” (anabólica) indicada para o caso, disponível nos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) do SUS, é:

- a** Risedronato.
- b** Romosozumabe.
- c** Ácido zoledrônico.
- d** Raloxifeno.
- e** Adalimumabe.

15. O propranolol é uma das terapias disponíveis no Programa Farmácia Popular do Brasil. O desenvolvimento dessa droga, na década de 60, permitiu que o cientista britânico Sir James Black fosse laureado com o prêmio Nobel de Medicina, décadas depois. Sobre os cenários clínicos para o uso dessa medicação, é correto afirmar que:

- a) trata-se de uma terapia amplamente utilizada na erradicação de varizes esofágicas em pacientes com cirrose hepática.
- b) o propranolol é eficaz para o tratamento de crises agudas de enxaqueca, mas tem eficácia limitada como terapia "preventiva" dessas crises.
- c) em pacientes recém diagnosticados com hipertensão, o propranolol apresenta-se como uma das opções de primeira linha para início de terapia anti-hipertensiva.
- d) no contexto do hipertireoidismo, o propranolol controla os sintomas adrenérgicos, como tremores e taquicardia, além de diminuir a conversão periférica de T4 em T3.
- e) o propranolol representa a melhor opção terapêutica para o tremor associado à doença de Parkinson, mas não tem ação em discinesias de causa medicamentosa.

16. Mulher, 36 anos, vem encaminhada para avaliação clínica, pois, durante "check up" com médico externo, foi detectada alteração nos níveis de prolactina, com valores de 56 ng/mL [2,8 a 29,2 ng/mL]. A paciente encontra-se assintomática, nega tratamentos medicamentosos e tem ciclos menstruais regulares. Você solicita novas dosagens para confirmar sua suspeita: prolactina 54 ng/mL; macroprolactina 47,5 ng/mL (recuperação de 12% - técnica de precipitação com polietilenoglicol); beta-HCG negativo; TSH 2,0 uIU/mL e demais eixos hormonais hipofisários normais. A melhor conduta a ser tomada neste momento é:

- a) iniciar tratamento com agonista dopaminérgico (cabergolina).
- b) solicitar exames neuro-oftalmológicos, com campimetria.
- c) solicitar ressonância nuclear magnética de sela túrcica.
- d) dosar a prolactina após diluição para afastar "efeito gancho".
- e) tranquilizar a paciente sobre a não necessidade de tratamento adicional.

17. Durante exame admissional, foi detectado exame de glicemia de jejum alterado em um adulto jovem. A fim de confirmar o diagnóstico suspeito, a médica do trabalho encaminhou o paciente para outra coleta de exame, seguindo as recomendações da Diretriz da Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD), de 2024.

Tabela 1. Critérios laboratoriais para diagnóstico de DM e pré diabetes

Critérios	Normal	Pré-Diabetes	DM
Glicemia de jejum (mg/dl)	< 100	100-125	≥ 126
Glicemia ao acaso (mg/dl) + sintomas	-	-	≥ 200
Glicemia de 1 hora de TTGO (mg/dl)	< 155	155-208	≥ 209
Glicemia de 2 horas de TTGO (mg/dl)	< 140	140-199	≥ 200
HbA1c (%)	< 5,7	5,7-6,4	≥ 6,5

Legenda: TTGO = teste de tolerância à glicose oral (75 g de glicose anidra); HbA1c = hemoglobina glicada; DM = diabetes mellitus.

Entre os valores do quadro acima, o que representa um critério diagnóstico para diabetes mellitus, é:

- a) Glicemia de jejum: 123 mg/dL.
- b) HbA1c: 6,3%.
- c) TTGO-1h: 210 mg/dL.
- d) TTGO-2h: 195 mg/dL.
- e) Glicemia ocasional: 180 mg/dL + sintomas clássicos de DM.

18. Mulher, 60 anos, em regime de internação hospitalar apresentou quadro de infecção do trato urinário, com isolamento de *Pseudomonas aeruginosa* na urocultura. A terapia antimicrobiana que **NÃO** oferece adequada cobertura contra *Pseudomonas* é:

- a) Ceftazidima
- b) Ertapenem
- c) Meropenem
- d) Cefepime
- e) Piperacilina-tazobactam

19. Homem ribeirinho, 58 anos, sofreu um acidente ofídico em pé direito e foi levado à unidade de saúde de referência de sua comunidade, onde recebeu soro antiofídico e suporte clínico. Nas primeiras 48 horas, evoluiu com oligúria e edema generalizado. Os exames laboratoriais mostraram creatinina de 3,5 mg/dL (VR: 0,6 a 1,3 mg/dl), ureia de 126 mg/dL (VR: 13 e 43 mg/dL) e potássio de 7,2 mEq/L (VR: 3,5 - 5,1 mEq/L). Um eletrocardiograma revelou ondas T acentuadas, alargamento do complexo QRS e prolongamento do intervalo PR. No manejo do distúrbio hidroeletrólítico, a medida a ser inicialmente adotada neste caso é:

- a) Poliestirenosulfonato de cálcio
- b) Hidratação vigorosa + furosemida
- c) Gluconato de cálcio
- d) Solução glicoinulina
- e) Bicarbonato de sódio

**20.** Mulher, 70 anos, apresenta há dois meses quadro de humor embotado, diminuição do interesse para atividades cotidianas - como cuidar de suas plantas -, insônia e redução do apetite, com perda ponderal de 5 kg. Refere sentir saudade dos filhos, que moram distante. É hipertensa controlada com 20 mg/dia de olmesartana, e tem constipação recorrentemente. Apresenta exames bioquímicos normais. Realizou endoscopia e colonoscopia há 1 mês, que não exibiam alterações. Além de suporte multidisciplinar, a terapia mais indicada para ser iniciada neste momento é:

- a** Amitriptilina 75 mg
- b** Alprazolam 1 mg
- c** Haloperidol 5 mg
- d** Zolpidem 10 mg
- e** Mirtazapina 15 mg

Leia o caso clínico abaixo para responder à questão 21.

Uma mulher de 65 anos, previamente saudável, chega ao pronto socorro com cansaço extremo, sede intensa, dores ósseas difusas e constipação com início há 7 dias. Ao exame físico, encontra-se desidratada, com pressão arterial de 150/90 mmHg. Sem edema de MMII ou sinais congestivos na ausculta pulmonar. Familiares relatam que paciente vem apresentando episódios de confusão mental desde o início do quadro. Os exames laboratoriais da admissão revelam os seguintes resultados: Cálcio total: 14,2 mg/dL (normal: 8,5-10,5 mg/dL); Fósforo: 2,1 mg/dL (normal: 2,5-4,5 mg/dL); Creatinina: 2,5 mg/dL (prévia a internação de 1,0 mg/dL) (normal: 0,6-1,2 mg/dL) ; TFG CKD-EPI 21 ml/min/1,73m<sup>2</sup>; Ureia: 80 mg/dL (normal: 7-20 mg/dL).

**21.** Sobre o quadro clínico acima marque a alternativa correta.

- a** A paciente possui hipercalcemia grave e deve-se inicialmente administrar diuréticos de alça em altas doses, no intuito de reduzir níveis séricos de cálcio.
- b** A hipercalcemia pode levar ao aumento da diurese, como um diabetes insipidus nefrogênico, além de levar a vasoconstrição, e com isso levar a piora de função renal.
- c** O PTH sérico estará elevado nos casos de hipercalcemia da malignidade e liberação de PTHrp, desta forma a utilização de calcimiméticos é a melhor opção terapêutica.
- d** A TFG estimada da paciente deve ser utilizada para avaliação de IRA e assim auxiliar na decisão de início de terapia renal substitutiva.
- e** Devido alteração de função renal, paciente não poderá receber hidratação venosa como parte do tratamento devido risco de congestão pulmonar.

**22.** Paciente, João Silva, 72 anos com antecedente pessoal de insuficiência cardíaca com fração de ejeção reduzida (FE reduzida), diagnosticada há 5 anos. Além disso, é hipertenso e diabético. Paciente admitido em Pronto Socorro devido dispneia intensa, principalmente em repouso, associado a edema MMII. Iniciou tratamento na sala vermelha com diurético de alça em altas doses e 3 dias após, foi encaminhado para a enfermaria para seguimento clínico. Na enfermaria, apresentando PA 150/90 mmHg, presença de estertores pulmonares bilaterais em bases, jugular ingurgitada e edema de membros inferiores ++++. Exames admissionais apresentando pH 7,48 HCO<sub>3</sub> 29 mEq/L PCO<sub>2</sub> 44 BE +5 Na 143 mEq/L; K 2,8 mEq/L. Sobre o quadro clínico, marque a alternativa correta.

- a** Paciente apresentando alcalose metabólica e hipocalemia secundária ao uso dos diuréticos, assim deve-se trocar para diurético tiazídico.
- b** Paciente ainda mantendo sinais clínicos de congestão, assim o diurético de alça deve ser mantido e podemos associar com espironolactona.
- c** A hipocalemia é a principal causa da alcalose metabólica, assim sua correção deve ser feita além da suspensão do diurético de alça nesse caso.
- d** Deve-se associar medicações inotrópicas visto que paciente possui IC descompensado perfil C (frio e úmido), além de manter diurético.
- e** Paciente deve ser encaminhado para a UTI já que apresenta uma emergência hipertensiva e a VNI é o tratamento padrão ouro.

**23.** Um homem de 24 anos, com diagnóstico de diabetes mellitus tipo 1 desde os 12 anos, dá entrada nas urgências com queixas de náuseas, vômitos, dor abdominal difusa e respiração rápida e profunda. Ele refere que parou de tomar a insulina há dois dias devido a uma infecção respiratória recente. O exame físico revela sinais de desidratação, pele seca, taquicardia (130 bpm) e respiração de Kussmaul (respiração rápida e profunda). Há um odor adocicado (semelhante a acetona) no hálito. O paciente parece letárgico. Solicitados exames a seguir:

Glicemia: 550 mg/dL; Gasometria arterial: pH 7,1,  $\text{HCO}_3^-$  10 mEq/L; Cetonas urinárias: fortemente positivas; Potássio sérico: 5,2 mEq/L; Creatinina: 1,4 mg/dL; Sódio: 130 mEq/L; Leucócitos 18.000/mm<sup>3</sup>.

Sobre o quadro clínico marque a alternativa correta:

- a) O paciente possui quadro de infecção ativa, já que observamos leucocitose, desta forma deve-se iniciar antibioticoterapia imediatamente.
- b) A utilização de insulina em bomba de infusão contínua é a primeira etapa no tratamento da Cetoacidose diabética (DAB).
- c) O uso de bicarbonato de sódio está indicado neste paciente devido níveis baixos de  $\text{HCO}_3^-$ , com meta acima de 20 mEq/L.
- d) Pode ser realizado apenas a infusão de insulina regular em Bomba de Infusão Contínua (BIC) 0,14 UI/Kg/h, sem dose de ataque.
- e) O paciente se beneficiaria do uso dos ISGLT2, visto que eliminam glicose pela urina e devem ser prescritos na primeira hora de tratamento.

**24.** Paciente, 64 anos, chega para avaliação médica apresentando dor óssea generalizada, fadiga progressiva e dor óssea difusa, particularmente nas costas e costelas, há cerca de 3 meses. Refere perda de peso não intencional de 5 kg no último mês e episódios recorrentes de infecções respiratórias. Não tem história de traumatismo ou outras condições de saúde significativas. Na avaliação inicial observou-se presença de cálcio sérico elevado, Injúria Renal aguda, anemia e lesões óssea líticas nas costelas e coluna vertebral. Sobre este caso marque a afirmativa correta.

- a) Como critério diagnóstico de Mieloma Múltiplo, devemos ter < 10 % de plasmócitos clonais na medula óssea.
- b) Na avaliação renal é observado presença de proteinúria a custa de albuminúria e o exame de urina rotina é o padrão ouro.
- c) A eletroforese de proteínas deve ser solicitada na suspeita diagnóstica e o seu pico ocorre principalmente pelo pico de IgM.
- d) A presença de plasmocitomas extramedular em coluna pode levar a compressão da medula espinhal constituindo uma emergência médica.
- e) A quimioterapia deve ser instituída de forma rápida, mas anteriormente o paciente deve receber doses elevadas de corticoide e ciclofosfamida.

Leia o caso clínico abaixo para responder à questão 25.

Paciente, 52 anos chega para avaliação devido fadiga e prurido generalizado, principalmente à noite, há cerca de 6 meses. Refere que a sua pele parece estar mais amarelada nos últimos meses, sem qualquer dor abdominal associada. Não tem história de consumo excessivo de álcool e nega o uso recente de medicamentos novos. No exame físico, observa-se icterícia leve, pele seca e sinais de escoriações causadas pelo prurido. O abdômen está normal à palpação, sem dor ou massas palpáveis. Não há sinais de ascite ou edema periférico. Solicitados exames para investigação com resultados a seguir: Bilirrubina total: 2,5 mg/dL (elevada); Fosfatase alcalina: 600 U/L (elevada); GGT (gama-glutamil transferase): 500 U/L (elevada); ALT e AST: ligeiramente elevadas; Anticorpos antimitocondriais (AMA): positivos; Função hepática: albumina normal, tempo de protrombina normal.

25. Sobre o caso clínico acima marque a alternativa correta.

- a) O tratamento com corticoide é o de primeira escolha para a hepatite autoimune descrita no caso, assim deve-se iniciar imediatamente.
- b) A colangite biliar primária possui associação com patologias autoimunes como a Síndrome de Sjögren e alterações ósseas como a osteoporose.
- c) A cirrose biliar primária se associa com a presença de ascite no início dos sintomas e a paracentese de alívio é rotineira.
- d) A cirrose biliar primária é uma patologia predominantemente causada por alterações inflamatórias dos ductos biliares extra-hepáticos.
- e) O transplante de fígado não é recomendado na cirrose biliar primária nos estágios avançados de cirrose pelo risco de recidiva da doença.

26. Homem, 35 anos, diagnosticado com infecção por HIV há 8 anos, apresenta-se na consulta com febre intermitente há 2 meses, perda de peso de aproximadamente 7 kg no último mês e diarreia crônica. Relata também cansaço extremo e suores noturnos. O paciente admite não estar em uso da terapia antirretroviral há mais de 6 meses devido problemas pessoais. No exame físico, observa-se uma aparência caquética, sem linfadenopatia palpável significativa. A ausculta pulmonar é normal e o abdômen está flácido, sem dor à palpação, mas com sinais de desidratação. Contagem de células CD4: 120 células/mm<sup>3</sup>; Carga viral: 200.000 cópias/mL; Hemograma: anemia normocítica normocrômica (Hb: 10 g/dL); Função renal e hepática: normal. Sobre o quadro clínico marque a alternativa correta.

- a) A profilaxia contra *Pneumocystis jirovecii* com Sulfametoxazol-trimetoprim deve ser iniciada pela contagem de CD4 estar < 150 células.
- b) Paciente imunodeprimido descrito deve receber a vacina contra sarampo, papeira e rubéola, já que se trata de uma vacina de vírus morto.
- c) O dolutegravir é um fármaco que se associa com a piora de função renal por IRA, aumentando os níveis séricos de creatinina.
- d) A reintrodução da TARV é indicada para prevenir o aparecimento de infecções oportunistas de forma imediata, aumentando níveis de CD4.
- e) A pesquisa de infecção latente por PPD na tuberculose deve ser realizada e o valor acima de 1 mm já entrega o resultado positivo.



**27.** Paciente de 52 anos, com histórico de cirrose hepática de etiologia alcoólica e episódios recorrentes de ascite e encefalopatia hepática. Nos últimos dias, desenvolveu fadiga intensa, diminuição significativa da diurese, e confusão mental. Apresenta sinais de edema periférico e distensão abdominal. Não há uso recente de nefrotóxicos e o paciente não tem histórico de doença renal prévia. Sinais vitais: PA: 90/60 mmHg, FC: 102 bpm, FR: 20 rpm, SpO<sub>2</sub> 95%. No exame físico ascite moderada, sem dor à palpação, fígado não palpável devido à ascite; Edema: Presença de edema de membros inferiores (2+), associado com confusão mental leve, sem sinais focais neurológicos. Solicitado os seguintes exames laboratoriais:

Creatinina sérica aumentada (2,5 mg/dL, valor anterior 1,2 mg/dL), ureia 80 mg/dL Na<sup>+</sup> 128 mEq/L; Hb 9,0 g/L e Plaquetas 140.000 mm<sup>3</sup>

Sobre o quadro acima marque a alternativa correta.

- a** No paciente com peritonite bacteriana espontânea deve-se fazer a prevenção de síndrome hepato renal com beta bloqueador e albumina.
- b** A alteração de função renal pode ocorrer devido síndrome compartimental abdominal, pela ascite de grande volume, levando a IRA pré renal. Deve-se realizar paracentese de alívio.
- c** A creatinina sérica é um melhor marcador, de injúria renal aguda, do que a cistatina C nos pacientes cirróticos.
- d** Deve-se priorizar o uso da albumina em detrimento a terlipressina para o tratamento da síndrome hepato renal.
- e** Nos pacientes cirróticos, a classificação em doença renal aguda é diferente e deve ser descrita se aumento de creatinina em um período superior a 5 dias.

Leia o caso clínico abaixo para responder à questão 28.

Mulher, 23 anos, diagnóstico de Lupus Eritematoso Sistêmico (LES) cutâneo - articular há 4 anos, em uso de hidroxicloroquina 400mg/dia, prednisona 5mg/dia, cálcio e vitamina D. Vem em consulta referindo urina espumosa e edema de membros inferiores. Preocupada, resolveu realizar exame de urina por conta própria que evidenciou: proteína +++ e 15 hemácias por campo. Não trouxe mais exames.

**28.** Entre os exames abaixo os que irão auxiliar na definição de atividade da doença são:

- a** FAN, C3, C4, CH50
- b** anti-SM, anti-DNA nativo, C3 e C4
- c** anti-DNA nativo, C3, C4
- d** CH50, VHS, anti coagulante lúpico
- e** anti-DNA nativo, anti-C3, anti-C4 e anti-CH50

**29.** Paciente masculino, 65 anos, ex-tabagista (40 anos-maço), apresenta tosse crônica produtiva há 5 anos, com expectoração esbranquiçada, principalmente pela manhã. Relata dispneia progressiva nos últimos 2 anos, inicialmente apenas aos grandes esforços, mas agora também ao caminhar curtas distâncias. Teve várias exacerbações nos últimos meses, necessitando de tratamento com antibióticos e corticoides orais. Nega febre ou dores torácicas. História de hospitalizações por infecções respiratórias. Não apresenta comorbidades significativas, mas refere dificuldade em realizar as atividades diárias devido à fadiga. Na ausculta pulmonar roncos e sibilos difusos, prolongamento do tempo expiratório, associado com tórax hiperinsuflado, aumento do diâmetro anteroposterior. Solicitada gasometria arterial com pH 7,37, PaCO<sub>2</sub> 48 mmHg, PaO<sub>2</sub> 60 mmHg e espirometria com os seguintes parâmetros:

VEF1/CVF (Índice de Tiffeneau): 55%; VEF1: 45% do previsto; CVF: 80% do previsto; Reversibilidade com broncodilatador: Não significativa (< 12% de aumento no VEF1). Com base no quadro clínico acima marque a alternativa correta.

- a** Deve-se orientar o início de oxigenioterapia de longa duração domiciliar já que paciente possui PaO<sub>2</sub> < 65 mmHg e SatO<sub>2</sub> < 95%.
- b** Paciente com indicação de aumento do uso de corticoides inalatórios devido quadro de asma.
- c** Deve-se contraindicar o uso de vacinas contra gripe e pneumococo, já que são de vírus vivo.
- d** A VNI deve ser otimizada, principalmente se idas ao Pronto socorro, já que melhora o quadro da exacerbação da asma.
- e** Deve-se otimizar o uso de terapia broncodilatadora associado com a reabilitação pulmonar neste caso de DPOC.

Leia o caso clínico abaixo para responder à questão 30.

Paciente do sexo feminino, 47 anos, apresenta dor e rigidez matinal nas articulações das mãos e punhos, que dura mais de uma hora e melhora com o movimento ao longo do dia. Refere início dos sintomas há cerca de 6 meses, com piora progressiva. Também nota inchaço nas articulações dos dedos e dor simétrica nos dois joelhos. A paciente descreve sensação de fadiga constante e febrícula ocasional. Não tem histórico familiar de doenças autoimunes, mas relata dificuldade crescente em realizar tarefas diárias, como segurar objetos ou vestir-se. Nos exames laboratoriais de triagem Anti CCP positivo, Fator reumatóide positivo, VHS e PCR elevadas.

**30.** Sobre o caso clínico acima marque a alternativa correta.

- a** A fibromialgia deve ser considerada, visto que pode ocorrer aumento de marcadores inflamatórios associado com pontos dolorosos articulares.
- b** Na artrite psoriásica a paciente apresenta artrite e é soronegativa para FR e anti CCP e as erupções cutâneas vem sempre junto com a artrite.
- c** Os sinais radiológicos da artrite reumatóide são observados em estágios mais avançados da doença, como erosões ósseas.
- d** O diagnóstico de artrite reumatóide não é feito se presença de FR e anti CCP negativos, se isso acontecer deve-se pensar em outra hipótese.
- e** As dores articulares devem ser tratadas com AINES, pois eles além de melhorar sintomas modificam progressão de doença.

**31.** Paciente 56 anos em seguimento na UBS devido dislipidemia com alto risco cardiovascular e obesidade, vem apresentando quadro de dor lombar intermitente há cerca de 3 semanas. Dor em flanco esquerdo. Refere ter apresentado hematúria há 3 dias. Realizou USG de abdome com presença de múltiplos cálculos renais medindo de 0,3 cm – 0,8 cm localizados em região de pelve renal e sem dilatação pielocalicial. Sobre o quadro clínico acima, marque a alternativa correta.

- a** O paciente deve ser encaminhado para avaliação urológica urgente para cirurgia de retirada de cálculos renais.
- b** Paciente deve receber como tratamento inicial a medicação Tansulosina, no intuito de auxiliar na saída dos cálculos renais.
- c** A formação de cálculos renais ocorre pela grande ingestão de cálcio do paciente, assim a restrição de cálcio é um dos pilares do tratamento.
- d** O paciente deve ser orientado sobre a analgesia adequada para o quadro que tem como pilar analgésicos opioides fracos e anti inflamatórios.
- e** O uso do citrato de potássio deve ser feito em todos os tipos de cálculo renal, pois, ao aumentar o pH urinário ele dissolve o cálculo já existente.

**32.** Paciente sexo feminino, 50 anos, portadora de artrite reumatoide em tratamento com metotrexato 25mg/ semana, ácido fólico 5mg/semana, prednisona 5mg continuamente há 5 anos. Está com a doença de base controlada com as medicações de uso regular. Entrou em menopausa há 3 anos. A paciente veio ao seu consultório de clínica médica procurando atendimento pois soube pela vizinha que "artrite reumatóide dá osteoporose" e que dessa forma, "precisava fazer densitometria óssea". Nunca teve história de queda ou fratura, nunca realizou densitometria óssea. A conduta mais adequada em relação ao atendimento, nesse caso, é:

- a** tem indicação para realizar a densitometria óssea e análise de risco pelo FRAX. A paciente tem risco aumentado para osteoporose. Além da menopausa, tem artrite reumatoide e usa glicocorticoide cronicamente.
- b** não há necessidade de realizar densitometria óssea, podendo ser avaliada pelo FRAX. A paciente apresenta risco maior para osteoporose devido ao uso de glicocorticoide, mas não pela artrite reumatoide.
- c** não possui indicação de densitometria óssea pois não possui histórico de quedas ou fraturas e nem de realizar o FRAX, já que fez uso de dose baixa de glicocorticoide e a artrite reumatoide não aumenta risco de fratura.
- d** Não tem indicação de realizar densitometria óssea, pois sua indicação formal é em todas as mulheres a partir de 65 anos, sendo errônea sua indicação em mulheres na pós menopausa sem fatores de risco.
- e** Paciente possui indicação de realizar HR-pQCT, como exame inicial, uma técnica que utiliza tomografia computadorizada que é mais sensível para paciente com uso crônico de corticoide.

**33.** Um homem de 55 anos é trazido ao serviço de urgência por paramédicos após ter sido encontrado inconsciente em casa. Os paramédicos relataram que o paciente foi encontrado sem sinais de respiração e sem pulso. Foi iniciado manobras de RCP e realizado desfibrilação após detectarem fibrilação ventricular no monitor. Após duas administrações de choque, o paciente foi transportado para o hospital enquanto continuavam as manobras de ressuscitação. Na chegada à sala de emergência, o paciente continua sem pulso e em ritmo de fibrilação ventricular. A equipe de saúde segue os protocolos de Suporte Avançado de Vida (SAV) e administra adrenalina e amiodarona durante o ciclo de ressuscitação. Após 30 minutos de manobras de reanimação, o paciente Retoma a Circulação Espontânea (ROSC). No entanto, continua em estado de coma e é transferido para a Unidade de Cuidados Intensivos para monitorização contínua e hipotermia terapêutica. Sobre este caso é correto afirmar que:

- a** na Fibrilação Ventricular deve-se priorizar o uso de drogas como a amiodarona e adrenalina.
- b** a hipotermia terapêutica deve ser realizada no intuito de diminuir o metabolismo cerebral e reduzir lesão neurológica.
- c** a presença de ritmo cardíaco no monitor é um dos sinais de que o paciente recuperou circulação espontânea.
- d** a amiodarona deve ser administrada no momento que for reconhecido o ritmo de FV/TV sem pulso, sempre em bolus.
- e** na atividade elétrica sem pulso deve-se iniciar com a RCP e após o primeiro ciclo devemos administrar atropina.

- 34.** Paciente 45 anos, encaminhado para consulta com clínico geral devido poliúria. Refere que nos últimos meses vem apresentando sede e verificou espuma na urina. Obesidade grau II. Refere antecedente familiar de DM2. Na avaliação inicial verificado glicemia em jejum de 115mg/dl. A partir deste quadro clínico marque a alternativa correta.
- a** Paciente apresenta como diagnóstico de pré diabetes e deve ser iniciadas medicações específicas como o ISGLT2.
  - b** Para o diagnóstico de pré diabetes precisamos coletar uma nova glicemia de jejum. Se vier com valores entre 100-125 mg/dl confirma o diagnóstico.
  - c** A hemoglobina glicada pode ser solicitada de forma isolada. Dosagem única maior que 8,0% confirma diagnóstico de diabetes.
  - d** Deve ser solicitado o TOTG para elucidação diagnóstica. Apenas após este exame é que o diagnóstico de pré diabetes pode ser feito.
  - e** O paciente possui diagnóstico de glicemia alterada e deve realizar o TOTG para elucidação diagnóstica e já iniciar Metformina 1x/dia antes da confirmação.
- 35.** Uma mulher de 34 anos vai à consulta queixando-se de cansaço constante, palidez, tonturas ocasionais e dificuldade para realizar atividades físicas que antes fazia com facilidade. Refere também uma menstruação abundante nos últimos meses. Ao exame físico, apresenta mucosas pálidas e leve taquicardia. Solicitados exames laboratoriais descritos a seguir.
- Hemoglobina: 8,5 g/dL (valor de referência: 12,0 - 16,0 g/dL);  
Hematócrito: 28% (valor de referência: 36% - 46%);  
Volume Corpuscular Médio (VCM): 70 fL (valor de referência: 80 - 100 fL)  
Ferro sérico: 25 mcg/dL (valor de referência: 60 - 170 mcg/dL)  
Ferritina: 8 ng/mL (valor de referência: 20 - 200 ng/mL)  
Saturação de transferrina: 10% (valor de referência: 20% - 50%)  
Creatinina 1,0 mg/dL (valor de referência: 0,8-1,2mg/dL)
- Sobre o quadro de anemia marque a alternativa correta.
- a** A anemia relacionada a doença renal crônica possui como principal causa a deficiência de eritropoetina, assim deve-se repor Hb < 12g/dL.
  - b** A anemia ferropriva deve ser tratada com doses inicialmente de ferro via oral e longe das refeições, já que, o ferro oral é melhor absorvido em meios ácidos.
  - c** A deficiência de vitamina B12 pode levar a anemia megaloblástica e se relacionam com a perda devido alto fluxo menstrual.
  - d** A deficiência de ferro é a principal causa de anemia macrocítica e sintomas neurológicos, como parestesias, podem ser encontrados nestes pacientes.
  - e** A hemorragia do trato gastrointestinal deve ser investigada em mulheres com fluxo menstrual presente, visto que, apenas a menstruação não leva a perdas importantes de Hb.

- 36.** Paciente feminina, 30 anos, sabidamente asmática, apresenta quadro de crise e é levada ao Pronto Socorro. Refere que não tem sua medicação habitual por motivos econômicos. Ao exame apresenta saturação periférica de O<sub>2</sub> 88%, taquicardia com FC 130bpm, taquidispnéia, tiragens intercostais, sibilância difusa à ausculta pulmonar. Após a administração de Fenoterol e Ipatrópio inalatórios, refere taquicardia e mal-estar. Ao ser questionada, informa que já apresentou quadros semelhantes com uso de Fenoterol. Em re-exame físico: discreta melhora da sibilância, saturação periférica de O<sub>2</sub> 92%, desconforto ventilatório, FC 150bpm, PA 130 x 78mmHg. A alternativa que descreve a conduta mais acertada neste momento, é:
- a** iniciar beta-bloqueador EV para reduzir a taquiarritmia.
  - b** repetir a inalação, porém utilizando a metade da dose de Fenoterol e Ipatrópio.
  - c** administrar aminofilina EV em administração lenta.
  - d** repetir inalação apenas com Ipatrópio e administrar corticóide.
  - e** instalar VNI apenas.
- 37.** João, 45 anos, sexo masculino, vem à consulta com queixa de diarreia há 3 dias, com aproximadamente 6 evacuações líquidas por dia, sem sangue ou muco. Relata dor abdominal difusa, tipo cólica, sem febre. Não refere viagens recentes ou uso de antibióticos. Não apresenta náuseas ou vômitos. O paciente trabalha num restaurante e menciona que comeu frango na noite anterior ao início dos sintomas. Sobre o quadro acima marque a alternativa correta.
- a** O paciente possui sinais clínicos de gravidade e deve ser tratado com antibióticos endovenoso.
  - b** A presença de sangue nas fezes indica a necessidade de realizar exames complementares e início de tratamento com antibiótico.
  - c** A hidratação venosa deve ser realizada neste caso e a solicitação de hemograma e PCR para avaliar terapia com antibiótico.
  - d** O paciente apresenta uma gastroenterite viral, provavelmente relacionada com a alimentação. O *Clostridium difficile* é o principal agente relacionado.
  - e** A síndrome do intestino irritável é uma possibilidade etiológica nesse caso e o uso de psicoterapia pode ser necessária.
- 38.** João, um homem de 32 anos, residente em Lisboa, apresenta-se no hospital com febre alta (39,5 °C) há três dias, acompanhada de dor de cabeça intensa, dores atrás dos olhos, mialgias (dores musculares), artralgias (dores nas articulações) e cansaço extremo. Ele refere também erupção cutânea desde o segundo dia e náusea ocasional, sem vômitos. Não tem histórico de doenças crônicas e não faz uso de medicação regular. João recentemente voltou de uma viagem ao Brasil, onde esteve em áreas com elevada incidência de dengue. Ao exame físico, encontra-se febril, com erupções maculopapulares no tronco e membros, pressão arterial 110/70 mmHg, pulso 90 bpm, sem sinais de hemorragia ativa. O exame abdominal não revela hepatoesplenomegalia (fígado ou baço aumentados). O hemograma revela uma contagem de plaquetas de 105.000/mm<sup>3</sup> (valor normal: 150.000-450.000/mm<sup>3</sup>) e hematócrito normal. Sobre este quadro clínico marque a alternativa correta.
- a** A vacinação contra dengue deve ser estimulada e está liberada para pessoas imunodeprimidas, já que se trata de vacina com vírus morto.
  - b** O paciente deve receber transfusão de plaquetas, já que é a principal complicação da dengue e se relaciona com hemorragias graves.
  - c** A administração de líquidos e de medicações antiinflamatórias são o tratamento base nesse caso e a queda de plaquetas pode indicar internação hospitalar.
  - d** A dor abdominal intensa se associa como sinal de progressão para dengue grave e deve ser realizada investigação de hemorragia.
  - e** A utilização de mosquiteiros e repelentes deve ser descontinuada, já que a vacina é altamente eficaz e tem efeito contra todos os tipos de dengue.

- 39.** Um paciente de 66 anos foi admitido às 08:30h em Pronto-Socorro com quadro de hemiparesia à direita completa e afasia global. Filha diz que o paciente acordou às 07:00h com estes sintomas. Foi visto desperto pela última vez às 22:00h do dia anterior. Dados da avaliação inicial: Frequência cardíaca 88 bpm, PA 155 x 85 mmHg, SpO<sub>2</sub> 95%, frequência respiratória 15 irpm; Escala de Coma de Glasgow 11 (AO 4 + RM 6 + RV 1); hemiparesia moderada e hemihipoestesia leve à direita completa e afasia global. Como comorbidades, o paciente é tabagista e hipertenso, em uso de losartana e hidroclorotiazida. Nega cirurgias, alergias, neoplasias, traumas, outras doenças ou uso de outras medicações. A tomografia de crânio está normal. Em relação ao caso acima assinale a alternativa correta.
- a** O paciente é elegível para trombólise química com rtPA, pois não apresenta contraindicação absoluta ou relativa ao procedimento, e está dentro da janela temporal de 4 horas e 30 minutos.
  - b** O paciente não pode ser trombolisado com rtPA, pois não se sabe o tempo exato de início dos sintomas. A ressonância magnética do crânio poderia ser útil na indicação de trombólise se houvesse mismatch difusão-perfusão.
  - c** O paciente é elegível à trombólise química, porém a pressão arterial deve ser reduzida com medicações anti-hipertensivas intravenosas.
  - d** Trombólise em pacientes com Escala do Coma de Glasgow menor que 12 deve ser considerada como última opção.
  - e** O benefício da trombólise química realizada com menos de 3 horas no AVC isquêmico é redução no NIH Stroke Scale nas primeiras 48 horas.
- 40.** Paciente admitido em sala vermelha de grande pronto socorro devido infecção de trato urinário. Na avaliação inicial, observado pressão arterial de 80 x 50 mmHg, FC 132 bpm e FR 24 ipm, iniciado protocolo sepse vigente no hospital. Sobre o tratamento inicial da sepse, assinale a alternativa correta.
- a** Deve-se iniciar a reposição volêmica de 1000ml de SF 0,9% e se não for efetiva (PAM > 65mmHg) iniciar noradrenalina associado com dobutamina.
  - b** O uso do antibiótico deve ser imediato, na primeira hora, preferencialmente via oral, já que a punção do acesso venoso pode ser difícil.
  - c** O uso de HCO<sub>3</sub> endovenoso é recomendado se o paciente permanecer com pH < 7,20, HCO<sub>3</sub> < 20 e Injúria renal aguda após as medidas iniciais realizadas.
  - d** O lactato sérico deve ser utilizado como parâmetro prognóstico das medidas realizadas e pode ser avaliado a partir da gasometria venosa.
  - e** Critérios como o qSOFA são utilizados na triagem de pacientes com suspeita de sepse e levam em consideração a saturação de O<sub>2</sub> e a pressão arterial.
- 41.** Sobre os testes diagnósticos para sífilis, assinale a alternativa correta.
- a** Os testes rápidos, são testes não treponêmicos de fácil execução e resultado rápido possibilitando tratamento imediato do paciente.
  - b** O exame de campo escuro quando realizado no sangue periférico possui alta especificidade na sífilis secundária e terciária.
  - c** Os testes treponêmicos geralmente permanecem reagentes por toda a vida e não são indicados para monitorar resposta de tratamento.
  - d** Os testes não treponêmicos são utilizados para diagnóstico e detectam anticorpos anticardiopina específicos para os antígenos do T. pallidum.
  - e** São considerados testes treponêmicos o FTA-abs, ELISA para sífilis, VDRL e teste de hemaglutinação (MHA-TP).
- 42.** Paciente de 20 anos foi diagnosticado com epilepsia mesial temporal com esclerose hipocampal. A característica mais comumente observada nesta síndrome epiléptica é:
- a** crise tônico-clônico generalizada.
  - b** sensação de déjà vu acompanhada de automatismos.
  - c** crises de ausência típicas.
  - d** mioclonias ao acordar.
  - e** disautonomias: tontura, hipotensão e bradicardia.

- 43.** Seu João, 64 anos, vem à consulta encaminhado pelo cardiologista devido Diabetes Mellitus tipo 2 diagnosticado há 4 meses e, em uso regular das seguintes medicações: Valsartana 160mg ao dia, Bisoprolol 5mg ao dia, AAS 100mg ao dia, Atorvastatina 40mg ao dia e Metformina (MTF) 1,5g ao dia; com boa adesão à dieta e atividade física. Apresenta diagnóstico de insuficiência cardíaca classe funcional II, com antecedente de infarto do miocárdio há 16 meses. Ecocardiograma demonstra hipocinesia focal em parede anterior do ventrículo esquerdo e fração de ejeção de 42%. Exame clínico mostra IMC de 29 kg/m<sup>2</sup>, cintura 102 cm e PA = 135 x 90 mmHg; traz ainda glicemia de jejum de 115 mg/dl, HbA1c de 7,5% e creatinina de 1,4mg/dl (taxa de filtração glomerular calculada de 50 ml/min). Assinale a conduta mais adequada para o caso, em relação ao controle glicêmico.
- Ⓐ Iniciar Empagliflozina e manter MTF na dose atual.
  - Ⓑ Iniciar Linagliptina e aumentar MTF até dose máxima.
  - Ⓒ Iniciar Gliclazida e manter MTF na dose atual.
  - Ⓓ Aumentar MTF para 2g ao dia.
  - Ⓔ Manter o tratamento atual visto que a hemoglobina glicada está na meta, considerando as comorbidades do paciente.
- 44.** Mulher, 75 anos, vem com a filha à consulta médica com queixa de perda de peso de 5kg em um mês, adinamia e palpitações há 3 meses. Paciente com antecedente apenas de HAS em uso de Losartana 100 mg ao dia, independente nas suas atividades diárias. Ao exame físico apresenta tireoide de consistência e volume aumentados, indolor à palpação, com nódulos palpáveis, em ambos os lobos, medindo aproximadamente 2 a 3 cm; restante do exame físico sem alterações significativas. Traz os seguintes exames solicitados por um colega médico há 1 semana: TSH = 0,01 mUI/L (VR = 0,5 – 4,5 mUI/L) e T4 livre = 1,8 ng/dl (VR = 0,7 – 1,5 ng/dl). Assinale a alternativa que apresenta o exame complementar confirmatório, diagnóstico mais provável e tratamento, respectivamente:
- Ⓐ TRAb – doença de Graves – betabloqueador
  - Ⓑ Cintilografia de tireoide – bócio multinodular tóxico – iodoterapia
  - Ⓒ Tireoglobulina – tireoidite subaguda – Anti-Inflamatórios Não Esteroides (AINE)
  - Ⓓ T3 livre – doença de Hashimoto – metimazol
  - Ⓔ Punção aspirativa por agulha fina (PAAF) – carcinoma de tireoide – tireoidectomia
- 45.** Paciente de 55 anos, diagnosticado com doença de Parkinson em fase inicial, apresenta tremor em repouso e leve rigidez. A melhor opção inicial de tratamento farmacológico para esse paciente, considerando a eficácia, comodidade posológica e perfil de efeitos colaterais é:
- Ⓐ agonistas dopaminérgicos como a Levodopa
  - Ⓑ inibidores da MAO-B como a Rasagilina
  - Ⓒ inibidores da COMT como a Entacapona
  - Ⓓ inibidor de colinesterase como a Piridostigmina
  - Ⓔ anticolinérgicos, como o Triexifenidil
- 46.** O médico do TRR (Time de Resposta Rápida) de um hospital é acionado para prestar assistência a uma paciente idosa internada na enfermaria de traumatologia. A paciente foi submetida a internação em virtude de fratura fechada do colo do fêmur esquerdo após queda da própria altura no banheiro de sua casa. A enfermeira da unidade repassa o caso com os seguintes dados: Dona Amélia 78 anos é muito comunicativa, sorridente e não reclama de nada. Porém, hoje pela manhã encontra-se com rebaixamento do sensório, recusa alimentar, diurese reduzida e com odor fétido. Glasgow: 12, SO<sub>2</sub>: 93% sem suplementação de O<sub>2</sub>, PA: 90x60 mmHg, FC: 110 bpm, FR: 24 irpm e Tax: 39°C. A principal hipótese diagnóstica e a melhor conduta frente a essa sintomatologia são:
- Ⓐ Sepses de foco urinário; iniciar antibioticoterapia oral e ressuscitação volêmica com cristalóide na dose de 20ml/kg e; reavaliação após duas horas.
  - Ⓑ Sepses de foco urinário; iniciar antibioticoterapia endovenosa e ressuscitação volêmica com cristalóide em 30ml/kg e encaminhar para Unidade de Terapia Intensiva (UTI).
  - Ⓒ Sepses de foco urinário; iniciar antibioticoterapia endovenosa e ressuscitação volêmica com solução colóides em 30ml/kg e; reavaliar após uma hora.
  - Ⓓ Choque séptico de foco urinário; iniciar antibioticoterapia endovenosa e ressuscitação volêmica com cristalóide em 40ml/kg e; reavaliar após uma hora.
  - Ⓔ Choque séptico de foco urinário; iniciar antibioticoterapia endovenosa e noradrenalina e; encaminhar para UTI.

47. J.P.P, 14 anos, peso: 65 Kg, é um adolescente diagnosticado com Tuberculose Pulmonar na UBS em que você trabalha. De acordo com a última Diretriz do Ministério da Saúde que disponibiliza comprimidos em doses fixas combinadas (RHZE 150/75/400/275 mg) para iniciar a fase intensiva do tratamento, a posologia mais adequada é:
- a) 3 comprimidos, uma vez ao dia, em jejum.
  - b) 4 comprimidos, uma vez ao dia, em jejum.
  - c) 4 comprimidos, divididos em duas doses, em jejum e antes do jantar.
  - d) 5 comprimidos, uma vez ao dia, em jejum.
  - e) 5 comprimidos, divididos em duas doses, em jejum e antes do jantar.
48. As parasitoses intestinais são muito frequentes na infância e são consideradas problemas de saúde pública, principalmente nas áreas periféricas nas cidades dos países em desenvolvimento, onde ocorrem com grande frequência. Alguns parasitas geram uma resposta inflamatória migratória no pulmão, em razão de seu ciclo pulmonar. Assinale a alternativa que contém os parasitas que causam a Síndrome de Loeffler:
- a) *Strongyloides stercoralis*, *Ancylostoma duodenale*, *Giardia lamblia* e *Ascaris lumbricoides*.
  - b) *Ascaris lumbricoides*, *Necator americanus*, *Strongyloides stercoralis* e *Ancylostoma duodenale*.
  - c) *Entamoeba histolytica*, *Strongyloides stercoralis*, *Trichocephalus trichiura* e *Necator americanus*.
  - d) *Ancilostomideos*, *Iodamoeba butschlii*, *Necator americanus* e *Ascaris lumbricoides*.
  - e) *Giardia lamblia*, *Ascaris lumbricoides*, *Strongyloides stercoralis* e *Taenia solium*.
49. A respeito do tratamento da sífilis, assinale a alternativa correta.
- a) Benzilpenicilina benzatina 2,4 milhões UI, IM, dose única (1,2 milhão UI em cada glúteo) é o tratamento de escolha para sífilis secundária.
  - b) Benzilpenicilina benzatina 1,2 milhões UI, IM, dose única (0,6 milhão UI em cada glúteo) é o tratamento de escolha para sífilis primária.
  - c) Benzilpenicilina benzatina 2,4 milhões UI, IM, 1x/semana (1,2 milhão UI em cada glúteo) por 2 semanas é o tratamento de escolha para sífilis tardia.
  - d) Benzilpenicilina benzatina 2,4 milhões UI, IM, 1x/semana (1,2 milhão UI em cada glúteo) por 3 semanas é o tratamento de escolha para neurosífilis.
  - e) Doxiciclina 100mg, VO, a cada 12h, por 07 dias.
50. Paciente, sexo masculino, de 46 anos, previamente hígido, apresenta-se ao pronto-atendimento com queixa de fadiga, hipotensão arterial, perda de peso, redução da libido e diminuição de pelos corporais. Após investigação, os exames laboratoriais revelam: cortisol matutino baixo, T4 livre baixo, TSH normal, testosterona baixa, LH e FSH baixos. Sobre a abordagem e o manejo inicial desse paciente, assinale a alternativa correta.
- a) Iniciar imediatamente a reposição com levotiroxina para corrigir o hipotireoidismo.
  - b) Solicitar dosagem de ACTH para confirmar diagnóstico de insuficiência adrenal primária.
  - c) Iniciar reposição de glicocorticoides antes da reposição de hormônios tireoidianos.
  - d) A reposição de testosterona deve ser iniciada antes de qualquer outra intervenção, dado o quadro de hipogonadismo.
  - e) Realizar teste de estímulo com ACTH para confirmar diagnóstico de insuficiência adrenal secundária antes de qualquer intervenção.





**UNIVERSIDADE DO ESTADO DO PARÁ**  
**PROCESSO SELETIVO UNIFICADO PARA RESIDÊNCIA MÉDICA 2025**

**Grupo D: Pré-Requisito: Clínica Médica**

Especialidades: Cardiologia, Endocrinologia e Metabologia, Hematologia e Hemoterapia, 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	