



1. Durante a resposta metabólica ao trauma, a hiperglicemia é comumente causada por:
  - a) inibição do sistema nervoso simpático.
  - b) aumento da glicogenólise hepática e resistência à insulina.
  - c) supressão de cortisol e catecolaminas.
  - d) bloqueio da gliconeogênese muscular.
  - e) aumento da secreção de insulina pelo pâncreas.
2. Em pacientes gravemente traumatizados, o estado hipermetabólico é caracterizado por:
  - a) redução do consumo de oxigênio e aumento da insulina.
  - b) aumento da glicólise aeróbica.
  - c) hipoglicemia e menor secreção de glucagon.
  - d) aumento da síntese de proteínas musculares.
  - e) catabolismo proteico, aumento da lipólise e resistência à insulina.
3. A indicação mais comum para cirurgia de emergência em hérnia inguinal é:
  - a) aumento progressivo do volume abdominal.
  - b) obstrução intestinal com estrangulamento.
  - c) presença de hérnia bilateral.
  - d) hérnia assintomática em idosos.
  - e) recorrência de hérnia após cirurgia prévia.
4. Em relação à correção laparoscópica de hérnias inguinais, uma vantagem em relação à abordagem aberta é:
  - a) menor tempo cirúrgico.
  - b) menor taxa de recidiva em hérnias primárias.
  - c) redução da dor no pós-operatório e retorno mais rápido às atividades.
  - d) não necessidade de anestesia geral.
  - e) melhor resultado estético em hérnias estranguladas.
5. Em hérnias abdominais complexas com defeitos de parede maiores que 10 cm, a técnica de escolha para reconstrução é:
  - a) sutura simples sem tensão.
  - b) uso de tela com reposição intraperitoneal.
  - c) abordagem por separação de componentes.
  - d) herniorrafia laparoscópica.
  - e) colocação de tela biológica subcutânea.
6. Em um paciente politraumatizado, o exame FAST positivo indica:
  - a) presença de líquido intraperitoneal ou pericárdico.
  - b) pneumotórax hipertensivo.
  - c) laceração de fígado ou baço.
  - d) obstrução intestinal com peritonite.
  - e) presença de lesão vascular torácica.
7. Em trauma torácico com pneumotórax hipertensivo, a principal complicação evitada com a descompressão imediata é:
  - a) isquemia mesentérica.
  - b) hipoxemia severa e choque obstrutivo.
  - c) ruptura do diafragma.
  - d) hemorragia interna.
  - e) embolia pulmonar.
8. A indicação absoluta de laparotomia exploradora em trauma abdominal penetrante é:
  - a) Lesão de alça intestinal detectada na tomografia.
  - b) Sangramento ativo documentado por angiografia.
  - c) Hipotensão com sinais de peritonite.
  - d) Fratura pélvica associada a hemorragia.
  - e) Presença de líquido livre sem hemoperitônio.
9. Na avaliação inicial de lesões em trauma fechado, a realização do exame radiológico de tórax é essencial para:
  - a) diagnosticar hemotórax ou pneumotórax maciço.
  - b) identificar lacerações hepáticas.
  - c) avaliar lesões intestinais.
  - d) confirmar perfuração esofágica.
  - e) avaliar fraturas lombares associadas.
10. Em pacientes com suspeita de apendicite aguda, o exame de imagem que tem maior especificidade é:
  - a) Ultrassonografia abdominal.
  - b) Tomografia computadorizada com contraste.
  - c) Radiografia de abdome em pé.
  - d) Ressonância magnética.
  - e) Laparoscopia diagnóstica.
11. A principal conduta em diverticulite complicada com abscesso pericolônico > 4 cm é:
  - a) colectomia eletiva imediata.
  - b) tratamento clínico com dieta líquida.
  - c) drenagem percutânea guiada por imagem.
  - d) uso exclusivo de antibioticoterapia.
  - e) jejum e nutrição parenteral total.

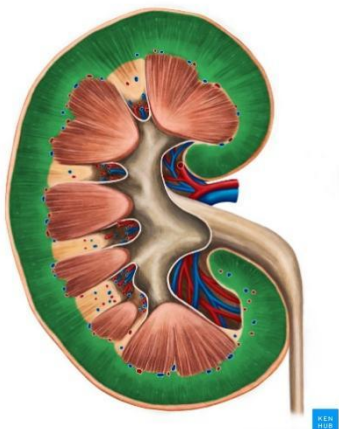
- 12.** Na úlcera péptica perfurada, o achado clínico mais sugestivo é:
- a) rigidez abdominal e pneumoperitônio.
  - b) peritonite localizada no epigástrico.
  - c) dor abdominal difusa e alívio com anticolinérgicos.
  - d) hematoquezia associada.
  - e) hipotensão súbita com abdome flácido.
- 13.** Em caso de obstrução intestinal alta, a conduta inicial mais indicada é:
- a) cirurgia laparoscópica de emergência.
  - b) administração de soluções eletrolíticas orais.
  - c) suporte clínico com sonda nasogástrica e hidratação venosa.
  - d) antibioticoterapia empírica.
  - e) laparotomia com ressecção de alça comprometida.
- 14.** A indicação absoluta de intubação orotraqueal em pacientes com queimaduras é:
- a) área corporal queimada superior a 20%.
  - b) presença de queimaduras de terceiro grau em membros inferiores.
  - c) lesão por inalação com sinais de comprometimento das vias aéreas superiores.
  - d) história de exposição a chamas por menos de 5 minutos.
  - e) qualquer queimadura facial sem sinais respiratórios.
- 15.** Na ressuscitação volêmica de grandes queimados, o objetivo da infusão de cristaloides é:
- a) manter diurese de aproximadamente 0,5 mL/kg/h.
  - b) reduzir a concentração sérica de sódio.
  - c) aumentar a pressão arterial média para > 100 mmHg.
  - d) evitar a necessidade de transfusões sanguíneas.
  - e) prevenir insuficiência respiratória associada à hipervolemia.
- 16.** O tratamento de escolha para colecistite aguda complicada com abscesso é:
- a) antibioticoterapia isolada.
  - b) drenagem percutânea do abscesso seguida de colecistectomia.
  - c) colecistectomia laparoscópica de emergência.
  - d) uso de analgésicos até estabilização clínica.
  - e) drenagem biliar por CPRE.
- 17.** Em pacientes com colelitíase sintomática, o método mais indicado para tratamento definitivo é:
- a) dissolução dos cálculos com medicamentos.
  - b) colecistectomia laparoscópica eletiva.
  - c) observação clínica com controle da dor.
  - d) dieta com restrição lipídica rigorosa.
  - e) litotripsia extracorpórea.
- 18.** Em colangite aguda grave, a intervenção mais importante no manejo inicial é:
- a) administração de corticosteroides.
  - b) terapia antimicrobiana associada a suporte clínico.
  - c) drenagem biliar por CPRE ou cirurgia.
  - d) jejum absoluto com nutrição parenteral total.
  - e) colecistectomia de emergência.
- 19.** A classificação de Atlanta para pancreatite aguda define como grave a presença de:
- a) necrose pancreática e infecção local.
  - b) hipocalcemia associada a dor abdominal intensa.
  - c) insuficiência orgânica persistente por mais de 48 horas.
  - d) hiperglicemia severa e níveis elevados de amilase.
  - e) colelitíase associada a obstrução biliar.
- 20.** Em pancreatite aguda biliar, a conduta indicada após estabilização inicial é:
- a) realização de CPRE para desobstrução biliar.
  - b) colecistectomia laparoscópica ainda na internação.
  - c) nutrição enteral precoce por sonda nasojejunal.
  - d) coledocotomia aberta seguida de drenagem.
  - e) retorno à dieta oral apenas após 15 dias.
- 21.** A principal complicação de diverticulite aguda não tratada é:
- a) Isquemia intestinal.
  - b) Abscesso pericolônico.
  - c) Hemorragia digestiva alta.
  - d) Perfuração do esôfago.
  - e) Obstrução intestinal alta.

- 22.** Na síndrome de Ogilvie, o manejo inicial mais recomendado é:
- a** administração de neostigmina sob monitoramento.
  - b** laparotomia exploradora imediata.
  - c** colonoscopia terapêutica com descompressão.
  - d** suporte clínico com hidratação venosa e correção de eletrólitos.
  - e** instalação de sonda nasogástrica.
- 23.** Em pacientes com obstrução intestinal por neoplasia colônica, o sinal radiológico mais típico é:
- a** nível hidroaéreo em "escada".
  - b** sinal de "grão de café".
  - c** dilatação do cólon proximal com obstrução abrupta.
  - d** espessamento difuso da parede colônica.
  - e** pneumoperitônio.
- 24.** Em pacientes com úlcera gástrica que não responde ao tratamento clínico, a cirurgia de escolha é:
- a** vagotomia troncular com piloroplastia.
  - b** gastrectomia parcial com reconstrução em Y de Roux.
  - c** anastomose gastrojejunal.
  - d** gastrostomia e derivação duodenal.
  - e** cirurgia de emergência com drenagem biliar.
- 25.** O exame mais indicado para diagnóstico de câncer gástrico em pacientes com dispepsia persistente é:
- a** Tomografia computadorizada do abdome.
  - b** Endoscopia digestiva alta com biópsia.
  - c** Ultrassonografia abdominal.
  - d** Hemograma completo com marcadores tumorais.
  - e** Radiografia contrastada de esôfago e estômago.
- 26.** Homem de 15 anos de idade, portador de DM 1 em uso irregular de insulina, chega ao serviço de emergência com queixa de náuseas, vômitos e dor abdominal. Ao exame físico estava desidratado ++++/4+, PA = 90 x 60 mmHg, FC = 125 bpm com tempo de enchimento capilar = 5s. Restante do exame sem alterações. Foi iniciada expansão volêmica com solução salina a 0,9%. Exames iniciais mostram: Glicemia = 350 mg/dL, pH = 7,0 Bic = 10 mEq/L, Na+ = 120 mEq/L, K+ = 2,5 mEq/L. A melhor conduta com relação à insulinização neste exato momento para o paciente é:
- a** Insulina regular 0,1 UI/Kg/hora endovenosa em bomba de infusão.
  - b** Insulina regular 0,05 UI/Kg em bolus seguida de infusão de 0,1 UI/Kg/hora.
  - c** Insulina lispro 0,1 UI/Kg subcutânea em bolus e posteriormente a cada 2 horas.
  - d** Infusão imediata de bicarbonato de sódio para corrigir a acidose.
  - e** Não administrar insulina e fazer reposição de potássio.
- 27.** Homem de 74 anos, idoso frágil, em acompanhamento por DM2, em uso de metformina 850 mg 1 cp no café, almoço e jantar e insulina NPH 10 UI "bed time". Há cerca de dois meses, vem se alimentando bem menos que o habitual e perdeu 7 kg (de 87 para 80kg). Tem tido pesadelos frequentes, com episódios de agitação e sudorese e sonhos vívidos. Exame físico sem alterações. Nas últimas semanas os controles de glicemia capilar em jejum aumentaram de 120 para 200 mg/dL. A conduta mais adequada para o controle da glicemia deste paciente é:
- a** aumentar a dose da insulina NPH porque o que está ocorrendo é o fenômeno do alvorecer.
  - b** reduzir a dose da insulina NPH porque o que está ocorrendo é o fenômeno Somogyi.
  - c** introduzir insulina regular antes do jantar para auxiliar na redução da glicemia em jejum.
  - d** pedir para medir a glicemia de madrugada, de preferência às três horas para definição da melhor conduta.
  - e** suspender metformina e associar gliclazida com a insulina "bed time".

- 28.** Mulher, com 55 anos de idade, dá entrada no setor de pronto atendimento com quadro de letargia, desorientação, poliúria, polidipsia, náuseas, vômitos e constipação. Eletrocardiograma revela bradicardia sinusal e a paciente está muito desidratada. Exames laboratoriais com cálcio sérico ( $\text{Ca}^{++}$ ) = 14mg/dL; sódio sérico = 140mEq/L; potássio sérico = 4,2mEq/L. Inicialmente, o tratamento mais adequado é:
- a** Furosemida endovenosa.
  - b** Ácido zoledrônico.
  - c** Soro fisiológico 0,9%.
  - d** Denosumabe.
  - e** Dexametasona.
- 29.** Mulher, 65 anos, hipertensa de longa data e com diagnóstico de Insuficiência Cardíaca de Fração Ejeção Reduzida (ICFER) com FE de 30% no último ecocardiograma. Queixa-se de cansaço aos pequenos esforços e edema de membros inferiores. Está em uso de sacubitril-valsartana, hemitartarato de metoprolol e espironolactona. As condutas que devem ser tomadas com o intuito de reduzir a progressão da insuficiência cardíaca e reduzir o risco de morte de causa cardiovascular são:
- a** associar hidralazina e prescrever o succinato de metoprolol no lugar do hemitartarato.
  - b** associar dapagliflozina e manter os demais.
  - c** associar empagliflozina e trocar sacubitril-valsartana por enalapril.
  - d** trocar espironolactona por eplerenona e manter os demais.
  - e** associar empagliflozina e trocar o hemitartarato por succinato de metoprolol.
- 30.** Homem, 40 anos, portador de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) de diagnóstico recente e de difícil controle e com necessidade do uso de quatro anti-hipertensivos. Refere episódios de palpitação, cefaleia e sudorese profusa; nega diarreia. RNM de abdome: massa em suprarrenal esquerda. O exame que tem o maior valor preditivo negativo em relação ao diagnóstico dessa condição é:
- a** Relação aldosterona plasmática/atividade plasmática de renina.
  - b** Cortisol pós dexametasona 1 mg.
  - c** Metanefrinas plasmáticas.
  - d** Dosagem de 17 alfa hidroxiprogesterona.
  - e** Metanefrinas urinárias.
- 31.** Mulher de 65 anos procura serviço de pronto-atendimento com queixa de dor abdominal de forte intensidade, náuseas e vômitos. Já foi duas vezes ao pronto-socorro, mas os sintomas só pioraram, apesar do uso de hioscina e metoclopramida. É portadora de DM2 desde os 45 anos. Exame clínico sem grandes alterações. Glicemia 180 mg/dL, pH= 7,1, bicarbonato 10 mEq/L, anion gap de 22 mEq/L. A medicação mais adequada para este caso é:
- a** Metformina.
  - b** Ertugliflozina.
  - c** Semaglutida.
  - d** Pioglitazona.
  - e** Linagliptina.
- 32.** Homem de 79 anos de idade com antecedentes de episódios recorrentes de hemorragia digestiva. Após investigação extensa do quadro, foi definido o diagnóstico de angiodisplasia em duodeno proximal, cujo sangramento foi adequadamente controlado. Ao exame físico o paciente estava corado com PA 110x70 mmHg, FC 80 bpm. Na ausculta cardíaca foi detectado a presença de um sopro cardíaco e não há outras alterações. A alteração mais provável de ser encontrada no ecocardiograma deste paciente é:
- a** Insuficiência aórtica.
  - b** Insuficiência mitral.
  - c** Estenose pulmonar.
  - d** Estenose mitral.
  - e** Estenose aórtica.
- 33.** Mulher de 37 anos, procedente de Traquateua-PA, com história de febre há aproximadamente três meses, acompanhada de perda de peso, astenia e intensa anorexia. Há cerca de um ano e três meses um exame parasitológico de fezes foi positivo para *Schistosoma mansoni*, mas a paciente recusou o tratamento oferecido. Ao exame físico estava anictérica, febril ao toque, hipocorada ++/4+, com fígado a 4 cm da reborda costal direita e com baço a 12 cm da reborda costal esquerda, com circulação colateral e ascite volumosa e edema ++/4+ de membros inferiores. A alternativa que estaria associada a esse quadro é:
- a** Associação com endocardite infecciosa.
  - b** Síndrome de Budd-Chiari.
  - c** Trombose de veia porta.
  - d** Salmonelose septicêmica prolongada.
  - e** Peritonite bacteriana espontânea.

- 34.** Mulher com 13 anos de idade com história de dispneia aos esforços acompanhada de tosse seca há cerca de três meses, período em que se mudou para Belém, vindo do interior. Nega febre ou perda ponderal significativa e sudorese noturna. Exame físico sem anormalidades. Exames solicitados como RX de tórax, endoscopia digestiva alta e espirometria foram normais. entre os exames abaixo, o mais importante para estabelecer o diagnóstico nesse caso é:
- a) Pesquisa de BAAR no escarro.
  - b) Broncoscopia com lavado broncoalveolar.
  - c) Tc de tórax.
  - d) Espirometria com broncoprovocação.
  - e) pH-metria esofágica de 24 horas.
- 35.** Mulher, 45 anos, com antecedentes de hipertensão, com doença renal crônica estágio IV, em tratamento conservador e com vários episódios de pielonefrite . TC de abdômen revelando rins com dimensões aumentadas e contornos bocelados com múltiplas formações císticas e com parênquima hepático revelando múltiplas formações císticas. A hipótese diagnóstica mais provável para este caso é:
- a) doença renal policística do adulto.
  - b) rim em esponja medular.
  - c) múltiplos cistos simples benignos.
  - d) doença cística renal adquirida.
  - e) Hidatidose com comprometimento hepático e renal.
- 36.** A Síndrome de Jorge Lobo é uma micose crônica e de evolução lenta causada pelo fungo *Lacazia loboi*. A infecção acomete, principalmente, as regiões de pele exposta e está associada a lesões nodulares e quelóides, que podem evoluir sem tratamento adequado. Sobre a Síndrome de Jorge Lobo, assinale a alternativa **INCORRETA**.
- a) A doença é endêmica em áreas da Amazônia e frequentemente afeta trabalhadores rurais.
  - b) A transmissão ocorre pelo contato com solo contaminado e através de feridas abertas.
  - c) O diagnóstico pode ser confirmado pela identificação do fungo em exames micológicos diretos.
  - d) O tratamento de escolha é com antifúngicos como itraconazol e fluconazol.
  - e) A doença pode apresentar lesões nodulares com aspecto quelóide que acometem principalmente os membros inferiores.
- 37.** A Escala de Coma de Glasgow (ECG) é um sistema usado para avaliar o nível de consciência em pacientes com lesão cerebral, medindo respostas oculares, verbais e motoras. Seu escore varia de 3 a 15, indicando gravidade crescente da alteração neurológica. Sobre a Escala de Coma de Glasgow, assinale a alternativa **INCORRETA**.
- a) Flexão anormal (decorticação) na resposta motora contabiliza escore 3.
  - b) A ausência de resposta verbal conta como 1 ponto.
  - c) A abertura ocular em resposta à dor contabiliza escore 2.
  - d) A resposta verbal orientada conta com escore 4.
  - e) A extensão anormal (descerebração) contabiliza escore 3.
- 38.** As coagulopatias hereditárias são distúrbios genéticos que afetam o processo normal de coagulação sanguínea, resultando em sangramentos excessivos ou prolongados. As mais comuns incluem a hemofilia e a doença de Von Willebrand, que decorrem da deficiência ou disfunção de fatores de coagulação específicos. Considerando a hemofilia, que é uma coagulopatia ligada ao cromossomo X, o exame laboratorial de triagem mais relevante para o diagnóstico dessa condição é:
- a) Hemograma
  - b) Tempo de Coagulação (TC)
  - c) Tempo de Protrombina (TAP)
  - d) Tempo de Tromboplastina Parcial Ativada (TTPA)
  - e) Tempo de Trombina (TT)

39. Na análise da anatomia externa do rim, observa-se uma estrutura côncava, por onde passam a artéria renal, a veia renal e a pelve renal, que deixa o seio renal por essa mesma abertura.



A abertura vertical é conhecida como:

- a Ureter
  - b Néfron
  - c Ducto coletor
  - d Hilo renal
  - e Glomérulo renal
40. A apoptose é um processo de morte celular programada, geneticamente controlado, que ocorre naturalmente e pode ser induzido em situações patológicas, beneficiando o organismo ao eliminar células danificadas ou desnecessárias. A principal classe de enzimas envolvidas nesse processo é:
- a Caspases
  - b RNA polimerase
  - c Acetilases de histonas
  - d DNA metiltransferases
  - e Tirosina quinases

41. Historicamente, a tuberculose tem representado uma preocupação significativa em saúde pública, e, mesmo com os progressos nos tratamentos, a resistência aos medicamentos continua a ser um desafio relevante. Sobre a tuberculose, assinale a alternativa correta.

- a A tuberculose é originada por um vírus que se multiplica nas células do sistema imunológico.
- b A forma predominante de transmissão da tuberculose ocorre pelo contato direto com fluidos corporais.
- c A tuberculose é uma infecção bacteriana que se propaga principalmente através de gotículas respiratórias.
- d O tratamento da tuberculose é geralmente ineficaz e não exige acompanhamento médico.
- e A tuberculose é uma doença restrita aos pulmões, sem manifestação em outras partes do corpo.

42. Os primeiros casos de AIDS foram registrados aproximadamente em 1977 nos Estados Unidos, no Haiti e na África Central. No entanto, a doença começou a atrair a atenção da sociedade em 1981, quando o Centro de Controle e Prevenção de Doenças (CDC) dos EUA publicou um relatório sobre a morte de cinco homens em decorrência de pneumonia. No ano seguinte, em 1982, a condição foi oficialmente denominada Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS), após a descoberta de que o vírus responsável poderia ser transmitido através de relações sexuais, do uso de drogas injetáveis ou pela exposição ao sangue. O vírus que causa a AIDS é conhecido como Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV). Com relação ao HIV, pode-se afirmar que ele é constituído por:

- a DNA, pertencente à subfamília Lentiviridae e ataca linfócitos T.
- b RNA, pertencente à subfamília Orthomyxoviridae e ataca linfócitos T.
- c RNA, pertencente à subfamília Lentiviridae e ataca hemácias.
- d DNA, pertencente à subfamília Flaviviridae e ataca plaquetas.
- e RNA, pertencente à subfamília Lentiviridae e ataca linfócitos T.

- 43.** O Lúpus Eritematoso Sistêmico (LES) é uma patologia autoimune complexa que pode impactar diversos sistemas do corpo humano. Essa condição é marcada pela produção de autoanticorpos que atacam tecidos saudáveis, resultando em inflamação e dano. Os sintomas do LES são variados e podem incluir erupções cutâneas, fadiga, dores nas articulações e problemas renais. O diagnóstico é desafiador, normalmente exigindo uma combinação de critérios clínicos e laboratoriais. Sobre o lúpus eritematoso sistêmico, marque a alternativa correta.
- a** O LES é uma condição que atinge principalmente os homens, com maior frequência após os 50 anos.
  - b** A presença do Anticorpo Antinuclear (ANA) é um marcador exclusivo para o diagnóstico do LES.
  - c** A fotossensibilidade no Lúpus Eritematoso Sistêmico é uma reação adversa da pele que ocorre após a exposição à luz solar, resultando em erupções cutâneas, que podem agravar os sintomas da doença.
  - d** O tratamento do LES é geralmente realizado com antibióticos, com o intuito de controlar a infecção.
  - e** O LES não está associado a um aumento do risco de complicações cardiovasculares em relação à população geral.
- 44.** As crises convulsivas são eventos neurológicos caracterizados por descargas elétricas anormais no cérebro, resultando em sintomas motores, sensoriais ou psíquicos. Elas podem ser classificadas em diferentes tipos, como crises generalizadas, que afetam ambos os hemisférios cerebrais, e crises focais, que se originam em uma área específica do cérebro. O diagnóstico e o tratamento das crises convulsivas são complexos, frequentemente requerendo uma abordagem multidisciplinar. Sobre crises convulsivas, assinale a alternativa correta.
- a** As crises convulsivas são sempre acompanhadas de perda de consciência, independentemente do tipo.
  - b** Crises focais podem se manifestar como alterações sensoriais ou motoras localizadas, sem necessariamente afetar a consciência do paciente.
  - c** A epilepsia é a única condição médica que pode causar crises convulsivas em um paciente.
  - d** O tratamento das crises convulsivas é feito exclusivamente com medicamentos antipsicóticos, visando estabilizar a atividade elétrica do cérebro.
  - e** Crises convulsivas generalizadas podem resultar em movimentos tônicos e clônicos, frequentemente seguidos de um período de confusão ou amnésia.
- 45.** Os oncogenes e os genes supressores de tumores desempenham papéis cruciais na regulação do ciclo celular e na manutenção da homeostase tecidual. Os oncogenes são versões mutadas de genes normais que promovem o crescimento celular descontrolado, enquanto os genes supressores de tumores atuam como freios para o crescimento celular, inibindo a proliferação excessiva. O desequilíbrio entre esses dois tipos de genes pode levar ao desenvolvimento de câncer. A seguir, estão apresentadas algumas afirmativas sobre oncogenes e genes supressores de tumores. Nesse sentido analise as afirmativas abaixo.
1. Os oncogenes são frequentemente formados por mutações que resultam em uma proteína que inibe o crescimento celular, contribuindo assim para a progressão tumoral.
  2. A inativação de genes supressores de tumores, como o TP53, é uma alteração comum em diversos tipos de câncer, permitindo a proliferação celular não controlada.
  3. Os oncogenes são sempre herdados de um dos pais e, portanto, sua presença em um indivíduo garante o desenvolvimento de câncer.
  4. Os genes supressores de tumores são irrelevantes na carcinogênese, uma vez que sua função é apenas regular o metabolismo celular.
  5. A ativação de oncogenes pode ocorrer através de mutações, amplificação ou translocações, resultando em proteínas que estimulam o crescimento celular.
- A alternativa que contém todas as afirmativas corretas é:
- a** 1 e 5
  - b** 1, 3 e 5
  - c** 2 e 4
  - d** 3 e 5
  - e** 1, 2, 3 e 5



**46.** Conforme dados da Organização Mundial da Saúde (OMS), aproximadamente 9 indivíduos falecem a cada minuto em decorrência de politrauma, que pode ser causado por acidentes de trânsito, quedas de alturas variadas, violência armada, incêndios, entre outros. Durante a avaliação inicial de um paciente com politraumatismo, de acordo com as diretrizes mais recentes do Advanced Trauma Life Support (ATLS), a primeira ação a ser tomada é:

- a** Vias aéreas e sondagem vesical.
- b** Respiração e Ventilação.
- c** Acesso venoso.
- d** Avaliação de hemorragia exsanguinante ou hemorragia externa grave.
- e** Disfunção neurológica.

Leia o caso clínico abaixo para responder à questão 47.

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).

**47.** 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.

**48.** 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.

**49.** 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.

**50.** 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 ósseas 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.



**UNIVERSIDADE DO ESTADO DO PARÁ**  
**PROCESSO SELETIVO UNIFICADO PARA RESIDÊNCIA MÉDICA 2025**  
**Grupo G Pré-Requisito: Cirurgia Básica ou Cirurgia Geral ou Clínica Médica**  
**Especialidades: Endoscopia**

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	