

[illegible]

Nº DE INSCRIÇÃO

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

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

4. A duração desta prova é de **4 (quatro) horas**, iniciando às **08 (oito) horas** e terminando às **12 (doze) horas**.

5. É terminantemente proibida a comunicação entre candidatos.

6. Quando for marcar o Cartão-Resposta, proceda da seguinte maneira:

- a) Faça uma revisão das alternativas marcadas no Boletim de Questões.
- b) Assinale, inicialmente, no Boletim de Questões, a alternativa que julgar correta, para depois marcá-la no Cartão-Resposta definitivamente.
- c) Marque o Cartão-Resposta, usando caneta esferográfica com tinta azul ou preta, preenchendo completamente o círculo correspondente à alternativa escolhida para cada questão.
- d) Ao marcar a alternativa do Cartão-Resposta, faça-o com cuidado, evitando rasgá-lo ou furá-lo, tendo atenção para não ultrapassar os limites do círculo.

Marque certo o seu cartão como indicado:
CERTO ●

- e) Além de sua resposta e assinatura, nos locais indicados, não marque nem escreva mais nada no Cartão-Resposta.
 - f) **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.**
7. Releia estas instruções antes de entregar a prova.
 8. Assine na lista de presença, na linha correspondente, o seu nome, do mesmo modo como foi assinado no seu documento de identidade.

BOA PROVA

Belém – Pará
Janeiro 2026

1. Mulher de 32 anos procura o pronto atendimento com história de cefaleia intensa, iniciada há 8 horas. Refere que a dor começou de forma súbita, em "pico máximo em menos de 1 minuto", associada a náuseas e rigidez de nuca. Nega febre ou história prévia de enxaqueca. Ao exame físico, está consciente, orientada, com rigidez de nuca, sem déficits motores. A hipótese diagnóstica mais provável e o próximo passo na investigação é:
- a Enxaqueca — tratar com triptano e reavaliar resposta.
 - b Cefaleia tensional — analgesia e repouso.
 - c Hemorragia subaracnóidea — solicitar tomografia de crânio sem contraste.
 - d Meningite viral — iniciar antibiótico empírico imediatamente.
 - e Neuralgia do trigêmeo — iniciar carbamazepina e observar evolução.
2. Homem de 45 anos procura o ambulatório com queixa de dor epigástrica em queimação, empachamento pós-prandial e saciedade precoce há 2 meses. Nega perda de peso, vômitos ou sangramento digestivo. Não faz uso de AINEs, não fuma e não consome álcool regularmente. O exame físico é normal. A conduta inicial mais adequada neste caso é:
- a solicitar endoscopia digestiva alta imediatamente.
 - b iniciar tratamento empírico com Inibidor de Bomba de Prótons (IBP) por 4 a 8 semanas.
 - c encaminhar imediatamente para gastroenterologista para biópsia gástrica.
 - d prescrever procinético isoladamente e dieta leve.
 - e solicitar pesquisa de *Helicobacter pylori* e tratar se positivo.
3. Homem de 52 anos procura atendimento com coloração amarelada da pele e olhos há 5 dias, associada a colúria e acolia fecal. Refere prurido intenso e dor leve no hipocôndrio direito. Nega uso de álcool recente e transfusões. Ao exame físico: icterícia 2+/4+, vesícula biliar palpável e indolor (sinal de Courvoisier-Terrier positivo). Laboratório: Bilirrubina total: 12 mg/dL (direta 10 mg/dL); AST: 80 U/L; ALT: 95 U/L; FA: 600 U/L; GGT: 450 U/L. A hipótese diagnóstica mais provável neste caso é:
- a Hepatite viral aguda
 - b Hemólise intravascular
 - c Colestase extra-hepática (obstrutiva)
 - d Síndrome de Gilbert
 - e Icterícia medicamentosa (colestase intra-hepática)
4. Homem de 68 anos, diabético e hipertenso, é admitido no pronto-socorro com febre (39 °C), confusão mental e hipotensão (PA 85×50 mmHg). Apresenta frequência cardíaca de 115 bpm, FR 26 irpm, e SpO₂ 92% em ar ambiente. Laboratório inicial: Leucócitos: 18.000/mm³; Lactato: 4,2 mmol/L; Creatinina: 2,0 mg/dL (prévia 1,0); PCR: 180 mg/L. Suspeita-se de infecção urinária como foco. A conduta inicial mais adequada é:
- a aguardar resultado da urocultura para iniciar antibiótico específico.
 - b iniciar antibioticoterapia empírica e reposição volêmica precoce.
 - c iniciar corticoide e vasopressor imediatamente, antes da hidratação.
 - d administrar apenas antipirético e observar resposta clínica.
 - e encaminhar para internação sem medidas iniciais até avaliação especializada.
5. Homem de 68 anos, previamente hígido, procura o serviço de saúde com dor óssea difusa (principalmente coluna lombar), fadiga e perda de 5 kg em 2 meses.
- Exame físico: palidez discreta, sem linfonodomegalias ou esplenomegalia. Exames laboratoriais: Hemoglobina: 9,5 g/dL; Leucócitos: 6.000/mm³; Plaquetas: 180.000/mm³; Creatinina: 2,1 mg/dL; Cálcio: 11,2 mg/dL; Proteína total: 9,0 g/dL; Albumina: 3,0 g/dL
- Eletroforese de proteínas séricas mostra pico monoclonal (M-protein) na região IgG kappa. Radiografia de esqueleto com múltiplas lesões líticas. O critério que confirma o diagnóstico de mieloma múltiplo ativo, e indica tratamento medicamentoso é:
- a presença de anemia isolada.
 - b lesões ósseas difusas sem M-protein.
 - c pico monoclonal sem sintomas.
 - d hipercalcemia isolada sem M-protein.
 - e lesões líticas ósseas + M-protein monoclonal + evidência de disfunção orgânica (CRAB).

- 6.** Homem de 62 anos, tabagista, com história de DPOC, procura o pronto-socorro com dispneia intensa há 2 horas, tosse produtiva, e sibilos audíveis à distância. Apresenta FR 32 irpm, SpO₂ 86% em ar ambiente, PA 150×90 mmHg, FC 110 bpm.
- À ausculta: sibilos difusos e tempo expiratório prolongado. Gasometria: pH 7,30 / PaCO₂ 58 mmHg / PaO₂ 55 mmHg / HCO₃⁻ 28 mEq/L. A conduta inicial mais adequada neste caso é:
- a** administrar altas doses de oxigênio por máscara com reservatório (FiO₂ 100%).
 - b** iniciar ventilação mecânica invasiva imediata.
 - c** iniciar broncodilatadores inalados e oxigênio controlado (Venturi 24–28%).
 - d** prescrever antibiótico e observar evolução sem suporte ventilatório.
 - e** administrar apenas corticoide endovenoso.
- 7.** Mulher de 35 anos refere fraqueza progressiva em braços e pernas nos últimos 3 meses, especialmente ao subir escadas e pentear o cabelo. Nega dor, parestesias ou alteração sensorial. Ao exame físico: Fraqueza proximal em membros superiores e inferiores (MMT 4/5); Reflexos tendinosos preservados; Sem atrofia ou fasciculações; Sem alterações sensoriais. Exames laboratoriais: CK: 1.200 U/L (normal <200); TSH: normal; Anti-AChR: negativo; Eletroneuromiografia: alterações miopáticas. A hipótese diagnóstica mais provável é:
- a** Miastenia grave
 - b** Polimiosite
 - c** Doença de motoneurônio (ALS)
 - d** Síndrome miastênica congênita
 - e** Neuropatia periférica
- 8.** Paciente de 45 anos, apresenta-se com queixa de “pele amarela” há 19 dias. HDA: Paciente relata que há 29 dias cursa com febre 38°C, náuseas, vômitos, fadiga e dor em hipocôndrio direito. Refere que há 19 dias notou que a pele se mantém amarelada. Antecedentes Patológicos: Nega doenças pregressas e alergias. Refere internamento prévio para cirurgia em membro inferior esquerdo, sendo necessária hemotransfusão. Hábitos de Vida: Nega tabagismo e etilismo. Sedentária. Sobre as hepatites virais marque a alternativa correta.
- a** A vacina contra a hepatite B também previne a hepatite D.
 - b** A hepatite C é transmitida por via fecal-oral.
 - c** O vírus da hepatite D pode ser transmitido sem a presença do vírus da hepatite B.
 - d** A hepatite A geralmente tem um curso benigno, e a vacina para esta doença faz parte do calendário infantil.
 - e** A hepatite B pode cronificar em 90% dos casos, mas o risco de câncer é baixo.
- 9.** Homem de 45 anos procura atendimento com dor lombar de início insidioso há 6 semanas, localizada na região lombossacra, sem irradiação para membros inferiores. Refere que a dor piora ao permanecer sentado ou em pé por longos períodos e melhora com repouso relativo. Ao exame físico: Palpação: dor paravertebral discreta; Amplitude de movimento: limitada por dor, sem déficit neurológico; reflexos, força e sensibilidade: normais; sem febre ou perda de peso. A conduta inicial mais adequada, neste caso, é:
- a** solicitar ressonância magnética de coluna lombar imediatamente.
 - b** iniciar fisioterapia e analgesia, mantendo atividades diárias adaptadas.
 - c** prescrever opioides de início para controle da dor.
 - d** solicitar hemograma, VHS e PCR para descartar infecção.
 - e** encaminhar imediatamente para cirurgia de coluna.
- 10.** Uma paciente de 58 anos, com nefropatia diabética, clearance de creatinina de 62ml/min, realizou exame de rotina que evidenciou presença de um cisto renal simples em rim direito. Sobre os cistos renais e seu manejo, marque a alternativa correta.
- a** Paciente sempre deve ser encaminhada para o nefrologista para investigação diagnóstica.
 - b** Paciente deve realizar exame de Ressonância Nuclear Magnética para melhor elucidar o quadro.
 - c** Deve-se encaminhar para o urologista para avaliação de nefrectomia parcial devido cisto.
 - d** Paciente permanece em seguimento com clínico geral, visto que, cistos simples são benignos.
 - e** A avaliação de cistos renais deve ser feita sempre na UBS, visto que não existem cistos malignos.

11. Homem, 24 anos, sem comorbidades, queixa-se de dor torácica que piora com a inspiração profunda e dispneia progressiva há 5 dias. Ao exame encontra-se taquicárdico e dispneico. Ausculta pulmonar com crepitações até 1/3 médio bilateralmente. Ritmo regular em 3T (B3). Precórdio hipercinético. Ruído sistólico-diastólico contínuo e grave, pancardiaco. Abdome e MMII edemaciados. Extremidades quentes. História pregressa: NDN, exceto por infecção de garganta há 1 mês. Paciente diagnosticado com pericardite. Sobre o quadro clínico marque a alternativa correta.

- a** A causa mais comum de pericardite aguda é de etiologia bacteriana, sendo a pneumonia a principal doença associada.
- b** A presença de dois dos quatro critérios diagnósticos (dor, atrito, alterações no ECG, derrame) é suficiente para o diagnóstico.
- c** Na pericardite em todos as situações clínicas o paciente deve ser internado e vai receber medicações endovenosas.
- d** A dor torácica na pericardite geralmente é retroesternal e pode piorar ao sentar-se e inclinar-se para a frente.
- e** Alterações no eletrocardiograma (ECG) podem incluir onda T apiculada e aumento do intervalo PR.

12. Um paciente oncológico com diagnóstico de leucemia aguda é encaminhado à emergência. Apresenta grande carga tumoral e elevação significativa dos leucócitos. As principais medidas de manejo e prevenção da Síndrome de Lise Tumoral (SLT) são:

- a** iniciar restrição hídrica, alopurinol e diurético.
- b** hidratação venosa com solução alcalinizada e uso de rasburicase.
- c** hidratação venosa com fluidos isotônicos e uso de alopurinol ou rasburicase, dependendo do nível de ácido úrico.
- d** monitorar por mais tempo e iniciar tratamento somente se surgirem os sintomas clínicos.
- e** iniciar corticoide para diminuir a massa tumoral rapidamente.

13. Mulher de 67 anos, diabética tipo 2 há 15 anos, hipertensa, com insuficiência renal crônica estágio 3. Chega ao pronto-socorro com quadro de 2 dias de febre (38,5°C), tosse produtiva com escarro purulento, dispneia progressiva e dor torácica pleurítica à inspiração profunda, à direita. Ao exame: crepitações em base pulmonar direita, taquipneia, Sat O₂ 88% em ar ambiente, PA 110/70 mmHg, FC 110 bpm. Hemograma: leucocitose com desvio à esquerda; PCR elevada. Radiografia de tórax: infiltrado em lobo inferior direito. A estratégia mais apropriada inicial no manejo é:

- a** iniciar antibioticoterapia empírica com ceftriaxona + azitromicina.
- b** solicitar tomografia de tórax antes de iniciar antibiótico.
- c** tratar apenas com suporte (oxigênio, hidratação) e aguardar culturas.
- d** iniciar antibioticoterapia empírica com piperacilina-tazobactam + levofloxacino.
- e** internar em UTI e imediatamente colocar em ventilação mecânica invasiva.

14. Homem de 55 anos, previamente hígido, comparece com queixa de fadiga progressiva, perda de peso de 5 kg em 2 meses, sudorese noturna e febrícula vespertina. Ao exame: linfadenopatia cervical bilateral (2–3 cm) indolor, esplenomegalia discreta. Hemograma: leucócitos 45.000/mm³ com predomínio de neutrófilos, com desvio à esquerda, bastonetes imaturos; Hb 12 g/dL; plaquetas 180.000/mm³. Biópsia de medula óssea: hiperplasia mielóide. Dosagens de ácido fólico e vitamina B12 normais, teste de fosfatase alcalina leucocitária (> 1000 U/L). O exame confirmatório mais adequado para o diagnóstico é:

- a** Eletroforese de hemoglobina.
- b** PCR para mutação JAK2 V617F.
- c** Teste de mutação BRAF V600E.
- d** Citogenética para translocação t (9;22) (BCR-ABL).
- e** NGS (sequenciamento de nova geração) para mielodisplasia.

- 15.** Mulher de 45 anos, hipertensa controlada, procura atendimento com queixa de fraqueza progressiva nas pernas (predominantemente distal no início), dificuldades para levantar de uma cadeira, engolir alimentos sólidos e sensação de "formigamento" nas mãos há 3 semanas. Ao exame neurológico: força grau 3/5 em músculos proximais dos membros inferiores e superiores, reflexos tendinosos diminuídos, leve atrofia proximal e fasciculações. Eletroencefalografia: descargas fibrilatórias e ondas positivas agudas com potenciais de unidade motora de alta amplitude, longa duração e polifásicos. O diagnóstico mais provável neste caso é:
- a Polimiosite
 - b Miastenia gravis
 - c Esclerose Lateral Amiotrófica (ELA)
 - d Síndrome de Guillain-Barré
 - e Miopatia induzida por estatina
- 16.** Homem de 72 anos, portador de Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC), ex-tabagista (60 maços/ano), procura atendimento com piora progressiva da tosse e produção de escarro esverdeado nos últimos 5 dias, febre baixa e dispnéia. Ao exame: uso de musculatura acessória, sibilos difusos, Sat O₂ 85% em ar ambiente. Gasometria arterial mostra pCO₂ elevada (50 mmHg), pO₂ 55 mmHg, HCO₃ elevado. A abordagem mais adequada imediatamente para este caso é:
- a intubação orotraqueal e ventilação mecânica invasiva.
 - b iniciar Ventilação Não Invasiva (VNI) + antibioticoterapia.
 - c apenas broncodilatadores e corticóide oral.
 - d oxigenoterapia liberal para manter saturação > 95%.
 - e Expectante e observar evolução.
- 17.** Mulher de 58 anos, sem comorbidades significativas, queixa recente (6 semanas) de poliúria, polidipsia e perda de peso de 2 kg. Exame físico normal, salvo sinais leves de desidratação. Glicemia de jejum: 200 mg/dL; HbA_{1c}: 8,5%. Função renal e eletrólitos normais. A melhor conduta inicial neste caso é:
- a iniciar metformina isolada.
 - b iniciar insulina basal ao deitar em monoterapia logo desde o início.
 - c iniciar metformina + inibidor de SGLT2.
 - d dieta restrita e observação sem medicação.
 - e iniciar sulfonilureia (glibenclamida) isolada.
- 18.** Homem, 62 anos, com antecedente de etilismo crônico e hepatite C tratada. Comparece ao PS com quadro de ascite progressiva, edema de MMII e confusão mental nas últimas 48h. Ao exame: flapping, icterícia +/4, ascite tensa, GCS: 14. Na paracentese diagnóstica: 300 células/mm³ (70% neutrófilos), albumina do líquido ascítico: 1,0 g/dL (sérica: 3,2 g/dL). O diagnóstico mais provável neste caso é:
- a Peritonite bacteriana espontânea.
 - b Cirrose hepática compensada.
 - c Carcinomatose peritoneal.
 - d Hepatocarcinoma com invasão peritoneal.
 - e Síndrome hepatorenal.
- 19.** Mulher de 30 anos, com história de dor abdominal epigástrica intermitente há 3 meses, associada a emagrecimento de 5 kg e diarreia crônica. Refere episódios de sudorese e palpitação após refeições. Endoscopia digestiva alta com duodenite erosiva. Exames: gastrina sérica em jejum > 1000 pg/mL. A principal hipótese diagnóstica é:
- a Úlcera gástrica associada a H. pylori.
 - b Doença celíaca.
 - c Síndrome de Zollinger-Ellison.
 - d Síndrome do intestino irritável.
 - e Pancreatite crônica.
- 20.** Homem de 74 anos, ex-tabagista, com antecedente de DPOC leve, apresenta quadro de dor torácica retroesternal súbita, dispneia intensa, sudorese fria e síncope. Ao exame: PA 80/60 mmHg, FC 120 bpm, turgência jugular, murmúrio vesicular preservado, ECG: taquicardia sinusal. Troponina discretamente elevada. D-dímero: 5000 ng/mL. Angiotomografia: trombo em artéria pulmonar direita e esquerda. A Conduta imediata neste caso é:
- a anticoagulação com heparina e observação.
 - b fibrinólise sistêmica com alteplase.
 - c cateterismo cardíaco para coronariografia.
 - d reposição volêmica e observação.
 - e corticóide em altas doses.

- 21.** Sobre as causas de hemorragia digestiva é correto afirmar que:
- a** a hemorragia digestiva aguda baixa equivale a aproximadamente 24% dos casos de hemorragia digestiva.
 - b** os pólipos e os tumores malignos são causas frequentes de hemorragia digestiva aguda baixa.
 - c** a colite por irradiação geralmente causa hemorragia digestiva entre 3 e 6 meses após a radioterapia.
 - d** a doença hemorroidária é a causa mais frequente de hemorragia digestiva aguda baixa.
 - e** a amebíase é a maior causa de hemorragia digestiva aguda baixa em crianças e adultos jovens.
- 22.** Sobre as parasitoses intestinais é correto afirmar que:
- a** a amebíase é a que acomete mais frequentemente a população brasileira.
 - b** o *Necator americanus* tem localização preferencial pelo jejuno.
 - c** quem parasita o homem é a fêmea do *Strongyloides stercoralis*.
 - d** o sangramento é a queixa mais comum da infecção pelo *Enterobius vermicularis*.
 - e** os trofozoítas da *Giardia lamblia* têm como habitat natural o cólon do hospedeiro.
- 23.** Assinale a alternativa correta em relação à classificação radiológica de Ferreira Santos da Acalásia.
- a** Grau I: diâmetro do esôfago distal menor que 5 cm + incoordenação motora e retenção do meio de contraste.
 - b** Grau II: diâmetro do esôfago distal entre 4 e 7 cm.
 - c** Grau III: diâmetro do esôfago distal maior que 7 cm, com tortuosidade.
 - d** Grau IV: diâmetro do esôfago distal maior que 10 cm.
 - e** Grau V: diâmetro do esôfago distal maior que 10 cm, com tortuosidade.
- 24.** Sobre o câncer de esôfago é correto afirmar que:
- a** o alcoolismo é mais associado ao adenocarcinoma.
 - b** o esôfago de Barret é mais associado ao carcinoma de células escamosas.
 - c** a obesidade é mais associada ao carcinoma de células escamosas.
 - d** a acalásia é mais associada ao carcinoma de células escamosas.
 - e** a lesão cáustica do esôfago é mais associada ao adenocarcinoma.
- 25.** Assinale a alternativa que contém a indicação correta de tratamento profilático das lesões agudas da mucosa gastroduodenal em pacientes internados em Unidades de Terapia Intensiva (UTI).
- a** Pacientes com coagulopatia (contagem de plaquetas menor que 100.000/mm³).
 - b** Ventilação mecânica por mais que 24 horas.
 - c** Antecedentes de sangramento gastrointestinal em algum momento da vida.
 - d** Sepses + permanência por mais de 3 dias na UTI.
 - e** Sangramento digestivo oculto por mais de 6 dias + uso de corticosteróides (250 mg de hidrocortisona ou equivalente).
- 26.** Sobre o câncer gástrico é correto afirmar que:
- a** os tumores do tipo intestinal são menos frequentes que os do tipo difuso.
 - b** a localização principal dos tumores do tipo intestinal é o fundo gástrico.
 - c** os tumores do tipo intestinal podem estar associados ao grupo sanguíneo do tipo A.
 - d** os tumores do tipo intestinal são mais frequentes em homens de idade avançada.
 - e** os tumores do tipo difuso está relacionado com a presença de gastrite crônica atrófica.
- 27.** Assinale a alternativa que contém a relação correta entre o agente de tratamento da constipação intestinal e o seu tempo para início de ação.
- a** Farelo de trigo – tempo para início da ação: 24 a 48 horas.
 - b** Policarbofila cálcica – tempo para início da ação: 48 a 72 horas.
 - c** Bisacodil – tempo para início da ação: 6 a 10 horas.
 - d** Prucaloprida – tempo para início da ação: 24 a 48 horas.
 - e** Óleo mineral – tempo para início da ação: 12 a 24 horas.
- 28.** Assinale a alternativa correta em relação ao câncer de esôfago.
- a** A maioria das neoplasias malignas esofágicas são representadas pelo adenocarcinoma.
 - b** A perda de peso é o sintoma mais frequente.
 - c** A ultrassonografia endoscópica é o principal método de estadiamento.
 - d** A tomografia computadorizada com contraste é o método mais eficaz para definir a profundidade da lesão.
 - e** Hematêmese, melena ou anemia decorrentes de sangramentos são mais comuns no adenocarcinoma.

- 29.** Assinale a alternativa que contém a afirmação correta em relação ao escore endoscópico de Mayo da Retocolite Ulcerativa (RCU).
- a** Mayo 0: exame normal ou ausência de qualquer inflamação da mucosa.
 - b** Mayo 1: enantema intenso, redução do padrão vascular e mínima friabilidade.
 - c** Mayo 2: sangramento leve e erosões.
 - d** Mayo 3: isquemia e ulcerações.
 - e** Mayo 4: perfuração do órgão.
- 30.** Sobre a pancreatite aguda é correto afirmar que:
- a** a migração de cálculos biliares é responsável por aproximadamente 70% das pancreatites agudas.
 - b** cálculos menores de 10 mm estão entre os maiores fatores de risco para pancreatite.
 - c** pancreatite aguda tem como evento principal a ativação prematura do tripsinogênio no interior das células pancreáticas.
 - d** cerca de 30% dos pacientes portadores de cálculos biliares desenvolvem pancreatite aguda.
 - e** a pancreatite biliar é mais comum nos homens.
- 31.** Sobre os critérios de West Haven da encefalopatia hepática é correto afirmar que:
- a** no estágio 0 há postura de descerebração.
 - b** no estágio 1 o paciente encontra-se letárgico.
 - c** no estágio 2 há tremor ou flapping leve.
 - d** no estágio 3 há desorientação severa e comportamento bizarro.
 - e** no estágio 4 o nível de consciência é normal.
- 32.** Sobre o diagnóstico diferencial da etiologia da ascite de acordo com o Gradiente de Albumina Soro-Ascite (GASA) é correto afirmar que:
- a** na cirrose o GASA é menor que 1,1 g/dL.
 - b** na trombose de veia porta o GASA é maior ou igual a 1,1 g/dL.
 - c** na síndrome de Budd-Chiari o GASA é menor que 1,1 g/dL.
 - d** na ascite biliar o GASA é maior ou igual a 1,1 g/dL.
 - e** na síndrome nefrótica o GASA é maior ou igual a 1,1 g/dL.
- 33.** Assinale a alternativa correta em relação ao Carcinoma Hepatocelular (CHC).
- a** A infecção crônica pelo vírus da hepatite C aumenta o risco de CHC em 17 vezes.
 - b** A cirrose está presente em 30 a 40% dos casos de CHC.
 - c** 71% dos casos de CHC acontecem nas mulheres.
 - d** Nos portadores agudos do vírus da hepatite B o risco de desenvolver CHC é de 5 a 15 vezes maior.
 - e** A maioria dos pacientes com CHC precoce apresenta alfafetoproteína maior que 200 ng/mL.
- 34.** Sobre a doença celíaca é correto afirmar que:
- a** a doença celíaca é mais prevalente nos homens.
 - b** a determinação sorológica de anticorpos deve ser feita com o paciente ingerindo glúten.
 - c** anticorpos antigliadinas são mais indicados para adultos jovens.
 - d** o anticorpo antiendomísio tem baixa acurácia diagnóstica.
 - e** o teste antitransglutaminase tecidual IgA é o teste preferencial para pacientes até 18 meses.
- 35.** Sobre os testes diagnósticos do H. Pylori é correto afirmar que:
- a** a histologia tem sensibilidade entre 60 e 70%.
 - b** o teste da urease tem cerca de 70% de especificidade.
 - c** o teste sorológico é o mais sensível e específico.
 - d** a sorologia tem especificidade acima de 95%.
 - e** a pesquisa do antígeno fecal não é confiável para controle da erradicação.
- 36.** Paciente procura ambulatório de infectologia após viagem de férias onde teve contato com inúmeros parceiros sexuais sem medidas de prevenção. Está com febre, linfadenopatias e múltiplas lesões ulceradas em diferentes estágios incluindo região anal e perianal. O diagnóstico clínico é de um caso de Monkeypox, e o exame diagnóstico de escolha é:
- a** Sorologia IgM para orthopoxvirus.
 - b** PCR do material das lesões.
 - c** Cultura viral.
 - d** Imunohistoquímica da crosta.
 - e** Hemocultura.

- 37.** Caçador foi picado por cobra e está evoluindo com ptose palpebral, mialgia intensa e urina escura. De acordo com tais características clínicas a opção para tratamento é pelo soro:
- Soro anticrotático.
 - Soro antibotrópico.
 - Soro antielapídico.
 - Não há indicação de soro.
 - Soro antibotrópico + anticrotático.
- 38.** Criança evoluindo com diarreia volumosa, explosiva e gordurosa, vários episódios ao dia. Há perda ponderal e distensão abdominal. O seu diagnóstico, habitat do parasita e droga de escolha para o tratamento, respectivamente, são:
- A. lumbricóides. Intestino grosso. Albendazol
 - G. lamblia. Intestino delgado. Metronidazol
 - Ancilostomídeos. Intestino delgado. Ivermectina
 - E. díspar. Intestino grosso. Metronidazol
 - G. lamblia. Intestino grosso. Nitazoxanida
- 39.** Na admissão em concurso para atividades de enfermagem paciente realizou os seguintes exames: ALT 35, AST 40, Bilirrubinas normais, Anti-HCV não reagente, HBSAg não reagente, Anti-HBc total não reagente, Anti-HBs reagente. De acordo com estes resultados o setor de recursos humanos deve recomendar vacinação para hepatite B a esta profissional?
- Não. Ela já teve Hepatite B.
 - Sim. Ela não tem anticorpos protetores.
 - Não. Ela já foi vacinada.
 - Sim, pois ela está com Anti-HBc não reagente.
 - Sim. Faltou o exame Anti-HAV IgM e IgG.
- 40.** A esquistossomose é endêmica no Brasil e tem áreas de foco no Estado do Pará, inclusive na periferia de Belém. Em relação a esta doença julgue as afirmativas abaixo em verdadeira (V) ou falsa (F).
- () O principal mecanismo patogênico é a lesão hepática direta causada pelos vermes adultos.
 - () A hipertensão portal deve-se a fibrose periportal como resposta granulomatosa aos ovos.
 - () No ciclo parasitário a forma infectante para o ser humano é a cercária.
 - () Uma das características observada ao hemograma é a acentuada eosinofilia
- A sequência correta de cima para baixo, é:
- F,F,V,V
 - F,V,V,V
 - V,F,V,F
 - V,V,F,V
 - V,V,V,V

- 41.** Na síndrome da mononucleose like o diagnóstico tem que preencher os principais achados clínicos, com informações epidemiológicas que fazem diferença, mas a fundamentação é laboratorial. Analise o quadro abaixo.

Paciente	Paciente 1	Paciente 2	Paciente 3
Quadro clínico	Mulher imunocompetente, 29 anos febre há 7 dias, linfadenopatia cervical e discreta faringite.	Técnica de enfermagem está com febre há 10 dias, linfadenopatia e fadiga	Estudante de medicina, 22 anos, fadiga e linfadenopatias das cadeias do pescoço.
Resultado sorológico IgM e IgG	Sorologia para EBV: IgM - e IgG + Sorologia para CMV: IgM - e IgG+ Sorologia para Toxoplasmose: IgM e IgG -	Sorologia para EBV: IgM - e IgG + Sorologia para CMV: IgM+ e IgG + Sorologia para Toxoplasmose: IgM e IgG -	Sorologia para EBV: IgM - e IgG + Sorologia para CMV: IgM - e IgG+ Sorologia para Toxoplasmose: IgM e IgG +
Dado epidemiológico	Múltiplos parceiros, em viagem de férias não usava preservativo	Trabalha em UTI de crianças com infecção congênita	Participou de churrasco do meio médico comendo carne ao ponto

Em relação aos pacientes 1, 2 e 3, e a sequência apresentada no quadro acima é correto afirmar que:

- Paciente 1 está com mononucleose. Paciente 2 está com toxoplasmose. Paciente 3 está com citomegalovirose.
- Os três pacientes já tiveram toxoplasmose.
- Paciente.1 tem infecção pelo HIV. Os pacientes 2 e 3 já tiveram citomegalovirose.
- Paciente 1 deve investigar infecção pelo HIV. Paciente 2 está com infecção aguda pelo CMV. Paciente 3 está com toxoplasmose aguda
- Paciente 1 tem infecção pelo HIV. Paciente 2 está susceptível a toxoplasmose e citomegalovirose. Paciente 3 tem infecção pregressa ao CMV e toxoplasmose.

42. Em um país continental como o Brasil, tomado pelo explosivo aumento das arboviroses é de fundamental importância o conhecimento sobre a epidemiologia e vigilância destes agravos. Sobre este assunto analise as afirmativas abaixo e julgue-as em verdadeiro (V) ou falso (F):

- () O sorotipo DENV-2 sempre causa dengue grave em populações previamente expostas ao DENV-1
- () A febre do Oropouche é uma arbovirose de ocorrência limitada à região Norte do Brasil
- () A vacinação contra febre amarela está indicada a partir dos 9 meses de idade
- () O mosquito *Aedes aegypti* é o vetor predominante da transmissão urbana de dengue, Zika e chikungunya

A sequência correta de cima para baixo, é:

- a V,V,V,V
- b F,F,V,V
- c V,F,V,F
- d V,F,V,V
- e F,V F,V

43. Em relação ao tratamento da tuberculose pulmonar ativa e da tuberculose pulmonar latente (ILTB), é correto afirmar que:

- a a combinação de drogas é a mesma com diferença no tempo de uso.
- b na tuberculose pulmonar ativa usa-se na fase intensiva a Isoniazida e etambutol por 6 meses.
- c na tuberculose pulmonar ativa na fase intensiva usa-se por 2 meses a Rifampicina, Isoniazida, Pirazinamida e Etambutol, seguida por mais 4 meses com uso da Isoniazida e Rifampicina.
- d na tuberculose pulmonar latente usa-se na fase intensiva por 4 meses a Rifampicina e Isoniazida, seguida por mais 2 meses com uso da Rifampicina, Isoniazida, Pirazinamida e Etambutol.
- e na tuberculose pulmonar latente usa-se a Rifapentina por 4 meses, seguida por mais 2 meses com uso da Isoniazida e Pirazinamida.

44. Para os pacientes masculinos com hanseníase multibacilar, sob uso de Poliquimioterapia padrão (PQT-U) que durante o tratamento desenvolvem Eritema Nodoso Hansênico (ENH) a abordagem terapêutica mais apropriada, é:

- a Manutenção da PQT-U e início de corticosteroides sistêmicos para tratar o ENH.
- b Manutenção da PQT-U, calor local e reduzir tempo de tratamento para 6 meses.
- c Manutenção da PQT-U e início de talidomida para tratar o ENH.
- d Suspensão da PQT-U e início de corticosteroides sistêmicos para tratar o ENH.
- e Suspensão da PQT-U, substituindo-a por talidomida para tratar o ENH.

45. Lavrador de 55 anos apresenta máculas hipocrômicas com diminuição da sensibilidade térmica, sem espessamento de nervos periféricos. Sua suspeita clínica é de hanseníase. Segundo os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas, o critério suficiente para o diagnóstico clínico, é:

- a Espessamento de nervos periféricos associado a alterações motoras.
- b Presença de manchas hipocrômicas, mesmo sem alteração de sensibilidade.
- c Baciloscopia negativa em lesões cutâneas sem alteração de sensibilidade.
- d Edema de membros inferiores sem perda de sensibilidade
- e Lesão de pele com diminuição ou perda de sensibilidade térmica, dolorosa e/ou tátil.

46. Paciente doente há 5 dias com relato de dor em hemitórax direito com irradiação até apêndice xifóide, caracterizada como dor "em queimação e agulhadas", acompanhada de formigamento na região. Percebeu presença de vesículas no local há 48 hs, com conteúdo sero-hemático agrupadas, da região dorsal para ventral, respeitando o dermatomo. A alternativa que corresponde ao caso quanto ao diagnóstico, agente etiológico e opção terapêutica é:

- a Herpes Zoster. Varicela Zoster. Aciclovir
- b Varicela. Varicela Zoster. Valaciclovir
- c Herpes Zoster. Família Poxvírus gênero Molluscipox. Famciclovir
- d Molusco contagioso. Microsporum sp. Curetagem das lesões
- e HPV. Tipo 11 e 16. Crioterapia

- 47.** Quando paciente procura o serviço de referência para iniciar PrEP (profilaxia pré exposição ao HIV), identificando-se como homem que faz sexo com homem (HSH), com múltiplos parceiros nos últimos 6 meses, o exame obrigatório a ser realizado antes da prescrição, de acordo com o PCDT (Protocolo Clínico de Diretrizes Terapêuticas), é:
- a** Western blot – HIV.
 - b** Carga viral do HIV.
 - c** Testagem rápida para HIV.
 - d** Genotipagem do HIV.
 - e** VDRL.
- 48.** Paciente de 10 anos, está doente há 24hs. Mãe informa na urgência que está apresentando febre alta (39,85 °C), além de cefaléia intensa, vômitos em jato e sonolência. Dois colegas da escola apresentaram o mesmo quadro nas últimas semanas, sem outras informações. A criança tem esquema vacinal completo. Você percebe ao examiná-lo que está com rebaixamento do nível de consciência (Glasgow 12 – AO:3, RV:4, RM:5), rigidez de nuca ++/++++ e sinal de Kernig positivo. Há petéquias em membros inferiores. PA 70x40 mmHg, FC 140 bpm, FR 30 irpm, SatO₂ 91%. O resultado do LCR mostrou: Aspecto purulento, proteína 280 mg/dl, glicose 20, Citometria 1.200 células/mm³, Neutrófilos: Polimorfonucleares 95%, Mononucleares 5%. De acordo com dados clínicos-epidemiológicos, a sequência correta sobre o caso quanto ao diagnóstico e possível agente etiológico, é:
- a** Meningite bacteriana por *H. influenzae*.
 - b** Meningite bacteriana por *N. meningitidis*.
 - c** Meningite fungica por *Criptococcus neoformans*.
 - d** Meningite viral, por Enterovirus.
 - e** Meningite parasitária por *E. histolytica*.
- 49.** Avalie o quadro com possível diagnóstico de arbovirose – paciente com 25 anos, hígida, há quatro dias com febre moderada (temperatura axilar 38,6°C), exantema cefalo podal, incluindo palmas e plantas, dor retro orbitária e mialgia intensa. O estado geral é bom, está consciente e sem queixas de sangramentos. Exames laboratoriais: Plaquetas: 90.000/mm³, Hematócrito: 48% (basal prévio: 38%), NS1 (teste rápido para dengue) – Reagente, Sorologia Dengue IgM e IgG Não reagentes. Após medidas terapêuticas iniciais, o exame laboratorial disponível que deve ser priorizado no seguimento para avaliar evolução do quadro, é:
- a** NS1
 - b** ALT, AST
 - c** Plaquetas
 - d** Hematócrito
 - e** Creatinina
- 50.** Homem, 60 anos, procedente da zona rural do Pará, apresentando quadro de febre, calafrios, edema palpebral unilateral e presença de linfonodomegalia pré-auricular ao exame físico. A principal hipótese diagnóstica associada ao quadro clínico descrito é:
- a** Leptospirose.
 - b** Malária por *falciparum*.
 - c** Doença de Chagas aguda.
 - d** Histoplasmoze.
 - e** Leishmaniose visceral.



UNIVERSIDADE DO ESTADO DO PARÁ
PROCESSO SELETIVO UNIFICADO PARA RESIDÊNCIA MÉDICA 2026
Grupo I Pré-Requisito: Clínica Médica ou Infectologia
ou Gastroenterologia
Especialidades: Hepatologia

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	