



UNIVERSIDADE DO ESTADO DO PARÁ
PROCESSO SELETIVO UNIFICADO PARA RESIDÊNCIA MÉDICA 2024
Grupo I Pré-Requisito: Clínica Médica ou Infectologia
ou Gastroenterologia
Especialidades: Hepatologia

NOME COMPLETO

BOLETIM DE QUESTÕES

Nº DE INSCRIÇÃO

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

LEIA, COM ATENÇÃO, AS SEGUINTE INSTRUÇÕES

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

LEMBRE-SE

- A duração desta prova é de **4 (quatro) horas**, iniciando às **08 (oito) horas** e terminando às **12 (doze) horas**.
- É terminantemente proibida a comunicação entre candidatos.

ATENÇÃO

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

BOA PROVA

- 1.** Mulher, 28 anos, foi diagnosticada, em consulta de rotina, com hipertensão arterial sistêmica (HAS). Nega quaisquer sintomas ou uso de medicamentos. Exame físico: peso = 58kg; altura = 1,57m; pressão arterial sistêmica (PAS) = 170x100mmHg; frequência cardíaca (FC) = 80bpm; pulso regular; fácies atípica; bom estado geral; tireoide normal à palpação. Exames laboratoriais iniciais: hemograma normal; ureia = 30mg/dL; creatinina = 0,7mg/dL; sódio = 140mEq/L; potássio = 2,2 mEq/L; glicose em jejum = 87mg/dL. A conduta frente a esta alteração laboratorial deve ser:
- a** iniciar investigação ambulatorial de hiperaldosteronismo secundário e repor Kcl xarope 6% 30 ml 8/8 hrs.
 - b** iniciar reposição de Kcl EV visto que níveis séricos estão menores que 3,0 mEq/L. Esta reposição deve ser lenta e não deve ultrapassar 2,0 mEq/L em 24 hrs.
 - c** iniciar reposição VO e EV de Kcl, com reposição de 40 mEq/L endovenosa em veia periférica, com vazão de 10-20 mEq/h. Não existe limite em 24 hrs de variação nos níveis séricos de K com a reposição.
 - d** a reposição de potássio deve ser feita com parcimônia e anteriormente ao seu início precisamos solicitar cálcio sérico e gasometria venosa, no intuito de avaliar risco de crise convulsiva tônico clônica generalizada.
 - e** os níveis de potássio menores que 3,5 mEq/L devem ser tratados sempre a nível hospitalar pelo risco de arritmias. A prioridade deve ser pela reposição via oral que tem uma quantidade maior de mEq/L de potássio.
- 2.** Paciente sexo masculino, 22 anos, com queixa de dor articular em joelhos aos esforços. Nega dor em outras articulações. Relata ganho de peso nos últimos 6 meses, quando parou de realizar atividade física. Exame físico com IMC 29, joelho com crepitação bilateral, sem edema ou sinais flogísticos. A conduta mais adequada para o caso seria:
- a** solicitar raio-X dos joelhos e iniciar AINE.
 - b** solicitar FAN, PCR, VHS e Fator Reumatóide.
 - c** prescrever analgésico e orientar retorno de atividades físicas.
 - d** solicitar RM dos joelhos, prescrever fisioterapia e iniciar AINE
 - e** realizar punção articular para elucidação diagnóstica.
- 3.** Paciente jovem, 33 anos, obeso, sem demais comorbidades e sem medicações de uso contínuo, evolui há 01 mês com quadro de dor torácica ventilatório-dependente, nega tosse, refere que nos últimos 3 dias teve piora importante do quadro álgico associado a dispneia aos esforços. Buscou atendimento na UPA da Sacramenta, onde foi realizado radiografia de tórax e identificado derrame pleural unilateral. Considerando o quadro, julgue as afirmativas abaixo.
- I. A principal hipótese é de tuberculose pleural e deve-se esperar presença de exsudato com predomínio de linfócitos, e níveis elevados de adenosina desaminase (> 40 U/L).
 - II. O tratamento medicamentoso da tuberculose pleural é diferente da tuberculose pulmonar.
 - III. Paciente com tuberculose pleural deve ser obrigatoriamente deixado em isolamento respiratório.
 - IV. Na tuberculose pleural, a cultura de micobactérias é frequentemente negativa.
- A alternativa que contém todas as afirmativas corretas é:
- a** I e IV
 - b** I, III e IV
 - c** I, II e IV
 - d** I, II e III
 - e** II, III e IV
- 4.** Maria, 42 anos, sem doenças crônicas conhecidas, chega ao pronto Socorro com cefaleia intensa. Refere que a cefaleia iniciou abruptamente e que nunca sentiu dor semelhante. Uma tomografia computadorizada de crânio foi realizada e nada revelou de importante. Hemograma, ionograma, ureia, creatinina, glicemia e lactato normais. Ao exame físico, reflexos osteotendinosos normais, pupilas isofotorreagentes, discreta restrição da flexão cervical. A conduta que melhor auxiliará no diagnóstico é:
- a** ressonância magnética do crânio, pois o quadro é sugestivo de AVE isquêmico.
 - b** punção lombar, pode mostrar LCR hemático.
 - c** eletroencefalograma, pode mostrar ondas Delta disseminadas.
 - d** punção lombar, que mostrará LCR turvo.
 - e** ressonância magnética do crânio mostrará apagamento de sulcos.

5. Paciente sexo masculino 66 anos de idade queixa-se de dispneia e tosse produtiva com expectoração mucóide há mais de três anos. Há duas semanas houve piora da dispneia com expectoração agora bem amarelada, afebril e sem hemoptóicos, acorda pela manhã com expectoração abundante, mas consegue realizar seus afazeres habituais e não faz uso de medicação de alívio. Nega DM e HAS, fuma desde os 19 anos, em média 1,5 maço/dia, mas já chegou a fumar 2 maços/dia. Ao exame físico: FC: 85 bpm FR: 24 irpm PA: 120 x 80 mmHg AC: RCR em 2 tempos, sem sopros AP: MV reduzido globalmente com roncos e sibilos ABD: nada digno de nota (ndn), sem edemas de membros inferiores. Trouxe o exame abaixo:

PARÂMETROS	PREVISTO	PRÉ-BD %	% PRÉ	PÓS-BD	% PÓS	VARIAÇÃO
CVF	2,98	1,85	62	1,70	57	-8
VEF 1	2,33	0,71	30	0,67	29	-5
VEF1/CVF x100	79%	38%	49	39%	50	3

Sobre o caso clínico acima é correto afirmar que:

- a) apresenta asma parcialmente controlada e necessita uso de corticoide inalatório como a budesonida de 12/12h e salbutamol inalatório de resgate.
- b) apresenta critérios clínicos para DPOC, porém não preenche critérios espirométricos para tal.
- c) deve ser orientado a cessar tabagismo, iniciar antibioticoterapia e uso de tiotrópio inalatório.
- d) deve-se prescrever antibioticoterapia e iniciar uso de corticoide inalatório como a beclometasona de 12/12h.
- e) deve-se iniciar medidas para asma na emergência e manter o corticoide por 14 dias após alta.
6. Paciente do sexo masculino, 76 anos, admitido no pronto socorro com relato de dor lombar importante. Refere que já havia procurado PS anteriormente, porém sem melhora com analgésicos antes prescritos. O exame físico revelava palidez cutâneo mucosa e referia presença de espuma na urina. O estudo radiográfico da coluna vertebral no pronto socorro evidenciou fraturas patológicas ao nível de T11. De acordo com caso descrito marque a alternativa correta.
- a) Paciente deve ser investigado para osteoporose e iniciar uso de bifosfonado EV.
- b) A eletroforese de proteínas deve ser solicitada e paciente pode apresentar hipocalcemia.
- c) No comprometimento renal do mieloma múltiplo observamos proteinúria de 24 hrs alterada, mas com exame de urina rotina sem presença de proteinúria.
- d) Na eletroforese de hemoglobina observamos pico monoclonal além de hipercalcemia e anemia.
- e) As lesões ósseas do mieloma múltiplo são do tipo blásticas e se associam a hipercalcemia com comprometimento principalmente de coluna lombar.

7. Paciente do sexo feminino, 45 anos, procurou atendimento no ambulatório de clínica médica com queixa de astenia e queda de cabelo. Estava preocupada devido história familiar de anemia. Nega outras comorbidades. Ao exame físico: bom estado geral, normocorada, hidratada, IMC 26,7Kg/m², PA 130x60mmHg. Ausculta cardiopulmonar sem alterações. Foram solicitados exames, apresentados em consulta de retorno e descritos a seguir:

*Hemograma anemia normo/normo com hemoglobina 10,1;
Glicemia de jejum 95mg/dL,
Colesterol total 250 mg/dL,
HDL-colesterol 52 mg/dL,
LDL-colesterol 179 mg/dL,
Triglicerídeos 95 mg/dL,
Creatinina 0,7 (VR: 0,7-1,5 mg/dL),
TSH 57 U/mL (VR: 0,5-5,0 U/mL)
T4L 0,35 U/mL (VR: 0,8-1,9 U/mL),
Anti-TPO 1000 (até 60).*

Em relação ao caso acima é correto afirmar que:

- a) trata-se de um caso de hipotireoidismo primário e deve-se solicitar ultrassonografia de tireoide com Doppler para confirmar o diagnóstico.
- b) trata-se de um caso de hipotireoidismo central e deve-se instituir tratamento com levotiroxina 1,8mcg/kg/dia.
- c) trata-se de um caso de hipotireoidismo primário com dislipidemia primária e deve-se instituir tratamento com levotiroxina e estatina.
- d) trata-se de um caso de hipotireoidismo primário e deve-se instituir tratamento com levotiroxina.
- e) trata-se de um caso de hipertireoidismo auto imune e o tratamento é a iodoterapia com reposição hormonal após.
8. Paciente do sexo feminino, 20 anos, procurou serviço médico com queixa de febre diária há cerca de 4 dias. Refere que não possui outros sintomas. Na sua avaliação você verificou múltiplos linfonodos cervicais e axilares. Sobre o caso descrito marque a alternativa correta.
- a) A paciente possui hipótese diagnóstica de linfoma, assim a biópsia deve ser realizada na emergência.
- b) Não se deve descartar a hipótese diagnóstica de linfoma, porém inicialmente deve-se solicitar as sorologias como para hepatite A.
- c) Deve-se incluir no rastreio diagnóstico sorologia de Epstein Baar Virus, Citomegalovirus e Mononucleose antes da realização de biópsia de linfonodo.
- d) O hemograma é um exame fundamental e a leucocitose à custa de mononucleares é o mais observado na prática clínica.
- e) Pode se realizar a punção linfonodal para investigação diagnóstica, visto que a retirada total do linfonodo é muito invasiva.

9. Homem, 58 anos, submeteu-se a consulta no PS referindo vômitos incoercíveis desde a tarde do dia anterior após realização de quimioterapia. Paciente já em seguimento clínico devido neoplasia de pâncreas. Relata que após início do quadro apresentou diurese em apenas um episódio e prostrado no leito. Na avaliação, paciente icterico, e referindo dor abdominal. Presença de vômitos biliosos. Após atendimento inicial, paciente foi encaminhado para a sala vermelha e realizada coleta de exames:

*PH 7,54; HCO₃ 42 mEq/l, pCO₂: 56 mmHg
BE + 10; Na 144 mEq/l; K 3,0 mEq/l; Cloro
urinário 8 mEq/l.*

A alternativa que indica o diagnóstico gasométrico e a melhor conduta é:

- a) acidose metabólica simples; tratamento com bicarbonato de sódio EV.
 - b) alcalose metabólica simples; tratamento com hidratação venosa e medicações antieméticas.
 - c) alcalose metabólica com acidose respiratória (distúrbio misto); tratamento com hidratação venosa e medicações antieméticas.
 - d) acidose respiratória simples; tratamento com intubação orotraqueal.
 - e) acidose respiratória com alcalose metabólica compensatória; tratamento com hidratação venosa e intubação orotraqueal.
10. Paciente masculino de 67 anos, com diagnóstico de DPOC com componente enfisematoso e insuficiência cardíaca de causa isquêmica, decorrente de IAM prévio, chega ao PS com quadro de dispneia. Ao exame físico se percebe desconforto ventilatório, baixa saturação periférica de O₂ (85%), taquipneia e estertores em terços médio e bases bilateralmente. Na sua abordagem inicial, O₂ complementar é instalado e você busca refinar o diagnóstico etiológico do quadro atual para prosseguir a conduta terapêutica. Assinale a alternativa que melhor condiz com o quadro apresentado, exame a ser solicitado e conduta coerentes.
- a) Quadro de possível novo IAM Killip 3, solicitar dosagem de Troponina, iniciar Furosemida.
 - b) Quadro de IC descompensada com congestão pulmonar, solicitar Pro-BNP, iniciar VNI e diurético.
 - c) Quadro de descompensação de DPOC por infecção secundária, solicitar Procalcitonina, iniciar corticóide EV.
 - d) Quadro de IC descompensada, solicitar ECG, administrar AAS e Clopidogrel.
 - e) Quadro de DPOC exacerbada, solicitar RX de tórax e Hemograma, iniciar inaloterapia com Salbutamol e Ipatrópio.

11. Um paciente do sexo masculino, 40 anos, branco, é portador de cirrose secundária ao uso de álcool. Ele é trazido à sala de emergência após um episódio de hematêmese volumosa e quatro episódios de melena nas últimas 48 horas. A avaliação inicial do paciente evidencia frequência cardíaca de 132 bpm, frequência respiratória de 20 rpm, pressão arterial de 70/40 mmHg e temperatura axilar de 38,5°C. A partir do hemograma, são verificados hemoglobina de 6,0 g/dL e volume corpuscular médio de 88fL. Noleucograma, constam 16.000 leucócitos (15% de bastões). A função renal evidencia creatinina de 1,8 mg/dL (Creatinina basal de 0,5 mg/dL) e ureia de 72 mg/dL. Na análise do fluido de ascite coletado por paracentese, são observados 400 neutrófilos/μL. Solicitado a FeNA com resultado > 2% e no exame qualitativo de urina (EAS) do paciente, é observado sedimento urinário composto de células epiteliais, fragmentos celulares e cilindros granulosos pigmentados. A partir deste caso clínico assinale a alternativa correta.

- a) Paciente possui critérios de síndrome HepatoRenal e deve ser iniciado terlipressina.
 - b) Paciente apresenta injúria renal aguda secundária a infecção, iniciando antibiótico e hidratação venosa com solução salina.
 - c) Paciente possui injúria renal aguda pré renal. Hidratação venosa é mandatório.
 - d) Paciente apresenta síndrome HepatoRenal e deve-se iniciar a reposição de albumina.
 - e) Paciente apresenta injúria renal aguda parenquimatosa e deve-se tratar com albumina, visto que a hidratação venosa não será efetiva.
12. Paciente de 60 anos de idade, apresenta queixas de poliúria, polidipsia, hiperpigmentação na região cervical posterior. Paciente refere que é diabético, porém teve que mudar de cidade e perdeu a receita das medicações que utilizava. Sobre o tratamento do diabetes melitus tipo 2 marque a alternativa correta.
- a) O tratamento a ser iniciado deve incluir a insulina, visto que paciente está sem tratamento adequado.
 - b) O ISGLT2 deve ser medicação inicial juntamente com a metformina para o tratamento de DM², mesmo nos pacientes com TFG < 30ml/min/1.73m²
 - c) O ISGLT2 é recomendado nos pacientes com DM1, visto que observamos nesses pacientes redução de hospitalização e de mortalidade.
 - d) A cetoacidose euglicêmica é uma complicação do uso do ISGLT2 e doença infecciosa aguda, vômitos e desidratação são fatores predisponentes.
 - e) Deve-se associar como terceira droga no tratamento do DM2 os Agonistas do GLP-1 e os Inibidores de DPP-4, pois são medicações complementares.

- 13.** Paciente 24 anos de idade, que recorreu à urgência por precordialgia súbita e intensa com 24 horas de evolução, tipo aperto, agravada à inspiração profunda e com manobras de valsava, sem irradiação e sem associação com o esforço. Referia períodos de intensificação associados a náusea, sudorese e fraqueza muscular. Estava em uso de Amoxicilina e Ácido Clavulânico desde os 4 dias anteriores por amigdalite. Paciente previamente saudável, com consumo etílico e tabágico esporádico. Realizou ECG que evidenciou supra desnivelamento de seguimento ST de V1-V6, DI e AVL e presença de elevação de troponinas ultra sensíveis. Sobre este caso é correto afirmar que:
- a** o paciente tem infarto agudo do miocárdio de parede anterior extensa e lateral com supradesnivelamento do segmento ST. A dor torácica e as alterações eletrocardiográficas são típicas desse tipo de comprometimento cardíaco e há indicação de cinecoronariografia para intervenção.
 - b** o paciente tem infarto agudo do miocárdio de parede anterior extensa, já que tem história familiar importante para insuficiência coronariana e as alterações eletrocardiográficas são características.
 - c** existe somente comprometimento inflamatório miocárdico, que pode ser comprovado pelas alterações eletrocardiográficas e pelo ecocardiograma, com demonstração de diminuição da fração de ejeção do ventrículo esquerdo.
 - d** o paciente tem pericardite aguda: tanto a dor como as alterações eletrocardiográficas são características desse tipo de comprometimento cardíaco, e o tratamento deve ser feito com a associação de colchicina e anti-inflamatórios não hormonais.
 - e** há indicação de prescrição de corticoide, já que o quadro é agudo, seja qual for a etiologia.
- 14.** Uma paciente do sexo feminino, 50 anos, estava apresentando, há 60 dias, edema periorbital, seguido de edema de membros inferiores. Ela relatou que sua urina tinha aspecto espumoso. No exame físico, foram verificados pressão arterial de 180/70 mmHg, frequência edema de Membros inferiores até os joelhos. Os exames laboratoriais realizados e seus respectivos resultados foram os seguintes: exame qualitativo de urina: proteína de ++++/4+, hemácias 2/campo, ureia de 32 mg/dL, creatinina de 0,8 mg/dL, glicose de 87, albumina sérica de 2,1 g/L, colesterol total de 380 mg/dL, triglicérides de 270 mg/dL; proteinúria de 24 horas de 3,9 g. Sobre o quadro clínico descrito assinale a alternativa correta.
- a** Devido paciente não possuir alteração de função renal deve-se tratar com sintomáticos e medicações anti-hipertensivas.
 - b** O paciente possui síndrome nefrítica, já que possui edema de face associado com proteinúria > 3,5 g. Deve-se tratar com corticoide e ciclofosfamida.
 - c** A glomerulopatia membranosa é a principal hipótese diagnóstica e deve-se investigar neoplasias como causas secundárias.
 - d** As causas secundárias de glomerulopatias devem ser excluídas apenas depois de se realizar a biópsia renal.
 - e** A biópsia renal não é mandatória nas glomerulopatias em adultos, visto que é um procedimento muito invasivo e que pouco contribui no diagnóstico.
- 15.** Uma idosa de 81 anos, foi admitida em serviço de urgência após 2 horas de episódio de convulsão tônico-clônica generalizada. Já há 2 meses desde a admissão vinha apresentando tremores de intenção, principalmente em membros superiores, os quais pioraram progressivamente durante a evolução, chegando a limitar a realização de suas atividades usuais. Paciente em uso contínuo de Omeprazol (20mg/dia) - este há 6 anos, Hidroclorotiazida (25mg/dia), Losartana (100mg/dia). Em relação ao quadro descrito, marque a alternativa correta.
- a** A hipocalcemia pode ser uma causa dos sintomas apresentados, pois se relaciona com o uso de hidroclorotiazida.
 - b** A hipocalemia tem relação direta com o quadro apresentado, já que o omeprazol leva a alcalose metabólica e redução de potássio sérico.
 - c** O uso de IBP (omeprazol) e a hidroclorotiazida podem se associar com a hipomagnesemia e levar ao quadro clínico apresentado.
 - d** Distúrbios de sódio se relacionam com uso de hidroclorotiazida e arritmias se associam com quadro apresentado.
 - e** A paciente deve fazer tomografia de crânio e punção de lombar de urgência já que meningite bacteriana é a principal hipótese diagnóstica.

16. Sobre o diagnóstico bacteriológico da Tuberculose assinale a alternativa correta.

- a) O exame microscópico direto permite detectar de 60% a 80% dos casos de TB pulmonar em adultos.
- b) O TRM-TB está indicado, prioritariamente, para o diagnóstico de tuberculose pulmonar e laríngea em crianças.
- c) A cultura é um método de baixa especificidade e sensibilidade no diagnóstico da TB.
- d) A baciloscopia de outros materiais biológicos não está indicada na suspeição clínica de TB extrapulmonar.
- e) o TRM-TB deve ser utilizado para diagnóstico nos casos de retratamento (reingresso após abandono e recidivas).

17. Sobre o tratamento medicamentoso da Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) assinale a alternativa correta.

- a) A terapia combinada sempre deve ser a estratégia anti-hipertensiva inicial para pacientes com HAS estágio 1 em idosos e frágeis.
- b) As classes de anti-hipertensivos consideradas preferenciais para o controle da PA em monoterapia inicial são: Diuréticos tiazídicos ou similares, Betabloqueadores, IECA, BRA.
- c) Há maior potência diurética da clortalidona com relação à hidroclorotiazida.
- d) O edema maleolar costuma ser o efeito colateral mais registrado dos IECA e resulta da própria ação vasodilatadora (mais arterial que venosa), promovendo a transudação capilar.
- e) Os bloqueadores dos canais de cálcio promovem a diminuição inicial do débito cardíaco e da secreção de renina, com a readaptação dos barorreceptores e diminuição das catecolaminas nas sinapses nervosas.

18. Sobre a fisiopatologia das pneumonias é correto afirmar que:

- a) o mecanismo mais frequente de infecção pulmonar é a inalação de pequenas gotículas aerossolizadas em suspensão.
- b) a via hematogênica, frequentemente causa pneumonia sobretudo associada a infecções por germes atípicos.
- c) a aspiração maciça de grande quantidade de bactérias aeróbicas é fator contribuidor para a geração de abscessos pulmonares.
- d) infecções por legionella estão frequentemente associadas a microaspirações de conteúdo da orofaringe.
- e) a microaspiração de microorganismos patogênicos provenientes da orofaringe é responsável pela maioria dos casos de pneumonia.

Leia o texto abaixo para responder às questões de 19 a 21.

No contexto da saúde única as doenças infecciosas tem distribuição geográfica muitas vezes relacionadas as condições ambientais, hábitos, fluxo de viagens, contatos e deslocamentos. Recentemente no sudeste do Brasil ocorreram casos de síndrome febril associado a evolução aguda com gravidade, choque e óbito. Estes casos foram divididos em três grupos. Grupo A - pacientes estiveram em áreas rurais onde houve contato com carrapatos. Grupo B - pacientes estavam acampando em área onde ocorreu enxurrada com acúmulo de lixo, chamando atenção olhos amarelados, urina escura e mialgias sendo mais intensa nas panturrilhas. Grupo C - caçadores contrabandistas de aves silvestres, sem registros de vacinações, que permaneciam por muito tempo em áreas de florestas onde ocorreu epizootias.

19. A hipótese de diagnóstico mais provável para os pacientes do Grupo A, é:

- a) Leptospirose
- b) Febre tifóide
- c) Febre maculosa
- d) Febre hemorrágica por Dengue
- e) Febre do Nilo do Oeste

20. Considerando o quadro clínico relatado para os pacientes do Grupo B com informações de contato prolongado com águas em ambientes com muito lixo, faz pensar que o diagnóstico mais provável é:

- a) Leptospirose
- b) Hantavirose
- c) Febre Negra de Lábrea
- d) Febre Púrpura
- e) Doença de Lyme

21. Provavelmente os pacientes do Grupo C tem:

- a) Febre de Katayama
- b) Doença de Lyme
- c) Febre Amarela
- d) Hepatite fulminante
- e) Febre Chikungunya

22. De acordo com resultados de Raio-X de tórax e PPD, um paciente hígido pode ser considerado com Tuberculose latente quando apresenta:

- a) Lesões pulmonares ativas de ápices e com PPD \geq 10 mm.
- b) Sem comprometimento pulmonar e com PPD \geq 10mm.
- c) Sem comprometimento pulmonar e com PPD \leq 5 mm.
- d) Lesões pulmonares ativas de ápices e com PPD \leq 10 mm.
- e) Todos os contatos de um paciente bacífero.

- 23.** Considera-se para início de tratamento de pacientes infectados pelo vírus HIV:
- os que apresentarem pelo menos 10 pontos segundo os Critérios Rio de Janeiro/Caracas.
 - está recomendado para qualquer paciente independente da contagem de CD4+.
 - quando a contagem de CD4+ ficar abaixo de 350.
 - para aqueles que apresentarem infecções oportunistas clássicas.
 - não deve iniciar na fase da infecção aguda pelo vírus HIV.
- 24.** Parasita intestinal cuja ovoposição não ocorre diretamente na luz intestinal:
- Giardia lamblia*
 - Ascaris lumbricoides*
 - Entamoeba histolytica*
 - Necator americanus*
 - Schistosoma mansoni*
- 25.** Tratamento de escolha para a sífilis latente recente:
- Penicilina G Benzatina na dose total 2.400.000 UI intra muscular.
 - Penicilina G Benzatina na dose total 4.800.000 UI intra muscular.
 - Penicilina G Benzatina na dose total 7.200.000 UI intra muscular.
 - Ceftriaxona 1g dose única intra muscular.
 - Doxiciclina para qualquer fase da doença via oral.

Leia o excerto abaixo para responder às questões 26 e 27.

Quanto as principais endemias que ocorrem no Brasil, de acordo com os achados clínico-epidemiológicos daquelas que cursam com febre e hepatoesplenomegalia, somadas em alguns pacientes com palidez e linfadenopatias.

- 26.** Faça a correlação do que ocorre na fisiopatogenia da Malária, Leishmaniose visceral e Esquistossomose que justifique no quadro clínico a febre e/ou anemia, e/ou hepatoesplenomegalia:
- Malária
 - Leishmaniose visceral
 - Esquistossomose
- () Bloqueio de produção celular na medula
 () Hemólise
 () Granuloma próximo ao sistema venoso periportal
- A alternativa que contém a sequência correta é:
- II, I, III
 - I, II, III
 - II, III, I
 - III, I, II
 - III, II, I

- 27.** Dados epidemiológicos importantes para o diagnóstico diferencial entre (I) Malária, (II) Leishmaniose visceral, (III) Esquistossomose e (IV) Doença de Chagas
- () Contato com coleções hídricas dos canais da área do UNA ou Tucunduba em Belém.
- () Morador de Igarapé Miri, tem cães de estimação, adoecidos, com múltiplas lesões cutâneas.
- () Deslocamento para assentamentos em área rural e/ou ribeirinha da Ilha do Marajó.
- () Reside em área rural nas proximidades de plantação de açaí, do qual faz consumo diário.
- A alternativa que contém a sequência correta é:
- I, II, III, IV
 - I, III, IV, II
 - III, II, I, IV
 - III, IV, I, II
 - II, III, IV, I

- 28.** Na referência de atenção aos pacientes com meningite o laboratório envia o resultado da análise de três LCR de pacientes com quadro clínico compatível com comprometimento meníngeo por bactéria (paciente 1), vírus (paciente 2) e fungo (paciente 3).

Aspecto	Citometria	Citologia	Glicose	Proteínas
Limpido	100	Linfomononucleares (Tinta da China -)	Normal	Levemente aumentada
Turvo	500	Polimorfos nucleares (Tinta da China -) Diplococos Gram -	Muito reduzida	Elevada
Limpido	150	Linfomononucleares (Tinta da China +)	Pouco reduzida	Normal ou Levemente aumentada

A sequência correta é:

- Paciente 1, paciente 2, paciente 3
 - Paciente 1, paciente 3, paciente 2
 - Paciente 3, Paciente 2, Paciente 1
 - Paciente 2, Paciente 1, Paciente 3
 - Paciente 2, Paciente 3, Paciente 1
- 29.** Paciente foi mordido por macaco silvestre, de pequeno porte, próximo ao polegar esquerdo. Quanto a profilaxia da raiva pós exposição você recomenda:
- observar este paciente por 10 dias.
 - animais de pequeno porte não representam perigo de transmissão da raiva.
 - soro/vacinação.
 - não está recomendada profilaxia para lesões de extremidades distante do cérebro.
 - vacina.

30. Paciente com quadro clínico de infecção aguda compatível com Síndrome da mononucleose like, apresenta para você resultados de exames sorológicos. Ele tem:

	Doença	Resultado da IgM	Resultado da IgG
a	Mononucleose	IgM não reagente	IgG reagente
b	Toxoplasmose	IgM não reagente	IgG não reagente
c	Rubeola	IgM não reagente	IgG reagente
d	CMV	IgM reagente	IgG reagente
e	Parvovírus B19	IgM reagente	IgG não reagente

31. Sobre as vacinas para as arbovirose febre amarela e dengue, é correto afirmar que:

- a) ambas vacinas não tem alta efetividade.
- b) ambas vacinas são compostas por vírus vivos atenuados.
- c) ambas vacinas estão recomendadas com prioridade para a região norte do Brasil.
- d) ambas vacinas estão recomendadas somente aos adultos.
- e) Vacina para dengue ainda está sob estudos

32. Você tem para atender pacientes com Doença de Chagas, Malária por *Plasmodium falciparum* e Toxoplasmose, na sequência, as principais drogas disponíveis para prescrição são:

- a) Benzonidazol, Derivados de artemisinina, Glucantime.
- b) Derivados de artemisinina, Glucantime, Praziquantel.
- c) Praziquantel, Glucantime, Benzonidazol.
- d) Benzonidazol, Glucantime, Primaquina.
- e) Benzonidazol, Derivados da artemisinina, Sulfadiazina associada a pirimetamina.

33. Em roda de conversa com alunos foram feitas algumas colocações sobre doenças infecciosas. Classifique as afirmativas em verdadeiro (V) ou falso (F).

- () Pacientes com diagnóstico de tuberculose e infecção pelo HIV devem iniciar tratamento simultâneo para ambas infecções.
- () Pacientes com ILTB fazem o mesmo tratamento da tuberculose ativa, por 3 meses.
- () Pacientes com diagnóstico empírico de meningite por *N. meningitidis* pode iniciar tratamento imediato com ceftriaxona.

A sequência correta é:

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

34. A pandemia da COVID-19 atinge o mundo desde 2020. A situação pandêmica está sob controle após disponibilidade das vacinas. Entretanto, diariamente são diagnosticados vários casos, devendo-se considerar para o diagnóstico de certeza:

- a) sorologia para COVID-19 IgM
- b) sorologia para COVID-19 IgG
- c) sorologia para COVID-19 IgM e IgG
- d) RT-PCR para COVID-19
- e) critérios clínicos e epidemiológicos

35. A amamentação é imprescindível para todas as crianças nos primeiros anos de vida. Em relação às doenças infecciosas maternas, considera-se impeditivo de amamentar as seguintes:

- a) Toxoplasmose e Dengue
- b) HIV e HTLV
- c) HIV e Citomegalovirus
- d) HTLV e Hanseníase
- e) Hepatite viral e Herpes tipo I

36. A hemorragia digestiva é uma das causas frequentes de hospitalização de urgência. Assinale a alternativa correta em relação às hemorragias digestivas.

- a) Hemorragia digestiva aguda é aquela de aparecimento recente (arbitrariamente definido como menos de 3 dias de duração).
- b) Hemorragia digestiva baixa é aproximadamente cinco vezes mais frequente que hemorragia digestiva alta.
- c) Hematêmese é o vômito de sangue digerido.
- d) Hemorragia digestiva alta é definida como aquela que se instala em consequência de lesões localizadas proximais ao piloro.
- e) Uma hemorragia digestiva moderada tem perda sanguínea estimada entre 1500 e 2000 mL de sangue.

37. Muitos pacientes apresentam queixas relativas ao hábito intestinal. Alguns desse referem frequência evacuatória acima da média e outros, abaixo. Assinale a alternativa correta em relação às diarreias.

- a) Habitualmente o peso médio diário das fezes é de 200g/dia.
- b) O principal mecanismo pelo qual a água é absorvida e secretada se faz segundo o gradiente osmótico criado pelo transporte passivo de sódio.
- c) No íleo distal e cólon, a diarreia é causada principalmente por invasão e destruição do epitélio.
- d) A fisiopatologia da diarreia envolve três mecanismos básicos: diarreia secretora, osmótica e inflamatória.
- e) A maioria das diarreias do trato intestinal alto desencadeia padrão secretor enquanto que as diarreias baixas costumam apresentar padrão osmótico.

- 38.** Fatores comportamentais, geográficos, socioeconômicos, culturais e imunológicos são de grande relevância na ocorrência de doenças causadas por parasitos intestinais. Assinale a alternativa correta em relação às parasitoses.
- a O *Ancylostoma duodenalis* é o parasito que acomete mais frequentemente a população brasileira.
 - b O *Necator americanus* tem localização preferencial no duodeno.
 - c A ingestão pelo homem de ovos ou proglotes de *Taenia saginata* ocasionará a formação de larvas de cisticerco no seu organismo.
 - d As lesões intestinais mais características das amebíases são as úlceras, com mucosa sadia de permeio, mais comuns no intestino delgado.
 - e Os trofozoítas da *Giardia lamblia* fixam-se à mucosa do intestino grosso.
- 39.** O esôfago é sede de alterações funcionais que produzem sintomas conhecidos como distúrbios motores do esôfago (DME). Assinale a alternativa correta em relação a esses distúrbios.
- a Os DME podem ser divididos em distúrbios da musculatura longitudinal e distúrbios da musculatura circular.
 - b O esofagograma é o exame padrão-ouro para diagnóstico da Acalasia.
 - c A regurgitação é a queixa mais comum da Acalasia.
 - d Segundo a classificação de Ferreira-Santos um megaesôfago grau II tem diâmetro entre 4 e 7 cm.
 - e Nitratos e antagonistas dos canais de cálcio devem ser administrados em pacientes com acalasia grau II.
- 40.** O esôfago é um órgão tubular que cumpre função de conduzir o bolo alimentar da boca, passando pela faringe, ao estômago. Qualquer formação tumoral em seu trajeto tem o potencial de prejudicar a alimentação do paciente. Assinale a alternativa correta em relação aos tumores do esôfago.
- a Os adenomas são as lesões benígnas epiteliais mais frequentes do esôfago.
 - b Os principais fatores de risco para o adenocarcinoma do esôfago são o tabagismo, o consumo exagerado de álcool e a idade avançada.
 - c A perda de peso é o principal sintoma do tumor de esôfago seguido da disfagia.
 - d Pacientes em estadio IV tratados com quimioterapia paliativa têm sobrevida média menor que 2 anos.
 - e Nos tumores que acometem a mucosa e a camada superficial da submucosa a incidência de metástase linfonodal é muito baixa e com índices de cura superiores a 95%.
- 41.** Um dos odores que mais persegue a humanidade, e ainda hoje permanece como um mito para a maioria dos profissionais da saúde, é o mau hálito. Assinale a alternativa correta em relação à halitose.
- a Os aminoácidos com enxofre como o triptofano, a ornitina e a arginina, participam primariamente da formação dos gases bucais.
 - b O ambiente propício para a geração da halitose ocorre em pH ácido.
 - c A halitose classifica-se em: halitose genuína, halitose fisiológica e halitose medicamentosa.
 - d O teste organoléptico é o procedimento mais praticado pelos médicos e dentistas e tem de ser realizado por profissionais treinados.
 - e O uso de enxaguantes orais que contêm clorexidina, cetilpiridínio e zincolactato não são efetivos no tratamento da halitose.
- 42.** A infecção da mucosa gástrica pela bactéria *Helicobacter pylori* (*H. pylori*) pode ser diagnosticada por métodos não invasivos (testes sorológicos, testes respiratórios com C13 ou C14 e pesquisa de antígeno fecal) ou por métodos chamados invasivos, que requerem biópsias realizadas durante o exame endoscópico. Assinale a alternativa correta em relação ao *H. pylori*.
- a O teste sorológico pode ser usado para controle de erradicação e seu uso justifica-se por ser um método rápido, barato e não invasivo.
 - b A biópsia gástrica com exame histológico é considerado "padrão-ouro" para diagnóstico e, especialmente, para o controle da erradicação do *H. pylori*.
 - c Os inibidores de acidez do estômago e os antimicrobianos podem ocasionar resultados falso-negativos, devendo ser suspensos, no mínimo, 2 e 4 semanas, respectivamente, antes da realização do teste respiratório.
 - d O III Consenso Brasileiro do *H. pylori* recomenda, no mínimo, uma amostra do antro, uma do corpo e uma do fundo gástrico para realização do teste da urease e/ou exame histológico.
 - e O III Consenso Brasileiro sobre *H. pylori* recomendou que os fragmentos para o teste da urease devem ser colocados em frascos diferentes.

- 43.** Gastrite é definida como inflamação do revestimento do estômago associada à lesão da mucosa gástrica. Assinale a alternativa correta em relação à gastrite.
- a** O maior fator causal da gastrite crônica é o uso de anti-inflamatórios não esteróides.
 - b** Na gastrite crônica atrófica, a inflamação está limitada ao nível das criptas gástricas e da lâmina própria que a circunda.
 - c** A atrofia gástrica, principalmente quando afeta uma grande parte do corpo gástrico, tem, como consequência, hipersecreção de ácido e níveis aumentados de pepsinogênio.
 - d** Valores altos dos níveis de pepsinogênio I e da proporção pepsinogênio I/II têm sido utilizados como marcadores sorológicos para gastrite atrófica e como marcadores biológicos para selecionar o grupo de alto risco para o câncer gástrico.
 - e** Gastrite atrófica e gastrite metaplásica indicam infecção crônica pelo *H. pylori*, enquanto a gastrite nodular é um achado endoscópico de infecção recente.
- 44.** Embora a incidência do carcinoma gástrico (CG) venha declinando de uma maneira contínua e regular nas últimas décadas, constitui a segunda causa de óbito por câncer no mundo, com registro de mais de 900 mil novos casos ao ano. Assinale a alternativa correta em relação ao CG.
- a** A maior parte dos adenocarcinomas gástricos ocorre esporadicamente, ao passo que 8 a 10% tem um componente familiar envolvido.
 - b** A infecção por *Helicobacter pylori* constitui atualmente o maior fator de risco para o desenvolvimento do adenocarcinoma proximal de estômago.
 - c** No adenocarcinoma gástrico do tipo difuso a mucosa se assemelha, em seu aspecto, ao intestino delgado, localiza-se com mais frequência no antro, não está associado a grupos sanguíneos definidos.
 - d** Nos tumores do tipo intestinal (menos frequente que o tipo intestinal) a localização principal é o fundo gástrico, acomete pacientes mais jovens, é ligeiramente mais frequente em homens e pode estar associada ao grupo sanguíneo A.
 - e** Os adenocarcinomas do Tipo II de Borrmann são os cânceres ulcerados medindo mais de 2 cm de diâmetro, bem delimitados, sem infiltração do tecido vizinho.
- 45.** Durante as últimas 2 décadas, a lista de peptídeos encontrados no trato gastrointestinal e pâncreas tem crescido exponencialmente, da secretina, gastrina e colecistoquinina para a lista de pelo menos 40 peptídeos. Sobre os peptídeos gástricos é correto afirmar que:
- a** a colecistoquinina está presente em células exócrinas (células 1) do tipo aberto, localizadas nas glândulas mucosas do jejuno e duodeno.
 - b** a maioria da população de células G é encontrada no fundo gástrico, onde elas estão localizadas na superfície mucosa.
 - c** o maior fator fisiológico que leva à liberação de secretina é a acidificação do duodeno.
 - d** o peptídeo intestinal vasoativo é encontrado nas células endócrinas da mucosa do trato gastrointestinal de mamíferos.
 - e** a dieta gordurosa que atinge o íleo estimula a liberação do peptídeo YY, o qual acelera o esvaziamento gástrico, o trânsito intestinal e, provavelmente, a secreção de sucos gástrico e pancreático.
- 46.** O refluxo de pequena quantidade de secreção gástrica no esôfago é um evento fisiológico normal. A doença do refluxo gastroesofágico (DRGE) é definida pela presença de sintomas ou lesão da mucosa esofágica decorrentes do refluxo anormal do conteúdo gástrico para o esôfago. Sobre a DRGE é correto afirmar que:
- a** o diagnóstico da DRGE baseado somente nos sintomas mostra-se correto em cerca de 1/3 dos pacientes.
 - b** há duas características do esfíncter esofágico inferior que mantêm a resistência ou sua função de barreira à pressão intra-gástrica ou intraabdominal: sua pressão intrínseca e sua extensão total.
 - c** atualmente, o esôfago de Barrett é definido como a presença histológica de metaplasia intestinal na mucosa esofágica maior que 3 cm.
 - d** os fatores de risco que predizem DRGE progressiva são: 1. refluxo de padrão noturno na pHmetria esofágica de 24 h; 2. um esfíncter esofágico inferior estruturalmente deficiente; 3. refluxo misto de conteúdo gástrico e duodenal; e 4. lesão mucosa na primeira avaliação endoscópica.
 - e** o epitélio de Barrett displásico contém células com núcleos homogêneos, os quais se localizam próximos à membrana basal, com arquitetura glandular normal.

- 47.** A intolerância ao glúten do trigo, centeio, cevada (malte) e aveia é permanente. Seu espectro compreende a Doença Celíaca (DC), a dermatite herpetiforme, aftas recorrentes, nefropatia e artropatia. Sobre a DC é correto afirmar que:
- a** a genotipagem para HLA-DQ2 e HLA-DQ8 não é clinicamente relevante, na detecção de familiares de alto risco ou situações de suspeita clínica de DC.
 - b** atualmente, considera-se que somente as prolaminas dos grãos sejam responsáveis pela deflagração do dano mucoso aos celíacos.
 - c** a DC está associada à resposta autoimune altamente específica ao endomísio, que faz parte da estrutura da matriz celular do tecido conjuntivo do músculo estriado.
 - d** é comum a DC apresentar-se pela primeira vez na adolescência.
 - e** o tratamento para DC é baseado em enzimas digestivas e corticosteróides.
- 48.** Doença inflamatória intestinal idiopática crônica refere-se a dois distúrbios inflamatórios: Colite Ulcerativa (RCU) e Doença de Crohn (DC). As características clínicas, endoscópicas e histológicas são críticas para o diagnóstico destas doenças, mas não existe nenhum achado que isoladamente possibilite o diagnóstico definitivo de uma ou outra doença. Sobre a DII é correto afirmar que:
- a** o íleo terminal é afetado em cerca de 70% dos pacientes com doença de Crohn.
 - b** cerca de 25% dos pacientes desenvolvem doença de Crohn no trato gastrointestinal superior.
 - c** o aspecto de paralelepípedos (cobblestone) da mucosa na RCU é causado por úlceras que se interconectam longitudinal e transversalmente, com áreas normais.
 - d** os anticorpos anti-Saccharomyces cerevisiae (ASCA), que são anticorpos para levedura, ocorrem em 40% a 70% dos pacientes com RCU e em menos de 15% dos pacientes com DC.
 - e** um paciente clinicamente com doença ativa de Crohn tem 30% a 40% de chance de ter doença ativa no ano seguinte.
- 49.** A pancreatite aguda, que é um episódio discreto de lesão celular e inflamação no pâncreas, é deflagrada pela liberação de enzimas digestivas para o pâncreas e tecidos peripancreáticos. Sobre a pancreatite aguda é correto afirmar que:
- a** a adiposidade abdominal aumentada e o índice de massa corporal, aumenta o risco de pancreatite aguda em aproximadamente duas vezes.
 - b** pacientes com cálculos biliares grandes (> 5 mm), estão em risco mais elevado de desenvolver pancreatite aguda.
 - c** níveis de triglicerídeos superiores a 1500 mg/dL e normalmente superiores a 2.000 mg/dL podem causar pancreatite aguda.
 - d** em pacientes com pancreatite aguda grave a taxa de mortalidade situa-se entre 10% e 20%.
 - e** achados clínicos mais raros, como por exemplo presença de equimoses nos flancos (sinal de Cullen) ou em região periumblical (sinal de Grey-Turner), resultam do extravasamento de fluidos e sangue do retroperitônio para essas regiões.
- 50.** Doença hepática alcoólica (DHA) e doença hepática gordurosa não alcoólica (DHGNA), que representam duas das formas mais comuns de doença hepática, podem levar à cirrose, insuficiência hepática e morte. Assinale a alternativa correta sobre a DHA e a DHGNA.
- a** Doença hepática gordurosa alcoólica se desenvolverá em quase 50% dos indivíduos que consomem muito álcool (em média, >4 doses por dia).
 - b** O pico de incidência de doença hepática alcoólica em homens ocorre aproximadamente uma década mais cedo do que nas mulheres.
 - c** A definição de DHGNA inclui pacientes com um histórico de exposição a medicamentos como amiodarona, metotrexato e tamoxifeno.
 - d** Insuficiência hepática é a causa mais comum de morte em pacientes com DHGNA.
 - e** Dois defeitos fundamentais na DHGNA são a resistência à insulina/hiperinsulinemia e níveis excessivos de ácidos graxos não esterificados dentro dos hepatócitos.



UNIVERSIDADE DO ESTADO DO PARÁ
PROCESSO SELETIVO UNIFICADO PARA RESIDÊNCIA MÉDICA 2024

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	