PROCESSO SELETIVO DA RESIDÊNCIA/ESPECIALIZAÇÃO MÉDICA – 2025 ENTRADA NO ANO DE 2026 - EDITAL Nº 005/2025 e Nº 006/2025

ENTRADA COM PRÉ- REQUISITO

GRUPO 02

	ESPECIALIZAÇÃO MÉDICA	RESIDÊNCIA MÉDICA
ESPECIALIDADE DE ENTRADA	ENDOCRINOLOGIA	CARDIOLOGIA / ENDOCRINOLOGIA / GASTROENTEROLOGIA / NEFROLOGIA / ONCOLOGIA CLÍNICA / PNEUMOLOGIA / REUMATOLOGIA
QUESTÕES DE PROVA	45 QUESTÕES DE CLÍNICA MÉDICA	

ORIENTAÇÕES

1. Este **Caderno de Prova** contém **45 (quarenta e cinco) questões objetivas**, com **4 (quatro) alternativas cada uma**, sempre na sequência **A, B, C, D**, das quais somente uma deve ser assinalada, sem repetição ou falha. Confira-o e, em caso de qualquer problema, informe **IMEDIATAMENTE** ao fiscal.
2. Após a conferência, assine, no espaço próprio da **Folha de Respostas**, com caneta esferográfica de tinta azul ou preta, fabricada em material transparente. Não DOBRE, AMASSE ou MANCHE a **Folha de Respostas.** Ela **SOMENTE** poderá ser substituída se, no ato da entrega, estiver danificada.
3. A duração da prova será de **03 (três) horas**, inclusos, nesse tempo, a distribuição da prova, a leitura das instruções e o preenchimento da Folha de Respostas, sendo responsabilidade do candidato observar os horários estabelecidos.
4. Período de Sigilo - Não será permitido ao candidato se ausentar em definitivo da sala de provas antes de decorrida **01 (uma) hora** do início das provas.
5. Somente será permitido ao candidato retirar-se definitivamente da sala de prova mediante a **entrega obrigatória de sua Folha de Respostas**, devidamente preenchida e assinada, ao Fiscal.
6. Os candidatos **não poderão** se ausentar da sala ou do local de provas para utilização dos banheiros ou beber água, antes de decorridos **30 (trinta) minutos** do início ou **15(quinze) minutos** antes do término.
7. Ao término do prazo estabelecido para a prova, os **03(três) últimos candidatos** deverão permanecer na sala até que o último candidato termine sua prova, devendo todos assinar a Ata de Sala, atestando a idoneidade da fiscalização das provas e somente poderão deixar o local de provas, juntos, não sendo possível nem mesmo a utilização do banheiro e bebedouro.
8. Os candidatos **NÃO PODERÃO** levar consigo o Caderno de Questões.
9. O gabarito estará disponível no endereço eletrônico **novo.ibgpconcursos.com.br** no dia **30/11/2025** a partir das **20h**.

A Comissão Examinadora do IBGP Concursos lhe deseja uma boa prova!

CLÍNICA MÉDICA

QUESTÃO 01

"O Ministério da Saúde confirma, até a presente data, a ocorrência de 58 casos de intoxicação exógena por metanol em diferentes estados, com 15 óbitos registrados. As investigações epidemiológicas, apontam para uma ligação direta entre os casos e o consumo de bebidas alcoólicas artesanais ou industrializadas de procedência irregular. Análises laboratoriais em amostras de bebidas apreendidas nos locais de consumo das vítimas confirmaram a presença de metanol em concentrações letais."

Ministério da Saúde, 24 de outubro de 2025

Com base no alerta do Ministério da Saúde, a direção de uma UPA procura estabelecer um protocolo de manejo rápido e discute o atendimento de três pacientes que consumiram bebida suspeita há 10 horas:

Paciente 1: Assintomático.

Paciente 2: Apresenta somente náuseas e epigastralgia leve.

Paciente 3: Apresenta sonolência, visão turva e gasometria com acidose metabólica (pH 7,20).

Considerando a urgência em prevenir a formação de metabólitos tóxicos e os diferentes estágios clínicos apresentados pelos pacientes acima, qual a abordagem terapêutica **MAIS** adequada?

A) Paciente 1: Alta com orientações. Paciente 2: Observação clínica e hidratação. Paciente 3: Antídoto (etanol ou fomepizol) e hemodiálise.
B) Paciente 1: Iniciar o antídoto (fomepizol). Paciente 2: Iniciar o antídoto (fomepizol). Paciente 3: Iniciar o antídoto (fomepizol) e preparar o paciente para hemodiálise.
C) Paciente 1: Induzir vômitos e administrar carvão ativado. Paciente 2: Administrar antídoto (etanol) e bicarbonato de sódio. Paciente 3: Iniciar hemodiálise imediatamente, sem necessidade de antídoto.
D) Paciente 1 e 2: Observação por 24 horas, iniciar antídoto (etanol ou fomepizol) apenas se surgirem sintomas visuais. Paciente 3: Iniciar antídoto, bicarbonato de sódio e hidratação venosa.

QUESTÃO 02

Um paciente de 55 anos, sexo masculino, com diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2) há 8 anos, em uso de Metformina XR 2g/dia, retorna para reavaliação. Apresenta IMC de 34 kg/m², hipertensão arterial controlada com losartana e dislipidemia em uso de rosuvastatina. Queixa de dores nos joelhos, quando fica muito tempo em pé, o que tem impedido a prática de atividades físicas. Apesar da boa adesão, seus exames mostram: hemoglobina glicada (HbA1c) de 8,2% e glicemia de jejum de 165 mg/dL.

Considerando as evidências científicas atuais, qual das seguintes opções representa a **MELHOR** conduta para otimizar o tratamento deste paciente?

A) Associar tirzepatida que, devido ao seu mecanismo duplo de agonismo dos receptores GIP e GLP-1, demonstra superioridade na redução de HbA1c e peso corporal em comparação com outras classes.
B) Suspender metformina e iniciar semaglutida subcutânea semanal, um agonista do receptor GLP-1, que promoverá controle glicêmico adequado e perda de peso significativa.
C) Adicionar uma sulfonilureia, como a gliclazida, para potencializar a secreção de insulina de forma rápida e efetiva, visando atingir a meta de HbA1c o mais breve possível.
D) Iniciar insulina basal (ex: glargina) em dose noturna, pois é a terapia com maior poder de redução da glicemia de jejum e da HbA1c.

QUESTÃO 03

Um paciente de 60 anos dá entrada na sala de emergência com dispneia aguda e dessaturação ($SatO_2$ 85% em ar ambiente). A ausculta pulmonar revela estertores crepitantes difusos. Você realiza o protocolo BLUE (*Bedside Lung Ultrasound in Emergency*) para diferenciar as causas da insuficiência respiratória. Os achados são: múltiplas linhas B confluentes e difusas em ambos os hemitóraces, partindo de uma linha pleural lisa e regular. O achado adicional que, se presente no mesmo exame POCUS, confirmaria o diagnóstico de edema pulmonar cardiogênico ou por sobrecarga de volume, em detrimento de uma síndrome do desconforto respiratório agudo, seria:

A) Sinal do morcego (*bat sign*) e consolidações subpleurais com broncogramas aéreos dinâmicos em campos posteriores.
B) Múltiplos pontos em que o deslizamento pleural está ausente (*lung sliding*), associado ao sinal do "ponto pulmonar" (*lung point*).
C) Veia cava inferior dilatada (>2,1 cm) com colapso inspiratório inferior a 50% e disfunção sistólica grave do ventrículo esquerdo.
D) Ausência de linhas B nos campos pulmonares inferiores e presença de “ponto pulmonar” (*lung point)*, sugerindo que o processo é predominantemente de base.

QUESTÃO 04

Uma paciente de 72 anos é encontrada por seu filho às 07:00 da manhã em sua cama, com hemiplegia esquerda densa e desvio do olhar para a direita. Ela foi vista pela última vez em seu estado normal às 22:00 da noite anterior. Na chegada ao hospital, seu NIHSS é de 18. O protocolo de "*Wake-up Stroke*" é iniciado e os resultados dos exames são os seguintes:

- **TC de crânio sem contraste:** Sem alterações agudas.
- **Angio-TC de crânio e vasos cervicais:** Oclusão do segmento M1 da artéria cerebral média direita.
- **TC com perfusão:** Evidencia uma pequena área de infarto estabelecido (*core isquêmico*) e uma grande área de hipoperfusão crítica (*penumbra isquêmica*).

Com base nos critérios de janelas estendidas para o tratamento do AVC isquêmico, qual dentre as condutas é a **MAIS** apropriada para essa paciente?

A) Realizar trombectomia mecânica de urgência, pois a paciente apresenta um perfil de "*mismatch*" clínico-radiológico favorável (pequeno core, grande penumbra).
B) Internar para cuidados de suporte em unidade de AVC, pois a paciente está fora da janela terapêutica padrão de 6 horas para reperfusão e o tempo exato do ictus é desconhecido.
C) Administrar alteplase intravenosa, pois estudos de imagem validaram o benefício do uso de trombolíticos em relação à trombectomia em pacientes com "*wake-up stroke*".
D) Iniciar dupla antiagregação plaquetária com AAS e clopidogrel e realizar controle intensivo da pressão arterial, pois a terapia de reperfusão não está mais indicada.

QUESTÃO 05

Um homem de 34 anos é admitido na sala de emergência, trazido pelo SAMU, por alteração do nível de consciência e hipotensão refratária. Familiares relatam um quadro progressivo de fadiga, náuseas e dor abdominal difusa nos últimos dias, associado à febre baixa (37.8°C). Ao exame, o paciente está torporoso (Glasgow 13), com PA: 80x40 mmHg (não responsiva a 1000 mL de soro fisiológico 0.9%), FC: 130 bpm, FR: 24 irpm. A pele está fria, pegajosa, e nota-se uma hiperpigmentação acentuada em gengivas e nas cicatrizes de cirurgias prévias. A glicemia capilar é de 55 mg/dL. Os exames laboratoriais colhidos na admissão mostram: Sódio 128 mEq/L, Potássio 5,8 mEq/L, Ureia 80 mg/dL, Creatinina 1,8 mg/dL.

Diante deste quadro de choque indiferenciado, com múltiplas alterações metabólicas, qual é a intervenção terapêutica empírica, imediata e **MAIS** importante para a sobrevivência do paciente?

A) Administrar imediatamente hidrocortisona 100 mg em bolus intravenoso, associada à expansão volêmica agressiva com soro fisiológico 0.9%.

B) Iniciar antibioticoterapia de amplo espectro (ex: ceftriaxona e vancomicina) e titular norepinefrina para atingir uma pressão arterial média > 65 mmHg, tratando como choque séptico.

C) Realizar o teste de estimulação com cosintropina para confirmação do diagnóstico antes de qualquer intervenção para não invalidar o resultado.

D) Administrar gluconato de cálcio para estabilização de membrana cardíaca, seguido de solução polarizante (glico-insulina) para manejo da hipercalemia grave.

QUESTÃO 06

Um homem de 52 anos, com obesidade (IMC 31 kg/m²) e sedentarismo, procura atendimento por queixa de fadiga progressiva e palidez cutânea nos últimos meses. Exames solicitados na investigação revelaram: Glicemia de jejum de 132 mg/dL; Hemoglobina glicada (HbA1c) de 5,5%; Hemoglobina de 9,8 g/dL; VCM de 75 fL; Ferritina de 10 ng/mL.

Considerando o quadro clínico-laboratorial integrado, analise as afirmativas a seguir:

I. A hemoglobina glicada (HbA1c) neste paciente é um marcador diagnóstico de menor fidedignidade, pois a anemia pode alterar o *turnover* das hemácias, resultando em um valor que não reflete a hiperglicemia média real.

II. O diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2 é provável e pode ser confirmado pela repetição da glicemia de jejum, sem a necessidade obrigatória de um teste oral de tolerância à glicose (TOTG).

III. A conduta inicial deve incluir a recomendação de mudanças no estilo de vida (MEV) e a investigação da causa da anemia ferropriva, que neste homem de 52 anos, deve priorizar a pesquisa de sangramento gastrointestinal.

É **CORRETO** o que se afirma em:

A) III, apenas.
B) I e II, apenas.
C) I e III, apenas.
D) I, II e III.

QUESTÃO 07

Um paciente de 75 anos, diabético, é admitido com pneumonia comunitária. Evolui com febre persistente, apesar de 48 horas de antibioticoterapia venosa adequada, e uma radiografia de tórax evidencia um derrame pleural que ocupa 40% do hemitórax direito. É realizada uma toracentese diagnóstica, cujo líquido pleural revela as seguintes características: aspecto turvo, pH de 7,10, glicose de 35 mg/dL, LDH de 950 U/L (LDH sérico de 280 U/L), proteínas de 4,8 g/dL (proteína sérica de 6,5 g/dL) e bacterioscopia pelo método de Gram mostrando cocos gram-positivos.

Diante deste quadro, qual é a **PRÓXIMA ETAPA** imediata e indispensável no manejo deste paciente?

A) Manter a antibioticoterapia venosa isoladamente e realizar radiografias seriadas, pois a drenagem pleural está indicada apenas se houver evidência de empiema franco (pus).

B) Realizar a drenagem pleural com dreno torácico de grosso calibre (toracostomia com drenagem fechada) e manter a antibioticoterapia.

C) Realizar uma nova toracentese terapêutica (de alívio) em 24 horas para reavaliar os parâmetros bioquímicos e decidir sobre a necessidade de drenagem definitiva.

D) Adicionar um segundo antibiótico para cobrir germes atípicos e iniciar corticoide sistêmico para modular a resposta inflamatória pleural.

QUESTÃO 08

Um homem de 28 anos, atleta amador, procura o pronto-socorro 12 horas após participar de uma corrida de rua realizada sob forte onda de calor. Ele relata que, ao final da prova, sentiu náuseas, cefaleia e cãibras intensas, mas optou por ir para casa. Evoluiu com piora do quadro, apresentando agora mialgia generalizada severa, principalmente em coxas e panturrilhas, e notou que sua urina está muito escura, com coloração semelhante à "Coca-Cola". Exames laboratoriais de admissão mostram: CK (Creatina quinase) de 25.000 U/L (VR: < 170 U/L), potássio de 5.6 mEq/L (VR: 3,5 a 5.3 mEq/L) e creatinina de 2.1 mg/dL (VR: < 1.2 mg/dL).

Com base na evolução clínica e nos resultados laboratoriais, qual o diagnóstico sindrômico **MAIS** completo e a principal preocupação terapêutica neste momento?

A) Desidratação grave com lesão renal aguda pré-renal. A prioridade é a reposição volêmica cautelosa com cristaloides.

B) Rabdomiólise induzida por esforço e calor, com lesão renal aguda. A prioridade é a hidratação venosa agressiva e monitorização para prevenção de hipercalemia grave e maior dano renal.

C) Intermação (*heatstroke*) com manifestações tardias. A prioridade é o controle da temperatura central com métodos de resfriamento e monitorização neurológica.

D) Cãibras pelo calor complicadas com distúrbio hidroeletrolítico. A prioridade é a correção lenta da hiponatremia com solução salina.

QUESTÃO 09

Uma paciente de 72 anos, com diagnóstico de Insuficiência Cardíaca com Fração de Ejeção Preservada (ICFEP) (FEVE 55%), retorna ao ambulatório por persistência de dispneia aos esforços (NYHA II). Ela tem histórico de hipertensão, diabetes tipo 2 e doença renal crônica estágio 3b (TFG estimada de 40 mL/min/1.73m²). Sua terapia atual inclui losartana 50mg 2x/dia e furosemida 40mg/dia. Exames recentes mostram um potássio sérico de 5,1 mEq/L.

Considerando as recomendações mais recentes, qual a próxima etapa terapêutica **MAIS** apropriada e segura para esta paciente?

A) Iniciar um inibidor de SGLT2 (ex: dapagliflozina 10mg/dia), pois esta classe oferece benefícios cardiorrenais comprovados na ICFEP, com um efeito neutro ou de redução mínima no potássio sérico.

B) Iniciar um antagonista do receptor mineralocorticoide (ex: espironolactona 12,5mg/dia), pois é uma terapia com benefício estabelecido na insuficiência cardíaca e a dose baixa minimiza os riscos.

C) Aumentar a furosemida para 80mg/dia para otimizar o controle da congestão, pois a introdução de novas classes de drogas está contraindicada devido à disfunção renal e ao potássio limítrofe.

D) Iniciar um betabloqueador (ex: succinato de metoprolol 25mg/dia), visando o benefício prognóstico já consolidado da classe na insuficiência cardíaca.

QUESTÃO 10

Um jovem de 28 anos queixa-se de dor na região lombar baixa, há 6 meses, de início insidioso. A dor é pior pela manhã, com rigidez que dura cerca de uma hora, e melhora significativamente após ele começar a se movimentar ou praticar exercícios.

Assinale a alternativa que preenche, **CORRETA** e respectivamente, as lacunas:

O quadro clínico é altamente sugestivo de _____, e a primeira linha de tratamento medicamentoso consiste no de _____.

A) Hérnia de disco; analgésicos opioides
B) Lombalgia mecânica; relaxantes musculares e fisioterapia
C) Espondiloartrite axial; anti-inflamatórios não esteroides
D) Espondiloartrite axial; terapia imunobiológica

QUESTÃO 11

Um médico atende na UPA um homem de 48 anos, com quadro súbito de paralisia em toda a hemiface esquerda, iniciado há 12 horas. O paciente relata também uma dor intensa e profunda "dentro do ouvido" esquerdo, além de tontura e uma sensação de que os sons estão "altos demais" neste ouvido. O médico realiza o exame neurológico e firma o diagnóstico de paralisia de Bell. Ele prescreve prednisona 60mg/dia por 7 dias e libera o paciente com retorno ambulatorial, tranquilizando-o sobre a natureza "idiopática e benigna" da condição.

Considerando o cenário apresentado, qual foi o erro **MAIS** significativo no raciocínio ou na conduta do médico?

A) O erro foi não solicitar uma ressonância magnética de crânio de urgência, pois todo paciente com paralisia facial aguda deve ser investigado para acidente vascular cerebral.
B) O erro foi a prescrição de uma dose excessiva de corticoide, o que aumenta o risco de efeitos adversos, sem benefício adicional para o paciente.
C) O erro foi uma falha na propedêutica: a combinação de otalgia intensa, tontura e paralisia facial exigia uma otoscopia meticulosa, tornando a conduta terapêutica possivelmente incompleta.
D) O erro foi não associar um antibiótico e um antiviral ao corticoide, pois todas as diretrizes atuais recomendam a terapia combinada para todos os casos de paralisia de Bell.

QUESTÃO 12

Um homem de 58 anos é investigado por um quadro de fadiga, mal-estar, perda de peso, febre baixa, linfonodomegalia e constipação há 3 meses. Ele nega comorbidades prévias conhecidas, uso de quaisquer medicamentos, tabagismo ou etilismo. Os exames laboratoriais revelam:

Cálcio sérico total: 11,8 mg/dL (VR: 8.6-10.3 mg/dL)

Fósforo: 2,1 mg/dL (VR: 2.5-4.5 mg/dL)

Paratormônio (PTH): 8 pg/mL (VR: 15-65 pg/mL)

25-hidroxivitamina D (calcifediol): 35 ng/mL (VR: 30-100 ng/mL)

1,25-dihidroxivitamina D (calcitriol): 110 pg/mL (VR: 18-72 pg/mL)

Qual dos seguintes mecanismos fisiopatológicos oferece a **MELHOR** explicação unificada para o conjunto de achados laboratoriais deste paciente?

A) Hiperparatireoidismo primário, com produção autônoma de paratormônio (PTH) por um adenoma de paratireoide.
B) Intoxicação exógena por suplementação com vitamina D, levando à supressão do PTH e aumento da absorção de cálcio.
C) Hipercalcemia humoral da malignidade, mediada pela produção excessiva de peptídeo relacionado ao PTH.
D) Produção não regulada de 1-alfa-hidroxilase em tecido extra-renal, levando à conversão excessiva da forma de armazenamento da vitamina D em sua forma ativa.

QUESTÃO 13

Um médico clínico está avaliando quatro pacientes distintos com alterações hepáticas.

Qual dos cenários clínicos abaixo é o **MAIS** característico de um episódio de hepatite alcoólica aguda?

A) Jovem de 22 anos, previamente hígido, com febre, icterícia de início súbito, fadiga intensa, ALT de 1800 U/L e AST de 1200 U/L.
B) Homem de 45 anos se apresenta com icterícia dolorosa, febre e mal-estar geral. Exames mostram AST de 280 U/L, ALT de 110 U/L, leucocitose com desvio à esquerda e GGT elevada.
C) Mulher de 60 anos com dor em hipocôndrio direito, icterícia, febre com calafrios, acolia fecal e colúria. Exames mostram Fosfatase Alcalina de 950 U/L e GGT de 1200 U/L.
D) Homem de 65 anos com histórico de hepatite C, apresentando aumento do volume abdominal, edema de membros inferiores e episódios de sonolência diurna. Exames mostram albumina de 2.5 g/dL e INR de 1.9.

QUESTÃO 14

Uma mulher de 45 anos, com diagnóstico de tireoidite de Hashimoto, retorna para reavaliação. Ela está em uso de levotiroxina 100 mcg/dia há 6 meses, dose considerada adequada para seu peso. No entanto, queixa-se de persistência da fadiga e do ganho de peso. Seus exames de controle mostram um TSH de 10,8 mUI/L e T4 livre de 0,7 ng/dL. Qual a causa **MAIS** provável para a falha terapêutica e a conduta inicial mais adequada?

A) Má absorção da levotiroxina. A conduta é reforçar a orientação de ingesta em jejum absoluto, 30-60 minutos antes do café da manhã, e investigar o uso concomitante de medicamentos como sulfato ferroso, cálcio ou inibidores de bomba de prótons.
B) Resistência periférica aos hormônios tireoidianos. A conduta é solicitar um teste genético e considerar o uso de liotironina (T3).
C) Dose insuficiente do hormônio. A conduta é aumentar imediatamente a dose para 150 mcg/dia e repetir o TSH em 8 semanas.
D) Desenvolvimento de um hipotireoidismo central. A conduta é solicitar uma ressonância magnética da hipófise para investigar um adenoma.

QUESTÃO 15

Uma mulher de 55 anos, com diagnóstico de pancreatite crônica idiopática, há 10 anos, retorna à consulta com queixa de piora da dor abdominal, agora refratária à analgesia com opioides, perda de peso acentuada e episódios de hipoglicemia seguidos por hiperglicemias de difícil controle. Uma colangiopancreatografia por ressonância magnética evidencia múltiplas calcificações parenquimatosas, atrofia glandular e uma dilatação acentuada do ducto pancreático principal (10 mm de diâmetro), com uma estenose calcificada em sua porção cefálica.

Com base neste quadro clínico, analise as afirmativas abaixo:

I. O tratamento da insuficiência exócrina com enzimas pancreáticas (lipase, protease, amilase) é indicado para reverter a má absorção e a perda de peso, devendo as cápsulas serem administradas juntamente com as refeições.

II. O manejo do diabetes pancreatogênico é complexo devido à deficiência concomitante de insulina e glucagon. O uso de secretagogos de insulina, como as sulfonilureias, é a terapia de primeira escolha por ser mais segura e eficaz que a insulinoterapia neste cenário.

III. A dor refratária associada à dilatação ductal com estenose a montante caracteriza uma dor de mecanismo obstrutivo, tornando prioritária a avaliação de uma intervenção de descompressão, seja por via endoscópica (CPRE com dilatação e prótese) ou, cirúrgica (derivação pancreatojejunal).

IV. A piora clínica acentuada, especialmente a dor refratária, em um paciente com pancreatite crônica de longa data, impõe a necessidade de descartar ativamente o desenvolvimento de adenocarcinoma de pâncreas, sendo esta a complicação mais temida da doença.

Estão **CORRETAS** apenas as afirmativas:

A) I e III.
B) II e IV.
C) I, III e IV.
D) I, II e IV.

QUESTÃO 16

Sobre os determinantes da filtração glomerular, assinale a afirmativa **INCORRETA**:

A) O fluxo plasmático glomerular é um fator determinante da filtração glomerular.
B) A pressão de filtração no capilar glomerular se mantém estável durante todo o comprimento deste capilar.
C) A Permeabilidade hidráulica intrínseca da parede glomerular se mantém estável durante a filtração glomerular.
D) A redução do calibre da arteríola eferente aumenta a pressão de filtração glomerular.

QUESTÃO 17

Das características que definem o conceito de Síndrome Nefrótica, assinale a afirmativa **INCORRETA**:

A) Dislipidemia
B) Aumento das escórias renais
C) Proteinúria nefrótica
D) hipoalbuminemia

QUESTÃO 18

Sobre as medidas de tratamento da hipercalemia, qual das elencadas abaixo **NÃO** é uma medida de remoção de potássio?

A) Diálise
B) Furosemida
C) Ciclossilicato de zircônio
D) Agonista beta-2

QUESTÃO 19

Qual das definições abaixo sobre os diversos tipos de Síndrome Cardiorrenal é **VERDADEIRA**?

A) Síndrome cardiorrenal tipo 2: anormalidades crônicas da função cardíaca levando à disfunção renal
B) Síndrome cardiorrenal tipo 1: piora aguda da função renal levando à disfunção cardíaca
C) Síndrome cardiorrenal tipo 3: condição sistêmica desfavorável, gerando disfunção cardíaca e renal simultâneas
D) Síndrome cardiorrenal tipo 4: piora aguda da função cardíaca levando à disfunção renal

QUESTÃO 20

Sobre o uso de diureticoterapia, no início da abordagem da Síndrome cardiorrenal tipo 1, qual deles **NÃO** está indicado?

A) Furosemida.
B) Inibidor da anidrase carbônica.
C) Antagonista não-esteroidal do receptor mineralocorticoide.
D) Hidroclocrotiazida.

QUESTÃO 21

Qual das causas abaixo de hiponatremia euvolêmica é **FALSA**?

A) Síndrome Nefrótica.
B) Hipotireoidismo.
C) Síndrome de secreção inapropriada de ADH.
D) Intoxicação aquosa.

QUESTÃO 22

Qual dos distúrbios eletrolíticos abaixo pode ser causado por alta dose de furosemida?

A) K: 5,8 mEq/L
B) Na: 132 mEq/L
C) Ca: 12,3 mg/dl
D) Bic: 34 mEq/L

QUESTÃO 23

Qual das medidas não-medicamentosas abaixo, para prevenção de formação de novos cálculos renais é **FALSA**?

A) Redução da ingesta de cálcio.
B) Aumento da ingesta de potássio.
C) Redução da ingesta de sódio.
D) Redução da ingesta de oxalato.

QUESTÃO 24

Sobre as características da hiponatremia 2ª a Secreção Inapropriada do Hormônio Antidiurético (SIADH), qual é a **VERDADEIRA?**

A) Presença de disfunção renal.
B) Ácido úrico sérico elevado.
C) Sem melhora da hiponatremia após infusão de soro fisiológico.
D) Concentração urinária de sódio menor que 20 mEq/L.

QUESTÃO 25

Qual das possíveis causas de hipercalemia é **FALSA**?

A) Hipovolemia.
B) Hiperaldosteronismo.
C) Resistência A Aldosterona.
D) Impedimento Renal.

QUESTÃO 26

Na vigência de insuficiência renal aguda, qual das medicações abaixo **NÃO** requer reajuste da dose ou do intervalo, ou até mesmo interrupção?

A) Pregabalina.
B) Azitromicina.
C) Metformina.
D) Sulfametoxazol-trimetoprim.

QUESTÃO 27

Considere uma paciente feminina, com IRC, taxa de filtração glomerular 35 ml/min e microalbuminuria 158 mg/g. Qual a sua classificação de DRC?

A) G1A3
B) G3bA2
C) G3aA3
D) G4A2

QUESTÃO 28

Qual das doenças minerais ósseas abaixo tem como característica a **presença de PTH sérico elevado**?

A) Doença de alto remodelamento.
B) Doença óssea adinâmica.
C) Osteomalácia.
D) Doença por deposição de alumínio.

QUESTÃO 29

Das variadas colorações possíveis da urina, qual das cores abaixo se relaciona com a liberação de ADA pela neuro-hipófise?

A) Branca.
B) Acastanhada.
C) Vermelha.
D) Amarela.

QUESTÃO 30

A presença de glicosúria no exame de fita de urina, na concomitância de uma glicemia < 100 mg/dl, pode significar qual das situações abaixo?

A) Diabetes mellitus
B) Disfunção tubular distal
C) Lesão glomerular
D) Disfunção tubular proximal

QUESTÃO 31

Um homem de 45 anos de idade apresenta poliúria intensa (10L/dia), polidipsia e urina com densidade muito baixa. Após administração de desmopressina intranasal, há redução significativa do volume urinário e aumento da osmolaridade da urina. Os exames de imagem mostram ausência do sinal da haste hipofisária posterior em T1.

Com base nesse quadro, assinale a alternativa **CORRETA**:

A) O quadro é compatível com *Diabetes insipidus* central, devido à deficiência de secreção de vasopressina.
B) O quadro é compatível com síndrome de secreção inapropriada de ADH (SIADH), caracterizada por retenção hídrica e hiponatremia.
C) O teste com desmopressina sugere *Diabetes insipidus* nefrogênico, pois há resposta completa ao hormônio.
D) O achado de ausência do sinal da haste hipofisária é incompatível com distúrbio hipotálamo-hipofisário e indica erro de imagem.

QUESTÃO 32

Um homem de 74 anos de idade, portador de insuficiência cardíaca e doença pulmonar obstrutiva crônica, é internado por pneumonia grave, apresentando imobilização no leito há 4 dias. Nega história prévia de sangramentos ou tromboembolismo venoso (TEV). O exame clínico mostra PA = 120/70mmHg, FC = 92bpm, SpO_2 = 94% em O_2 suplementar. Plaquetas e função renal normais.

Sobre a profilaxia do TEV nesse paciente, assinale a alternativa **CORRETA**:

A) A profilaxia farmacológica está contraindicada, pois pacientes clínicos têm baixo risco de tromboembolismo comparado aos cirúrgicos.
B) A enoxaparina em dose profilática é indicada, podendo ser administrada 40mg por via subcutânea a cada 24 horas, desde que não haja contraindicações.
C) O uso de anticoagulantes orais diretos (DOACs) é preferencial ao uso de heparina para profilaxia hospitalar em pacientes clínicos agudos.
D) A profilaxia mecânica (meias compressivas ou dispositivos pneumáticos) é suficiente em todos os pacientes clínicos hospitalizados, independentemente do risco.

QUESTÃO 33

Sobre as enfermidades que acometem o **miocárdio**, assinale a alternativa **CORRETA:**

A) A miocardite viral caracteriza-se por inflamação do miocárdio com liberação de troponina e costuma ter evolução crônica, sem possibilidade de recuperação da função ventricular.

B) A cardiomiopatia hipertrófica é causada por hipertrofia reacional secundária à hipertensão arterial e não apresenta risco de morte súbita.

C) A cardiomiopatia dilatada cursa com aumento do volume ventricular e redução da fração de ejeção, sendo frequentemente consequência de agressões miocárdicas prévias, como miocardite.

D) O infarto agudo do miocárdio envolve necrose do pericárdio e geralmente ocorre sem elevação de biomarcadores cardíacos.

QUESTÃO 34

Um homem de 72 anos de idade, agricultor, apresenta, há 8 meses, uma lesão ulcerada no lábio inferior, com bordas elevadas e endurecidas, base infiltrada e sangramento fácil ao toque. Relata crescimento progressivo e dor local. O paciente é tabagista, etilista e relata exposição solar intensa por décadas.

Com base nesse quadro clínico, assinale a alternativa **CORRETA** quanto ao diagnóstico e à conduta inicial:

A) O quadro é compatível com carcinoma basocelular, que raramente metastatiza e pode ser tratado apenas com crioterapia.

B) O carcinoma espinocelular deve ser suspeitado, sendo indicada biópsia incisional para confirmação histológica e avaliação de metástase linfonodal regional.

C) Trata-se de lesão benigna compatível com ceratose actínica, devendo ser observada clinicamente por seis meses.

D) O tratamento clínico inicial consiste em corticoide tópico de alta potência para reduzir a inflamação antes da cirurgia.

QUESTÃO 35

Sobre as doenças articulares autoimunes, considere as seguintes afirmativas:

I. Na artrite reumatoide, o envolvimento articular é tipicamente simétrico, com predomínio em pequenas articulações das mãos e punhos, podendo ocorrer deformidades fixas, se não tratada precocemente.

II. No lúpus eritematoso sistêmico, a artrite é erosiva e deformante, e o fator reumatoide está sempre positivo.

III. As espondiloartrites estão frequentemente associadas ao antígeno HLA-B27 e podem cursar com dor lombar inflamatória e entesite.

IV. A artrite reumatoide e o lúpus eritematoso sistêmico podem cursar com manifestações extra-articulares, incluindo serosite e vasculite.

Estão **CORRETAS** as afirmativas:

A) I e III, apenas.
B) II e IV, apenas.
C) I, III e IV, apenas.
D) I, II, III e IV.

QUESTÃO 36

Uma mulher de 52 anos de idade apresenta perda ponderal progressiva, anemia ferropriva refratária, dor epigástrica e nódulo palpável em região umbilical. Além disso, observa-se hiperpigmentação aveludada em pregas axilares e cervicais. A endoscopia digestiva alta evidencia lesão infiltrante em corpo gástrico, cuja biópsia confirma adenocarcinoma gástrico difuso.

Com base no quadro clínico, assinale a alternativa **CORRETA**:

A) A acantose *nigricans* é uma manifestação paraneoplásica cutânea associada a neoplasias gástricas avançadas.
B) O nódulo umbilical palpável representa uma metástase hepática denominada de "nódulo de Sister Mary Joseph".
C) A anemia ferropriva é explicada por absorção aumentada de ferro no intestino delgado devido à hipocloridria.
D) A forma difusa do adenocarcinoma gástrico raramente apresenta metástases à distância, predominando lesões superficiais e bem delimitadas.

QUESTÃO 37

Sobre as síndromes mielodisplásicas (SMD) e as síndromes mieloproliferativas crônicas (SMPC), assinale a alternativa **CORRETA**:

A) As síndromes mielodisplásicas cursam com proliferação clonal de células maduras, resultando em policitemia e plaquetose.
B) As síndromes mieloproliferativas crônicas apresentam, em geral, pancitopenia e displasia medular, com alto risco de transformação em anemia aplástica.
C) A mutação JAK2 V617F é frequentemente encontrada em policitemia vera, trombocitemia essencial e mielofibrose primária.
D) As síndromes mielodisplásicas são caracterizadas por aumento da produção eficaz de elementos sanguíneos maduros e por hipercelularidade compensatória da medula óssea.

QUESTÃO 38

Em relação às **infecções do trato urinário (ITU)** em adultos, assinale a alternativa **CORRETA:**

A) A presença de piúria isolada é suficiente para o diagnóstico de infecção urinária, mesmo na ausência de sintomas clínicos.

B) A pielonefrite aguda é geralmente causada por microrganismos gram-positivos, como *Enterococcus faecalis* e *Staphylococcus saprophyticus*.

C) A bacteriúria assintomática deve sempre ser tratada, especialmente em homens e mulheres não grávidas.

D) A *Escherichia coli* é o agente etiológico mais frequente das ITUs comunitárias, devido à sua capacidade de aderência uroepitelial mediada por fímbrias tipo P (pielonefrite) e tipo 1 (cistite).

QUESTÃO 39

Sobre as doenças degenerativas do sistema nervoso central, **a**ssinale a alternativa **CORRETA**:

A) A doença de Alzheimer caracteriza-se por degeneração dos neurônios dopaminérgicos da substância negra, levando à rigidez e bradicinesia.

B) A doença de Parkinson está associada à deposição de placas β-amiloides e emaranhados neurofibrilares corticais.

C) A esclerose lateral amiotrófica (ELA) cursa com degeneração simultânea dos neurônios motores superiores e inferiores, preservando a sensibilidade e as funções cognitivas na maioria dos casos.

D) A doença de Huntington é uma demência de início tardio, causada por deposição de alfa-sinucleína nos neurônios do hipocampo.

QUESTÃO 40

Um paciente do sexo masculino, de 62 anos de idade, portador de *Diabetes mellitus* tipo 2, é admitido com febre alta, taquicardia, hipotensão e confusão mental. O exame físico revela lesões cutâneas petequiais e sangramento gengival difuso. Os exames laboratoriais mostram plaquetas: 48.000/mm³, TP prolongado, TTPa prolongado, D-dímero aumentado e fibrinogênio diminuído.

Com base no quadro clínico e nos achados laboratoriais, a condição hematológica **MAIS** provável associada ao diagnóstico de sepse grave, é:

A) Púrpura trombocitopênica idiopática (PTI).
B) Síndrome hemolítico-urêmica (SHU).
C) Trombocitopenia induzida por heparina (TIH).
D) Coagulação intravascular disseminada (CIVD).

QUESTÃO 41

Um homem de 68 anos de idade, previamente hígido, procura atendimento com queixa de poliúria noturna e jato urinário fraco há 6 meses. Ao exame, o toque retal revela próstata endurecida, nodular e assimétrica. O PSA total é de 8,2ng/mL, com relação PSA livre/total de 10%. A biópsia transretal mostra adenocarcinoma de próstata Gleason 4+3 (7) e a ressonância magnética demonstra lesão restrita à glândula, sem invasão capsular.

Nesse caso, a conduta terapêutica **MAIS** adequada, é:

A) Indicar vigilância ativa, com acompanhamento seriado do PSA e nova biópsia anual.
B) Realizar radioterapia externa exclusiva, pois trata-se de tumor de baixo risco.
C) Indicar prostatectomia radical com linfadenectomia pélvica, por se tratar de doença localizada de risco intermediário.
D) Iniciar terapia de privação androgênica isolada, indicada para controle hormonal inicial.

QUESTÃO 42

Um homem de 65 anos de idade, hipertenso e diabético, com histórico de infarto anterior há 4 anos e fração de ejeção de 35%, encontra-se em uso de betabloqueador, enalapril e espironolactona. Relata palpitações rápidas, tontura e dois episódios de pré-síncope nas últimas semanas. O ECG mostra taquicardia monomórfica com QRS largo (180ms) e frequência de 160bpm. O *Holter* prévio documenta episódios paroxísticos de fibrilação atrial (FA) e o ecocardiograma confirma cardiopatia estrutural isquêmica.

Quanto às **indicações e objetivos da ablação por cateter, c**om base nas informações clínicas e nos critérios eletrofisiológicos, assinale a alternativa **CORRETA**:

A) A ablação está indicada primariamente para a fibrilação atrial, com isolamento das veias pulmonares, pois o tratamento da taquicardia ventricular é exclusivamente medicamentoso com amiodarona.

B) A ablação ventricular tem indicação formal neste paciente, pois há taquicardia ventricular monomórfica sustentada em contexto de cicatriz pós-IAM, devendo o mapeamento eletroanatômico ser direcionado às zonas de entrada e saída do circuito de reentrada.

C) A presença de FA paroxística contraindica a ablação ventricular, uma vez que o substrato arrítmico é supraventricular e requer apenas anticoagulação.

D) O uso de betabloqueadores impede o sucesso da ablação, devendo ser suspenso antes do procedimento e substituído por antiarrítmico classe IC.

QUESTÃO 43

Um homem de 45 anos de idade é encontrado inconsciente em casa. Na admissão ao Pronto-Socorro, apresenta Glasgow 6 (O2 V1 M3), pupilas isocóricas e fotorreagentes, respiração irregular do tipo Cheyne–Stokes, pressão arterial de 180/100mmHg e frequência cardíaca de 48bpm. O exame físico não mostra sinais de trauma. A glicemia capilar é de 112mg/dL.

Com base no quadro descrito, a causa **MAIS** provável do rebaixamento do nível de consciência, é:

A) Lesão diencefálica ou hemisférica bilateral, compatível com hipertensão intracraniana.
B) Lesão hemisférica cortical difusa secundária a encefalopatia metabólica.
C) Lesão pontina com comprometimento do centro respiratório.
D) Lesão do sistema reticular ativador ascendente por intoxicação exógena.

QUESTÃO 44

Sobre o diagnóstico diferencial entre colecistite aguda, coledocolitíase e colangite aguda, considere as seguintes afirmativas:

I. A presença de febre, dor em hipocôndrio direito e icterícia define a Tríade de Charcot, clássica da colangite aguda.
II. Na colecistite aguda, a icterícia costuma estar ausente ou discreta, sendo mais comum a elevação de leucócitos e do PCR.
III. A coledocolitíase isolada geralmente cursa com bilirrubinas elevadas, fosfatase alcalina e GGT aumentadas, sem sinais sistêmicos de infecção.
IV. A ultrassonografia costuma demonstrar dilatação do colédoco e cálculo no seu interior em casos de colelitíase não complicada.

Estão **CORRETAS** as afirmativas:

A) I e IV, apenas.
B) I, II e III, apenas.
C) II, III e IV, apenas.
D) I, II, III e IV.

QUESTÃO 45

Um homem de 49 anos de idade, IMC = 38kg/m², diabético tipo 2 há 8 anos, hipertenso e em uso de metformina e losartana, é encaminhado para otimização do manejo da obesidade. Refere ganho progressivo de peso, apneia do sono e fadiga diurna. Nega doença psiquiátrica ativa. Exames: HbA1c = 8,1%; TSH normal; creatinina = 1,0mg/dL; ALT discretamente elevada. Após avaliação multidisciplinar, discute-se a introdução de farmacoterapia antiobesidade, associada a mudanças comportamentais.

Com base nesse caso, considere as afirmativas abaixo sobre o tratamento clínico da obesidade:

I. A semaglutida, agonista do receptor de GLP-1, é opção eficaz para este paciente, promovendo perda ponderal média de até 15% e melhora do controle glicêmico, sendo preferível à liraglutida pelo perfil de eficácia e adesão.
II. O orlistate seria contraindicado, neste caso, devido ao risco aumentado de hepatotoxicidade e interação medicamentosa com a losartana.
III. A associação de bupropiona e naltrexona pode ser considerada, mas deve ser usada com cautela em pacientes com risco de crises convulsivas ou hipertensão arterial não controlada.
IV. O tratamento farmacológico deve ser indicado apenas em pacientes com IMC ≥ 40g/m² ou ≥35kg/m² com comorbidades graves, após falha comprovada de medidas comportamentais por pelo menos 12 meses.

Estão **CORRETAS** as afirmativas:

A) I e III, apenas.
B) II e IV, apenas.
C) I, II e III, apenas.
D) I, II, III e IV.

FOLHA DE RASCUNHO					
1		16		31	
2		17		32	
3		18		33	
4		19		34	
5		20		35	
6		21		36	
7		22		37	
8		23		38	
9		24		39	
10		25		40	
11		26		41	
12		27		42	
13		28		43	
14		29		44	
15		30		45	

ATENÇÃO:
AGUARDE AUTORIZAÇÃO
PARA VIRAR O CADERNO DE PROVA.