



Processo Seletivo - FCM  
**Residência  
Médica Uerj 2026**

## PRÉ-REQUISITO - CLÍNICA MÉDICA (301 A 309) R3 – CLÍNICA MÉDICA (505) CADERNO DE QUESTÕES

**PROIBIDO FOLHEAR ESTE CADERNO ANTES DA AUTORIZAÇÃO PARA O INÍCIO DA PROVA**

Além deste caderno de **50** questões OBJETIVAS, você recebeu:

- um cartão-resposta personalizado com questões de múltipla escolha com quatro alternativas.

Duração máxima da prova: **5 horas**

Autorização para deixar o local de prova: **após 2 horas** do início da prova

### INSTRUÇÕES

- 1) Na mesa, são permitidos apenas o(s) caderno(s), o cartão-resposta (quando houver) e a caneta esferográfica transparente de tinta preta ou azul **SEM A TAMPA**. Demais pertences devem estar devidamente guardados embaixo da carteira.
- 2) Terminada a prova, **TODO** material de prova deverá ser devolvido aos fiscais.
- 3) As três últimas pessoas candidatas somente poderão deixar a sala, juntas, quando a última entregar a prova. As três deverão assinar a ata de sala, atestando a idoneidade e a regularidade da finalização da prova.

### NO CARTÃO-RESPOSTA:

- 4) Confira os seus dados pessoais, número de inscrição e cargo/programa escolhido.
- 5) Assine e transcreva a frase impressa no cartão assim que o receber (cartões entregues sem a assinatura e/ou sem a transcrição da frase **NÃO** serão corrigidos).
- 6) Marque a alternativa correta de acordo com a ilustração instrutiva. Somente as respostas corretamente preenchidas serão objeto de correção.

**Atenção:** Por motivo de segurança, as respostas **NÃO** poderão ser anotadas em nenhum outro local que não seja o cartão-resposta.

### NO CADERNO DE QUESTÕES:

- 7) Após autorização do início da prova, verifique a numeração das questões e das páginas (havendo irregularidade no material, comunique ao fiscal de sala).
- 8) Não arranque, destaque ou rasgue nenhuma folha nem parte dela.

**Todos os casos e nomes utilizados nas provas do CEPUERJ são fictícios.**

ORGANIZADOR



**CEPUERJ**

**PROVA OBJETIVA****CLÍNICA MÉDICA**

**1)** Paciente de 31 anos, primigesta, sem comorbidades prévias, realiza o teste de tolerância oral à glicose com 75g na 26ª semana de gestação. Os resultados são: jejum = 87mg/dL; 1 hora após sobrecarga de glicose = 165mg/dL; 2 horas após sobrecarga de glicose = 140mg/dL. A conclusão sobre os resultados e a conduta apropriada a se tomar, respectivamente, são:

- a) exame normal / seguir acompanhamento regular do pré-natal
- b) diabetes gestacional / iniciar insulina NPH noturna e reavaliar em duas semanas
- c) diabetes gestacional / recomendar dieta, atividade física e monitoramento glicêmico capilar pré-prandial
- d) tolerância à glicose diminuída / recomendar intensificação de atividade física e reavaliar em quatro semanas

**2)** Homem de 65 anos, com diagnóstico de diabetes *mellitus* (DM) do tipo 2 há oito anos, em uso de metformina 2,5g/dia e glibenclamida 20mg/dia, apresenta-se em consulta com hemoglobina glicada de 8,5%. Possui histórico de infarto agudo do miocárdio há dois anos, com fração de ejeção do ventrículo esquerdo (VE) de 40% e taxa de filtração glomerular estimada de 55mL/min/1.73m². Não apresenta hipoglicemia. O médico deseja a otimização do tratamento para adequado controle glicêmico e proteção cardiovascular e renal. A conduta a ser realizada nesse caso é:

- a) prescrever pioglitazona
- b) prescrever empagliflozina
- c) adicionar insulina NPH noturna
- d) aumentar a dose dos hipoglicemiantes

**3)** Paciente de 30 anos, com DM do tipo 1 desde a adolescência, em uso de esquema basal-bolus com insulina glargina e lispro, relata episódios frequentes de hipoglicemia, principalmente durante a madrugada e após exercícios físicos. A hemoglobina glicada é de 7,7% e há grande variabilidade glicêmica no monitoramento contínuo de glicose. A melhor conduta a ser realizada para evitar as hipoglicemias e a intensa variabilidade glicêmica é:

- a) trocar a insulina glargina por NPH e manter a insulina lispro
- b) trocar a insulina lispro por regular e manter a insulina glargina
- c) instalar sistema de infusão de insulina em alça fechada híbrida
- d) prescrever múltiplas injeções diárias com insulinas análogas de ação ultrarrápida

**4)** Homem de 58 anos, hígido previamente, é submetido à tomografia computadorizada (TC) de abdômen por dor abdominal ocasional em hipocôndrio direito. O exame evidencia lesão em adrenal esquerda de 4,8cm, heterogênea, com áreas de necrose central e densidade pré-contraste de 45 unidades Hounsfield. A avaliação funcional não demonstrou secreção excessiva de hormônios. O diagnóstico baseado nos achados tomográficos e a conduta que deve ser tomada, respectivamente, são:

- a) metástase de sítio primário desconhecido / tomografia por emissão de pósitrons (PET-CT)
- b) carcinoma adrenocortical / adrenalectomia laparoscópica ou aberta (convencional)
- c) carcinoma medular de adrenal / biópsia percutânea guiada por TC
- d) adenoma não funcionante / repetição da TC em seis meses

**5)** Homem de 74 anos está em tratamento para osteoporose com alendronato oral semanal há cinco anos. A densitometria óssea inicial mostrava T-score de -2,6 na coluna lombar e -0,5 no quadril. A densitometria atual mostra T-score de -2,2 na coluna, com estabilidade da massa óssea no quadril. Ele não sofreu nenhuma fratura durante o tratamento e apresenta boa tolerância ao medicamento. O risco de fratura de quadril em dez anos, calculado pelo FRAX, é de 1%. A conduta ideal a ser tomada nesse caso é:

- a) manter o alendronato por mais cinco anos, para maximizar a proteção contra fraturas
- b) trocar o alendronato por teriparatida, para aumento da densidade mineral óssea
- c) adicionar denosumabe ao alendronato para ganho adicional de massa óssea
- d) suspender o alendronato e reavaliar o risco de fratura posteriormente

**6)** Mulher de 43 anos, assintomática e eutireoidiana, realiza ultrassonografia cervical que revela um nódulo tireoidiano de 1,8cm no lobo direito, classificado como TI-RADS 5, sem linfonodomegalias suspeitas. A conduta adequada a ser tomada é:

- a) iniciar supressão do TSH com levotiroxina para reduzir o tamanho do nódulo
- b) repetir a ultrassonografia entre 6 e 12 meses, pois o nódulo é menor que 2cm
- c) realizar punção aspirativa por agulha fina guiada por ultrassom, por ser um possível carcinoma
- d) indicar tireoidectomia imediata, pois a ultrassonografia sugere fortemente o diagnóstico de carcinoma

**7)** Jovem de 20 anos é avaliado por quadro de um ano de evolução com disartria, tremor de intenção, rigidez muscular, associado a diagnóstico recente de depressão e comportamento impulsivo. Exames laboratoriais mostram AST = 120U/L e ALT = 155U/L. Ao exame oftalmológico, são identificados anéis de coloração marrom-dourada na periferia da córnea. A ceruloplasmina sérica está baixa e a excreção de cobre urinário de 24 horas está muito elevada. A conduta terapêutica adequada é:

- a) pulsoterapia com metilprednisolona
- b) prescrição de D-penicilamina e piridoxina
- c) suplementação oral de cobre e vitamina C
- d) prescrição de levodopa-carbidopa e amantadina

**8)** Paciente de 62 anos, com consumo de álcool em grande quantidade e de longa data, apresenta à elastografia hepática por FibroScan valor médio de rigidez hepática de 15,5kPa. Com base nesse achado, a biópsia hepática desse paciente deve diagnosticar:

- a) fibrose intensa e cirrose hepática
- b) fibrose hepática sem cirrose hepática
- c) esteatose hepática e esteato-hepatite
- d) esteatose hepática sem esteato-hepatite

**9)** Paciente de 64 anos, HBsAg positivo, mas com HBV-DNA indetectável e ALT e AST normais, será submetido a tratamento quimioterápico imunossupressor para linfoma recém-diagnosticado. Ele não tem histórico de hepatite B reativada previamente. A estratégia para prevenir a reativação da hepatite B nesse paciente é:

- a) indicar conduta expectante para hepatite B, uma vez que o paciente é portador inativo, e o risco de reativação é muito baixo
- b) vacinar contra hepatite A, hepatite B e herpes zoster, duas semanas antes do início da quimioterapia para o tratamento do linfoma
- c) prescrever entecavir antes do início da quimioterapia, além de manter durante todo o período de imunossupressão e por um período após a sua conclusão
- d) monitorar os níveis de HBV-DNA, ALT e AST a cada duas semanas, durante e após a quimioterapia, e iniciar o tratamento antiviral, se houver evidência de reativação

**10)** Paciente de 54 anos é admitida na unidade de tratamento intensivo (UTI) com síndrome do desconforto respiratório agudo grave (SDRA) secundária à pancreatite. Ela está em ventilação mecânica invasiva com os seguintes parâmetros: modo volume controlado, frequência respiratória (FR) = 26irpm, volume corrente = 6mL/kg de peso predito, PEEP = 14cmH<sub>2</sub>O e FiO<sub>2</sub> = 80%. A gasometria arterial mostra pH = 7,28, PaO<sub>2</sub> = 58mmHg e PaCO<sub>2</sub> = 55mmHg. A pressão de platô medida é de 38cmH<sub>2</sub>O. A conduta adequada a ser tomada para redução de mortalidade na SDRA grave é:

- a) iniciar a pronação por pelo menos 16 horas por dia
- b) infundir bicarbonato de sódio 8,4%
- c) aumentar a PEEP para 18cmH<sub>2</sub>O
- d) aumentar a FR para 35irpm

**11)** Paciente internado na UTI está com a pressão arterial média de 40mmHg e lactato elevado. Apresenta-se à monitorização invasiva com redução da pré-carga, da contratilidade miocárdica e do débito cardíaco, além de aumento da pós-carga. O perfil hemodinâmico compatível com o diagnóstico do paciente é:

- a) choque séptico
- b) hemorragia aguda
- c) tamponamento cardíaco
- d) traumatismo raquimedular

**12)** Paciente de 55 anos, com diagnóstico de desnutrição grave, é internado na UTI com pneumonia e insuficiência respiratória aguda, necessitando de ventilação mecânica. No terceiro dia de suporte nutricional enteral, ele desenvolve hipofosfatemia e hipomagnesemia graves, hipocalcemia, hiperglicemia e retenção hídrica significativa. O diagnóstico do quadro clínico apresentado é:

- a) cetoacidose diabética
- b) síndrome de realimentação
- c) estado hiperglicêmico hiperosmolar
- d) síndrome da resposta inflamatória sistêmica

**13)** Homem de 72 anos, com hipertensão arterial sistêmica e DM do tipo 2, é levado para avaliação médica, pois a filha o notou mais disperso, com problemas de concentração e dificuldade para preparar as próprias refeições, atividade que tinha grande prazer em realizar. Percebeu ainda que o pai estava mais apático e desinteressado em acompanhar seu time de futebol do coração. Além disso, relata que ele apresenta leve dificuldade de lembrar nomes de pessoas e objetos e que sofreu algumas quedas recentemente. Acrescenta que essas alterações surgiram há aproximadamente um ano, mas que, no último mês, pioraram, com surgimento de maior irritabilidade e dificuldade para se vestir, após quadro de infecção urinária tratada ambulatorialmente. Ao exame, verificam-se marcha de base alargada, força preservada e tônus levemente aumentado, com reflexos simétricos. Não se observa tremor. O diagnóstico mais provável para o quadro do paciente é:

- a) demência vascular
- b) doença de Alzheimer
- c) demência frontotemporal
- d) demência com corpúsculos de Lewy

**14)** Mulher de 58 anos apresenta, há seis meses, parestesias nos pés, que ascenderam até os joelhos. Refere dor em queimação nos membros inferiores, que piora à noite. Relata não ter antecedentes familiares de neuropatias e não consumir bebida alcoólica. Ao exame, verificam-se redução da sensibilidade tátil e dolorosa até os joelhos e diminuição do reflexo aquileu bilateral. A investigação laboratorial inicial para esse quadro, além de FR, deve incluir:

- a) glicemia de jejum, TSH, T4 livre, T3 livre, vitamina D, ácido fólico, anti-Sm, anti-centrômero e eletroforese de hemoglobina
- b) HbA1c, T4 livre, vitamina B12, ácido fólico, FAN, anti-Jo, anti-Lkm1, anti-HCV, HBsAg, anti-HBc total e eletroforese de hemoglobina
- c) glicemia de jejum, HbA1c, TSH, T4 livre, vitamina B12, ácido fólico, FAN, anti-Ro, anti-La e eletroforese de proteínas séricas com imunofixação
- d) glicemia ao acaso, HbA1c, TRAB, anti-TPO, vitamina B12, tiamina, FAN, anticoagulante lúcido e eletroforese de proteínas séricas com imunofixação

**15)** Mulher de 68 anos, hipertensa e tabagista, é admitida com paresia em membro superior direito e disartria, de 30 minutos de evolução. Nega perda de consciência, convulsões ou cefaleia. Ao exame, está orientada no tempo e no espaço, com força grau IV em membros superior direito e disartria leve; PA = 170x90mmHg e frequência cardíaca (FC) = 90bpm. A TC de crânio sem contraste, realizada 20 minutos após a admissão, não exhibe alterações agudas. Após 30 minutos da chegada ao hospital, ocorre a resolução completa da paresia e disartria. A conduta medicamentosa inicial mais adequada para essa paciente é realizar:

- a) trombolítico intravenoso
- b) dupla antiagregação plaquetária
- c) anticoagulação com varfarina oral
- d) anticoagulação com heparina de baixo peso intravenosa

**16)** Mulher de 33 anos, com asma em uso regular de formoterol e beclometasona inalatórios, relata cefaleias recorrentes há cerca de dois anos. As crises são unilaterais, pulsáteis, duram de 12 a 24 horas e vêm acompanhadas de náuseas, fotofobia e fonofobia, frequentemente de intensidade 7 em 10 ou mais. Os episódios ocorrem cerca de seis vezes por mês, geralmente em períodos de estresse ou privação de sono, levando a faltas no trabalho e dificuldade de realizar trabalho doméstico. Faz uso de dipirona e cetoprofeno nas crises, com alívio parcial. O exame neurológico é normal, e a TC de crânio sem contraste, solicitada previamente, não mostra alterações. O medicamento mais adequado para prevenção do quadro da paciente é:

- a) triptano
- b) corticoide
- c) betabloqueador
- d) antidepressivo tricíclico

**17)** Homem de 65 anos, com histórico de gastrectomia parcial há 15 anos, apresenta-se com cansaço progressivo, parestesias em membros inferiores e dificuldade de marcha. Ao exame, está hipocorado 2+/4, com reflexos tendinosos profundos diminuídos, redução de sensibilidade vibratória e cinético-postural em membros inferiores, além de pesquisa de sinal de Romberg positiva. Exames complementares mostram hemoglobina = 9,2g/dL, volume corpuscular médio (VCM) = 112fL, leucócitos = 3.200/mm<sup>3</sup> e plaquetas = 120.000/mm<sup>3</sup>. As alterações laboratoriais mais compatíveis com o quadro clínico descrito são:

- a) aumento do TSH com T4 livre elevado
- b) aumento da homocisteína e ácido metilmalônico séricos
- c) elevação da ferritina com saturação de transferrina aumentada
- d) redução de bilirrubina indireta e lactato desidrogenase e aumento de haptoglobina

**18)** Homem de 59 anos, com diagnóstico de artrite reumatoide há oito anos, em uso de metotrexato e prednisona, refere cansaço progressivo, palidez e queda de rendimento nas atividades cotidianas há cerca de três meses. Nega sangramentos evidentes, mas relata piora das dores articulares e rigidez matinal prolongada. Ao exame físico, apresenta palidez de mucosas e artrite em pequenas articulações das mãos. Exames laboratoriais revelam hemoglobina = 9,4g/dL, hematócrito = 28,2%, VCM = 78fL, ferritina = 70ng/mL, ferro sérico = 35µg/dL, capacidade total de ligação do ferro (TIBC) = 370µg/dL, saturação de transferrina = 11% e proteína C reativa = 80mg/dL. A conduta terapêutica mais apropriada para o caso é:

- a) prescrever sulfato ferroso via oral com monitoramento clínico-laboratorial
- b) prescrever vitamina B12 e ácido fólico em altas doses por três meses
- c) suspender o metotrexato e iniciar eritropoetina recombinante
- d) iniciar transfusão de concentrado de hemácias

**19)** Homem de 37 anos, previamente hígido, realiza exames laboratoriais de rotina pela empresa, que identificam contagem de eosinófilos de 850/mm<sup>3</sup>. Ele nega queixas respiratórias, gastrointestinais ou cutâneas. Não faz uso de medicamentos contínuos. Refere ter viajado recentemente para o interior do Maranhão, onde ingeriu alimentos em feiras livres. Ao exame, verifica-se bom estado geral, com PA = 120x80mmHg, FC = 80bpm; sem linfonodos palpáveis; ausculta cardiopulmonar sem alterações e abdômen plano, indolor, sem visceromegalias. Foi indicada repetição do hemograma e exames adicionais. Os resultados revelaram hemoglobina = 14,0g/dL, hematócrito = 42%, VCM = 82fL, leucócitos = 7.700/mm<sup>3</sup> (neutrófilos = 4.000/mm<sup>3</sup>, linfócitos = 2.000/mm<sup>3</sup>, monócitos = 700/mm<sup>3</sup>, eosinófilos = 950/mm<sup>3</sup> e basófilos = 50/mm<sup>3</sup>), creatinina = 0,8mg/dL, ureia = 35mg/dL, TGO = 25UI/L, TGP = 21UI/L; anti-HIV não reagente; anti-HCV não reagente; anti-HBs, HBsAg e anti-HBc não reagentes. A conduta adequada nesse caso é:

- a) solicitar TC de tórax e abdômen
- b) iniciar corticoterapia via oral empírica
- c) solicitar mielograma e biópsia de medula
- d) coletar parasitológico de fezes em amostras seriadas

**20)** Homem de 42 anos, internado por anemia aguda secundária a sangramento digestivo, cerca de 20 minutos após o início de uma transfusão de concentrado de hemácias, apresentou calafrios, dor lombar intensa e mal-estar de início súbito. Ao exame, verificou-se  $Tax = 38,7^{\circ}C$ ,  $FC = 110bpm$  e  $PA = 100 \times 65 mmHg$ ; AR: MVUA sem RA, ACV = RCR, 2T, BNF; além de rubor facial e abdômen plano e indolor. A transfusão foi imediatamente interrompida. A conduta a ser realizada em sequência inclui:

- a) coletar nova tipagem sanguínea e exames laboratoriais, manter hidratação venosa e comunicar ao serviço de hemoterapia
- b) administrar antitérmico e anti-histamínico, continuar a observação clínica e reiniciar a transfusão após 30 minutos
- c) iniciar corticosteroide venoso e hidratação venosa e completar a transfusão com vigilância de sinais vitais
- d) coletar hemoculturas e exames laboratoriais e iniciar antibioticoterapia de amplo espectro

**21)** Mulher de 21 anos, há cinco meses, apresentou quadro de artralgia, exantema facial e perda de peso, associado a leucócitos =  $2.500/mm^3$ , plaquetas =  $100.000/mm^3$ , FAN = 1:640, padrão nuclear pontilhado fino e anti-DNA dupla hélice = 1:40. Foram iniciados corticoide e metotrexato, ocasionando melhora parcial dos sintomas. Há duas semanas, a paciente notou urina espumosa. Foi realizado EAS em atendimento de emergência, que evidenciou proteína 2+ e 10-15 hemácias por campo. Ela nega disúria, dor lombar, náuseas ou vômitos. Não apresenta alterações no exame físico. Os exames iniciais mais indicados para esse caso são:

- a) pesquisa de dismorfismo eritrocitário, microalbuminúria e urinocultura
- b) quantificação de proteína e creatinina urinária em amostra única e urinocultura
- c) pesquisa de dismorfismo eritrocitário e quantificação de proteína e creatinina urinária em amostra única
- d) pesquisa de cilindros hemáticos, proteína de Bence Jones e quantificação de proteína em urina de 24 horas

**22)** Mulher de 64 anos, com histórico de hipertensão controlada, procura atendimento por dor na região inguinal direita há cerca de seis meses. A dor piora ao caminhar e subir escadas e melhora com repouso. Ela relata rigidez matinal que dura cerca de dez minutos. Nega dor noturna ou trauma. Ao exame, verifica-se dor à palpação profunda na região anterior do quadril, além de limitação da rotação interna e da flexão da articulação coxofemoral direita. Na radiografia simples do quadril, há redução do espaço articular, esclerose subcondral e osteófitos na articulação coxofemoral direita. A conduta inicial adequada para o caso é:

- a) indicar aplicação intra-articular de ácido hialurônico
- b) prescrever analgesia e realização de exercícios físicos
- c) encaminhar para realização de artroplastia total de quadril
- d) solicitar ressonância magnética (RM) de articulação coxofemoral direita



**23)** Homem de 52 anos, com hipertensão arterial em uso irregular de diuréticos, apresenta dor intensa no joelho direito há cerca de 12 horas. Refere que acordou com dor forte, inchaço e vermelhidão no local, sem trauma ou febre. Ao exame, observam-se joelho direito com aumento de volume, calor local, rubor e dor à mobilização ativa e passiva, com limitação funcional acentuada e pesquisa do sinal da tecla positiva. Não há lesões de pele ou sinais de infecção sistêmica. Foi realizada artrocentese que evidenciou cristais em forma de agulha, fortemente birrefringentes negativos sob luz polarizada. O diagnóstico mais provável para o caso é:

- a) pseudogota
- b) artrite gotosa
- c) artrite reativa
- d) artrite séptica

**24)** Homem de 59 anos, ex-tabagista, com artrite reumatoide, em uso de metotrexato, queixa-se de dispneia progressiva aos esforços e tosse seca há dois meses. Relata piora recente com ortopneia. Ao exame, verificam-se  $SpO_2 = 91\%$ , em repouso; AR: MV reduzido em bases com estertores crepitantes finos bibasais, sem ruídos adventícios. A TC de tórax de alta resolução exhibe padrão de reticulação intersticial com faveolamento de predomínio basal e subpleural. A espirometria revela distúrbio restritivo. A conduta terapêutica inicial é:

- a) associar corticoide oral e iniciar broncodilatadores de longa ação
- b) iniciar pirfenidona e manter o tratamento de base inalterado
- c) iniciar sulfametoxazol-trimetoprim e corticoide inalatório
- d) suspender o metotrexato e iniciar corticoide sistêmico

**25)** Homem de 65 anos, tabagista de 50 maços-ano, com doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) e insuficiência cardíaca biventricular, mantém acompanhamento médico, faz tratamento regular com broncodilatadores, entre outras drogas, além de furosemida 40mg por via oral uma vez ao dia. Há três meses, ele está apresentando dor torácica em pontada, ventilatório dependente, além de tosse seca e dispneia aos esforços, com perda de cerca de 5kg nesse período. Nega edema de membros inferiores e dispneia paroxística noturna. Ao exame físico, apresenta baqueteamento digital, taquipneia,  $P2 > A2$ , diminuição do murmúrio vesicular até terço médio de hemitórax direito, acompanhado de diminuição do frêmito tóraco-vocal, submacicez à percussão e área de egofonia. O restante do exame físico é normal. Nesse caso, a conduta mais pertinente é:

- a) substituir furosemida oral por furosemida intravenosa
- b) aumentar a dose de furosemida oral
- c) realizar toracocentese diagnóstica
- d) realizar PPD e/ou IGRA

**26)** Homem de 75 anos, etilista importante, tabagista de 40 maços-ano e hipertenso mal controlado, relata que acordou com quadro de tonteira intensa, dificuldade de deambular e "fala arrastada". Ao exame, apresentava marcha ebriosa, nistagmo, fala escandida, desequilíbrio importante, além de disdiadococinesia e dismetria à direita. Não há ataxia de tronco. O teste de Romberg não foi realizado pela intensa instabilidade postural. O restante do exame físico não revelou alterações. A causa das alterações ao exame físico apresentadas pelo paciente é:

- a) acidente vascular acometendo hemisfério cerebelar
- b) acidente vascular acometendo vermix cerebelar
- c) intoxicação cerebelar aguda por etanol
- d) encefalopatia de Wernicke

**27)** Frente a um quadro de hipoxemia, a cianose percebida na pele é:

- a) esperada sempre que  $\text{SPO}_2$  estiver menor que 85%
- b) atenuada em caso de vasoconstricção periférica
- c) precipitada por anemia ou por policitemia
- d) mais tardia na população negra

**28)** Homem de 68 anos, previamente hígido, procura serviço de emergência com quadro de dor abrupta em panturrilha esquerda. Ao exame de membros inferiores, apresenta dermatite ocre e edema perimaleolar simétrico, perna esquerda com palidez, diminuição da temperatura e ausência de pulso pedioso e tibial posterior. Frente a esse caso, é mandatório:

- a) pesquisar anisocardisfigmia
- b) dosar anticorpo anticardiolipina
- c) pesquisar mutação do fator V de Leiden
- d) realizar Doppler venoso de membros inferiores

**29)** Homem de 75 anos, com câncer de próstata com metástases ósseas, faz uso regular de dipirona, nortriptilina e morfina. Entre os efeitos colaterais desse esquema analgésico, aquele que pode ser atribuído isoladamente à nortriptilina é:

- a) constipação intestinal
- b) retenção urinária
- c) sonolência
- d) midríase

**30)** Mulher de 65 anos, em tratamento para neoplasia de mama com múltiplas metástases hepáticas e ósseas, não possui outras comorbidades conhecidas. Há uma semana está apresentando constipação, poliúria e desorientação, porém sem alteração do padrão de sono-vigília. Ela encontra-se em regular estado geral, vígil, desorientada, hipocorada, desidratada, anictérica, com PA = 160x100mmHg, FC = 110bpm, FR = 18irpm, SatO<sub>2</sub> = 97% e exame neurológico marcado apenas por desorientação significativa. Exames complementares disponíveis revelam anemia normocítica leve, elevação importante de transaminases, aumento de enzimas canaliculares, TAP e INR normais, albumina normal e bilirrubina normal, hipercalcemia grave, glicemia normal, creatinina normal, ureia moderadamente elevada, além de TC de crânio com contraste sem alterações. A conduta a ser tomada diante do caso é realizar hidratação venosa:

- a) parcimoniosa e lactulona por via oral
- b) vigorosa e bisfosfonato intravenoso
- c) parcimoniosa e hemodiálise emergencial
- d) vigorosa, associada a diurético de alça intravenoso

**31)** Mulher de 55 anos, assintomática, hígida e vegetariana, nega tabagismo, etilismo e história familiar de neoplasia colorretal ou ginecológica. Nunca realizou colonoscopia. Em exame de rotina, foi detectado sangue oculto nas fezes pelo teste com guaiaco. Nesse caso, a interpretação mais provável da alteração laboratorial encontrada e a conduta subsequente que deve ser adotada, respectivamente, são:

- a) falso positivo / realizar colonoscopia
- b) verdadeiro positivo / realizar colonoscopia
- c) falso positivo / repetir a pesquisa de sangue oculto nas fezes pelo teste com guaiaco
- d) verdadeiro positivo / repetir a pesquisa de sangue oculto nas fezes pelo teste com guaiaco

**32)** Mulher de 32 anos, sem comorbidades prévias, apresenta quadro de febre, tosse e expectoração há 24 horas. A ausculta evidencia estertores crepitantes em terço médio de hemitórax direito. Nessa mesma área, o raio X (RX) de tórax revela pequena consolidação. A avaliação de escores pertinentes resulta em CURB 65 e PSI/POR = zero pontos. Nesse caso, a instituição da antibioticoterapia deve ser:

- a) associada à prescrição de corticoterapia
- b) iniciada após a coleta de hemoculturas
- c) postergada por 24 horas
- d) empírica

**33)** Mulher de 30 anos, assintomática, recebeu o diagnóstico de HIV há um mês. Possui CD 4 =  $500\text{cels/mm}^3$ , carga viral indetectável, PPD < 5mm e IGRA negativo. Nesse caso, o tratamento preventivo para tuberculose deve ser iniciado em caso de RX de tórax:

- a) normal e história de tuberculose tratada há cinco anos
- b) normal e desconhecimento do *status* vacinal em relação à BCG
- c) normal e contactante domiciliar com diagnóstico de tuberculose ativa
- d) com lesão cavitada em ápice direito e esquema vacinal completo em relação à BCG

**34)** Homem de 62 anos, com DPOC e indicação de oxigenoterapia domiciliar, vinha usando cateter nasal com fluxo de 3L de  $\text{O}_2$ /min e mantendo saturação periférica em torno de 97%. No entanto, optou por parar a suplementação contínua de oxigênio, pois estava ficando muito sonolento. Refere que, em repouso, sem uso do oxigênio, mantém saturação periférica em torno de 87% e não apresenta dispneia. Só coloca o cateter nasal de oxigênio em momentos de maior esforço físico. Levando em conta o papel da oxigenoterapia no tratamento da DPOC, o paciente deve ser orientado a:

- a) reduzir o fluxo de  $\text{O}_2$  e fazer uso de oxigenoterapia prolongada
- b) reduzir o fluxo de  $\text{O}_2$  e manter uso de oxigenoterapia por demanda
- c) manter oxigenoterapia prolongada com mesmo fluxo e realizar nova avaliação espirométrica
- d) manter oxigenoterapia prolongada com mesmo fluxo e incluir na rotina atividades mais estimulantes

**35)** Mulher de 40 anos, hígida, procura a emergência por quadro de diarreia. Relata cerca de duas evacuações por dia com fezes amolecidas, sem sangue, muco ou pus. Refere desconforto abdominal sem dor relevante. Ao exame, encontra-se em bom estado geral, hidratada, discretamente taquicárdica e com  $T_{ax} = 37.8^\circ\text{C}$ . O abdômen apresenta peristalse aumentada difusamente, está discretamente doloroso à palpação profunda de todo o andar inferior, sem irritação peritoneal. O restante do exame físico é normal. Nesse caso, está indicada a suplementação oral de fluidos, orientações dietéticas e a prescrição de:

- a) antiparasitário e inibidor da motilidade gastrointestinal
- b) antiparasitário e antibiótico
- c) antitérmico e analgésico
- d) antitérmico e antibiótico

**36)** Mulher de 30 anos, etilista importante, começou, há cinco anos, a apresentar períodos recorrentes de astenia, dor abdominal e diarreia. Desde então, já fez diversos ciclos de antibioticoterapia e de anti-helmínticos sem melhora sustentada do quadro clínico. Há uma semana apresenta dor lombar de forte intensidade associada à rigidez matinal prolongada. Está sem sintomas gastrointestinais há seis meses. O exame físico é marcado por regular estado geral, mucosas hipocoradas, índice de massa corporal (IMC) =  $18\text{kg/m}^2$ , e teste de Schober positivo. Exames complementares iniciais evidenciam anemia normocítica, hipovitaminose D, HLA B27 positivo, e aumento de VHS, PCR e ferritina. A correlação entre a causa da dor lombar e a condição clínica subjacente corresponde à:

- a) fratura osteoporótica - helmintíase intestinal
- b) espondilite anquilosante - doença de Crohn
- c) fratura patológica - neoplasia colorretal
- d) sacroileíte - doença celíaca

**37)** Homem de 65 anos, tabagista, com história de úlcera péptica duodenal e *H. pylori* negativa, estava em tratamento com inibidor de bomba de próton. Houve excelente resposta clínica, e não foi realizada endoscopia de controle. Dois meses após o fim do tratamento da úlcera, o paciente apresentou precordialgia cuja investigação culminou no diagnóstico de doença arterial coronariana estável. Entre outras medicações, há indicação do uso contínuo de AAS. Nesse caso, a conduta correta é:

- a) retornar o inibidor de bomba de próton em dose profilática e iniciar uso do AAS
- b) retornar o inibidor de bomba de próton em dose plena e iniciar uso de AAS
- c) avaliar a possibilidade de iniciar AAS após nova endoscopia
- d) contraindicar o uso de AAS

**38)** Jovem de 22 anos dá entrada na unidade de emergência queixando-se de palpitações e leve desconforto torácico. A paciente nega episódios prévios similares, não tem comorbidades e, como fármacos em uso habitual, tem apenas implante subdérmico de etonogestrel. Ela nega ainda tabagismo, etilismo e uso de drogas ilícitas. Ao exame físico, revela-se ansiosa, com pupilas medianas e fotorreagentes, normocorada, taquicárdica (FC = 180bpm), normotensa (PA = 110x70 mmHg), levemente taquipneica (FR = 24irpm) e afebril. É realizado um eletrocardiograma que mostra taquiarritmia de complexos estreitos com RR regular e sem onda P visível. A conduta adequada e a explicação para tal abordagem, respectivamente, são:

- a) administração de metoprolol intravenoso / a idade e a ansiedade falam a favor de hipertireoidismo apático
- b) cardioversão elétrica / os níveis séricos de progestágenos gerados pelo implante reduzem a ação da amiodarona
- c) administração de adenosina intravenosa / os dados relatados indicam tratar-se de taquicardia supraventricular por dupla via nodal
- d) administração de benzodiazepínico, contraindicando betabloqueador / há claras evidências de intoxicação por cocaína e risco de vasospasmo

**39)** Homem de 75 anos, tabagista inveterado (carga tabágica de 120 maços-ano), recentemente diagnosticado com câncer de pulmão de pequenas células (*oat cell*), é internado em função de sonolência importante, tendo sido documentada hiponatremia (118mEq/L). O paciente não apresenta metástases ou quaisquer outros distúrbios adrenais, tireoidianos ou cerebrais. Ao exame físico, encontra-se sonolento, bradipsíquico, sem déficits neurológicos focais; não há edemas. Além da dosagem de sódio, outros exames laboratoriais mostram-se normais, sendo a glicemia = 108mg/dL, creatinina = 0,8mg/dL e ureia = 30mg/dL. A análise da urina revela sódio urinário = 70mEq/L e osmolaridade urinária = 110mOsm/Kg. Um critério suplementar para o diagnóstico mais provável do caso é:

- a) nível sérico de desidrogenase láctica maior que 480UI/L
- b) espessamento da hipófise à ressonância magnética
- c) disfunção sistólica de VE ao ecocardiograma
- d) nível sérico de ácido úrico menor que 4mg/dL

**40)** Jovem de 18 anos, em acompanhamento por transtorno afetivo bipolar, fazendo uso irregular de inibidor seletivo da recaptação da serotonina e carbonato de lítio, desenvolveu desequilíbrio hormonal associado à intoxicação pelo lítio (concentração sérica superior a 2,5mEq/L). Entre os distúrbios hormonais provocados por essa substância, o mais clássico e provável é:

- a) diabetes *insipidus* nefrogênico
- b) hipoparatiroidismo
- c) hipercortisolismo
- d) hipertireoidismo

**41)** Homem de 68 anos, vivendo com HIV há oito anos, sem manifestações prévias de imunodeficiência, recusa uso de terapia antirretroviral. Ele comparece à consulta com infectologista queixando-se do aparecimento de lesões no rosto um pouco dolorosas e pruriginosas. Ao exame físico, são observadas, na face e membros superiores, algumas pápulas e nódulos avermelhados (alguns arroxeados), de superfície ora lisa, ora ulcerada, sendo uma das lesões crostosa, na qual pequeno trauma recente provocou sangramento local. O infectologista faz o diagnóstico de sarcoma de Kaposi, mas, diante de uma queixa de dores ósseas associadas ao quadro, o infectologista solicita radiografia de crânio e outras partes do esqueleto que evidenciam lesões líticas, características de outra condição infecciosa que ocorre em pessoas vivendo com HIV, lembrando sarcoma de Kaposi, e que pode ser causada por:

- a) *Histoplasma capsulatum*
- b) *Mycobacterium kansasii*
- c) Herpes-vírus humano-8
- d) *Bartonella quintana*

**42)** Mulher de 42 anos, em investigação de síndrome hipereosinofílica ainda inexplicada (pesquisa de mutação do PDGFR pendente), é admitida no hospital para investigação de quadro de insuficiência cardíaca congestiva, com sinais predominantes de falência ventricular direita. Um ecocardiograma revela obliteração apical dos ventrículos, com trombos aderidos, fração de ejeção de VE de 61% (Teichholz), volumes atriais aumentados, volumes ventriculares normais e refluxo mitral e tricúspide significativo por acometimento importante do aparelho subvalvar. O padrão da cardiomiopatia presente e a explicação mais provável no caso, respectivamente, são:

- a) dilatada / endocardite de Löeffler
- b) restritiva / endomiocardiofibrose
- c) hipertrófica / cardiomiopatia de Yamaguchi
- d) mistela / cardiomiopatia de Takotsubo

**43)** Pacientes com síndrome de insuficiência cardíaca (IC) frequentemente têm o diagnóstico etiológico estabelecido por meio de exames complementares, como o ecocardiograma e a RM. Em uma paciente idosa, com diagnóstico de IC definido por meio dos critérios de Framingham, que apresenta padrão de cardiomiopatia dilatada, baixa voltagem difusa no eletrocardiograma e hiperrefringência septal ao ecocardiograma, com presença de *apical sparing* na análise de deformação do VE, a causa provável da falência cardíaca é:

- a) amiloidose
- b) hemocromatose
- c) isquemia coronariana
- d) degeneração miocárdica

**44)** Paciente de 78 anos, institucionalizada há longa data em função de doença de Alzheimer, é levada à emergência com quadro de febre, rebaixamento do nível de consciência e queda do estado geral. Na história patológica pregressa, há relato de infecções urinárias de repetição. Ao exame físico, a paciente se encontra torporosa, taquicárdica (122bpm), taquipneica (26irpm) e hipotensa (90x36mmHg). São solicitados exames laboratoriais iniciais que revelam leucocitose =  $16.700/\text{mm}^3$  com desvio à esquerda (12% bastões e 1% metamielócitos), além de leve retenção de escórias nitrogenadas. Rastreada por meio dos escores NEWS e MEWS, o quadro é encarado como sepse diante de um delta SOFA de quatro pontos. São tomadas, então, as medidas adequadas à “Hora 1” da sepse, segundo a *Surviving Sepsis Campaign*, das quais faz parte a dosagem sanguínea de:

- a) proteína C reativa
- b) procalcitonina
- c) D-dímero
- d) lactato

**45)** O caso de um paciente de 65 anos, com diagnóstico recente de sífilis terciária, em razão de *tabes dorsalis* associada a testes treponêmicos e não treponêmicos confirmatórios, é encaminhado para solicitação de parecer da cardiologia. Um trecho da resposta ao parecer informa que "...além do sopro acima descrito e da PA divergente, observam-se sinais de Musset, Frederich-Müller e Landolfi, além dos pulsos de Corrigan e de Quincke." O diagnóstico da cardiopatia estrutural presente no caso é:

- a) estenose mitral
- b) estenose aórtica
- c) insuficiência (regurgitação) aórtica
- d) insuficiência (regurgitação) mitral

**46)** Paciente de 56 anos, hipertenso, diabético tipo 2 e dislipidêmico, além de tabagista, é admitido com quadro de dor torácica súbita, de localização precordial, irradiada para o membro superior esquerdo. É feito um eletrocardiograma que revela supradesnivelamento do segmento ST > 2mm em toda parede anterior extensa. Em razão da indisponibilidade de tempo porta-balão adequado, é iniciada a trombólise com tenecteplase na unidade, não ocorrendo sinais de reperfusão. O paciente evolui em choque cardiogênico, sendo intubado e acoplado à ventilação mecânica, além de ser puncionada veia profunda e iniciada infusão de amina vasopressora. Cerca de 20 horas após, é transferido para angioplastia. O procedimento transcorre sem grandes dificuldades, sendo aberta oclusão da artéria descendente anterior, o que produz rápida melhora hemodinâmica, com retorno de níveis tensionais satisfatórios e bom débito urinário. Cerca de seis horas após o procedimento de radiointervenção, novos exames complementares revelam elevação das escórias nitrogenadas (creatinina = 2,7mg/dL; ureia = 140mg/dL). A injúria renal aguda apresentada pelo paciente é explicada provavelmente por:

- a) nefrotoxicidade das aminas vasoativas utilizadas durante o choque
- b) ateroembolismo ocorrido durante o procedimento intervencionista
- c) nefropatia por contraste que foi utilizado na angioplastia
- d) pré-renal, em razão do baixo débito cardíaco

**47)** Um adulto jovem, com queixas de fraqueza muscular, câibras e fadiga, recebe o diagnóstico de uma doença tubular renal genética que afeta o túbulo distal do néfron, causando hipocalemia e hipomagnesemia, além de hipocalciúria, na ausência de hipertensão arterial sistêmica. Nesse caso, o diagnóstico é de síndrome de:

- a) Liddle
- b) Bartter
- c) Fanconi
- d) Gitelman



**48)** Homem de 38 anos, em uso de anticoagulação plena, motivado por episódio de tromboembolismo pulmonar recente, é internado com quadro de síndrome nefrótica. Há muito receio de proceder à biópsia renal, por cogitar realizar a pesquisa de anticorpo anti-PLA2R (antirreceptor de fosfolipase A2) que, caso positiva, tornaria provavelmente dispensável o procedimento, permitindo, em princípio, afirmar o diagnóstico de:

- a) glomerulonefrite crescêntica
- b) nefropatia membranosa idiopática
- c) glomeruloesclerose segmentar e focal
- d) glomerulonefrite membranoproliferativa

**49)** Uma das temáticas em infectologia mais prevalentes e importantes nas últimas décadas tem sido a questão da multirresistência aos antibióticos. Os genes de resistência KPC, OXA-48 e NDM-1 têm em comum, como mecanismo gerador de resistência, a:

- a) modificação na permeabilidade de membrana por meio da diminuição da expressão ou função de porinas, afetando cefalosporinas
- b) geração de alteração no alvo celular do antibiótico, modificando a estrutura da PBP, a proteína de ligação das penicilinas
- c) inativação de antibióticos por meio da produção de beta-lactamases, incluindo atividade carbapenemase
- d) produção de bombas de efluxo, proteínas transmembrana capazes de bombear aminoglicosídeos para fora da célula

**50)** Um exemplo de quadro típico de esporotricose seria:

- a) adolescente de 16 anos que desenvolve quadro de blefaroconjuntivite à direita associada à linfonodomegalia pré-auricular, febre e mal-estar
- b) mulher comerciante de 42 anos com lesões subcutâneas, eritematosas e dolorosas, que se tornaram mais firmes e endurecidas com o tempo, localizadas na panturrilha esquerda
- c) ambulante de praia, 25 anos, com intenso prurido (principalmente noturno) no pé esquerdo, onde existe uma erupção cutânea serpiginosa, com trajetos avermelhados e levemente elevados
- d) jardineiro de 28 anos que, após ter apresentado um nódulo avermelhado com ulceração posterior em um quirodáctilo direito, evolui com lesões nodulares semelhantes ao longo do trajeto linfático do membro superior

ORGANIZADOR



**CEPUERJ**