



SECRETARIA DE ADMINISTRAÇÃO DO ESTADO DO PIAUÍ – SEAD
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO PIAUÍ – SESAPI
ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DO PIAUÍ – ESPPI
APOIO: UNIVERSIDADE ESTADUAL DO PIAUÍ - UESPI

**PROCESSO SELETIVO
RESIDÊNCIAS MÉDICAS – 2025**

002 - PROVA ESCRITA OBJETIVA

PRÉ-REQUISITO

CARDIOLOGIA

**DATA: 25/01/2025 – HORÁRIO: 14h00 às 18h00
(Horário do Piauí)**

- Você recebeu sua folha de respostas e este caderno contendo 100 questões objetivas.
- Confira seus dados impressos na capa deste caderno e na folha de respostas.
- Quando for permitido abrir o caderno, verifique se está completo ou se apresenta imperfeições. Caso haja algum problema, informe ao fiscal da sala para a devida substituição deste caderno.
- Leia cuidadosamente todas as questões e escolha a resposta que você considera correta.
- Marque, na folha de respostas, com caneta de tinta preta, a letra correspondente à alternativa que você escolheu.
- A duração da prova é de 4 horas, já incluído o tempo para o preenchimento da folha de respostas. Só será permitida a saída definitiva da sala e do prédio depois de transcorrida 1 hora do início da prova.
- Deverão permanecer em cada uma das salas de prova os 3 (três) últimos candidatos, até que o último deles entregue sua prova e assine o termo respectivo.
- Ao sair, você entregará ao fiscal a folha de respostas e este caderno.
- Até que você saia do prédio, todas as proibições e orientações continuam válidas.

NOME DO(A) CANDIDATO(A): _____

(LETRA DE FORMA)

ASSINATURA DO CANDIDATO(A): _____

Nº DE INSCRIÇÃO:				
-------------------------	--	--	--	--



CLÍNICA MÉDICA

1. Homem, 65 anos, é admitido com febre, sudorese noturna e perda ponderal de 6 kg nos últimos 2 meses. Ao exame físico, observa-se esplenomegalia e linfonomegalia cervical bilateral. O hemograma revela: Hb 9,8 g/dL, leucócitos 12.000/mm³ (linfocitose de 75%) e plaquetas 150.000/mm³. A biópsia do linfonodo cervical mostra células de Reed-Sternberg. Qual é o diagnóstico mais provável?
 - a) Leucemia Linfocítica Crônica.
 - b) Linfoma de Hodgkin.
 - c) Linfoma Não Hodgkin.
 - d) Doença de Castleman.
2. Mulher, 32 anos, procura atendimento por fadiga progressiva, dificuldade de concentração e palidez cutânea. O hemograma mostra: Hb 6,5 g/dL, VCM 72 fL, leucócitos 5.000/mm³ e plaquetas 280.000/mm³. Ferro sérico reduzido, ferritina sérica reduzida e Capacidade Total de Ligação do Ferro elevada. Qual das condutas abaixo é mais apropriada para esse caso?
 - a) Transfusão sanguínea imediata.
 - b) Suplementação oral de ferro.
 - c) Administração de eritropoetina recombinante.
 - d) Investigação de sangramento gastrointestinal.
3. Homem, 45 anos, apresenta febre, calafrios e tosse produtiva há 5 dias. Radiografia de tórax evidencia consolidação lobar em lobo inferior direito. Hemograma revela leucocitose com desvio à esquerda. Após 48 horas de antibioticoterapia com ceftriaxona, persiste febril. Considerando o diagnóstico de pneumonia comunitária, qual deve ser o próximo passo?
 - a) Adicionar claritromicina à terapia.
 - b) Trocar para piperacilina-tazobactam.
 - c) Realizar tomografia de tórax.
 - d) Realizar broncoscopia com lavado broncoalveolar.
4. Mulher de 58 anos, hipertensa e com diagnóstico prévio de doença renal crônica, apresenta dor torácica e dispneia progressiva. No exame físico, nota-se pulso paradoxal, turgência jugular e redução dos sons cardíacos. O eletrocardiograma revela baixa voltagem e alternância elétrica. Qual é o exame de maior acurácia para confirmar o diagnóstico suspeito?
 - a) Ecocardiograma transtorácico com doppler
 - b) Tomografia computadorizada de tórax com contraste
 - c) Cateterismo cardíaco com medição de pressões intracavitárias
 - d) Radiografia de tórax.
5. Homem de 54 anos, com histórico de uso de prótese valvular aórtica devido a estenose aórtica grave há 4 anos, apresenta quadro de febre alta persistente, calafrios, fadiga progressiva e dor lombar há 3 semanas. Ao exame físico, observa-se petéquias nas extremidades inferiores, hemorragias subconjuntivais, turgência jugular e sopro novo em foco aórtico. O ecocardiograma transtorácico revela uma vegetação de 1,5 cm na válvula aórtica com insuficiência aórtica secundária. A hemocultura é positiva para *Staphylococcus aureus* metilicina-resistente (MRSA). Após 10 dias de tratamento com vancomicina e gentamicina, o paciente apresenta edema pulmonar, desconforto torácico e piora da dispneia. Qual é o exame mais indicado para avaliar a evolução do quadro e guiar o tratamento, considerando a possibilidade de complicações?



- a) Cateterismo cardíaco com medição de pressões intracavitárias.
 - b) Tomografia computadorizada de tórax com contraste para avaliar embolia pulmonar e abscessos pulmonares.
 - c) Radiografia de tórax com observação de derrame pleural e sinais de insuficiência cardíaca congestiva.
 - d) Ressonância magnética cardíaca com gadolínio para avaliar complicações cardíacas e abscessos perivalvulares.
6. Homem de 75 anos, com histórico de tabagismo e aneurisma de aorta abdominal tratado há 5 anos, apresenta dor abdominal súbita irradiada para o dorso e sinais de choque. O exame físico revela massa pulsátil em mesogástrico. Qual exame deve ser realizado para diagnóstico imediato?
 - a) Tomografia computadorizada de abdome com contraste.
 - b) Angiografia de aorta.
 - c) Radiografia simples de abdome.
 - d) Ultrassonografia de abdome à beira do leito.
 7. Mulher de 31 anos com história de lúpus eritematoso sistêmico apresenta febre, dor pleurítica e hemoptise. A tomografia computadorizada de tórax mostra opacidades em vidro fosco associadas a áreas de consolidação periférica. Qual é o exame mais indicado para confirmar o diagnóstico etiológico?
 - a) Pesquisa de anticorpos antifosfolípidos.
 - b) Biópsia transbrônquica guiada por tomografia.
 - c) Gasometria arterial em repouso.
 - d) Broncoscopia com lavado broncoalveolar.
 8. Homem de 60 anos, portador de cirrose hepática, apresenta confusão mental progressiva, sonolência e hálito hepático. Exames laboratoriais mostram amônia sérica elevada e função renal normal. O exame físico revela flapping (asterixis). Qual exame deve ser realizado para excluir diagnósticos diferenciais e confirmar o diagnóstico de encefalopatia hepática?
 - a) Tomografia de crânio sem contraste para descartar lesões vasculares ou expansivas no cérebro.
 - b) Ecocardiograma para investigar possível origem cardíaca do quadro de confusão.
 - c) Eletroencefalograma para avaliar atividade elétrica cerebral e possíveis convulsões não detectadas clinicamente.
 - d) Ultrassonografia doppler de sistema porta para investigação de complicações relacionadas à cirrose.
 9. Homem de 35 anos apresenta fadiga progressiva, palidez e sangramentos gengivais espontâneos. O hemograma revela: hemoglobina 7,0 g/dL, volume corpuscular médio (VCM) 105 fL, leucócitos 1.200/mm³, plaquetas 18.000/mm³. O mielograma mostra hipocelularidade com substituição gordurosa da medula óssea. Qual é o diagnóstico mais provável?
 - a) Anemia megaloblástica por deficiência de vitamina B12.
 - b) Leucemia mieloide aguda.
 - c) Aplasia medular.
 - d) Síndrome mielodisplásica.
 10. Mulher de 40 anos apresenta linfadenopatia cervical indolor e perda ponderal de 5 kg em 3 meses. O hemograma mostra: hemoglobina 9,5 g/dL, VCM 85 fL, leucócitos 7.000/mm³, linfócitos 55% e plaquetas 180.000/mm³. A biópsia excisional do linfonodo revela proliferação de



PROCESSO SELETIVO RESIDÊNCIAS MÉDICAS – 2025



- células grandes com nucléolos proeminentes e padrão de "céu estrelado". Qual é o diagnóstico mais provável?
- Linfoma de Hodgkin.
 - Leucemia linfocítica crônica.
 - Linfoma de Burkitt.
 - Linfoma difuso de grandes células B.
11. Homem de 53 anos com histórico de álcool crônico apresenta fadiga e dificuldade para caminhar. O hemograma mostra hemoglobina 8,2 g/dL, VCM 110 fL, leucócitos 4.500/mm³ e plaquetas 120.000/mm³. Exames adicionais revelam reticulócitos baixos, ferro sérico elevado e ácido fólico reduzido. Qual é o mecanismo mais provável dessa anemia?
- Deficiência de vitamina B12 por má absorção.
 - Supressão eritropoética pelo etanol.
 - Deficiência de ácido fólico por desnutrição.
 - Anemia sideroblástica por toxicidade alcoólica.
12. Homem de 65 anos com hipertensão arterial crônica apresenta dispneia súbita, dor torácica e síncope. O exame físico revela pressão arterial de 85/60 mmHg, taquicardia de 120 bpm e um sopro sistólico em borda esternal inferior esquerda que diminui com a manobra de Valsalva. Qual é o diagnóstico mais provável?
- Insuficiência mitral aguda por ruptura do músculo papilar.
 - Dissecção de aorta torácica.
 - Estenose aórtica crítica com síncope.
 - Miocardiopatia hipertrófica obstrutiva.
13. Mulher de 50 anos, previamente saudável, apresenta dor torácica intensa em repouso, irradiada para o braço esquerdo, iniciada há 3 horas. O eletrocardiograma mostra supradesnivelamento do segmento ST em V2-V4. Após angioplastia coronariana primária bem-sucedida, evolui com hipotensão, elevação de pressão venosa jugular e abafamento de bulhas cardíacas. Qual exame é prioritário neste momento?
- Cateterismo cardíaco de emergência.
 - Radiografia de tórax.
 - Tomografia computadorizada de tórax.
 - Ecocardiograma transtorácico com doppler.
14. Homem de 56 anos com histórico de tabagismo e dislipidemia apresenta claudicação intermitente em membro inferior esquerdo. O índice tornozelo-braquial é de 0,65. Qual é a próxima etapa no manejo? Qual é a conduta inicial mais apropriada neste caso?
- Angiotomografia de membros inferiores com contraste.
 - US doppler arterial para confirmar o diagnóstico, terapia farmacológica com cilostazol e mudança no estilo de vida.
 - Angiotomografia e posterior angioplastia com balão do segmento afetado.
 - Cirurgia de revascularização arterial.
15. Mulher de 47 anos com diagnóstico de miocardiopatia dilatada apresenta dispneia aos mínimos esforços, edema periférico e hipotensão (pressão arterial de 90/60 mmHg). O ecocardiograma revela fração de ejeção do ventrículo esquerdo de 25% e aumento significativo do diâmetro ventricular esquerdo. Durante a avaliação, o peptídeo natriurético tipo B (BNP) está em 1.500 pg/mL, e o exame físico revela sinais de congestão pulmonar e baixo débito periférico. Qual é a estratégia terapêutica inicial mais apropriada para esta paciente?



PROCESSO SELETIVO RESIDÊNCIAS MÉDICAS – 2025



- Diuréticos de alça intravenosos, dobutamina e inibidor da enzima conversora de angiotensina após estabilização hemodinâmica.
 - Diuréticos de alça intravenosos, vasodilatador como nitroprussiato de sódio e betabloqueador em doses baixas.
 - Diuréticos de alça intravenosos, dopamina em dose baixa e betabloqueador em doses baixas.
 - Diuréticos de alça intravenosos, dobutamina e espironolactona.
16. Homem de 60 anos é diagnosticado com aneurisma de aorta abdominal de 5,6 cm durante exame de rotina. Ele é assintomático e tem histórico de hipertensão e tabagismo. A anatomia do aneurisma é favorável ao reparo endovascular. Qual é a conduta mais apropriada neste caso?
- Controle rigoroso da pressão arterial e seguimento semestral com ultrassonografia.
 - Terapia endovascular com colocação de endoprótese.
 - Cirurgia aberta de reparo do aneurisma.
 - Início de estatinas e ácido acetilsalicílico para controle de aterosclerose.
17. Homem de 32 anos, previamente saudável, apresenta dispneia progressiva e episódios de pré-síncope ao esforço. O exame físico revela sopro sistólico em borda esternal esquerda que aumenta com a manobra de Valsalva. O ecocardiograma mostra hipertrofia assimétrica do septo interventricular, com gradiente subaórtico de 50 mmHg e fração de ejeção preservada. Qual é a conduta inicial mais apropriada para este caso?
- Implante imediato de cardiodesfibrilador implantável (CDI).
 - Início de inibidor da enzima conversora de angiotensina e betabloqueador.
 - Ablação septal por álcool para redução do gradiente subaórtico.
 - Início de betabloqueador e restrição de exercícios intensos.
18. Homem de 48 anos, hipertenso há 10 anos, apresenta pressão arterial de difícil controle, apesar do uso de três anti-hipertensivos em doses máximas, incluindo um diurético tiazídico. Ele relata episódios de cefaleia occipital matinal, e fraqueza muscular. O exame físico revela pressão arterial de 180/100 mmHg e hipocalcemia sérica. Qual é o próximo passo na investigação diagnóstica?
- Tomografia computadorizada de abdome com contraste.
 - Ultrassonografia Doppler renal para avaliação de estenose de artéria renal.
 - Dosagem de aldosterona e atividade plasmática de renina.
 - Teste de supressão com salina intravenosa.
19. Homem de 61 anos, tabagista de 40 maços-ano, é admitido com dispneia progressiva, tosse produtiva crônica e saturação de oxigênio de 88% em ar ambiente. A espirometria revela VEF1 de 35% do previsto e relação VEF1/CVF de 0,55. Ecocardiograma revela função sistólica preservada, porém hipertensão pulmonar estimada em 55 mmHg pelo refluxo tricúspide. Após a introdução de broncodilatadores de longa duração, ele questiona se tem indicação de oxigenoterapia domiciliar. Qual é o critério para iniciar oxigenoterapia domiciliar?
- Saturação de oxigênio \leq 88% em repouso persistente.
 - Saturação de oxigênio \leq 90% durante o sono.
 - PaO₂ < 60 mmHg após teste de caminhada de 6 minutos.
 - PaO₂ < 65 mmHg associado a hipertensão pulmonar.



PROCESSO SELETIVO RESIDÊNCIAS MÉDICAS – 2025



20. Mulher de 34 anos, com diagnóstico de asma desde a adolescência, é avaliada por episódios frequentes de dispneia e tosse noturna, apesar do uso de corticosteroides inalatórios em doses moderadas e broncodilatador de curta duração. O exame físico está normal. Qual é o próximo passo no manejo?
- Iniciar terapia com corticosteroides orais e monitorar os sintomas.
 - Substituir o corticosteroide inalatório por corticosteroide oral de longa duração.
 - Iniciar imunoterapia com alérgenos específicos e acompanhar a resposta clínica.
 - Adicionar broncodilatador de longa duração ao tratamento inalatório e ajustar a dose do corticosteroide inalatório.
21. Mulher de 57 anos, com histórico de artralgia, fadiga e prurido progressivo, apresenta icterícia leve e xantasma. Os exames laboratoriais mostram aumento de fosfatase alcalina (4x o limite superior), bilirrubina direta elevada e anticorpo antimitocôndria positivo. Qual é o próximo passo diagnóstico mais indicado?
- Dosagem de gama-glutamil transferase (GGT).
 - Biópsia hepática.
 - Colangiorressonância magnética.
 - Teste de pesquisa de vírus hepatotrópicos.
22. Homem de 45 anos apresenta diarreia crônica intermitente, perda de peso e fadiga há 6 meses. Exames laboratoriais mostram anemia ferropriva (ferritina reduzida) e hipoalbuminemia. A endoscopia digestiva alta evidência atrofia vilositária no duodeno. Qual é o próximo passo e o diagnóstico mais apropriado?
- Colonoscopia com biópsia de íleo terminal. Doença de Crohn.
 - Teste de pesquisa de sangue oculto nas fezes. Doença gastrointestinal com sangramento (ex: câncer colorretal, úlcera péptica).
 - Pesquisa de anticorpos anti-transglutaminase IgA. Doença Celíaca.
 - Iniciar dieta sem glúten imediatamente. Doença Celíaca.
23. Mulher de 34 anos apresenta episódios recorrentes de dor epigástrica e náuseas após refeições gordurosas. Ultrassonografia abdominal revela múltiplos cálculos na vesícula biliar, sem espessamento da parede ou sinais de colecistite. Após cirurgia eletiva, apresenta diarreia persistente. Qual é a causa mais provável da diarreia?
- Disbiose intestinal pós-operatória.
 - Má absorção de sais biliares no íleo terminal.
 - Persistência de cálculos residuais no ducto biliar.
 - Síndrome do intestino irritável pós-operatório.
24. Mulher de 30 anos, previamente saudável, apresenta icterícia, fadiga e dor em hipocôndrio direito há 10 dias. Relata episódio recente de febre e mal-estar geral. Exames laboratoriais mostram: bilirrubina total de 10 mg/dL (direta 8 mg/dL), ALT 1.200 U/L, AST 1.100 U/L, fosfatase alcalina normal, e INR de 1,3. A sorologia revela HBsAg positivo, anti-HBc IgM positivo, anti-HBs negativo, anti-HAV IgM negativo e anti-HCV negativo. Qual é o diagnóstico mais provável?
- Hepatite B aguda.
 - Hepatite C crônica com elevação aguda das transaminases.
 - Reativação de hepatite B em portador crônico.
 - Hepatite autoimune sobreposta a hepatite viral B.



PROCESSO SELETIVO RESIDÊNCIAS MÉDICAS – 2025



25. Homem de 48 anos, com histórico de dispepsia, apresenta dor epigástrica e náuseas. A endoscopia digestiva alta revela pangastrite com presença de linfócitos na lâmina própria e teste rápido da urease positivo. Qual é a conduta mais adequada?
- Terapia tripla com inibidor da bomba de prótons (IBP), amoxicilina e claritromicina por 14 dias.
 - Início de IBP em dose dobrada por 8 semanas.
 - Realizar teste respiratório para *H. pylori* antes de iniciar tratamento.
 - Iniciar tratamento com IBP e procinético por 4 semanas.
26. Mulher de 28 anos apresenta diarreia crônica com sangue, dor abdominal em cólica e febre baixa há 3 meses. Ela relata emagrecimento de 7 kg e artralgia em joelhos. Os exames laboratoriais mostram hemoglobina de 9,5 g/dL, VCM 85 fL, leucócitos 10.000/mm³, VHS de 65 mm/h e proteína C-reativa (PCR) elevada. A colonoscopia revela ulcerações contínuas e friabilidade mucosa do reto ao cólon transversal, com biópsia mostrando criptite e abscessos criptícos. Qual é o próximo passo terapêutico mais indicado neste caso?
- Mesalazina oral e tópica.
 - Infliximabe em monoterapia.
 - Colectomia total com ileostomia.
 - Corticosteroides orais em doses altas.
27. Homem de 35 anos, com histórico de viagem recente, apresenta diarreia com muco e sangue há 10 dias, febre baixa e dor abdominal em fossa ilíaca direita. Nas últimas 24 horas, evoluiu com distensão abdominal, redução da eliminação de gases e dor intensa. A colonoscopia realizada previamente mostrou úlceras puntiformes com bordas elevadas. Exames laboratoriais revelam leucocitose de 15.000/mm³ com desvio à esquerda e elevação da PCR (20 mg/dL). Radiografia de abdome evidencia alças distendidas com níveis hidroaéreos. Qual é a conduta mais apropriada?
- Realizar exame de fezes com pesquisa de antígeno para *Entamoeba histolytica*.
 - Solicitar coprocultura para identificar patógenos bacterianos.
 - Realizar laparotomia exploratória antes de iniciar tratamento clínico.
 - Iniciar metronidazol imediatamente, sem investigação adicional.
28. A síndrome DRESS (Drug Reaction with Eosinophilia and Systemic Symptoms) é uma reação adversa grave a medicamentos, caracterizada por erupções cutâneas, febre, linfadenopatia, eosinofilia e envolvimento de múltiplos órgãos. Qual das seguintes classes de fármacos está mais implicada com a ocorrência de síndrome DRESS?
- Anticonvulsivantes.
 - Tiazídicos.
 - Anti-inflamatórios não esteroides (AINEs).
 - Inibidores da ECA.
29. Homem de 28 anos, trabalhador rural, apresenta febre intermitente, emagrecimento progressivo, astenia e esplenomegalia há 3 meses. Ele relata episódios de epistaxe e manchas arroxeadas nos membros inferiores nas últimas semanas. Exames laboratoriais revelam hemoglobina de 8,5 g/dL, leucócitos de 2.000/mm³ (com neutropenia), plaquetas de 50.000/mm³ e creatinina de 2,0 mg/dL. A sorologia para *Leishmania* é positiva e a mielocultura demonstra formas amastigotas. Qual é o tratamento mais indicado para este paciente?
- Miltefosina por via oral.
 - Anfotericina B lipossomal em dose ajustada para insuficiência renal.
 - Antimonial pentavalente (Glucantime®) em dose padrão.



PROCESSO SELETIVO RESIDÊNCIAS MÉDICAS – 2025



PROCESSO SELETIVO RESIDÊNCIAS MÉDICAS – 2025



- d) Terapia combinada com miltefosina e anfotericina B convencional.
30. Homem de 64 anos, com cirrose hepática compensada por hepatite C tratada, apresenta dor em hipocôndrio direito e emagrecimento de 5 kg nos últimos 3 meses. Exames laboratoriais revelam elevação de alfafetoproteína (AFP) para 450 ng/mL, bilirrubina total de 1,8 mg/dL, albumina de 3,2 g/dL e INR de 1,5. A tomografia computadorizada de abdome mostra lesão sólida de 4 cm no segmento VIII do fígado, com captação arterial intensa e "washout" em fase venosa. Qual é o diagnóstico mais provável e a conduta inicial mais apropriada?
- Metástase hepática; solicitar biópsia para confirmação histológica.
 - Hepatocarcinoma; encaminhar para transplante hepático.
 - Hepatocarcinoma; avaliar ressecção cirúrgica ou ablação por radiofrequência.
 - Adenoma hepático; orientar abstinência alcoólica e acompanhamento clínico.
31. Mulher de 52 anos apresenta fadiga, ganho de peso leve e pele seca nos últimos meses. Os exames laboratoriais revelam TSH de 10,4 mIU/L (normal: 0,4–4,5) e T4 livre normal. Ela não possui histórico de doenças cardiovasculares e tem índice de massa corporal (IMC) de 29 kg/m². Qual é a conduta mais apropriada?
- Iniciar levotiroxina em dose plena.
 - Repetir TSH e T4 livre em 3 meses para confirmar o diagnóstico.
 - Iniciar levotiroxina em dose baixa e monitorar sintomas.
 - Acompanhar sem intervenção e repetir exames em 6 meses.
32. Homem de 35 anos apresenta taquicardia, sudorese, perda de peso e tremores nas mãos. Ao exame físico, há bócio difuso indolor e exoftalmia bilateral. Os exames laboratoriais mostram TSH < 0,01 mIU/L, T4 livre de 4,2 ng/dL (normal: 0,8–1,8) e anticorpos anti-receptor de TSH (TRAb) positivos. Qual é o próximo passo terapêutico mais adequado?
- Prescrever levotiroxina em dose baixa e repetir exames em 6 semanas.
 - Indicar iodoterapia com I-131 imediatamente.
 - Realizar tireoidectomia subtotal.
 - Iniciar propranolol e metimazol.
33. Homem de 67 anos, ex-tabagista com história de DPOC moderado, apresenta febre de 38,5°C, tosse produtiva com escarro purulento, dispneia progressiva e dor pleurítica há 3 dias. Exame físico revela crepitações na base pulmonar direita e frequência respiratória de 26 incursões por minuto. Radiografia de tórax mostra consolidação no lobo inferior direito. Os exames laboratoriais indicam leucocitose com desvio à esquerda. Qual é o tratamento empírico mais apropriado para este paciente?
- Amoxicilina/clavulanato associado a azitromicina.
 - Amoxicilina em dose alta por 7-10 dias.
 - Ceftriaxona intravenosa isolada.
 - Ciprofloxacino oral.
34. Mulher de 48 anos, previamente saudável, apresenta febre de 38,5°C, tosse produtiva e dor pleurítica há 3 dias. Exame físico revela crepitações na base pulmonar direita e frequência respiratória de 26 incursões/min. Exames laboratoriais mostram leucócitos de 16.000/mm³, lactato de 1,8 mmol/L e creatinina de 1,5 mg/dL. Radiografia de tórax evidencia consolidação no lobo inferior direito. Qual é a conduta inicial mais apropriada?
- Prescrever levofloxacino oral para tratamento domiciliar.
 - Internar para administração de ceftriaxona intravenosa associada a azitromicina.
 - Iniciar antibioticoterapia com Ceftriaxona e transferir para UTI.
- d) Realizar hemoculturas e esperar os resultados antes de iniciar antibióticos.
35. Homem de 51 anos, com histórico familiar de diabetes e hipertensão arterial controlada, realiza exames de rotina. Ele é assintomático e não apresenta histórico de infecções ou perda ponderal. Os resultados laboratoriais foram: glicemia de jejum de 128 mg/dL, glicemia de 2 horas após TOTG (teste oral de tolerância à glicose) de 204 mg/dL, e HbA1c de 6,4%. Qual é o diagnóstico mais provável?
- Diabetes mellitus, baseado na glicemia de jejum e HbA1c.
 - Intolerância à glicose, considerando apenas o TOTG alterado.
 - Diabetes mellitus, baseado na glicemia de jejum e glicemia de 2h após TOTG.
 - Pré-diabetes, com HbA1c e glicemia de jejum alterados.
36. Mulher de 53 anos, com diabetes há 15 anos, apresenta proteinúria +/+4 detectada em exame de rotina. Glicemia de jejum 143, hemoglobina glicada 7,1%, Creatinina sérica: 1,4 mg/dL, taxa de filtração glomerular estimada (TFGe): 48 mL/min/1,73m². Qual é a abordagem inicial mais apropriada para esta complicação?
- Manter metformina, iniciar inibidor da DPP-4 (sitagliptina) e ajustar dose de IECA.
 - Manter metformina e introduzir inibidor da SGLT-2 e avaliar IECA posteriormente.
 - Realizar biópsia renal para descartar glomerulopatia secundária.
 - Iniciar antagonista de receptor de mineralocorticoide (finerenona) associado a BRA.
37. Homem de 42 anos, com LDL-colesterol de 290 mg/dL detectado em exame de rotina, apresenta triglicérides de 418 mg/dL e não possui histórico de diabetes ou hipertensão. Ele relata história familiar de infarto agudo do miocárdio em dois parentes de primeiro grau (pai e irmão) antes dos 50 anos. Exame físico revela xantomas tendíneos no tendão de Aquiles e arco corneano. Qual é a abordagem mais apropriada neste caso?
- Iniciar estatina de alta intensidade, adicionar ezetimiba se necessário e considerar inibidor de PCSK9 se LDL-alvo não for atingido.
 - Iniciar fibrato para controle de triglicérides e reavaliar necessidade de estatinas após redução do risco de pancreatite.
 - Iniciar estatina de alta intensidade associada a fibrato e reavaliar perfil lipídico em 6 semanas.
 - Indicar plasmaférese para redução combinada de LDL e triglicérides devido ao alto risco cardiovascular.
38. Mulher, 27 anos, apresenta quadro de diarreia crônica há 8 meses, com episódios frequentes de sangue nas fezes, dor abdominal tipo cólica no quadrante inferior esquerdo, e perda de peso de 6 kg nos últimos 2 meses. Refere também febre baixa intermitente. Ao exame físico, encontra-se com dor à palpação no quadrante inferior esquerdo, sem sinais de peritonite. O exame retal revela sangue vermelho vivo nas fezes. A colonoscopia mostra alterações características no cólon distal e reto, com úlceras superficiais, mucosa eritematosa e friável, além de um padrão de "polpo" e áreas de pseudopólipos. A biópsia revela inflamação apenas na mucosa, sem granulomas. Qual o diagnóstico mais provável para essa paciente?
- Doença de Crohn.
 - Retocolite Ulcerativa.
 - Colite Microscópica.
 - Colite Isquêmica.



PROCESSO SELETIVO RESIDÊNCIAS MÉDICAS – 2025



39. Homem de 42 anos, com índice de massa corporal (IMC) de 38 kg/m², consulta por dificuldade em perder peso, mesmo com dieta e exercício físico supervisionados nos últimos 6 meses. Ele apresenta hipertensão arterial controlada com medicação e apneia obstrutiva do sono confirmada por polissonografia. Exames laboratoriais mostram glicemia de jejum de 105 mg/dL, triglicerídeos de 240 mg/dL e colesterol HDL de 39 mg/dL. Qual seria o manejo mais apropriado para este caso?
- Intensificar a dieta e exercício, associar inibidor de SGLT-2 para perda de peso e monitorar resultados após 3 meses.
 - Iniciar terapia farmacológica com liraglutida ou semaglutida e manter orientação de estilo de vida.
 - Indicar cirurgia bariátrica imediatamente devido ao IMC \geq 35 kg/m² e comorbidades associadas.
 - Iniciar orlistate para redução da absorção de gordura e reavaliar em 6 meses.
40. Homem de 51 anos, diagnóstico recente de hipertensão arterial (PA confirmada em 3 consultas: média PAS: 152 mmHg, PAD: 96 mmHg), sem lesão de órgão-alvo e exames normais. Ele apresenta índice de massa corporal (IMC) de 31 kg/m² e não possui diabetes ou dislipidemia. Escore de risco cardiovascular global estimado: moderado. Qual seria a melhor abordagem inicial baseado nas Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial 2020?
- Iniciar betabloqueador associado a bloqueador de canal de cálcio para controle mais rápido da pressão arterial.
 - Iniciar IECA ou BRA em monoterapia, com reavaliação em 4 semanas.
 - Iniciar terapia combinada com bloqueador de canal de cálcio e diurético tiazídico, mantendo monitoramento frequente.
 - Iniciar IECA ou BRA em associação com diurético ou bloqueador de canal de cálcio, com reavaliação em 4 semanas.
41. Mulher de 60 anos, hipertensa há 15 anos, faz uso de losartana 100 mg/dia, hidroclorotiazida 25 mg/dia e anlodipino 10 mg/dia. Apesar do tratamento, apresenta PA não controlada (PAS: 160 mmHg, PAD: 100 mmHg). Exames mostram potássio de 3,8 mEq/L, creatinina de 1,2 mg/dL, aldosterona plasmática elevada e relação aldosterona-renina aumentada. Qual seria o próximo passo no manejo?
- Adicionar espironolactona, investigar hipertensão secundária com tomografia de abdome e reavaliar em 3 meses
 - Substituir hidroclorotiazida por clortalidona, adicionar espironolactona e considerar teste confirmatório para aldosteronismo primário.
 - Adicionar betabloqueador para controle adicional e realizar teste de supressão com salina para confirmar aldosteronismo primário.
 - Iniciar terapia com espironolactona ajustando, substituir hidroclorotiazida por clortalidona e demais anti-hipertensivos conforme necessário e realizar tomografia de abdome.
42. Paciente masculino de 47 anos, diagnosticado com HIV há 10 anos, em tratamento antirretroviral com tenofovir 300 mg/dia, emtricitabina 200 mg/dia e dolutegravir 50 mg/dia. O paciente apresenta dislipidemia com colesterol total de 280 mg/dL, LDL de 160 mg/dL, HDL de 35 mg/dL e triglicerídeos de 200 mg/dL. Ele tem história de infarto do miocárdio aos 42 anos e não tem contraindicações para o uso de estatinas. Qual seria a melhor escolha terapêutica para o controle da dislipidemia neste paciente?
- Iniciar atorvastatina 20 mg/dia.
 - Iniciar pitavastatina 4 mg/dia.
 - Iniciar sinvastatina 40 mg/dia.



PROCESSO SELETIVO RESIDÊNCIAS MÉDICAS – 2025



- d) Iniciar rosuvastatina 20 mg/dia.
43. Paciente feminina de 27 anos, com viagem recente à região norte do país, apresenta quadro de febre alta, calafrios, dor de cabeça e dor no corpo há 4 dias. Ao exame físico, está febril (38,5°C), com esplenomegalia discreta e icterícia leve. Quais exames seriam indicados neste momento e quais são as principais hipóteses diagnósticas?
- Realizar apenas hemograma completo, função hepática (transaminases e bilirrubina) e teste de função renal. As principais hipóteses diagnósticas são febre tifoide, dengue e hepatite viral.
 - Realizar apenas o teste rápido para malária e função hepática. As principais hipóteses diagnósticas são malária e dengue.
 - Realizar esfregaço sanguíneo e teste rápido para malária, hemograma completo, função hepática (transaminases e bilirrubina) e teste de função renal. As principais hipóteses diagnósticas são malária, leptospirose e hepatite viral.
 - Realizar apenas exames de imagem do abdome e função hepática. As principais hipóteses diagnósticas são febre tifoide, hepatite viral e colecistite aguda.
44. Paciente masculino de 55 anos, hipertenso e diabético há 10 anos, com histórico de tabagismo, apresenta dor torácica intensa, retroesternal, irradiada para o braço esquerdo, iniciada há 2 horas. Ao exame físico, está hipertenso (PA 160/90 mmHg), com frequência cardíaca de 90 bpm, sem alterações significativas no exame físico. O eletrocardiograma (ECG) mostra inversão simétrica de ondas T em V4 a V6 e na parede inferior, sem supra desnivelamento do segmento ST. Qual é o diagnóstico mais provável e o próximo passo no manejo?
- Infarto agudo do miocárdio com supra desnivelamento do ST (IAMCST). Iniciar terapia com ácido acetilsalicílico, heparina, clopidogrel e trombolíticos.
 - Angina instável. Iniciar terapia com ácido acetilsalicílico, heparina, clopidogrel, avaliar betabloqueador e nitratos e seguir para observação em unidade coronariana.
 - Infarto agudo do miocárdio sem supra desnivelamento do ST (IAMSSST). Iniciar terapia com ácido acetilsalicílico, heparina, clopidogrel, avaliar betabloqueador e nitratos, solicitar troponina para confirmação do diagnóstico e realizar coronariografia em até 48 horas, caso o paciente esteja estável.
 - Dissecção aórtica. Iniciar terapia com betabloqueador, solicitar tomografia computadorizada de tórax e conduzir para cirurgia de emergência.
45. Mulher de 25 anos, apresentando queixa de fadiga progressiva, palidez e falta de ar aos esforços. Ao exame físico, encontra-se pálida e com frequência cardíaca de 102 bpm. Realiza exames laboratoriais que mostram: Hemograma: Hemoglobina: 9,5 g/dL, Volume corpuscular médio (VCM): 72 fL (normal: 80-100 fL), Concentração de hemoglobina corpuscular média (CHCM): 28 g/dL (normal: 32-36 g/dL), Red cell distribution width (RDW): 16% (normal: 11-15%), Ferritina sérica: 8 ng/mL (normal: 30-150 ng/mL), Saturação de transferrina: 12% (normal: 20-50%). Com base nos exames, qual é o diagnóstico mais provável?
- Anemia ferropriva.
 - Anemia por doença crônica.
 - Talassemia menor.
 - Anemia sideroblástica.
46. Paciente do sexo feminino, 29 anos, apresenta história de dor abdominal crônica, distensão abdominal, alternância entre episódios de diarreia e constipação, além de presença de muco nas fezes. Relata episódios recorrentes de dor no quadrante inferior esquerdo do abdômen, aliviada após evacuação. Ela também descreve sensação de plenitude abdominal e presença



PROCESSO SELETIVO RESIDÊNCIAS MÉDICAS – 2025



de flatulência em excesso. O que mais é característico do quadro e qual o diagnóstico mais provável?

- Doença celíaca, confirmada com teste de anticorpos anti-transglutaminase.
- Síndrome do intestino irritável com predominância de diarreia (SII-D), diagnosticada com critérios de Roma IV.
- Doença inflamatória intestinal (Doença de Crohn), confirmada com colonoscopia e biópsia.
- Disbiose intestinal, confirmada com teste de microbiota fecal e início de tratamento com probióticos.

47. Mulher de 72 anos, com histórico de hipertensão arterial e diabetes mellitus tipo 2, apresenta quadro clínico de dispneia progressiva, inicialmente aos esforços e evoluindo para dispneia em repouso, ortopneia e edema nas pernas. Relata também sensação de plenitude abdominal, cansaço excessivo e dificuldade para realizar atividades cotidianas. No exame físico, observa-se turgência jugular, estertores pulmonares em bases, presença de B3 à ausculta cardíaca, abdome distendido e edema em membros inferiores. A pressão arterial está em 145/90 mmHg, frequência cardíaca 92 bpm e a saturação de oxigênio é 94% em ar ambiente. Qual é o diagnóstico mais provável?

- Doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) com insuficiência respiratória aguda e sobrecarga cardíaca direita.
- Síndrome nefrótica com hipertensão e insuficiência renal funcional.
- Cirrose hepática com insuficiência cardíaca direita e ascite.
- Insuficiência cardíaca com congestão pulmonar e sistêmica.

48. Homem de 38 anos, com histórico de tosse seca há 3 meses, associada a suores noturnos e perda de peso não intencional de aproximadamente 6 kg no último mês. Relata também fadiga excessiva e dor torácica pleurítica ocasional. Não tem comorbidades, mas refere contato com pessoa próxima diagnosticada com tuberculose pulmonar. No exame físico, apresenta estertores finos em ambos os campos pulmonares e linfadenopatia cervical bilateral. O que é mais indicado como próximo passo diagnóstico?

- Realizar radiografia de tórax e cultura para *Mycobacterium tuberculosis*.
- Solicitar exame de escarro para baciloscopia e teste tuberculínico (PPD).
- Realizar tomografia de tórax para avaliação de lesões pulmonares e solicitar teste de HIV.
- Solicitar hemograma e dosagem de proteína C-reativa para avaliar possível processo infeccioso viral.

49. Mulher de 60 anos, com histórico de hipertensão arterial e diabetes mellitus tipo 2, apresenta queixa de palpitações intermitentes e sensação de cansaço há 2 semanas. Ela descreve que as palpitações começam repentinamente, duram de 10 a 15 minutos, e são seguidas de um período de cansaço extremo e tontura. Não há dor torácica associada. Ao exame físico, a pressão arterial está 140/90 mmHg, a frequência cardíaca é de 110 bpm irregular, com ritmo atrial, e os pulmões estão limpos. O ECG mostra uma fibrilação atrial com resposta ventricular rápida. Qual é a conduta inicial mais adequada para este caso?

- Iniciar anticoagulação com varfarina, além de controle da frequência cardíaca com amiodarona.
- Cardioversão elétrica imediata, seguida de anticoagulação oral por 4 semanas.
- Controle da frequência cardíaca com beta-bloqueador e anticoagulação com rivaroxabana, sem necessidade de cardioversão.
- Iniciar amiodarona para controle do ritmo, seguido de anticoagulação com varfarina.



PROCESSO SELETIVO RESIDÊNCIAS MÉDICAS – 2025



50. Paciente de 75 anos, admitido em unidade de internação com diagnóstico de infecção respiratória grave, apresenta quadro de febre alta, tosse intensa e dificuldade respiratória significativa há 48 horas. O paciente tem histórico de diabetes mellitus tipo 2, mas não estava controlado adequadamente devido ao uso irregular de metformina. Durante a internação, a glicemia capilar foi monitorada e persistiu elevada, apresentando os seguintes valores: 280 mg/dL inicialmente/320 mg/dL após 12 horas/350 mg/dL após 18 horas/ 375 mg/dL após 24 horas. Além disso, ele apresenta sinais clínicos de desidratação (boca seca, tontura), confusão mental leve, aumento da frequência respiratória. A pressão arterial está 110/70 mmHg, a frequência cardíaca de 110 bpm, e a saturação de oxigênio é 91% em ar ambiente. A gasometria arterial revelou: pH: 7,29 /HCO₃⁻ (bicarbonato): 12 mEq/L / pCO₂: 25 mmHg Gap aniônico: 18 mEq/L. Com base no quadro clínico e na gasometria, qual é a conduta mais adequada para o controle glicêmico deste paciente?

- Iniciar insulina de ação rápida, monitorando glicemia a cada 4 horas, associada a administração intravenosa de líquidos isotônicos.
- Iniciar infusão contínua de insulina intravenosa com monitoramento glicêmico a cada 1 hora, ajustando a dose conforme necessário, e iniciar reposição volêmica.
- Iniciar insulina basal subcutânea, associada a insulina prandial conforme glicemia capilar, e iniciar reposição de fluidos com solução salina normal.
- Iniciar insulina intravenosa apenas se a glicemia não reduzir após 12 horas de controle com insulina subcutânea e iniciar reposição de sódio via IV.