

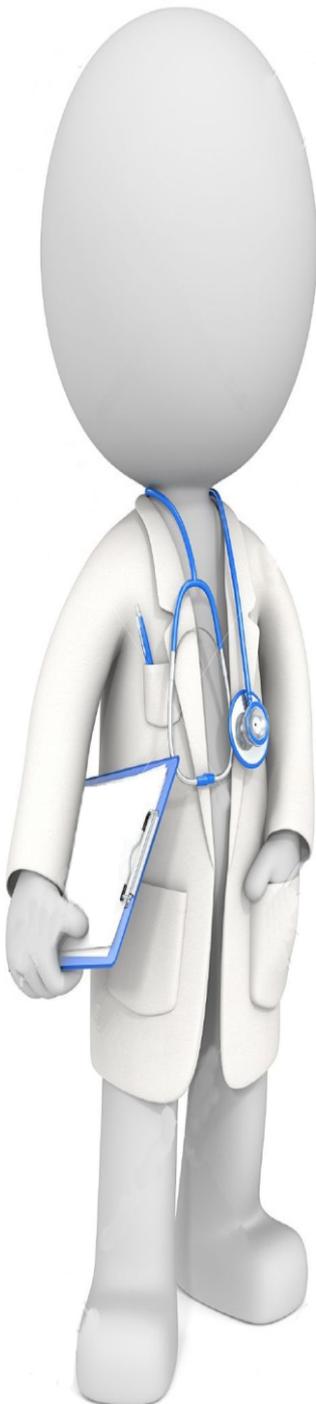
RESIDÊNCIA MÉDICA 2017

PRÉ-REQUISITO EM CLÍNICA MÉDICA

13/11/2016

SÓ ABRA ESTE CADERNO QUANDO AUTORIZADO LEIA ATENTAMENTE AS INSTRUÇÕES

1. Este caderno consta de 50 questões objetivas, assim distribuídas: Cardiologia, Endocrinologia, Gastroenterologia, Hematologia, Nefrologia, Neurologia, Pneumologia e Reumatologia.
2. Quando for permitido abrir o caderno, verifique se ele está completo ou se apresenta imperfeições gráficas que possam gerar dúvidas. Se houver algum defeito dessa natureza, peça ao aplicador de prova para entregar-lhe outro exemplar.
3. Não é permitida a consulta a pessoas, livros, dicionários, apostilas ou a qualquer outro material.
4. Cada questão apresenta quatro alternativas de resposta, das quais apenas uma é a correta. Preencha no cartão-resposta a letra correspondente à resposta assinalada na prova.
5. Transfira as respostas para o cartão, observando atentamente a numeração das questões.
6. No cartão, as respostas devem ser marcadas com caneta esferográfica de tinta PRETA ou AZUL, preenchendo-se integralmente o alvéolo, rigorosamente dentro dos seus limites e sem rasuras.
7. Esta prova tem a duração de quatro horas, incluindo o tempo destinado à coleta de impressão digital, às instruções e à transcrição para o cartão-resposta.
8. Você só poderá retirar-se definitivamente da sala e do prédio após terem decorridas duas horas de prova e poderá levar o caderno de prova somente no decurso dos últimos trinta minutos anteriores ao horário determinado para o término da prova.
9. AO TERMINAR, DEVOLVA O CARTÃO-RESPOSTA AO APLICADOR DE PROVA.



— QUESTÃO 01 —

Leia o caso clínico a seguir.

Em avaliação de rotina, um homem de 55 anos refere ser portador de cardiopatia chagásica crônica, disfunção ventricular importante (FEVE = 32%) e ter episódios recentes de síncope. Ao exame físico, apresenta ritmo cardíaco regular, FC = 57 BPM e PA = 100x60 mmHg. Faz uso de carvedilol 25 mg/dia, enalapril 10 mg/dia, espirolactona 25 mg/dia e furosemida 40 mg/dia. Traz Holter 24 horas mostrando ritmo sinusal, FC média de 55 BPM, sem pausas, e 10 episódios de taquicardia ventricular não sustentada.

A melhor conduta para esse caso é:

- (A) acrescentar amiodarona.
- (B) implantar um cardiodesfibrilador.
- (C) aumentar a dose de betabloqueador.
- (D) reduzir a dose de betabloqueador.

— QUESTÃO 02 —

Qual das associações de medicamentos a seguir é melhor indicada para pacientes com hipertensão arterial estágio 2 e diabetes?

- (A) Inibidor da ECA e bloqueador dos canais de cálcio.
- (B) Bloqueador dos receptores da angiotensina e inibidor da ECA.
- (C) Betabloqueador e diurético.
- (D) Betabloqueador e inibidor da ECA.

— QUESTÃO 03 —

Leia o caso clínico a seguir.

Um homem de 45 anos, hipertenso, refere que tem apresentado episódios de dor em aperto no peito durante os esforços físicos e que melhoram ao repouso, motivo pelo qual interrompeu suas atividades físicas. Ao exame físico, apresenta ritmo cardíaco regular, FC = 89 BPM e PA = 150x90 mmHg. ECG normal. Faz uso de enalapril 40 mg/dia.

A conduta indicada para esse paciente é:

- (A) iniciar betabloqueador e aspirina e solicitar dosagem de colesterol.
- (B) solicitar cateterismo cardíaco.
- (C) solicitar teste ergométrico.
- (D) solicitar cintilografia miocárdica.

— QUESTÃO 04 —

Leia o caso clínico a seguir.

Em uma avaliação cardiovascular de rotina, um homem de 43 anos, ativo e assintomático, trouxe um teste ergométrico positivo para isquemia miocárdica.

A conduta mais adequada para esse paciente é solicitar:

- (A) cateterismo cardíaco.
- (B) eco de stress farmacológico.
- (C) cintilografia de perfusão miocárdica.
- (D) lipidograma e manter o tratamento clínico.

— QUESTÃO 05 —

Leia o caso clínico a seguir.

Mulher de 59 anos, hipertensa e diabética, foi diagnosticada com endocardite infecciosa de valva mitral nativa e iniciada antibioticoterapia empírica. No sétimo dia de internação, evoluiu com instabilidade hemodinâmica e sopro sistólico importante em área mitral. O ecodoppler cardiograma exibiu insuficiência mitral importante e fração de ejeção ventricular preservada.

A melhor estratégia terapêutica, nesse momento, é:

- (A) mudar o antibiótico.
- (B) iniciar anticoagulação.
- (C) indicar cirurgia valvar precoce.
- (D) indicar balão intra-aórtico.

— QUESTÃO 06 —

O modelo FRAX[®] foi desenvolvido pela OMS para avaliar o risco de fraturas do paciente. É individualizado para cada paciente e integra os riscos associados aos fatores de risco clínicos com a densidade mineral óssea (DMO) do colo do fêmur. Já está disponível para cálculo na população brasileira. O algoritmo FRAX[®] fornece a probabilidade de:

- (A) fratura de quadril e fratura maior (vertebral clínica, antebraço, quadril e ombro) nos próximos dez anos.
- (B) perda maior que 10% da DMO nos próximos dez anos.
- (C) perda maior que 10% da microarquitetura óssea nos próximos dez anos.
- (D) fraturas vertebrais múltiplas nos próximos dez anos.

— QUESTÃO 07 —

O uso da testosterona *off label* com fins estéticos e anti-envelhecimento tem sido difundido por profissionais da saúde e leigos mal orientados sobre riscos e benefícios de tal tratamento. Entre os efeitos adversos do uso da testosterona em altas doses por pessoas saudáveis, sem hipogonadismo, inclui-se o aumento do risco de

- (A) fratura óssea.
- (B) anemia.
- (C) trombose.
- (D) tumores hipofisários.

— QUESTÃO 08 —

Leia o caso clínico a seguir.

Paciente com DM1, de 10 anos, do sexo masculino, em uso de bomba de insulina. Faz contagem de carboidrato e tem bom controle glicêmico (HbA1c = 7%). Refere episódios de hipoglicemias nos dias que pratica judô, em torno de 50 mg/dL, cerca de duas horas após a aula.

Qual é a orientação adequada para esse paciente nos dias em que realiza atividade física?

- (A) Medir glicemia durante e após o exercício, dispensando-se a necessidade de medir previamente.
- (B) Ingerir 15 g de carboidrato em caso de hipoglicemia em torno do valor referido (50 mg/dL). Continuar medindo a glicemia a cada quinze minutos, repetindo a ingestão de carboidrato, se necessário, até que a glicemia se normalize.
- (C) Condicionar a realização da atividade física à glicemia superior a 250 mg/dL antes do exercício.
- (D) Ingerir 5 g de carboidrato em caso de hipoglicemia em torno do valor referido (50 mg/dL). Continuar medindo a glicemia a cada quinze minutos, repetindo a ingestão de carboidrato, se necessário, até que a glicemia se normalize.

— QUESTÃO 09 —

Leia o caso clínico a seguir.

Paciente de 20 anos, do sexo masculino, com IMC = 20 kg/m², hipertenso há dois anos, com história familiar de hipertensão em jovens. Está em uso regular de enalapril 20 mg/d, nifedipino 60 mg/d e espironolactona 50 mg/d. Relata uso de paracetamol pelo menos duas vezes na semana quando apresenta cefaleia.

Qual droga em uso deve ser necessariamente suspensa por, pelo menos, quatro semanas, para investigação de hiperaldosteronismo primário?

- (A) Paracetamol.
- (B) Enalapril.
- (C) Nifedipino.
- (D) Espironolactona.

— QUESTÃO 10 —

Leia o caso clínico a seguir.

Paciente de 26 anos, do sexo feminino, foi diagnosticada com hipertireoidismo e orbitopatia aos 18 anos, sendo tratada com dose terapêutica de iodoradioativo, sem droga antitireoidiana prévia. Evoluiu com hipotireoidismo primário, em reposição com levotiroxina, estando bem compensada. Engravidou sem nenhum tratamento complementar e está com nove semanas de gestação.

De acordo com o American Thyroid Association Guidelines for Diagnosis and Management of Hyperthyroidism and Other Causes of Thyrotoxicosis de 2016,

- (A) a relação entre os anticorpos maternos e a doença no feto é inexistente.
- (B) a avaliação do TRAb ao final do 2º trimestre ou no início do 3º trimestre de gestação pode predizer o risco de disfunção tireoidiana do feto, devendo, neste caso, ser realizada.
- (C) o anticorpo antirreceptor de TSH (TRAb) aumenta progressivamente desde o início da gestação, independente de doença materna, e deve sempre ser dosado.
- (D) a diminuição da autoimunidade da gestante permite não se avaliar o TRAb durante a gestação, bastando avaliar os valores de TSH.

— QUESTÃO 11 —

Considere o caso de um paciente de 60 anos, internado em UTI devido à pneumonia comunitária, sem antecedentes de diabetes, apresentando glicemias de jejum entre 180-200 e entre 204-350 nos demais horários. De acordo com o último posicionamento oficial da Sociedade Brasileira de Diabetes de 2015 sobre o *Controle da Glicemia no Paciente Hospitalizado*, além do tratamento específico para pneumonia, a conduta mais adequada é:

- (A) iniciar infusão contínua de insulina para manter glicemia entre 140-180 mg/dL.
- (B) iniciar insulina basal e insulina de ação rápida para manter glicemia entre 80-140 mg/dL.
- (C) iniciar hipoglicemiante oral para manter glicemia entre 140-180 mg/dL.
- (D) iniciar insulina regular para manter glicemia entre 80-140 mg/dL.

— QUESTÃO 12 —

Leia o caso clínico a seguir.

Paciente do sexo masculino, de 58 anos, após importante libação alcoólica, evoluiu com quadro de pancreatite aguda. As medidas iniciais para pancreatite foram realizadas – dieta zero, hidratação venosa, analgesia – e, então, o paciente apresentou importante melhora clínica. Ainda internado, já com dieta oral líquida restrita liberada e sem analgésicos de horário, o paciente desenvolve febre e reagudização da dor abdominal. Realizada radiografia de tórax que demonstrou derrame pleural à esquerda. O hemograma revelou importante leucocitose (17.600 leucócitos/mm³).

O diagnóstico mais provável para descompensação clínica do paciente e o exame complementar a ser realizado para confirmação do quadro são, respectivamente:

- (A) coledocolitíase; colangiopancreatografia retrógrada endoscópica (CPRE).
- (B) trombose de artéria mesentérica superior; angiotomografia de abdome total.
- (C) abscesso pancreático; tomografia de abdome total.
- (D) úlcera duodenal perfurada; tomografia de abdome total.

— QUESTÃO 13 —

Embora conhecida desde a Antiguidade, a doença ulcerosa péptica continua afetando milhões de pessoas em todo o mundo. Estima-se, nos Estados Unidos da América, uma casuística de 500 mil novos casos por ano dessa doença. A respeito dessa entidade clínica, deve-se considerar que:

- (A) os principais fatores etiológicos das úlceras gástricas são a infecção pelo *Helicobacter pylori* e o uso de anti-inflamatórios não hormonais.
- (B) a hipossecreção ácida constitui um dos mecanismos de indução de ulceração gástrica pelo *Helicobacter pylori*.
- (C) o *Helicobacter pylori* é uma bactéria Gram-positiva produtora de urease, que coloniza a mucosa gástrica.
- (D) a minoria das úlceras gástricas e duodenais, atualmente, está relacionada à infecção pelo *Helicobacter pylori*.

— QUESTÃO 14 —

São indicados para tratamento da esofagite eosinofílica:

- (A) corticoterapia e sucralfato.
- (B) inibidores de bomba de prótons e ivermectina.
- (C) corticoterapia e dieta de exclusão.
- (D) inibidores de bomba de prótons e dieta de exclusão.

— QUESTÃO 15 —

A esofagopatia chagásica caracteriza-se pela presença de:

- (A) miopatia e parasitismo de neurônios.
- (B) neuropatia entérica e metaplasia colunar do esôfago distal.
- (C) hipercontratibilidade esofágica e alteração do esfíncter esofágico superior.
- (D) alterações da peristalse e do relaxamento do esfíncter esofágico inferior.

— QUESTÃO 16 —

Leia o caso clínico a seguir.

Homem de 32 anos, médico, acidentou-se com agulha ao realizar a paracentese de um paciente infectado pelos vírus B e C das hepatites e com carga viral positiva para ambos. No momento do acidente, o médico apresentava os seguintes exames: HBsAg negativo, Anti-HBc negativo, Anti-HBs positivo, Anti-HCV negativo, Anti-HIV negativo, ALT normal. Cerca de um mês após esse acidente, o médico tem náusea, vômitos, dor abdominal e icterícia. Exames laboratoriais: AST = 2590 UI, Anti-HCV = negativo, HbsAg = negativo, Anti-Hbs = positivo, RNA-HCV = positivo.

Nessas condições, qual é a conduta adequada?

- (A) Tratar com interferon e ribavirina por 24 semanas.
- (B) Não tratar, aguardar até a 12^a semana e solicitar a carga viral.
- (C) Tratar com interferon e ribavirina por 48 semanas.
- (D) Não tratar, aguardar até a 24^a semana e, se a carga viral estiver positiva, tratar com sofosbuvir e daclatasvir.

— QUESTÃO 17 —

Leia o caso clínico a seguir.

Paciente em tratamento para leucemia mieloide crônica, em uso de Imatinibe 400 mg ao dia, apresenta aos seis meses de tratamento valor de BCR-ABL de 12% pelo método de RT-PCR.

Como se classifica essa resposta, pelos critérios do LeukemiaNet 2013?

- (A) Resposta ótima.
- (B) Resposta subótima.
- (C) Falha de resposta.
- (D) Sinal de alerta.

— QUESTÃO 18 —

Nos pacientes com leucemia linfóide crônica, em que situação estaria indicado o tratamento, segundo as recomendações do IWCLL?

- (A) Idade de 45 anos.
- (B) Baço palpável a 2 cm do rebordo costal esquerdo.
- (C) Perda de 10% do peso corporal em 24 meses.
- (D) Contagem de plaquetas de 90.000/uL.

— QUESTÃO 19 —

Leia o caso clínico a seguir.

Paciente de 78 anos apresenta à eletroforese de proteínas um pico monoclonal em região de gamaglobulinas de 2,5 g/dL. A determinação de cálcio iônico sérico é normal, a creatinina sérica é de 1,5 mg/dL, hemoglobina de 11,0 g/dL. Apresenta osteoporose moderada ao inventário ósseo, a contagem de plasmócitos em medula óssea é de 5%, e a biópsia de medula óssea mostra uma porcentagem de plasmócitos semelhante ao do mielograma, com coloração para vermelho congo negativa.

Segundo os guidelines atuais, o diagnóstico é:

- (A) pico monoclonal de significado indeterminado.
- (B) mieloma múltiplo indolente.
- (C) mieloma múltiplo sintomático.
- (D) amiloidose primária.

— QUESTÃO 20 —

Leia o caso clínico a seguir.

Paciente de 17 anos, portadora de anemia falciforme, homozigótica SS, chega ao pronto-socorro com quadro de queda do estado geral, dores generalizadas, mais intensas em região abdominal, com piora à descompressão brusca, com hemoglobina de 7,0 g/dL, e história de febre há dois dias.

Nesse caso, qual é a conduta indicada?

- (A) Hiperidratação endovenosa e laparotomia exploradora.
- (B) Transfusão de duas unidades de concentrado de hemácias, hiperidratação endovenosa com oxigenoterapia e alcalinização da urina.
- (C) Hiperidratação endovenosa, com pesquisa de foco infeccioso e ultrassom de abdome.
- (D) Hiperidratação endovenosa, oxigenoterapia, alcalinização da urina e procura de foco infeccioso, com ultrassom de abdome.

— QUESTÃO 21 —

Os anticoagulantes inibidores diretos da coagulação orais (NACOs) estão contraindicados em pacientes:

- (A) maiores de 80 anos de idade.
- (B) com clearance de creatinina menor que 50 mL/min.
- (C) em tratamento com antirretrovirais para HIV.
- (D) com trombose venosa proximal idiopática extensa.

— QUESTÃO 22 —

A classificação da glomerulonefrite membranoproliferativa (GNMP) baseada na imunofluorescência divide-se em dois tipos: GNMP mediada por imunocomplexo e GNMP mediada por complemento. Segundo esta classificação,

- (A) a ativação do complemento, na GNMP mediada por imunocomplexo, ocorre pela via alternativa.
- (B) a GNMP secundária ao vírus da hepatite C é um exemplo do tipo mediado por complemento e se caracteriza por manter C3 sérico persistentemente consumido.
- (C) a desregulação da via alternativa do complemento, na glomerulonefrite por C3, deve-se a mutações ou anticorpos nas proteínas reguladoras do sistema complemento.
- (D) a doença depósito denso (DDD) é a forma mais comum de GNMP mediada por imunocomplexo e está associada ao fator nefrítico C3 Nef.

— QUESTÃO 23 —

Leia o caso clínico a seguir.

Paciente do sexo feminino, de 20 anos, com diagnóstico recente de lúpus eritematoso sistêmico (LES) com acometimento cutâneo, articular e renal, apresenta os seguintes resultados de exames laboratoriais: proteinúria de 24 horas de 824 mg em 24 horas com volume urinário de 1800 ml; EAS com proteínas ++/4+, leucócitos 9000, hemácias 30.000, dismorfismo eritrocitário positivo e creatinina 0,8 mg/dL. Foi submetida à biópsia renal percutânea que mostrou, na microscopia óptica, proliferação mesangial caracterizada por hiperplasticidade mesangial e, na imunofluorescência, presença de depósitos imunes mesangiais.

Baseada na classificação de nefrite lúpica da Sociedade Internacional de Nefrologia/Sociedade de Patologia Renal (ISN/RPS), de 2003, a classe de nefrite lúpica e o tratamento indicado são:

- (A) classe I, corticoide e hidroxycloquina.
- (B) classe II, corticoide e hidroxycloquina.
- (C) classe III (A), corticoide, ciclofosfamida e hidroxycloquina.
- (D) classe V, corticoide e micofenolato mofetil.

— QUESTÃO 24 —

Leia o caso clínico a seguir.

Paciente do sexo masculino, de 19 anos, com espinha bífida e bexiga hiperespástica, foi tratado com neobexiga de ileo há cinco anos. Sem acompanhamento médico há dois anos e sem medicação. Os exames atuais mostraram bicarbonato sérico de 9 mmol/L, cloro 112 mEq/L e potássio 6,4 mEq/L.

A condição clínica desse paciente, em relação ao ânion GAP, à causa da hiperclorêmia e à causa da hipercalemia, é, respectivamente:

- (A) diminuição; hipernatremia; reabsorção.
- (B) normalidade; reabsorção; acidose.
- (C) elevação; acidose; reabsorção.
- (D) elevação; reabsorção; acidose.

— QUESTÃO 25 —

Leia o caso clínico a seguir.

Paciente de 70 anos, 72 kg de peso corporal, portador de diabetes mellitus há dez anos, evolui com microalbuminúria há cinco anos. Atualmente, os exames mostram: HbA1c = 9,5%; EAS com leucocitúria de 180.000, hemácias 3000, proteinúria ++, glicosúria +, nitrito negativo; ureia 69 mg/dL; creatinina 2,0 mg/dL; urocultura negativa; microalbuminúria = 700 mg/g creatinínúria. A ultrassonografia mostrou rins normais. Fez exame de fundo de olho que mostrou retinopatia diabética. O paciente quer ser informado acerca do comprometimento da sua função renal e da provável necessidade de ser submetido à diálise.

Baseando-se no KDIGO 2012, deve ser repassada ao paciente a seguinte informação:

- (A) o comprometimento da função renal é diminuição de moderada a grave da taxa de filtração glomerular. Há risco muito alto de prescrição de diálise.
- (B) o comprometimento da função renal é diminuição leve da taxa de filtração glomerular. Há risco baixo de prescrição de diálise.
- (C) o comprometimento da função renal indica falência renal terminal. Apresenta risco muito alto de prescrição de diálise.
- (D) o comprometimento da função renal é diminuição de moderada a grave da taxa de filtração glomerular. Apresenta risco moderado de prescrição de diálise.

— QUESTÃO 26 —

A incidência da nefropatia por contraste tem crescido simultaneamente ao aumento de sua utilização para diagnósticos e intervenção terapêutica. Na nefropatia induzida pelo contraste iodado,

- (A) a injúria renal aguda é tipicamente não oligúrica, com alta fração de excreção de sódio, e desenvolve-se de 24 a 48 horas da realização do procedimento.
- (B) a hemodiálise profilática iniciada imediatamente após o uso de contraste previne a redução da função renal em pacientes de alto risco.
- (C) a doença ateroembólica é um importante diagnóstico diferencial da injúria renal aguda nos exames interencionistas com contraste iodado.
- (D) a hidratação oral é tão efetiva quanto a hidratação com solução fisiológica a 0,9% ou a solução à base de bicarbonato de sódio nos pacientes de alto risco.

— QUESTÃO 27 —

O sódio é o principal íon do compartimento extracelular e seu metabolismo está diretamente relacionado ao metabolismo da água no organismo. Acerca dos distúrbios do sódio, deve-se considerar que:

- (A) os pacientes com hipernatremia, desidratação e instabilidade hemodinâmica devem receber hidratação vigorosa com solução hipotônica como conduta inicial.
- (B) a complicação típica da correção rápida da hiponatremia é o edema cerebral.
- (C) o uso de diurético tiazídico está associado ao risco de desenvolvimento de hipernatremia.
- (D) a SIADH manifesta-se tipicamente como uma hiponatremia euvolêmica.

— QUESTÃO 28 —

Migraine é uma das cefaleias mais comuns apresentadas no consultório médico. Existem dois tipos de tratamento, o agudo, da crise migranosa, e o tratamento preventivo. Qual das situações a seguir é indicação para tratamento preventivo dessa doença?

- (A) Dois ou mais ataques mensais, que produzem incapacidade com duração de três ou mais dias por mês.
- (B) Uso de medicação abortiva por mais de uma vez por semana, durante três meses seguidos.
- (C) Presença de história familiar de migraine em parentes de primeiro grau, principalmente pais e irmãos.
- (D) Intolerância aos medicamentos analgésicos de primeira linha, usados durante uma crise migranosa.

— QUESTÃO 29 —

A migraine é uma cefaleia do tipo vascular que pode ter diversos subtipos: comum, com aura, hemiplégica, crônica, entre outros. O mecanismo fisiopatológico da migraine é complexo e envolve mecanismos de vasoconstrição de carótida interna e vasodilatação de carótida externa. Qual das complicações a seguir está relacionada ao mecanismo de vasoconstrição?

- (A) Demência vascular.
- (B) Hemorragia intracraniana.
- (C) Esclerose múltipla.
- (D) Trombose.

— QUESTÃO 30 —

Os biomarcadores no LCR, como beta-amiloide 1-42, total de proteína tau, proteína tau fosforilada e treonina 181 refletem gravidade, principalmente declínio cognitivo mais acentuado em alguns tipos de demências. Em que tipo de demência a seguir, os níveis desses biomarcadores no LCR indicam gravidade?

- (A) Demência multi-infartos.
- (B) Demência de corpos de Levy.
- (C) Demência por neuroinfecção.
- (D) Demência por deficiência de vitamina B12.

— QUESTÃO 31 —

Miastenia gravis (MG) é o distúrbio primário mais comum de transmissão neuromuscular. Caracteriza-se clinicamente pela fraqueza muscular indolor e flutuante, ou seja, que piora com exercício e no final do dia, e melhora com repouso e no início do dia. É uma doença autoimune e relacionada a vários anticorpos. Quais são os principais anticorpos, na ordem de frequência, encontrados nessa doença?

- (A) Receptor nicotínico da acetilcolina (AChR), específico do músculo tirosina quinase (MuSK) e da proteína relacionada com o receptor de lipoproteína de baixa densidade 4 (LRP4).
- (B) Receptor nicotínico da acetilcolina (AChR), proteína relacionada com o receptor de lipoproteína de baixa densidade 4 (LRP4) e do específico do músculo tirosina quinase (MuSK).
- (C) Específico do músculo tirosina quinase (MuSK), receptor nicotínico da acetilcolina (AChR) e da proteína relacionada com o receptor de lipoproteína de baixa densidade 4 (LRP4).
- (D) Específico do músculo tirosina quinase (MuSK), da proteína relacionada com o receptor de lipoproteína de baixa densidade 4 (LRP4) e receptor nicotínico da acetilcolina (AChR).

— QUESTÃO 32 —

A hemorragia intracraniana espontânea é um dos quadros de acidente vascular e necessita de atendimento emergencial. Os protocolos da Associação Americana para o AVC (AHA/ASA Guideline) recomendam que medidas de estabilização das vias aéreas e cardiovasculares sejam os primeiros procedimentos. Que condição a seguir representa um diagnóstico importante a ser considerado em um quadro de hemorragia intracerebral em jovem?

- (A) Angiopatia amiloide.
- (B) Acidente vascular isquêmico prévio.
- (C) Uso de cocaína.
- (D) Deficiência do fator V de Leiden.

— QUESTÃO 33 —

Leia o caso clínico a seguir.

Homem de 52 anos, submetido a cirurgia para ressecção de câncer de pâncreas há duas semanas, iniciou, há 24 horas, dor torácica à esquerda ventilatório dependente, dispneia e hemoptise sem tosse ou febre. Ao exame, encontra-se discretamente hipocorado, com ritmo cardíaco regular, taquicárdico, e com murmúrio vesicular diminuído na base torácica esquerda. Cicatriz cirúrgica sem sinais flogísticos, abdome pouco doloroso à palpação, sem defesa. Membros inferiores sem edema. Pressão arterial 150 x 100mmHg, frequência cardíaca 110 BPM, frequência respiratória 28 IPM, oximetria não invasiva de 89% em ar ambiente. Radiografia de tórax com mínimo derrame pleural à esquerda. ECG mostra taquicardia sinusal, hemograma sem leucocitose.

No caso desse paciente, deve-se solicitar:

- (A) dímero-D e iniciar heparina em dose profilática.
- (B) tomografia de alta resolução e iniciar antibiótico com cobertura para o trato respiratório.
- (C) angiotomografia e iniciar heparina em dose plena.
- (D) enzimas cardíacas e ECG seriado e iniciar ácido acetilsalicílico, nitrato e morfina.

— QUESTÃO 34 —

Nos últimos anos, estudos mostraram que o principal fator de risco para um paciente com DPOC apresentar uma exacerbação é o seu próprio histórico de exacerbações. As exacerbações afetam a qualidade de vida, aceleram o declínio da função pulmonar e associam-se com significativa mortalidade. Assim, no paciente com fenótipo exacerbador, além das imunizações anti-influenza e antipneumocócica, uma medida que comprovadamente diminui a frequência de exacerbações é o uso de:

- (A) macrolídeos em esquemas intermitentes.
- (B) sinvastatina oral, de forma regular.
- (C) broncodilatadores de longa duração, associado ou não a corticoide inalatório.
- (D) oxigênio domiciliar e corticoide oral, em baixas doses.

— QUESTÃO 35 —

Leia o caso clínico a seguir.

R.G.M., de 22 anos, procura atendimento em um pronto-socorro apresentando estado mental normal, frequência respiratória de 24 IPM, sem dificuldade para falar. Ao exame físico, observam-se retração discreta da musculatura acessória, murmúrio vesicular presente bilateralmente, sibilos difusos, frequência cardíaca de 90 batimentos por minuto, saturação em ar ambiente (SATO₂) igual a 96% e medida de pico de fluxo expiratório > 70% do previsto.

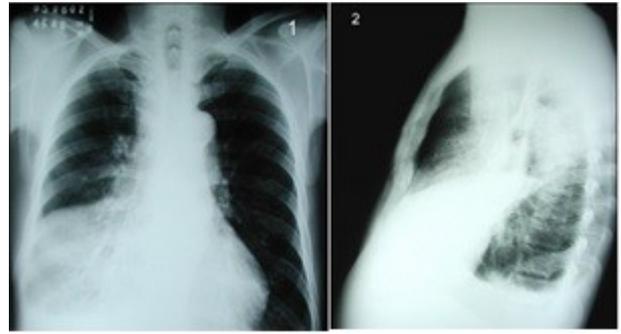
A conduta inicial para tratamento desta crise de asma, segundo o documento “IV Diretrizes Brasileiras para o Manejo da Asma” é:

- (A) broncodilatador β_2 agonista de curta ação (SABA) via oral, a cada 50 minutos, na 1ª hora; oxigênio 6 L/min, sob máscara nasal, e início precoce de corticoide inalatório(CI) de curta ação.
- (B) SABA via inalatória, até três doses a cada 10 a 30 minutos, na 1ª hora, em seguida reavaliação clínica e medida do pico de fluxo expiratório (PFE).
- (C) SABA + β_2 -agonista de ação prolongada (LABA), 18 jatos a cada hora, prednisona 8 mg/kg, máximo 100 mg, via oral, e oxigênio 1 L/min, sob máscara.
- (D) SABA por via inalatória, um jato a cada minuto, por 20 minutos, hidrocortisona endovenosa 20 mg/Kg/dose, LABA + CI em altas doses e medida do PFE.

— RASCUNHO —**— QUESTÃO 36 —**

Leia o caso clínico a seguir.

Paciente de 76 anos é avaliada em um centro de atendimento integral à saúde com história de coriza, dor de garganta e febre baixa que duraram cerca de três dias, evoluindo com tosse e expectoração amarelada há oito dias, após quadro gripal. Apresenta-se com estado geral comprometido, confusa, temperatura axilar de 35,5 °C, frequência respiratória de 34 incursões por minuto, saturação de oxigênio (Sat O₂) à oximetria de pulso 88%, pressão arterial igual a 80x50 mmHg; frequência cardíaca igual a 120 batimentos por minuto, ausculta pulmonar apresentando estertores finos em dois terços inferior direito e frêmito toracovocal aumentado nesta região. O hemograma evidenciou leucocitose com desvio à esquerda e dosagem de ureia sérica 77 mg%. A radiografia de tórax (figura a seguir) mostra opacidade alveolar em terço inferior do hemitórax direito.



Baseando-se no índice de gravidade CURB-65 (Diretrizes Brasileiras de Pneumonia Adquirida na Comunidade, 2009), a pontuação e o antibiótico de escolha para iniciar o tratamento desta paciente é:

- (A) zero ponto – cefalosporinas de quarta geração.
- (B) 01 ponto – aminoglicosídeos.
- (C) 03 pontos – macrolídeos.
- (D) 05 pontos – quinolonas.

— QUESTÃO 37 —

Leia o caso clínico a seguir.

Paciente do sexo masculino, de 46 anos, bancário, procura atendimento médico relatando que apresenta roncosp intensos e sono agitado, segundo informações da própria esposa. Refere, ainda, dificuldade de concentração no trabalho e cefaleia matinal com frequência. Tabagista há três anos, 20 cigarros de papel por dia; refere etilismo ocasional. Hipertensão arterial sistêmica diagnosticada há um ano, tratada irregularmente com diuréticos; nega outros antecedentes patológicos e familiares de relevância clínica. Exame físico: bom estado geral, eupneico, afebril, acianótico, anictérico, orofaringe sem alterações, sem adenomegalias. Pele e fâneros sem alterações. Circunferência do pescoço: 42 cm. Aparelho cardiovascular sem alterações; aparelho respiratório sem alterações; abdômen indolor à palpação e sem visceromegalias, globoso, em avental. Altura: 175 cm; peso: 139 kg.

A hipótese diagnóstica provável para este caso clínico é:

- (A) linfoma de Hodgkin.
- (B) asma brônquica.
- (C) câncer de laringe.
- (D) síndrome de apneia obstrutiva do sono.

— RASCUNHO —**— QUESTÃO 38 —**

Leia o caso clínico a seguir.

Paciente do sexo feminino, de 37 anos, professora, refere tosse crônica há cerca de 15 anos, com expectoração matutina volumosa, cerca de “uma xícara de chá” ao dia. Piora durante os quadros gripais. Refere sinusites de repetição. Refere pneumonia por sarampo na infância, ficando internada em unidade de terapia intensiva por 40 dias (sic); refere vários tratamentos para engravidar, até o momento da consulta sem sucesso; nega outros antecedentes patológicos e familiares de relevância clínica. Exame físico: bom estado geral, eupneica, acianótica, anictérica, orofaringe sem alterações, sem adenomegalias, afebril. Pulsos simétricos e palpáveis. Aparelho cardiovascular sem alterações; aparelho respiratório: tórax atípico sem abaulamentos e depressões com expansibilidade, percussão e frêmito toracovocal sem alterações; murmúrio vesicular fisiológico com estertores grossos difusos; abdômen indolor à palpação e sem visceromegalias. Traz na consulta uma tomografia de tórax de alta resolução que apresenta como alteração principal a imagem a seguir.



Considerando-se os aspectos clínicos e radiológicos descritos, a principal hipótese diagnóstica é:

- (A) bronquiectasia.
- (B) blastomicose sul-americana.
- (C) linfoma de Hodgkin.
- (D) silicose.

— QUESTÃO 39 —

Leia o caso clínico a seguir.

Homem de 45 anos queixa-se de rinorreia sanguinolenta, sinusopatia de repetição e otite média à esquerda, de evolução há oito meses. Refere avaliação médica, com orientação para antibioticoterapia, sem resolução completa dos sintomas. Os exames complementares mostram: raio X do tórax = nódulos pulmonares em ambas as bases pulmonares; TC dos seios da face = sinusopatia crônica e destruição do septo nasal; FAN = negativo; anticorpos antifosfolípídeos = negativos; c-ANCA = positivo.

Considerando-se a principal hipótese diagnóstica para esse paciente, com o objetivo de diminuir a colonização das vias respiratórias superiores por *S.aureus*, após o tratamento imunossupressor, é aconselhável o uso do seguinte antibiótico:

- (A) Amoxicilina-clavulanato.
- (B) Sulfametoxazol-trimetoprim.
- (C) Cefalexina.
- (D) Levofloxacina.

— QUESTÃO 40 —

Na artrite psoriásica, as manifestações articulares apresentam um amplo espectro clínico e podem ser divididas, didaticamente, em cinco categorias. Dentre essas categorias, inclui-se a seguinte apresentação clínica:

- (A) artrite poliarticular, simétrica ou assimétrica, frequentemente envolvendo as articulações metacarpofalangeanas.
- (B) artrite proximal, caracterizada pelo acometimento exclusivo das articulações interfalangeanas proximais, associado ao envolvimento adjacente das unhas.
- (C) artrite mutilante, presente na maioria dos pacientes e caracterizada pela presença de fraturas intra-articulares, derrame articular com pequenos fragmentos livres e neoformação óssea.
- (D) artrite oligoarticular, assimétrica, envolvendo sobretudo os joelhos, as pequenas articulações dos pés e das mãos, associada à entesite e à dactilite.

— QUESTÃO 41 —

Leia o caso clínico a seguir.

Mulher de 34 anos apresenta fraqueza muscular proximal nos membros superiores e inferiores há seis meses, acompanhada de lesões eritematosas, descamativas, papulares, localizadas nas regiões metacarpofalangeanas, interfalangeanas proximais, base do pescoço e face anterior do tórax. Após a avaliação laboratorial, eletroneuromiográfica e histopatológica, concluiu-se pelo diagnóstico de dermatomiosite.

Baseando-se nesse diagnóstico, a manifestação cutânea apresentada no pescoço e no tórax é conhecida como sinal

- (A) de Gottron.
- (B) do xale.
- (C) de Nikolsky.
- (D) da pele mosqueada.

— QUESTÃO 42 —

Leia o caso clínico a seguir.

Mulher de 46 anos, com diagnóstico de esclerose sistêmica, forma difusa, procura assistência médica com história de dispneia aos moderados esforços e tosse seca, de início há seis meses. A tomografia computadorizada de alta resolução do tórax mostra um infiltrado intersticial, com padrão em vidro fosco, bilateralmente, predominante nas bases pulmonares.

Considerando-se a hipótese diagnóstica de pneumonite intersticial, secundária à esclerose sistêmica, o tratamento dessa paciente terá como escolha:

- (A) Pulsoterapia mensal com ciclofosfamida por, no mínimo, seis meses.
- (B) Metotrexato diário, por um ano.
- (C) Abatacepte semanal por, no mínimo, seis meses.
- (D) Azatioprina diária, por um ano.

— QUESTÃO 43 —

Leia o caso clínico a seguir.

Mulher de 51 anos refere dor e edema das articulações dos punhos e dos joelhos, xerostomia e xeroftalmia, há um ano. Os testes de Schirmer e de Rosa Bengala são positivos. Os exames complementares mostram: hemograma normal; eletroforese de proteínas = hipergamaglobulinemia policlonal; fator reumatoide = 1.200 UI/ml; FAN = padrão nuclear pontilhado fino 1/640; anti-Ro e anti-La = positivos; anti-RNP e anti-Sm = negativos; VHS = 76 mm; radiografia das mãos e dos joelhos = normal. Há oito meses, está em uso de prednisona 20 mg/dia e hidroxiquina 400 mg/dia, com relato de melhora dos sintomas secos, porém com persistência da artrite nos punhos e nos joelhos.

Nesse caso, a conduta é:

- (A) aumentar a dose da prednisona para 60 mg/dia, mantendo-se esta dosagem por seis meses.
- (B) substituir a hidroxiquina 400 mg/dia por difosfato de cloroquina, 250 mg/dia.
- (C) associar o metotrexato ao tratamento em uso.
- (D) associar o micofenolato de mofetila ao tratamento em uso.

— QUESTÃO 44 —

No exame físico do quadril, a manobra caracterizada pela presença de dor no momento em que o examinador pressiona o joelho e a coxa para baixo, estando o paciente em decúbito dorsal, com o pé do membro afetado colocado na altura do joelho oposto, é denominada de manobra de

- (A) Ortolani.
- (B) Trendelenburg.
- (C) Patrick.
- (D) Ober.

— QUESTÃO 45 —

De acordo com a estimativa de câncer para o ano de 2016, feita pelo Instituto Nacional do Câncer, o câncer do aparelho digestório mais frequente nas mulheres é o câncer do:

- (A) estômago.
- (B) intestino grosso.
- (C) fígado.
- (D) pâncreas.

— QUESTÃO 46 —

De acordo com a Agência Internacional de Pesquisa em Câncer (IARC), no ano de 2012, os três primeiros cânceres em mortalidade, no mundo, considerando em conjunto homens e mulheres, são:

- (A) pulmão, estômago e fígado.
- (B) pulmão, fígado e estômago.
- (C) estômago, fígado e intestino grosso.
- (D) intestino grosso, pulmão e estômago.

— QUESTÃO 47 —

A neoplasia maligna mais comum da tireoide é o carcinoma:

- (A) papilífero.
- (B) folicular.
- (C) medular
- (D) anaplásico.

— QUESTÃO 48 —

O achado mais frequente no câncer de cabeça de pâncreas é:

- (A) icterícia.
- (B) dor abdominal.
- (C) perda de peso.
- (D) vômitos.

— QUESTÃO 49 —

Leia o caso clínico a seguir.

Uma paciente de 56 anos, não fumante, relata tratamento de carcinoma ductal infiltrante da mama esquerda há três anos, sendo submetida a tratamento radioterápico, quimioterápico e cirúrgico. Retorna queixando-se de que há um mês vem apresentando dispneia e tosse seca constante, além de discreta cianose.

A principal hipótese diagnóstica é:

- (A) infecção por *pneumocystis carini*.
- (B) neoplasia primária de pulmão.
- (C) carcinomatose pleural.
- (D) linfangite carcinomatosa.

— QUESTÃO 50 —

A condição de maior risco para o desenvolvimento do carcinoma hepatocelular é a

- (A) hepatite viral B ou C.
- (B) doença de Wilson.
- (C) cirrose biliar primária.
- (D) telangiectasia hereditária hemorrágica.